

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DİYALİZ HASTALARININ UMUT / UMUTSUZLUK
DÜZEYİ İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
HİZMET MEMNUNİYETLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

TÜLAY AKSOY

ORCID NO: 0000-0002-8893-0207

İZMİR-2021

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DİYALİZ HASTALARININ UMUT / UMUTSUZLUK
DÜZEYİ İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
HİZMET MEMNUNİYETLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

TÜLAY AKSOY

ORCID NO: 0000-0002-8893-0207

DANIŞMAN: DOÇ. DR. ELİF TÜRKAN ARSLAN

İZMİR-2021

YEMİN METNİ

Tezli Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Diyaliz Hastalarının Umut / Umutsuzluk Düzeyi ile Algılanan Sosyal Destek ve Hizmet Memnuniyetleri Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

03/06/2021

Tülay AKSOY



ÖZET

Tezli Yüksek Lisans Tezi

**DİYALİZ HASTALARININ UMUT / UMUTSUZLUK DÜZEYİ İLE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE HİZMET MEMNUNİYETLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Tülay AKSOY

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Bu araştırma diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir ilinde diyaliz tedavisi alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 360 kişi ile yüz yüze görüşülerek anket yapılmıştır. Araştırma sonucunda diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Diyaliz hastalarının en fazla sosyal desteği aileleri tarafından gördükleri ve hizmet memnuniyet düzeylerinin iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hastaların umutsuzluk düzeyi ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların umutsuzluk düzeyi ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aile alt boyutu ile Hizmet Memnuniyet Ölçeği merkez dışı faktörler alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Umutsuzluk, Algılanan Sosyal Destek, Hizmet Memnuniyeti, Diyaliz, Böbrek Yetmezliği

ABSTRACT

Master's Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE HOPE / HOPELESSNESS LEVEL OF DIALYSIS PATIENTS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND SERVICE SATISFACTION

Tülay AKSOY

İzmir Kâtip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Healthcare Management Program

The study aims to determine the relationship between the level of hope/hopelessness of dialysis patients and their perceived social support and service satisfaction level. The study was carried out by a quantitative research approach. The population consists of patients who received dialysis treatment in the province of Izmir. Within the scope of the research, face to face questionnaire was conducted to 360 people. According to the findings, it was found that the hopelessness level of dialysis patients was at a moderate level. It has been determined that dialysis patients receive the most social support from their families and their level of service satisfaction was at a good level. A weak and significant relationship was found between the patients' hopelessness level and their level of perceived social support. It was found that there was no significant relationship between the hopelessness level of the patients and their level of service satisfaction. A positive significant relationship was found between the family sub-dimension of the Patients' Multidimensional Perceived Social Support Scale and the off-center factors sub-dimension of the Service Satisfaction Scale.

Keywords: Hopelessness, Perceived Social Support, Service Satisfaction, Dialysis, Kidney Failure

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ -----	ii
ÖZET -----	iii
ABSTRACT -----	iv
İÇİNDEKİLER -----	v
TABLolar LİSTESİ -----	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ-----	x
KISALTMALAR -----	xi
ÖNSÖZ -----	xii
GİRİŞ -----	1

BİRİNCİ BÖLÜM

UMUT VE UMUTSUZLUK- SOSYAL DESTEK- HİZMET MEMNUNİYETİ

1.1. UMUT VE UMUTSUZLUK -----	4
1.1.1. Umut Kavramı -----	4
1.1.1.1. Umudun Boyutları-----	6
1.1.1.2. Umudun Hastalar Üzerindeki Etkisi -----	7
1.1.2. Umutsuzluk Kavramı -----	10
1.2. SOSYAL DESTEK-----	14
1.2.1. Sosyal Destek Kavramının Tanımı-----	14
1.2.1.1. Sosyal Desteğin Sağlık Alanı Açısından Önemi-----	16
1.2.1.2. Sosyal Destek Türleri -----	19
1.3. HİZMET MEMNUNİYETİ-----	20
1.3.1. Sağlık Sektöründe Hizmet ve Özellikleri -----	20
1.3.1.1. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Sektörü-----	23
1.3.1.2. Algılanan Kalite ve Boyutları -----	28
1.3.2. Hizmet Memnuniyeti ve Önemi -----	30

1.3.2.1. Hizmet Memnuniyetini Etkileyen Faktörler-----	33
1.3.2.1.1. Hastaya Yönelik Faktörler-----	33
1.3.2.1.2. Hizmet Verenlere Yönelik Faktörler-----	34
1.3.2.1.3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler-----	36

İKİNCİ BÖLÜM

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANIMI-----	38
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi-----	39
2.1.1.1. Mortalite (Ölüm)-----	39
2.1.1.2. Morbidite (Hastalık)-----	40
2.1.1.3. İnsidans ve Prevelans-----	40
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi – Diyaliz-----	42
2.2. DİYALİZ TEDAVİSİNE ADAPTASYONDA UMUT VE UMUTSUZLUĞUN ETKİSİ-----	45
2.3. DİYALİZ TEDAVİSİNE ADAPTASYONDA SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN UMUT/UMUTSUZLUK DÜZEYİ İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE HİZMET

MEMNUNİYETLERİ ARASINDA İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ-----	51
3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI-----	52
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ-----	52
3.4. ARAŞTIRMANIN TEKNİK VE YÖNTEMİ-----	54
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI-----	57
3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ-----	59
3.7. BULGULAR-----	62
3.7.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular-----	62
3.7.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular-----	63

3.7.2.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği Faktör Analizine İlişkin Bulgular-----	63
3.7.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Analizine İlişkin Bulgular -----	66
3.7.2.3. Hizmet Memnuniyeti Ölçüm Aracının Faktör Analizine İlişkin Bulgular -----	68
3.7.3. Normallik Analizine İlişkin Bulgular-----	70
3.7.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçüm Aracı Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular -----	71
3.7.5. Karşılaştırma Testlerine İlişkin Bulgular -----	72
3.7.5.1. Umutsuzluğa İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları-----	72
3.7.5.2. Algılanan Sosyal Desteğe İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları -----	80
3.7.5.3. Hizmet Memnuniyetine İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları -----	89
3.7.6. Pearson Korelasyon Testlerine İlişkin Bulgular -----	96
3.7.7. Regresyon Testlerine İlişkin Bulguları -----	97
SONUÇ VE ÖNERİLER -----	101
KAYNAKÇA -----	113
EKLER -----	142
ÖZGEÇMİŞ -----	160

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. 2020 Yılında İzmir’de Diyaliz Tedavisi Alan Hasta Sayısı	52
Tablo 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Diyaliz Merkezleri Bilgileri	54
Tablo 3.3. Pearson Korelasyon Katsayısı ve Yorumlaması	57
Tablo 3.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	62
Tablo 3.5. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi	65
Tablo 3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi	67
Tablo 3.7. Hizmet Memnuniyeti Ölçüm Aracı Açıklayıcı Faktör Analizi	69
Tablo 3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları	70
Tablo 3.9. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçüm Aracı Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	71
Tablo 3.10. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	73
Tablo 3.11. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Gelecek İle İlgili Beklentileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	76
Tablo 3.12. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Umut-Motivasyonları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	78
Tablo 3.13. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	81
Tablo 3.14. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Algılanan Arkadaş Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	83
Tablo 3.15. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	86
Tablo 3.16. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Özel İnsan Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	88

Tablo 3.17. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hizmet Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	90
Tablo 3.18. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Merkez İçi Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	92
Tablo 3.19. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Merkez Dışı Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	94
Tablo 3.20. Pearson Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	96
Tablo 3.21. Umutsuzluk ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	97
Tablo 3.22. Umutsuzluk ve Hizmet Memnuniyeti İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	99
Tablo 3.23. Algılanan Sosyal Destek ve Hizmet Memnuniyeti İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	100

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Türkiye’de RRT Gerektiren SDBH İnsidansı ve Prevalansı	41
Şekil 2.2. Türkiye’de Erişkin Popülasyonda Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı ve Evrelere Göre Dağılımı	42
Şekil 3.1. Araştırma Modeli	61
Şekil 3.2. Sonuç Modeli	111

KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AIHW	: Australian Institute of Health and Welfare
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
F	: ANOVA testi anlamlılık değeri
HMÖ	: Hizmet Memnuniyet Ölçüm Aracı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Min	: Minimum
Max	: Maximum
N	: Kişi sayısı
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği
p	: İstatistiksel olarak anlamlılık durumu
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
R²	: Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayabilme kabiliyeti
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
Sd	: Serbestlik Derecesi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SS	: Standart Sapma
t	: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
TND	: Türk Nefroloji Derneği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama

ÖNSÖZ

Bireylerin içinde buldukları olumsuz yaşam koşulları umutsuzluk düzeylerinin artmasına neden olmakla birlikte gelecekle ilgili beklentilerini ve motivasyonlarını düşürmekte, hayatlarının her noktasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bireylerin içinde buldukları zorlukların üstesinden gelmeleri konusunda en büyük destekçileri çevrelerinde bulunan kişilerden algıladıkları sosyal destektir. Hizmet memnuniyet düzeyleri tüm sektörler açısından olduğu gibi sağlık sektörü açısından da önemlidir. Sağlık kurumlarında hizmet memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi verilen hizmetlerin kalitesini arttırmak konusunda önem arz etmektedir.

Bu çalışma kronik böbrek yetmezliğine bağlı diyaliz tedavisi alan hastaların içinde buldukları umutsuzluk düzeyini tespit etmek, algıladıkları sosyal destek düzeyini ve hizmet memnuniyet düzeylerini belirlemek ve umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit edilmesi açısından literatüre katkı sağlayacak olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Çalışmamın tüm aşamalarında akademik görüş ve katkılarını esirgemeyen, iş birliği ve desteğiyle sürekli yanımda olan danışmanım Doç. Dr. Elif Türkan ARSLAN'a, yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren başta bölüm başkanımız Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK olmak üzere, Prof. Dr. Serhat BURMAOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi yazma aşamasında bana güvenerek ve inanarak sabırla yardım eden, destekleyen ve her zaman arkamda olan sevgili anneme, babama, kardeşlerim Gökhan TOPCU ve Zeynep TOPCU'ya, hayatta ki en büyük şansım olan değerli eşim Muhammet AKSOY ve biricik oğlum Emre AKSOY'a teşekkür ederim.

Tülay AKSOY

İzmir-2021

GİRİŞ

Umutsuzluk, Amerikan Hemşireler Derneği tarafından hemşirelik olgusu olarak kabul edilmiş; bireyin hastalık ve kayıp zamanlarında gösterdiği normal bir tepki olarak değerlendirilmiştir (Özer ve diğerleri, 2009: 124-127). Beck 1976 yılında yayınladığı kitabında umutsuzluk duygusu içinde olan bireylerin; karşılaştıkları problemleri hiçbir zaman çözemeyeceklerine, hiçbir şekilde başarılı olamayacaklarına inandıklarını, nedensiz yere hayatlarından yanlış anlamlar çıkardıklarını ve amaçları için hiçbir çaba göstermediklerini vurgulamıştır (Artıran ve Şeker, 2020: 36-47). Umutsuzluk; hastaların hayata tutunmalarını engellemesi, tedavi sürecine olan desteklerini ve uyumlarını olumsuz etkilemesi ve birçok psikiyatrik hastalığın başlamasına sebep olması nedeniyle önemlidir (Doğan ve Kelleci, 2004: 23-37).

Özellikle hastalık zamanlarında umutsuzluk duygusu içinde bulunan bireylerin algıladığı sosyal destek, ruhsal ve fiziksel açıdan iyilik halini arttırmada, ortaya çıkabilecek daha kötü durumları engellemede oldukça önemli bir faktördür (Aksüllü ve Doğan, 2004: 76-84). Sosyal destek; kendini stres altında hisseden ya da yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen bireylere çevresindeki bireyler tarafından yardım edilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek ise bireyin kendisi için biçtiği genel değer olarak ifade edilmektedir (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50-54).

Bireyin algıladığı sosyal destek düzeyinin ihtiyacını karşılayamaması ya da bireyin sosyal açıdan kendini yalnız hissetmesi; içinde bulunduğu durumu daha kötü algılamasına, hastalık durumlarında da mortalite artışına sebep olmaktadır (Kuzeyli Yıldırım ve diğerleri, 2005: 33-37). Yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda anksiyete ve depresyon gibi birçok psikiyatrik rahatsızlığın meydana geldiğini göstermiştir (Karabulutlu ve Ergüney, 2006: 36-41). Kronik böbrek yetmezliği hastaları üzerine yapılan bir çalışma ile algılanan sosyal desteğin psikolojik uyum ve yaşam memnuniyetleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Kuzeyli Yıldırım ve diğerleri, 2005: 33-37). Sosyal desteğin önemini vurgulamak isteyen bir çalışma kanser hastaları ile yapılmış ve sosyal desteğin kanser hastalarının tedavilerine

uyumunu arttırdığını ve iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Penedo ve diğerleri, 2012: 119-123).

Sağlık sisteminden faydalanan kişi; hastadır ve sağlık sistemi müşterisi olarak da tanımlanan hasta, sağlık bakım sisteminin odağıdır (Duggirala ve diğerleri, 2008: 560-583). Tüm sektörler açısından önemli olan hizmet memnuniyeti kavramı, sağlık hizmetlerine “hasta memnuniyeti” olarak uyarlanmıştır (Erdem ve diğerleri, 2008: 95-110). Hizmet memnuniyeti, hizmet kalitesinin en önemli göstergesidir (Yılmaz, 2001: 69-74). Günümüz rekabet koşullarında ayakta kalmak ve karlılık oranlarını arttırmak isteyen tüm işletmeler için müşteri memnuniyeti oldukça önemli olmakla birlikte yapılan çalışmalar memnun olan müşterilerin hizmet aldıkları işletmeyi tekrar tercih etme oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir (Stevens ve diğerleri, 1995: 35-44).

Sağlık kurumları yaptıkları hizmet memnuniyeti araştırmalarıyla; hastaların aldıkları hizmet kalitesi değerlendirmelerini öğrenmek, hizmet memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek, kurumu ne için tercih ettikleri ve kurumdan ne belediklerini, hizmet sunumu sırasında yaşanan uygunsuzlukları ve beklentilerini öğrenmektedirler (Yılmaz, 2001: 69-74).

Anne karnında, intrauterin dönem ile birlikte başlayan yaşlanma, hayatımızın son evresine kadar her an devam etmekte ve 65 yaş, yaşlılığın ilk yılı olarak kabul edilmektedir (Sayın, 2012: 517-537). Yaşlılığın başlamasıyla beraber; üretkenlikte azalma, sosyal ilişkilerde zayıflama ve en önemlisi birçok sağlık probleminin ortaya çıktığı görülmektedir (Korkmaz Aslan, 2017: 284-286). Yaşlı nüfusun artmasıyla doğru orantılı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı artmış ve önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (World Health Organization, 2005: 35).

AIHW tarafından yapılan kronik hastalıklar listesinde yer alan kronik böbrek hastalığı ülkemizde yıllar içinde artış göstermekte ve önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Türk Nefroloji Derneği, 2019: 3).

Kronik böbrek yetmezliği tedavisi için kullanılan diyaliz tedavileri; hastalara getirdiği kısıtlamalar nedeniyle ruhsal sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve çalışma durumlarında değişikliğe neden olarak günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Levey ve diğerleri, 2007: 247). Diyaliz tedavilerinin ömür boyu, kesintisiz olarak devam etme zorunluluğu ve getirdiği kısıtlamalar; hastalar üzerinde birçok fiziksel, psikososyal ve psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır (Özçürümez ve

diğerleri, 2003: 72-80). Yapılan çalışmalar bu hastaların en sık karşılaştığı ruhsal problemleri; anksiyete, depresyon, gelecekle ilgili yaşadıkları belirsizlik ve bağımsızlığını kaybetme korkusu, sosyal yaşam kısıtlamalarına bağlı olarak rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk olarak sıralamaktadır (Özgür ve diğerleri, 2003: 113-116).

Bu çalışma diyaliz tedavisi alan hastaların umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde; umut/umutsuzluk, sosyal destek ve hizmet memnuniyeti kavramları genel anlamda ele alınarak kavramsal bir bölüm oluşturulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde kronik böbrek yetmezliği tanımı, epidemiyolojisi ve tedavisi üzerinde durulmuş, diyaliz tedavisine adaptasyonda umut/umutsuzluğun ve sosyal desteğin etkisi tartişılmıştır.

Çalışmanın son bölümü olan üçüncü bölümde ise araştırmanın; amacı ve önemi, kapsam ve sınırlılıkları, evren ve örnekleme, teknik ve yöntemi, araştırmada kullanılan ölçekler, araştırmanın hipotezleri ve araştırma verilerinin analizleri yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

UMUT VE UMUTSUZLUK- SOSYAL DESTEK- HİZMET MEMNUNİYETİ

Çalışmanın bu bölümünde umut/umutsuzluk, sosyal destek ve hizmet memnuniyeti kavramları tanımlanmıştır. Umut ve umutsuzluk kavramlarının özellikleri ve boyutları, sosyal destek türleri ve hizmet memnuniyetini etkileyen faktörler hakkında bilgiler verilmiştir.

1.1. UMUT VE UMUTSUZLUK

Umut ve umutsuzluk kavramlarının temeli 13. yüzyıla dayanmaktadır (Snyder ve Crowson, 1998: 195-214). Bu yüzyılda din bilimcisi Aquinas; Socrates'in cesaret, adalet, ılımlılık ve bilgelik olarak sınıflandırdığı erdemlere inanç, umut ve merhamet erdemlerini ekleyerek umut ile ilgili çalışmaları başlatmıştır. Daha sonraki yüzyıllarda ise Hume ve Kant başta olmak üzere birçok düşünür umut ve umutsuzluk kavramları üzerinde çalışmış ve bu kavramların insan doğasının olmazsa olmaz temel duygularından biri olduğu üzerine düşüncelerini bildirmişlerdir (Akman ve Korkut, 1993: 193-202). Bu kavramların sağlık alanında ilk kez tartışılmaya başlandığı yıllar 1950-1960'lı yıllara denk gelmektedir (Snyder ve Crowson, 1998: 195-214).

1.1.1. Umut Kavramı

Umut kavramı ile ilgili literatür incelendiğinde, birçok kez tanımlanmaya çalışılan bu kavram ile ilgili çalışmaların genel anlamda; teoloji, felsefe, psikoloji, psikiyatri alanlarında yapıldığı görülmektedir (Akgül Gök ve Arslan Özdemir, 2020: 605). Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük'te umut kelimesinin "ummak" sözcüğünden geldiği belirtilmekte ve "güven duygusu" olarak tanımlanmaktadır (<https://www.tdk.gov.tr/tdk/uygulamalar/sozbul/>). Umut; "*bireyin gelecek hayatı için güçlü olmasını sağlayan, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve hayatta anlam bulmasını sağlayan, etkili bir başa çıkma stratejisi*" olarak tanımlanmaktadır (Park ve diğerleri, 2016: 244-246). Bir başka tanıma göre umut; "*bireyin yaşamını daha olumlu*

algılayarak, kendi gelişimini destekleyici davranışlara yönelerek, yaşamını değiştirebilmesini, geliştirebilmesini sağlayan itici bir güç” olarak tanımlanmıştır (Melges, 1969: 692-699). Kısaca umut; bireyin gelecek yaşantısı ile ilgili amaçlarını gerçekleştirmek için kendinde bulduğu sıfırdan büyük olan beklentileridir (Rideout ve Montemuro, 1986: 429-438).

Umut kavramının pozitif duygular ile arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır. Pozitif duygular olarak tarif edilen hayattan aktif olarak keyif ve haz alma duygusu, kültürel ve bireysel farklılıklar fark etmeksizin kişinin umut düzeyinin artmasını sağlamaktadır. Kişinin olaylar karşısında korku, kızgınlık ve stres gibi negatif duygular içinde bulunması umutsuzluk düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Bu kapsamda pozitif duygular içinde bulunan bireylerin umut düzeylerinin yüksek olması, negatif duygular içinde bulunan bireylerin de umutsuzluk düzeylerinin yüksek olması kaçınılmaz sonuç olmaktadır. (Geçöz, 2000: 19-26).

Umut; bireyin hayatını yaşanacak düzeyde değerli görmesini ve güven içinde olduğunu hissetmesini, geleceğe olumlu duygular içinde yol almasını ve pozitif beklentiler içinde bulunmasını, amaçlarını bu doğrultuda geliştirmesini sağlayan bir kavramdır (Synder, 2000: 3-18). Umut kavramı sadece kişinin hissettiği bir duygu olarak kabul edilmemelidir. Bu kavram bireyi hem bilişsel açıdan hem de motivasyon açısından aktif hale getiren önemli bir güçtür. Bireyin kendine hedefler koymasını, bu hedeflere ulaşmak için harekete geçmesini, çeşitli yollar denemesini ve kapasitesini kullanmasını sağlayan önemli bir etkidir (Synder ve diğerleri, 1991: 579-581).

Umut düzeyleri yüksek, geleceğe dair olumlu duygular içinde olan bireylerin karşılaştıkları zor durumlar karşısında daha dayanıklı oldukları, hedeflerine ulaşmak için daha fazla çaba sarf ettikleri ve daha başarılı oldukları, bunun içinde en önemli faktör olarak bireyin umut düzeyinin yaşanan olumsuzluklara karşı psikolojik kalkan oluşturması olarak gösterilmektedir (Carr, 2011: 61).

İnsanların tümü hayatta kalabilmek adına amaç belirleme ve amacına ulaşmak adına yollar arama eğilimindedir. Bu noktada umudun varlığı hem kişinin amaç eğilimine hem de amaca ulaşmak için yollar araması konusunda başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Yapılan tüm çalışmalar kişiler arası anlaşmazlıklardan doğal afet gibi tüm zorlu engellerin aşılmasında başlangıç noktasının umut etmekten geçtiğini doğrulamaktadır (Hackbarth ve diğerleri, 2012: 340-351).

Umut, kişinin ilerideki günlere başarı ile ulaşması için ona güç kaynağı olan, geleceği ve yaşadığı hayata karşı ilgi duymasını ve hayatını anlamlı bulmasını sağlayan bir mücadele stratejisidir (Ottavian ve diğerleri, 2014: 248-254). Özellikle hastalık durumlarında daha da önemli hale gelen umut, bireyin iyileşme durumuna ilişkin olumlu beklentilerine ve yaşadığı olumsuzluklara karşı tavrının değişmesine katkıda bulunmaktadır. Bu işleviyle umut; bireyin iyileşip eski hayatına dönme ihtimalinin olduğunu anlaması ve bu durum için çaba sarf etmeye başlamasını, bireyin davranışlarını bu yöne aktarmasını ve motivasyonunu arttırmasını sağlamaktadır (Ağır, 2017: 86).

1.1.1.1. Umudun Boyutları

Umut kavramı 1960 yıllarında işlevsel bir yaklaşım ile incelenmiş ve hem tanımlanabilen hem de ölçülebilen bir kavram olduğu, özellikle sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak önemli bir işleve sahip olduğu anlaşılmış ve boyutları tespit edilmeye çalışılmıştır (Kemer ve Atik, 2005: 380).

Snyder ve Crowson umut ile ilgili kapsamlı çalışmalar yapmış ve umudun iki boyutlu olarak ele alınması konusunda görüş bildirmişlerdir. Bu görüşe göre umudun ilk boyutu; bireyin kendine bir hedef edinmesi ve bu hedefe ulaşmak niyetiyle çaba sarf etmek için kendinde güç bulması olarak tarif edilen “hedefi elde etme veya hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme” boyutudur. İkinci boyut ise; “ hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi” olarak ifade edilmiştir (Snyder ve Crowson, 1998: 195-214). Birinci boyut kişinin hedef belirleyip, onu elde etmek için çaba sarf etmesini ve yaşamını aktif hale getirerek umutlu olmasını sağlamaktadır. İkinci boyut ise daha önceki yaşantısında karşılaştığı olumsuz durumlarla nasıl baş ettiğini anımsatarak, yeni ortaya çıkan olumsuz durumlar ile de baş etmekte kendine güven duygusu aşılmasını sağlayarak umut düzeyini arttırmaktadır (Akman ve Korkut, 1993: 193-202).

2002 yılında Snyder ve arkadaşları yaptığı çalışma ile umudun boyutlarının bireyin “*amaca yönelik olması*”, “*amaca güdülenmesi*” ve “*amaca ulaşma yolları*” olmak üzere üç faktörden meydana geldiğini savunmuşlardır. Bireyin amaca yönelik olması ve amacına ulaşmak için çeşitli yollar aramasını ifade eden boyutlar umut düzeyi ile ilgili ayrıntılı bilgi vermektedir. Bu boyutları güçlü olan bireyler, amaçlarına

ulaşmak için stratejik plan yapma konusunda daha yeteneklidirler. Diğer boyut olan “*amaca güdülenme*” ise bireyin amacına ulaşmayı ne kadar istediği, bunu başarabilmek için kendinde ne kadar güç bulduğunu yansıtmaktadır. Bu boyutu güçlü olan bireyler ise amaçlarına ulaşmak için daha erken harekete geçmekte ve bu çabayı sürdürme konusunda sürekliliği daha uzun süre sağlamaktadırlar (Snyder ve arkadaşları, 2002: 298-307).

Bireyin umut düzeyine etki eden faktörleri bulmak üzere birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda bireyin umut düzeyi ile hayat kalitesi karşılaştırılmış ve aralarında doğrusal bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Alexander ve Onwuegbuzie, 2006: 1301-1310). Kişinin yaşama tutunmasının önünde önemli bir engel olan depresyon ile umut arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (Chang, 2003: 121-143). Umut ile bireyin olumlu ve olumsuz duyguları yani bireyin içsel durumu ile de arasında ilişki olduğu yönünde bulgular saptanmıştır (Ong ve arkadaşları, 2006: 1263-1273). Bireyin umut düzeyinin yüksek olması karşılaşılabileceği psikolojik rahatsızlıkları önlediği ve bireyin psikolojik dayanıklılığını arttırdığı tespit edilmiştir (Snyder ve arkadaşları, 2002: 298-307).

1.1.1.2. Umudun Hastalar Üzerindeki Etkisi

Umut kavramının en önemli özelliği; bireye içinde bulunduğu olumsuz durumlar karşısında bir çıkış yolunun olduğunu göstermesidir. Bireyin gerek bir takım yardımlarla gerekse sadece kendi çabaları ve inancı ile olumsuz durumlardan kurtulabileceğine dair inanç oluşturması da bir diğer önemli özelliğidir (Dilbaz ve Seber, 1993: 134-138). Umut bireyin psikolojik açıdan olumsuz durumlara maruz kalmasını azaltmakta, olumsuzluklar ve engeller karşısında daha güçlü bir psikoloji ile durarak yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylerde de aynı şekilde umut düzeyinin yüksek olması, bireyin pozitif bakış açısını öne çıkarmakta, yapıcı davranışlarını belirginleştirerek tedaviye bir adım daha yaklaşımlarına yardımcı olmaktadır (Snyder ve arkadaşları, 2002: 298-307).

Bireyin diğer insanlara karşı güven duyması, umudun doğması için önem arz etmektedir (Kocaman, 2008: 52-58). Güven duygusuna sahip olmayan birey, grup çalışmalarında yaşanan başarısızlıklarda sorumluluğu başkalarına yüklemeye çalışırken; güven duygusu gelişmiş birey sorumluluğun bir kısmının da kendinde

olduğunu kabul etmektedir (Dilbaz ve Seber, 1993: 134-138). Umut; yaşanan olaylar karşısında güven duygusunun kaybedildiği, çözüm yolunun bulunamadığı durumlarda bireye; içinde kaldığı yalnızlık ve çaresizlik duygularının üstesinden gelme gücünü sağlamaktadır (Kocaman, 2008: 52-58).

İçinde bulunduğumuz hayat döngüsü içinde, sahip olduğumuz potansiyeli ortaya çıkarmak, hayal kırıklıklarını yönetmek, olumsuzluklar karşısında ruhsal olarak kendimizi koruyabilecek gücü ortaya çıkarmak umut duygusunun yapı taşlarını meydana getirmektedir (Albert ve Beck, 1975: 301-307). Umut bireyin hem fiziksel açıdan hem de zihinsel açıdan sağlıklı kalmasını sağlayarak karşılaştığı olumsuzluklara ve engellere göğüs germesini sağlayan gücü meydana getiren önemli bir etkidir (Padilla-Walker ve arkadaşları, 2011: 853-879). Özellikle hastalık zamanlarımızda içinde bulunduğumuz karamsarlık ve çaresizlik duygularıyla başa çıkabilmemizin temel unsuru, umut etmektir (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97). Pozitif psikolojinin oluşmasına katkı sağlayan umut bireyi bedensel açıdan güçlendirmenin yanında, hayatına olumlu anlamlar yükleyerek ayakta kalmasını sağlayan temel unsurlardandır (Tarhan, 2016).

Yapılan araştırmalar umut düzeyi yüksek olan bireylerin hedeflerine ulaşmak için alternatif yolları daha iyi tespit edebildiklerini, engellerle karşılaştıklarında daha güçlü ve istikrarlı tavır sergilediklerini, anksiyete ve depresyonla daha etkili şekilde başa çıkabildiklerini göstermiştir (Arnau ve arkadaşları, 2007: 1-21, Aspinwall ve Leaf, 2002: 276-288).

Ünlü psikiyatrist Karl Menninger'in 1959 yılında işlediği ders sırasında umudun sağlık açısından önemli bir kavram olduğunu vurgulaması umut kavramına olan ilginin artmasına neden olmuştur (Menninger, 1959: 481-491, Gelling ve diğerleri, 2002: 271-277). Yapılan çalışmalar umut düzeyinin hem fiziksel kaynaklı hastalıklarda hem de psikolojik kaynaklı hastalıklarda olumlu açıdan etkili olduğunu göstermiştir. Umut düzeyi yüksek olan hastaların depresyonla ve anksiyete ile mücadele konusunda daha başarılı olmaları, iyilik hallerini daha iyi korumaları, sorunlarla baş etme güçlerinin yüksek oluşu hastalıklarla mücadele düzeylerini arttırmaktadır. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan, negatif duygular içerisinde olan hastaların savunma mekanizmalarında meydana gelen bozulmaların beklenmedik ölümlere bile yol açtığı görülmektedir (Öz, 2010: 189-224).

Kübler-Ross sağlık durumu kötü olan ve ölmek üzere olduğu düşünölen iki yüz hasta üzerinde çalışma yapmış, ölümün aniden gerçekleşmediği ve bilinç kaybı yaşanmayan hastaların bu süreçte inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş psikolojik aşama yaşadıklarını tespit etmiştir. Geçirilen bu aşamalardaki tek amacın bireyin yaşama umudunu ısrarla ayakta tutmak istemesinden kaynaklandığı görölmüşür (Kübler-Ross, 1986: 160-161).

Psikiyatrik rahatsızlıkları bulunan hastalar üzerinde yapılan çalışmada şizofreni ile umut düzeyi arasında önemli bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. şizofreni hastalarında anksiyete düzeyinin artmasıyla beraber umutsuzluk düzeyinin de arttığı görölmüşür. Bu hastalarda yüksek umut seviyesinin hastalığın zorluklarıyla baş etme noktasında önemli olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (Salerno, 2002: 23-36).

Diyabet birçok kronik rahatsızlıkta olduğu gibi hastaların hayatlarını kısıtlayan, diyet uygulamalarının ve tedavilerin yoğun olarak yer aldığı bir hayat düzenine geçmeye zorlayan bir hastalıktır. Bu durum bazı hastalar tarafından tehdit ve büyük bir tehlike olarak algılanmakta ve bireyde negatif duygular oluşmasına neden olmakla birlikte yaşam sevincinin azalmasına ve psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkışının hızlandırmasına neden olmaktadır. Bağımsızlığını kaybetmesiyle beraber yoğun tedavilere maruz kalan hasta kendine güven duygusunu da hızla kaybederek umutsuzluk içine düşmektedir. Buradan anlaşıldığı gibi umutsuzluk ile kendine güven arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Kumcağız ve Ersanlı, 2008: 123-128).

Bireyin içinde bulunduğu umutsuzluk duygusu bazen günümüzün vebasısı haline gelmiş kanserin nedeni bazen de sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle tedavi sürecinde birçok acıya maruz kalan hastaların umutsuzluk düzeyi artmaktadır. Umutsuzluk duygusu ortadan kaldırılabilen hastalarda daha güçlü ve cesaretli, hayata tutunma açısından motivasyon düzeyleri daha yüksek hale gelmektedirler. Kanser tedavilerinde hastalık hangi evrede olursa olsun umut düzeyinin yüksek olması tedaviyi olumlu olarak etkilemektedir. Bu nedendir ki özellikle kanser tedavilerinde umut hastalıkla mücadele yöntemleri arasında kabul edilmekte ve stresi azaltma konusunda önemli etmenler arasında yerini almaktadır (Solak ve Başer, 2003: 38-47).

İçinde bulunduğumuz pandemi sürecinde Covid-19 yarattığı fiziksel rahatsızlıkların yanında, bireylerin stres ve kaygı düzeylerinin artmasına, depresyon

gibi ağır psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Covid-19'un bulaşma ve hasta etme riskiyle beraber ölüm oranlarının yüksek olması bireylerin endişe düzeyini arttırmaktadır (Khan ve diğerleri, 2020: 1-6). Çin'de yapılan çalışmada pandemi süreci ile beraber bireylerde orta ve şiddetli düzeyde psikolojik sorunlar meydana gelmiş, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde artış yaşanmıştır (Wang ve diğerleri, 2020: 1-25). Bu psikolojik rahatsızlıklara ek olarak bireylerin umutsuzluk düzeyleri ve intihar eğilimleri de artmıştır (Lee, 2020: 393-401).

Umutlu olmanın hastalar üzerinde olumlu etkiler yarattığını gösteren çalışmalar incelendiğinde; umut düzeyi yüksek olan yaşlılarda iyileşmenin daha hızlı gerçekleştiği tespit edilmiştir (Tongprateep, 2000: 197-203). Bireylerin yaşama dair olan umutlarının büyüklükleri ile hastalığı yenme ihtimallerinin aynı büyüklükte olduklarını gösteren çalışmalar da vardır (Ross, 1994: 439-447). Bireyin içinde bulunduğu hastalık durumunun nasıl seyredeceği ve yaşam kalitelerini hangi yönde etkileyeceğinin tespit edilmesi amacıyla yapılan çalışmada umut düzeyi yüksek olan hastaların diğer hastalara göre daha iyi yaşam kalitesi ve prognoza sahip olduklarının tespit edildiği ilan edilmiştir (Evangelista ve diğerleri, 2003: 681-686). Kanser hastaları üzerinde yapılan çalışma ile umut düzeyleri düşük olan hastalarda depresyona daha sık rastlandığı ve daha kısa bir yaşama sahip oldukları saptanmıştır (Liu ve diğerleri, 2009: 187-194). Yapılan bu çalışmaların sonuçları göstermektedir ki; bireyin sahip olduğu umut düzeyinin yüksek olması daima ileriye yönelik iyilik düzeyinde artışa neden olmaktadır (Bahar, 2008: 38).

1.1.2. Umutsuzluk Kavramı

Umutsuzluk; Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak ele alınmıştır. Aynı dernek tarafından ele alınıp hemşirelik tanısı olarak kabul edilen diğer kavramlar; güçsüzlük ve çaresizliktir (<http://nandahemsiireliktanilari.com/nanda-hemsiirelik-tanilari-ve-bakim-planlari/>).

NANDA tarafından umutsuzluğun tanımı şöyle yapılmıştır; *“problemleri çözmek ve istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihinin olmadığını düşünen, amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireydeki sürekli ve subjektif bir duygusal durumdur”* (Carpenito, 1999: 349-354). Umutsuzluk bir başka tanımda; *“kişilerin problemlerini hiçbir zaman*

çözemeyeceklerine, başarısızlıklarını hiçbir zaman yenemeyeceklerine inanması, gerçekçi bir neden olmadığı halde hayatlarına yanlış anlamlar yüklemesi ve amacına ulaşmak amacıyla çaba göstermediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklemesi” olarak tanımlanmıştır (Beck ve diğerleri, 1975: 1146-1149).

Umutsuzluk kişinin hayatına ve geleceğine olan bakış açısında kötümser duyguların artmasıyla değil, hayata ve geleceğe bakış açısında iyimser duyguların seviyesinde meydana gelen azalma ile oluşmaktadır (Lavender ve Watkins, 2004, s.129-142). Yaşanan olumsuzluklardan kaynak alan umutsuzluk, kişinin geleceğe dair planlarında yenilgiyi baştan kabul etmesidir (Üngüren ve Ehtiyar, 2009: 2093-2127).

Umutsuzluğun gelecekte ne yaşanırsa yaşansın şimdiki durumdan daha iyi olmayacağı düşüncesi ve geleceğe dair olumsuz bakış açısı olmak üzere iki ögesi bulunmaktadır (Bayam ve diğerleri, 2002: 7, O'Connor ve diğerleri, 2004: 1100).

Umutsuzluk olgusu kişilerin; bilişsel yapıları ve bilgiyi işleme biçimleri ile ilgilidir (Dinçer ve Derelioğlu, 2005: 191). Umutsuzluk duygusunu besleyen temel etmenler; bireyin yaşadığı olumsuz olaylar ile bunlarla ilgili yerleşik ve genelleştirilmiş çıkarımlarıdır (Yerlikaya, 2006: 21). İnsan psikolojisi ile ilgili olan birçok rahatsızlığın temelinde olduğu gibi umutsuzluğun da temeli geçmiş zamanlarda yaşanan olumsuz ve üzücü olaylara dayanmaktadır. Bireylerin yaşanan olumsuzluklarda bir yandan geçmişte yaşadıkları olayların etkileri diğer yandan şimdiki olumsuz durumların sebepleri, sonuçları ve kendisine yansıtacak negatifikleri arasında hissettikleri çaresizlik duygusu ile umutsuzluk ortaya çıkmaktadır (Şahin, 2002: 143).

