

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN MOTİVASYONEL
GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN HEMODİYALİZ
DAYANIKLILIK VE TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

**HAZIRLAYAN
ÇİĞDEM ÖZDEMİR ELER**

DOKTORA TEZİ

ANKARA - 2024

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN MOTİVASYONEL
GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN HEMODİYALİZ
DAYANIKLILIK VE TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

**HAZIRLAYAN
ÇİĞDEM ÖZDEMİR ELER**

DOKTORA TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SULTAN KAV**

ANKARA - 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı çerçevesinde Çiğdem Özdemir Eler tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

Tez Adı: Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Hemodiyaliz Dayanıklılık ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....
.....
.....
.....
.....

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 03 / 07 / 2024

Öğrencinin Adı, Soyadı: Çiğdem ÖZDEMİR ELER

Öğrencinin Numarası:

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Doktora

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Sultan KAV

Tez Başlığı: Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Hemodiyaliz Dayanıklılık ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 67 sayfalık kısmına ilişkin, 03 / 07 / 2024 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %15'dir. Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
- Alıntılar hariç
- Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: 03 / 07 / 2024

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince bana rehberlik eden, araştırma sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, anlayış ve sabırla yaklaşan,

Tez izlem komitesi olarak, araştırma sürecim boyunca değerli geri bildirimleri ile bana yol gösteren, tezime için katkı sağlayan

Tez değerlendirme jürisi olarak, kıymetli geri bildirimleri ile tezime katkı sağlayan,

Dr. B. K. ve Dr. G. RGA

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Diyaliz Ünitesi çalışanlarına ve araştırmamda yer alan katılımcılara,

İstatistik analiz desteğiyle araştırmama katkı sağlayan

K. ve G. S. SKİC

Sevgileriyle bana güç veren canım oğlum ve canım kızıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ÖZDEMİR ELER Ç. Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Hemodiyaliz Dayanıklılık ve Tedavi Uyumuna Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, 2024

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hemodiyaliz dayanıklılık ve hemodiyaliz tedavi uyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması olan “Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması” Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi ve Yenikent Diyaliz Merkezi’nde 26 Nisan- 25 Mayıs 2021 tarihleri arasında 136 hasta ile tamamlanmıştır. Ölçeğin zaman içinde değişmezliği ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla, ilk değerlendirmeden 2 hafta sonra örneklem içinde ulaşılabilen 50 hasta ile test-tekrar test çalışması yapılmıştır. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği-TR için cronbach alfa katsayısı 0.940 olarak elde edilmiş olup ölçek 20 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmanın randomize kontrollü deneysel ikinci aşaması, Haziran 2021-Aralık 2021 tarihlerinde 56 hasta (27 hasta müdahale ve 29 hasta kontrol) ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Hasta Bilgi Formu, Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği-TR (HDDÖ), Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği (SDBYUÖ), Motivasyonel Görüşme Tekniği Memnuniyet Formu ile elde edilmiştir. Müdahale grubuna 4 oturumdan oluşan motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmıştır. Ayrıca ayda 1 kez telefonla görüşerek ve ayda 1 kez kısa mesaj ile hatırlatmalar yapılmıştır. Kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubuna müdahale öncesi ve sonrası olmak üzere 2 kez veri toplama formları uygulanmıştır. Verilerin analizinde Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Mann-Whitney U Testi, Spearman Korelasyon analizi, Cohen d etki büyüklüğü kullanılmıştır. İkinci değerlendirmede SDBYUÖ toplam puanı her iki grupta da artmasına rağmen bu artışın müdahale grubunda daha fazla olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.02$) görülmüştür. SDBYUÖ’nin HD katılım ($p=0.52$), ilaç kullanımı ($p=0.46$) ve sıvı uyumu ($p=0.30$) alt boyutları çeyrekler açıklıkları bakımından ikinci değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken diyet kısıtlaması ($p=0.001$) alt boyutu çeyrekler açıklığının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. HDDÖ toplam puanı ($p=0.002$) ile F2 ($p=0.003$) ve F3 ($p=0.014$) alt boyutlarının medyan değerlerinin arttığı saptanmıştır. HDDÖ, F1 alt boyutu puan ortalamasının her iki grupta da arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0.013$). Cohen d analizi gruplar arasında elde edilen farkın orta-yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermiştir. Müdahale grubundaki hastalar motivasyonel görüşme temelli danışmanlıktan memnun olduklarını ($\bar{x} \pm ss=9.37 \pm 0.42$) ifade etmiştir. Araştırmanın sonucunda, motivasyonel görüşme yönteminin hemodiyaliz dayanıklılık ve hemodiyaliz tedavisine uyumlarını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla etkin iletişim kuran hemşirelerin motivasyonel görüşme yöntemi kullanımının yaygınlaşması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dayanıklılık, Hemodiyaliz, Hemşirelik, Motivasyonel Görüşme, Tedaviye Uyum

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu (Proje No: KA21/55) tarafından onaylanmıştır. ClinicalTrials.gov kayıt numarası: NCT05671536

ABSTRACT

ÖZDEMİR ELER Ç. The Effect of Motivational Interviewing-Based Counseling Given to Hemodialysis Patients on Hemodialysis Resilience and Treatment Adherence. Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Doctorate Program, 2024

