

# Diyaliz Olgularına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Depresyon Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine Etkisi

## The Effects of Problem Solving Education on Depression Level and Problem Solving Skills on Dialysis Patients

Dr. Leyla KÜÇÜK,<sup>a</sup>  
Dr. Özlem IŞIL<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,  
<sup>b</sup>Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 10.06.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 07.02.2009

*\*Bu çalışma, 25. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ve 18. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi (19-23 Kasım 2008, Antalya)'nde sözel olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Leyla KÜÇÜK  
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY  
leylak73@yahoo.com

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma, diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin depresyon düzeylerine ve sorun çözme becerilerine etkisini belirlemek amacıyla deney ve kontrol gruplarını içeren deneysel bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Ön test-son test kontrol gruplu düzende gerçekleştirilen araştırmanın evrenini İstanbul'da bir diyaliz merkezinde tedavi gören olgulardan (n= 210) araştırma kriterlerine uyan 78 olgu oluşturmuştur. Örneklem grubunda ise, 30 kişi deney ve 30 kişi kontrol grubu olmak üzere 60 olgu yer almıştır (0.95 güven aralığında ve 0.90 gücünde). Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan görüşme ve izlem formu, Beck depresyon ölçeği ve sorun çözme ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Deney grubundaki olgulara Liverpool Üniversitesi Psikiyatri Bölümünde geliştirilen, yapılandırılmış bir program olan ortalama sekiz seanslık "Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı" uygulanmış, kontrol grubuna herhangi bir eğitim verilmemiştir. **Bulgular:** Araştırmada, deney grubundaki olguların eğitimden 3 ay (t= 3.73, p= 0.00) ve 6 ay (t= 4.95, p= 0.000) sonraki BDÖ puan ortalamasının, kontrol grubundaki olguların puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Deney grubundaki olguların sorun çözme becerilerinin kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede arttığı görülmüştür. **Sonuç:** Sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan olguların, sorun çözme becerilerinin gelişmesine paralel olarak depresif belirti düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyaliz; sorun çözme; depresyon

**ABSTRACT Objective:** This study was performed to explore the effects of problem solving education on depression level and problem solving skills on experimental and control groups. **Material and Methods:** The sample of this pre test-post test study consisted of 78 cases among 210 patients who were undergoing treatment in a dialysis center in İstanbul. The sample consisted of 30 patients as an experimental group and 30 patients as a control group with a total of 60 patients (confidence interval 0.95, power analysis 0.90). The data were collected by interview, a follow-up form, Beck depression inventory (BDI) and problem solving scale. The experimental group received 8 sessions of "Program for Improving the Problem solving skills, which was developed by Liverpool University Psychiatry Department. **Results:** However, the control group did not receive any education. At 3 months and 6 months after the education program, (BDI) mean score in the study group was significantly lower and problem-solving skills were significantly higher than in the control group. **Conclusion:** This study determined that patients that participated in the program for improving problem solving skills had better problem solving skills, which resulted in less depressive symptoms.

**Key Words:** Dialysis; problem solving; depression

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(6):1638-49

**K**ronik böbrek yetmezliği kişinin yaşam kalitesini, ruhsal durumunu, çevre ile olan ilişkilerini etkileyen, önemli ölçüde iş gücü kaybı ve çeşitli komplikasyonlara yol açan önemli bir hastalıktır. Kronik bö-

rek yetmezliğinin başta gelen tedavi yöntemlerinden biri de diyaliz tedavisidir. Hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere iki uygulama biçimi olan diyaliz tedavisi, olguların yaşam süresini uzatmakla birlikte pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir.<sup>1-4</sup>

Diyaliz olgularında diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi anksiyete ve depresyon belirtileri sıklıkla görülmektedir. Görülen ruhsal sorunlar içinde uyum bozukluğu %14 ile ilk sırayı alırken, majör depresyon (%12.5), agorafobili panik bozukluğu (%2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%1.5) bu tanıyı izlemektedir.<sup>5</sup> Kimmel ve ark. bir yıl izledikleri hemodiyaliz olgularının %10'unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğunu belirlemişlerdir.<sup>6</sup> Kahvecioğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise olguların %11'inde anksiyete, %33'ünde depresyon ve %6'sında da her ikisinin birlikte görüldüğü saptanmıştır. Bunlar fiziksel hastalıkların psikolojik sonuçlarının en yaygın görülen semptomlarıdır. Hemodiyaliz tedavisinde özellikle de tedaviye yeni başlayan olgularda kendi kanının bir makina içinde dolaştığını görmek ve bu sırada kendisi ve diğer olgularla ilgili oluşabilecek ciddi komplikasyonlarla karşılaşmak başlı başına bir anksiyete kaynağı olabilmektedir.<sup>2,6-10</sup>

Depresyonun kayba bir tepki olduğu düşünülürse, sağlıklı çalışma yeteneği, güç, enerji, cinsel işlev, fiziksel özgürlük ve sağlıklı yaşam beklentisini yitiren bu olgularda depresyonun görülmesi şaşırtıcı değildir. Depresif duygulanım varlığı ve uyku düzenindeki değişiklikler, cinsellikle ilgili sorunlar, aile içi rollerin değişimi, ekonomik zorluklar kişide yetersizlik duygusuna yol açabilmektedir.<sup>3,4,11,12</sup> Yine bu olgularda; yakın akraba ilişkilerinde bozulma, çalışma yaşamına ait güçlükler, sosyal aktivitelerde kısıtlanma, cinsellik ve evliliğe ait sorunlar, diyaliz merkezine ulaşım, sevk, ilaç ve kan bulmada karşılaşılan güçlükler, malzeme, personel ve ilgi yetersizliği, tedavi seansları nedeni ile işe/okula gidememe, seyahat edememe ve diyaliz uygulamasından kaynaklanan güçlükler gibi pek çok psikososyal sorun görülebilmektedir.<sup>7,13-16</sup> Hemodiyaliz tedavisi gören olgularda tedaviyi sürdürmede olgunun sorumluluk derecesi ve sorumluluğu algılayış biçimi önem taşımaktadır. Beden imge-

sindeki değişiklikler, sosyal gruplarla iletişimin bozulması, aile ve yakınlarına ilişkin geleceğe ait planların etkilenmesi ve maddi durumundaki değişiklikler, fiziksel işlev kaybı gibi sorunlar bireyin yoğun ruhsal sıkıntı altında olmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hemodiyaliz olgularının yaşamlarının geri kalan kısmını etkin bir şekilde geçirebilmeleri için, psikososyal sorunlar gözlenmeli ve diyaliz ekibince değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme yapılırken; psikososyal sorunun boyutu, ciddiyeti, süresi, soruna getirilen çözümün uygulanabilirliği, tedavi rejimine uyum/uyumsuzluk (endişe, depresif belirtiler, hayal kırıklığı, sinirlilik vs.), tedavi ekibi ile ilişkileri, beden imajını algılayış değerlendirilmelidir.<sup>5,16-20</sup>