Umutsuzluk duygusu; kişilerin kendilerinde sürekli olumsuz özellikler görmelerine, karşılaştıkları olumsuz durumları değiştirilemez olarak algılamalarına ve bu olumsuzlukları çaba sarf etmeksizin kabul etmelerine neden olmaktadır (Akgün, 2015: 25). Fiziksel ve ruhsal açıdan herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan bireylerde bile umutsuzluk düzeyinde yaşanan artış; iştah durumlarında değişikliğe, hayata karşı isteksizliğe, uyku düzensizliklerine, motivasyon ve hayal gücünde azalmaya, geçmişini hatırlama ve problem çözmede güçlük yaşanmasına neden olmaktadır (Öz, 2004: 235). Umutsuz bireyler gelecek ile ilgili düşüncelerini karanlık, keder ve üzüntü üzerine kurmakta ve bu kişiler kendilerini sosyal ortamlardan izole ederek yaşamlarını yalnız sürdürmek istemektedirler (Akgün, 2015: 25).

Frankl'a (1959) göre umutsuzluk ilaç tedavisi ya da herhangi bir tıbbi tedavi gerektiren bir hastalık olarak görülmemelidir. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin ihtiyacı olan tek şey yaşadıkları sorunları çözme yollarının öğretilmesi ve kişinin bu gücü kendinde bulmasının sağlanmasıdır (Yerlikaya, 2006: 14).

Beck umutsuzluğu ölçme konusunda çeşitli araştırmalar yapmıştır ve umutsuzluk ile intihar arasında pozitif yönde ilişki olduğunu saptamıştır (Cheavens ve arkadaşları, 2006: 138). Beck çalışmalarında umutsuzluğu kişilerin olaylara ve deneyimlerine gerçekçi ve tarafsız anlamlar yükleyememesi, amacına ulaşmak için herhangi bir gayret sarf etmemesine rağmen meydana gelen başarısızlık karşısında olumsuz tepki göstermesi, gelecek hakkında kötümser beklentiler içinde olması şeklinde ifade etmiştir (Abbey, 2006: 174).

Hastaların umutsuzluk duygusu içinde bulunmaları; hayata ve tedavi sürecine olan inançlarını ve uyumlarını olumsuz yönde etkilemesinin yanında psikiyatrik birçok hastalığın temelini atması yönünden de oldukça önemlidir (Başaran ve diğerleri, 2016: 9-16). Araştırmalarda intihar, depresyon ve umutsuzluk arasında ilişki olduğunun saptanması, intihar nedeni ölümlerin genellikle depresyon kaynaklı olması ve bunu önceden belirleyecek unsurun umutsuzluk ile olan bağlantısı nedeniyle umutsuzluk ölçülmesi ve üzerinde çalışılması gereken bir konudur (Seber ve arkadaşları, 1993: 142). Bireyleri umutsuzluk duygusundan kurtarmak için öz-yeterlilik algılarını geliştirmeleri yönünde aktiviteler yapılmalı, sağlıksız davranışlarından uzaklaşmaları sağlanarak sağlıklı davranışlara yönelmeleri konusunda yardımda bulunulmalıdır (Kumcağız, 2007: 37).

Kronik hastalığa sahip olan bireyler; statülerini, bağımsızlıklarını, kendilerine olan güven ve saygılarını yitirmiş hissetmeleri nedeniyle umutsuzluk duygusu içine girmekte ve büyük oranda kişisel ve duygusal kayıp içinde sürüklendikleri hissine kapılmaktadırlar (Öngider, 1997). Diyaliz hastaları da hastalıklarının kesintisiz tedavi gerektirmesi ve yaşamlarında kısıtlayıcı bir engel teşkil etmesi sebebiyle kendilerini bağımlı ve umutsuzluk içinde hissetmektedirler (Yetişen, 2004: 32-36).

Bireylerin sağlıklarını kaybetmeleri nedeniyle umutsuzluk içine düşmeleri normal bir tepki olarak kabul edilmekte olup, asıl mücadele edilen konu bu durumun patolojik boyutlara ulaşması, zaten yaşanan kötü durumun üzerine daha kötü olayların eklenmesini engellemektir (Öngider, 1997).

Bireyin gelecek ile ilgili olumsuz beklentiler içine girmesi, motivasyon düzeylerinin düşük olması ve bireyin birtakım gerçekçi olmayan düşünceler içine bürünmesi umutsuzluğun önemli göstergelerindedir. Bu psikolojik durumların hemen hepsini bünyelerinde barındıran yaşlılar ile umutsuzluk duygusu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır (Özben, 2008: 136-151). Yaşlı bireylerin sürekli olarak geriye dönük muhasebe içinde bulunmaları, ölümün yaklaştığını düşündükçe yaşamlarının yaşamaya değer olup olmadığını sorgulamaları umutsuzluk düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Crain, 1980: 41-42). Yaşlı bireylerin gerek yakınlarından gerekse kaldıkları kurumdan aldıkları sosyal destek ile spora, grup ve uğraş terapilerine yönlendirilmeleri yaşamlarını daha aktif hale getirecek ve yaşama inançlarının, umut düzeylerinin artmasını sağlayacaktır (İlhan ve diğerleri, 2007: 48-53).

Yaşlı ve hastalıklarla mücadele eden bireylerin yanında madde bağımlılığı olan bireylerde de umutsuzluk yoğun olarak görülmektedir. Madde bağımlılığı olan bireylerde içinde bulunulan umutsuzluk durumu ile birlikte intihar düşüncesi artmaktadır. Bu kişilerde görülen umutsuzluk ve intihar düşüncelerini besleyen faktörler, madde bağımlılığının yanında doğuştan gelen kişilik özellikleri ile beraber algılanan aile desteğinin düşük olmasıdır (İliceto ve diğerleri, 2016: 157-169).

İrritable bağırsak sendromu olan hastaların umutsuzluk düzeyini ölçmek üzere yapılan çalışmada da hastaların depresyon düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında pozitif yönlü, kuvvetli bir ilişki tespit edilmiştir. Hastaların sağlık sorunları ile baş edebilmek ve bozulan dengelerini yerine koyabilmek üzere çevresinde bulunan kişiler tarafından daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları bulunmaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2018: 353-358).

Bireyi umutsuzluğa iten faktörler; iç faktörler (otonomi, özsaygı, bağımsızlık, güç ve algılarına olan tehditler) ve dış faktörler (bireyin çevresinden beklediği yardımı görememesi ve bu durumu algılaması) olmak üzere iki grup halinde incelenmektedir (Aksayan ve diğerleri, 1998). Bireyin kendini tükenmiş ve tehdit altında hissediyor olduğu, özellikle hastalık zamanlarında, tedavi ya da komplikasyonların geliştiği dönemlerde çaresiz ve “her şeyin boş olduğu” düşüncesi içinde bulunduğu dönemler kişinin iç kaynaklarının onu ayakta tutmaya yetersiz geldiği dönemler olmaktadır. Bu dönemlerde bireyin dışarıdan yardım alması ve umut düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bireyin özellikle hastalık ve tedavi süreçleri gibi zor zamanlarında aile

bireyleri, arkadaş, akraba, sağlık personelleri gibi çevresinde yer alan kişilerden destek görememesi umutsuzluk düzeyini arttıran önemli bir faktördür (Doğan ve Kelleci, 2004: 23-37).

Birey kendini umutsuzluk içinde hissettiğinde; içinde bulunduğu problemin hiçbir şekilde çözülmeyeceğini ve amacına ulaşmanın olanaksız olacağını düşünmektedir (Alberta, 2002. Aktaran; Bayramova ve Karadakovan, 2004: 40). Bu nedenle umutsuz duygular besleyen bireylerin normal bireylere göre daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları vardır (Bayramova, 2000).

Umutsuzluk kavramının tanımlarından da anlaşılacağı gibi; umutsuzluk, bireyde geleceğe yönelik olumsuz durumların ortaya çıkacağına yönelik düşünceler meydana getirmektedir. Özellikle hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda tedavinin haftada ortalama üç gün olarak sürekli devam etmesi, hastada olumsuz ve üzücü olan bu olayın tekrar tekrar deneyimlenmesi umutsuzluk durumunu daha da arttırmaktadır (Erdem ve diğerleri, 2004: 3). Artan umutsuzluk durumu da diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin düşmesine, intihar ve depresyon düşüncesinin artmasına yol açmaktadır (Ching, 2001: 218-227, Kim ve diğerleri, 2002: 790-794, Lohne ve diğerleri, 2004: 279-286, Kuo ve diğerleri, 2004: 497-501).

1.2. SOSYAL DESTEK

Sosyal destek kavramı 1976 yılında Cassel'in makalesi ile literatürde yerini almıştır. Cassel makalesinde bireyin çevresinden aldığı sosyal yardımlar ile içinde bulunduğu stres ve olumsuzluklarla daha kolay baş edebileceğinden bahsetmiştir. Pflingstmann da 1987 yılında sosyal desteği özellikle bireyin ihtiyacı olduğu zor zamanlarında aile, sosyal arkadaş, iş arkadaşı, komşu ya da din adamları gibi çevresindeki kişilerden aldığı yardım olarak tarif etmiştir (Abay Alyüz, 2020: 119).

1.2.1. Sosyal Destek Kavramının Tanımı

Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmelerin etkisi tıp dünyasında da kendini göstermiş ve insanların yaşam süresinin uzamasına, bazı hastalıkların ortadan tamamen yok edilmesine, bazı hastalıkların da daha fazla görülmesine neden olmuştur (Mutlu ve Duyan, 2012: 1-38).

Kronik hastalıkların uzun süre hatta ömür boyu devam etme ihtimalinin yüksek olması, zaman geçtikçe kötüleşme durumu; bireyin dengesinin bozulmasına ve içinde bulunduğu sağlık sorunları ile baş edebilmesi için daha fazla desteklenmeye ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (Lacroix ve Assal, 2003. Aktaran; Mutlu ve Duyan, 2012: 26). Kronik böbrek yetmezliği de bir kronik hastalık olup, bireyde fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal açıdan birçok sorunun yaşanmasına yol açmaktadır (Özkan, 1993: 187-190).

Sosyal destek; *“bireylere karşılaştıkları sorunlarla baş etmek için bilgi ve beceri öğreten, sorunlarını paylaşan ve ihtiyacı olduğunda baş etmek için yakınlarından aldığı destek”* olarak tanımlanmaktadır (Karakurt ve diğerleri, 2013: 1-9, Feeney ve Collins, 2014: 1-35). Diğer bir tanıma göre de sosyal destek; *“bağlı olma duygusunu anlatan duygusal bir baş etme mekanizması”* olarak ifade edilmiştir (Esmail ve diğerleri, 2013: 59-67). Aynı zamanda sosyal destek; bireyin zihinsel, fiziksel veya finansal açıdan bir ihtiyacı doğduğunda aile, arkadaş veya komşuları tarafından gördüğü yardım olarak ele alınmaktadır (Chisholm-Burns ve diğerleri, 2010: 312-320). Sosyal destek; bireyin aile, arkadaş, komşu ya da kurumdan sağladığı, gerektiğinde fiziksel gerektiğinde ise psikolojik ya da maddi yardım olarak tarif edilen, bireyin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olmasını sağlayan manevi bir yapı olarak tarif edilmiştir (Leavy, 1983: 3-21, Norbeck ve Bornos 1988: 149-167).

Cohen ve Wills 1985 yılında yaptıkları çalışmada sosyal desteğin kişiyi strese ve olumsuz durumların yaratacağı etkilere karşı nasıl bir mekanizma ile koruduğunu açıklayan iki teori olduğunu tespit etmişlerdir. Bu teorilerden birincisi temel etki modeli diğeri ise tampon etki modelidir (Cohen ve Wills, 1985: 310-357).

Temel etki modelinde sosyal destek kişinin fiziksel sağlığı ve iyi oluş hali açısından her durumda önemlidir. Birey ne durumda olursa olsun sosyal destek açısından yoksun olduğunu düşünüyorsa bu durum onun olumsuz yönde etkilenmesine neden olacaktır (Cohen ve Wills, 1985: 310-312).

Tampon etki modelinde, eğer birey kendini stres altında hissetmiyorsa sosyal destek açısından yoksun bile olsa bu durum onun fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilememektedir. Bu modelde sosyal destek yüksek düzeyde stres altında olan bireyleri, içinde buldukları koşullara karşı baş edebilmesi ve çözüm yolu bulabilmesi açısından desteklemektedir (Cohen ve Wills, 1985: 312- 313).

Bireylerin stres ve üzüntü düzeylerinin yüksek olduğu, kendilerini çaresiz ve tükenmiş hissettikleri dönemler olan hastalık süreçlerinde tampon etki modeli ile sosyal destek; bireyin daha az üzüntü duymasını sağlamakta ve stresin olumsuz etkilerinin bireye zarar vermesinin önüne geçmektedir (Fisher, 1985: 39-53). Böylece birey stresin olumsuz etkilerinden uzak kalarak problemlerini yeniden tanımlamakta ve çözüm yolları aramaya başlamaktadır (Cohen ve Wills, 1985: 310-357).

Sosyal destek kavramı; yapısal ve işlevsel destek olmak üzere de iki ayrı kategoriye sahiptir. Yapısal destekte; destek verenin kim olduğu, bireye ne kadar yakınlıkta bulunduğu ve destek veren kişi sayısı önem arz etmektedir. Bu kategoride önemli olan stres altında olan bireyin destek görmek istediği kişiden gerekli yardımı alıp alamamasıdır. İşlevsel destekte; aldığı desteğin birey açısından ne kadar önemli olduğu ve ne ifade ettiği, ihtiyacının ne kadarını karşıladığı önemli hale gelmektedir (Yıldırım, 2005: 221-236).

1.2.1.1. Sosyal Desteğin Sağlık Alanı Açısından Önemi

Sosyal destek, bireye yaşadığı stres durumundan kolayca kurtulabilmesine ve sahip olduğu sorunlarla kolayca baş edebilmesine yardımcı olan soyut bir kavramdır. Özellikle bireyin çevresindeki kişilere ihtiyacının arttığı durumlarda algılanan sosyal destek hayat kurtarıcı nitelik kazanmaktadır. İhtiyaç duyduğu zamanlarda bireyin çevresindeki kişiler tarafından sosyal destek görememesi ya da herhangi nedenlerle çatışma yaşaması bireyi olumsuz etkilemekte ve baş etme mekanizmalarını kullanamaz hale gelmesine neden olmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97).

Sosyal destek ile ilgili yapılan birçok çalışma depresyon ile sosyal destek arasında sıkı bir bağın olduğunu göstermektedir (Kurlowicz, 1993: 30-36, Golberg ve diğerleri, 1985: 448-456, Lee ve Crittenden, 1996: 313-327). Yalnızlık, sosyal destek ile ilgisi bulunan bir diğer kavramdır (Grant ve diğerleri, 1988: 1254).

Bireyin zaman zaman bağımlılık düzeyinin arttığı yaşlılık dönemlerinde ya da hastalık dönemlerinde aile ve arkadaşlarından gördüğü sosyal destek özellikle önem kazanmaktadır (Prince ve diğerleri, 1997: 323-332, Oksoo, 1999: 169-175, Chalise ve diğerleri, 2007: 299-314). Özellikle böyle dönemlerde algılanan sosyal destek; stresin ortaya çıkardığı olumsuz durumlara karşı bireyin korunmasını, iyileşme hızının

artmasını ve zorluklar karşısında güçlü olmasını sağlamaktadır (Folkman, 1985: 150-170).

Sosyal desteğin birey üzerindeki etkilerini ölçmek üzere kanser hastaları ile yapılan çalışmanın sonucu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını göstermiştir (Dedeli ve diğerleri, 2008: 132-139, Usta, 2012: 3569-3572). Sosyal destek hastanın ağır tedavi koşullarına uyum sağlamasını ve iyilik haline dönüşmenin fizyolojik mekanizmasını olumlu etkilemektedir (Penedo ve diğerleri, 2012: 119-123).

KOAH da bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi sosyal ilişkilerin kısıtlandığı, kişinin kendini yalnız hissettiği, anlaşılmaya, yardım edilmeye ve sosyal desteğe ihtiyacın arttığı bir hastalıktır (Aras ve Tel, 2002). KOAH'lı bireyler üzerine yapılan araştırmada sosyal desteğin bireye aitlik duygusu kazandırarak benlik saygısını arttırdığını ve depresyonun ortadan kalkmasını sağladığını göstermiştir (Marino ve diğerleri, 2008: 713-718).

Aure'LieUntas ve arkadaşları tarafından 1996-2008 yılları arasında 12 ülkede hemodiyaliz tedavisi alan 32.332 hasta üzerinde bir çalışma yapılmış olup, bu hastaların gördüğü sosyal destek düzeyinin düşük olmasının; ölüm oranlarının artmasına, rejimlerine dikkat etmemelerine sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (Haririan ve diğerleri, 2013: 74-80).

Öz-yeterlilik kavramı; *“kişinin bir görevi yerine getirme veya yaşamın zorluklarıyla başa çıkma yeteneği ve kapasitesi”* olarak tanımlanmaktadır (Abdollahi, 2006: 35-40). Öz-yeterlilik kişinin üzerine düşen görevi layıkıyla tamamlama, koyduğu hedeflere ulaşma beceresini ve karşılaştığı hastalık, stres gibi zor durumlarla başa çıkma kapasitesini göstermektedir. Öz-yeterlilik kavramı bireyin kişisel bakım faaliyetlerini kendi başına giderebilme kavramı olup sağlıklı olarak yaşamına devam edebilecek olmasının önemli göstergelerindendir (Rambod ve Rafiei, 2009: 99-110). Bandura yaptığı araştırmada öz-yeterliliği düşük olan bir kişinin, sağlıklı olmak için yapılması gereken davranışları yerine getirmek ya da alıştığı bir olumsuz davranışı değiştirmek için çaba göstermeyeceğini saptamıştır. Öz-yeterlilik kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını, akademik başarısını ve sosyal becerilerini artırma; ağrılar, korkular ve emosyonel bozukluklarla başa çıkma konusunda kişiye güç kazandırmaktadır (Annesi ve arkadaşları, 2007: 72-85). Düşük öz-yeterlilik bireylerde

hastalığın inkâr edilmesiyle beraber depresyon, çaresizlik, anksiyete gibi olumsuzlukları meydana getirmektedir (Mollaoğlu, 2012: 51-63). Özellikle böbrek yetmezliği, diyabet gibi kronik hastalıklarda öz-yeterliliğin düşük düzeylerde olması rahatsızlıkların daha fazla hissedilmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Zhu ve arkadaşları, 2016: 535-541). Bu nedenden dolayı sağlık çalışanları başta olmak üzere hastanın etkileşim halinde bulunduğu çevresinin hastaya karşı destekleyici bir yaklaşım içinde olması gerekmektedir. Kronik hastalıkların tedavisine uyumda öz-yeterlilik kavramının önemi hastaların çevresindeki kişiler tarafından fark edilmeli ve sosyal desteğin önemi unutulmamalıdır (Lewko, 2007: 144-146).

Algılanan sosyal destek; “*bireyin hissettiği ve kendine biçtiği genel değer*” olarak tanımlanmıştır (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50). Yapılan çalışmalar ihtiyacı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça sorunlarla başa çıkma potansiyellerinin arttığını, aksi durum olan sosyal destek düzeyinin düşük olduğu durumlarda ise daha çok duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir (Symister ve Friend, 2003: 123-129, Daigle ve Stewart, 1997: 420-430). Algılanan sosyal desteğin yetersiz ve düşük düzeyde olması, bireyin kendini sosyal izolasyonda hissetmesine ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50).

Sosyal destek, asıl olarak bireyler arasındaki ilişkilerin kaliteli biçimde ilerlemesine ve karşılıklı dayanışma üzerine temel atılmasını sağlamaktadır (Stanhope ve Lancaster, 2006). Bu durum iletişim halinde bulunan kişilerin değerli olduklarını hissetmelerini sağlamaktadır. Böylece sosyal destek insanların sağlık seviyelerinin yükselmesine, çevresel ya da toplumsal nedenlerle kaynaklanan stresin azalmasına, en önemlisi de yaşam kalitesinin yükselmesine doğrudan etki etmektedir. Birçok araştırma yüksek oranlarda sosyal destek algılayan bireylerin ölüm oranlarında, fiziki ve psikolojik bozukluklarda azalma olduğunu göstermiştir (Zamanzadeh ve diğerleri, 2006: 49-54).

Yapılan tanımlar ve incelenen çalışmalar ışığında sosyal desteğin hasta açısından iki önemli işlevi olduğu görülmektedir. Bu işlevlerden birincisi; bireyin iyilik halinde artma sağlaması iken diğeri benlik saygısını güçlendirmesidir. Sosyal desteğin iyilik halinde artma sağlaması, bireyin hem fiziksel açıdan hem de mental açıdan güçlü hale gelmesi demektir. Bu fonksiyon sayesinde ihtiyaç duyan bireyin bir

taraftan temel ihtiyaçları karşılanırken diğere taraftan özen, sevgi, ait olma gibi ihtiyaçlarının da karşılanması sağlanmaktadır. Diğere fonksiyon; benlik saygısının güçlenmesini kapsamaktadır (Işıkkhan, 2007: 15-29). İkinci fonksiyona ilişkin kaynaklar güvenlik, kendinin değerli olduğunu hissetmesi, onaylanma, övülme ama en önemlisi kişinin kendisine saygı duyulduğunu anlaşıması gibi durumları içermektedir (Özbesler, 2001: 13-14).

1.2.1.2. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek sistemi, bireyin psikolojik olarak çevresinde oluşturduğu bir sistemdir (Yıldırım, 2005: 221-236). Sosyal destek kaynakları ise bireyin yaşamında bulunan aile bireyleri, arkadaş, akraba, komşu ve uzmanlar gibi kimselerden oluşmaktadır. Bu kaynaklar bireye farklı şekillerde yardımda bulunmaktadırlar (Sorias, 1988: 353-357).

Sosyal desteğin birçok türü olmakla birlikte en fazla gündemde olan türleri; maddi destek, duygusal destek ve zihinsel destektir (Işıkkhan, 2007: 15-29, Terzi, 2008: 1-11, Ardahan, 2010: 189-196).

Maddi destek; bireyin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyduğu maddi nitelikli yardımın başkası tarafından sağlanmasıdır (Terzi, 2008: 1-11). İhtiyaç halinde olan bireye parasal yardımda bulunmak, iş bulmak ya da maddi anlamda ihtiyacı olanı temin etmek, maddi destek sağlamak anlamına gelmektedir. Tek kişinin çalıştığı ailelerde, özellikle çalışan kişinin hastalanması aileyi maddi açıdan zora sokmakta ve sosyal desteğe ihtiyaç duyar hale getirmektedir. Bu gibi durumlarda aileye yapılacak maddi yardımlar sosyal destek türlerinden olan maddi destek için örnek oluşturmaktadır (Ardahan, 2010: 189-196).

Duygusal destek; bireyin duygusal açıdan eksikliğini hissettiği sevgi, şefkat, empati, bir gruba dahil edilme gibi gereksinimlerinin karşılanması anlamına gelmektedir (Sorias, 1988: 353-357). Bu gereksinimlerinin karşılanmadığı durumlarda stres ile baş etme zorluğu ortaya çıkmakla birlikte benlik değeri düşmekte ve psikolojik açıdan patolojiler meydana gelmektedir (Ardahan, 2010: 189-196). Duygusal destekte sırdaş ilişkisi özellikle önem arz etmektedir. Brown yaptığı çalışmalarda bireylerin içinde buldukları zorlu hayat mücadelelerinde bir dosta sahip olmalarının önemini

vurgulamış ve dostluk ilişkisi bulunmayan bireylerin stresin olumsuz etkilerinden daha fazla etkilendiği ve patolojik düzeyde olan psikolojik rahatsızlıkları daha fazla yaşadıklarını ifade etmiştir (Yıldırım, 1997: 81-87).

Zihinsel destek; kişinin sorunlarını nasıl çözeceğine dair bilgi düzeyinde artış sağlayan destek türüdür. Kişiye ihtiyacı olan bilgiyi sağlamak, ona öğüt vermek ve rehberlik etmek zihinsel destek araçları olarak yer almaktadır (Sorias, 1988: 353-357). İşe yeni başlayan kişiye tecrübeli kişilerin işi öğretmesi, sınavlarda başarısızlık yaşayan bir öğrenciye arkadaşlarının sınav çalışma yöntemleri hakkında bilgi vermesi bu destek türünün örneklerindedir.

Sosyal destek türlerinden hangisinin daha önemli olduğu ile ilgili yapılan çalışmalarda birbirlerine üstünlükleri bulunmadığı, önemli olanın sosyal destek sağlayıcısının niteliğinin uygulanan sosyal destek türüne uygun olması olduğu kanısına varılmıştır. Diğer önemli olan konunun ise desteğin bireyin ihtiyacı olduğu zamanda, doğru kişi ve doğru yerde verilmesi gerektiğidir. Sosyal desteği verecek kişinin doğru kişi olmaması, doğru zaman ve doğru yeri seçememiş olması sosyal desteğin reddedilmesine neden olmaktadır (Şahin, 1999).

1.3. HİZMET MEMNUNİYETİ

Hizmetlerde temel unsur olan müşterilerin, hizmet memnuniyeti açısından düşüncelerinin değişken olduğu ve tahmin edilemeyeceği tespit edilmiştir (Chervonnaya, 2003). Matthing ve diğerlerinin 2004 yılında yaptıkları çalışmada; hizmet verenler açısından müşterilerin ihtiyaçlarını belirlemenin oldukça zor olduğunu, müşterilerin memnuniyetlerini kazanabilmek için yaratıcı fikirler ortaya konulması gerektiğini belirtmişlerdir. Hizmet memnuniyet oranlarının tespit edilmesi ile ortaya çıkan sonuçlar hizmet veren kurum açısından hizmet kalitelerini artırma konusunda önem arz etmektedir (Asher, 1989).

1.3.1. Sağlık Sektöründe Hizmet ve Özellikleri

Hizmet kavramı Grönroos tarafından; “*dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri, çalışan ve fiziksel kaynaklar ile sistemler arasındaki etkileşim anında oluşarak müşteri problemlerine çözüm sunan faaliyetler dizisi*” olarak tanımlanmıştır (Grönroos, 1990:

27). Hizmet kavramı diğer yandan; “herhangi bir şeyin sahiplenilmesiyle sonuçlanmayan, temelde maddi olmayan, bir tarafın bir diğer tarafa sunduğu fayda veya faaliyetler” olarak tarif edilmiştir (Kavak ve Sürücü Ertem, 2007: 71-90).

Hizmet kavramının kendine has birtakım özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler; dokunulmazlık, ayrılmazlık, değişkenlik, dayanıksızlık özellikleri ile sahip olunamama özelliğidir (Ghobadian ve diğerleri, 1994: 44-46, Mucuk, 1994: 320-322).

Hizmetin dokunulmazlığı; hizmetin kendine özgü depolama ve stoklama olanağının olmaması, patent aracılığı ile korunmasının imkânsız olması, tanıtımının ve fiyatlandırılmasının zor olması gibi özelliklerini kapsamaktadır (Odabaşı, 2004: 16-17).

Hizmetin ayrılmazlığı; hizmetin üretiminin ve tüketiminin eş zamanlı olarak yapılması, hizmetin üretilme ve pazarlanmasının birbirinden ayrılmamasıdır (Cemalcılar, 1987: 298).

Hizmetin değişkenliği; malları gelişen teknolojiye bağlı olarak yüksek özelliklere bağlı makineler sayesinde standart hale getirmek mümkün iken, hizmetin; üretim zamanına, nerede, nasıl ve kim tarafından üretildiğine bağlı olarak kalitesi değişiklik gösterebilmektedir (Bayuk, 2007: 4). Hizmetin üreticisinin insan olmasından kaynaklı olarak aynı hizmeti farklı tüketicilere, farklı zamanlarda, farklı şekillerde sunabilmektedirler. Bu durum da hizmet kalitesinin farklı olmasına neden olmaktadır (İslamoğlu ve diğerleri, 2006: 20).

Hizmetin sahip olunamaması; bir malı satın alan kişi o malın sahibi olurken, hizmet sektöründe durum farklıdır. İhtiyaç olunan tesisten bedel ödenerek alınan hizmetten bir süreliğine yararlanma imkânı bulunulması hizmetin sahip olunamaması özelliğini göstermektedir (Öztürk, 2003: 12).

Hizmetin depolanamaması; hizmeti mallardan ayıran en temel özelliklerinden biri de kuşkusuz depolanma özelliğinin bulunmamasıdır (Fitzsimmons ve Fitzsimmons, 1998: 30). Bu özelliği daha iyi açıklamak amacıyla örnek vermek gerekirse; aldığımız bir malı daha sonra kullanmak üzere uygun bir yerde saklama olanağımız mümkün iken bir diyaliz cihazının boş geçen bir seansı daha sonra kullanma imkânı bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri; “*insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetler*” olarak tanımlanmaktadır (Aslantekin ve diğerleri, 2007: 55-70). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ise sağlık hizmetlerinin tanımı; “*belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı sistem*” şeklinde yapılmıştır (Akar ve Özalp, 2002. Aktaran; Köseoğlu, 2007: 15).

Sağlık işletmeleri toplumun her kesiminden bireye; yaşı, cinsiyeti, dili, ırkı ne olursa olsun hizmet veren kurumlardır (Kalkay, 1981: 127). Sağlık sisteminin ana unsuru hastadır. Sağlık hizmeti; hata kabul etmeyen, yapılacak hatalar karşısında bireyin hayatının son bulma ihtimalinin bile bulunduğu bir hizmet alanıdır (Duggirala ve diğerleri, 2008: 560-583). Sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve vazgeçilmez olması ve tüketicilerin zaman geçtikçe artan eğitim düzeylerine bağlı olarak bilinç düzeylerinin ve gelir düzeylerinin artması sağlık sektöründe de değişimleri kaçınılmaz hale getirmektedir (Çatı ve Yılmaz, 2002: 46-53).

Sağlık hizmetlerinin verildiği kurumların örgütlenme biçimlerinin farklı olması, çalışanlarının diğer sektör çalışanlarına göre farklı davranış ve karar mekanizmalarına sahip olmaları ve sunduğu hizmetin önemi açısından diğer hizmet sektörlerine göre farklı bir yere sahiptir (Thomas, 2008. Aktaran; Şantaş ve diğerleri, 2016: 17-33).

Zaman içinde yapılan çalışmalar; hastaneden hizmet alan tüketicilerin de hastane performans verilerini incelediklerini ve tüketicilerin hastaneler arasında kıyaslama yaptıklarını göstermiştir (Groot ve diğerleri, 2012: 764-778). Hastane seçimi; sağlık hizmeti almak isteyen bireyin ya da yakınının sağlık kurumları arasından hizmet almak istediği kurumu seçebilme özgürlüğü olarak tanımlanmakta ve sağlık kurumları açısından hizmet kalitesinin önemini arttırmaktadır (Şantaş ve diğerleri, 2016: 17-33).

1.3.1.1. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Sektörü

Kalite; Juran tarafından “*uygunluk*”, Crosby tarafından “*şartlara uygunluk*”, ve Feigenbaum tarafından ise “*müşteri beklentilerinin tatmini*” olarak tanımlanmıştır (Hemedoğlu, 2012: 27). Günümüzde ise kalite; “*bir ürün ve/veya hizmetin beklentileri karşılayabilme hatta aşma kabiliyeti*” olarak, başka bir açıya göre ise “*müşteri ve tedarikçinin optimum seviyede mutluluğu*” olarak tanımlanmıştır (Şale, 2004. Aktaran; Hemedoğlu, 2012: 28).

Müşteri açısından farklı, üretici açısından farklı ya da hizmet sektörü için farklı, üretim sektörü için farklı tanımlamaların yapıldığı kalite kavramının her açıdan farklı anlam taşıdığı görülmektedir (Edvardsson ve diğerleri, 1994: 77). Townsend ve Gebhardt yaptığı çalışmalar sonucunda kalitenin; gerçek kalite ve algılanan kalite olarak ikiye ayrıldığı kanısına varmışlardır (Townsend ve Gebhardt, 1998: 127). İşletmeler faaliyetleri açısından hedeflerine ulaşmaları gerçek kalite göstergesi, bir ürünün ya da hizmetin taşınması gereken vasıflara sahipliği algılanan kalitenin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Algılanan kalite tanımı, gerçek kalite tanımından tamamen farklılaşmakla beraber müşterinin ürün ya da hizmette görmek istediği kaliteyi tam anlamıyla alması olarak tanımlanmıştır (Hacıfendioğlu ve Koç, 2009: 148). Ürün ya da hizmetin sadece gerçek kalite özelliklerine sahip olması müşteri açısından yeterli etkiyi yaratmamakla beraber düşük kaliteli olarak algılanmaktan kurtulmasını sağlayamamaktadır (Townsend ve Gebhardt, 1998: 127).

Hizmet kalitesi ile ilgili çalışmaların çıkış noktasının fikrinsel temeli Grönroos tarafından ortaya konulan Oliver’in Müşteri Tatmin Teorisi olduğu görülmüştür (Tanrıverdi ve Erdem, 2010: 76). Üretim sektöründen; fiziksel varlığa sahip olmaması (soyutluk), üretildiği an tüketiminin gerçekleşmesi (ayrılmazlık) ve heterojen olması gibi özellikleri nedeniyle ayrılan hizmet kavramının kalite tanımı bu özellikler göz önüne alınarak gerçekleştirilmiştir (Parasuraman ve diğerleri, 1985:42). Tüm bu özellikleri nedeniyle tanımını yapmanın oldukça güç olduğu hizmet kalitesi günümüzde “*müşterinin söylediğidir*” olarak kabul edilmektedir. Parasuraman ve arkadaşları tarafından hizmet kalitesi ile ilgili; “*müşterinin beklediği ile algıladığı hizmet veriminin kıyaslanması*” olduğuna dair bir yaklaşım geliştirmiştir (Atılğan, 2001: 22).

Hizmet kalitesi, hizmetin sunulduğu işletmelerde müşteri ile işletme arasında meydana gelen ilişki sonucu ortaya çıkan yansımaları temsil ettiğinden dolayı güçlü bir etkileşim gerektirmektedir (Voss ve diğerleri, 2004: 212-230). Hangi malın ya da hizmetin daha kaliteli olduğuna karar verenin müşteri olduğunun farkına varılması ile beraber “*kaliteyi müşteri belirler*” anlayışının aktifleştiği görülmektedir (Kara ve diğerleri, 2005: 301-310).

Sağlık sisteminden hizmet alan, temelde yarar sağlayan kişi olan hasta, bu sistem içerisinde müşteri olarak yer almaktadır. Bu nedenden dolayı sağlık hizmetleri sunumunda izlenmesi gereken basamaklar olan; planlama, uygulama ve izleme aşamalarında hasta görüş ve düşünceleri mutlaka değerlendirilmelidir (Duggirala ve diğerleri, 2008: 560-583). Her hasta farklı görüş, düşünce, eğitim düzeyi ve tecrübeye sahip olması ve beklentilerinin farklı olması nedeniyle birbirinden ayrılmakta, bu durum sonucunda sağlık hizmeti kalite değerlendirmesinde farklılıklar oluşmaktadır (Özatkan, 2008: 79).

Son yıllarda yapılan çalışmalar sağlık kurumları müşterisini; “*sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar*” olarak tanımlamasına bağlı olarak müşteri kavramı, sadece hizmeti satın alan kişi olarak değil, işletmenin verdiği hizmetten etkilenen herkesi kapsam içine almaktadır. Bu bilgi ışığında sağlık kurumları müşterileri; iç müşteri ve dış müşteri olarak iki ana başlık altında toplanmıştır. İç müşteri; sağlık işletmesinin çalışanları veya bu işletme ile organik ilişki içinde bulunan herkesi kapsarken, dış müşteri; sağlık kurumunun sunmuş olduğu hizmetlerden direkt ya da dolaylı olarak yararlanan birey ve kurumları ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 291-304). Bu tanımlardan anlaşıldığı gibi sağlık kurumları hizmetlerinin dış müşterileri kapsamında yer alan hasta değerlendirmelerinin önemi kadar iç müşteri kapsamında yer alan sağlık çalışanlarının da değerlendirmeleri oldukça önemlidir. İç müşteriler ile dış müşteriler birbiri ile yakından bağlantılı olmalarından dolayı birinde meydana gelen aksaklıkta diğeri de yakından etkilenecektir yani iç müşteri memnuniyeti ile dış müşteri memnuniyeti arasında sıkı bir ilişki ve doğru orantı bulunmaktadır (Eryoldaş ve Turgutoğlu, 1998: 145-148).

Sağlık hizmetlerinin insan hayatında vazgeçilmez bir ihtiyaç olarak yer alması, sağlık hizmeti alıcılarının bilinç, eğitim ve gelir düzeyinin gün geçtikçe artıyor olması sağlık hizmetlerinde kalite kavramının kaçınılmaz olduğunun en büyük göstergesidir

(Çatı ve Yılmaz, 2002: 46-53). Sahip olduğu vazgeçilmezlik özelliği nedeniyle kalitesini geliştirmesi için devamlı baskı altında olan sağlık sektörü, hizmet sektörünün ön sıralarında yer almaktadır (Evans ve Lindsay, 2011: 61).