This research was conducted to determine the effect of motivational interview-based counseling given to hemodialysis patients on their hemodialysis resilience and treatment adherence. In the first phase, 'the validity and reliability of the Hemodialysis Resilience Scale for the Turkish population' was conducted with a total of 136 patients at Başkent University Ankara Hospital Çiğdem Dialysis Center and Yenikent Dialysis Center between 26 April and 25 May 2021. Test-retest study was conducted with 50 patients within the sample who could be reached 2 weeks after the first evaluation. The cronbach alpha coefficient for the Haemodialysis Resilience Scale-TR was obtained as 0.940 and the scale consists of 20 items and 3 sub-dimensions. In the second phase, the randomized controlled experimental study was conducted between June 2021 and December 2021 with 56 patients (27 patients in the intervention and 29 patients in the control group). Data in the study were obtained through the Patient Information Form, Patients on Hemodialysis Resilience Scale-TR (PHRS), End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD), and Motivational Interviewing Technique Satisfaction Form. Motivational interviewing method consisting of 4 sessions was applied to the intervention group. In addition, reminders were made by phone call once a month and by text message once a month. The control group received routine care. Data collection forms were applied to the intervention and control groups twice, before and after the intervention. Wilcoxon Signed Rank Test, Mann-Whitney U Test, Spearman Correlation analysis, Cohen's d effect size were used to analyze the data. In the second evaluation, although the ESRD total score increased in both groups, it was observed that this increase was greater in the intervention group and this increase was statistically significant ($p=0.02$). While there was no significant difference between the groups in the second evaluation in terms of the quartile gaps of the HD participation ($p=0.52$), medication use ($p=0.46$) and fluid restriction ($p=0.30$) sub-dimensions of ESRD, the dietary restriction ($p=0.001$) sub-dimension had a lower quartile gap. It was found that it increased significantly. It was found that the median values of PHRS total score ($p=0.002$) and F2 ($p=0.003$) and F3 ($p=0.014$) subscales increased. It was observed that the PHRS, F1 subscale score average increased in both groups, but this increase was not statistically significant ($p = 0.013$). Cohen's d analysis showed that the difference between the groups had a medium-high effect size. Patients in the intervention group stated that they were satisfied with motivational interviewing-based counseling ($\bar{x} \pm sd=9.37 \pm 0.42$). As a result, it was found that the motivational interviewing method was effective in increasing the resilience and treatment adherence in hemodialysis patients. It is recommended that nurses who communicate effectively with patients receiving hemodialysis treatment use motivational interviewing methods more widely.

Key Words: Hemodialysis, Motivational Interviewing, Nursing, Resilience, Treatment Adherence

This study was approved by Başkent University Medicine and Health Sciences Research Board and Başkent University Ethics Committee (Project No: KA21/55). ClinicalTrials.gov registration number: NCT05671536

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	6
2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi.....	7
2.4.1. Böbrek Transplantasyonu	7
2.4.2. Periton Diyaliz.....	7
2.4.3. Hemodiyaliz.....	8
2.5. Hemodiyaliz ve Tedavi Uyumu.....	9
2.6. Hemodiyaliz ve Dayanıklılık	11
2.7. Dayanıklılık ve Tedavi Uyumu	12
2.7.1. Dayanıklılık ve Tedavi Uyumunu Artırmaya Yönelik Yaklaşımlar	12
2.8. Motivasyonel Görüşme.....	13
2.8.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri	14
2.8.2. Motivasyonel Görüşme Süreci.....	15
2.8.3. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
2.9. Hemodiyaliz ve Motivasyonel Görüşme	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması.....	22
3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması	35
3.2.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.2.3. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	35
3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	36

3.2.5. Randomizasyon.....	37
3.2.6. Araştırma Consort Akış Diyagramı.....	38
3.2.7. Veri Toplama Araçları	39
3.2.8. Ön Hazırlık ve Ön Uygulama Aşaması	41
3.2.9. Uygulama	42
3.2.10. Araştırmanın Etik Boyut	46
3.2.11. Verilerin İstatistiksel Analizi	46
3.2.12. Araştırmada Yaşanılan Güçlükler.....	47
3.2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
4. BULGULAR	48
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	48
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Biyokimyasal Özellikler.....	51
4.3. SDBYUÖ ve HDDÖ Genel ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	59
4.4. Müdahale Grubundaki Hastaların Memnuniyetine İlişkin Bulgular.....	60
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Hastaların Hemodiyaliz Dayanıklılık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Hastaların Tedavi Uyumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.3. Hastaların Tedaviye Uyum ve Hemodiyaliz Dayanıklılık Durumları Arasındaki İlişki.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler.....	67
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	
EK 1. Hasta Bilgi Formu	
EK 3: Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği İzni	
EK 4: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği İzni	
EK 5: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği	
EK 6: Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Memnuniyet Formu	
EK 7: Biyokimyasal Parametreler	
EK 8: Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılımcı Belgesi	
EK 9: Müdahale Grubu İzlem Formu	

EK 10: Kontrol Grubu İzlem Formu

EK 11: Müdahale Grubu Görüşme Formu

EK 12: Etik Kurul İzni

EK 13: Hastane Kurum İzni

EK 14: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Motivasyonel görüşme yönteminin hemodiyaliz hastalarında kullanımı.....	17
Tablo 2.2. Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yöntemi ile ilgili çalışmalar .	19
Tablo 3.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 3.2. Ölçeğin Marka Değeri, KMO ve Bartlett Testi Sonuçları	28
Tablo 3.3. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	29
Tablo 3.4. Ölçeğin Varimax Dönüşümü Öncesi ve Sonrası Faktör Özdeğer ve % Varyans Değerleri	30
Tablo 3.5. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeksleri	32
Tablo 3.6. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Madde Dağılımları, Cronbach Alfa Katsayıları ve Alt Boyutlarının Ölçeğin Orijinali ile Karşılaştırılması	33
Tablo 3.7. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	34
Tablo 3.8. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Test ve Tekrar-Test Analiz Sonuçları	34
Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	50
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların SDBYUÖ, HHDÖ Genel ve Alt Boyutlarının Gruplar Arası Zaman İçindeki Değişimi	52
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Ölçüm Zamanlarında SDBYUÖ, HHDÖ Genel ve Alt Boyutlarının Grup İçi Değişimi.....	55
Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Ölçüm Zamanlarında Biyokimyasal Özelliklerinin Gruplar Arası Değişimi.....	56

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Ölçüm Zamanlarında Biyokimyasal Özelliklerinin Gruplar İçi Değişimi.....	58
Tablo 4.7. Uyum Ölçeği ve Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	59
Tablo 4.8. Müdahale Grubundaki Hastaların Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığa İlişkin Değerlendirme Bulguları.....	60