Kronik hastalığı olan bireyin aile yaşamı, sosyal ve mesleki ilişkileri, sorumlulukları değişikliğe uğramaktadır. Sürekli ölüm korkusu içinde olma, aile içindeki rollerin değişmesi, ekonomik zorlukların olması göz önüne alınarak ümitsizlik, çaresizlik, yaşamın anlam ve önemini yitirmesi gibi sorunları yaşayan olgularda depresyon sık görülen bir sorundur. Sorun çözme yetenekleri bozulan bu kişilere sorunlarını saptama ve çözümüne ilişkin hemşirelik uygulamalarının yapılması, depresif belirtilerin azalmasını ve daha etkin bir yaşam sürdürülmesini sağlayabilir.

Diyaliz olgularının sorunlarla baş edebilmesi için olguyu biyopsikososyal bütünlüğü içinde kavrayıp ilgi ve gereksinimlerini belirleyerek saygılı, empatik ve eğitici bir tutum izlenmelidir. Bu tür yaklaşım, olgunun hemodiyalize uyumunu sağlayarak psikososyal sorunları azaltmaktadır. Bu nedenle bu çalışma, diyaliz olgularına uygulanan sorun çözme eğitiminin depresyon düzeylerine ve sorun çözme becerilerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma İstanbul'da bir Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) diyaliz merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapılacağı diyaliz merkezinin belirlenirken mevcut olgu sayıları, ulaşılabilirlik durumu, ekibin iş birliği göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmaya başlamadan önce SSK İstanbul Bölge Müdürlüğünden, SSK Diyaliz Merkezi Baş-

hekimliğinden ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulundan resmi izinler alınmıştır.

### ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Ön test-son test kontrol gruplu düzende gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerini kapsayan 78 olgu oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise 0.95 güven aralığında ve 0.90 gücünde 34 kişi deney, 34 kişi de kontrol grubu olmak üzere toplam 68 kişi oluşturmuştur. Örneklem seçme aşamasında diyaliz merkezinde tedavi gören 210 olguya görüşme ve izlem formu, Beck depresyon ölçeği (BDÖ) uygulanmış ve BDÖ puanı 10-29 arasında olan olgular belirlenmiştir. Bu olguların değerlendirilmesi sonucunda araştırma kriterleri kapsamına giren toplam 78 olgudan diyaliz merkezinin profilini yansıtan tabakalı örnekleme ve kura yöntemi ile belirlenen, çalışmaya katılmaya istekli ve cinsiyet, yaş ve BDÖ puanı açısından benzerlik gösteren olguların 34'ü deney, 34'ü de kontrol grubuna alınmıştır. Çalışmanın uygulaması sırasında 2 olgu depresyon açısından klinik anlamda riskli görülüp, kliniğin psikiyatristi ile iş birliğine girilmiş ve değerlendirme sonucunda antidepresan tedavisi başlanan bu olgular gruptan ayrılmıştır. Olgulardan biri yaşamını yitirdiği için, diğeri de programdan ayrılmak istediği için deney grubundan çıkarılmıştır. Bu nedenle deney grubunun eğitimi 30 olgu ile bitirilmiştir.

### ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ

#### Olguların Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

1. Diyaliz uygulamasında üçüncü dönem olarak adlandırılan; 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasının yapıldığı başlangıçtaki öforinin azaldığı, olgunun diyalize alıştığı, ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği dönemdeki olgular,

2. 18-60 yaş grubunda olan olgular,

3. En az ilkökul mezunu olan olgular,

4. BDÖ puanı 10-29 arasında olan olgular,

5. Zihinsel işlevlerinde yetersizlik olmayan olgular,

6. Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan olgular,

7. İşitme ve anlama sorunları olmayan olgular,

8. Araştırmaya katılmayı kabul eden olgular çalışma kapsamına alınmıştır.

### ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Sorun çözme becerileri geliştirme programı uygulanan olguların eğitim sonrası sorun çözme becerileri eğitim öncesinden daha yüksek olacaktır.

2. Sorun çözme becerileri geliştirme programı uygulanan olguların eğitim sonrası depresyon düzeyleri eğitim öncesinden daha düşük olacaktır.

3. Sorun çözme becerileri geliştirme programı uygulanan olguların sorun çözme becerileri, uygulanmayan olgularınkinden daha yüksek olacaktır.

4. Sorun çözme becerileri geliştirme programı uygulanan olguların depresyon düzeyleri, uygulanmayan olgularınkinden daha düşük olacaktır.

### ARAŞTIRMANIN UYGULAMA PLANI

Deney ve kontrol gruplarına uygulamanın başında Görüşme ve izlem formu, beck depresyon ölçeği, ve sorun çözme ölçeği uygulanmış, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonra aynı ölçekler her iki gruba da tekrar uygulanmıştır.

Deney grubundaki olgulara Liverpool Üniversitesi Psikiyatri Bölümünde geliştirilen ve yapılandırılmış bir program olan sorun çözme becerilerini geliştirme programı bireysel görüşmelerle, ortalama 8 seanslık uygulanmış, kontrol grubuna ise herhangi bir eğitim verilmemiştir. Sorun çözme becerilerini geliştirme programının genellikle 6 seans olarak uygulanması önerilmekte, seans sürelerinin 30-60 dakika arasında olabileceği ve gereksinime göre süre ve seansların arttırılabileceği belirtilmektedir. Program 6 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar;

#### ■ 1 Oturum Uygulama ve Gerekçelerin Açıklanması

Tanışma, araştırma hakkında bilgilendirme, olgulardan onay alma, görüşme ve izlem formu,

Beck depresyon ölçeği ve sorun çözme ölçeğinin uygulanması

### ■ 2 Oturum: Sorunların Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Olguların günlük rutinleri, güçleri, destek kaynaklarını tanıma, sorun alanlarını belirleme, sorunların kendisini nasıl etkilediği konusunda görüşme, amaç belirleme.