Sağlık kuruluşlarına başvuran hasta profilinde yaşanan değişim, bu başvuruların sadece tıbbi tedavi amaçlı olmadığını, tıbbi tedavi yanında estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaçları gidermek amaçlı da olabildiğini göstermektedir. Her ihtiyacı karşılanmayan yani memnun olmayan hasta tedaviyi yarım bırakabilir ya da sağlık kuruluşunu değiştirebilir, yaşanan bu durumda sağlık işletmesinin başarısızlığı olarak değerlendirilmektedir (Bowers, 1987: 35). Yapılan bir çalışmada aldığı sağlık hizmetinden memnun olmayan hastaların nasıl davranış sergileyeceği araştırılmış olup, hizmetten memnun olmayan hastaların yüzde yetmişinin aynı kurumu bir daha tercih etmeyeceği sonucuna varılmıştır (Lee ve diğerleri, 2006: 563-571). Oysaki memnun olan müşteri hizmet almaya aynı işletme ile devam edecek, bu durum işletmenin başarısını, sadık müşteri sayısını ve hizmet verimliliğini arttıracaktır (Kandampully, 1998: 433).

Örgüt yapısı oldukça karmaşık olan sağlık işletmelerinin en önemli girdisi; zaman içinde müşteri olarak da adlandırılan hastalardır, temel çıktısı; hasta bakım faaliyetleridir. Sağlık işletmelerinin temel amacı da hasta bakım faaliyetlerini en düşük maliyet ile en yüksek kalitede sunmaktır (Özatkan, 2008: 79). Bu hedef doğrultusunda kaliteye ulaşmanın yolu işletmeye uygun olan yönetim modeli ve organizasyon biçiminin seçilmesi, sürdürülen faaliyetlerin kim tarafından, ne zaman, ne sürede yapılacağına belli olduğu açık bir görev dağılımının bulunması ile mümkün olmaktadır (Aslantekin ve diğerleri, 2007: 68).

Sağlık hizmeti alıcısının işletmeden beklediği kalite düzeyi (beklenen kalite), hizmet sunum sürecinde algıladığı kalite düzeyi (algılanan kalite) arasında oluşan fark sağlık hizmetinde kalite kavramını tanımlamaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık işletmesini meydana getiren birimlerin sunmuş olduğu yarar ve zararlar sonucunda ulaşılan en üst düzeydeki iyileşme beklentisi, sağlık hizmetlerinde kalite kavramını karşılamaktadır (Tengilimoğlu, 2011: 316).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı üzerine olan ilginin gün geçtikçe artmasının ve kalitenin öneminin gün geçtikçe daha fazla vurgulanmasının sebebi; sağlık hizmeti veren şirketlerin sayısının gitgide artmasına bağlı olarak artan rekabet ortamı, yüksek

maliyetli hizmetleri içermesine bağlı olarak maliyetlerin ve karlılık durumunun önemli olması, müşteri profili ve tutumlarının hızla değişmesi, müşteri tatmini kavramının önem kazanması ve hükümetlerin yaptıkları yasal düzenlemelerdir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 39, Babakus ve Mongold, 1992: 767, Brahmhbhatti ve diğerleri, 2011: 28, Mohammad, 2007: 1, Dursun ve Çerçi, 2004: 1).

Sağlık hizmetleri açısından kalite göstergeleri; kurumun verdiği tıbbi hizmet çıktıları, maliyet analizleri ve hizmeti sunduğu müşterilere yönelik memnuniyet sonuçlarıdır (Önsüz ve diğerleri, 2008: 33). Son yıllarda sağlık hizmetleri kavramları arasında kullanımı artmış olan müşteri kavramıyla anılan hastaların sağlık hizmeti verilen kurumları ve sağlık hizmetlerini algılamaları ve değerlendirmeleri subjektif olup bireyden bireye değişiklik göstermektedir (Karafakıoğlu, 1998: 115). Sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutan maliyet analizlerinde sunulan hizmetin hem müşteri açısından hem de işletme açısından uygun fiyatlandırılması her iki taraf açısından önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri kalitesinde önemli yer tutan diğer kavram olan hizmet memnuniyeti, hizmeti satın almak isteyen kişinin hizmetten haberdar olmasıyla başlayan bir süreç olup işletme ile ilişkisi kesilene kadar devam eden süre içerisinde beklentilerinin ne düzeyde karşılandığını gösteren ölçüttür (Tükel ve diğerleri, 2004: 205-214).

İşletme tarafından sağlık hizmetlerinde kalitenin hedeflenmesi amacıyla hastanın, çalışanların ve tedarikçilerin memnuniyetlerini sağlamak, kaynakların verimli kullanılması, teknolojideki yeniliklerin takibi ile birlikte kabul görmüş sağlık hizmeti sunumu; maliyetlerin azalmasını, verimliliğin artmasını sağlamaktadır (Tengilimoğlu, 2011: 316). Kaliteli sağlık hizmeti sunulan toplumun bireyleri daha sağlıklı ve mutlu olacak böylece toplumun sağlık düzeyi yükselecektir (Aslantekin ve diğerleri, 2007: 68).

Grönroos tarafından 1984 yılında yapılan çalışmada müşterilerin hizmet kalitesini; teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki ayrı boyutta değerlendirdikleri saptanmıştır. Teknik kalite; sağlık hizmetleri için temel hizmet çıktısı olan tedavi hizmetlerini, yani müşterinin almayı hedeflediği hizmetten ne aldığı ile ölçülürken; fonksiyonel kalite, sağlık hizmetinin nasıl sunulduğunu, müşteri ile işletmenin karşılıklı etkileşiminin nasıl olduğunu ifade etmektedir (Sharma ve Patterson, 1999: 151-170). Sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumların denetlenmesinde daha çok

ölçüm kolaylığı ve objektifliği nedeniyle teknik kalite göz önüne alınmaktadır (Kıdak ve Aksaraylı, 2008: 92).

Sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesi boyutları; teknik boyut ve konaklama boyutu olarak iki başlık altında da incelenmektedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 40). Teknik boyut dediğimizde; sağlık hizmeti sunucuları olan doktor ve hemşirelerin sunduğu hizmetler akla gelirken, yönetsel boyut olan konaklama boyutu; otelcilik hizmetleri kapsamında bulunan yemek servisi, temizlik hizmetleri ve otopark hizmetleri gibi alanları kapsamaktadır (Carman, 2000: 347).

Lehtinen ve Lehtinen yaptığı çalışmalarda hizmet kalitesini ilk olarak fiziksel kalite, kurumsal kalite ve etkileşim kalitesi olarak üç boyutta ele almışlardır. Bu çalışmaya göre fiziksel kalite; işletmenin hizmetleri sırasında sahip olduğu bina ve teçhizat gibi güçlerini, kurumsal kalite; işletmenin imajı ve profilini temsil ederken, üçüncü boyut olan etkileşim kalitesi ise müşterilere hizmet sunan personel ile müşteri arasındaki iletişim gücünü tanımlamaktadır (Lehtinen ve Lehtinen,1982. Aktaran; Bilgin ve Göral, 2017: 151-175).

Birçok ülkede yer alan hastanelerde yapılan sağlık hizmetleri kalitesi ölçümü, Singapur hastanelerinde de yapılmış ve hizmet kalite boyutları olarak; somut varlıklar, güvenilirlik, bilgilendirme, güvence, empati, erişilebilirlik ve hizmet bedelini ödemesi konusunda uygunluk olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma sonucu olarak somut varlıklar diğer kalite boyutlarına göre daha az öneme sahipken, güvence ve bilgilendirme en önemli boyutlar olarak tespit edilmiştir (Zaim ve Tarım, 2010: 6-7).

Sağlık hizmetlerinde kalite düzeyi değerlendirilmesi, hasta beklentilerinin ne ölçüde karşılandığının tespiti ile ölçülebileceği düşüncesi, hasta beklentilerinin neler olduğu sorusunun yanıtını arayan çalışmalar yapılmasına neden olmuştur. Yapılan çalışmalar, hasta beklentilerini, hastaneye gelmeden önce almayı umut ettikleri hizmete yönelik beklentiler, hastanedeki hizmetlerin sunumu sırasında meydana gelen beklentiler ve son olarak hastaneden ayrıldıktan sonra oluşan beklentiler olarak üç grup altında toplanabileceğini göstermiştir. Hasta hastaneye gelmeden önce şikâyetçi olduğu rahatsızlığının doğru bir biçimde teşhis edilmesini, anlayabileceği şekilde teşhis, tedavi, risk ve süreç hakkında bilgilendirilmeyi, ödeyeceği ücret hakkında tam ve doğru bir cevap almayı ve tüm bu aşamalarda kuruma tam olarak güven duymayı istemektedir. Hasta hastanede bulunduğu süre içerisinde ise; prosedürlerin uzman ekip

tarafından hazırlanmasını ve açık olarak izah edilmesini, hizmet sunumu sırasında görevli personelin ilgili ve nazik tavır içinde bulunmalarını, iyileşme sürecinin seyri ve zamanı hakkında bilgi sahibi olmayı, kurumun temizlik ve hijyen konularına özen göstermesini, beslenme hizmetleri konusunda titiz davranılması ve şikayetçi olunan konuda kısa sürede cevap almayı beklemektedir. Sağlık hizmet alıcısı hastaneden ayrılmasından sonraki sürecinde ilk başvuru nedeni olan hastalık ile ilgili aynı sorunları tekrar yaşamak istememekte, daha önce bilgilendirildiği ücret üzerinden fatura ödemesini gerçekleştirmek ve tekrar aynı kuruma başvurmak durumunda kalırsa kısa sürede cevap almayı istemektedir. Sağlık hizmetlerinde müşteri açısından kalitenin tam olduğundan söz edebilmek için hastanın bu beklentilerinin tam anlamıyla karşılanması gerekmektedir (Bircan ve Baycan, 2004: 174-175).

1.3.1.2. Algılanan Kalite ve Boyutları

Yapılan çalışmalar hastaların sağlık sektöründen hizmet alımı sırasında algılarını etkileyen birçok farklı boyutun olduğunu göstermiştir. Bu faktörlerin bazıları hastane çalışanları ile ilgili olup; hastane çalışanlarının mesleki bilgi, deneyim, yeterliliği, katılımı, hizmet sunma isteği gibi faktörleri kapsamaktadır (Edvardsson ve diğerleri, 1994, Duggirala ve diğerleri, 2008: 562). Duggirala ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışma ile hasta tarafından algılanan toplam kalite hizmet boyutları 7 başlık altında toplanmıştır (Duggirala ve diğerleri, 2008: 562). Bu çalışmaya göre hasta tarafından algılanan toplam kalite hizmet boyutları; altyapı, personel kalitesi (doktor, hemşire ve diğer yardımcı personel), klinik bakım süreci, idari prosedürler, güvenlik göstergeleri, genel tıbbi bakım deneyimleriyle sosyal sorumluluktur (Padma ve diğerleri, 2009: 175 ve Duggirala ve diğerleri, 2008: 563).

a) Altyapı: Dizayn olarak ifade edilen kurumun fonksiyonel açıdan kullanışlı olması ve estetik açıdan göze hitap eden bir görünümde bulunması; ekipman açısından günümüz teknolojisine uygun olması ve son olarak ambiyans yani hijyen, sıcaklık ve müzik gibi fiziksel görünümü destekleyen konuları ifade etmekte olan üç ayrı boyuttan meydana gelmektedir (Moon ve diğerleri, 2011: 290).

b) Personel Kalitesi: Sağlık hizmeti sunucuları olarak doktor, hemşire, destek personel ve diğer idari personelin sundukları hizmet sırasında hastaya gösterdikleri ilgi, bu personel ile hasta arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır (Padma ve

diğerleri, 2009: 176). Hastanın sağlığı ile ilgili yaşadığı problemi teşhis ve tedavi etmekle görevli sağlık personeli olan doktor, hastanın memnuniyetini etkileyen faktörlerin ilk sıralarında yer almaktadır (Owusu-Frimpong, 2010: 208). Yapılan çalışmalarda iyi algılanan hizmet kalitesini personelin göstermiş olduğu nezaket, saygı ve ilginin belirlediği görülmüştür (Hasin ve diğerleri, 2001: 6-13).

c) Klinik Bakım Süreci: Klinik bakım süreci, hastanın sağlık kurumuna başvurusu ile başlamakta; taburculuk sonrası dönemi de içine almak üzere tedavi ve bakım sürecinde yaşadığı deneyimleri içermektedir (Duggirala, 2008: 568). Hasta bu süreç içerisinde yaşanan olumsuzlukları sağlık hizmetine yönelik olarak algıladığı kalite seviyesinde düşüklük olarak değerlendirmektedir (Padma ve diğerleri, 2009: 177). Klinik bakım sürecinde meydana gelen olumsuz durumlar karşısında doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin özenli ve dikkatli davranışları hastanın sağlık kurumuna dair kalite ağıısından değerlendirmelerini olumlu yönde etkileyecek, memnuniyet seviyelerinin artmasını sağlayacaktır (Kostagiolas ve Zimeras, 2008: 134).

d) İdari Prosedürler: İdari prosedürler, sağlık kurumuna başvuru işlemleri, tedavi işlemleri ve taburculuk işlemlerini kapsamakta olup, hastalara daha iyi hizmet sunmak amacıyla işlem sıralamasının netleşmesini hedeflemektedir (Duggirala ve diğerleri, 2008: 568). İdari prosedürler ağıısından kalite seviyesini en fazla etkileyen faktör işlemler sırasında bekleme ve gecikmelerin ne kadar fazla yaşandığına dair olan göstergelerdir (Derin ve Demirel, 2013: 1119). Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde işlemlerinde olumsuzluk yaşamalarının önüne geçmek amacıyla düzenlenen prosedürler, günümüz şartlarına uygun olarak hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlanıp sağlık sistemi içine adapte edilmelidir (Padma ve diğerleri, 2009: 177, Patel, 2009: 2).

e) Güvenlik Göstergeleri: Sağlık kurumları hem hastanın hem de çalışanın her ağııdan güvenliklerini sağlamakla yükümlü kurumlardır (Padma ve diğerleri, 2009: 177). Bu yükümlülüğünü yerine getirmekle sorumlu olan hastaneler; hastanın hangi ilaç ya da yiyeceklere alerjisi olduğunun tespitinden ve önleminin alınmasından, hastane sınırları içerisindeki rampalardaki hijyen faktörlerinin sağlanması kadar tüm konularda görev ve sorumluluklarını tam ve eksiksiz olarak yerine getirmekle yükümlüdür (Eraqi, 2006: 478).

f) Genel Olarak Alınan Tıbbi Bakım Deneyimleri: Hastalar sağlık kurumlarından aldıkları hizmeti değerlendirmekte; tıbbi bakım ve tedavisinin yüksek kaliteli olduğunu düşündüğünde tedaviye uyumu artmaktadır (Derin ve Demirel, 2013: 1120). Hastaların sağlık kurumunun sunduğu tıbbi bakım sürecinden kazandığı deneyimlerini kaliteli olarak değerlendirmesi, tavsiye sonucu tercih sebebi olarak başvuran hasta sayısını arttıracığı gibi mesleki hata davalarının sayısında azalmalara neden olacaktır (Duggirala ve diğerleri, 2008: 566-568).

g) Sosyal Sorumluluk: Kurumların toplum karşısında üstlenmek zorunda oldukları sosyal sorumluluk projeleri; sosyal açıdan faaliyetlerin yanında çevresel ve finansal faaliyetleri de içermektedir (Hidayati, 2011: 104). Sağlık kurumlarının sosyal sorumluluklarının başında toplumun tüm kesimlerine eşit ve adil biçimde hizmet sunmak, maddi durumu uygun olmayan bireylere düşük ücretli ya da ücret almadan hizmet ulaştırmak yer almaktadır (Antonio, 2011: 20). Sosyal sorumluluk projelerinde aktif yer alan sağlık kurumlarında; müşteri ve çalışan memnuniyetinde artış, kurumda görev alan bireyler arasında sorumluluk bilinci ve iş birliği yapma isteğinde artış, işe devamsızlık oranlarında ise azalma görülmesini sağlayarak kuruma yarar sağlamaktadır (Granerud, 2011: 117).

1.3.2. Hizmet Memnuniyeti ve Önemi

Hastalar açısından hizmet memnuniyeti; “*hastaların aldıkları hizmetten beledikleri yararlar, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlükler, hizmetten belediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, ön yargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlemdir*” (Engiz, 1997: 61-87). Başka bir ifadeyle hastanın bakış açısından hizmet memnuniyeti; “*hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt*” olarak tanımlanmıştır (Özcan ve diğerleri, 2008: 96-101).

Yapılan araştırmalar ister sağlık işletmelerinden hizmet alan bir birey olsun ister farklı işletmelerden hizmet alan bir birey olsun yaşadığı deneyimleri çevresindeki kişilere ve diğer müşterilere anlattığının bir gerçek olduğunu göstermektedir. Bu konu ile ilgili rakamlar incelenecek olursa kurumdan memnun olarak ayrılan bir müşterinin

aldığı hizmeti ortalama sekiz kişiye anlattığını, memnun olmayan müşterinin yaşadığı deneyimi ortalama yirmi kişiye anlattığını göstermektedir (Ardıç, 1994: 219-229).

Hizmet değerlendirmesinin önemli bir parçası olan hizmet memnuniyeti farklı bireyler tarafından farklı zamanlarda, hatta aynı bireyler tarafından farklı zamanlarda bile farklı şekillerde algılanabilmektedir (Yılmaz, 2001: 69-74). Hizmet memnuniyeti, hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu an başlamakla beraber taburculuğundan sonraki bakım ve tedavi hizmetlerini de içine almaktadır (Duggirala ve diğerleri, 2008: 560-583).

Günümüzde teknolojinin hızla gelişmesi, sağlık sektöründe uzmanlaşmanın ve maliyetlerin artması, toplumda meydana gelen demografik değişikliklere bağlı olarak hastaların artan beklentileri, hastanelerin var olan iş yoğunluğunu daha da arttırmakta ve karmaşık hale getirmektedir (Tükel ve diğerleri, 2004: 205-214).

Algılanan kalite ile beklenen kalite arasındaki fonksiyon olan hizmet memnuniyetinin hastalar açısından tespit edilmesinin amacı; hastaların aldıkları hizmet hakkındaki düşüncelerinin tespit edilmesi, onların istekleri ve memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin öncelikle neler olduğunun tespit edilmesi, kurumu tercih sebepleri, kurumdan beklentilerinin neler olduğunun anlaşılmasını sağlamaktır (Apay ve Arslan, 2009: 239-244). Sağlık sektöründe hizmet memnuniyeti üzerine yapılan çalışmaların sonuçları sağlık kurumuna vereceği hizmetlerin planlaması, verilen hizmetlerin öncelik sırasının belirlenmesi ve yapılan uygulamaların yeniden yapılandırılması yönünde herhangi bir ihtiyacın olup olmadığının tespit edilmesinde yol gösterici olmaktadır (Derin ve Demirel, 2013: 1111-1130).

Hizmet memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi; seçilen sağlık kurumunun hangi nedenlerle seçildiğinin göstergelerinin belirlenmesi, organizasyonun yeniden düzenlenmesinin hasta beklentilerine göre yapılmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin başarısının ve kalitesinin temel göstergesi olması açısından oldukça önemlidir (Şahin ve diğerleri, 2005: 137-142).

Leebov ve Scott yaptıkları çalışmalar sonucunda sağlık sektöründe hizmet memnuniyetinin neden önemli olduğunu dört başlık altında toplamışlardır. Bunlar (Kısa, 2002. Aktaran: Köseoğlu, 2017: 72):

a) İnsancıl nedenler: Hasta haklarında da yer aldığı üzere bireye sunulan sağlık hizmetleri hem teknik hem de bilimsel açıdan en iyi ve en kaliteli düzeyde olmalıdır. Hizmetin sunumu sırasında hastaların kişiliği, düşünceleri, değer ve tutumları en ön safhada yer almalı ve saygı duyulmalıdır (Köseoğlu, 2017: 72).

b) Ekonomik nedenler: Hastalar kuşkusuz içinde buldukları durumun önemi açısından diğer sektör hizmet alıcılarına göre daha dikkatli ve seçici durumdadırlar. Sağlık kurumu seçiminde tercihlerini daha özenle yaparlar ve ödedikleri ücret karşılığında tedavilerini kusursuz şekilde olmak isterler ve bu nedenden dolayı da hizmet memnuniyeti kurum açısından; hem hastayı elde tutmak hem de çevrelerindeki bireylere tavsiye etmeleri açısından oldukça önemlidir (Köseoğlu, 2017: 72).

c) Pazarlama: Hizmet memnuniyeti sağlık kurumlarının tercih edilmesine bağlı olarak hasta sayılarını arttırmada buna bağlı olarak sektördeki pazar payını yükseltmeleri açısından önemlidir (Akgün, 2002: 14).

d) Etkililik: Yapılan çalışmalar sağlık kurumundan memnun olan hastaların tedaviye daha uyumlu davrandıklarını, sağlık çalışanlarının önerilerine daha dikkatle uyduklarını göstermektedir. Hastanın tedavisine karşı sergilediği bu uyumlu ve ılımlı yaklaşım da tedavinin etkililik düzeyini önemli ölçüde arttırmaktadır (Pakdil, 2005: 1).

Gelişen sağlık sektörü içinde yer almak isteyen kurum; gün geçtikçe artan maliyetler karşısında kar elde etme zorunluluğu, profesyonel düzeyde çalışma arzusu, değişen hasta-sağlık çalışanı ilişkileri, aktif şekilde kullanılmayan bölümlerin varlığı ile baş etmek durumundadır. Bu nedenlerden dolayı daha fazla hastanın tercih sebebi olmak için hizmet memnuniyetinin öneminin farkında olmalıdır (Demir ve diğerleri, 2000: 65-71).

Yüksek düzeyde hizmet memnuniyetini amaç edinen sağlık kurumunun özenle üzerinde durması gereken noktalar şunlardır (Pakdil, 2005: 1);

- Kurum sunduğu hizmetlerde kaliteden ödün vermemeli,
- Yüksek maliyet oranlarını düşürmeli,
- Teşhis ve tedavi sırasında hataya yer vermemeli,
- Hastayı tüm işlem basamakları hakkında bilgilendirmeyi aksatmamalı,
- Hastayı mümkün olan en üst seviyede sağlığına kavuşturmalı,

- Taburcu sonrasında da hastaya gerekli tavsiyeleri vermeyi ihmal etmemelidir (Pakdil, 2005: 1).

1.3.2.1. Hizmet Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalar hizmet memnuniyetinin farklı faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bazı kaynaklara göre hasta tarafından algılanan hizmet memnuniyetini; hastanın teşhis ve tedaviye yönelik gereksinimleri, daha önce hizmet aldığı sağlık kurumlarından kazanılan deneyimleri, sosyo-kültürel ve psikolojik durumları, kaliteye yönelik beklentileri etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 140-143, Tükel ve diğerleri, 2004: 205-214). Sağlık sektöründe yapılan bazı çalışmalarda ise hizmet memnuniyetini etkileyen faktörler; personel hasta etkileşimi, doktor davranışı, hemşire hasta etkileşimi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi ve güven olarak sıralanmaktadır (Büber ve Başer, 2012: 265-274). Hizmet memnuniyeti açısından; doktor davranışı, hemşire davranışı ve bakım kalitesi, personelin temizliği, hastane ve muayene odasına ulaşım kolaylığı, muayenede geçen süre ve resmi işlemlerin kolayca halledilebilir olması hastanın sağlık kurumunu tekrar tercih etmesinde etkili olan faktörler olarak tespit edilmiştir (Yılmaz, 2001: 69-74, Özer ve Çakıl, 2007: 140-143).

Hizmet memnuniyetini etkileyen faktörleri; hastaya yönelik faktörler, hizmet verenlere yönelik faktörler ve çevresel ya da kurumsal faktörler olmak üzere üç ana başlık altında toplamak mümkündür (Akgün, 2002: 14).

1.3.2.1.1. Hastaya Yönelik Faktörler

Sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan hastanın aldığı hizmetten beklentisi ne kadar fazla ise memnuniyet düzeyi o denli düşük olmaktadır (Serbest, 2006: 27). Thompson'a göre hizmet memnuniyetinde hastaya yönelik faktörler arasında hastane bakım kalitesi algıları, demografik ve kişisel özellikleri, geçmiş deneyimleri, tutum ve beklentileri, hastanede kalış süreleri ve kendi sağlık durumlarını algılayışları önemli ölçüde etkili olmaktadır (Yanık, 2000: 8-9).

Bireyin sosyo-demografik özelliklerinin memnuniyetini nasıl etkilediği üzerine yapılan çalışmalarda tutarsız sonuçlar olduğu görülmektedir (Devebakan ve

Aksaraylı,2003: 38-54, Özbakır ve Ergin,1997: 113-118, Okumuş ve diğerleri, 1993: 177-183, Tengilimoğlu, 1996: 103-111). İzmir’de yer alan bir özel hastanenin 105 hastası üzerine yapılan bir çalışmada hastaların demografik özelliklerinin müşteri memnuniyeti üzerine etkileri incelenmeye çalışılmıştır. Çıkan sonuçlara göre yaşlı hastaların genç hastalara göre, eğitim seviyesi düşük hastaların daha yüksek eğitim seviyeli hastalara göre, yüksek gelirli hastaların daha düşük gelirli hastalara göre hizmet memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sadık hastaların sadık olmayan hastalara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri görülmüştür (Devebakan ve Aksaraylı,2003: 38-54). Yapılan bazı çalışmalar ise yaş ile hizmet memnuniyeti arasında ilişki olmadığını göstermektedir (Özbakır ve Ergin,1997: 113-118).

Bazı çalışmalar erkek hastaların daha memnun olduklarını tespit etmişken, bazı çalışmalar kadın hastaların daha memnun olduklarını, bazı çalışmalar ise cinsiyet ile memnuniyet arasında bir ilişkinin bulunmadığı yönünde sonuçlanmıştır (Okumuş ve diğerleri, 1993: 177-183, Tengilimoğlu, 1996: 103-111).

Bayan hastaların erkek hastalara göre, daha önce başka hastanelerden hizmet alarak deneyim kazanan hastaların diğer hastalara göre ve son olarak hastanede kalış süresi daha kısa olan hastaların uzun süre hastanede kalan hastalara göre hizmet memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Çatı ve Yılmaz, 2002: 46-53).

Hastaya yönelik faktörlerden bir diğeri de bireyin hizmet aldığı kurum hakkında önceki duyuları ve deneyimleridir. Hastanın hizmet alacağı kuruma gelmeden önce ya da hizmet aldığı sırada aldığı duyuları hastanın tatmin düzeyini etkileyen, duygu ve düşüncelerinin değişimine neden olan önemli faktörlerdendir (Wicks ve Chin, 2008: 24-38).

1.3.2.1.2. Hizmet Verenlere Yönelik Faktörler

Sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına karşı nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış çerçevesinde sergiledikleri davranışlar, profesyonel olarak bilgi ve becerilerini sunma tarzları hastanın tedavi

sürecine uyum göstermesi ve daha katılımcı tutum içinde davranmasını sağlamaktadır (Akgün, 2002: 14).

Sağlık sürecinin önemli bir parçası olan sağlık çalışanlarına yönelik hizmet memnuniyet faktörleri şunlardır (Akgün, 2002: 12-18):

a) Personel - Hasta Etkileşimi: Sağlık kurumlarında teşhis, tedavi ve bakım olmak üzere birçok hizmet farklı statülere sahip çalışanlar tarafından sunulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 291-304). Temizlikten, yemeğe, teşhisten tedaviye kadar sunulan hizmet sürecinde yaşanan herhangi bir aksaklık ya da düzensizlik tüm süreci alt üst etmekte, hastaya zarar verebilmekte ve kurum imajını olumsuz etkileyebilmektedir (Yanık, 2000: 64). Sağlık sektöründe teknoloji oldukça fazla gelişmiş düzeye gelse de, nitelik bakımından yeterli personele sahip olunmadığı sürece hizmet kalitesinde istenilen seviyeye ulaşılması mümkün olmamaktadır. Bu durumun nedeni; sağlık personelinin hizmetin her aşamasında hasta ile birebir ilişki içinde olmasıdır (Korkmaz, 2003: 1). Hasta ve yakınlarının içinde buldukları zor süreç içerisinde sağlık personelinden gördükleri nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış rahatlamalarını, tedaviye katılımlarında daha uyumlu tutum içinde olmalarını sağlamaktadır (Özer ve Çakıl, 2007: 142).

b) Hekim Davranışı: Hastalar, tedavi süreçleri içinde hekimler ile olan ilişkilerini değerlendirirken iki ana faktörü özellikle göz önünde bulundurmaktadırlar. Bu faktörlerden ilki; hekimin teşhis ve tedavi sürecinde sergilediği teknolojik ve profesyonel tutumudur. İkincisi ise; hastayı dinleme ve anlama yönünde sergilediği tutum ve iletişim yeteneğidir (Kısa, 2007: 282-283). Hastaların tedavi süreçlerinde ya da kontrol programlarında aynı doktora ulaşamamaları, doktorun kurum tarafından sık sık yer değişikliğine uğratılması hizmet memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Çakıl, 2007: 142). Birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda sürekli aynı doktor ile iletişime geçebilen hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Salehnia, 2000).

c) Hemşire - Hasta Etkileşimi: Sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeylerini tespit etmek üzere yapılan birçok çalışma gerek hastaların memnun olma durumlarında gerekse memnuniyetsizlik durumlarında hemşirelik hizmetlerinin etkisinin çok büyük olduğunu göstermektedir (Mccoll ve diğerleri, 1996: 34-38). Amerika'da The Johns Hopkins Breast Center'da 1999-2001 yılları arasında yapılan araştırma sonuçları da

hemşirelerin hizmet sunumu sırasındaki tutumlarının memnuniyet üzerine oldukça etkili olduğunu göstermiştir (Kılıç, 2003).

Hemşirelerin sağlık personeli içinde sayı bakımından fazla olmaları, hastanın tedavi ve bakım sürecinde, rehabilitasyonunun sağlanmasında aktif görev almaları memnuniyet ölçümlerinde önem arz etmektedir (Avis ve diğerleri, 1995: 316-322). Hemşirelik bakım hizmetlerinden memnun olan hasta tedavi sürecine daha aktif katılım sağlayacak böylece hemşirelik bakım kalitesi gelişecektir (Kayacık, 1998). Tüm bu nedenler dikkate alındığında hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin tespit edilmesi hem hasta açısından hem de kurum açısından oldukça önemlidir (Demir ve Eşer, 2005: 31-43).

d) Bilgilendirme: Hasta hakları incelendiğinde hastanın teşhis ve tedavi sürecinin her aşaması hakkında bilgi edinmeye hakkının olduğu görülmektedir. Hekimin hastayı sağlığının hangi durumda olduğu, tedavi sürecinde nelerle karşılaşacağı, bu sürecin ne kadar devam edeceği gibi her türlü konuda bilgilendirme yapması hastaya kendini değerli hissettirmektedir (Tatarlı, 2007: 55). Yeterli düzeyde bilgilendirilen, değer verildiği hissettirilen hastalar hem kendilerine uygulanan tedavi ve bakım sürecine hem de sağlık çalışanlarına daha çok güven duymaktadırlar (Kısa, 2007: 283).

1.3.2.1.3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler

Sağlık kurumundan alınan hizmetin memnuniyet düzeyini etkileyen faktörlerden; kuruma ulaşımında zorluk yaşanmaması ve otopark sorununun bulunmaması çevresel faktörler açısından olumlu değerlendirmeler yapılmasını sağlamaktadır. Günün tüm saatlerinde hizmet vermesi, temizlik ve yiyecek hizmetlerinde üst düzey kaliteyi hedef edinmesi ise kurumsal faktörleri oluşturmaktadır (Derin ve Demirel, 2013;1111-1130).

Amerika’da eski hastanelerin yenilenme işlemlerinde görev alan mimarlar ve çevre düzenlemecileri; hastane çevresi düzenlemelerini hasta ve yakınlarının streslerini azaltacak, ruh hallerini olumlu düzeyde etkileyecek ve iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunacak şekilde planlamaktadırlar. Bu şekilde düzenlenen hastane ortamının insanı yeniden sağlığına kavuşturacağına ve iyileşme sürecini olumlu

etkilemesine katkıda bulunacağına yönelik çalışmalar hızla devam etmektedir (Whitehouse ve diğeri, 2001: 301).

İKİNCİ BÖLÜM

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANIMI

Kronik hastalık; “*vücudu oluşturan sistemlerin fonksiyonlarında meydana gelen, geriye dönüşümü mümkün olmayan, yavaş ilerleyen; tedavi, bakım ve izleminin düzenli ve sürekli olarak yapılmasının zorunlu olduğu, genellikle yaşamın sona erdiği zamana kadar devam eden bir rahatsızlık*” olarak tanımlanmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013: 57-69).

Kronik böbrek yetmezliği böbreğin fonksiyonlarını yerine getirememesi ile meydana gelen önemli bir sağlık sorunudur (Karaca ve diğerleri, 2012: 169-174). Bu hastalığın değişik dereceleri bulunmaktadır (Tanrıverdi, 2010: 27-32). En hafif derecesi olarak kabul edilen, ve neredeyse hiçbir belirti vermeyen asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından, en üst derece olan, üremik sendrom olarak adlandırılan sürece kadar devam eden evrelere ayrılmaktadır (Battaloğlu, 2007: 7).

Kronik böbrek yetmezliğinin hangi evrede olduğu glomerüler filtrasyon hızının ölçümü ile tespit edilmektedir (Ustaalioğlu, 2015: 95-102). Glomerüler filtrasyon değeri bazı hastalar için 50 ml/dakika hatta bazı hastalar için 35 ml/dakikanın altına düşmediği sürece belirti vermeyebilir (Tanrıverdi, 2010: 27-32). Bu değer 20-25 ml/dakikaya düşmesiyle hastada üremik sendroma ait belirtiler ortaya çıkmaya başlamaktadır (Kökçü ve diğerleri, 2019: 412-419). Üremik sendrom içinde olan hastalarda genellikle merkezi sinir sistemini etkileyen belirtiler görülmektedir (Tanrıverdi, 2010: 27-32). Bu belirtiler genellikle halsizlik ve mental aktivitede fark edilir düzeyde azalmadır (Derici ve diğerleri, 2003: 11-15). Önemli olan bu belirtilerin görülmeden tedaviye başlanmasıdır (Rossinni, 1981: 435-444).

Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakikaya indiği zaman hastaya son dönem böbrek yetmezliği tanısı konulmaktadır (Stone ve diğerleri, 1995:653). Bu dönemde hastada pulmoner ödem, koma, konvülsiyon, asidoz, hiperkalemi gibi bulgular görülmekle beraber, tedavinin gecikmesiyle ölüm gerçekleşebilmektedir (Selamet, 2005: 1-48).

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji; “*hem klinik hem de toplum bilimlerinde hastalıkların/sağlık sorunlarının dağılımını, nedenleri ile bunların teğhis, tedavi ve önlenmesi için uygun yöntemleri belirlemeye yarayan araştırma tekniklerini öğreten bilim dalı*” olarak tanımlanmaktadır. (Last, 1988: 1-141).

Kronik böbrek yetmezliği gün geçtikçe artan hasta sayısı, tedavisinin sürekliliği ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemidir (Taş ve diğerleri, 2011: 120-124). Dünyada 850 milyon kişinin bu hastalıktan etkilendiği belirlenmiştir (World Kidney Day, 2020). Dünya üzerinde kronik böbrek hastalığının yükü gün geçtikçe artmakta olup 2040 yılında dünyada kaybedilen yaşam yıllarının nedenlerinde 5. sırayı alacağı ön görülmektedir(World Kidney Day, 2020). Öneminin bu denli büyük olmasına rağmen Türkiye’de kronik böbrek yetmezliği üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar maalesef sınırlı sayıdadır (Tanrıverdi, 2010: 27-32).

2.1.1.1. Mortalite (Ölüm)

Herhangi bir hastalığa ilişkin epidemiyolojik verilerin incelenmesi sırasında belirli ölçütlerin kullanılması hastalığın daha görünür hale gelmesine yardımcı olmaktadır. Kullanılan ölçütlerin temel kullanım amaçları arasında hastalıkla ilgili belirlenen popülasyonun hangi durumda olduğunun saptanmasında, gruplar arasındaki dağılımların incelenmesinde ve hastalığın zaman içinde gösterdiği değişimin incelenmesinde önemli yer tutmaktadır. Hastalığa ilişkin mortalite oranlarının bilinmesi bu açıdan önem arz etmektedir (Tezcan - Güven, 2017: 231-244).

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında mortalite artış göstermektedir (Taş ve diğerleri, 2011: 120-124). Bu artışın nedenlerini incelemek gerekirse kuşkusuz ilk neden; hastaların orta yaşı üzerinde olması, belirlenen diyete uymamaları, böbrek yetmezliğine eşlik eden diyabetes mellitus, kardiyak hastalıklar, enfeksiyonların bulunmasıdır (Mauri ve diğerleri, 2008: 1690-1696).