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 3.1. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Süreci.....	25
Şekil 3.2. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Türkçe Versiyonu Path Diyagramı	31
Şekil 3.3. G-Power Örneklem Hesabı.....	36
Şekil 3.4. Araştırma Consort Akış Diyagramı	38
Şekil 3.5. Uygulama Akış Şeması	45
Şekil 4.1. Müdahale grubundaki hastaların SDBYUÖ, HDDÖ ve alt boyutlarının gruplar arası zaman içindeki değişimi.....	53
Şekil 4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların SDBYUÖ, HDDÖ ve Alt Boyutlarının Gruplar Arası Zaman İçindeki Değişimi.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AER	albumin excretion rate (albümin atılım hızı)
AFA	açıklayıcı faktör analizi
AMOS	Analysis of Moment Structures
CREDIT	Chronic Renal Disease in Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalıkları)
DFA	doğrulayıcı faktör analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFH	glomerüler filtrasyon hızı
GSA	Genel Sağlık Anketi
HD	hemodiyaliz
HDDÖ	Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği
KBH	kronik böbrek hastalığı
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı)
KGO	kapsam geçerlilik oranı
Kt/V	clearance (klirens) t: time (zaman)/v: volume (hacim)
MG	motivasyonel görüşme
NFK-KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi)
OARS	Open questions, Affirming, Reflecting, and Summarizing (Açık sorular, Onaylama, Düşünme ve Özetleme)
URR	urea reduction ratio (üre redüksiyon oranı)
PD	periton diyaliz
PHRS	Patients on Hemodialysis Resilience Scale
PICOS	Patient/Population, Intervention, Comparison Outcome, Study Type (Hasta, Müdahale, Karşılaştırma, Sonuç, Çalışma Türü)
RRT	renal replasman tedavisi
SDBH	son dönem böbrek hastalığı
SDBY	son dönem böbrek yetmezliği
SDBYUO	Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
TDK	Türk Dil Kurumu
TND	Türk Nefroloji Derneği
TX	transplantasyon

1. GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli nedenlere bağlı böbrek dokusunda ciddi ve geriye dönüşsüz olarak hasar meydana gelmesi ve bu duruma bağlı olarak böbreğin sıvı-elektrolit dengesini düzenleme yeteneğinin ve metabolik–endokrin fonksiyonlarının azaldığı ya da tamamen kaybolduğu bir hastalıktır (1, 2). Kronik böbrek hastalığı, son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) neden olmakta ve renal replasman tedavi ihtiyacı oluşturmaktadır (3). Günümüzde; SDBY dünyada ve ülkemizde görülme oranı artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur (4,5). Türkiye Kronik Böbrek Hastalıkları (Chronic Renal Disease in Turkey, CREDIT) çalışması sonuçlarına göre, yetişkin kişilerin %15,7'sinde farklı düzeylerde böbrek hastalığı bulunduğu saptanmıştır (6). Böbrek hastalıklarının toplum sağlığı için oluşturdukları yük giderek artmaktadır (7). Son dönem Böbrek Yetmezliğinde (SDBY); Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) yayınladığı 2022 yılı verilerine göre; en çok tercih edilen renal replasman tedavi seçeneği olarak %69,77 hemodiyalizdir. 2022 yılı hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta sayısı 60.466'dır (8).

Hemodiyaliz (HD), hastaların yaşam sürelerini uzatan ve böbrek yetmezliklerinde en sık kullanılan renal replasman tedavi yöntemidir. HD seansları genellikle, haftada 3 kez, 4 saat olarak uygulanmaktadır (9). Hastalık ve uygulanan hemodiyaliz tedavisine bağlı, hastaların hayatında fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik açıdan birçok sorunun oluşabildiği görülmektedir. Hastalar, hayatlarını etkileyen önemli sorunlarla karşılaşmaktadır (10). HD cihazına bağımlı olunması, uyulması gereken bir diyet programının olması, damar giriş yolu komplikasyonları, hipotansiyon, yorgunluk, bulantı-kusma, kaşıntı gibi semptomların görülmesi, enerjide azalma, uyku problemleri gibi karşılaşılan birçok etken hemodiyaliz tedavi sürecini etkilemektedir (11, 12). Hastanın tedavisinin etkin olarak devam etmesinde en önemli faktör kişinin uyumudur (13). Hastanın hemodiyaliz tedavisine uyumu; birçok boyutu kapsamaktadır. Hastaların tedaviye uyumu; düzenli bir şekilde hemodiyaliz seansına katılımını, diyetinde verilen önerileri takibini, sıvı kısıtlamasına dikkat edilmesini ve ilaçlarını düzenli kullanmasını içermektedir (14,15).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda tedaviye uyumsuzluğun dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir (15). Yapılan bir çalışmada; HD tedavisine uyumun olmaması; hastaneye yatış ve ölüm riskini arttırdığı bildirilmiştir (16). HD hastalarında gerçekleştirilen bir çalışmada; bir ay süresinde, bir veya daha fazla HD seansını atlamak, HD seansını en az 10 dakika kısaltmanın ölüm oranını %20 artırdığı saptanmıştır (17). HD hastalarında yapılan çalışmalarda intradialitik sıvı alımının %5.7'den fazla olmasının mortalite oranlarını %12 artırdığı görülmektedir. Diyet uyumsuzluğunda, hiperfosfateminin %7.5'dan daha fazla olmasının %17, hiperpotaseminin %9 mortalite oranını arttırdığı saptanmıştır (18). İlaç uyumunda; ilaçların önerilen dozda, sayıda ve zamanında kullanmasında sorunlar yaşandığı ve buna bağlı mortalite oranlarının arttığı görülmektedir(19).

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların psiko-sosyal işlevselliğini etkilemektedir. Psiko-sosyal boyutta hastanın karşılaştığı zorlayıcı durumlarda başetme mekanizmaları etkin kullanılmamakta ve buna bağlı hastalığa uyumda zorluklar görülebilmektedir (20). Bireyin zor durumlara uyum sağlama ve olumsuz deneyimlere esnek tepkiler vererek üstesinden gelme gücü; dayanıklılık olarak ifade edilmektedir (21). “Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlüğü’ne” göre “dayanıklılık; dayanıklı olma durumu, metanet” şeklinde tanımlanmaktadır (22). Dayanıklılık, beklenmedik olumsuz durumlarda, süreçteki önemli değişimler karşısında; esnek olmayı, bireyin olayların üstesinden gelebilme becerisini içermektedir ve değişken süreçlerde uyumun önemli bir mekanizmasıdır. Hemodiyaliz hastalarında dayanıklılığın; tedaviye bağlı gelişen psikolojik stresi azaltması beklenmektedir. Hemodiyaliz hastalarının; kronik bir hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmesi ve değişimlere uyum sağlayabilmesi, karşılaşılan zorluklarla başedebilmesi, dayanıklılık düzeyinin yüksek olması ile sağlanabileceği düşünülmektedir (23,24). Medeiros ve ark, 2017 de hemodiyaliz hastalarında dayanıklılık ve tedaviye uyum ilişkini inceleyen çalışmasında; dayanıklılığı yüksek olan hastaların ilaç tedavisine daha fazla uyum gösterdiği, dayanıklılığı düşük olan hastaların hemodiyaliz seanslarına uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir (25). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir başka çalışmada dayanıklılık puanları ile terapötik rejim uyumu arasında pozitif yönlü orta seviyede anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (26).