#### ■ 1 Oturum: Ulaşılabilir Hedeflerin Seçimi

Alternatif üretme, çözümlerin avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesine yardım etme, eylem karar verme, kararın uygulanmasını isteme

### ■ 2 Oturum: Çözümlerin Üretilmesi, Hazırlanan Çözümlerden Birinin Seçimi

Alternatifleri uygulama, yeni gelişmeler üretme, aksaklıklar, duygu, düşünce ve davranışlar konusunda görüşme. Olumlu gelişmelerde pozitif geribildirimde bulunma, aksaklıklarda nedenleri tartışma.

#### ■ 1 Oturum: Seçilen Çözümün Uygulanması

Uygulanan çözüm seçenekleri üzerinde görüşme, yaşanan güçlüklerin paylaşımı, duygu ve düşünce paylaşımı, değerlendirme.

#### ■ 1 Oturum: Değerlendirme

Sorun çözme eğitimi hakkında genel değerlendirme.

Çalışmada, program 8 oturumda uygulanmış, oturumlar ortalama 30 dakika sürmüş ve eğitimden 3 ay ve 6 ay sonra izlem yapılmıştır.

### Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

- Görüşme ve izlem formu
- Beck depresyon ölçeği
- Sorun çözme ölçeği.

**Görüşme ve izlem formu:** Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan, bireylerin demografik özellikleri ile psikososyal ve psikofizyolojik sorunlarını belirleyen sorulardan oluşmaktadır.

**Beck depresyon ölçeği:** BDÖ, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirli-

lik çalışması Teğin tarafından yapılmıştır. BDÖ depresyonda görülen duygusal, bilişsel, fiziksel ve motor fonksiyonlarına ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bu maddeler; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсузлук, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı ile diğer tanılar arasında bir ayrım yapmak değil, depresif belirti düzeyini objektif olarak sayılara dökmektir. BDÖ'deki her bir madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve dört dereceli kendini değerlendirme cümleleri içermektedir. Bireyin işaretlemiş olduğu her bir maddeye ilişkin puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Kesim puanı genel olarak 17 kabul edilmektedir. Buna göre;

1. 10-17 puan: Hafif-orta düzeyde depresyon,
2. 18-29 puan: Orta-ciddi düzeyde depresyon,
3. 30-63 puan: Ciddi düzeyde depresyon olarak kabul edilmektedir.<sup>21</sup>

**Sorun çözme ölçeği:** Heppner ve Petersen tarafından 1982 yılında geliştirilen sorun çözme ölçeği (SÇÖ), sorun çözme süreci aşamalarını belirleyen, kişilerin kendi sorun çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündüklerini değerlendiren bir araçtır. Ölçek, psikolojik danışmanlık, tıp ve eğitim alanlarında bireyin sorun çözme ya da baş etme biçimini belirlemede kullanılabilir. <sup>21</sup>

Ölçeğin kullanımı ve puanlaması kolaydır. Yanıtlamada zaman sınırlaması yoktur. Ortalama yanıt süresi 15 dakikadır. Ölçek 6 puanlı likert tipinde 35 maddeden oluşmaktadır. 1 tamamen katılmayı, 6 ise tamamen katılmamayı göstermektedir. Puan ranjı 32- 192 olup, düşük puan sorun çözmede etkililiği ve başarılı sorun çözme ile ilgili davranış ve tutumları ifade ederken, yüksek puan sorunlar kar-

şısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Puanlama esnasında 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulmaktadır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçeğin üç alt boyutu vardır;

a. Kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını ifade eden sorun çözme güveni (5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34, 35. maddeler),

b. Gelecekte baş vurmak için önceki sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmeyi ve alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırmayı kabul eden yaklaşma- kaçınma biçimi (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31. maddeler)

c. Sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten kişisel kontrol boyutu (3, 14, 25, 26, 32. maddeler).<sup>21</sup>

#### Araştırmanın İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde;

■ Parametrik değişkenler aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak, nonparametrik değişkenler ise frekans ve yüzdellik testi, Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

■ İki grup demografik özelliklerinin benzer olup olmadığının değerlendirilmesinde; Mann-Witney U testi ve ki-kare testi

■ Eğitim öncesi ve sonrası depresyon düzeyleri ve sorun çözme becerileri arasında fark olup olmadığını belirlemek için varyans analizi testi kullanılmıştır.

■ İki grup arasında (deney ve kontrol) depresyon düzeyleri ve sorun çözme becerileri arasında fark olup olmadığını belirlemek için t-testi kullanılmıştır.

■ Grup içinde anlamlılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için post hoc Bonferroni testleri kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan olguların demografik özelliklerine bakıldığında; deney grubunda bulu-

nanların yaş ortalaması 41.10 yıl olup, %40 (n= 12)'inin kadın, %60 (n= 18)'inin erkek, kontrol grubunda bulunan olguların yaş ortalaması 43.07 olup, %40 (n= 12)'inin kadın, %60 (n= 18)'inin erkek olduğu görülmüştür.

Deney grubunda bulunan olguların %66.7 (n= 20)'sinin ilkökul mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin ortaokul mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin lise mezunu; kontrol grubunda bulunan olguların %63.3 (n= 19)'ünün ilkökul mezunu, %20 (n= 6)'sinin ortaokul mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür.

Deney grubunda bulunan olguların %86.7 (n= 26)'sinin çalışmadığı, %13.3 (n= 4)'ünün çalıştığı; kontrol grubunda bulunan olguların ise %90 (n= 27)'inin çalışmadığı, %10 (n= 3)'unun çalıştığı görülmüştür.

Deney grubundaki olguların %23.3 (n= 7)'ünün bekar, %76.7 (n= 23)'sinin evli; kontrol grubunda bulunan olguların ise %16.7 (n= 5)'sinin bekar, %83.3 (n= 25)'ünün evli olduğu görülmüştür.

Deney grubundaki olguların ortalama hastalık süresinin 8.36 yıl; kontrol grubundaki olguların ortalama hastalık süresinin ise 8.83 yıl olduğu görülmüştür. Deney grubunu oluşturan olguların diyalize başlama yaşının 33.76; kontrol grubunu oluşturanların diyalize başlama yaşının ise 35.83 yıl olduğu görülmüştür.