2.1.1.2. Morbidite (Hastalık)

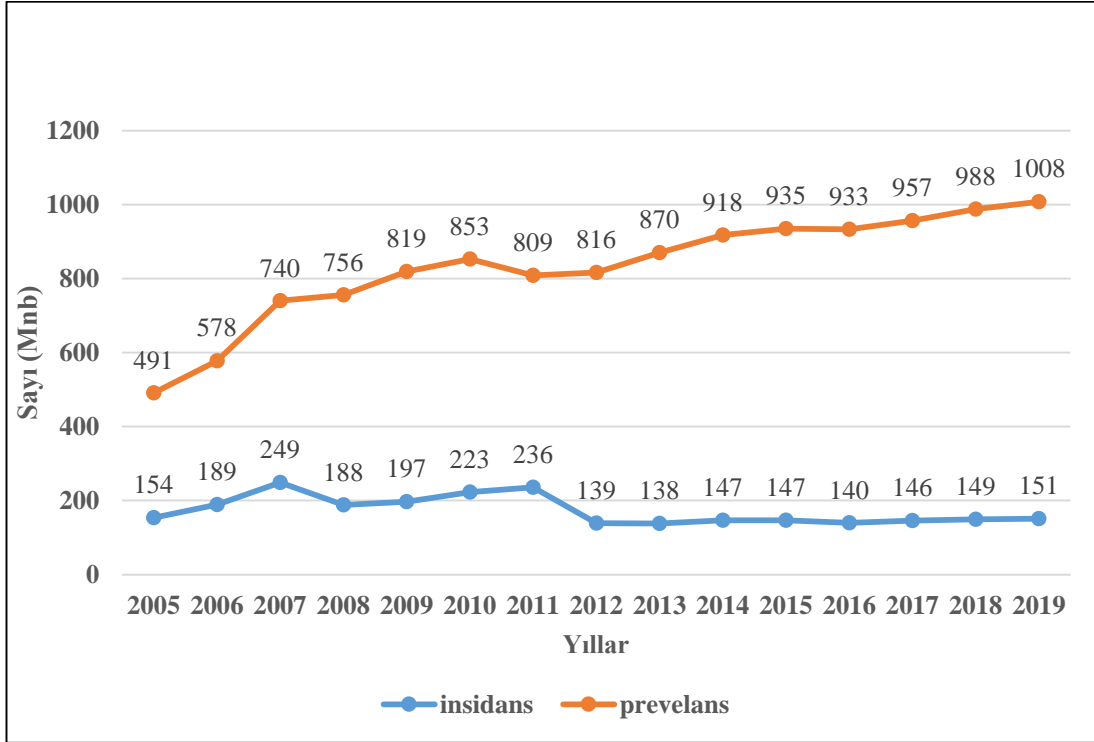
Türk Nefroloji Derneğinin açıklamalarına göre kronik böbrek yetmezliğinin en yaygın nedenlerinden ilki diyabet, ikincisi ise hipertansiyondur (TND, 2019). Yaşlanan ve hızla artan nüfus oranları da kronik böbrek yetmezliğinin önemli nedenleri arasında yer almaktadır (Donar Bayın, 2019: 11). Kronik böbrek yetmezliğine sebep olan diğer faktörleri sıralamak gerekirse; enfeksiyonlar, böbrek taşları gibi idrar yollarında tıkanmaya yol açan faktörler, bazı ilaçların uzun süre kullanımı nedenler arasında yer almaktadır (Smith, 2018: 4).

2.1.1.3. İnsidans ve Prevalans

Epidemiyolojik terimler arasında yer alan, insidans ve prevalans kavramlarından: *“bir hastalığın, belli bir zaman noktasında, belirli, tanımlanmış bir toplumda görülen olgu sayısı prevalans olarak; bir hastalığın, belli bir zaman aralığında görülen yeni olgularının sayısı ise insidans”* olarak ifade edilmektedir (Last, 1988: 1-141).

Son dönem böbrek yetmezliği artan insidans ve prevalans oranları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan araştırmalar dünyada erişkin nüfusun %10’unda çeşitli derecelerde bir böbrek rahatsızlığının varlığını tespit ederken, bu oranın ülkemizde yaklaşık %15,7 olduğu görülmüştür (Bıçakcı ve Sezer, 2020: 79-89).

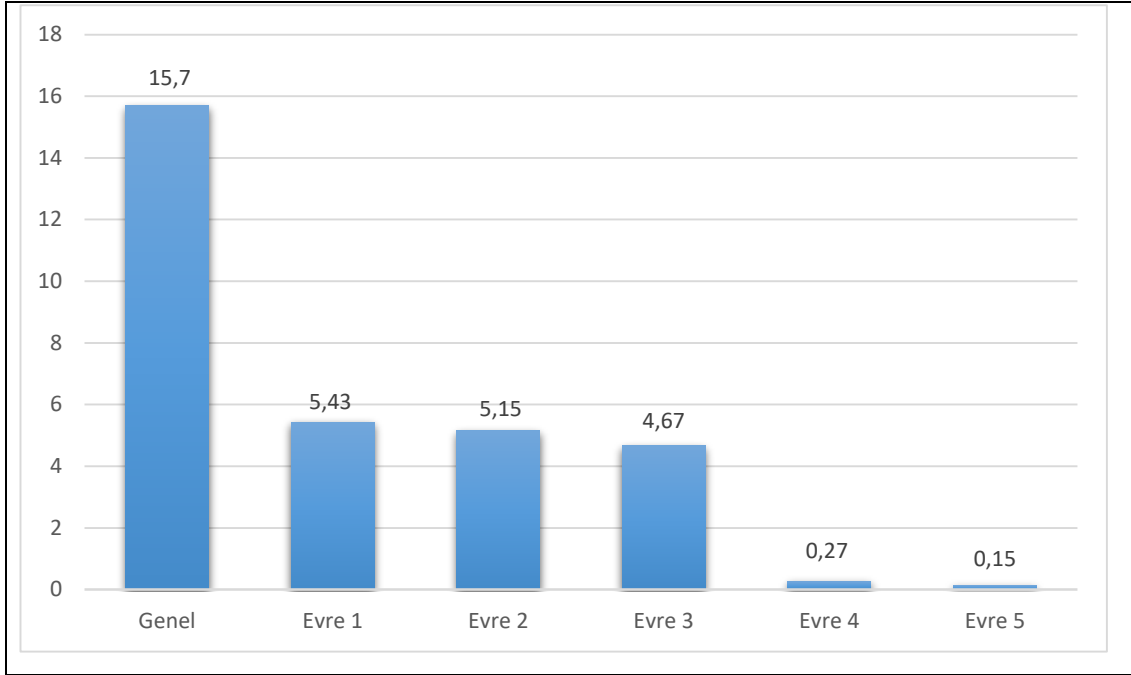
Şekil 2.1. Türkiye’de RRT Gerektiren SDBH İnsidansı ve Prevalansı



Kaynak. (http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf) (Erişim Tarihi 27.10.2020)

Kronik böbrek yetmezliği epidemiyolojisi üzerine Türk Nefroloji Derneğinin yaptığı çalışmalardan elde ettiği veriler en detaylı ve en sağlıklı verileri oluşturmaktadır. Bu veriler ışığında 2019 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 1007.6 olarak, insidansı ise milyon başına 150.5 olarak saptanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dâhildir) (TND, 2019: 6).

Şekil 2.2. Türkiye’de Erişkin Popülasyonda Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı ve Evrelere Göre Dağılımı



Kaynak.www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf (Erişim tarihi: 27.10.2020)

Ülkemizde kronik böbrek yetmezliğinin evrelerine göre prevalans oranları incelendiğinde; en yüksek orana sahip birinci evrenin olduğu en düşük orana sahip evrenin ise beşinci evre olduğu görülmektedir.

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi – Diyaliz

Böbrek hastalıklarında önemli olan, hastalığın son dönem böbrek yetmezliği seviyesine ulaşmadan önüne geçilmesi, böylece ilerlemesinin durdurulması; eğer bu başılamıyorsa gerekli hazırlıkları yaparak, kalıcı bir hasar oluşmadan tedaviye başlanmasıdır (Seyahi, 2015: 154-160). Böbrek yetmezliği son döneme ulaştığı noktada karşımıza çeşitli tedavi yöntemleri çıkmaktadır. Aynı zamanda renal replasman tedavileri olarak adlandırılmakta olan bu tedavi yöntemleri; diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve böbrek transplantasyonudur (Tokgöz, 2005: 82).

Türk Nefroloji Derneği'nin en son yayınladığı 2019 kayıtlarına göre kronik böbrek yetmezliği tedavilerinin %76.93'ünü hemodiyaliz, %14.21'ini transplantasyon ve %8.86'sını ise periton diyalizi oluşturmaktadır. Renal replasman tedavileri içinde

en sık kullanılan yöntem olan hemodiyaliz, gün geçtikçe kullanım oranı artan bir tedavi yöntemidir (TND, 2019).

Hemodiyaliz; *“fistül, greft ya da kateter adı verilen uygun bir vasküler giriş yolu kullanılarak hastadan alınan kanın, bir makine ve pompa yardımıyla diyalizör (membran) adı verilen bir süzgeçten geçirilip sıvı ve solüt içeriğini düzenleyerek hastaya geri verilen bir tedavi yöntemi”* olarak tanımlanmaktadır (Bıçakçı ve Sezer, 2020: 79-89).

Hemodiyaliz işlemi 1960’lı yıllarda Willem Koff tarafından uygulanmaya başlayan bir tedavi yöntemidir (Sarı, 2015: 71-80). Hemodiyaliz tedavisinin uygulanmaya başlanmasıyla beraber böbrek rahatsızlığı; kronik bir rahatsızlık haline gelmiştir. Bu tedavi ile beraber hastaların yaşam süreleri 10 yıl ile 15 yıl arasında uzamıştır (Aydemir ve diğerleri, 2002: 30 ve Bakioğlu, 1995: 70). Hastanın hayatta kalmasını sağlayan bu tedavi yöntemi; invaziv bir girişimin her seansta tekrar edilmesi, sık görülen yan etkileri, haftada üç gün en az dört saat makineye ve sağlık personeline bağlı kalma zorunluluğu gibi nedenlerle bir taraftan da hastanın yaşamını olumsuz etkilemektedir (Baines ve diğerleri, 2005: 38-44).

%76.93 ile KBY’de en sık kullanılan tedavi yöntemi olan hemodiyaliz hem hastaların hem de hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak yıpranmalarına sebep olmaktadır (Meriç, 2013: 21-26). Bu sorunlar tedaviye uyum sürecini güçleştirmekle beraber tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Karadeniz ve diğerleri, 2005: 30).

Gerek kronik böbrek yetmezliğinin getirdiği güçlükler, gerekse tedavi yönteminin makineye bağlı bir yaşam sürmenin zorunlu halde olması hastalarda birçok psikiyatrik ve psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Levebfvre ve diğerleri, 1978: 9-17).

Teknoloji sayesinde hemodiyaliz tedavisi ile ilgili son dönemde geliştirilen home (ev) diyalizi yöntemi hastalara az da olsa bir rahatlama sağlamaktadır (Bıçakçı ve Sezer, 2020: 79-89). Home diyaliz yöntemi daha çok çalışan ve özgür bir yaşam tarzı tercih eden hastalar için önemli bir seçenektir (Doğan ve diğerleri, 2013: 16-20). TND’nin 2019 yılı sonunda ki kayıtları 678 hastanın avantajları nedeniyle home diyalizi tercih ettiğini göstermektedir (TND, 2019).

Diğer bir diyaliz yöntemi olan periton diyalizi “*hastanın karın boşluğuna küçük bir ameliyat ile yerleştirilen, ince, yumuşak, silikondan yapılmış kalıcı bir tüp aracılığı ile verilen özel olarak hazırlanmış bir solüsyon ile hastanın kendi karın zarı (periton zarı) kullanılarak hastanın kanının zararlı maddelerden arındırılması ve vücuttaki sıvı dengesinin sağlanması işlemi*” olarak tanımlanmaktadır (Bıçakçı ve Sezer, 2020: 79-89).

Periton diyalizinin, ev ortamında hasta tarafından gerçekleştiriliyor olması, diyet kısıtlamasının olmaması, hastayı bir merkeze bağımlı hale getirmemesi hemodiyaliz yöntemine göre üstünlüklerini oluşturmaktadır (Bıçakçı ve Sezer, 2020: 79-89).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan kişilerin kesin tedavi şekli kuşkusuz böbrek naklidir (Şentürk ve diğerleri, 2000: 163-172). Böbrek nakli; “*canlı veya kadavra vericiden böbreğin alınarak, uygun alıcıya nakledilmesi*” işlemidir (Bıçakçı ve Sezer, 2020: 79-89). Ülkemizde kadavradan nakillere çeşitli dini inançlar ve ritüeller nedeniyle toplumun korku ile yaklaşması, canlıdan canlıya nakillerin ise sadece 1-4. dereceden akrabalar arasında yapılmakta olması böbrek nakli oranlarının düşük olmasının nedenleridir (Seyahi, 2017: 154-160, Şantaş ve Şantaş, 2018: 163-168).

Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle merkeze ve tedavi ekibine bağlı yaşamlarına devam etmek zorunda olan hastalarda anksiyete ve depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır (Çelik ve Acar, 2007: 23-27). Bu iki rahatsızlığın görülme sıklığı ve nedenleri incelendiğinde; hemodiyaliz hastalarında genel nüfusa göre depresyon yaygınlığının %25 oranında (Palmer ve diğerleri, 2013: 179-191), anksiyete yaygınlık oranının ise %28,8 olduğunu görülmektedir (Çelik ve Acar, 2007: 23-27).

Diyaliz hastaları üzerinde yapılan akademik çalışmalar diyaliz tedavisinin ilk yılında duyulan psikiyatrik destek ihtiyacının oranının %70 olduğunu, zaman ilerledikçe tedaviye adaptasyonun artmasıyla beraber bu oranın %30 seviyelerine gerilediğini göstermektedir (Sezer, 2001: 147-152).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların kendilerini “diyaliz hastası” şeklinde tanımladıkları görülmektedir (Peitzman, 1989: 16-32). Kronik hemodiyaliz hastasının haftada üç gün diyaliz merkezine gitme ve sürekli ilaç kullanma zorunluluğu, sıvı alımında özellikle yiyecek kısıtlamaları bireyin hastalığını unutmasını imkânsız hale getirmektedir (Kara, 2007: 132-136). Kronik hemodiyaliz hastalarının tedavileri

nedeniyle yaşam şekillerinde meydana gelen bu zorunluluklar kendisi ile birlikte ailesinin de tedaviye uyum sağlamasını mecbur hale getirmektedir (Akıncı, 2000: 1-5, Christensen, 1989: 16-32).

Diyaliz tedavisi alan hastalar ile böbrek transplantasyonu yapılan hastalar ve genel dahiliye hastalarının karşılaştırıldığı akademik çalışmalar incelendiğinde depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu, cinsel bozukluklar gibi psikiyatrik bozukluklara rastlanma oranının %50 olduğu tespit edilmiştir (Levenson ve Glocheski, 1991: 382-389). Başka bir akademik çalışmada ise hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile böbrek transplantasyonu olan hastalar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada transplantasyon yapılan hastaların yaşam kalitesi olarak daha iyi durumda oldukları ve daha az yaşam sorununa sahip oldukları tespit edilmiştir (O'Donnel ve Chung, 1997: 38-43).

2.2. DİYALİZ TEDAVİSİNE ADAPTASYONDA UMUT VE UMUTSUZLUĞUN ETKİSİ

Hastalık kavramı; bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal açılarından olumsuz etkileyen bir kriz durumudur (Kaçmaz, 1998: 198-206). Hastalık hangi düzeyde olursa olsun günlük rutinlerine devam edemeyen bireyi olumsuz etkilemekte ve hasta rolünü üstlenmesine sebebiyet vermektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97). Bu durumun nedeni olarak; günlük aktivitelerini sürdürmede başkalarının yardımına daha fazla ihtiyaç duyacak olmaları, gelecekle ilgili endişe duymalarına bağlı olarak yaşanan ölüm korkusunun baş göstermesi, pişmanlık duygusu gösterilmektedir (Özmen, 1997: 116-117). Böyle olumsuz duygular içinde bulunan birey için geleceğe yönelik umut duygusu beslemesi; karamsarlık ve çaresizlik duygularını ortadan kaldırırken, bireye olumlu yaşam enerjisi aşılacaktır (Öz, 2004: 229-268). Kanseri hastalarında 2005 yılında tedaviyi olumlu etkileyen faktörlerin tespit edilmesini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada “umut” tedaviyi olumlu etkileyen en güçlü faktör olarak tespit edilmiştir (Crothers ve diğerleri, 2005: 103-118).

Kronik hastalıklar hem ölüme neden olmaları hem de uzun ve maliyetli tedavi giderlerine yol açmaları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği de yaşam kalitesi üzerinde yaptığı olumsuz

etkiler, artan mortalite ve morbidite oranları nedeniyle oldukça önemli bir hastalıktır (Davison ve diğerleri, 2005: 477-485 ve Park ve diğerleri, 2016: 244-246).

Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde kullanılan hemodiyaliz; kuşkusuz hastaların hayatta kalmalarını sağlayan, yaşam sürelerini uzatan bir tedavi yöntemi olmasının yanında, hastanın olağan yaşam düzenini bozduğu ve yaşam kalitesini kısıtladığı da kabul edilmesi gereken bir gerçektir (Okanlı ve diğerleri, 2008: 156-161). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında diyaliz tedavisinin başlamasıyla beraber yeni bir kimlik ve benlik duygusunun geliştiği tespit edilmiştir. Hastada yeni gelişen bu psikolojik durum belirsizlik içinde görülen geleceklere ve hastalık seyirleri, makineye bağımlı bir yaşam, alışmak durumunda oldukları ilaç ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı olarak meydana gelmektedir (Gregory ve diğerleri, 1998: 764-783).

Diyaliz tedavisi alan hastalar ile diğer kronik hastalıklara sahip bireyler karşılaştırıldığında; diyaliz hastalarının fiziksel sağlıklarının belirgin şekilde azalmış olduğu görülmektedir (Mittal ve diğerleri, 2001: 1387-1394). Fiziksel sağlıklarının yanında azalan yaşam kaliteleri ile birlikte yaşadıkları özgürlük kaybı ve hayal kırıklığı olan diyaliz tedavisi; hastanın evlilik, aile ve sosyal ilişkilerinin kökten değişmesinin önemli nedeni olmaktadır (Christensen ve diğerleri, 2002: 712-724). Diyaliz tedavisinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan fistül ya da kataterler hastanın vücut görüntüsünde değişikliğe neden olduğundan, hastaların kendilerini çirkin olarak görmelerine neden olabilmektedir (Thomas, 2002). Bununla beraber evli bireylerde, hasta olmayan eşin bakıcı pozisyonuna bürünmesi, yaşanan cinsel durum bozuklukları hastada olumsuz duyguların doğmasının nedenlerindedir. Diyaliz tedavisinin hastaların sosyal hayatları üzerine olan olumsuz etkileri ve getirdiği gerek diyet üzerine gerekse seyahat üzerine olan kısıtlamalar hastaların, anksiyete ve depresyona neden olan bu durumlarla başa çıkmasını engellemektedir (Kimmel ve Peterson, 1998: 245-254).

Birçok araştırma hemodiyaliz tedavisi gören hastaların içinde buldukları umutsuzluk duygusunun depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklara zemin hazırladığını göstermiştir (Özkan, 1993: 187-190, O'Donnell ve Chung, 1997: 38-43). Hastalarda yüksek oranda görülen anksiyete bozukluğu tek başına bağımsız bir durum olarak değerlendirilip tedavi edilmek yerine depresif bozuklukların bir parçası olarak

kabul edilmektedir (Cukor ve diğeri, 2008: 128-136). Anksiyete ve depresyonun görülme sıklığının çok yüksek olduğu bu hasta grubunda umutsuzluk, inkâr ve tedavinin reddedilmesiyle de sıklıkla karşılaşmaktadır (Tabiban ve diğeri, 2017: 266-276). Hastanın içinde bulunduğu psikolojik bozukluk kişiyi bağımlı hale getirmektedir (Heidenreich ve diğeri, 2006: 752-756). Bu bağımlılık durumu bireyin performansının bozulmasına ve mesleki, aile ve sosyal yaşamında sıkıntı yaşamasına sonuç olarak ruh sağlığının bozulmasına ve hayal kırıklığı yaşamasına neden olmaktadır (Tabiban ve diğeri, 2017: 266-276). Hayal kırıklıklarıyla beraber ruh sağlığı bozuk olan hastalarda ölümlerin yaklaşık %15-30'u tedaviye uyumun olmaması nedeniyle gerçekleşmektedir. Tedaviye uyumu kalmamış, hayal kırıklıkları içinde ruh sağlığı bozulmuş hastaların sağlık durumlarını ve yeteneklerini olumlu yönde etkileyen ana bileşen umuttur (Aghajani ve diğeri, 2015: 19-25).

Umut, bireyin hedeflerini gerçekleştirmek, karşısına çıkan engelleri aşmak için kendinde bulduğu irade, düşünme ve planlama gücünü oluşturmaktadır. Uzun tedavi süreci içine dahil olan hastalarda tedavinin ileri dönemlerinde umudu yüksek olanların karşılaştıkları problemlere daha fazla çözüm aradıkları ve içinde buldukları duruma daha uyumlu hale geldikleri görülmektedir (Kim ve Evangelista, 2010: 271-280). Rahimipour ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada umut düzeyi yüksek olan hemodiyaliz hastalarında stres, kaygı ve depresyonun azaldığı tespit edilmiştir (Rahimipour ve diğeri, 2015: 694-699). Son dönem böbrek yetmezliği hastaları üzerine yapılan çalışma; bu hasta grubunda görülen psikiyatrik bozukluk oranının diğer kronik hastalık gruplarına göre oldukça yüksek olduğunu göstermiştir (Kimmel, Thamer ve diğeri, 1998: 214-221). Son dönem böbrek yetmezliği hastaları üzerine yapılan bir diğer çalışmada; bu hastaların %20-30'unda depresyon belirtileri görülürken, genel popülasyonda yaşam boyu yaklaşık %16 oranında depresyon belirtilerinin görüldüğü saptanmıştır (Chilcot ve diğeri, 2010: 74-82). Hastaların içinde buldukları depresyon durumları uzun dönemde tedavi durumlarını zorlaştırmakta ve hastayı tedaviye dirençli hale getirmektedir (Levenson ve Glocheski, 1991: 382-389). Hastaların içine sürüklendikleri ruhsal bozukluk durumları da tedavi sürecinde işbirliğinin aksamasına, tedavinin reddedilmesine, diyet uyma ve ilaç alımının aksatılması hatta tedavi uygulayan görevlilerle çatışmalara neden olabilmektedir (Kumbasar, 1997: 169-177).

Uzun yıllar boyunca hemodiyaliz tedavisi alan hastaların, bir makineye bağımlı olarak yaşamlarına devam etme zorunluluğu içinde olmaları kuşkusuz hem fiziksel ve psikolojik hem de sosyal ve ekonomik birçok problemi de beraberinde getirmektedir (Tan ve diğerleri, 2005: 56-66). Uzun yıllar devam eden tedavi sürecinin kesintisiz ve yoğun olarak devam etme mecburiyeti hemodiyaliz hastalarının umut durumlarının değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (Taşkın Yılmaz ve diğerleri, 2020: 35-43).

Hasta bireylerin umutsuzluk düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan çalışmada; hasta bireylere konulan tanılar kronik böbrek yetmezliği, kanser, diğer dahili hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi) ve cerrahi hastalıklar olmak üzere sınıflandırılmıştır. Yapılan çalışmada umutsuzluk puan ortalamaları karşılaştırılmış ve en yüksek ortalamaya sahip olan hasta grubunun kronik böbrek yetmezliği hastalarının olduğu tespit edilmiştir (Doğan ve Kelleci, 2004: 23-37).

Hemodiyaliz hastalarında umut ile tedaviye uyum arasında doğru orantı bulunduğu yapılan çalışmalar ile açıklanmıştır (Taşkın Yılmaz ve diğerleri, 2020: 35-43). Hastaların tedavileri ile ilgili konularda çaba göstermeleri, motivasyonlarını üst seviyelerde tutmaları ve yaşadıkları stresle başa çıkmaya çalışmaları tedavi açısından oldukça önemlidir (Rahimipour ve diğerleri, 2015: 694–699, Topbaş ve Bingöl, 2017: 36–42). Bu konu ile ilgili olarak sağlık profesyonelleri; hastaların içinde buldukları belirsizlik durumunu ve tedavi sürecinde yaşadıkları sorunları ortadan kaldırmalıdır. Sağlık profesyonelleri, tedavinin en sağlıklı şekilde devam etmesini sağlama konusunda tedaviye uyumu ve sorunlarla baş etmede etkili olan umut düzeyini arttıracak gücü hastanın kendisinde bulmasına yardımcı olmalıdırlar (Kavradım ve Özer, 2014: 154-164). Hastanın umudunu arttırmada bir diğer görev de hasta yakınlarına düşmekte olup sıkıntı içinde bulunan bireye maddi ve manevi yardım olarak da kısaca tanımlanan sosyal desteğin esirgenmemesi konusunda gereğini yapmalıdırlar (Eker ve Arkar, 1995: 17-25).

2.3. DİYALİZ TEDAVİSİNE ADAPTASYONDA SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ

Bireyde hastalığın kalıcı ya da uzun süreli olması, muhtemel ek bir rahatsızlığın meydana gelmesi hem bireyi hem de aileyi derinden etkilemektedir. Hastalığa sahip bireyin ailedeki ve sosyal çevresindeki rolünün ve fonksiyonlarının değişmesi önemli

sorunlara neden olmaktadır. Hasta ve yakınlarının yaşam savaşı verdiği bu dönemde hem hastanın yeni yaşamına alışma ve adapte olması, tedavi, eğitim ya da iş edinme süreçlerinin düzenlenmesi hem de ailesinin bu konuya alışma süreci açısından tam bir kaos durumu meydana getirmektedir (Büyükçoşkun, 1998). Tam da bu süreçte çevreden alınan sosyal destek ve duygusal yardım hem hasta için hem de hasta yakınları için kritik bir değere sahiptir (Şahin 1999). İncelenen literatürde, sosyal desteğin özellikle hastalık durumlarında yaşanan tedavi sürecinde oldukça olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Chalise ve diğerleri, 2007: 299-314, Oxman Berkman ve diğerleri,1999: 356-368, Prince ve diğerleri,1997: 323-332). Yaşanan hastalık durumlarında aile fertlerin tutumları, hastanın tedaviye cevabını oldukça etkilemekte olup özellikle sosyal destek yetersizliği; umutsuzluğa ve buna bağlı olarak sorunlarla baş etme becerilerinde azalmaya neden olmaktadır (Abramson ve diğerleri, 1989: 358-372, Sezer, 2001: 147-152).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısının koyulması ile birlikte başlayan diyaliz tedavisi hastaların yaşam düzenlerinde bozulmaların meydana gelmesine yol açmaktadır (Karabulutlu ve diğerleri, 2004: 56-66). Diyaliz hastaları; sürekli ve kesintisiz bir diyaliz tedavisine maruz kalırlar, bağımsızlıkları sınırlanır, tıbbi bakıma, diyet ve özellikle sıvı kısıtlamasına tabi olurlar, sık sık ilaç almak ve hastaneye başvurmak zorunda kalırlar, sağlık personeline bağımlı hale gelir, cinsel fonksiyon bozukluğu yaşar ve işsizlik durumları ile karşı karşıya kalarak hayatlarına devam etmek zorundadırlar (Akpolat ve Utaş, 2001). Diyaliz hastalarının maruz kaldığı bu stres faktörleri hastalığın teşhis edilmesi ile başlayarak tedavi süreci boyunca devam etmektedir (Janet ve Joan, 2001: 200-207).

Hastalar hissettikleri stres ve gerginlik karşısında, bazen bilinçli bazen de bilinçsiz olarak çeşitli baş etme stratejilerini kullanmaktadır (Argon, 2002. Aktaran: Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97). Baş etme stratejileri; probleme yönelik ve duygulara yönelik baş etme stratejileri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (Endler ve Parker, 1990: 844-854, Folkman ve Lazarus, 1985: 150-170). Problem odaklı baş etme stratejileri; sıkıntı yaratan durumu çözmek ve değiştirmek üzerine sergilenirken, duygusal odaklı baş etme stratejisi; sıkıntı yaratan durumu değiştirmeden kişinin iyi hissetmesini sağlayan düşünceleri yaratması üzerine kurulmaktadır (Argon, 2002). Diyaliz hastaları üzerinde yapılmış çalışmalar incelendiğinde; iki baş etme

stratejilerini de zaman zaman kullandıkları görülmüştür (Lok, 1996: 873-881, Daigle ve Stewart, 1997: 420-430, Janet ve Joan, 2001: 200-207, Christova, 1999: 35-38, Yvonne ve Brin, 1999: 1312-1317). Diyaliz hastaları üzerine yapılmış başka bir çalışma; diyaliz hastalarının psikososyal iyilik durumunu belirleyen faktörlerin; aile, arkadaş ve iş yaşantısındaki doyumla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Campbell ve Campbell, 1978: 386-392).

Kronik rahatsızlığı bulunan bir bireyin başlıca sosyal destek kaynakları; aile, sosyal arkadaş ve iş arkadaşları, din görevlileri ve sağlık personelleri oluşturmaktadır (Mollaoğlu, 2006: 144-155). Bireyin çevresindeki bu kişilerden algıladığı sosyal destek, ister akut hastalık ister kronik hastalık durumunda olsun kişinin hastalığa uyumunu arttırmaktadır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliğinde de algılanan sosyal destek seviyesi ile yaşam memnuniyeti arasında doğru orantı, depresyon ve hastalığın yükü arasında ters orantı bulunmaktadır (Patel, 2005: 98-102).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DIYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN UMUT/UMUTSUZLUK DÜZEYİ İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE HİZMET MEMNUNİYETLERİ ARASINDA İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde diyaliz tedavisi alan hastaların umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla yapılmış olan araştırmanın; amacı ve önemi, kapsam ve sınırlılıkları, evren ve örnekleme, teknik ve yöntemi, araştırmada kullanılan ölçekler, araştırmanın hipotezleri, araştırma verilerinin analizleri yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın temel amacı, kronik böbrek rahatsızlığı nedeniyle diyaliz tedavisi alan hastaların, umut ve umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır. Bu temel amaç dışında hastaların demografik özelliklerinin umut ve umutsuzluk durumlarına, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve türlerine ayrıca hizmet memnuniyet derecelerine ne denli etki ettiğini ortaya koymak da araştırmanın amaçları arasındadır.

Literatürde diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında ilişkiyi araştıran çalışmalar olmasına rağmen, diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve hizmet memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi birlikte ele alan ve bu ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan literatür taraması sonucunda bu olgular arasındaki ilişkinin tedavi süreci ve hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olduğu öngörülmektedir. Bu sebeple çalışmanın, söz konusu olguları ve aralarındaki etkileşimi birlikte değerlendirmesi açısından literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI

Bu çalışma, İzmir il sınırları içinde yer alan bir üniversite hastanesine bağlı diyaliz merkezi, bir eğitim ve araştırma hastanesine bağlı diyaliz merkezi ve beş özel diyaliz merkezinde tedavi gören hastaları kapsamaktadır.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki ulaşım zorluğu, zaman kısıtlılığı ve izin alınabilen diyaliz merkezlerinde gerçekleştirilmiş olmasıdır.

Bu araştırma kapsamına sadece hemodiyaliz tedavisi gören hastaların dâhil edilmesi, periton diyalizi tedavisi alan hastalara ulaşılamamış olması diğer bir sınırlılığı oluşturmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İzmir il sınırları içinde üniversite, kamu ve özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören tüm diyaliz hastaları oluşturmakta olup bu hasta sayıları ile ilgili bilgi İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili biriminden alınmıştır. Tablo 3.1'de 2020 yılında İzmir İlinde diyaliz tedavisi alan hasta sayıları ile birlikte araştırmaya konu olan evren gösterilmektedir.

Tablo 3.1. 2020 Yılında İzmir'de Diyaliz Tedavisi Alan Hasta Sayısı

Diyaliz Merkezi Adı	Toplam Cihaz	Toplam Hasta
Üniversite	65	120
Kamu	241	809
Özel	737	2926
TOPLAM	1043	3855

Tabloda yer alan bilgilere göre İzmir ilinde yer alan üniversite hastanelerine bağlı diyaliz merkezlerinde toplam 65 cihaz bulunmaktadır ve toplam hasta sayıları 120'dir, kamu hastanelerine bağlı diyaliz merkezlerinde bulunan 241 cihazda 809 hasta hizmet almakta ve özel diyaliz merkezlerinde bulunan 737 cihazda da toplam 2926 hasta hizmet almaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın evreni 3855 kişidir.

Formül 1: Örneklem Hesaplamada Kullanılan Formül

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

Formülde kullanılan semboller aşağıda açıklanmıştır.

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem seçilecek kişi sayısı

p: Evrendeki bir olayın gerçekleşme olasılığı

q: Evrendeki bir olayın gerçekleşmeme olasılığı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Kabul edilen örneklem hatası

Kaynak. Baş (2006). Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir? s. 45

Baş (2006) tarafından ortaya konan formül kullanılarak elde edilmesi gerekli örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi çerçevesinde hesaplanmış olup aşağıda sunulmuştur.

$$n = \frac{3.855 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (3855-1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}$$

n = 349

Buna göre, örneklem büyüklüğü 349 olarak hesaplanmıştır. Anketler gerekli izinlerin alınabildiği bir üniversite hastanesine bağlı diyaliz merkezinde, kamu hastanelerine bağlı bir diyaliz merkezinde ve beş özel diyaliz merkezinde araştırmaya katılmayı kabul eden 360 hasta ile yapılarak araştırma süreci tamamlanmıştır.

Tablo 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Diyaliz Merkezleri Bilgileri

Diyaliz Merkezi Adı	Cihaz Sayısı	Hasta Sayısı
Üniversite Hastanelerine Bağlı Diyaliz Merkezi	19	27
Kamu Hastanelerine Bağlı Diyaliz Merkezi	7	25
Özel Diyaliz Merkezi 1	30	88
Özel Diyaliz Merkezi 2	45	189
Özel Diyaliz Merkezi 3	25	92
Özel Diyaliz Merkezi 4	20	66
Özel Diyaliz Merkezi 5	30	124
TOPLAM	176	611

Araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezlerine ilişkin veriler incelendiğinde, merkezlerin cihaz sayılarının en az 7, en çok 45 olduğu görülmektedir. Bu cihaz sayıları ile en az hastaya hizmet veren merkezin 27 hastası, en çok hastaya hizmet veren merkezin 189 hastası vardır. Araştırma yapılması için izin verilen bu merkezlerde tedavi gören hastalardan, üniversite hastanesinde tedavi gören 23 hasta; kamu hastanesinde tedavi gören 12 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Özel diyaliz merkezi 1’den 51 hasta, özel diyaliz merkezi 2’den 86 hasta, özel diyaliz merkezi 3’ten 71 hasta, özel diyaliz merkezi 4’ten 54 hasta, özel diyaliz merkezi 5’ten ise 63 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmiştir ve anket formunda yer alan soruları cevaplandırmıştır.

Araştırma örneklemine; kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak diyaliz tedavisi alan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurabilen, okur-yazar hastalar dâhil edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN TEKNİK VE YÖNTEMİ

Çalışma kapsamında öncelikle, umut/umutsuzluk, algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri ile ilgili literatür taraması yapıp kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Literatür tarama aşamasında konu ile ilgili kitaplar, süreli yayınlar ve internetten elde edilen bilgilerden faydalanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formları kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan anket formları ulusal ve

uluslararası çalışmalarda kullanılan ölçeklerden oluşturulmuştur. Araştırmada nicel yöntem kullanılmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi “Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu”, araştırmanın yapıldığı hastaneler ve özel diyaliz merkezlerinden gerekli izinler alınmıştır. Etik kurulu izin yazısı EK 6; hastaneler ve özel diyaliz merkezlerinden alınan izinlere dair evraklar EK 7, EK 8, EK 9, EK 10, EK 11, EK 12, EK 13’ de yer almaktadır.

Veriler 15 Ocak 2021 ve 28 Şubat 2021 tarihleri arasında izin alınan diyaliz merkezlerinde hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bu süre zarfında 360 hasta ile görüşülmüştür.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” ve yapı geçerliliği test etmek için, “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)” yapılmıştır.

Güvenilirlik testlerinden Cronbach’s Alpha modeli, ölçekte yer alan ifadelerin birbirleri ile homojenlik gösteren bir yapıyı ne düzeyde oluşturduğu hakkında bilgi vermesi açısından önemlidir (Kalaycı, 2010: 403). Bu çalışmada güvenilirlik hesaplaması Cronbach’s Alpha modeli kullanılarak yapılmıştır. Alpha katsayısı baz alınarak değerlendirilen ölçeğin güvenilirlik düzeyi:

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ aralığında ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliği oldukça yüksektir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Kalaycı, 2010: 405).

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının alt boyutlarını belirlemek amacıyla temel bileşenler analiz metodu kullanılarak faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizinde faktör döndürmesi için Varimax Eksen Döndürme Yöntemi tercih edilmiştir. Faktörlerin anlamlılık sağlayabilmesi için öz değer istatistiklerinin 1’den büyük olmasına dikkat edilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Diyaliz Merkezleri Hizmet Memnuniyet Ölçüm Aracı ayrı olarak faktör analizine tabi tutulmuştur.

Faktör analizinin kullanılma amacı; ölçüm araçlarının yapı geçerliliğini test etmek, sahip olduğu alt boyutlarını tespit etmek, birbiri ile ilişkisi olan çok sayıdaki değişkenin sayısını azaltarak, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler şekline dönüştürmektir (Altunışık ve arkadaşları, 2007: 226). Ölçeklerin ve ölçüm aracının faktör analizinde veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Bartlett Testi (Bartlett of Sphericity)'nin anlamlı olması önem arz etmektedir (Kalaycı, 2010: 321-322).

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min, max değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ankette kullanılan verilerin normalliği test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Aykırı değerler, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel testlerin güçleri üzerinde de etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel testlerden önce aykırı değerlerin incelenen veri setlerinde mevcut olup olmadığına bakılmıştır.

Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır. Oluşturulan model sonucunda bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi araştırmak için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Likert tipi ölçek türüne sahip veri toplama araçlarının analizinde aritmetik ortalama sonuçlarının yorumlanması; seçeneğe katılma düzeyine ait aritmetik ortalamanın; 1.00-1.79 olduğunda “kesinlikle katılmıyorum”; 1.80-2.59 olduğunda “katılmıyorum”; 2.60-3.39 olduğunda “kararsızım”; 3.40-4.19 olduğunda “katılıyorum” ve 4.20-5.00 olduğunda “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yapılması kabul edilmiştir (Arslan ve Kayalar, 2017: 20).

Yapılan analizlerde iki değişken arasında Pearson Korelasyon Katsayısı (r) Tablo 3.3. baz alınarak yorumlanmıştır (Kalaycı, 2010: 116).