Biyopsikosozyal boyutta HD tedavisine bağlı karşılaşılan olumsuz durumlarla, hastaların etkin olarak baş edebilmesinde dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması gerekir (21). Hemşireler; HD seansı süresince, hasta ile iletişim kurarak, sürekli gözlem halindedir. Bu duruma bağlı hemşirelerin; fiziksel ve psikososyal değerlendirmeleriile risk saptama, bakımı planlama konularında önemli görevleri bulunmaktadır. Hastanın bakımı planlanırken hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi, fiziksel ve psikososyal bakımın birlikte planlanması önemlidir (26).

Karmaşık HD tedavi sürecinde hastaların uyumunu desteklemek için hasta eğitimi, davranışsal methodlar gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (27). Motivasyonel görüşme tekniğide bu yöntemlerdendir (15). gel'in tanımlamasına göre motivasyonel görüşme "Danışanların ambivalansı keşfedip zmlenmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini kartmak için kullanılan cesaretlendirici ve danışan merkezli bir yaklaşımdır"şeklinde ifade edilmiştir (28). Hastaların davranışlarını ve yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olan motivasyonel görüşme, aynı zamanda tedaviye uyumlarını artıran bir yöntemdir. Metodolojisi, içsel motivasyonu arttırmaya teşvik ederek, hastaların kararsızlıklarını keşfedip, cesaretlendirerek hastalarda davranışsal değişikliği oluşturan, hasta merkezli bir stratejidir (29).

Motivasyonel görüşme tekniğinin, sağlık hizmetinin yürütüldüğü ortamlarda kullanımının artış gösterdiği belirtilmektedir (30,31). Yapılan çalışmalarda; diyabet hastalığının yönetimi, fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, yeme alışkanlıklarını düzenleme gibi farklı süreçlerde etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (32). Ek olarak, motivasyonel görüşme yönteminin; nefroloji alanında gerçekleştirilen araştırmalarda, sıvı yönetimine, beslenmenin düzenlenmesine, fosfor seviyesinin kontrolüne ve tedaviye uyumun artmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir (29,33).

Hastaların sağlık davranışlarını yönetmelerinde hemşirelerin oldukça önemli rolü bulunmaktadır. Hemşireler her süreçte hasta ile iletişim halindedir (34). Motivasyonel grşmetekniği, hastalarla iletişim ve etkileşim kurma amacında, farklı bir yolu temsil etmektedir. Motivasyonel görüşme tekniği, hastaların, bilgilendirme olarak yorumlayabileceği bir yaklaşım yerine, karşılıklı iletişime dayalı bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (35). Motivasyonel görüşme ile, yargılayıcı olmayan bir ilişki kurulmasına, bilgi eksikliğinin açığa çıkarılmasına ve kapsamlı bir bakım planının geliştirilmesine olanak

sağlanmaktadır. Motivasyonel görüşme tekniğinde hemşire ve hasta arasında; açık, saygılı ve şefkatli bir iletişim bulunmaktadır. Hemşireler motivasyonel görüşme tekniği kullanarak empatik bir yaklaşımla, hastalarla daha güçlü etkileşim kurarak, hastaların bakım planlarında daha fazla söz sahibi olma imkanını artırmaktadır. Motivasyonel görüşme becerileri ile, hemşirelik bakım sürecinin kalitesinin artması ve devamlılığın sağlanması beklenmektedir (36).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yapılan çalışmalarda, dayanıklılığı ve tedavi uyumunu destekleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Motivasyonel görüşme yönteminin özellikle kronik hastalık durumlarında, karşılaşılan kronik hastalığa ve hastalığın tedavisine uyumun ve hastada davranış değişikliğinin gerçekleşmesinde, tedavisinin istenilen seviyede uygulanmasında etkili olduğu bilinmektedir. Motivasyonel görüşme yönteminin, bu süreçlerde hastanın tedavisine uyumunun sağlanmasında ve sürdürülmesinde etkin olduğu, hemşireler tarafından kullanımının yaygınlaşacağı düşünülmektedir (37). Bu araştırma, bilimsel bilgilere dayalı hemşirelik uygulamaları ve yaklaşımlarının bakımda kullanılması ve kanıt oluşturması, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların takibinde kullanımının yaygınlaşması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma; hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hemodiyaliz dayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisini incelemek üzere yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H1: Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hemodiyaliz dayanıklılık durumunu artırır.

H2: Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlık tedavi uyumunu artırır.

H3: Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyum ve hemodiyaliz dayanıklılık durumlarını arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Epidemiyolojisi

“Kronik böbrek hastalığı, glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesinin ve metabolik-endokrin süreçlerinin ilerleyici olarak bozulması durumudur” şeklinde tanımlanmıştır (8). Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı’na (Kidney Disease Improving Global Outcomes-KDIGO) göre, KBH, en az 3 ay süreyle glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 60 mL/dk/1,73m²'nin altında olması ve/veya böbrek hasar belirteçlerinden bir veya daha fazlasının saptanması olarak tanımlanmaktadır (38).