Olguların ortalama haftalık diyaliz sayısı incelendiğinde; deney grubundaki olguların ortalama haftalık diyaliz sayısının 2.90 gün; kontrol grubundaki olguların ortalama haftalık diyaliz sayısının ise 2.76 gün olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde demografik özellikler açısından gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamış olup, araştırmadaki olgular demografik özellikler açısından benzerdir.

Tablo 1'e göre, deney grubundaki olguların 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde BDÖ puan ortalamalarının kabule göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir (F= 46.11, p= 0.000).

Kontrol grubundaki olguların BDÖ puan ortalamasında kabule göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (F= 1.43, p= 0.26).

**TABLO 1:** Deney ve kontrol grubundaki olguların kabul, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları.

Beck Depresyon Ölçeği/ İzlemler	Deney (n= 30)		F= 46.11 p= 0.000	Kontrol (n= 30)		F= 1.43 p= 0.26
	$\bar{x}$	$\pm$ SD		$\bar{x}$	$\pm$ SD	
Kabul	16.20	5.49		15.63	5.42	
Eğitimden 3 ay sonra	8.73	4.22		15.13	8.38	
Eğitimden 6 ay sonra	8.56	4.00		15.96	7.12	

**TABLO 2:** Deney ve kontrol grubundaki olguların kabul, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde Beck depresyon ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Beck depresyon ölçeği/izlemler	Deney (n= 30)		Kontrol (n= 30)		t	p
	$\bar{x}$	$\pm$ SD	$\bar{x}$	$\pm$ SD		
Kabul	16.20	5.49	15.63	5.42	0.40	0.68
Eğitimden 3 ay sonra	8.73	4.22	15.13	8.38	3.73	0.001
Eğitimden 6 ay sonra	8.56	4.00	15.96	7.12	4.95	0.000

Tablo 2'ye göre deney grubundaki olguların eğitimden 3 ay ( $t= 3.73$ ,  $p= 0.001$ ) ve 6 ay ( $t= 4.95$ ,  $p= 0.000$ ) sonraki BDÖ puan ortalamasının, kontrol grubundaki olguların BDÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Tablo 3'e göre deney grubundaki olguların SÇÖ puan ortalamasının da kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak an-

lamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür ( $F= 17.82$ ,  $p= 0.000$ ). Kontrol grubundaki olguların 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde SÇÖ puan ortalamalarında kabule göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu görülmüştür ( $F= 5.26$ ,  $p= 0.01$ ).

Deney grubundaki olguların kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası sorun çözme yeteneğine güven puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur

**TABLO 3:** Deney ve kontrol grubundaki olguların kabul, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde sorun çözme ölçeği puan ortalamaları.

Sorun çözme ölçeği/ alt boyutlar	Deney (n= 30)		F= 17.82 p= 0.000	Kontrol (n= 30)		F= 5.26 p= 0.01
	$\bar{x}$	$\pm$ SD		$\bar{x}$	$\pm$ SD	
Toplam						
Kabul	98.43	16.47		96.36	22.33	
Eğitimden 3 ay sonra	91.36	16.05		106.60	22.80	
Eğitimden 6 ay sonra	83.63	14.25		109.56	19.27	
Sorun çözme yeteneğine güven						
Kabul	29.63	9.79		32.06	10.69	
Eğitimden 3 ay sonra	24.60	6.90	F= 7.15 p= 0.00	35.83	10.29	F= 5.12 p= 0.01
Eğitimden 6 ay sonra	25.53	5.78		37.06	8.37	
Kişisel kontrol						
Kabul	15.83	4.40		14.76	3.82	
Eğitimden 3 ay sonra	16.76	3.91	F= 1.24 p= 0.30	16.63	4.02	F= 2.70 p= 0.08
Eğitimden 6 ay sonra	15.53	2.23		16.80	3.55	
Yaklaşma kaçınma						
Kabul	52.96	7.10		49.53	11.90	
Eğitimden 3 ay sonra	50.00	8.50	F= 24.81 p= 0.00	54.13	11.77	F= 3.00 p= 0.06
Eğitimden 6 ay sonra	42.56	7.49		55.70	10.86	

**TABLO 4:** Deney ve kontrol grubundaki olguların kabul, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde sorun çözme ölçeği puan ortalamaları.

Sorun çözme ölçeği/izlemler	Deney (n= 30)		Kontrol (n= 30)		t	p
	$\bar{x}$	$\pm$ SD	$\bar{x}$	$\pm$ SD		
<b>Toplam</b>						
Kabul	98.43	16.47	96.36	22.33	0.40	0.68
Eğitimden 3 ay sonra	91.36	16.05	106.60	22.80	2.99	0.004
Eğitimden 6 ay sonra	83.63	14.25	109.56	19.27	5.92	0.000
<b>Sorun çözme yeteneğine güven</b>						
Kabul	29.63	9.79	32.06	10.69	0.91	0.36
Eğitimden 3 ay sonra	24.60	6.90	35.83	10.29	4.96	0.000
Eğitimden 6 ay sonra	25.53	5.78	37.06	8.37	6.20	0.000
<b>Kişisel kontrol</b>						
Kabul	15.83	4.40	14.76	3.82	1.00	0.32
Eğitimden 3 ay sonra	16.76	3.91	16.63	4.02	0.13	0.89
Eğitimden 6 ay sonra	15.53	2.23	16.80	3.55	1.65	0.10
<b>Yaklaşma kaçınma</b>						
Kabul	52.96	7.10	49.53	11.90	1.35	0.18
Eğitimden 3 ay sonra	50.00	8.50	54.13	11.77	1.55	0.12
Eğitimden 6 ay sonra	42.56	7.49	55.70	10.86	5.45	0.00

(F= 7.15, p= 0.00). Kontrol grubundaki olguların 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde sorun çözme yeteneğine güven puan ortalamalarında kabule göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu görülmüştür (F= 5.12, p= 0.01).

Deney (F= 1.24, p= 0.30) ve kontrol (F= 2.70, p= 0.08) grubundaki olguların kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası kişisel kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Deney grubundaki olguların kabule göre eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası yaklaşma-kaçınma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür (F= 24.81, p= 0.00). Kontrol grubundaki olguların kabule göre, 3 ay ve 6 ay sonrası yaklaşma-kaçınma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (F= 3.00, p= 0.06).