Tablo 3.3. Pearson Korelasyon Katsayısı ve Yorumlaması

R	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Kaynak: (Kalaycı, 2010: 116)

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı; hasta tanımlayıcı soru formu ve üç ayrı ölçekten meydana gelmektedir. Her görüşmenin başında çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığını belirten gönüllü katılım formu (EK 1) okunmuş ve ankete başlamadan her katılımcıdan sözlü onam alınmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu: Veri toplama aracının ilk bölümünde, katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, maddi durumunu nasıl algıladığı, nerede ve kiminle yaşadığı, çalışma durumu, başka bir kronik rahatsızlığı bulunup bulunmadığı ve sağlığını nasıl algıladığına dair on adet sorudan oluşan hasta tanımlayıcı soru formu bulunmaktadır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği: Anket formunun ikinci bölümünde hastanın umut/umutsuzluk düzeylerini belirlemek üzere Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiş ve iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır (Beck ve diğerleri, 1974: 861-865). Bu ölçek kullanılarak katılımcıların geleceğe yönelik olumsuz beklentilerinin ölçülmesi hedeflenmektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeğinde yer alan 9 olumlu ifadenin (BUÖ1, BUÖ3, BUÖ5, BUÖ6, BUÖ8, BUÖ10, BUÖ13, BUÖ15, BUÖ19) ters çevrilmesi gerekmektedir. Ölçek 2 alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçekte yer alan ifadelerden 1, 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 18, 19. ifadeler gelecek ile ilgili duygular alt boyutunu oluşturmaktadır. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20. ifadeler motivasyon kaybı alt boyutunu oluşturmaktadır (Nissim ve diğerleri, 2010: 255-263, Kliem ve diğerleri, 2018: 1-11).

Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak 1993 yılında Seber ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Seber ve diğerleri, 1993: 139-142). 1994 yılında Durak ve Palabıyıkoglu tarafından geçerlilik çalışması yapılmış olup aynı yıl Durak tarafından tekrar geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı hakkında ayrıntılı bilgi içeren çalışma yapılmıştır. Durak tarafından Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Chronbach alpha katsayısı toplam ölçek için 0.85, gelecekle ilgili duygular alt boyutu için 0.78, motivasyon kaybı alt boyutu için 0.72, gelecek ile ilgili beklentiler (umut) alt boyutu için ise 0.72 olarak belirlenmiştir (Durak, 1994: 1-11).

20 maddeden oluşan Beck Umutsuzluk Ölçeği'nde yer alan ifadeler 0-1 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan ifadelerin 11 tanesi "evet", 9 tanesi ise "hayır" seçeneği bir puan almaktadır. Ölçekte yer alan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. soruların "evet"; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen "hayır" cevabı için bir puan verilerek hesap yapılmaktadır. Ölçeğin cevaplanması sonucu alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir. Puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Beck ve Steer (1988) hastaları cevaplara verdikleri yanıtlara göre 4 grup içinde sınıflandırmışlardır (Duman ve diğerleri, 2009: 27-32). Alınan puanların;

- 0 ile 3 puan aralığı: Umutsuzluğun tamamen olmadığı
- 4 ile 8 puan aralığı: Hafif umutsuzluk
- 9 ile 14 puan aralığı: Orta seviyede umutsuzluk
- 15 ile 20 puan aralığı: İleri derecede umutsuzluk olduğunu ifade etmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): 1992 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır (Zimet ve diğerleri, 1988: 30-41, Eker ve Arkar, 1995: 17-25). Ölçeğin Türkçe formu için yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı aile alt boyutu için 0.85, arkadaş alt boyutu için 0.88, özel bir insan alt boyutu için 0.92 ve toplam ÇBASDÖ için 0.88 olarak belirlenmiştir (Eker ve Arkar, 1995: 17-25).

Ölçek; aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Aile alt ölçeğine dair sorular; 3, 4, 8, 11; arkadaş alt boyutunu ölçen sorular; 6, 7, 9,

12 ve son olarak özel bir insan alt boyutunu ölçen 1, 2, 5, 10 numaralı sorulardır ve ölçek toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada aile alt boyutu ile anne, baba, eş, çocuklar ve kardeşler; özel bir insan alt boyutu ile de flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire ifade edilmiştir.

7’li Likert tipi puanlamaya sahip olan ölçekte 1 numaralı derecelendirme “kesinlikle hayır” cevabını ifade ederken, 7 numaralı derecelendirme “kesinlikle evet” cevabını ifade etmektedir. Ölçekte yer alan ifadelerin 5’li Likert tipi ile yanıtlanması Türkçe’ye daha uygun olduğu düşünülerek “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kararsızım”, “4=katılıyorum” ve “5=tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplandırılması uygun görülmüştür.

Diyaliz Hizmetleri Memnuniyet Ölçüm Aracı: 2019 yılında Sağlıkta Kalite Standartları Anket Uygulama Rehberi adı altında Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan bu ölçüm aracı; kamu, üniversite ve özel diyaliz merkezlerinde sunulan hizmetlerden ne derecede memnun olduğunu ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

İlgili sağlık kurumundan hizmet alan hastalarla gerçekleştirilen bu ölçüm aracı; “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kararsızım”, “4=katılıyorum” ve “5=tamamen katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tipi ölçek biçiminde hazırlanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan çalışma kapsamında literatür araştırması doğrultusunda ileri sürülen hipotezler aşağıdadır:

H1: Hastaların sosyo-demografik özellikleri umut/umutsuzluk düzeyi üzerinde etkilidir.

H1a: Hastaların yaşı umut/umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

H1b: Hastaların cinsiyeti umut/umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

H1c: Hastaların eğitim durumu umut/umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

H1d: Hastaların kiminle yaşadığı umut/umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

H1e: Hastaların medeni durumu umut/umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

H2: Hastaların sosyo-demografik özellikleri algıladıkları sosyal destek düzeyi üzerinde etkilidir.

H2a: Hastaların yaşı algıladığı sosyal destek düzeyini etkilemektedir.

H2b: Hastaların cinsiyeti algıladığı sosyal destek düzeyini etkilemektedir.

H2c: Hastaların eğitim algıladığı sosyal destek durumu düzeyini etkilemektedir.

H2d: Hastaların kiminle yaşadığı algıladığı sosyal destek düzeyini etkilemektedir.

H2e: Hastaların medeni durumu algıladığı sosyal destek düzeyini etkilemektedir.

H3: Hastaların sosyo-demografik özellikleri hizmet memnuniyet düzeyi üzerinde etkilidir.

H3a: Hastaların yaşı hizmet memnuniyet düzeyini etkilemektedir.

H3b: Hastaların cinsiyeti hizmet memnuniyet düzeyini etkilemektedir.

H3c: Hastaların eğitim durumu hizmet memnuniyet düzeyini etkilemektedir.

H3d: Hastaların kiminle yaşadığı hizmet memnuniyet düzeyini etkilemektedir.

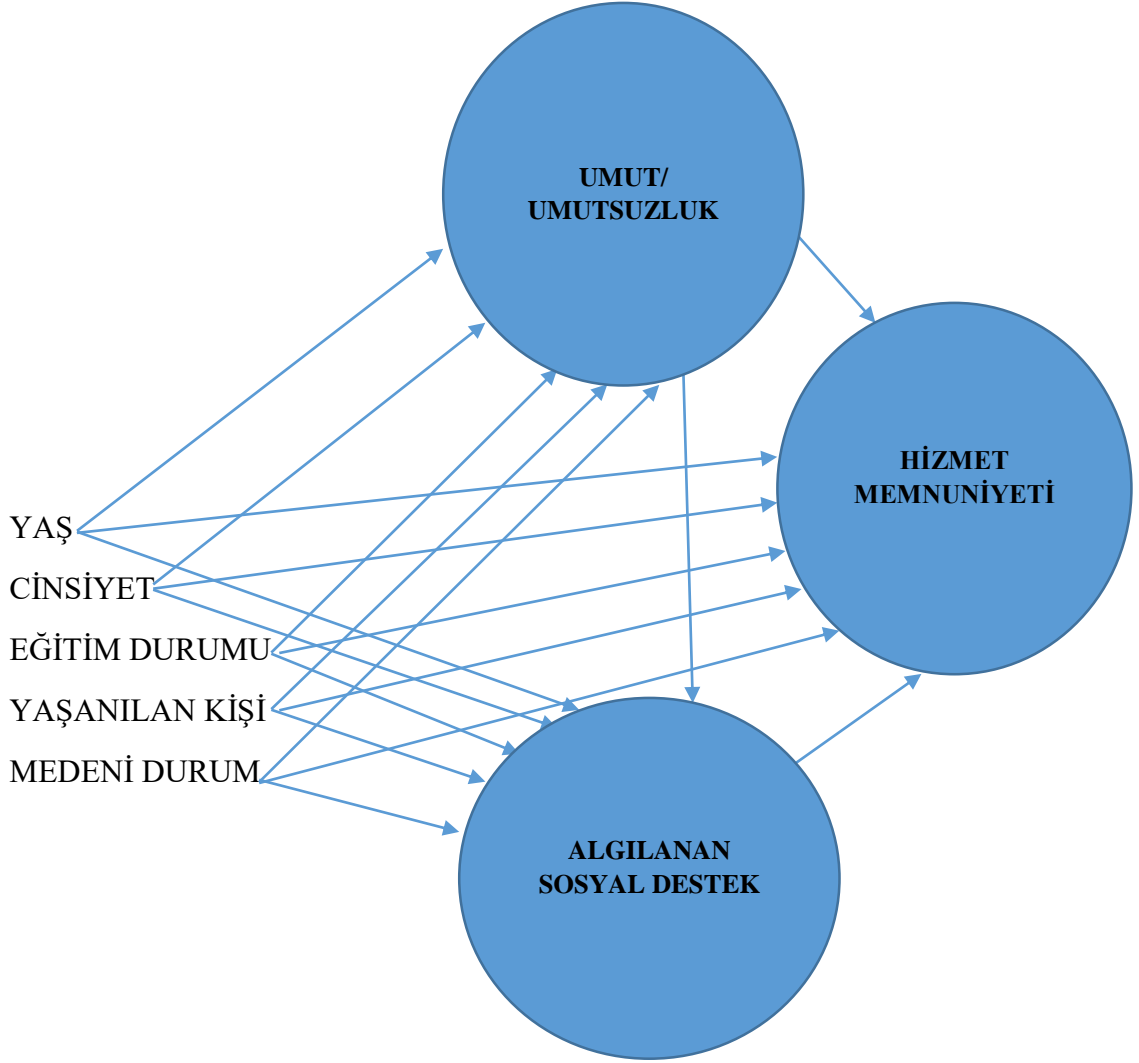
H3e: Hastaların medeni durumu hizmet memnuniyet düzeyini etkilemektedir.

H4: Hastaların umut/umutsuzluk düzeyi algıladığı sosyal destek düzeyi üzerinde etkilidir.

H5: Hastaların umut/umutsuzluk düzeyi hizmet memnuniyet düzeyi üzerinde etkilidir.

H6: Hastaların algıladığı sosyal destek düzeyi hizmet memnuniyet düzeyi üzerinde etkilidir.

Şekil 3.1. Araştırma Modeli



Çalışma kapsamında diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk, algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyet düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, birlikte yaşanılan kişi ve medeni durumlarından etkilendiği ileri sürülmüştür.

3.7. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular ayrı ayrı sunulacaktır.

3.7.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler frekans analizi ile incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Değişkenler	n	%
Yaş	18-29	10	2.8
	30-39	17	4.7
	40-49	29	8.1
	50-59	57	15.8
	60 üstü	247	68.6
Cinsiyet	Kadın	157	43.6
	Erkek	203	56.4
Medeni Durum	Evli	211	58.6
	Bekar	39	10.8
	Dul/boşanmış	110	30.6
Eğitim Durumu	Okuryazar	68	18.9
	İlkokul	168	46.7
	Ortaokul	43	11.9
	Lise	51	14.2
	Üniversite	30	8.3
Maddi Durum Algısı	İyi	98	27.2
	Orta	132	36.7
	Ortanın Altı	104	28.9
	Kötü	26	7.2
Yaşanan Yer	Köy	1	0.3
	Kasaba	2	0.6
	İlçe	15	4.2
	İl Merkezi	342	95.0
Yaşanan Kişi	Eşi ile	123	34.2
	Eşi ve çocukları ile	82	22.8
	Çocukları ile	58	16.1
	Yalnız	97	26.9
Çalışma Durumu	Evet	18	5.0
	Hayır	342	95.0
Kronik Hastalık	Var	281	78.1
	Yok	79	21.9
Sağlık Algısı	İyi	135	37.5
	Orta	158	43.9
	Kötü	67	18.6
Toplam		360	100.0

Araştırmaya katılan hastaların 157'si (%43,6) kadın, 203'ü (%56,4) erkektir. Araştırma kapsamında erkek sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların yaş dağılımları incelendiğinde 18 – 29 yaş aralığında 10 (%2,8) hasta bulunmakta, 30 – 39 aralığında 17 (%4,7), 40 – 49 yaş aralığında 29 (%8,1), 50 – 59 yaş aralığında 57 (%15,8) ve 60 yaşın üzerinde 247 (%68,6) hasta bulunmaktadır. Yaşın artmasıyla beraber hasta sayısının da arttığı gözlenmektedir. Hastaların 211'i (%58,6) evli, 39'u (%10,8) bekar ve 110'u (%30,6) dul veya boşanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde; 168 (%46,7) hastanın ilkokul mezunu, 30 (%8,3) hastanın üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastalardan 132'si (%36,7) maddi durumlarını orta olarak ifade ederken, 98'i (%27,2) iyi, 104'ü (%28,9) ortanın altında olarak ifade etmektedir. Araştırmaya katılanlardan 342 hasta (%95) il merkezinde yaşamaktadır. Eşi ile birlikte yaşayan hasta sayısı 123 (%34,2), eşi ve çocukları ile beraber yaşayan hasta sayısı 82 (%22,8), sadece çocukları ile beraber yaşayan hastaların sayısı 58 (%16,1) iken yalnız yaşayanların sayısı 97'dir (%26,9). Hastalardan 342'sinin (%95) çalışma hayatı bulunmamaktadır. 281 hastanın (%78,1) ek olarak farklı bir kronik rahatsızlığı da bulunurken; 135 hasta (% 37,5) sağlık durumunu iyi olarak, 158 hasta (%43,9) orta ve 67 hasta (%18,6) da kötü olarak değerlendirmektedir.

3.7.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçekler ve ölçüm aracı ayrı ayrı faktör analizi uygulanmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

3.7.2.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin **0.956** olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KMO değeri olarak 0.5-1.0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0.5'in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığını göstergesidir. (Altunışık ve diğerleri,

2010:266). Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(105) = 5609.162; p < 0.05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, olumlu olarak ifade edilen 9 madde (BUÖ1, BUÖ3, BUÖ5, BUÖ6, BUÖ8, BUÖ10, BUÖ13, BUÖ15, BUÖ19) ters çevrilmiştir (Nissim ve diğerleri, 2010: 255-263). Faktör analizi sonucunda 3 ifade (BUÖ3, BUÖ4, BUÖ10) faktör yükü düşük olduğu için analizden çıkarılıp ikinci kez faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda 2 ifade binişik olduğu için çıkarılarak üçüncü kez analiz yapılmış ve 15 ifadenin 2 boyutta toplandığı bir yapıya ulaşılmıştır. Bu iki faktör toplam varyansın %74.629'unu açıklamaktadır. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %50'nin üzerinde olması yeterli olarak kabul edilir (Büyüköztürk, 2007; Tavşancıl, 2005). Faktör yükleri incelendiğinde, faktör yüklerinin 0.50 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin boyutlarını meydana getiren ifadeler incelenmiş, birinci boyut **gelecek ile ilgili beklentiler**, ikinci boyut **umut – motivasyon** şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans, Cronbach's Alpha (α) değerleri Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi

İfadeler	Faktörler		Toplam Madde Korelasyonu
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Umut-Motivasyon	
BU1*	0.894		0.936
BU19*	0.885		0.917
BU2	0.862		0.895
BU18	0.856		0.872
BU7	0.852		0.883
BU20	0.840		0.900
BU15*	0.779		0.843
BU17	0.645		0.730
BU9		0.854	0.740
BU8*		0.797	0.681
BU14		0.719	0.781
BU13*		0.682	0.760
BU12		0.663	0.712
BU6*		0.641	0.742
BU5*		0.632	0.666
Güvenirlilik	0.968	0.909	0.962
Açıklanan Varyans (%)	73.683	30.946	74.629
Özdeğer	9.821	1.373	
KMO =0.956; $\chi^2(105) =5609.162$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0.000			

*:reverse item

Birinci boyutu oluşturan 8 ifade: “Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum; Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum; Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur; Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor; Geleceğimi karanlık görüyorum; İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim; Geleceğe büyük inancım var; Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi” şeklindedir. Bu boyutun içerisinde yer alan sekiz ifadenin literatürden yaralanarak Beck Umutsuzluk Ölçeği’nin “gelecek ile ilgili beklentiler” boyutu ile ilgili öğeleri içerdiğine karar verilmiş ve “**gelecek ile ilgili beklentiler**” olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevaplar toplam varyansın %73.683’ünü açıklamaktadır.

İkinci boyutu oluşturan 7 ifade: “İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok; Dünya nimetlerinden sıradan bir

insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum; İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor; Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum; Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum; Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum; Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var” ifadeleridir. Bu boyutun içerisinde yer alan yedi ifadenin literatürden yararlanarak Beck Umutsuzluk Ölçeğinin “umut - motivasyon” boyutu ile ilgili öğeleri içerdiğine karar verilmiş ve “**umut – motivasyon**” olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevaplar toplam varyansın **%30.946**’sını açıklamaktadır.

Ölçüm aracının yapı geçerliliği test edilmiş, sonrasında iç tutarlılığı ölçülmüştür. Böylece hem ölçüm aracının hem de alt faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. Güvenilirliği test etmek amacıyla Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılmıştır. Beck umutsuzluk ölçeğinin ve boyutlarının güvenilirliği değerlendirildiğinde, birinci boyut için $\alpha=0.968$, ikinci boyut için $\alpha=0.909$ ve ölçeğin geneli için $\alpha=0.962$ olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.6’dan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin **0.888** olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(66) = 5889.316$; $p < 0.05$).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, 12 madde 3 alt boyutta toplanmıştır. Bu faktörler toplam varyansın **%90.350**’sini açıklamaktadır. Faktör yükleri incelendiğinde, faktör yüklerinin 0.50 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin boyutlarını meydana getiren ifadeler incelenmiş olup birinci boyut “arkadaş”, ikinci boyut “aile”, üçüncü boyut ise “özel insan” şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans, Cronbach's Alpha (α) değerleri Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi

İfadeler	Faktörler			Toplam Madde Korelasyonu
	Arkadaş	Aile	Özel İnsan	
SD12	0.922			0.941
SD6	0.921			0.934
SD7	0.918			0.920
SD9	0.902			0.928
SD11		0.938		0.937
SD8		0.931		0.930
SD3		0.921		0.932
SD4		0.905		0.907
SD2			0.897	0.894
SD1			0.897	0.874
SD10			0.840	0.855
SD5			0.818	0.842
Güvenirlilik	0.973	0.971	0.944	0.933
Açıklanan Varyans (%)	31.344	30.933	28.073	90.350
Özdeğer	6.921	2.406	1.515	
KMO =0.888; $\chi^2(66) =5889.316$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0.000				

Birinci boyutu oluşturan 4 ifade: “Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim; Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır; İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim; Sevinç ve kederlerimi paylayabileceğim arkadaşlarım var” şeklindedir. Bu boyutun içerisinde yer alan ifadeler arkadaş desteği boyutu ile ilgili öğeleri içermekte ve “arkadaş” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevaplar toplam varyansın %31.344'ünü açıklamaktadır.

İkinci boyutu oluşturan 4 ifade: “Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir; Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim; Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır; İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem,

babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım” şeklindedir. Bu boyutun içerisinde yer alan ifadeler aile desteği boyutu ile ilgili öğeleri içermekte ve “aile” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevaplar toplam varyansın **%30.933**’ünü açıklamaktadır.

Üçüncü boyutu oluşturan 4 ifade: “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var; Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var; Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var; Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var” şeklindedir. Bu boyutun içerisinde yer alan ifadeler özel insan desteği boyutu ile ilgili öğeleri içermekte ve “özel insan” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevaplar toplam varyansın **%28.073**’ünü açıklamaktadır.

Sosyal destek ölçeğinin ve boyutlarının güvenilirliği değerlendirildiğinde, birinci boyut için $\alpha=0.973$, ikinci boyut için $\alpha=0.971$, üçüncü boyut için $\alpha=0.944$ ve ölçeğin geneli için $\alpha=0.933$ olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

3.7.2.3. Hizmet Memnuniyeti Ölçüm Aracının Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin **0.926** olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(91) = 4535.357; p < 0.05$).

Hizmet Memnuniyeti Ölçüm Aracının faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, 1 madde binişik olduğu için ölçekten çıkarılmış

(HMÖ11) ve geriye kalan 14 madde ile tekrar faktör analizi yapılmıştır. İkinci yapılan faktör analizi sonucunda ölçek 2 alt boyutta toplanmıştır. Bu faktörler toplam varyansın **%71.031**'ini açıklamaktadır. Faktör yükleri incelendiğinde, faktör yüklerinin 0.50 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir.

Hizmet Memnuniyet Ölçüm Aracının boyutlarını meydana getiren ifadeler incelenmiş olup birinci boyut “**merkez içi faktörler**”, ikinci boyut “**merkez dışı faktörler**” şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans, Cronbach’s Alpha (α) değerleri Tablo 3,7’de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Hizmet Memnuniyeti Ölçüm Aracı Açıklayıcı Faktör Analizi

İfadeler	Faktörler		Toplam Madde Korelasyonu
	Merkez İçi Faktörler	Merkez Dışı Faktörler	
HM4	0.870		0.790
HM9	0.860		0.805
HM8	0.846		0.821
HM7	0.797		0.786
HM6	0.783		0.760
HM3	0.778		0.744
HM14	0.719		0.821
HM15	0.719		0.821
HM13	0.680		0.796
HM10	0.676		0.706
HM5	0.673		0.694
HM12	0.657		0.777
HM1		0.891	0.759
HM2		0.873	0.759
Güvenirlilik	0.953	0.856	0.948
Açıklanan Varyans (%)	49.637	21.395	71.031
Özdeğer	8.512	1.432	
KMO =0.926; $\chi^2(91) =4535.357$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0.000			

Birinci boyutu oluşturan 11 ifade: “Bekleme alanının fiziki koşulları yeterlidir; Organ ve doku nakli merkezlerine nasıl başvurabileceğim konusunda bilgilendirilirim;

Doktorum tarafından hastalığım ve diyaliz tedavisi süreci ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılır; Doktorumun bana ayırdığı süre yeterlidir; Diyaliz odasının fiziki koşulları yeterlidir; Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir; Diyaliz merkezinin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşılar; Bu diyaliz merkezini sevdiğime tavsiye ederim; Diyaliz merkezi genel olarak temizdir; Diyaliz tedavisi sürecinde kişisel mahremiyetime özen gösterilir; Diyaliz makinesine bağlanmak için beklediğim süre uygundur; Diyaliz tedavim esnasında kendimi güvende hissediyorum” şeklindedir. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevaplar toplam varyansın %49.637’sini açıklamaktadır.

İkinci boyutu oluşturan 2 ifade: “Diyaliz merkezine ulaşımında zorluk yaşamadım; Diyaliz merkezine ulaşımımı sağlayacak bir araç tahsis edilir” şeklindedir. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevaplar toplam varyansın %21.395’ini açıklamaktadır.

Hizmet memnuniyeti ölçüm aracının ve boyutlarının güvenilirliği değerlendirildiğinde, birinci boyut için $\alpha=0.953$, ikinci boyut için $\alpha=0.856$ ve ölçeğin geneli için $\alpha=0.948$ olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

3.7.3. Normallik Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçekler ve ölçüm aracı normallik analizi sonuçları Tablo 3.8’de verilmiştir.

Tablo 3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Hizmet Memnuniyeti Ölçeği	-1.140	0.409	Normal
Sosyal Destek Ölçeği	-0.254	-1.011	Normal
Beck Umutsuzluk Ölçeği	-0.328	-1.523	Normal

Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Shao, 2002).

3.7.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçüm Aracı Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçekler ve ölçüm aracı boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3.9’da verilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçüm Aracı Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Min	Maks	\bar{X}	SS
Merkez İçi Faktörler	1.42	5.00	3.87	0.92
Merkez Dışı Faktörler	1.00	5.00	4.10	1.02
Hizmet Memnuniyeti Ölçeği	1.50	5.00	3.90	0.86
Arkadaş	1.00	5.00	2.87	1.45
Aile	1.00	5.00	3.69	1.33
Özel İnsan	1.00	5.00	2.87	1.43
Sosyal Destek Ölçeği	1.00	5.00	3.14	1.12
Gelecek ile İlgili Beklentiler	0.00	8.00	4.33	3.59
Umut-Motivasyon	0.00	7.00	4.64	2.64
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0.00	15.00	8.97	5.87

Katılımcıların Hizmet Memnuniyet Ölçüm Aracını oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalaması 3.90 olarak saptanmış ve bu ölçüm aracında yer alan ifadelerle genel olarak katılıyorum şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir. Aynı ölçüm aracının merkez içi faktörler olarak isimlendirilen alt boyutunu oluşturan ifadelerle verilen cevapların ortalaması 3.87, merkez dışı faktörler olarak isimlendirilen alt boyutu oluşturan ifadelerle verilen cevapların ortalaması 4.10 olarak tespit edilmiş ve bu ölçekteki alt boyutlarda yer alan ifadelerle de genel olarak “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Katılımcıları Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalaması 3.14 olarak saptanmış ve bu ölçekte yer alan ifadelerle genel olarak kararsızım şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir. Aynı ölçeğin arkadaş ve özel insan alt boyutlarını oluşturan ifadelerle verilen cevapların ortalaması 2.87 olarak tespit edilmiş ve bu boyutlarda yer alan ifadelerle kararsızım şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir. Aile alt boyutunu oluşturan ifadelerle verilen cevapların ortalaması ise 3.69 olarak tespit edilmiş ve bu alt boyutta yer alan ifadelerle katılıyorum şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır.

Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeğini oluşturan ifadelerine verdikleri cevapların toplam puan ortalaması 8.97 olarak saptanmıştır. Bu değer katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir.

3.7.5. Karşılaştırma Testlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Beck Umutsuzluk Ölçeğine, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine ve Hizmet Memnuniyet Ölçüm Aracı alt boyutlarına ilişkin karşılaştırma testleri bulgularına ait bilgiler verilecektir.

3.7.5.1. Umutsuzluğa İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları

Tablo 3.10 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.10. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29 (1)	8.70	6.40	4.256***	0.002*	5>2, 5>3
	30-39 (2)	5.47	5.71			
	40-49 (3)	6.21	5.78			
	50-59 (4)	8.46	6.51			
	60 üstü (5)	9.67	5.57			
Cinsiyet	Kadın	8.47	5.89	-1.432**	0.153	
	Erkek	9.36	5.85			
Medeni Durum	Evli	8.99	6.13	0.906***	0.405	
	Bekar	7.87	5.93			
	Dul/boşanmış	9.35	5.34			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	10.63	5.50	3.030***	0.018*	1>5
	İlkokul (2)	8.63	5.78			
	Ortaokul (3)	9.77	5.69			
	Lise (4)	8.65	6.27			
	Üniversite (5)	6.60	6.04			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	8.64	6.31	5.741***	0.001*	3>1
	Orta (2)	7.74	5.98			
	Ortanın Altı (3)	10.84	5.11			
	Kötü (4)	9.04	4.82			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	10.83	5.53	1.378**	0.169	
	İl Merkezi	8.88	5.88			
Yaşanan Kişi	Eşi ile (1)	9.73	6.06	2.912***	0.034*	3>2, 3>4
	Eşi ve çocukları ile (2)	7.91	6.20			
	Çocukları ile (3)	10.14	5.10			
	Yalnız (4)	8.22	5.61			
Çalışma Durumu	Evet	4.78	4.85	2.084**	0.038*	
	Hayır	9.20	5.85			
Kronik Hastalık	Var	9.23	5.80	-3.148**	0.002*	
	Yok	8.08	6.07			
Sağlık Algısı	İyi (1)	6.96	5.98	15.702***	0.000*	3>1, 2>1
	Orta (2)	9.71	5.74			
	Kötü (3)	11.31	4.64			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre umutsuzluk düzeylerini karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.002<0.05$). Bonferroni testi, yapılacak olan analizlerde “eşit örneklem sayısı” şartını gerektirmemektedir (Miller, 1969). Gruplardaki n sayılarının eşit olmaması nedeniyle fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yaşı 60 ve üstü olan katılımcıların umutsuzluk

düzeylerinin, yaşı 30-39 ve 40-49 arası olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.153>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.405>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.018<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, eğitim durumu üniversite olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.001<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı ortanın altı olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, maddi durum algısı iyi olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında umutsuzluk düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.169>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.034<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Çocukları ile yaşayan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, eşi ve çocukları ile ve yalnız yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.038<0.05$). Çalışmayan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, çalışan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.002<0.05$).

Başka bir kronik hastalığı olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sağlık algılarına göre umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı kötü ve orta olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, sağlık algısı iyi katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.11 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile gelecek ile ilgili beklenti düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.11. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Gelecek ile İlgili Beklentileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29 (1)	4.70	3.89	2.792***	0.026*	5>3
	30-39 (2)	2.65	3.12			
	40-49 (3)	2.83	3.26			
	50-59 (4)	4.16	3.82			
	60 üstü (5)	4.65	3.55			
Cinsiyet	Kadın	3.97	3.58	-1.686**	0.093	
	Erkek	4.61	3.59			
Medeni Durum	Evli	4.32	3.70	0.316***	0.729	
	Bekâr	3.95	3.57			
	Dul/boşanmış	4.48	3.43			
Eğitim Durumu	Okuryazar	5.26	3.47	1.984***	0.096	
	İlkokul	4.10	3.56			
	Ortaokul	4.63	3.70			
	Lise	4.18	3.67			
Maddi Durum Algısı	Üniversite	3.37	3.60	5.248***	0.001*	3>2
	İyi (1)	4.15	3.82			
	Orta (2)	3.57	3.64			
	Ortanın Altı (3)	5.38	3.27			
Yaşanan Yer	Kötü (4)	4.69	2.83	1.417**	0.157	
	Köy/Kasaba/İlçe	5.50	3.52			
Yaşanan Kişi	İl Merkezi	4.27	3.60	1.737***	0.159	
	Eşi ile	4.69	3.70			
	Eşi ve çocukları ile	3.77	3.71			
	Çocukları ile	4.86	3.44			
Çalışma Durumu	Yalnız	4.03	3.42	-2.918**	0.004*	
	Evet	1.94	2.75			
Kronik Hastalık	Hayır	4.46	3.59	1.672**	0.095	
	Var	4.50	3.55			
Sağlık Algısı	Yok	3.73	3.71	19.264***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1
	İyi (1)	3.00	3.57			
	Orta (2)	4.77	3.55			
	Kötü (3)	5.99	2.77			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre gelecek ile ilgili beklentiler puanlarını karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.026<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yaşı 60 ve üstü olan katılımcıların gelecek ile ilgili beklentiler puanlarının, yaşı 40-49 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.093>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.316>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.096>0.05$).

Katılımcıların maddi durum algısına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.001<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı ortanın altı olan katılımcıların gelecek ile ilgili beklentiler puanlarının, maddi durum algısı orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında gelecek ile ilgili beklentiler puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.157>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre gelecek ile ilgili beklentiler puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.159>0.05$).

Katılımcıların çalışma durumuna göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.004<0.05$). Çalışmayan katılımcıların gelecek ile ilgili beklentiler puanlarının, çalışan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.095>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre gelecek ile ilgili beklentiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı kötü olan katılımcıların gelecek ile ilgili beklentiler puanlarının, sağlık algısı iyi ve orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık algısı orta olan katılımcıların gelecek ile ilgili beklentiler puanlarının, sağlık algısı iyi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile umut-motivasyon düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.12. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Umut-Motivasyonları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29 (1)	4.00	3.13	5.607***	0.000*	5>2, 5>3
	30-39 (2)	2.82	2.83			
	40-49 (3)	3.38	2.69			
	50-59 (4)	4.30	2.92			
	60 üstü (5)	5.02	2.44			
Cinsiyet	Kadın	4.50	2.71	-0.890**	0.374	
	Erkek	4.75	2.59			
Medeni Durum	Evli	4.66	2.79	1.840***	0.160	
	Bekâr	3.92	2.62			
	Dul/boşanmış	4.86	2.34			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	5.37	2.41	4.044***	0.003*	1>5, 3>5
	İlkokul (2)	4.53	2.60			
	Ortaokul (3)	5.14	2.41			
	Lise (4)	4.47	2.93			
	Üniversite (5)	3.23	2.75			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	4.49	2.92	5.083***	0.002*	3>1, 3>2
	Orta (2)	4.17	2.72			
	Ortanın Altı (3)	5.46	2.16			
	Kötü (4)	4.35	2.30			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	5.33	2.30	1.133**	0.258	
	İl Merkezi	4.61	2.66			
Yaşanan Kişi	Eşi ile (1)	5.04	2.70	4.061***	0.007*	1>2, 1>4, 3>2, 3>4
	Eşi ve çocukları ile (2)	4.15	2.83			
	Çocukları ile (3)	5.28	2.23			
	Yalnız (4)	4.19	2.51			
Çalışma Durumu	Evet	2.83	2.79	-3.012**	0.003*	
	Hayır	4.74	2.61			
Kronik Hastalık	Var	4.73	2.60	1.151**	0.250	
	Yok	4.34	2.81			
Sağlık Algısı	İyi (1)	3.96	2.86	8.127***	0.000*	2>1, 3>1
	Orta (2)	4.94	2.53			
	Kötü (3)	5.33	2.16			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre umut-motivasyon puanlarını karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yaşı 60 ve üstü olan katılımcıların umut-motivasyon

puanlarının, yaşı 30-39 ve 40-49 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.374>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.160>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.003<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar ve ortaokul olan katılımcıların umut-motivasyon puanlarının, eğitim durumu üniversite olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.002<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı ortanın altı olan katılımcıların umut-motivasyon puanlarının, maddi durum algısı iyi ve orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında umut-motivasyon puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.258>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.007<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eşi ile ve çocukları ile yaşayan katılımcıların umut-motivasyon puanlarının, eşi ve çocukları ile ve yalnız yaşayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumuna göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.003<0.05$). Çalışmayan katılımcıların umut-motivasyon puanlarının, çalışan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre umut-motivasyon puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.250>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre umut-motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı orta ve kötü olan katılımcıların umut-motivasyon puanlarının, sağlık algısı iyi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

3.7.5.2. Algılanan Sosyal Desteğe İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları

Tablo 3.13 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.13. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29	3.73	0.98	1.660***	0.159
	30-39	3.29	0.97		
	40-49	3.37	1.08		
	50-59	3.29	1.25		
	60 üstü	3.06	1.11		
Cinsiyet	Kadın	3.13	1.15	-0.293**	0.770
	Erkek	3.16	1.11		
Medeni Durum	Evli	3.17	1.11	0.621***	0.538
	Bekar	3.28	1.02		
	Dul/boşanmış	3.06	1.20		
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	2.78	1.14	4.733***	0.001* 3>1, 5>1
	İlkokul (2)	3.07	1.09		
	Ortaokul (3)	3.53	1.21		
	Lise (4)	3.35	1.11		
	Üniversite (5)	3.53	0.94		
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	3.38	1.13	3.437***	0.017* 1>3
	Orta (2)	3.21	1.06		
	Ortanın Altı (3)	2.89	1.19		
	Kötü (4)	3.01	1.03		
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	2.85	1.06	-1.158**	0.248
	İl Merkezi	3.16	1.13		
Yaşanan Kişi	Eşi ile (1)	3.00	1.12	2.728***	0.044* 2>1
	Eşi ve çocukları ile (2)	3.45	1.06		
	Çocukları ile (3)	3.08	1.18		
	Yalnız (4)	3.12	1.14		
Çalışma Durumu	Evet	3.66	0.98	1.995**	0.047*
	Hayır	3.12	1.13		
Kronik Hastalık	Var	3.12	1.15	-0.841**	0.401
	Yok	3.24	1.06		
Sağlık Algısı	İyi (1)	3.35	1.05	7.993***	0.000* 1>3, 2>3
	Orta (2)	3.17	1.17		
	Kötü (3)	2.69	1.06		

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek düzeyini karşılaştırmak üzere iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.159>0.05$).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.770>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.538>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.001<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu ortaokul ve üniversite olan katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin, eğitim durumu okuryazar olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.017<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı iyi olan katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin, maddi durum algısı ortanın altı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında algılanan sosyal destek düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.248>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişilere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.044<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eşi ve çocukları ile yaşayan katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin, eşi ile yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.047<0.05$). Çalışan katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin, çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.401>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi ve orta olan

katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.14 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile algılanan arkadaş desteği düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.14. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Arkadaş Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29 (1)	4.03	1.25	4.366***	0.002*	1>5
	30-39 (2)	3.35	1.30			
	40-49 (3)	3.35	1.39			
	50-59 (4)	3.10	1.43			
	60 üstü (5)	2.68	1.44			
Cinsiyet	Kadın	2.80	1.46	-0.827**	0.409	
	Erkek	2.93	1.45			
Medeni Durum	Evli (1)	2.80	1.45	4.531***	0.011*	2>1, 2>3
	Bekar (2)	3.53	1.30			
	Dul/boşanmış (3)	2.77	1.48			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	2.30	1.34	6.222***	0.000*	3>1, 4>1, 5>1
	İlkokul (2)	2.77	1.46			
	Ortaokul (3)	3.40	1.35			
	Lise (4)	3.26	1.45			
	Üniversite (5)	3.32	1.30			
Maddi Durum Algısı	İyi	3.08	1.46	2.588***	0.053	
	Orta	2.96	1.45			
	Ortanın Altı	2.55	1.45			
	Kötü	2.90	1.35			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	2.56	1.35	-0.945**	0.345	
	İl Merkezi	2.89	1.46			
Yaşanan Kişi	Eşi ile (1)	2.62	1.41	3.111***	0.026*	2>1, 4>1
	Eşi ve çocukları ile (2)	3.09	1.49			
	Çocukları ile (3)	2.70	1.43			
	Yalnız (4)	3.11	1.45			
Çalışma Durumu	Evet	3.60	1.25	2.183**	0.030*	
	Hayır	2.83	1.46			
Kronik Hastalık	Var	2.85	1.43	-0.538**	0.591	
	Yok	2.95	1.56			
Sağlık Algısı	İyi (1)	3.08	1.47	5.601***	0.004*	1>3, 2>3
	Orta (2)	2.91	1.43			
	Kötü (3)	2.37	1.38			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan arkadaş desteğini karşılaştırmak üzere iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda,

katılımcıların yaşlarına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.002<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yaşı 18-29 yaş arası olan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, yaşı 60 ve üstü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.409>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.011<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Medeni durumu bekar olan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, medeni durumu evli ve dul/boşanmış olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, eğitim durumu okuryazar olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.053>0.05$).