Kronik böbrek hastalığının dünyada ve ülkemizde giderek artan sağlık problemlerinden biri olduğu görülmektedir. Dünya’da KBH'nin tahmini prevalansı %13,4 olarak belirtilmektedir (39). Hill ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında, KBH prevalansının dünya genelinde farklı bölgelerde değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Evre 1-5 arası KBH prevalansı Güney Afrika, Senegal ve Kongo gibi ülkelerde en düşük seviyede (%8,66) iken, Avrupa'da en yüksek seviyede (%18,38) tespit edilmiştir. Benzer şekilde, evre 3-5 arası KBH prevalansı Hindistan ve Bangladeş gibi ülkelerde düşükken (%6,76), ABD ve Kanada gibi ülkelerde (%14,44) daha yüksektir (40).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Türkiye Kronik Böbrek Hastalıkları (Chronic Renal Disease in Turkey, CREDIT) çalışması sonuçlarına göre, erişkin kişilerin %15,7'sinde farklı düzeylerde böbrek hastalığı bulunduğu saptanmıştır. CREDIT (2011) çalışmasına göre, kadınlarda KBH prevalansı erkeklere göre daha yüksek olup, yaşın artmasıyla birlikte KBH sıklığının arttığı gözlenmiştir. KBH görülme sıklığı 40 yaş altında %10'un altında iken, 80 yaşın üzerinde %50'nin üzerine çıkmaktadır (6). TND 2022 raporuna göre; ülkemizde 86.665 kişinin renal replasman tedavisi aldığı bilinmektedir. Ülkemizde hemodiyaliz tedavisi %69,77 oranı ile en sık kullanılan renal replasman tedavi (RRT) yöntemidir (8).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Dünyada son yıllarda KBH'nın en başta gelen etiyolojik faktörün diabetes mellitus olduğu bilinmektedir (41). ABD'nin renal veri sistemi 2016-2018 raporlarına göre, KBH'nın etiyolojik nedenleri arasında %36 ile diabetes mellitus, %31,2 ile hipertansiyon yer almaktadır (42). Ülkemizde de KBH etiyolojisinde diabetes mellitusun en sık rastlanan neden olduğu görülmektedir. Hipertansiyon ise en sık görülen ikinci neden olarak belirtilmektedir (8). Ayrıca KBH'nın ortaya çıkmasında; kronik glomerülonefrit, piyelonefrit, kardiyovasküler hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı, sistemik enfeksiyonlar, üriner sistem taşları, ilaç toksisitesi gibi birçok etiyolojik faktör görülebilmektedir (43). Kronik böbrek hastalığında risk faktörleri; sosyoekonomik durum, yaş, ırk, aile öyküsü, cinsiyet, gibi birçok etkene bağlı değişkenlik göstermektedir (41).

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Kronik böbrek hastalığı gelişim evreleri; renal rezervde azalma, renal yetersizlik, böbrek yetmezliği ve son dönem böbrek hastalığı olarak tanımlanmaktadır (4,38). KBH'nın evrelendirilmesinde ölçüt olarak Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) ölçümü kullanılmaktadır. "Kidney Disease Outcomes Quality Initiative-Ulusal Böbrek Vakfı, Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NFK- KDOQI)" kılavuzuna göre; Evre I'de, GFH ≥ 90 ml/dk./1,73m²'dir ve böbrekteki hasar durumu en az seviyededir. Bu evrede klinik belirti ve bulgu görülmemektedir. Evre II'de, GFH 60-89 ml/dk/1.73 m² ve böbrek rezervlerinde azalma ile birlikte mikroalbüminüri ve proteinüri görülmektedir. Evre III'te GFH 59-30 ml/dk/1.73 m² dır. Bu evrede poliüri ve noktüri görülmekle birlikte anemi ortaya çıkmaktadır. Evre IV'te GFH 29-15 ml/dl/1.73 m² arasındadır ve üremik semptomlar görülmektedir. Evre V'te GFH<15 ml/dk/1.73 m²'nin altındadır ve SDBH olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede kişiler renal replasman tedavilerine ihtiyaç duymaktadır (44-46).

Kronik böbrek hastalığının evrelendirilmesinde, “Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı (Kidney Disease Improving Global Outcomes-KDIGO)” 2012 yılında KBH evrelemesine albüminüri kategorisini de eklemiştir (30). KDIGO’ ya göre GFH azaldıkça ve/veya albuminüri arttıkça KBH’ın progozu etkilenmektedir. Evre 5’te renal replasman tedavilerinin kullanılması önerilmektedir (38,47).

2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi

Kronik böbrek hastalığı tedavisinin temel amacı, hastaların yaşam kalitesinin artmasını sağlamak, hastalığın prognozunu yavaşlatmak ve böbrek fonksiyonlarının kaybına bağlı komplikasyonları yönetmektir (48). Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) tedavisi böbrek transplantasyonunu, periton diyaliz ve hemodiyaliz içeren renal replasman tedavilerinden oluşmaktadır (45).

2.4.1. Böbrek Transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu, böbrek yetmezliği olan bir hastaya kadavra veya canlı vericiden alınan sağlıklı bir böbreğin nakledilmesi işlemidir. Böbrek transplantasyonunun amacı, böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek, yaşam sürelerini uzatmak ve normal böbrek fonksiyonlarını yeniden sağlamaktır (49). Ülkemizde böbrek transplantasyon süreci “Sağlık Bakanlığı Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Sistemi” tarafından yürütülmektedir. 2022 yılında TND verilerine göre 3.621 bireye böbrek transplantasyonu yapılmıştır. Yapılan transplantasyonlarda, kadavra verici oranı %7.76’dır(8).

2.4.2. Periton Diyaliz

Periton diyaliz de bir diğer RRT’dir. Periton zarının, diyaliz membranı olarak kullanıldığı, peritoneal kapillerdeki kan ve diyaliz sıvısı arasında su ile solüt değişiminin gerçekleştiği bir RRT yöntemidir (50). TND verilerine göre; 2022 yılında 3.552 periton diyaliz tedavisi gören hasta bulunmaktadır. Ayrıca 2022 yılında toplam 516 yeni hasta renal replasman tedavisi (RRT) olarak periton diyalize (PD) başlamıştır (8).

2.4.3. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz; uygun bir vasküler erişim yoluyla hastadan alınan kanın yarı geçirgen bir membran (diyalizör) ve uygun içerikte diyalizde kullanılan solüsyon (diyalizat) ile sıvı ve solüt değişimini baz alan RRT'sidir. HD tedavi seansları çoğunlukla, haftada 3 kez 4 saat uygulanmaktadır (42). Ülkemizde %70,06 oranında, en çok kullanılan hemodiyaliz, renal replasman tedavi (RRT) yöntemidir (8).