Tablo 4'e göre deney grubundaki olguların eğitimden 3 ay (t= 2.99, p= 0.004) ve 6 ay (t= 5.92, p= 0.000) sonraki SÇÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki olguların SÇÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Deney grubundaki olguların eğitimden 3 ay (t= 4.96, p= 0.000) ve 6 ay (t= 6.20, p= 0.000) sonraki sorun çözme yeteneğine güven alt boyutu alt puan ortalamasının kontrol grubundaki olguların sorun çözme yeteneğine güven alt boyutu puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Deney grubundaki olguların eğitimden 6 ay sonraki SÇÖ yaklaşma-kaçınma alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubundaki olguların puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (t= 5.45, p= 0.000).

Deney grubundaki olguların kişisel kontrol alt boyutu puan ortalaması ile kontrol grubundaki olguların SÇÖ kişisel kontrol alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan olguların cinsiyetlerine bakıldığında, deney ve kontrol grubunda bulunanların %40 (n= 12)'inin kadın, %60 (n= 18)'inin erkek olduğu görülmüştür. Literatürde de belirtildiği gibi, kronik böbrek yetmezliği erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir.<sup>14,18,22-24</sup>

Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Olguların eğitim düzeylerine bakıldığında; deney grubundaki olguların %66.7 (n= 20)'sinin ilkököl mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin ortaokul mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin lise mezunu; kontrol grubundaki olguların %63.3 (n= 19)'ünün ilkököl mezunu, %20 (n= 6)'sinin ortaokul mezunu, %16.7 (n= 5)'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür.

Mok'un yaptığı çalışmada da hemodiyaliz olgularının %58'inin ilkököl, %4'ünün lise mezunu olduğu bulunmuştur.<sup>13</sup> Turgay'ın yaptığı çalışmada grubun %57.5'inin ilk ve ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur.<sup>14</sup> Bu araştırmalarda grubun çoğunluğunun ilk ve ortaokul mezunu olması, çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma durumlarına bakıldığında; deney ve kontrol grubundaki olguların çoğunluğunun çalışmadığı bulunmuştur. Hemodiyaliz olgularında sosyal aktiviteler ve hobilere ilgi ve merak kaybı sık ve önemli bir sorundur. Şahin çalışmasında, hemodiyaliz olgularında en sık yaşanan sorunların verimli çalışmama (%36) ve işten ayrılma (%27) olduğunu belirtmiştir.<sup>25</sup> Mesleki işlevsellikte bozulmanın nedeni fiziksel kapasitenin azalması, depresyon ve bellek kusurlarına bağlıdır. Özellikle kısıtlı becerisi olanlar veya daha önce el işinde çalışanlar için mesleki kayıplar daha önemlidir.<sup>25</sup>

Turgay'ın yaptığı çalışmada grubun %17.5'inin işsiz, %35'inin serbest meslek sahibi, %27.5'inin ev hanımı ve %20'sinin öğretmen olduğu bulunmuştur.<sup>14</sup> Yurtsever ve Bedük'ün yaptığı çalışmada da grubun %81.67'sinin çalışmadığı bulunmuştur.<sup>26</sup> Bu sonuç, diyaliz tedavisi gören hastanın gün içinde makineye bağımlı kalması zorunluluğu ile açıklanabilir.

Bu çalışmada da olguların büyük çoğunluğunun işsiz olma nedenleri arasında; haftada üç yarım gün diyalize bağlı kalma zorunluluğu, diyalize bağlı ilgi ve istek kaybı, diyaliz sonrası elektrolitlerdeki değişikliğe bağlı hipotansiyon ve yorgunluk, sayılabilir.

Medeni durumlarına bakıldığında; deney grubundaki olguların %23.3 (n= 7)'ünün bekâr, %76.7 (n= 23)'sinin evli; kontrol grubundaki olguların

%16.7 (n= 5)'sinin bekâr, %83.3 (n= 25)'ünün evli olduğu görülmüştür.

Mok'un yaptığı çalışmada da olguların %72'sinin evli olduğu belirlenmiştir.<sup>13</sup> Turgay'ın yaptığı çalışmada bu oran %60'tır.<sup>14</sup> Bu bulgular araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kişinin bekâr olması depresyon açısından bir risktir. Bununla birlikte depresyonun evli kadınlarda daha fazla görülmesi, kişinin sosyal destek kaynaklarının eksikliği veya niteliksiz oluşu ile açıklanabilir. Boşanmış ve yalnız yaşayan kadınlarda depresyon görülme oranının benzer olduğu belirtilmektedir.<sup>27</sup> Çalışmada her iki grubun 1/4'ünün bekâr veya boşanmış olması depresyon gelişmesi için riskli bir durumda olduklarını gösterir bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Yaş ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki olguların yaş ortalamasının 41.10 yıl kontrol grubundaki olguların yaş ortalamasının ise 43.07 yıl olduğu görülmüştür.

Ortalama hastalık süresi; deney grubundaki olgularda ortalama 8.36 yıl, kontrol grubundakilerde ortalama 8.83 yıl olarak bulunmuştur. Ortalama diyalize başlama yaşına bakıldığında; deney grubundaki olguların diyalize başlama yaşının 33.76 yıl, kontrol grubundakilerin diyalize başlama yaşının ise 35.83 yıl olduğu görülmüştür.

Deney grubundaki olguların ortalama haftalık diyaliz sayısı 2.90 gün, kontrol grubundaki olguların ortalama haftalık diyaliz sayısı ise 2.76 gün olarak saptanmıştır.

Sağduyu'nun çalışmasında da olguların %84.3'ünün haftada 3 gün diyalize girdiği bulunmuştur.<sup>12</sup> Çeşitli çalışmalarda diyaliz olgularının haftada ortalama 3 gün diyalize girdiği ile ilgili bulgular yer almaktadır.<sup>1,23,26,28-30</sup> Gruplar arası demografik özellikler ve hastalığa ait özellikler arasında anlamlı bir fark görülmemiş olup, gruplar arası dağılım homojendir. Deney ve kontrol grubunda bulunan olguların tanıtıcı özellikler açısından benzerlikler göstermesi çalışma bulgularının geçerliliği açısından önemlidir.

Deney grubundaki olguların BDÖ puan ortalamasında kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay son-



rası dönemde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir ( $F= 46.11$ ,  $p= 0.000$ ) (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubundaki olguların BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda deney grubundaki olguların BDÖ puan ortalamasının kontrol grubundaki olguların BDÖ puan ortalamasına göre eğitimden 3 ay ve 6 ay sonraki dönemde anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (Tablo 2).