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında algılanan arkadaş desteğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.345>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.026<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eşi ve çocukları ile ve yalnız yaşayan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, eşi ile yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.030<0.05$). Çalışan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.591>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre algılanan arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.004<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi ve orta olan katılımcıların algılanan arkadaş desteğinin, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.15 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile algılanan aile desteği düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.15. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni	
Yaş	18-29	4.13	0.98	0.372***	0.828	
	30-39	3.75	1.26			
	40-49	3.53	1.55			
	50-59	3.70	1.33			
	60 üstü	3.69	1.33			
Cinsiyet	Kadın	3.70	1.33	0.141**	0.888	
	Erkek	3.68	1.33			
Medeni Durum	Evli (1)	3.84	1.30	3.203***	0.042*	1>3
	Bekar (2)	3.52	1.32			
	Dul/boşanmış (3)	3.47	1.36			
Eğitim Durumu	Okuryazar	3.40	1.41	1.959***	0.100	
	İlkokul	3.65	1.29			
	Ortaokul	3.80	1.44			
	Lise	3.86	1.30			
	Üniversite	4.13	1.18			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	3.99	1.34	5.447***	0.001*	1>3, 1>4
	Orta (2)	3.82	1.26			
	Ortanın Altı (3)	3.37	1.37			
	Kötü (4)	3.20	1.14			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	3.39	1.49	-0.987**	0.324	
	İl Merkezi	3.71	1.32			
Yaşanan Kişi	Eşi ile (1)	3.72	1.39	4.110***	0.007*	2>4
	Eşi ve çocukları ile (2)	4.07	1.10			
	Çocukları ile (3)	3.58	1.30			
	Yalnız (4)	3.39	1.39			
Çalışma Durumu	Evet	3.82	1.42	0.419**	0.675	
	Hayır	3.68	1.33			
Kronik Hastalık	Var	3.65	1.34	-1.140**	0.255	
	Yok	3.84	1.28			
Sağlık Algısı	İyi (1)	3.98	1.29	6.869***	0.001*	1>3
	Orta (2)	3.61	1.32			
	Kötü (3)	3.28	1.32			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan aile desteğini karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.828>0.05$).

Katılımcıların cinsiyetleri ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.888>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.042<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Medeni durumu evli olan katılımcıların algılanan aile desteğinin, medeni durumu dul/boşanmış olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.100>0.05$).

Katılımcıların maddi durum algısına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.001<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı iyi olan katılımcıların algılanan aile desteğinin, maddi durum algısı ortanın altı ve kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında algılanan aile desteğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.324>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.007<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eşi ve çocukları ile yaşayan katılımcıların algılanan aile desteğinin, yalnız yaşayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.675>0.05$).

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.255>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.001<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi olan katılımcıların algılanan aile desteğinin, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.16 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile algılanan özel insan desteği düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.16. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Algılanan Özel İnsan Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29	3.03	1.22	0.927***	0.448	
	30-39	2.78	1.45			
	40-49	3.22	1.41			
	50-59	3.07	1.55			
	60 üstü	2.80	1.42			
Cinsiyet	Kadın	2.88	1.47	0.016**	0.987	
	Erkek	2.88	1.41			
Medeni Durum	Evli	2.86	1.47	0.211***	0.810	
	Bekar	2.79	1.28			
	Dul/boşanmış	2.95	1.43			
Eğitim Durumu	Okuryazar	2.64	1.40	2.343***	0.055	
	İlkokul	2.78	1.41			
	Ortaokul	3.39	1.40			
	Lise	2.95	1.55			
	Üniversite	3.13	1.36			
Maddi Durum Algısı	İyi	3.05	1.53	0.771***	0.511	
	Orta	2.84	1.44			
	Ortanın Altı	2.76	1.37			
	Kötü	2.91	1.31			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	2.60	1.22	-0.855**	0.393	
	İl Merkezi	2.89	1.44			
Yaşanan Kişi	Eşi ile	2.66	1.42	2.129***	0.096	
	Eşi ve çocukları ile	3.17	1.50			
	Çocukları ile	2.96	1.43			
	Yalnız	2.86	1.37			
Çalışma Durumu	Evet	3.57	1.24	2.105**	0.036*	
	Hayır	2.84	1.44			
Kronik Hastalık	Var	2.86	1.42	-0.381**	0.704	
	Yok	2.93	1.48			
Sağlık Algısı	İyi (1)	2.99	1.49	4.264***	0.015*	1>3, 2>3
	Orta (2)	2.98	1.40			
	Kötü (3)	2.42	1.33			

* $p < 0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan özel insan desteğini karşılaştırmak üzere iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.448 > 0.05$).

Katılımcıların cinsiyetleri ile algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.987>0.05$).

Katılımcıların medeni durumları ile algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.810>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.055>0.05$).

Katılımcıların maddi durumlarına göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.511>0.05$).

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında algılanan özel insan desteğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.393>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.096>0.05$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.036<0.05$). Çalışan katılımcıların algılanan özel insan desteği, çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.704>0.05$).

Katılımcıların sağlık algısına göre algılanan özel insan desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.015<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi ve orta olan katılımcıların algılanan özel insan desteğinin, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.7.5.3. Hizmet Memnuniyetine İlişkin Karşılaştırma Testleri Bulguları

Tablo 3.17 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile hizmet memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.17. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hizmet Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Yaş	18-29	4.13	0.90	1.496***	0.203	
	30-39	3.46	1.04			
	40-49	3.86	0.84			
	50-59	4.00	0.79			
	60 üstü	3.91	0.87			
Cinsiyet	Kadın	3.87	0.89	-0.596**	0.552	
	Erkek	3.93	0.85			
Medeni Durum	Evli	3.95	0.83	0.682***	0.506	
	Bekâr	3.84	0.89			
	Dul/boşanmış	3.84	0.93			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	4.23	0.61	3.770***	0.005*	1>2
	İlkokul (2)	3.77	0.98			
	Ortaokul (3)	3.95	0.80			
	Lise (4)	3.96	0.70			
	Üniversite (5)	3.76	0.89			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	3.85	0.78	11.703***	0.000*	1>4, 2>4, 3>4
	Orta (2)	3.99	0.88			
	Ortanın Altı (3)	4.07	0.79			
	Kötü (4)	3.02	0.95			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	3.76	0.94	-0.741**	0.459	
	İl Merkezi	3.91	0.87			
Yaşanan Kişi	Eşi ile	4.06	0.79	2.008***	0.113	
	Eşi ve çocukları ile	3.86	0.87			
	Çocukları ile	3.77	0.93			
	Yalnız	3.83	0.92			
Çalışma Durumu	Evet	4.05	0.76	0.709**	0.479	
	Hayır	3.90	0.87			
Kronik Hastalık	Var	3.97	0.85	2.584**	0.010*	
	Yok	3.68	0.91			
Sağlık Algısı	İyi (1)	4.06	0.74	5.800***	0.003*	1>3
	Orta (2)	3.89	0.88			
	Kötü (3)	3.62	1.01			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hizmet memnuniyet düzeylerini karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.203>0.05$).

Katılımcıların cinsiyetleri ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.552>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.506>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.005<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların hizmet memnuniyet düzeylerinin, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı iyi, orta ve ortanın altı olan katılımcıların hizmet memnuniyet düzeylerinin, maddi durum algısı kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında hizmet memnuniyet düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.459>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.113>0.05$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.479>0.05$).

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.010<0.05$). Kronik hastalığı olan katılımcıların hizmet memnuniyet düzeylerinin, olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sağlık algısına göre hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.003<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi olan katılımcıların hizmet memnuniyet düzeylerinin, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.18 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile merkez içi faktörler arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.18. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Merkez İçi Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni	
Yaş	18-29	4.09	0.93	1.238***	0.295	
	30-39	3.45	1.09			
	40-49	3.89	0.89			
	50-59	3.98	0.82			
	60 üstü	3.87	0.93			
Cinsiyet	Kadın	3.83	0.96	-0.741**	0.459	
	Erkek	3.90	0.89			
Medeni Durum	Evli	3.92	0.88	0.678***	0.508	
	Bekar	3.81	0.96			
	Dul/boşanmış	3.80	0.98			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	4.19	0.69	3.339***	0.011*	1>2
	İlkokul (2)	3.73	1.03			
	Ortaokul (3)	3.94	0.85			
	Lise (4)	3.93	0.74			
	Üniversite (5)	3.74	0.94			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	3.80	0.84	10.806***	0.000*	1>4, 2>4, 3>4
	Orta (2)	3.96	0.93			
	Ortanın Altı (3)	4.05	0.83			
	Kötü (4)	2.98	0.99			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	3.78	0.93	-0.451**	0.652	
	İl Merkezi	3.88	0.92			
Yaşanan Kişi	Eşi ile	4.02	0.84	1.941***	0.123	
	Eşi ve çocukları ile	3.84	0.91			
	Çocukları ile	3.71	1.00			
	Yalnız	3.81	0.97			
Çalışma Durumu	Evet	4.07	0.78	0.928**	0.354	
	Hayır	3.86	0.93			
Kronik Hastalık	Var	3.93	0.90	2.377**	0.018*	
	Yok	3.66	0.98			
Sağlık Algısı	İyi (1)	4.03	0.80	5.481***	0.005*	1>3
	Orta (2)	3.86	0.92			
	Kötü (3)	3.58	1.08			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre merkez içi faktörler puanlarını karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile merkez içi faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.295>0.05$).

Katılımcıların cinsiyetleri ile merkez içi faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.459>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre merkez içi faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.508>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.011<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların merkez içi faktörler puanlarının, eğitim durumu ilkökul olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı iyi, orta ve ortanın altı olan katılımcıların merkez içi faktörler puanlarının, maddi durum algısı kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların köy/kasaba/ilçede yaşaması ile il merkezinde yaşamaları arasında merkez içi faktörler puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.652>0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.123>0.05$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.354>0.05$).

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.018<0.05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların merkez içi faktörler puanlarının, olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sağlık algısına göre merkez içi faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.005<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık algısı iyi olan katılımcıların merkez içi faktörler puanlarının, sağlık algısı kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3.19 diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özellikleri ile merkez dışı faktörler arasındaki ilişkiye yönelik değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.19. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Merkez Dışı Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	\bar{X}	SS	Test Değeri	p	Bonferroni	
Yaş	18-29 (1)	4.35	0.97	2.687***	0.031*	1>2, 4>2, 5>2
	30-39 (2)	3.53	1.15			
	40-49 (3)	3.74	1.24			
	50-59 (4)	4.17	0.98			
	60 üstü (5)	4.16	0.98			
Cinsiyet	Kadın	4.13	0.98	0.453**	0.651	
	Erkek	4.08	1.06			
Medeni Durum	Evli	4.13	0.99	0.353***	0.703	
	Bekar	3.99	1.04			
	Dul/boşanmış	4.09	1.08			
Eğitim Durumu	Okuryazar (1)	4.48	0.61	3.200***	0.013*	1>2, 1>5
	İlkokul (2)	4.01	1.09			
	Ortaokul (3)	4.02	1.07			
	Lise (4)	4.11	0.92			
	Üniversite (5)	3.85	1.28			
Maddi Durum Algısı	İyi (1)	4.15	0.99	6.679***	0.000*	1>4, 2>4, 3>4
	Orta (2)	4.14	1.04			
	Ortanın Altı (3)	4.23	0.91			
	Kötü (4)	3.27	1.17			
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	3.64	1.21	-1.983**	0.048*	
	İl Merkezi	4.13	1.01			
Yaşanan Kişi	Eşi ile	4.25	0.88	1.985***	0.116	
	Eşi ve çocukları ile	4.01	1.11			
	Çocukları ile	4.18	1.01			
	Yalnız	3.95	1.10			
Çalışma Durumu	Evet	3.92	0.90	-0.795**	0.429	
	Hayır	4.11	1.03			
Kronik Hastalık	Var	4.17	0.96	2.525**	0.012*	
	Yok	3.85	1.18			
Sağlık Algısı	İyi	4.23	0.88	2.766***	0.064	
	Orta	4.09	1.10			
	Kötü	3.87	1.08			

* $p<0.05$, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre merkez dışı faktörler puanlarını karşılaştırmak için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.031<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Yaşı 18-29, 50-59 yaş arası ve 60 üstü olan katılımcıların merkez dışı faktörler puanlarının, yaşı 30-39 yaş arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile merkez dışı faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.651>0.05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre merkez dışı faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.703>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.013<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların merkez dışı faktörler puanlarının, eğitim durumu ilköğretim ve üniversite olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların maddi durum algısına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Maddi durum algısı iyi, orta ve ortanın altı olan katılımcıların merkez dışı faktörler puanlarının, maddi durum algısı kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.048<0.05$). Yaşadıkları yer il merkezi olan katılımcıların merkez dışı faktörler puanlarının, yaşadıkları yer köy/kasaba/ilçe olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları kişiye göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.116>0.05$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.429>0.05$).

Katılımcıların başka bir kronik hastalık varlığına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.012<0.05$). Kronik hastalığı olan katılımcıların merkez dışı faktörler puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sağlık algısına göre merkez dışı faktörler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.064>0.05$).

3.7.6. Pearson Korelasyon Testlerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.20 değişkenler arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçları göstermektedir.

Tablo 3.20. Pearson Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- Merkez İçi Faktörler	1.00	0.486	0.989	- 0.028	0.040	0.034	0.018	-0.026	0.028	-0.004
P	-	0.000*	0.000*	0.599	0.454	0.515	0.730	0.619	0.601	0.945
2-Merkez Dışı Faktörler		1.00	0.609	- 0.026	0.122	-0.013	0.031	-0.045	0.026	-0.016
P		-	0.000*	0.617	0.020*	0.801	0.556	0.396	0.617	0.768
3-Hizmet Memnuniyeti			1.00	- 0.030	0.057	0.029	0.022	-0.031	0.030	-0.006
P			-	0.575	0.285	0.583	0.680	0.553	0.576	0.911
4- Arkadaş				1.00	0.360	0.547	0.804	-0.275	-0.242	-0.277
P				-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
5- Aile					1.00	0.476	0.750	-0.270	-0.191	-0.252
P					-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
6- Özel İnsan						1.00	0.847	-0.250	-0.207	-0.246
P						-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
7-Sosyal Destek							1.00	-0.330	-0.267	-0.323
P							-	0.000*	0.000*	0.000*
8- Gelecek ile İlgili Beklentiler								1.00	0.766	0.957
P								-	0.000*	0.000*
9-Umut-Motivasyon									1.00	0.919
P									-	0.000*
10-Beck Umutsuzluk										1.00
P										-

***p<0.05**

Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre umutsuzluk ve algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ilişki vardır ($r=-0.323, p<0.05$).

Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre algılanan aile desteği ve merkez dışı faktörler hizmet memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf ilişki vardır ($r=0.122, p<0.05$).

3.7.7. Regresyon Testlerine İlişkin Bulguları

Tablo 3.21 umutsuzluk ve algılanan sosyal destek değişkenleri arasındaki regresyon analizine ilişkin sonuçları göstermektedir.

Tablo 3.21. Umutsuzluk ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	SH	Beta	t	p	F	Model (p)	R ²
1	Arkadaş	Sabit	13.413	0.463	-	28.995	0.000	29.275	0.000*	0.076
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.445	0.080	-0.275	-5.411	0.000*			
2	Arkadaş	Sabit	13.957	0.603	-	23.162	0.000	22.261	0.000*	0.059
		Umut-Motivasyon	-0.532	0.113	-0.242	-4.718	0.000*			
3	Arkadaş	Sabit	13.951	0.539	-	25.869	0.000	29.818	0.000*	0.077
		Beck Umutsuzluk	-0.275	0.050	-0.277	-5.461	0.000*			
4	Aile	Sabit	16.498	0.424	-	38.907	0.000	28.239	0.000*	0.073
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.401	0.075	-0.270	-5.314	0.000*			
5	Aile	Sabit	16.552	0.558	-	29.663	0.000	13.597	0.000*	0.037
		Umut-Motivasyon	-0.385	0.104	-0.191	-3.687	0.000*			
6	Aile	Sabit	16.812	0.497	-	33.806	0.000	24.210	0.000*	0.063
		Beck Umutsuzluk	-0.228	0.046	-0.252	-4.920	0.000*			
7	Özel İnsan	Sabit	13.241	0.459	-	28.825	0.000	23.793	0.000*	0.062
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.398	0.082	-0.250	-4.878	0.000*			
8	Özel İnsan	Sabit	13.604	0.599	-	22.709	0.000	16.067	0.000*	0.043
		Umut-Motivasyon	-0.449	0.112	-0.207	-4.008	0.000*			
9	Özel İnsan	Sabit	13.674	0.536	-	25.492	0.000	23.094	0.000*	0.061
		Beck Umutsuzluk	-0.240	0.050	-0.246	-4.806	0.000*			
10	Sosyal Destek	Sabit	43.152	1.056	-	40.859	0.000	43.892	0.000*	0.109
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-1.244	0.188	-0.330	-6.625	0.000*			
11	Sosyal Destek	Sabit	44.113	1.398	-	31.693	0.000	27.521	0.000*	0.071
		Umut-Motivasyon	-1.366	0.260	-0.267	-5.246	0.000*			
12	Sosyal Destek	Sabit	44.437	1.236	-	35.962	0.000	41.598	0.000*	0.104
		Beck Umutsuzluk	-0.743	0.115	-0.323	-6.450	0.000*			

* $p<0.05$

Umutsuzluk düzeyinin algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini araştırmak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan bu analiz ile birlikte umutsuzluk düzeyinin dūřuk seviyede ya da yūksək seviyede olması bireyin algıladığı sosyal destek düzeyi üzerinde hangi yōnde bir etki sağlayacağı tespit edilmeye çalışmıştır. Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucuna gōre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında umutsuzluk düzeyinin algılanan sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu gōrūlmektedir ($p < 0.05$). Gelecek ile ilgili beklentilerin ($t = -5.411$, $p < 0.05$), umut-motivasyonun ($t = -4.718$, $p < 0.05$) ve umutsuzluğun ($t = -5.461$, $p < 0.05$), algılanan arkadaş desteği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yōnlū bir etkisinin olduğu gōrūlmektedir. Gelecek ile ilgili beklentilerin, umut-motivasyonun ve umutsuzluğun, algılanan arkadaş desteği üzerindeki etkisi sırasıyla -0.445, -0.532 ve -0.275 şeklinde-dir.

Gelecek ile ilgili beklentilerin ($t = -5.314$, $p < 0.05$), umut-motivasyonun ($t = -3.687$, $p < 0.05$) ve umutsuzluđun ($t = -4.920$, $p < 0.05$), algılanan aile desteđi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yōnlū bir etkisinin olduđu gōrūlmektedir. Gelecek ile ilgili beklentilerin, umut-motivasyonun ve umutsuzluđun, algılanan aile desteđi üzerindeki etkisi sırasıyla -0.401, -0.385 ve -0.228 řeklinde-dir.

Gelecek ile ilgili beklentilerin ($t = -4.878$, $p < 0.05$), umut-motivasyonun ($t = -4.008$, $p < 0.05$) ve umutsuzluđun ($t = -4.806$, $p < 0.05$), algılanan özel insan desteđi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yōnlū bir etkisinin olduđu gōrūlmektedir. Gelecek ile ilgili beklentilerin, umut-motivasyonun ve umutsuzluđun, algılanan özel insan desteđi üzerindeki etkisi sırasıyla -0.398, -0.449 ve -0.240 řeklinde-dir.

Gelecek ile ilgili beklentilerin ($t = -6.625$, $p < 0.05$), umut-motivasyonun ($t = -5.246$, $p < 0.05$) ve umutsuzluđun ($t = -6.450$, $p < 0.05$), algılanan sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yōnlū bir etkisinin olduđu gōrūlmektedir. Gelecek ile ilgili beklentilerin, umut-motivasyonun ve umutsuzluđun, algılanan sosyal destek üzerindeki etkisi sırasıyla -1.244, -1.366 ve -0.743 řeklinde-dir.

Tablo 3.22 umutsuzluk ve hizmet memnuniyeti değişkenleri arasındaki regresyon analizine ilişkin sonuçları gōstermektedir.

Tablo 3.22. Umutsuzluk ve Hizmet Memnuniyeti İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	SH	Beta	t	p	F	Model (p)	R2
1	Merkez İçi Faktörler	Sabit	46.827	0.913	-	51.315	0.000	0.248	0.619	0.001
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.081	0.162	-0.026	-0.498	0.619			
2	Merkez İçi Faktörler	Sabit	45.942	1.178	-	39.006	0.000	0.274	0.601	0.001
		Umut-Motivasyon	0.115	0.220	0.028	0.524	0.601			
3	Merkez İçi Faktörler	Sabit	46.539	1.065	-	43.700	0.000	0.005	0.945	0.000
		Beck Umutsuzluk	-0.007	0.099	-0.004	-0.069	0.945			
4	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	8.316	0.169	-	49.245	0.000	0.722	0.396	0.002
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.026	0.030	-0.045	-0.850	0.396			
5	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	8.111	0.218	-	37.186	0.000	0.250	0.617	0.001
		Umut-Motivasyon	0.020	0.041	0.026	0.500	0.617			
6	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	8.254	0.197	-	41.859	0.000	0.087	0.768	0.000
		Beck Umutsuzluk	-0.005	0.018	-0.016	-0.295	0.768			
7	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	55.143	1.005	-	54.848	0.000	0.353	0.553	0.001
		Gelecek ile İlgili Beklentiler	-0.106	0.179	-0.031	-0.594	0.553			
8	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	54.053	1.298	-	41.650	0.000	0.313	0.576	0.001
		Umut-Motivasyon	0.136	0.243	0.030	0.559	0.576			
9	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	54.793	1.173	-	46.693	0.000	0.013	0.911	0.000
		Beck Umutsuzluk	-0.012	0.109	-0.006	-0.112	0.911			

* $p < 0.05$

Umutsuzluk düzeyinin hizmet memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında umutsuzluk düzeyinin hizmet memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 3.23 algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyeti değişkenleri arasındaki regresyon analizine ilişkin sonuçları göstermektedir.

Tablo 3.23. Algılanan Sosyal Destek ve Hizmet Memnuniyeti İlişkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	SH	Beta	t	p	F	Model (p)	R2
1	Merkez İçi Faktörler	Sabit	3.924	0.108	-	36.490	0.000	0.276	0.599	0.001
		Arkadaş	-0.018	0.033	-0.028	-0.526	0.599			
2	Merkez İçi Faktörler	Sabit	3.772	0.143	-	26.353	0.000	0.563	0.454	0.002
		Aile	0.027	0.036	0.040	0.750	0.454			
3	Merkez İçi Faktörler	Sabit	3.810	0.109	-	34.965	0.000	0.425	0.515	0.001
		Özel İnsan	0.022	0.034	0.034	0.652	0.515			
4	Merkez İçi Faktörler	Sabit	3.826	0.144	-	26.554	0.000	0.119	0.730	0.000
		Sosyal Destek	0.015	0.043	0.018	0.345	0.730			
5	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	4.156	0.119	-	34.787	0.000	0.251	0.617	0.001
		Arkadaş	-0.019	0.037	-0.026	-0.501	0.617			
6	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	3.756	0.158	-	23.778	0.000	5.441	0.020*	0.015
		Aile	0.094	0.040	0.122	2.333	0.020*			
7	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	4.130	0.121	-	34.101	0.000	0.000	0.064	0.804
		Özel İnsan	-0.010	0.038	-0.013	-0.253	0.801			
8	Merkez Dışı Faktörler	Sabit	4.014	0.160	-	25.080	0.000	0.347	0.556	0.001
		Sosyal Destek	0.028	0.048	0.031	0.589	0.556			
9	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	3.957	0.102	-	38.964	0.000	0.315	0.575	0.001
		Arkadaş	-0.018	0.032	-0.030	-0.561	0.575			
10	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	3.770	0.135	-	27.908	0.000	1.147	0.285	0.003
		Aile	0.037	0.034	0.057	1.071	0.285			
11	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	3.855	0.103	-	37.459	0.000	0.301	0.583	0.001
		Özel İnsan	0.018	0.032	0.029	0.549	0.583			
12	Hizmet Memnuniyeti	Sabit	3.853	0.136	-	28.314	0.000	0.170	0.680	0.000
		Sosyal Destek	0.017	0.041	0.022	0.412	0.680			

***p<0.05**

Algılanan sosyal desteğin hizmet memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında sadece algılanan aile desteği ile merkez dışı faktörler memnuniyetinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Algılanan aile desteğinin, merkez dışı faktörler memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi vardır ($t=2.333$, $p<0.05$). Bu etki 0.094 büyüklüğündedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma diyaliz hastalarında umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında diyaliz tedavisi alan 360 hasta ile görüşülerek sağlıklı veri elde edilmiştir. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri incelendiğinde; büyük bölümünün evli, 60 yaş üstü, ilkokul mezunu, il merkezinde yaşayan ancak çalışma hayatı bulunmayan ve kronik böbrek yetmezliği haricinde başka bir kronik hastalığı bulunan bireyler olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun 60 yaş ve üstü olması kronik böbrek yetmezliğinin görülme sıklığının yaş ile birlikte artması nedeniyledir. Araştırmanın il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında yapılmış olması katılımcıların büyük kısmının il merkezinde oturuyor olmasının açıklaması olduğu düşünülmektedir. Kronik böbrek yetmezliği diğer kronik hastalıkların varlığına bağlı olarak gelişebilmekte ya da başka kronik hastalıklara sebebiyet verebilmekte olması katılımcıların büyük çoğunluğunun başka bir kronik hastalığının da bulunuyor olmasının nedenidir.

Diyaliz tedavisi alan hastaların umutsuzluk durumuna ilişkin olarak-Gelecek İle İlgili Beklentiler ortalaması 4.33 ± 3.59 , Umut – Motivasyon ortalaması 4.64 ± 2.64 ve genel umutsuzluk ortalaması 8.97 ± 5.87 'dir.–Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlara göre diyaliz tedavisi alan hastaların toplamda umutsuzluk düzeylerinin orta seviyede olduğunu anlaşılmaktadır. Durak tarafından 1994 yılında gerçekleştirilen çalışmada hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk ortalaması 7.14 ± 4.75 olarak bildirilmiştir (Durak, 1994: 1-11). Doğan ve Kelleci'nin 2004 yılında fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan hastaların umutsuzluk ortalamaları 11.63 ± 6.49 olarak, bizim çalışmamızdan daha yüksek tespit edilmiştir (Doğan ve Kelleci, 2004: 23-37). Tan ve diğerlerinin 2005 yılında hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeyini tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların umutsuzluk ortalamaları 8.8 ± 5.1 olarak bildirilmiştir ve bu değer bizim çalışmamıza yakındır (Tan ve diğerleri, 2005: 32-39). Başaran ve arkadaşlarının 2016 yılında hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerini değerlendirmek

amacıyla yaptıkları çalışmada umutsuzluk ortalaması 12.76 ± 3.04 olarak saptanmıştır (Başaran ve diğerleri, 2016: 9-16).

Çalışmamızda hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umutsuzluk düzeyinin orta seviyede tespit edilmesinin nedeni olarak, hastaların kesintisiz ve süresiz olarak devam edecek olan bir tedavi süreci içerisinde bulunmaları, gelecekleri ile ilgili içinde buldukları belirsizlik durumu, tedaviye bağlı olarak maruz kaldıkları bağımsızlık kısıtlamalarının motivasyon düzeylerini olumsuz etkileyerek umutsuzluk düzeylerinin artmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında 60 yaş ve üstü hastaların umutsuzluk düzeyinin 30-39 yaş ve 40-49 yaş arasındaki hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum 60 yaş ve üstü hastaların umutsuzluk düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre (30-39,40-49) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçla birlikte **H1a hipotezi kabul edilmiştir.**

Umutsuzluk boyutlarından Gelecek İle İlgili Beklentiler boyutunda 60 yaş ve üstü hastalar ile 40-49 yaşları arasındaki hastalar arasında farklılık saptanmıştır. Gelecek ile ilgili beklentilerin 60 yaş ve üstü hastalarda daha düşük düzeyde bulunduğu tespit edilmiştir. Motivasyon – Umut alt boyutu için de 60 yaş ve üstü hastalar ile 30-39 yaşları arasındaki ve 40-49 yaşları arasındaki hastalar arasında farklılık saptanmıştır. Bu farklılık ile 60 yaş ve üstü hastaların motivasyon ve umut düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre (30-39,40-49) daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızın bulguları diğer çalışmaların bulguları ile karşılaştırıldığında bazı çalışmalarla aynı doğrultuda sonuçlar elde edilirken, bazı çalışmalarla ters yönde sonuçlar elde edilmiştir. Biçer ve Bayat'ın 2012 yılında yaptıkları çalışmada, diyaliz tedavisi alan hastaların umutsuzluk ortalamaları 60-65 yaşları arasındaki hastalarda 20-29, 30-39, 40-49 yaşları arasındaki bireylere göre yüksek olduğu bildirilmiştir (Biçer ve Bayat, 2012: 1-21). Başaran ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada da 55 ve üzeri yaşlarındaki hastaların umutsuzluk ortalamasının daha küçük yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Başaran ve diğerleri, 2016: 9-16). 60 ve üzeri yaş gruplarının umutsuzluk düzeylerinin yüksek olmasının nedeninin diyaliz tedavisine bağlı olarak yaşanan komplikasyon ve fiziksel yetersizliklerin yaşla beraber artmasına bağlı olarak sosyal destek ihtiyacının artması,

tedavi sürecinin ömrün sonuna kadar kesintisiz olarak devam edecek olmasının olumsuz duygular yaratması olduğu düşünülmektedir. Erdem ve diğerlerinin 2004 yılında yaptıkları çalışma ve Özer ve diğerlerinin yaptıkları çalışmalarda yaş ile umutsuzluk düzeyi arasında ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (Erdem ve diğerleri, 2004: 1-14, Özer ve diğerleri, 2006: 124-127).

Kadın ve erkek hastalar arasında umutsuzluk konusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H1b hipotezi reddedilmiştir.**

Diyaliz tedavisi alan hastaların cinsiyet durumuna göre umutsuzluk düzeylerinin incelendiği diğer çalışmalar olan Tan ve diğerlerinin 2005 yılındaki çalışmalarında, Erdem ve diğerlerinin 2004 yılındaki çalışmalarında elde edilen sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir (Tan ve diğerleri, 2005: 32-38, Erdem ve diğerleri, 2004: 1-14). Başaran ve diğerlerinin 2016 yılında yaptıkları çalışmadan elde edilen sonuçlar bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermemektedir (Başaran ve diğerleri, 2016: 9-16). Kadın hastalar ile erkek hastalar arasında umutsuzluk düzeyi açısından farklılık olmamasının nedeni hastaların aynı tedavi sürecinden geçerek aynı zorlukları yaşamaları olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile cinsiyetin umutsuzluk düzeyi üzerinde etkisinin olmadığı bir kez daha belirlenmiştir.

Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların eğitim durumu üniversite olan katılımcılara göre umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçla birlikte **H1c hipotezi kabul edilmiştir.**

Gelecek İle İlgili Beklentiler boyutunda katılımcıların eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık saptanamamışken, Umut – Motivasyon boyutunda eğitim durumu okuryazar ve ortaokul olan katılımcıların ortalamalarının eğitim durumu üniversite olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diyaliz tedavisi alan hastaların eğitim durumuna göre umutsuzluk düzeylerinin incelendiği diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızla aynı doğrultuda sonuçların ilan edildiği görülmektedir (Başaran ve diğerleri, 2016: 9-16, Özer ve diğerleri, 2009: 124-127, Durak ve Palabıyıköğlü, 1994: 1-11).

Eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin okuryazar ve ortaokul seviyesinde eğitim alan hastalara göre daha düşük olmasının nedeni olarak,

üniversite düzeyinde eğitim alan hastaların sosyal hayatlarında daha girişken ve araştırmacı tavır sergilemeleri, tedavi sürecinde verilen eğitimlere daha fazla uyumlu yanıt vermeleri ve daha fazla imkâna sahip olmaları nedeniyle daha az sorunla karşılaşmaları olduğu düşünülmektedir.

Diyaliz hastalarının birlikte yaşadığı kişinin kim olduğu ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçla birlikte **H1d hipotezi kabul edilmiştir**. Çocukları ile yaşayan katılımcıların umutsuzluk düzeyleri eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre ve yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gelecek İle İlgili Beklentiler boyutunda katılımcıların yaşadıkları kişiye göre anlamlı bir farklılık saptanamamışken, Umut – Motivasyon boyutundan-eşi ile ve çocukları ile yaşayan katılımcıların ortalamasının eşi ve çocukları ile yaşayan ve yalnız yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yalnız yaşayan hastaların umutsuzluk düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olmasının nedeni olarak evlilik hayatının ya da aile ile birlikte yaşamının sorumluluklarını taşıyamıyor olmaları olarak düşünülmüştür. Sadece çocukları ile yaşayan hastaların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olarak tespit edilmesinin nedeni olarak, bütün evin yükünün ve çocukların tüm ihtiyaçlarının hasta olan ebeveyn tarafından karşılanmak zorunda olmasının verdiği sorumluluk yükünden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Umutsuzluk düzeyi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuçla birlikte **H1e hipotezi reddedilmiştir**.

Yapılan diğer araştırmalarda da diyaliz tedavisi alan hastaların medeni durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Erdem ve diğerleri, 2004: 1-14, Biçer ve Bayat, 2012: 1-21, Özer ve diğerleri, 2009: 124-127, Durak ve Palabıyıkoglu, 1994: 1-11).

Çalışmamızda diyaliz hastalarının algıladıkları maddi durum, çalışma durumu, başka bir kronik hastalığın varlığı ve sağlık algıları ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Diyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta seviyede olduğunu saptanmıştır. Hastaların en fazla sosyal desteği ailelerinden aldıkları tespit edilmiştir.

Yapılan diğerk çalışmalar da diyaliz hastalarının en yüksek düzeyde aldıkları sosyal destek kaynağının aile olduğunu desteklemektedir (McClellan ve diğerkleri, 1993: 1028-1034, Oka ve Chaboyer, 1999: 302-317, Tan ve diğerkleri, 2005: 32-39, Kuzeyli Yıldırım ve diğerkleri,2005: 33-37).

Çalışmamızda diyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta seviyede olmasının ve en yüksek desteğı aileleri tarafından almalarının sebebinin diyaliz tedavisi nedeniyle hasta bireyin çalışma hayatında ve sosyal hayatında kısıtlamalar yaşaması nedeniyle ailesi ile daha fazla birlikte olması, kronik böbrek yetmezliğı hastalığından tek ve kesin kurtuluş yolu olan transplantasyonun ülkemizde en çok aile bireyleri arasında yapılıyor olması dolayısıyla kesin tedavi yönteminin en fazla aile odaklı çözüme kavuşmasıdır. Ülkemizdeki yaşadığımız sosyal hayat ve kültürümüz gereğı içinde bulunduğumuz maddi ve manevi sıkıntıların çözümünün ilk olarak aile içinde aranması da özellikle hastalık gibi en sıkıntılı dönemlerde sosyal desteğın aile kaynaklı olmasının önemli nedenlerindedir.

Diyaliz hastalarının yaşları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H2a hipotezi reddedilmiştir.**

18-29 yaş arasındaki bireylerin 60 yaş ve üstü bireylere göre algıladıkları arkadaş desteğinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın 18-29 yaş arasındaki bireylerin sosyal açıdan 60 yaş ve üstü bireylere göre daha aktif durumda olmaları nedeniyle kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tan ve diğerklerinin 2005 yılında, Pehlivan ve diğerklerinin 2008 yılında, Karabulutlu ve diğerklerinin 2004 yılında yaptıkları çalışmalarda yaş ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tan ve diğerkleri, 2005: 32-39, Pehlivan ve diğerkleri, 2008: 50-54, Karabulutlu ve diğerkleri, 2004: 56-66).

Diyaliz hastalarının cinsiyetleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H2b hipotezi reddedilmiştir.**

Pehlivan ve diğerklerinin 2007 yılında ve Arslantaş ve diğerklerinin 2010 yılında yaptıkları çalışmalarda algılanan sosyal destek düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir

istatistiksel ilişki saptanamamıştır (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50-54, Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97). Yapılan bazı çalışmalar ise erkek hastalarda algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu ilan etmiştir (Oka ve Chaboyer, 1999: 302-317, Daigle ve Stewart, 1997: 420-430).