Hemodiyaliz tedavisinin amacı sıvı-solüt değişiminin sağlanmasıdır. Bu değişimi sağlamak için difüzyon ve ultrafiltrasyon yöntemleri kullanılmaktadır (2). Difüzyon, yarı geçirgen bir membranın iki tarafındaki konsantrasyon farkı nedeniyle, solütlerin yüksek konsantrasyonlu bölgeden düşük konsantrasyonlu bölgeye hareket etmesiyle gerçekleşmektedir. Diyaliz solüsyonundaüre, kreatinin gibi atık maddeler yoktur, bu sayede atık ürünlerin difüzyonu en uygun ve etkili şekilde gerçekleşmektedir. Difüzyonun etkili olabilmesi için konsantrasyon farkı, membran direnci, solütün molekül ağırlığı ve hızı gibi faktörler etkili olmaktadır. Ultrafiltrasyon küçük su moleküllerinin hidrostatik ve ozmotik kuvvet etkisiyle yarı geçirgenmembrandan geçmesiyle oluşmaktadır. Böylece sıvının bir taraftan diğer tarafa transferi gerçekleşmektedir. Sıvı geçişi ile birlikte solütlerin sürüklenme yöntemiyle (aktif transport) değişimi de olmaktadır. Bu durum konveksiyon olarak adlandırılmaktadır (45).

Hemodiyaliz tedavisinin gerçekleştirilebilmesi için geçici ya da kalıcı vasküler erişim yollarına ihtiyaç bulunmaktadır. Geçici vasküler giriş yolları; subklavyen, femoral ve internal juguler kataterler, Kalıcı vasküler giriş yolları ise fistül, greft ya da kalıcı kataterlerdir(51).

Hemodiyaliz hastaları, hastalıktan ve/veya HD tedavisine bağlı birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (9). Hastalık ve uygulanan hemodiyaliz tedavisine bağlı, hastaların yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik açıdan farklı problemlerin oluşabildiği görülmektedir. Görülen bu problemlere bağlı hastaların tedaviye uyumları ve psikolojik sağlıkları etkilenmektedir (10).

2.5. Hemodiyaliz ve Tedavi Uyumu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tedavi uyumunu tanımlarken bireyin, sağlık profesyonelleri tarafından belirtilen şekilde ilaçlarını kullanması, planlanan diyetini düzenli olarak uygulaması ve yaşamındaki değişiklikleri gerçekleştirme durumu şeklinde ifade etmiştir (52). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için karmaşık tedavi sürecinde uyum oldukça önemlidir. Tedaviye uyumun etkin sürdürülememesi; hastaların yaşam kalitelerinin düşmesine, deneyimlenen semptomların ve komplikasyonların artmasına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (53).

Hemodiyaliz tedavisine uyum; diyet, sıvı, ilaç yönetimi ve hemodiyaliz seanslarına katılım süreçlerini içermektedir (10). Bu süreç dört aşamadan oluşmaktadır. Üremik dönem HD tedavisine başlamadan önceki süreci içermektedir ve bu dönemde hasta, kronik hastalığı olmasına ilişkin endişeleri oldukça fazladır (11). İkinci dönem balayı evresidir. Balayı evresinde HD tedavisine başlanmasına bağlı hastanın deneyimlediği semptomlarda azalma görülmektedir. Yaklaşık üç-dört hafta sürer ve ölüm korkusu azalır (19) Yaşama dönüş 3-12 ay süren üçüncü dönemdir. Hasta bu dönemde HD tedavisine alışmıştır fakat HD cihazına bağımlı olmaya bağlı psikososyal komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu evrede HD seansları atlamalarının başladığı görülmektedir. Dördüncü dönem hastanın süreci kabullendiği uyum evresidir. Yaşam düzenini yeniden oluşturur (46).

Hemodiyaliz hastalarında tedavi uyumunu; kişi ile ilgili, tedavi planıyla ilgili, yaşam tarzı ile ilgili, sosyo-demografik durumu ve psikososyal durumlar olarak sınıflandırılmıştır. HD tedavi süreci ve tedavinin etkinliği hakkında bilgi sahibi olma, özgüven, sosyokültürel durum, inanç ve tutumlar, motivasyon hastalığa ilişkin etkenlerdendir (54). Tedaviyle ilgili etkenler; tedavinin süresi ve karmaşıklığı, hastanın yaşam şeklini etkileme düzeyi, tedaviye uyum yeteneği, sağlık ekibi ile fikir birliğinin olmasıdır. Yaşam biçimiyle ilgili etkenler; hastanın yaşadığı yerleşim yeri, tedavi merkezine ulaşımı, tedaviye bağlı mesleki sınırlılıklar, tedaviye uyum sağlanmamasına bağlı karşılaşılan sonuçlarla ilgili farkındalık durumunu içermektedir. Yaş, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek sosyo-demografik etkenleri oluşturmaktadır. Psikososyal Etkenler: depresyon ve anksiyete görülme durumu, hastanın motivasyonu, hastanın inanç ve tutumları, tedavi sürecinin karmaşıklığı, tedavinin maliyeti, tedaviye bağlı tecrübeler, karşılaşılan yan etkilere bağlı korku ve endişe, başka kişilere bağımlı olma durumudur (55).

Çalışmalarda, HD hastalarının yaklaşık %50'sinin tedaviye uyumsuz olduğu belirtilmektedir (56). Hemodiyaliz hastalarının diyet uyumu, tedavi sonuçlarının iyileştirebilmesinde, komplikasyonların azaltılmasında olumlu yönde etkili olduğu bilinmektedir. HD hastalarının diyet uyumu yaklaşık %24 olarak belirtilmektedir (57). Diyet uyumsuzluğu hastada fosfor, potasyum ve sodyum elektrolitlerinde yüksekliğe neden olabilmektedir. Hastalarda fosfor yüksekliğine bağlı hiperparatiroidizm, hiperkalemiye bağlı ventriküler aritmi, hipernatremiye bağlı hipervolemi gelişmesine neden olmaktadır (58,59).

Sıvı alımına uyum, HD hastaları için oldukça sık karşılaşılan önemli bir konudur (60). HD hastalarında sıvı kısıtlamasına uyum yaklaşık %22 saptanmıştır (57). HD hastalarında yapılan bir çalışmada, sıvı kısıtlamasına uyumun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Karabulutlu ve Biçer (2020) de HD hastalarında yapılan çalışmasında hastaların bilgi düzeylerinin yüksek olduğu fakat sıvı kısıtlamasına uyumun orta seviyede olduğu ifade edilmiştir (61). Ülkemizde yapılan çalışma göstermektedir ki hastaların sıvı kısıtlaması uyumsuzluk durumunun yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Sıvı kısıtlamasına uyumsuz olan HD hastalarında ölüm nedenlerinde konjestif kalp yetmezliği ilk sırada olduğu saptanmıştır (62).