Diyaliz tedavisi gören olgularda depresyon sık görülen ruhsal sorunlardır.<sup>1,3,5,8-12,31-36</sup> Depresyonun kayba bağlı bir tepki olduğu düşünülürse, sağlıklı çalışma yeteneği, güç, enerji, cinsel işlev, fiziksel özgürlük ve sağlıklı yaşam beklentisini yitiren bu olgularda depresyon tablosunun görülmesi şaşırtıcı değildir. Böbrek yetmezliği ve tedaviye bağlı belirtiler, iştah azalması, ağız kuruluğu, konstipasyon, cinsel istekte azalma ve yetersizlik, depresyonda görülen belirtilerle benzerlik göstermektedir. Bu olgularda depresyon çok sık görülmesine, önemli düzeyde yeti yitimine yol açmasına, birey ve aile için sıkıntı veren hastalıklardan olmasına karşın yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir.<sup>2,6,8,17,37</sup> Özgür'ün yaptığı çalışmada, olguların anksiyete puan ortalaması 12.81, depresyon puan ortalaması ise 8.24 olarak bulunmuştur.<sup>24</sup> Yılmaz'ın Hamilton depresyon indeksi kullanarak yaptığı çalışmada olguların %58.3'ünde depresif ruh hali, %75'inde ise somatik anksiyete saptanmıştır.<sup>38</sup> Çetinkaya ve ark.nın Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz olgularının depresyon ve anksiyete düzeylerini tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada; olgularda depresyon görülme sıklığının %37.9 olduğu, bunun erkeklerde %31.2, kadınlarda ise %45.2 olduğu görülmüştür.<sup>39</sup>

Raes, Watkins, Cannon, Williams ve ark., Mc Laughlin ve Marx, depresif bireylerde sorun çözme becerilerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.<sup>40-45</sup>

Güner çalışmasında, bireylerin yaşamlarında etkin sorun çözme yöntemlerini kullanmalarıyla kendilerini daha güvenli ve daha pozitif hissedebileceklerini belirtmiştir.<sup>46</sup> Cannon ve ark. sorun çözme programı uyguladıkları bir çalışmada, BDÖ puanının uygulama sonrası dönemde önemli ölçü-

de düştüğünü, intihar düşüncelerinin kaybolduğunu bulmuştur.<sup>42</sup> İntihar, depresyonun önemli bir komplikasyonudur. Canon ve ark. sorun çözme, intihar düşünceleri ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında, grubun sorun çözme becerileri geliştirildiğinde umut düzeylerinin arttığını, dolayısıyla da intihar düşüncelerinin azaldığını belirtmişlerdir.<sup>42</sup>

Grant ve ark. yaptıkları çalışmada depresyonu ve sağlık sorunlarını önlemede sorun çözme girişimlerinin ayırıcı bir etmen olduğunu, sosyal destek programlarının bakım vericilerin yaşam memnuniyetini arttırmada önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yine Grant'ın çalışmasında, genç erişkinler üzerinde depresyon ve anksiyete tedavisinde sorun çözme yönteminin kullanılmasına karşın, depresyonla birlikte intihar riski olan bireylerde sorun çözme tedavisinin kullanılmasının uygun olmadığını belirtmişlerdir.<sup>47</sup>

Raes ve ark. çalışmalarında bireylerin sorun çözme becerileri ile bellek kapasitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu, bellek kapasitesindeki azalmanın yineleyici olumsuz düşünceleri arttırdığını ve sorun çözme becerilerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.<sup>40</sup> Bekki, diyaliz tedavisi gören olgularda depresyonun en yaygın ruhsal sorun olduğunu ve riskli gruplarda bilgilendirme ve psikoterapötik yaklaşımın depresyonun kronikleşmeden önlenbilmesindeki önemini belirtmiştir.<sup>17</sup> Rahimi ve ark. yaptıkları çalışmada devamlı bakım modeli uygulanan olguların, hastane anksiyete depresyon puanının düştüğünü ve olguların yaşamlarında olumlu bir etki gösterdiğini bulmuşlardır.<sup>48</sup> Bu model olguların yeni sorunlarını fark etmelerini, sorunları hakkında duyarlı hale gelmelerini ve devamlı olarak yeni çözümler üretebilmelerini sağlayan; olguyu, ailesini ve sağlık ekibini kapsayan iletişim odaklı bir modeldir. Ciddi stres yaşatan bu hastalık ve tedavi sürecinde hemşirelerin, sorunları tanıma ve çözümüne ilişkin uygun danışmanlık yöntemleri kullanarak olgulara destek olmaları önemlidir. Danışmanlık yöntemlerinden etkin dinleme ve iletişimde diğer terapötik tekniklerin kullanılması olgularda güven duygusunu geliştireceğinden, sorunların paylaşılmasında ve çözüm yollarının belirlenmesinde etkin olacaktır.

Bu konuda yapılan çeşitli araştırma sonuçlarına göre sorun çözme becerileri ile depresyon düzeyi arasında negatif ilişki bulunduğu bildirilmektedir.<sup>42,44-46,49-54</sup>

Olguların sorunlarını anlama, bilgilendirme, destek ve gerçekçi güven vermenin önemi unutulmamalıdır. Bu olgularla yol gösterici, destekleyici tarzda görüşme yapılması, depresyon ve anksiyete bozukluğu belirtilerinin şiddetinde azalmaya ve olguların yaşam kalitelerine ilişkin algıları ve buna bağlı fiziksel parametreler üzerinde olumlu bir etki yapar.<sup>5,9</sup> Dolayısıyla bu çalışmada da sorun çözme becerilerini geliştirme programına katılan deney grubundaki olgularda depresif belirtilerin azalması beklenen bir sonuçtur.

Çalışma bulguları; sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan olguların “Eğitim öncesi yaşadıkları depresif belirti düzeyleri ile eğitim sonrası depresif belirti düzeyleri arasında fark vardır” ve “Eğitim sonrası gruplar arası fark vardır” hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.

Deney grubundaki olguların kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası sorun çözme puan ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür ( $F= 17.82$ ,  $p= 0.000$ ) (Tablo 3). Deney ve kontrol grubundaki olguların SÇÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, deney grubundaki olguların eğitimden 3 ay ve 6 ay sonraki SÇÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (Tablo 4).