Eğitim durumu ortaokul ve üniversite olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, eğitim durumu okuryazar olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçla birlikte **H2c hipotezi kabul edilmiştir**. Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Tan ve diğerleri, 2005: 32-39, Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97).

Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların algılanan arkadaş desteği düzeyinin, eğitim durumu okuryazar olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun eğitim kurumlarında daha fazla zaman geçirmiş hastaların sadece okuryazar olan hastalara göre sosyal hayatın içine daha fazla katılmaları ve daha fazla arkadaşına sahip olmaları bu durumun nedeni olarak düşünülmüştür. Pehlivan ve diğerlerinin 2008 yılında “Hemodiyaliz Hastalarının Aileden Aldıkları Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki” isimli çalışmada da eğitim seviyesi düşük olan hastaların, diğer hasta gruplarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50-54).

Eşi ve çocukları ile yaşayan diyaliz hastalarının sosyal destek algılarının, eşi ile yaşayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçla birlikte **H2d hipotezi kabul edilmiştir**.

Eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayan diyaliz hastalarının çocuklarından da gördükleri sosyal destek nedeniyle sadece eşi ile yaşayan hastalara göre sosyal destek düzeylerini daha yüksek seviyede algıladıkları düşünülmektedir. Eşlerin birbirlerine yakın yaşlara sahip olmaları nedeniyle aynı dönemlerde farklı rahatsızlıklarla baş etmek zorunda olabilme durumları birbirlerine hissettirdikleri sosyal destek hem çocukları hem de eşi ile beraber yaşayan bireylere göre daha düşük seviyede olabileceği düşünülmektedir.

Yalnız yaşayan bireylerin sosyal ortamlarda daha fazla zaman harcaması, arkadaşlık ilişkilerine daha fazla zaman ayırabiliyor olmaları ve böylece temel insani gereksinimlerin başında gelen iletişim ihtiyacını arkadaşlık ilişkileri ile sağlıyor

olmaları onların arkadaş desteğini diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olmasının nedeni olduğu düşünülmektedir.

Eşi ve çocukları ile yaşayan katılımcıların aile puanlarının, yalnız yaşayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum bireylerin karşılaştıkları problemleri ilk olarak birlikte yaşadıkları aileleri ile paylaşmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyaliz tedavisi alan hastaların medeni durumları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H2e hipotezi reddedilmiştir.**

Yapılan bazı araştırmaların bulguları bizim araştırma bulgularımızla benzer niteliktedir. Tan ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışma ile Pehlivan ve diğerlerinin (2008) diyaliz tedavisi alan hastalarla yaptıkları çalışmada medeni durum ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pehlivan ve diğerleri, 2008: 50-54, Tan ve diğerleri, 2005: 32-39). Bu çalışmaların aksine Karabulutlu ve diğerlerinin (2004) yaptıkları çalışmada evli olan hemodiyaliz hastalarının sosyal destek algılarının bekâr olan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu duruma neden olarak ise eşlerin ve ailelerin sosyal destek sağlamadaki önemi vurgulanmıştır (Karabulutlu ve diğerleri, 2004: 56-66).

Diyaliz hastalarının algıladıkları maddi durum, çalışma durumu ve sağlık algıları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Diyaliz hastalarının HMÖ'ni oluşturan sorulara büyük oranda "katılıyorum" şeklinde cevap verdiklerini göstermektedir. Bu durum hastaların tedavi gördükleri diyaliz merkezlerinden aldıkları hizmetlerden genel anlamda memnun oldukları tespit edilmiştir.

Diyaliz hastalarının yaşları ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H3a hipotezi reddedilmiştir.**

Hizmet memnuniyeti noktasında merkez dışı faktörlerin 18-29, 50-59 yaş arası ve 60 üstü olan hastalar için 30-39 yaş arasındaki hastalara göre daha fazla önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumun nedeni olarak merkez dışı faktörleri meydana

getiren ifadelerin genel anlamda merkeze ulaşım sağlanmasında yaşanan zorlukları test etmek üzere kurulduğu ve 50-59 yaş ve 60 yaş üstü hastaların diğer gruplara göre ulaşım açısından daha fazla zorluk yaşayabilecekleri olduğu düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarındaki hizmet memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla Özer ve Çakıl tarafından ayrıca Çelikkalp ve diğerleri tarafından yapılan çalışmalarda yaş ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı sonuç saptanamamıştır (Özer ve Çakıl, 2007: 140-143, Çelikkalp ve diğerleri, 2011: 1-14). Yapılan bu araştırmaların bulguları bizim araştırma bulgularımızla benzer niteliktedir.

Diyaliz tedavisi alan hastaların cinsiyetleri ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H3b hipotezi reddedilmiştir.**

Sağlık kurumlarındaki hizmet memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan birçok çalışmada da hizmet memnuniyet düzeyleri ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (O'Connell ve diğerleri, 1999: 72-77, Özer ve diğerleri, 2008: 12-19).

Diyaliz tedavisi alan hastaların eğitim durumları ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcıların hizmet memnuniyeti, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçla birlikte **H3c hipotezi kabul edilmiştir.**

Eğitim durumu okuryazar olan katılımcılar açısından hizmet memnuniyetinde merkez içi faktörler, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre daha fazla etkilidir. Eğitim durumu okuryazar olan katılımcılar açısından hizmet memnuniyetinde merkez dışı faktörler, eğitim durumu ilkokul ve üniversite olan katılımcılara göre daha fazla etkilidir.

Yapılan birçok çalışmada eğitim durumu ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu doğrulamakta ve bizim çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir. Özer ve diğerlerinin 2009 yılında yaptığı çalışmada ilkokul mezunu hastaların üniversite mezunu olan hastalara göre hizmet memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu ilan etmişlerdir (Özer ve diğerleri, 2008: 12-19).

İzmir’de Apay ve Arslan tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışmada da düşük eğitimli hastaların eğitim seviyeleri daha yüksek olan hastalara göre hizmet memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Apay ve Arslan, 2009: 239-244). Lewis (1994) tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi ile hizmet memnuniyet oranı arasında negatif yönlü ilişki olduğundan söz edilmektedir (Lewis, 1994: 655-670).

Diyaliz tedavisi alan hastaların eğitim düzeyi ile birlikte hastalık ve tedavi süreçleri ayrıca diğer merkezlerin sunmuş olduğu hizmetler ve tedavi koşulları açısından daha fazla araştırma yaparak bilgi sahibi olmaları ve sorgulamaları, beklentilerinin bu doğrultuda daha yüksek olması nedeniyle hizmet memnuniyet oranlarının daha düşük olduğu düşünülmüştür.

Diyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları kişi ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H3d hipotezi reddedilmiştir.**

Diyaliz tedavisi alan hastaların medeni durumları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçla birlikte **H3e hipotezi reddedilmiştir.**

Yapılan literatür taramasında bizim bulgularımızı destekler nitelikte bulgular tespit edilmiştir. Akyol tarafından 1993 yılında yapılan, Özlü tarafından 2006 yılında yapılan ve Apay ve Arslan tarafından 2009 yılında yapılan çalışmalarda medeni durum ile hizmet memnuniyeti arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanamamıştır (Akyol, 1993: 80-91, Özlü, 2006, Apay ve Arslan, 2009: 239-244).

Diyaliz tedavisi alan hastaların umutsuzluk düzeyinin algılanan sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı ve negatif yönlü zayıf bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçla birlikte **H4 hipotezi kabul edilmiştir.**

Yaptığımız literatür taramasında 2005 yılında hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile Tan ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada Aileden alınan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmışken arkadaş ve özel insandan alınan sosyal destek ve umutsuzluk arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu duruma diyaliz tedavisi gören hastaların yüksek oranda ailelerinden sosyal destek görmelerinin neden olduğu düşünülmüştür (Tan ve diğerleri, 2005:32-39).

2009 yılında yapılan çalışmada aileden algılanan sosyal destek düzeyinin artması ile hastaların umutsuzluk düzeylerinin düşeceği vurgulanmıştır (Güneş ve Öner,2009: 24-31).

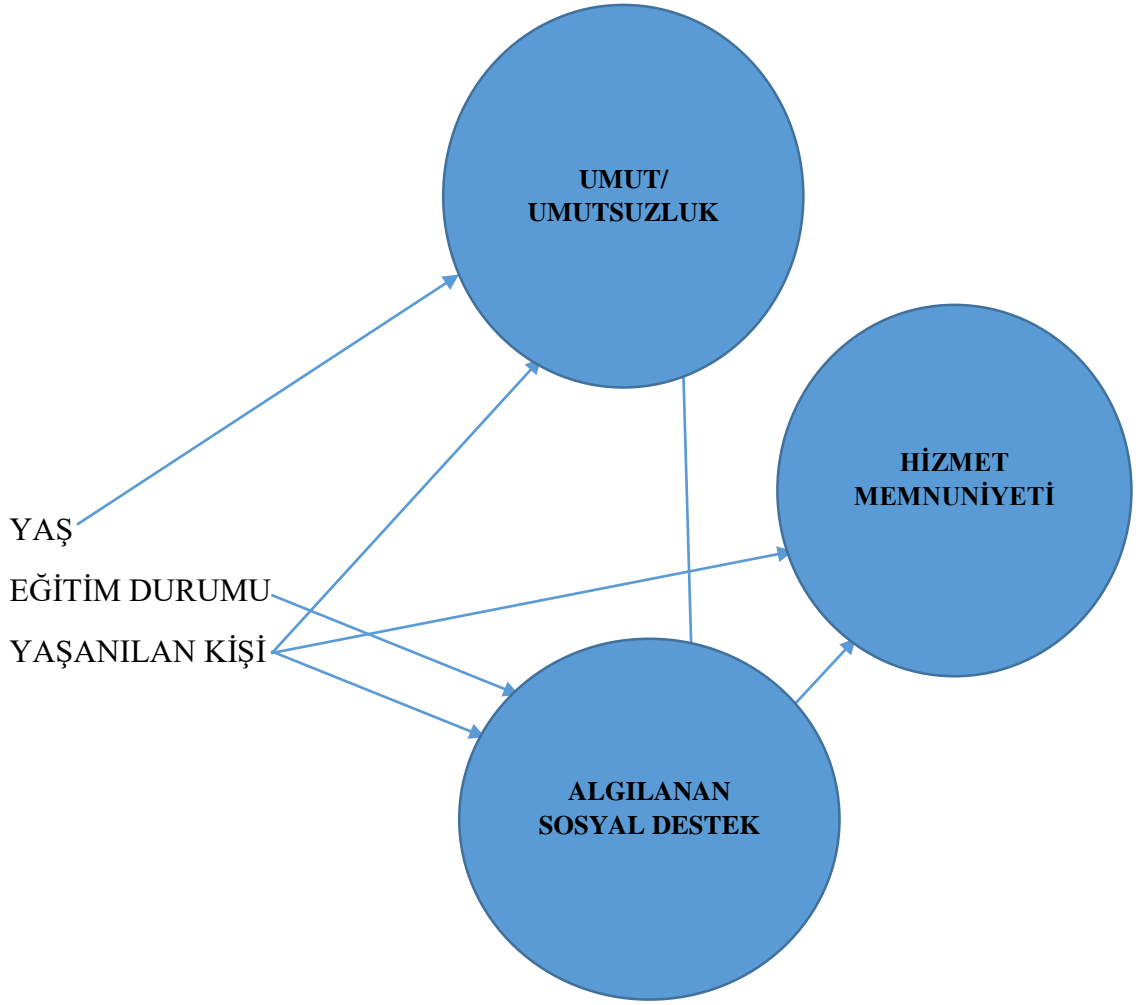
Hastanede yatan hastalar ile 2010 yılında yapılan çalışmada yine sosyal destek ile umutsuzluk arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Özellikle aileden algılanan sosyal desteğin umudu arttırdığı üzerinde durulmuştur (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 87-97).

Kanser hastası yakınları ve öğretmen adayları ile yapılan çalışmalarda da umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı, zayıf ve negatif yönlü bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir (Bilgin ve Yıldırım, 2017: 33-49, Kılıç ve Şahan Yılmaz, 2015: 1-12). Yapılan bu çalışmalar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir.

Umutsuzluk düzeyi ile hizmet memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçla birlikte **H5 hipotezi reddedilmiştir.**

Algılanan sosyal desteğin hizmet memnuniyeti konusunda merkez dışı faktörler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçla birlikte **H6 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.**

Şekil 3.2. Sonuç Modeli



Araştırma sonucunda diyaliz hastalarının yaş, eğitim durumu ve birlikte yaşadıkları kişi ile umut/umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Diyaliz hastalarının eğitim durumu ve birlikte yaşadıkları kişi ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Diyaliz hastalarının eğitim durumu ile hizmet memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyinin algılanan sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı ve negatif yönlü zayıf bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Umut/umutsuzluk düzeyi ile hizmet memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Algılanan sosyal destek düzeyinin hizmet memnuniyeti düzeyi üzerinde sadece merkez dışı faktörler alt boyutu üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Özetle **H1a, H1c, H1d, H2c, H2d, H3c, H4** hipotezleri kabul edilmiş; **H1b, H1e, H2a, H2b, H2e, H3a, H3b, H3d, H3e, H5** hipotezleri reddedilmiş ve **H6** hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Diyaliz hastalarının içinde buldukları zorlu tedavi sürecinde hizmet aldıkları tedavi kurumu tarafından umut düzeyleri yakından takip edilmelidir. Umutsuzluk düzeyinin yaş artışı, eğitim düzeyi, birlikte yaşanan kişi, maddi durum algısı ve hastanın sağlığını nasıl algıladığı gibi faktörlerden etkilendiği göz önünde bulundurulmalı, hastaların umut düzeyini arttırmak üzere yapılacak olan faaliyetler bu açıdan değerlendirilerek planlanmalıdır.

Diyaliz hastalarının sosyal destek düzeyleri artırılmalıdır. Bu hususta hasta ile iletişim halinde bulunan aile üyeleri, arkadaş, akraba ve sağlık personellerinin bu konuda bilinç düzeylerinin artırılması amacıyla eğitim programları düzenlenmelidir. Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin eğitim durumu, maddi durum, yaşanan kişi ve sağlık algıları ile ilişkisi unutulmamalı, bu faktörler üzerine iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumlarından genel anlamda memnun oldukları tespit edilmiştir. Ancak merkez içi faktörler memnuniyet düzeyini arttırmak amacıyla, sağlık personelinin diyaliz seanslarında hizmet verdiği hasta sayısı düşürülmeli böylece hasta ile sağlık personeli iletişimi artırılmalıdır.

Hastaların umut düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve hizmet memnuniyet düzeylerini arttırmak amacıyla psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının sahada daha aktif rol almaları sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abay Alyüz, S.B. (2020). Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. Talim: Journal Of Education In Muslim Societies And Communities, 4(1), (ss. 115–134).
- Abbey, J., G. (2006). “Hopelessness at the End of Life: The Utility Of The Hopelessness Scale With Terminally Ill Cancer Patients”, British Journal of Health Psychology, 11, (ss. 173–183).
- Abdollahi, B. (2006). Role of self-efficacy in personnel empowerment. Tadbir Journal. 16(8).(ss. 35–40).
- Abramson, I., Metalsky, G. L., Alloy, L. B. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. Psychological Review, 96, (ss. 358-372).
- Aghajani, M., Morasaei, F., Mirbagher, A. N. (2015). Relationship Between Religious Belief and Hope İn Hemodialysis Patients: A Cross Sectional Study. 2, (ss. 19-25).
- Ağır (Sert), M. (2017). Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umitsuzluk, Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11, (ss. 84-103).
- Akar, Ç., Özalp H. (2002) Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Somgür Eğitim Hizmetler, Yayıncılık Limited Şirketi: Ankara.
- Akgül-Gök, F., Arslan-Özdemir, E. (2020). Sosyal Hizmet Uygulamalarında “Umut”. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(2), (ss.604-617).
- Akgün, B. P. (2015). Ortopedik Engelli Bireylerin Umutsuzluk Düzeyi İle İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, (ss. 25).
- Akgün, S.(2002) “Hasta Memnuniyeti Değişimleri”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(3), (ss. 12-18).
- Akıncı, F. (2000). Hemodiyalize Giren Hastaların Psikososyal Sorunları ve Hemşirelerin Sorumlulukları. Hemşirelik Forumu, 3, (ss. 1-5).

- Akman, Y., Korkut, F. (1993). Umut Ölçeği Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9, (ss. 193-202).
- Akpolat, T., Utaş, C. (2001). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Anadolu Yayıncılık, Kayseri.
- Aksayan, S., Yıldız, A., Ergün, A. (1998). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul.
- Aksüllü, N., Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5, (ss. 76-84).
- Albert, N., Beck, A. T. (1975). Incidence of Depression in Early Adolescence: A Preliminary Study. Journal of Youth and Adolescence, 4(4), (ss. 301-307).
- Alexander, E. S., Onwuegbuzie, A. J. (2006). Academic Procrastination and Role of Hope as A Coping Strategy, Personality and Individual Differences, 42, (ss. 1301-1310).
- Altunışık, R., Çoşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. (2007). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Geliştirilmiş 5. Baskı. Sakarya Yayıncılık. Sakarya.
- Annesi, J.J., Unruh, J. L., Whitaker, A. C. (2007). Relations of Changes in Self-Efficacy, Exercise Attendance, Mood, and Perceived and Actual Physical Changes in Obese Women: Assessing Treatment Effects Using Tenets of Self-Efficacy Theory. Journal of Social, Behavioral, and Health Science, 1(1), (ss. 72-85).
- Antonio, K. W. L. (2011). The Implementation of Social Responsibility in Purchasing in Hong Kong/Pearl River Delta, Strategic Outsourcing: An International Journal, 4 (1), (ss.13-46).
- Apay, S., Arslan, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 8(3), (ss. 239-244).
- Aras, A., Tel, H. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 4.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 25-29 Eylül 2002, Antalya.

- Ardahan, M. (2010). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 22(1), (ss. 189-196).
- Ardıç, K. (1994) “Klasik Yönetim Anlayışından Toplam Kaliteye Doğru” K.H.O. 1. Sistem Mühendisliği ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, (ss. 219-229).
- Argon, G. (2002). Kronik Hastalıklara Uyum. Kronik Hastalıklarda Bakım. İnter Tıbbi Yayıncılık, İzmir.
- Arnau, R. C., Rosen, D. H., Finch, J. F., Rhudy, J. L., Fortunato, V. J. (2007). Longitudinal Effects of Hope on Depression and Anxiety: A Latent Variable Analysis. Journal of Personality, 75(1), (ss. 1-21).
- Arslan, E. T., Kayalar, M. (2017). Kamu ve Özel Sektör Çalışmalarının İfşa (Whistleblowing) Niyeti: Karşılaştırmalı Bir Analiz. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 19 (32), (ss. 15-26).
- Arslandaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 18 (2), (ss. 87-97).
- Artıran, M., Şeker, A. (2020). Otomatik Düşüncelerin Yordacılığı: Umut ve Umutsuzluk Farkı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 19(73), (ss. 36-47).
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Doktor Ekrem Üstündağ, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Elazığ. 2(6), (ss. 55-70).
- Aspinwall, L. G., Leaf, S. L. (2002). In Search of the Unique Aspects of Hope: Pinning Our Hopes on Positive Emotions, Future-Oriented Thinking, Hard Times, and Other People. Psychological Inquiry, 13, (ss. 276-288).
- Atılgan, E. (2001). Hizmet Kalitesi Yönetim ve Seyahat Sektörüne Yönelik Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi (AKD). Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya. (ss. 22).
- Avis, M., Bond, M., Arthut, A. (1995). Satisfying solutions. A review of Same Unresolved Issue in The Measurement of Patient Satisfaction. Journal of Advanced Nursing, 22, (ss. 316-322).

- Aydemir, Ç. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10 (2), (ss. 29-40).
- Babakus, M., Mangold, W. G. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*. 26(6), (ss.767 – 786).
- Bahar, A. (2007). Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Eylül - Aralık 2007 • Ocak - Nisan 2008, (ss. 38).
- Baines, L. S., Zawada, E. T., Jindal R. M. (2005) Psychosocial Profiling: A Holistic Management Tool For Non-Compliance. *Clin Transplant* 19, (ss. 38-44).
- Bakioğlu, E. (2009). Periton Diyalizli Hastalarda Özbakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 4 (11), (ss. 65-78).
- Baş, T. (2006). Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir? 4. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınları.
- Başaran, D., Şahinaltun, Ö., Kaban, F., Ecdar T. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1, (ss. 9-16).
- Battaloğlu, B. (2007). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Etiyolojik Değerlendirme. *Uzmanlık Tezi. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.* (ss.7).
- Bayam, G., Okay, T., Dilbaz, N., Açıkgöz, Ç. (2002). “Sivil Savunma Birliği Çalışanlarında Kaygı, Umutsuzluk Ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Ve Posttravmatik Stres Bozukluğu Sıklığı”, *Kriz Dergisi*, 10(1), (ss. 1-9).
- Bayramova, N. (2000). Psoriasis’li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.*
- Bayramova, N., Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), (ss. 39-47).
- Bayuk, N. (2007). Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma, (ss. 4).
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy And Emotional Disorder*. International University Press. New York.

- Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A. (1975). Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, (ss. 1146-1149).
- Beck, A. T., Weisman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, (ss. 861-865).
- Bıçakcı, Ş., Sezer, M. (2020). 2014-2018 Yılları Arasında Ülkemizde Uygulanan Renal Replasman Tedavilerinin Genel Değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6 (2), (ss. 79-89).
- Bircan, H., Baycan, S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(2), (ss. 173-185).
- Bilgin, Y., Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. 8(16), (ss. 151-175).
- Bowers, M. R. (1987). “Developing New Services For Hospitals: A Suggested Model”. *Journal of Health Care Marketing*. 7, (2), (ss.35-44).
- Brahmbhatt, M., Baser, N., Joshi, N. (2011). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation of Patients’ Perceptions of Services Quality. *International Journal of Multidisciplinary Research*. 1(8), (ss. 27 – 42).
- Büber, R., Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* 4(1), (ss.265-274).
- Büyükcoşkun, A. (1998). Evde Bakım Hizmetleri ve Rehabilitasyon. *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Editör: İ Erefe, 1.Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 14, İstanbul.
- Campbell, J. D., Campbell, A. R. (1978). The Social and Economic Cost of End-Stage Renal Disease: A Patients Perspective. *N Engl J Med*. 299, (ss.386-392).
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Management of Medicine*. 14(4), (ss. 337-356).

- Carpenito, L.J. (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev. Ed. Firdevs Erdemir. 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. (ss. 349- 354).
- Carr, A. (2011). Positive Psychology: The Science Of Happiness And Human Strength (2nd Edition). New York & London: Routledge. (ss. 61).
- Cemalcılar, İ. (1987). Pazarlama (3. Fasikül), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir. (ss. 298).
- Chalise, H.N., Saito, T., Takahashi, M., Kai, I. (2007). Relationship Specialization Amongst Sources and Receivers Of Social Support and Its Correlations With Loneliness and Subjective Well-Being: A Cross Sectional Study Of Nepalese Older Adults. Archives Of Gerontology and Geriatrics, 44, (ss. 299–314).
- Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 101: Data Presentation, Singapore Med J. 44(6), (ss. 280-285).
- Chang, E. C. (2003). A Critical Appraisal and Extension Of Hope Theory İn Middle-Aged Men And Women: Is It İmportant To Distinguish Agency and Pathways Components? Journal of Social and Clinical Psychology, 22, (ss. 121-143).
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward J. T., Snyder, C. R. (2006). “Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths”, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20(2), (ss. 135-145).
- Chilcot, J., Wellsted, D., Farrington, K. (2010). Depression in End-Stage Renal Disease: Current Advances And Research. Seminars in Dialysis. 23(1), (ss. 74-82).
- Ching, W. L. S. (2001). The Quality of Life For Hong Kong Dialysis Patients. Journal of Advanced Nursing. 35(2), (ss.218-227).
- Chisholm-Burns, M. A., Sprivey, C. A., Wilks, S. E. (2010) Factors Related to İmmunosuppressant Medication Adherence in Renal Transplant Recipients. Clin Transplant. 24(3), (ss. 312-320).
- Christensen, S. J. (1989). From Drpsy to Bright’s Disease to End- Stage Renal Disease. Milbank Q, 67(1), (ss. 16-32).
- Christensen, A.J., Ehlers, S.L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context For Behavioral Medicine Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 70(3), (ss. 712-724).

- Christovao, F. (1999). Stress, Coping and Quality of Life Among Chronic Hemodialysis Patients. *Edna Erca Journal*. 25(4), (ss. 35-38).
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985) "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis" *Psychological Bulletin*, 98, (ss. 310-357).
- Crain, W. C. (1980). "Erikson: Yaşamın Sekiz Evresi", (Çev: Bekir Onur). *Ergenlik Psikolojisi*. Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık. Ankara.
- Crothers, M. K., Tomter, H. D., Garske, J. P. (2005). The Relationships Between Satisfaction With Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. *J Psychosoc Oncol*, 23(4), (ss. 103-118).
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M. (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated By Hemodialysis: A Single-Center Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1), (ss. 128-136).
- Çakıl, Ö. E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), (ss. 140-143).
- Çatı, K., Yılmaz, A. (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama Dünyası*, 16(4), (ss. 46-53).
- Çelik, H. C., Acar, T. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), (ss. 23-27).
- Daigle, M. C., Stewart, M. (1997). Support and Coping of Male Hemodialysis – Dependent Patients. *International of Nursing Studies*, 34(6), (ss. 420-430).
- Davison, S. N., Jhangri, G. S. (2010). Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), (ss. 477-485).
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 23(3), (ss. 132-139).
- Demir, C., Güçlü, C., Çimen, M. (2000). GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmininin Düzeyinin Saptanması. *Gülhane Tıp Dergisi*.42(1). (ss. 65-71)

- Demir, Y., Eşer, İ. (2005). Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetine İlişkin Bir Ölçek Çalışması. Hastane Yönetimi, Ocak-Şubat-Mart Sayısı, (ss. 31-43).
- Derici, U., Nazlıel, B., İrkeç, C. (2003). Effect of Haemodialysis on Visualevoked Potential Parameters. Nephrology, 8(1), (ss.11-15).
- Derin, N., Demirel, E. T. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. International Journal of Social Science, 6(2), (ss. 1111-1130).
- Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1), (ss. 38-54).
- Dilbaz, N., Seber, G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. Kriz Dergisi, 1(3): (ss. 134-138).
- Dinçer, D., Derelioğlu, Y. (2005). Üniversite Sınavına Hazırlanan Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, VIII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Nobel Basımevi, Ankara, (ss. 191).
- Doğan, E., Altuneren, O., Deniz, M., (2013). Ev Hemodiyaliz Tedavileri, Türkiye Klinikleri Nefroloji-Özel Konular, Diyaliz Tedavi Modaliteleri Özel Sayısı, 6(1), (ss. 16-20).
- Doğan, S., Kelleci, M. (2004). Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi. F.N.H.Y.O Dergisi, 13 (52), (ss. 23-37).
- Donar Bayın, G. (2019). Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Ankara, (ss. 11).
- Duggirala, M., Rajendran, C., Anantharaman, R. N. (2008). Patient-Perceived Dimensions of Total Quality Service in Healthcare. Benchmarking: An International Journal. 15(5), (ss. 560-583).

- Duman, S., Taşgın, Ö., Özdağ, S. (2009). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Spor Yöneticiliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 11 (3), (ss. 27-32).
- Durak, A. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9, (ss. 1-11).
- Durak, A., Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi, 2(2), (ss. 311-319).
- Dursun, Y., Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 23, (ss. 1-12).
- Edvardsson, B., Thomasson, B., Ovretveit, J. (1994). Quality of Service: Making it Really Work, McGraw-Hill International Limited, Maidenhead. (ss. 77).
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği (Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support). Türk Psikoloji Dergisi, 34, (ss. 17-25).
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1980). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. Journal of Personality and Social Psychology. 58(5), (ss. 844-854).
- Engiz, O. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd, (ss. 61-87).
- Eraqi, I. E. (2006). Tourism Services Quality (TourServQual) in Egypt, Benchmarking: An International Journal. 13 (4), (ss.469-492).
- Erdem, N., Karabulut, E., Okanlı, A., Tan, M. (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1), (ss. 1-17).
- Erdem, R., Avcı, L., Köseoğlu, S., Kesici, T., Üzel, S., Rahman, S., Demirel, B., Fırat, G., Kırmızıgül, Ş., Kubat, C. (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31, (ss. 95-110).

- Erdoğan, Z., Kurçer, M. A., Budak, B., Aydemir, S. (2018). İrritable Bağırsak Sendromlu Hastalarda Gastrointestinal Semptomların Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyine Etkisi HSP. 5(3), (ss. 353-359).
- Eryoldaş, S., Turgutoğlu, B. (1998). Hasta Memnuniyetinin Ölçümü İçinde: Çoruh M (Ed). Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara. (ss 145-148).
- Esmacil, R., Ahmadi, H., Jannati, Y. (2013). The Relationship Between Perceived Social Support and Self-Efficacy With Diet Adherence Among Hemodialysis Patient. Avicenna J Nurs Midfery Care, 21, (ss. 59-67).
- Evangelista, L. S., Doering, L. V., Dracup, K., Espejo, V. B., Kobashigawa, J. (2003). Hope, Mood States and Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients. J Heart Lung Transplant, 22, (ss.681-686).
- Evans, J. R., Lindsay, W. M. (2011). The Management and Control of Quality. South-Western. (ss. 61).
- Feeney, C. B., Collins, N. L. (2014). A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective On Thriving Through Relationships. Personality and Social Psychology Review, (ss. 1–35). DOI: 10.1177/1088868314544222.
- Fisher, C. D. (1985) “Social Support and Adjustment to Work: A Longitudinal Study” Journal of Management, 11(3), (ss. 39-53).
- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J. (1998). Service Management- Operations, Strategy, and Information, Technology, Second Edition, McGraw- Hill Irwin: International Edition. (ss. 30).
- _____ (2014). Service Management- Operations, Strategy, and Information, Technology, Second Edition, McGraw- Hill Irwin: International Edition.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It Must Be A Process: A Study of Emotion and Coping During Three Stages of A College Examination. J.Personality Social Psychol, 48, (ss. 150-170).
- Gelling, L., Fitzgerald, M. A., Blight, I. (2002).Hope in the ICU: A Qualitative Study Exploring Nurses' Experiences Of The Concept Of Hope. Nursing in Critical Care. 7(6), (ss. 271-277).

- Gençöz, T. (2000). Pozitif Ve Negatif Duygu Ölçeği: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Derneği*. 15(46), (ss. 19-26).
- Ghobadian, A., Speller, S., Jones, M. (1994). Service Quality: Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 11(9), (ss. 43-66).
- Goldberg, E., Natta, P., Comstock, G. (1985). Depressive Symptoms, Social Network and Social Support of Elderly Women. *Am J Epidemiol*, 121, (ss. 448-456).
- Granerud, L. (2011). Social Responsibility As An İntermediary For Health and Safety İn Small Firms, *International Journal of Workplace Health Management*, 4 (2), (ss.109-122).
- Grant, I., Patterson, T. L., Yager, J. (1988). Social Supports in Relation to Physical Health and Symptoms of Depression in the Elderly. *Am J Psychiatry*, 145, (ss. 1254-1257).
- Gregory, D. M., Way, C. Y., Hutchinson, T. A., Barret, B. J., Parfrey, P. S. (1998). Patients' Perceptions of Their Experiences With ESRD and Hemodialysis Treatment. *Qualitative Health Research*. 8(6), (ss. 764-783).
- Gronroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*, (Massachusetts: Lexington Boks).
- Groot, J. B., Otten, W., Elsinga, J. D., Kievit, J. and Mheen P. J. (2012). Choosing Between Hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients. *Medical Decision Making* 32(6), (ss. 764-778).
- Hacıfendioğlu, Ş., Koç, Ü. (2009). Hizmet Kalitesi Algılamalarının Müşteri Bağlılığına Etkisi ve Fast-Food Sektöründe Bir Araştırma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18(2), (ss. 146 – 167).
- Hackbarth, M., Pavkov, T., Wetchler, J., Flannery, M. (2012). Natural Disasters: An Assessment Of Family Resiliency Following Hurricane Katrina. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), (ss. 340- 351).
- Haririan, H., Aghajanlou, A., Ghafourifard, M. (2013). Study of Social Support İn Hemodialysis Patients İn Zanzan, Medical Sciences. *Journal of Islamic Azad University*. 23(1), (ss. 74–80).

- Hasin, M. A. A., Seeluangsawat, R., Shareef, M. A. (2001). Statistical Measures of Customer Satisfaction For Health Care Quality Assurance: A Case Study, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14 (1), (ss. 6-13).
- Heidenreich, P. A., Spertus, J. A., Jones, P.G. (2006). Health Status Identifies Heart Failure Outpatients At Risk For Hospitalization Or Death. *J Am Coll Cardiol*. 47, (ss. 752-756).
- Hemedoğlu, E. (2012). Metro İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Ölçme: Algılanan Hizmet Kalitesi ve Beklenen Hizmet Kalitesi Üzerine Bir Karşılaştırma. *İstanbul Üniversitesi. İşletme İktisadi Enstitüsü. Yönetim Dergisi*. 72, (ss. 27-28).
- Hidayati, N. D. (2011). Pattern of Corporate Social Responsibility Programs: A Case Study. *Social Responsibility Journal*. 7 (1), (ss.104-117).
- Iliceto, P., D'Antuono, L., Bowden-Jones, H., Giovani, E., Giacolini, T., Candilera, G., Panksepp, J. (2016). Brain Emotion Systems, Personality, Hopelessness, Self/Other Perception, and Gambling Cognition: A Structural Equation Model. *Journal of Gambling Studies*, 32(1), (ss. 157-169).
- Işıkhan, V. (2017). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18(1), (ss. 15-29).
- İlhan, N., Soydan, M., Batmaz, M., Özdilli, K., Gürak, H., Yıldız, G. (2007). Yaşlılarda Üretken Olmanın Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 15(58), (ss. 48-53).
- İslamoğlu, H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş., Aydın, K. (2006) Hizmet Pazarlaması, Beta Basım: İstanbul. (ss. 20).
- Janet, L., Joan, K. (2001). Stressors, Coping and Depression in Hemodialysis Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), (ss. 200-207).
- Kaçmaz, N. (1998). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Psikososyal Bakım. *Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Kitabı, İ.Ü. Matbaası, İstanbul*, (ss. 198–206).
- Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kalkay, M. N., (1981). Çağdaş Hekimliğin Sorunları, İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi. (ss. 127).

- Kandampully, J. (1998). Service Quality To Service Loyalty. *Total Quality Management*. 9(6), (ss. 431–443).
- Kara, A., Lonial, S., Tarim, M., Zaim, S. (2005). A Paradox of Service Quality in Turkey: the Seemingly Contradictory Relative Importance of Tangible and Intangible Determinants of Service Quality. *European Business Review*. 17(1), (ss. 301–310).
- Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49, (ss. 132-136).
- Karabulutlu, E., Ergüney, S. (2006). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Hastalık ve Stresle Baş Etme Bilinçlendirmesinin Depresyon Eğilimi ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Nefroloji Hemflireliği Dergisi*, (ss. 36-41).
- Karabulutlu, E., Tan, M., Erdem, N., Okanlı, A. (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. (ss. 56-66).
- Karaca, S., Çınar, S., Bahçebaşı, Z. B. (2012). Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi. *MÜSBED*, 2(4), (ss. 169-174).
- Karadeniz, G., Altıparmak, S., Marul, H. (2005). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), (ss. 29-36).
- Karafakıoğlu, M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İşletme Fakültesi Yayın No.271, İstanbul, (ss. 115).
- Karakurt, P., Aşilar, R. H., Yıldırım, A. (2013). Evaluation of the Self-Care Agency and Perceived Social Support in Patients With Diabetes Mellitus. *Meandros Medical and Dental Journal*, 14(1), (ss. 1-9).
- Kavak, B., Sürücü Ertem, P. (2007). “Ticari Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesinin ve Verimliliğin Değerlendirilmesinde Kritik Olaylar Tekniğinin Kullanımı”, *MPM Verimlilik Dergisi*. 2, (ss. 71-90).
- Kavradım, S. T., Özer, Z. C. (2014). Kansere Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Curr Approach Psychiatr*, 6, (ss. 154–164).
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, Ankara. (ss. 291-304).

- _____ (2001). Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, Ankara, (ss. 34).
- Kayacık, Ö. Ş. (1998). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kemer, G. ve Atik, G. (2005). Psychometric Properties of Children's Hope Scale: Validity and Reliability Study Elementary, Education Online, 8 (2), (ss. 379-390).
- Khan, S., Sidiqqe, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M., Bashir, N. ve Xue, M. (2020). Impact of Coronavirus Outbreak On Psychological Health. Journal of Global Health, 10(1), (ss. 1-6).
- Kıdak, B. L., Aksaraylı, M. (2008). Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.10(3), (ss. 87-122).
- Kılıç, M. (2003). Yozgat Devlet Hastanesindeki Doktor ve Hemşirelerin, Yatan Hastalara Karşı Olan Davranışlarının Değerlendirilmesi. <http://www.ysoy.erciyes.edu.tr/davranis> (Erişim Tarihi: 07.10.2020).
- Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Kısa, A., Tokgöz, N. (Ed). (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, (ss. 282-283).
- Kim, J.A., Lee, Y.K., Huh W. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. J Korean Med Sci, 17, (ss. 790-794).
- Kim, Y., Evangelista, L. S. (2010). Relationship Between İllness Perceptions, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes İn Patients On Maintenance Hemodialysis. Nephrol Nurs. 37, (ss. 271-280).
- Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M. (1998). Psychiatric İllness in Patients With End-Stage Renal Disease. The American Journal of Medicine, 105, (ss. 214-221).

- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L. (1998). Psychosocial Factors, Behavioral Compliance and Survival İn Urban Hemodialysis Patients, *Kidney International*, 54(1), (ss. 245-254).
- Kliem, S., Lohmann, A., Möble, T., Brahler, E. (2018). Psychometric Properties and Measurement İnvariance Of The Beck Hopelessness Scale (Bhs): Results From A German Representative Population Sample, *BMC Psychiatry*, 18(110), (ss. 1-11).
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71, (ss. 52-58).
- Korkmaz, Ş. (2003). Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl Sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü Kapiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (ss. 1).
- Korkmaz Aslan, G. (2017). Sağlıkın Geliştirilmesi. Editör: S. Ayaz Alkaya. Yaşlı Sağlıkının Geliştirilmesi. Ankara. Hedef CS Basım Yayın, (ss. 284-286).
- Kostagiolas, P. A., Zimeras, S. (2008). Enhancement of Hospital Libraries and Information Services Through An E-Support System For Lifelong Learning Quality Methodologies and Tools, *International Journal Of Education and Information Technologies*, 2 (2), (ss.132-137).
- Kökçü, Ö. D., Güler, D. S., Sipahi, S., Öztop, K. E. (2019). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Glomerüler Filtrasyon Değerinin Bağımsız Değişkenler ile Yordama Gücü. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), (ss. 412-419).
- Köseoğlu, P. (2007). Aydın ve İzmir'deki Periton Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi; Ampirik Bir Çalışma. Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Anabilim Dalı. YLT. (ss. 15-72).
- Kumbasar, H. (1997). Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi*, 2(1), (ss. 169- 177).
- Kumcağız, H. (2007). "Grupla Psikolojik Danışmanın Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyine Etkisi" Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun (ss. 37).

- Kumcağız, H., Ersanlı, K. (2008). Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Cinsiyet Ve Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 23, (ss. 123-128).
- Kuo, W. H., Gallo, J. J., Eaton, W. W. (2004) Hopelessness, Depression, Substance Disorder, and Suicidality. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, (ss. 497-501).
- Kurlowicz, L. H. (1993). Social Factors and Depression in Late Life. Arch Psychiatric Nurs, 7, (ss. 30-36).
- Kuzeyli Yıldırım, Y., Tokem, Y., Fadıloğlu, Ç. (2005). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Sosyal Ağ ve Sosyal Destek Sistemlerinin İncelenmesi. Nefroloji Hemflireliği Dergisi, (ss. 33-37).
- Kübler-Ross, E. (1986). Death: The Final Stage of Growth, A Touchstone Book: Rockefeller Center, New York (ss. 160-161).
- Lacroix , A., Assal, J. P. (2003). Hastaların Terapötik Eğitimi. Editör: Piyal, B., Tabak, R. S. Palme Yayıncılık, Ankara.
- Last, J. M. (1988). A Dictionary of Epidemiology. Oxford, Oxford University Press (ss. 1-141).
- Lavender, A., Watkins, E. (2004). “Rumination and Future Thinking in Depression”, British Journal of Clinical Psychology, 43, (ss. 129–142).
- Leavy, R. L. (1983). Social Support and Psychological Disorders: A Review. J Com Psychol, 11, (ss. 3-21).
- Lee, M., Crittenden, K. (1996). Social Support and Depression Among Elderly Korean İmmigrant in the United States. Int J Aging Hum Dev, 42, (ss. 313-327).
- Lee, P. M., Kahong, P. H., Ghista, D. N. (2006). The Impact of Deficient Healthcare Service Quality. The TQM Magazine. 18(6), (ss. 563-571).
- Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A Brief Mental Health Screener for COVID-19 Related Anxiety. Death Studies, 44(7), (ss. 393-401).
- Lehtinen, J. R., Lehtinen, U. (1982). Service Quality: A Study of Quality Dimensions. Unpublished Working Paper, Service Management Institute, Helsinki.

- Levebfvre, P., Nobert, A., Crombez, J. C. (1978). Psychological and Psychopathological Reactions in Relation to Chronic Hemodialysis. *Can J Psychiatry* (ss. 9-17).
- Levenson, J. L. Glocheski, S. (1991). Psychological Factors Affecting End-Stage Renal Disease. A review. *Psychosomatics*, 32 (4), (ss. 382-389).
- Levey, A.S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E. P., Collins, A.J., Eckardt, K. U., Powe, N. R. (2007). Chronic Kidney Disease As A Global Public Health Problem: Approaches and Initiatives-A Position Statement From Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International*, 72(3), (ss. 247-259).
- Lewko, J., Politynska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M. (2007). Quality of Life and Its Relationship to the Degree of Illness Acceptance in Patients with Diabetes and Peripheral Diabetic Neuropathy. *Advances in Medical Sciences*, 52 (1), (ss. 144-146).
- Liu L, Fiorentino L, Natarajan L, Parker BA, Mills PJ, Sadler GR.(2009). Pre-treatment Symptom Cluster In Breast Cancer Patients Is Associated With Worse Sleep, Fatigue and Depression During Chemotherapy. *Psychooncology*, 18, (ss. 187-194).
- Lohne, V., Severinsson, E. (2004). Hope During the First Months After Acute Spinal Cord Injury. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), (ss. 279-286).
- Lok, P. (1996). Stressors, Coping Mechanisms and Quality of Life Among Dialysis Patients in Australia. *J. Adv. Nur*, 23, (ss. 873-881).
- Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P. (2008). Impact of Social Support and Self-Efficacy on Functioning in Depressed Older Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of COPD*, 3 (4), (ss 713-718).
- Mauri, J. M., Cleres, M., Vela, E. (2008). Design and Validation of a Model to Predict Early Mortality in Hemodialysis Patient. *Nephrol Dial Transplant*, 23, (ss. 1690-1696).
- Mccoll, E., Thomas, L., Bond, S. (1996). A Study to Determine Patient Satisfaction With Nursing Care. *Nursing Standard*, 18(10), (ss. 34- 38).
- Melges, F. T. (1969). Types of Hopelessness in Psychological Process. *Arch Gen Psychiatry*, 20, (ss. 690-699).

- Menninger K. (1959). The Academic Lecture: Hope. *American Journal of Psychiatry*, 116(6), (ss. 481-491).
- Meriç, M., Oflaz, F. (2013). Hemodiyaliz Hastası Olan Bir Eşle Yaşamak: Eşlerin Yaşamlarındaki Gelgitler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), (ss. 21-26).
- Miller, R. G. (1969). *Statistical Analysis in Psychology and Education*. New York: McGrawHill Book Company.
- Mittal, S. K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J.K., Fishbane, S. (2001). Self-Assisted Physical and Mental Function Of Haemodialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 16(7), (ss. 1387-1394).
- Mohammad, G. T. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara. (ss. 1).
- Mollaoğlu, M. (2006). Perceived Social Support, Anxiety and Self Care Among Patients Receings Hemodialysis. *Dialysis, Transplantation*, 35(3), (ss. 144-155).
- _____ (2012). Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. Durna Z, editör. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (ss. 51-63).
- Moon, K. S., Kim, M., Lee, J. H. (2011). The İnfluence Of Consumer's Event Quality Perception On Destination İmage, Managing Service Quality, 21 (3), (ss. 287-303).
- Mucuk, İ. (1994). Pazarlama İlkeleri. Der Yayınları, 6. Baskı, İstanbul. (ss. 320-322).
- Mutlu, E., Duyan. E. (2012). Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikler İle Sosyal Desteğin Hemodiyaliz Hastalarının Benlik Saygısı Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), (ss. 1-38).
- Nissim, R., Flora, D. B., Cribbie, R. A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rodin, G. (2010). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in Individuals With Advanced Cancer, *Psycho-Oncology*, 19(ss. 255–263).
- Norbeck, J. S., Bornos, L. E. (1988). Social Support. HS Wilson (ed): *The Theoretical Basic For Psychiatric Nursing California*, Addison- Wesley Publishing Company, (ss. 149-167).

- O'Connor, R. C., Connery, H., Cheyne, W. M. (2000). "Hopelessness: The Role of Depression, Future Directed Thinking and Cognitive Vulnerability", *Psychology, Health and Medicine*, 5(2):155-161.
- O'Donnell, K., Chung, J. Y. (1997). The Diagnosis of Major Depression in End-Stage Renal Disease. *Psychother Psychosom* .66, (ss. 38-43).
- Odabaşı, Y. (2004). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir. (ss. 16-17).
- Okanlı, A., Erdem, N., Yılmaz, E. K. (2008). Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, (ss. 156-161).
- Oksoo, K. (1999). Mediation Effect of Social Support Between Ethnic Attachment and Loneliness in Older Korean Immigrants. *Research in Nursing & Health*, 22, (ss. 169-175).
- Okumuş, H., Akçay, H., Karayurt, Ö., Demircan, G. (1993). "Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi" *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, İzmir, Ege Üniv. Basımevi, (ss. 177-183).
- Ong, A. D., Edwards, L. M., Bergeman, C. S. (2006). Hope as A Source of Resilience in Later Adulthood, *Personality and Individual Differences*, 41, (ss. 1263-1273).
- Ottaviani, A. C., Souza, E. N., Drago, N. C., Mendiondo, M. S. Z., Pavarini, S. C. I., Orlandi, F.S. (2014). Hope And Spirituality Among Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: A Correlational Study. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 22, (ss. 248-254).
- Oxman, T., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H., Barrett, J. (1999). Social Support and Depressive Symptoms In The Elderly. *Am J Epidemiol*, 135, (ss. 356-368).
- Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S., Dason, B. (2010). Measuring Service Quality and Patient Satisfaction With Access To Public And Private Healthcare Delivery, *International Journal of Public Sector Management*. 23 (3), (ss. 203-220).
- Öngider, N. (1997). Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

- Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U. C., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 21 (1), (ss: 33).
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, (ss. 229-268).
- _____ (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basımevi. (ss. 189-224).
- Özatkan, Y. (2008). Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği, GÜ, SBE, YYLT, Ankara. (ss. 79).
- Özbakır, D., Ergin, C. (1997). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Çalışması”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, (ss. 113–118).
- Özben, Ş. (2008). Yaşlılarda Umutsuzluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 23, (ss 136-151).
- Özbesler, Cengiz (2001), “Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerinin Etkisi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Tezi, (ss. 13-14).
- Özcan, M., Özkaynak, V., Toktaş, İ. (2008). Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2), (ss. 96-101).
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L. (2003). Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Derneği*. 14(1), (ss. 72-80).
- Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), (ss. 57-69).
- Özer, A., Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), (ss. 140-143).
- Özer, F., Beydağ, D., Cengiz, Ş., Kiper, S. (2009). Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, (ss. 10).
- Özgür, B., Kürşat, S., Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 12(2), (ss. 113-116).

- Özkan, S. (1993). Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyezon psikiyatrisi. İstanbul. (ss. 187-190).
- Özmen, E. (1997). Genel Tıpta Depresyon. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (ss. 116–117).
- Öztürk, S. A. (2003). Hizmet Pazarlaması (4. Basım), Ekin Kitabevi: İstanbul. (ss. 12).
- Padma, P., Rajendran, C., Sai, L. P. (2009). A Conceptual Framework of Service Quality in Healthcare, Benchmarking: An International Journal, 16 (2), (ss.157-191).
- Padilla-Walker, L. M., Hardy, S. A. Ve Christensen, K. J. (2011). Adolescent Hope as a Mediator Between Parent-Child Connectedness and Adolescent Outcomes. Journal of Early Adolescence, 31(6), (ss. 853-879).
- Pakdil, F. (2005). Konur Hastanesi'nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti. http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=2335 (Erişim Tarihi: 10.10.2020).
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Fishbane, S., Strippoli, G. F. (2013). Prevalence of Depression in Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Kidney International, 84(1), (ss. 179-191).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications. Journal of Marketing, Fall. New York. 49, (ss. 42).
- Park, G. Y., Yoo, E. K. (2016). A Study on Hope in Hemodialysis Patients. Advanced Science and Technology Letters, 128, (ss. 244-246).
- Patel, G., (2009). Total Quality Management in Healthcare. The Midas Journal. (ss.1-4).
- Patel, S. S., Peterson, R. A., Kimmel, P. L. (2005). The Impact of Social Support on end Stage Renal Disease. Seminars in Dialysis, 18(2), (ss. 98-102).
- Peitzman, S. J. (1989). From Dropsy to Bright's Disease to End- Stage Renal Disease. Milbank Q, 67(1), (ss. 16-32).

- Pehlivan, S., Ovayolu, N., Uçan, Ö. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Aileden Aldıkları Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2), (ss. 50-54).
- Penedo, F. J., Traeger, L., Benedict, C., Thomas, G., Dahn, R. J., Krause, M. H., Goodwin, J. (2012). Perceived Social Support as a Predictor of Disease-Specific Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients. *J Support Oncol*, 10(3), (ss. 119-123).
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., Mann A. H. (1997). Social Support Deficits, Loneliness and Life Events as Risk Factors for Depression in Old Age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*, 27(2), (ss. 323-332).
- Rahimipour, M., Shahgholian, N., Yazdani, M. (2015). Effect of Hope Therapy on Depression, Anxiety, and Stress Among the Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian J Nurs Midwifery Resh*, 20, (ss. 694–699).
- Rambod, M., Rafiei, F. (2009). Perceived Social Support İn The Patients Under Hemodialysis. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Iran University of Medical Sciences. Iran Nursing Journal*. 55(58), (ss. 99–110).
- Rideout, E., Montemuro, M. (1986). Hope, Morale and Adaptation in Patient With Chronic Heart Failure. *J. Adv Nursing*, 11, (ss. 429-438).
- Ross, L. A. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, (ss. 439-447).
- Rossinni, P. M. (1981). Checkerboard Reversal Pattern and Flash VEPs in Dialysed and Non-Dialysed Subjects. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 52(5), (ss. 435-444).
- Sağlıkta Kalite Standartları Anket Uygulama Rehberi. (2019). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (ss. 30-31).
- Salehnia, Y. (1992). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı: İstanbul.
- Salerno, E. M. (2002). Hope, Power And Perception Of Self İn Individuals Recovering From Schizophrenia: A Rogerian Perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*10(1), (ss. 23- 36).

- Sarı, Ö. (2015). Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(2), (ss. 71-80).
- Sayın, Y. (2012). Kronik Hastalıklar ve Bakım. Editör: Z. Durna. Yaşlılık Süreci ve Etkileri. İstanbul. Nobel Kitabevleri, (ss. 517-537).
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği, Kriz Dergisi, 1, (ss. 139-142).
- Selamet, U. (2005). Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektoretinogram Değişiklikleri. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. (ss. 1-48).
- Serbest, N. G. (2006), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversite, İstanbul. (ss. 27).
- Seyahi, N., Ateş, K., Süleymanlar, G. (2017). Türkiye’de Renal Replaman Tedavilerinin Genel Durumu. Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi 2015 yılı rapor özeti. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 26(2), (ss. 154-160).
- Sezer, M. T. (2001). Psikiyatrik Sorunlar. In: Akpolat T, Utaş C (eds). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 2. Baskı. Kayseri: Anadolu Yayıncılık, (ss. 147-152).
- Sharma, N., Patterson, P. G. (1999). The Impact of Communication Effectiveness and Service Quality on Relationship Commitment in Consumer, Professional Services, Journal of Services Marketing, 13(2), (ss. 151-170).
- Shao, A. T. (2002). Marketing Research. An Aid to Decision Making. Cincinnati.
- Smith, D. (2018). Chronic Kidney Disease: A Global Crisis. (ss. 4) <https://www.healthcare.siemens.com/news/chronic-kidney-disease.html>. (Erişim tarihi: 02.10.2020).
- Solak, M., Başer, G. (2003). Meme Ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk Ve Yaşama Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi. 6(6), (ss. 38-47).
- Sorias, O. (1988). Sosyal Destek Kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (ss. 353-357).

- Stanhope, M., Lancaster, J. (2006). *Foundation of Nursing In Community, Community Oriented Practice*. 2nd edition. Mosby Elsevier Co.
- Stevens, P., Knutson, B., Patton, M. (1995). DINESERV: A Tool for Measuring Service Quality in Restaurants. *Journal of Hospitality & Leisure Marketing*, 3 (2), (ss. 35-44).
- Stone, W. J., Hakim. R. M. (1995). Therapeutic Options in the Management of End-Stage Renal Disease. *The Principles and Practice of Nephrology*, Jacobson, R. H., Striker, E. G., Klahr, S. (eds). St. Louis: Mosby Year Book, (ss. 653).
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There Is Hope. In C.R. Snyder (Ed.), *Handbook Of Hope Theory, Measures And Applications*. San Diego: Academic Press. (ss. 3-18).
- Snyder, C. R., Crowson, J. J. (1998). Hope and Coping With Cancer By Collage Women. *J Pers*, 66, (ss. 195-214).
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S., ve Rand, K. L. (2002). Hopeful Choices: A School Counselor's Guide to Hope Theory, *Professional School Counseling*, 5 (5), (ss. 298- 307).
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T. (1991). The Will And The Ways: Development And Validation Of An Individual-Differences Measure Of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, (ss. 570-585).
- Symister, P., Friend, R. (2003). The Influence of Social Support and Problematic Support on Optimism and Depression in Chronic Illness: A Prospective Study Evaluating Self-Esteem as a Mediator. *Health Psychology*, 22(2), (ss. 123-129).
- Şahin, A. (2002). "İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Dergisi*, 13, (ss. 143-157).
- Şahin, D. (1999). Sosyal Destek ve Sağlık. *Sağlık Psikolojisi Giriş*. Editör: Ü Okyayuz, 1. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19, Ankara.
- Şahin, T. K. (2005). Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), (ss. 137-142).

- Şale, İ. (2004). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Şantaş, F., Kurşun, A., Kar, A., (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdare Dergisi, 19(1), (ss. 17-33).
- Şantaş, G., Şantaş, F. (2018). Türkiye’de Organ Bağışının Mevcut Durumu ve Organ Bağışında Stratejik İletişimin Önemi. Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(2), (ss. 163-168).
- Şentürk, A., Tamam, L., Levent B. A. (2000). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 17(3), (ss.163-172).
- Tabiban, S., Soleimani, M. A., Bakhshande, H. (2017). Effect of an İllness Perception-Based İntervention on Hemodialysis Patients' Hope: A Clinical Trial Study. Hayat. 23, (ss. 266-276).
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), (ss. 56-66).
- Tanrıverdi, H., Erdem, Ş. (2010). Sağlık hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 14(1), (ss. 76).
- Tanrıverdi, M. H. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi, 2(2), (ss. 27-32).
- Tarhan, S. (2016). Öz Yeterlik, Kişilik Özellikleri Ve Umut; Psikoloji Bağlamında Umut; Nobel Akademik Yayıncılık.
- Taş, F. S., Cengiz, K., Erdem, E., Karataş, A., Kaya, C. (2011). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Mortalite Nedenleri. Fırat Tıp Dergisi, 16(3), (ss. 120-124).
- Taşkın - Yılmaz, F., Sert, H., Karakoç - Kumsar, A., Aygün, D., Sipahi, S., Genç, A. B. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Umut Düzeyleri, Semptom Kontrolü ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi, 11(1), (ss. 35-43).

- Tatarlı, N., (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tengilimoğlu, D. (1996). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Ankara. Haberal Eğitim Vakfı. (ss. 103–111).
- Tengilimoğlu, D. (2001). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ankara. (ss. 316).
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(29), (ss. 1-11).
- Tezcan- Güven, S. (2017). Temel Epidemiyoloji, Hipokrat Kitabevi, Ankara. (ss. 231-244).
- Thomas, N. T. (2002). Renal Nursing, Baillière Tindall, London, UK, 2nd edition.
- Thomas, R. K. (2008). Health Services Marketing a Practitioner's Guide. Springer Science + Business Media, New York.
- Tokgöz, B. (2005). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri, Türkiye Klinikleri Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1(21), (ss. 82-87).
- Tongprateep, T. (2000). The Essential Elements of Spirituality Among Rural Thai Elders. Journal of Advanced Nursing, 31(1), (ss. 197-203).
- Topbaş, E., Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Nefrol Hem Dergisi, 1, (ss. 36–42).
- Townsend, P., Gebhardt, J. (1988). The Policy is Still Quality. Best's Review. (ss. 127).
- Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4), (ss. 205-214).

- Türk Nefroloji Derneği (2019). Türk Böbrek Kayıt Sistem Raporu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. (ss. 3-6).
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 13, (ss. 3569-3572).
- Ustaalioglu, Y. E., Bal, A. S., Yilmaztepe Oral, A. (2015). Glomerüler Filtrasyon Belirteçleri ve Hesaplama Formülleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(2), (ss. 95-102).
- Üngüren, E., Ehtiyar, R. (2009). “Türk ve Alman Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Turizm Eğitimi Alan Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma”. *Journal of Yasar University*, 4(14), (ss. 2093-2127).
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. ve Ho, R.C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During The İnitial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, (ss. 1-25).
- Whitehouse, S. J. W., Varnı, M., Seid, C., Marcus, M. J., Ensberg, J. R., Jacobs Mehlenbeck, R.S. (2001). “Evaluating A Children’s Hospital Garden Environment: Utilization and Consumer Satisfaction”, *Journal of Environmental Psychology*, 21, (ss. 301-314).
- Wicks, A. M., Chin, W. W. (2008). Measuring the Three Process Segments of a Customer’s Service Experience for an Out-Patient. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), (ss. 24-38).
- World Health Organization. (2005). Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Switzerland: World Health Organization. Global Report. Genava. (ss. 35). https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/. (Erişim: 10.11.2020)
- Voss, C. A., Roth, A. V., Rosenzweig, E. D., Blackmon, K., Chase, R. B. (2004). A Tale of Two Countries’ Conservatism, Service Quality, and Feedback on Customer Satisfaction. *Journal of Service Research*. 6, (ss. 212-230).
- Yanık, A. (2000). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir

- Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul. (ss. 8-64).
- Yerlikaya, İ. (2006). “Bilişisel-Davranışçı Yaklaşım Ve Hobi Terapiye Dayalı “Umut Eğitimi Programlarının İlköğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (ss. 21).
- Yetişen, A.Y., Yılmaz, A. (2004). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarının Stres Durumlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1(1), (ss. 32-36).
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 13, (ss. 81-87).
- Yıldırım, İ. (2005). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Revizyonu. Eğitim Araştırmaları- Eurasian Journal of Educational Research, 17, (ss. 221-236).
- Yılmaz, M. (2001). “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti” C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2), (ss. 69-74).
- Ywonne, W., Brin, F. S. (1999). The Biopsychosocial Impact of End-Stage Renal Disease: The Experience of Dialysis Patients and Their Partners. J Adv Nurs, 30(6), (ss. 1312-1317).
- Zaim, H., Tarım, M., (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerinde Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları. İstanbul. 59, (ss. 1-24).
- Zamanzadeh, V., Heidarzadeh, M., Ashvandi, K., Lakdizaji, S. (2006).Correlation between quality of life and social support in the patients under hemodialysis. Tabriz University of Medical Sciences Journal. 29(1), (ss. 49–54).
- Zhu, Y., Fish, A. F., Li, F., Liu, L., Lou, Q. (2016). Psychosocial Factors Not Metabolic Control Impact The Quality of Life Among Patients With Type 2 Diabetes in China. Acta Diabetologia, 53(4), (ss. 535-441).
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52(1), (ss. 30-41).

İnternet Kaynakları:

<http://nandahemsireliktanilari.com/nanda-hemsirelik-tanilari-ve-bakim-planlari/>,

Erişim Tarihi: 08.09.2020

http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf, Erişim tarihi: 27.10.2020.

http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.df, Erişim Tarihi: 27.10.2020.

<https://www.tdk.gov.tr/tdk/uygulamalar/sozbul/>, Erişim Tarihi: 10.10.2020.

worldkidneyday.org/2020-campaign/2020-wkd-theme/, Erişim tarihi: 10.10.2020.

EKLER

EK-1

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu soru formları “Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki.” isimli bilimsel araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu araştırma kronik böbrek hastalığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların umut/umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemek ve hizmet memnuniyet düzeyleri ile arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli olan etik kurulu ve çalışılan kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Elinizdeki bilgi toplama formunda yer alan sorulara sizi en iyi yansıtacak şekilde cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen sonuçların doğruluğu açısından önemlidir.

Anketimiz 4 bölümden oluşmakta olup, yaklaşık 15 dk. zamanınızı alacaktır. Araştırmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya ve araştırma sonuçlarına ait sorularınızı aşağıdaki e-mail adresine ileterek gerekli bilgileri alabilirsiniz. Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen soru formundaki soruları cevaplayınız.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz. Araştırmamıza katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

EK-2

ANKETE KATILAN HASTA/HASTA YAKINI TANIMLAYICI SORU FORMU

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekâr () Dul/Boşanmış

4. Eğitim durumunuz nedir?

() Okuryazar () İlkokul

() Ortaokul () Lise () Üniversite

5. Maddi durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

() İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü

6. Nerede yaşıyorsunuz?

() Köy () Kasaba () İlçe () İl Merkezi

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

() Eşi ile () Eşi ve çocukları ile

() Çocukları ile () Yalnız

8. Çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

9. Kronik bir hastalığınız var mı?

() Var () Yok

10. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

() İyi () Orta () Kötü

EK-3

HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ-DİYALİZ HİZMETLERİ						
<p>Aşağıda yer alan 15 cümle ve her bir cümle karşısında da cevaplarınızı işaretlemek için ifadeler yer almaktadır. Her cümledeki söylenen ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin karşısındaki ifadelerden sizce doğruya en yakın yalnızca bir ifadeyi işaretleyiniz. Bu şekilde 15 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz ve lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.</p> <p>Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.</p>						
Sıra No	Anket Soruları	Kesinlikle Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Diyaliz merkezine ulaşımında zorluk yaşamadım.					
2	Diyaliz merkezine ulaşımımı sağlayacak bir araç tahsis edilir.					
3	Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
4	Bekleme alanının fiziki koşulları yeterlidir.					
5	Diyaliz makinesine bağlanmak için beklediğim süre uygundur.					
6	Diyaliz odasının fiziki koşulları yeterlidir.					
7	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterlidir.					
8	Doktorum tarafından hastalığım ve diyaliz tedavisi süreci ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılır.					
9	Organ ve doku nakli merkezlerine nasıl başvurabileceğim konusunda bilgilendirilirim.					
10	Diyaliz tedavisi sürecinde kişisel mahremiyetime özen gösterilir.					
11	Diyaliz merkezi personelinin bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundur.					
12	Diyaliz tedavim esnasında kendimi güvende hissediyorum.					
13	Diyaliz merkezi genel olarak temizdir.					
14	Diyaliz merkezinin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşılar.					
15	Bu diyaliz merkezini sevdiğime tavsiye ederim.					

EK-4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

İFADELER		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.					
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.					
3	Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.					
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.					
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.					
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.					
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.					
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.					
9	Sevinç ve kederlerimi paylayabileceğim arkadaşlarım var.					

10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.					
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.					
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.					

EK-5

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

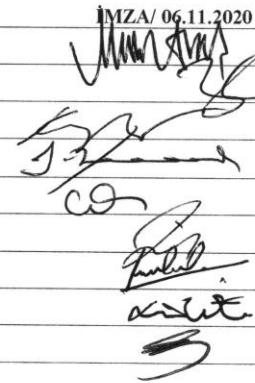
Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

		Evet	Hayır
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11	Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15	Geleceğe büyük inancım var.		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ETİK ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI	Diyaliz hastalarının umut / umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki
SORUMLU ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI	Tülay AKSOY
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ KARAR	Bu araştırmanın amacı; kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi alan hastaların hastalıklarından kaynaklanan umut/ umutsuzluk düzeylerinin tespit edilmesi ve algıladıkları sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesidir.
ETİK KURUL KARARI	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın /çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın / çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen kişilerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL ÜYESİNİN ADI SOYADI

1. Prof. Dr. Muhsin AKBAŞ	İMZA/ 06.11.2020 
2. Prof. Dr. Özer KÜPELİ	
3. Prof. Dr. Kerem BATIR	
4. Prof. Dr. Serhat BURMAOĞLU	
5. Prof. Dr. Cengiz DEMİR	
6. Prof. Dr. Sinan NARDALI	
7. Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	
8. Doç. Dr. Levent ÇETİN	
9. İmge ERCAN DİKÇAM	

EK-7



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR HASTANE
HİZMETLERİ BİRİMİ
14.01.2021 22.04. E-90953153 - 772.02 - 285



Sayı : E-90953153-772.02
Konu : Araştırma İzni (Tülay AKSOY)

DAĞITIM YERLERİNE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tülay AKSOY'un "Diyaliz Hastalarının Umut/Umutsuzluk Düzeyi İle Algılanan Sosyal Destek Ve Hizmet Memnuniyetleri Arasındaki İlişki" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

DAĞITIM:
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İzmir Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2 Sertifikasyon,Eğitim ve Proje
Koordinatörlüğü Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak/İZMİR

Telefon: Faks No: 0232 4849087
e-Posta: filiz.gocmen@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
izmir.egitimbirimi2@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dc27f06f-79bc-4933-9cb5-6e5cd26d9794 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Filiz GÖÇMEN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 232) 444 35 01

EK-8

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 06.01.2021-4195



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü
Yönetim Bürosu

Sayı : E-44173712-703.99-4195
Konu : Çalışma İzni

Sayın TULAY AKSOY

İlgi : 05.01.2021 tarihli yazı.

İlgi yazınız Başhekimliğimiz tarafından incelenmiş olup, "Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki" konulu çalışmanın Hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Sezgin ULUKAYA
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BE8A7CVDN

Belge Takip Adresi : https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx

Adres: Üniversite Cad. No:9 35100 Bornova/İzmir
Telefon: +90 (232) 390 45 15 Faks: +90 (232) 390 16 89
e-Posta: hastaneyonetimburos@mail.ege.edu.tr Web: www.ege.edu.tr
Kep Adresi: egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Serap ŞAHİN
Unvanı: Birim Sorumlusu
Tel No: 4554

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZEL EGE GÜNEŞ DİYALİZ MERKEZİ
Ege Güneş Özel Diyaliz ve Sağ. Hiz. Ltd. Şti.
Gaziler Cad. 1149 Sok. No:16-18/A Yenigehir-İZMİR
Tel : 0232 4496699 - Faks: 0232 4491044
KEP : egegunes@hs3.kep.tr
e-mail: diyaliz@gmail.com
Web : www.egegunesdiyaliz.com
Şirinyer V.D. 325 016 2812
Mersis No : 0325016281200011
SGK Tesis Kodu: 12350412

Tarih : 11,09,2020
Sayı: 2020-89
Konu: Anket çalışması

Sayın Tülay AKSOY

09,09,2020 tarihli " Diyaliz hastalarının umut / umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki" konulu anket çalışması talebiniz tarafımızdan incelenmiştir. Anket çalışmasını yapmanıza izin verilmiştir. Gereği bilgilerinize arz olunur.

Dr. Alpay GÖKMEN
Mesul Müdür
Şirket Müdürü



EK-10



11.09.2020

Syn Tülay AKSOY

Yapmayı planladığınız Diyaliz hastaları anketleri için Özel BornoVA Diyaliz Merkezinde çalışma yapmanıza izin verilmiştir.

İyi çalışmalar dileğiyle

Atilla Dağlar

İdari ve mali işler sorumlusu

İKİNCİ YAŞAM ÖZEL SAĞLIK
TES. VE MALZ. SAN. TIC. A.Ş.
(İZMİR ŞUBESİ)
Adalet Mh. Haydar Aliyev Cd. No: 36/A
Marmarış Mah. / Bayraklı / İZMİR
Tel: 0 232 435 73 12 Faks: 0 232 435 50 42
Karşıyaka Mh. 470 523 1441
Merkez No: 0270037/4410029
Tic. Sic. No: Merkez-191436

İkinci Yaşam Özel Sağ. Tes. ve Malz. San.Tic. A.Ş. İzmir Şubesi

Adalet Mh. Haydar Aliyev Cd. No: 36/A Bayraklı - İZMİR / Tel: 0232 435 73 12 / 435 74 35 Fax: 0232 435 50 42

EK-11



İKİNCİ
YAŞAM
DİYALİZ
MERKEZİ

11.09.2020

Syn Tülay AKSOY

Yapmayı planladığınız Diyaliz hastaları anketleri için 2.Yaşam Diyaliz Merkezinde çalışma yapmanıza izin verilmiştir.

İyi çalışmalar dileğiyle

Atila Dağlar

İdari ve mali işler sorumlusu

İKİNCİ YAŞAM ÖZEL SAĞLIK
TES. VE MALZ. SAN. TİC. A.Ş.
1831/13 Sokak No: 5/A Kargiyaka - İZMİR
Tel: 0.232.382 06 07 Fax: 0.232.382 10 07
Kargiyaka V.D-470 033 1441

İkinci Yaşam Özel Sağ. Tes. ve Mal. San. Tic. A.Ş.

1831/13 Sokak No: 5/A - Kargiyaka / İZMİR - Tel/Faks: 0.232.382 10 07 - 382 06 07

EK-12



11.09.2020

Syn Tülay AKSOY

Yapmayı planladığımız Diyaliz hastaları anketleri için Çiğli Umud Diyaliz Merkezinde çalışma yapmanıza izin verilmiştir.

İyi çalışmalar dileğiyle

Atilla Dağlar
İdari ve mali işler sorumlusu

ÇİĞLİ ÖZEL SAĞLIK TESİSLERİ
MALİ SAN. TİC. A.Ş.
Anadolu Caddeci 8007 Sokak No: 2 Çiğli
Tel: 0.232.329 05 15 / 0232 05 16 - İZMİR
GİRİŞ VE ÇIKIŞ KAYIT VE İZİN KONTROL BİRİMİ

Çiğli Özel Sağ. Tes. ve Mal. San. Tic. A.Ş.

Tel: 0.232.329 05 15 - 329 05 16 / Faks: 0.232.329 05 17 Anadolu Cad. 8007 Sokak No: 2 - Çiğli / İZMİR

ÖZEL DİYATRANS DİYALİZ MERKEZİNE

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanlığında yüksek lisans yapmaktayım.

“Diyaliz hastalarının umut / umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki.” Konulu yüksek lisans tezim için Diyaliz Merkezinizde tedavi gören diyaliz hastaları ile anket çalışması yapmak istiyorum.

Anket çalışması yapabilmem için tarafıma izin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

11/09/2020

Tülay AKSOY

Diyaliz Teknikeri

ADRES:

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Uygundur
ÖZEL DİYATRANS
DİYALİZ MERKEZİ VE SAĞLIK HİZM.
SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
İnsüroğlu Mah. 8218 Sk. No:3/A Bayraklı-İZMİR
Tel: 0232 348 23 25 Fax: 0232 348 40 86
Bornova Y.İ. 665 052 26 52
Mersis No: 080605 148 1734 750

EKLER:

Anket Örnekleri (4 sayfa)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı : 26325996-799
Konu : Tülay AKSOY Anket Kullanım İzni

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25/11/2020 tarihli ve 23598658-949-13577 sayılı yazı.

“Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyeti arasındaki ilişki” adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere Bakanlığımızca yayımlanan “Hasta Deneyimi Anketi-Diyaliz Hizmetleri” anketi kullanım iznini talep eden ilgi dilekçe incelenmiştir.

Söz konusu izin talebiniz kapsamında Bakanlığımız <https://kalite.saglik.gov.tr/> adresinde bulunan anketlerin ilgili sağlık kuruluşunun bilgi ve onayı dahilinde kullanılabilmesi hususunda;

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Bakan a.
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon
ve Çalışan Hakları Dairesi
Başkanı

EK-15

Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstemeyen Posta İlgiler

Daha Fazla Oku Görüntüle

49 NEMİ ÇULU İYAY

Re: Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanım izni

Kimden: "Ayşegül Durak Batgün" <Aysegul.Durak.Batgun@ankara.edu.tr>

Kime: "Tülay Aksoy" <tulay.aks0y@ege.edu.tr>

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.

Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

Sayın Aksoy,

söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batgün

2020-11-22 21:22, Tülay Aksoy yazmış:

Merhabalar hocam. Ben Tülay AKSOY. Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. "Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki." konulu tez çalışmamda Beck Umutsuzluk Ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

TÜLAY AKSOY
Üniversite Hastanesi Başmüdürüğü / Diyaliz Ünitesi
SAĞLIK TEKNİKERİ
Tel: /

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmaz kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir.


Bu mesajdaki görseller yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

EK-16

Re: Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni 24 Kasım 2020 11:16

 **Kimden:** "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Kime: "Tülay Aksoy" <tulay.aksoy@ege.edu.tr>

[Çok Boyutlu Alg... Destek Ölçeği.docx \(15,4 KB\)](#) [İndir](#) | [Farklı Çerçeve](#) | [Sil](#)

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

Kimden: "Tülay Aksoy" <tulay.aksoy@ege.edu.tr>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 22 Kasım Pazar 2020 21:24:39
Konu: Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Merhabalar hocam. Ben Tülay AKSOY, Katıp Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. "Diyaliz hastalarının umut/umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek ve hizmet memnuniyetleri arasındaki ilişki." konulu tez çalışmamda Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin izniniz ile kullanmak istiyorum. Saygılarımla..

TÜLAY AKSOY
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü / Diyaliz Ünitesi
SAĞLIK TEKNİKERİ
Tel: /

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Tülay AKSOY

Doğum Tarihi: 15.01.1987

Doğum Yeri: Konak-İZMİR

Uyruğu: T.C

Medeni Durumu: Evli

GSM: 0506 515 54 23

E-mail: tildem_87@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

- Lise: Atatürk Sağlık Meslek Lisesi- Ebelik (2005)
- Ön Lisans: Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O.- Diyaliz Programı (2007)
- Lisans: Atatürk Üniversitesi – Sağlık Yönetimi (2019)
- Yüksek Lisans: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi – Sağlık Yönetimi (2021)

Mesleki Bilgiler

- Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi (2007-2008)
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (2009- devam)

Yabancı Dil: İngilizce