Hemodiyaliz hastalarında ilaç alımına uyum, tedavi başarısını etkileyebilecek önemli bir konudur. İlaç alımına uyumsuzluk, hastaların doktorun önerdiği ilaçları düzenli olarak almamaları veya önerilen dozları takip etmemeleri durumunu ifade etmektedir. HD hastalarının ilaç uyumu ortalama %22 olarak belirtilmektedir (57).

HD seanslarına katılım, komplikasyon riskini azaltmak ve tedavi etkinliğini artırmak için oldukça önemlidir. HD seanslarına katılımın azaltılması veya HD seans süresinin kısaltılmasıyla birlikte hastane yatış ve mortalite oranlarında artış saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda; HD seansı atlamamanın %13, HD seans süresinin kısaltılmasının %11 oranında mortalite oranını arttırdığı saptanmıştır (63).

HD hastası ile yapılan çalışmada diyet uyumsuzluğu %39.1, sıvı kısıtlaması uyumsuzluğu %39, HD seansına katılım %33.6 ve ilaç uyumu %20.1 olarak saptanmıştır (64). HD tedavisi alan hastalarda; sıvı alımının, diyetin ve ilaç yönetiminin uyumsuzluğu sonucunda, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar, pulmoner ödem görülme oranında artış olduğu belirtilmektedir (58).

HD tedavisi alan hastaların tedaviye uyumu desteklenerek; morbidite- mortalite oranları azaltılabilir ve komplikasyonlar önlenebilir. Bu süreçte hemşireler önemli bir role sahiptir. HD hastalarında 2018’de yapılan bir çalışmada hemşirelik girişimlerinin uygulanması ile hastaların uyum seviyelerinde artış olduğu saptanmıştır (6). Hemşirelerin, bireysel olarak planlanacak eğitim ve destek süreci ile HD hastalarının uyumlarına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır (65).

2.6. Hemodiyaliz ve Dayanıklılık

Dayanıklılık, esneklik anlamında, İngilizce “resilience” kelimesinden gelmektedir (66). Hemodiyaliz hastaları, tedaviye ve hastalık sürecine bağlı birçok sorunla karşılaşmaktadır. Fiziksel sorunlarla birlikte, sosyal çevrelerinde ve ilişkilerinde sorunlar yaşayabilmekte; iş kaybına bağlı ekonomik güç kaybı, rollerde değişiklik, benlik saygısında düşme gibi bazı biyopsikososyal sorunlar da görülmektedir (67). Çalışmalarda, uyum ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde hastaların güçlü yönlerinin belirlenerek desteklenmesinin olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (68). Bu açıdan bakıldığında dayanıklılık kavramı ortaya çıkmıştır (20). HD hastalarının baş etmesinde, dayanıklılığının artırılması oldukça önemli bir etkidir (69). Dayanıklılık, kriz veya stres durumlarıyla karşılaşıldığında; etkili bir şekilde başa çıkma gücünü veya yeteneğini ifade etmektedir. HD hastalarının kronik bir hastalıkla yaşamayı öğrenmesi, karşılaşılan olumsuzluklarla başetmesi ve sürece uyum sağlayabilmesinde dayanıklılık düzeyi oldukça etkilidir. Dayanıklılık, hastanın uyum yeteneği olarak ifade edilmektedir. Hastanın değişimi sağlayabilmesi için; dayanıklılık becerisinin desteklenmesi gerekir (20). HD hastalarında yapılan bir çalışmaya göre hemodiyalizde dayanıklılık desteklendiğinde, hastaların hemodiyaliz ile ilişkili karşılaşılan zorluklarının üstesinden gelme eğiliminin arttığı, yaşam kalitesinde iyileşme olduğu saptanmıştır (70). 18-65 yaş arasında olan 50 HD hastası ile yapılan çalışmada dayanıklılıkları yüksek olanların, anksiyete ve depresyon puan durumlarının düşük olduğu bulunmuştur (71). HD tedavisi alan 100 hasta ile yapılan araştırma sonucunda hastaların dayanıklılık düzeyleri ile mutluluk düzeylerinde olumlu bir etki olduğu ve dayanıklılık seviyeleri yükseldikçe hastaların mutluluk düzeylerinde artış; kaçınma düzeylerinde ise de düşüş olduğu görülmektedir (72). Çin’de 258 hastayı içeren çalışmada yaşam kalitesi ve dayanıklılık seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (73).

Hemodiyaliz hastalarında dayanıklılığın artırılmasında hemşirenin rolü büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin, hastalarla empati ve güven ilişkisine bağlı bir iletişim kurarak, bilgi eksiklerinin giderilmesi, kaygı ve endişe ile başa çıkılması ve dayanıklılığın desteklenmesinde aktif rolü bulunmaktadır (74).

2.7. Dayanıklılık ve Tedavi Uyumu

Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumu ve hemodiyaliz dayanıklılık durumları arasındaki ilişki, hastaların yaşam kalitesini ve tedavi başarısını doğrudan etkileyen önemli faktörlerdir (54). Dayanıklılık; dinamik bir süreçtir ve değişikliklere uyum sağlama yeteneğiyle ilişkilidir (71). HD tedavisinin yaşam boyu devam etmesi, hastalarda dayanıklılığın azalmasına bağlı tedavi uyum oranını düşürmektedir (75). HD hastalarında tedaviye uyum ile dayanıklılığı inceleyen çalışmalarda; dayanıklılık düzeyindeki artışın tedaviye uyuma olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (21, 25). HD hastalarında dayanıklılık ve tedaviye uyum ilişkisini inceleyen bir çalışmada; dayanıklılığı yüksek olan hastaların ilaç tedavisine daha fazla uyum gösterdiği, dayanıklılığı düşük olan hastaların hemodiyaliz seanslarına uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir (25). Yapılan araştırmalarda, dayanıklılık ile tedavi uyumu arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (21,76).