Çeşitli araştırmalarda sorun çözme yöntemlerinin bilinmesinin anksiyete ve depresyonu önlemedeki önemi belirtilmekte ve sorun çözme becerileri geliştirildiği zaman bireylerin zor durumlarda daha etkili baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir.<sup>40-42, 53,54</sup>

Marx, sorun çözme becerileri öğrenildiğinde, bireylerin yeni güç durumlarla karşılaştıklarında bu sorunlarla etkin bir şekilde baş edebildiklerini belirtmekte, insanların karşılaşabileceği çeşitli sorunların olduğunu, ancak sorun çözme adımlarının aynı olduğunu bildirmiştir.<sup>11</sup>

Jing Ju-Wang, hemşirelerin depresyon açısından riskli grupları tanımasındaki önemine ve birey-

lerin sorun çözme becerilerini geliştirmenin depresyonu önlemedeki önemine dikkat çekmiştir.<sup>55</sup>

Çalışma bulguları, sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan olguların “Eğitim öncesi SÇÖ puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasında fark vardır” ve “Eğitim sonrası gruplar arası fark vardır” hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.

Deney grubundaki olguların kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde sorun çözme yeteneğine güven alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur ( $F= 7.15$ ,  $p= 0.00$ ) (Tablo 4).

Deney ve kontrol grubundaki olguların SÇÖ sorun çözme yeteneğine güven alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, deney grubundaki olguların puan ortalamasının, kontrol grubuna göre eğitimden 3 ay ve 6 ay sonraki dönemde anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Sorun çözme yeteneğine güven, kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını ifade etmektedir. Sorun çözme yeteneğine güven alt boyutunda, ölçümler arası olumlu yönde farklılığın olması, deney grubundaki olguların kendilerinin sorun çözme yeteneği olduğuna inanmaları açısından önemli görülmektedir. Bu sonucun, eğitimin etkinliğini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülebilir.

Deney grubundaki olguların kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir fark görülmemiştir ( $F= 1.24$ ,  $p= 0.30$ ). Deney ve kontrol grubundaki olguların SÇÖ kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Deney grubunun kabule göre, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonrası dönemde yaklaşma-kaçınma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür ( $F= 24.81$ ,  $p= 0.00$ ). Deney ve kontrol grubundaki olguların SÇÖ yaklaşma-kaçınma alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, deney grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre eğitimden 6 ay sonraki ( $t= 5.45$ ,  $p= 0.000$ ) dönemde anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Çalışma bulguları ve bu konuda yapılan diğer araştırma sonuçları, sağlık bakım profesyonellerinin depresyon açısından yüksek risk taşıyan grupları ele almasının önemine dikkat çekmekte ve riskli bireylerin sorun çözme becerilerini geliştirmenin depresyonun kronikleşmeden önlenememesindeki etkisini göstermektedir.<sup>9,17,32,41,46,56,57</sup>

Yaklaşma-kaçınma biçimi, gelecekte başvurmak için önceki sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmeyi ve alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade etmektedir. Deney grubunun yaklaşma-kaçınma alt boyutunda olumlu yönde azalma görülmesi, bu grubun sorun çözme eğitiminden faydalandıkları ve sorunları çözmek için alternatif çözümler bulmaya çalıştıklarını göstermektedir. Bu bulgular, "Sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan grup ile uygulama yapılmayan grubun sorun çözme beceri düzeyleri arasında fark vardır" hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.

Sonuç olarak, sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan olguların sorun çözme becerilerinin gelişmesine paralel olarak depresif be-

lirti düzeylerinin azaldığı ve sorun çözmede daha etkili yöntemleri kullandıkları bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; diyaliz olgularının sorunlarla başedebilmesi için olguların biyopsikososyal bütünlüğü içinde kavranması, ilgi ve gereksinimlerinin belirlenerek saygılı, empatik ve eğitici bir tutum izlenmesi gerekmektedir. Yaşamlarındaki değişimleri ve onları etkileyen stresörleri fark etmeye yönelik farkındalık artırılmalıdır. Olguların rol değişimlerini gerçekçi olarak benimsemeleri ve hastalık tepkilerini anlamaları için yardımcı olunmalıdır. Olgular alguları, duyguları, korkuları ve sorunlarını ifade etmeleri için cesaretlendirilmeli, kısa ve uzun vadeli hedefleri belirlemelerinde yardımcı olunmalıdır. Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin olguların ruhsal durumlarını değerlendirip, ruhsal açıdan riskli bireylere sorun çözme becerilerini geliştirme programını uygulamaları önerilebilir. Bu uygulamanın yapılabilmesi için; hemşirelerin terapötik iletişim yöntemlerini kullanmaları, referans/danışmanlık alması, diyaliz ekibinin konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibi ile iş birliği yapmaları gerekmektedir. Bu tür yaklaşım hemodiyalize adaptasyonu sağlayarak psikososyal sorunları azaltacaktır.

## KAYNAKLAR

- Akpolat T, Utaş C. Dialysis. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 3<sup>rd</sup> ed. İstanbul: Fine Arts Press; 2001. p.29-39.
- Avcı A, Evlice Y, Diler R, Noyan B. [Depression and anxiety in chronic renal failure]. Çukurova Univ Tıp Fak Derg 1996;21(1): 1:34-40.
- Şentürk A, Levent BA, Tamam L. [The Psychopathology in patients with chronic renal failure treated with hemodialysis]. Ondokuz Mayıs Univ Tıp Derg 2000;17(3):163-72.
- Şentürk A, Tamam L. [Psychiatric aspects of treatment procedures in chronic renal failure and their treatment]. Arşiv 2000;9(1):49-68.
- Özkan S. [Chronic renal failure and psychiatric morbidity]. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Roche Publications; 1993. p.187-90.
- Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. Am J Med 1998;105(3):214-21.
- Kahvecioğlu S, Akdağ I, Arabul M, Görgülü N, Ersoy A, Güllülü M, et al. [Dialysis an Erectile Dysfunction]. Uludağ Univ Tıp Fak Derg 2005;31(1):1-4.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. Kidney Int 1998;54(1):245-54.
- Kumbasar H. [Chronic Renal Failure, Dialysis and Psychosocial Problems]. In: Özkan S, ed. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Mezuniyet Sonrası Genel Hastane Psikiyatrisi Eğitim Kursu. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Novartis Yay; 1999. p.83-7.
- Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. J Psychosom Res 2002;53(4):951-6.
- Finkelstein FO, Watnick S, Finkelstein SH, Wuerth D. The treatment of depression in patients maintained on dialysis. J Psychosom Res 2002;53(4):957-60.
- Sağduyu A, Erten Y. [Psychiatric Disorders in Patients with End Stage Renal Disease Treated with Hemodialysis]. Türk Psikiyatri Derg 1998; 9(1):13-22.
- Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. J Clin Nurs 2001;10(4):503-11.
- Turgay M, Özkan S. [Relation between stress factors and psychosocial adaptation in hemodialysis patients]. Türk Hemşireler Derg 1992;42(3):16-21.
- Christensen AJ, Benotsch EG, Wiebe JS, Lawton WJ. Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. J Consult Clin Psychol 1995;63(3): 454-9.
- Yetişen AY, Yılmaz A. [Evaluating stress factors at end state renal disease patients]. Nefroloji Hemşireliği Derg 2004;32-7.
- Bekki Z. [The importance and status of consultation liaison psychiatry in chronic renal failure and dialysis]. Çınar Derg 1998;4(4): 96-101.
- Christensen AJ, Wiebe JS, Edwards DL, Michels JD, Lawton WJ. Body consciousness, illness-related impairment, and patient adherence in hemodialysis. J Consult Clin Psychol 1996;64(1):147-52.

19. Christensen AJ, Benotsch EG, Wiebe JS, Lawton WJ. Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3): 454-9.
20. Cristóvão F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *EDT-NA ERCA J* 1999;25(4):35-8, 44.
21. Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler ve Ölçekler. İstanbul: Boğaziçi University Publications; 1997.
22. Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS, Ehlers SL, Lawton WJ. Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychol* 2002;21(4): 393-7.
23. Ereğ E. Dialysis. Nefroloji. 5th ed. İstanbul: Nobel Medicine Bookstore; 2005. p.350.
24. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. [Evaluation of quality of life with the leveus of depression and anxiety in hemodialysis patients]. *Türk Nefrol Diyaliz Transplant Derg* 2003;12(2):113-16.
25. Şahin N. [The Rehabilitation of hemodialysis patients]. *Çınar Derg* 1998;4(2):31-5.
26. Yurtsever S, Bedük T. [Evaluation of fatigue on hemodialysis patients]. *HEMAR-G. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;5(2): 3-11.
27. Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2nd ed. İstanbul: Roche Drug Publications; 1999. p.5-15.
28. Auslander GK, Buchs A. Evaluating an activity intervention with hemodialysis patients in Israel. *Soc Work Health Care* 2002;35(1-2): 407-23.
29. Baldree KS, Murphy SP, Powers MJ. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nurs Res* 1982;31(2):107-12.
30. Blake CW, Courts NF. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA J* 1996;23(5):477-82.
31. Kimmel PL, Levy NB. [Psychology and rehabilitation]. In: Sever MŞ, translation, Bozfağoğlu S, translation ed. *Diyaliz El Kitabı*. Ankara: Güneş Bookstore; 2003.p.413-20.
32. Meyer KB, Espindle DM, DeGiacomo JM, Jenuleson CS, Kurtin PS, Davies AR. Monitoring dialysis patients' health status. *Am J Kidney Dis* 1994;24(2):267-79.
33. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. [Life Satisfaction and hopelessness in hemodialysis patients]. *İnsan Bilimleri Derg* 2004;1-14.
34. Özcürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. [The aspect of psychiatric and psychosocial status in chronic renal failure]. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14(1): 72-80.
35. Petrie K. Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *Br J Med Psychol* 1989;62( Pt 1):91-6.
36. Johnson S, Dwyer A. Patient perceived barriers to treatment of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2008; 69(3):201-6.
37. Kutner NG, Brogan D, Hall WD, Haber M, Daniels DS. Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: a prospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(4):453-9.
38. Yılmaz ME, Kara İ H, Altındağ A. [Sociodemographic factors and depression in patients with chronic renal failure treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis]. *Türk Nefrol Diyaliz Transplant Derg* 2001;10(2):103-8.
39. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. [Depression and anxiety levels of hemodialysis patients who living in the centre of Sivas city]. *Türkiye Klinikleri J Nephrol* 2008;3(2):56-63.
40. Raes F, Hermans D, Williams JM, Demyttenaere K, Sabbe B, Pieters G, et al. Reduced specificity of autobiographical memory: a mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? *J Affect Disord* 2005;87(2-3):331-5.
41. Watkins E, Baracaia S. Rumination and social problem-solving in depression. *Behav Res Ther* 2002;40(10):1179-89.
42. Cannon B, Mulroy R, Otto MW, Rosenbaum JF, Fava M, Nierenberg AA. Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *J Affect Disord* 1999;55(1):45-9.
43. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol* 2005;114(3):421-31.
44. McLAUGHLIN Ja, Miller P, Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving *J Adolesc* 1996;19(6):523-32.
45. Marx EM, Williams JM, Claridge GC. Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology* 1992;101(1):78-86.
46. Güner P. [Problem solving which successful way of coping problems]. *Atatürk Univ Hemşire YO Derg* 2000;3(1):62-7.
47. Grant JS, Elliott TR, Giger JN, Bartolucci AA. Social problem solving abilities, social support, and adjustment among family caregivers of individuals with a stroke. *Rehabilitation Psychology* 2001;46(1):44-57.
48. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. The effects of continuous care model on depression, anxiety, and stress in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2008;35(1):39-43.
49. Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(6):1003-10.
50. Bereby-Meyer Y, Kaplan AM. Motivational influences on transfer of problem solving strategies. *Contemporary Educational Psychology* 2005;30(1):1-22.
51. Davila J, Hammen C, Burge D, Paley B, Daley SE. Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *J Abnorm Psychol* 1995;104(4):592-600.
52. Goddard L, Dritschel B, Burton A. Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *J Abnorm Psychol* 1996;105(4):609-16.
53. Bucher JA, Loscalzo M, Zabora J, Houts PS, Hooker C, BrintzenhofeSzoc K. Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. *Cancer Pract* 2001;9(2):66-70.
54. Ladouceur R, Blais F, Freeston MH, Dugas MJ. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 1998;12(2):139-52.
55. Wang JJ, Lo CH, Ku YL. Problem solving strategies integrated into nursing process to promote clinical problem solving abilities of RN-BSN students. *Nurse Educ Today* 2004;24(8):589-95.
56. Türkçapar H. [The role and efficacy of cognitive therapy in depression: a review]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(29):47-51.
57. Sütçügil L, Özmenler N. [Psychosocial interventions in major depression]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):46-50.