2.7.1. Dayanıklılık ve Tedavi Uyumunu Artırmaya Yönelik Yaklaşımlar

Dayanıklılık ve tedavi uyumunu artırmak için çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunların bazıları şunlardır:

Eğitim: Hastalara tedavi süreçleri hakkında eğitim verilmesi ve tedaviye uyum sağlamaları için farkındalık oluşturulması önemlidir. Bu eğitimler, tedavinin önemi, nasıl uygulanacağı, olası yan etkileri ve baş etme mekanizmaları, tedavi sonuçları hakkında bilgi içermelidir. HD hastalarında yapılan bir çalışmada, hasta eğitimi yapılanlarda tedaviye uyumun daha yüksek olduğu bulunmuştur (77).

Psikoeğitim; bilgi ve becerilerin bireylere aktarıldığı, öğretim odaklı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bireylerin duygusal ve zihinsel sağlığını geliştirmeyi hedefler ve çeşitli konularda bilgi sahibi olmalarını sağlamaktadır. Bireylerin duygularını tanımalarına ve anlamalarına yardımcı olur. Stresle başa çıkma becerilerini artırmaktadır. Hastalar, stresle nasıl başa çıkacaklarını öğrenir ve bu becerileri günlük hayatlarına uygulayabilmektedir. Karşılaştıkları zorlukları daha etkili bir şekilde çözmeyi öğrenir ve çözüm odaklı düşünme becerilerini güçlendirmektedir (78). HD hastalarında fosfor kontrolü için yapılan psiko eğitimin sonucunda hastaların bilgi düzeyi ve fosfor bağlayıcı ilaç kullanım oranlarında artış görülmüştür (79).

Bilişsel Davranışçı Terapi; hastaların düşünce, duygu ve davranışlarını değiştirerek psikolojik sorunları yönetmelerine yardımcı olan yaygın ve etkili bir psikoterapi yöntemidir. Hemodiyaliz hastalarında uyumu artırmak için kullanılmaktadır (54). Motivasyonel Görüşme ve Bilişsel Davranışçı Terapi genellikle birbirini tamamlayıcı şekilde kullanılmaktadır. Motivasyonel Görüşme, bireyin değişim motivasyonunu artırmak için başlangıç aşamalarında kullanılırken, Bilişsel Davranışçı Terapi, belirli düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmek için kullanılmaktadır (80).

2.8. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, “William R. Miller ve Stephen Rollnick” tarafından geliştirilmiştir (81). Ögel’e göre “Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlenmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır”. Ambivalans, değişim için isteksiz olan ya da kararsızlığı bulunan kişilerin bulunduğu durumu ifade etmektedir (28). Motivasyonel görüşme, kişinin davranışlarını değiştirmeye yönelik içsel motivasyonunu artırmayı hedeflemektedir. Motivasyonel görüşme, kişinin kendi motivasyonunu keşfetmesine ve güçlendirmesine odaklanarak, uzun vadeli davranış değişikliklerine yönelik bir çerçeve sunar (81,29). Değişimin gerçekleşmesinde isteksiz olan bireylerde etkin olduğu bilinmektedir. Kişide ki ambivalansın farkedilmesi ve değişimin gerçekleşmesini desteklemek amacıyla kullanılmaktadır. Ambivalans bir tür ikilemdir ve kişi iki karar arasında kalmıştır. Motivasyonel görüşmede ambivalansı çözmek oldukça önemlidir (81).

2.8.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

Motivasyonel görüşmede, sürekli bir değişim vardır. Motivasyonel görüşmeyi gerçekleştiren kişi, danışan üzerinde otoriter olmamalıdır (29). Değişimin başlatılmasında kişilerin kendi motivasyonları, referansları ve güçlü oldukları tarafları oldukça önemlidir. Motivasyonel görüşmede amaç kişiyi harekete geçirmektir. Değişim dışarıdan başlatılmaz ancak işbirliği ile yapılabilir (82). Değişimin bir güç savaşı olmadığı ifade edilmektedir. Değişim için motivasyon dışarıdan yüklenerek değil, ortaya çıkarılarak yol gösterici olunması önerilmektedir (83). Direnç, değişime karşı verilen bir tepkidir. Kişinin doğru yolda ilerlemesini istesek de düzeltmekten kaçınılmalıdır. Kişinin değişimle ilgili argümanları ortaya çıkarılmalıdır. Motivasyonel görüşmelerde, kişiye saygı göstermek ve empati kurmak oldukça önemlidir (84).

Motivasyonel görüşme yönteminin dört temel bileşeni bulunmaktadır. Bileşenler bir sıra izlemekle birlikte, aynı zamanda geçişkendir (28). Bu bileşenler;

1. Katılımı sağlamak = Beraber bir yola çıkacak mıyız?
2. Odaklanmak = Nereye gidiyoruz?
3. Ortaya çıkarmak = Yapacak mıyız? ve Neden?
4. Planlama = Nasıl? ve Ne zaman?

Motivasyonel görüşmenin ruhunu; işbirliği yapmak, şefkatle yaklaşmak, yol açmak ve anlamak bileşenleri oluşturmaktadır. İşbirliği yapmak, değişime yönelik isteği ortaya çıkarmaktır (82). Şefkatle yaklaşmaktaki amaç; kişiye karşı sempati duymak değil fakat kişinin ihtiyaçlarını düşünmek ve öncelik vermektir. Yol açmak, görüşmelerde genelde kişinin eksikliklerinin görüşmeyi yapan kişi tarafından saptanmasını içermektedir. Bu amaçla, gerçekle yüzleştirme, mantıkla açıklama, bilgi verme, iç görü kazandırma gibi yöntemler kullanılabilir. Kişinin eksikliklerine değil, güçlü yanlarına ve kaynaklarına yönelmek önemlidir. İnsanlar değişmek isterler, ama harekete geçmekte zorlanırlar. Amaç, var olan bu isteği ortaya çıkarmak ve güçlendirmektir (85). Anlamak, sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen empatik bir yaklaşım sergilemeyi içermektedir. Anlamak ve anladığını göstermek değişimi kolaylaştırır. Kişi değişimi gerçekleştirmek istemediği sürece, kişiye sürece yönelik öneriler sunulmamalıdır. Kişideki yanlışları değil, doğruları aramak ve konuşmak öncelikli olmalıdır. Desteklemek; direnci azaltır ve kişiyi cesaretlendirir (86).

2.8.2. Motivasyonel Görüşme Süreci

Kişini katılımı olmadan değişim sağlamak imkansızdır. Katılımı sağlamak sadece bilgi almak amacıyla soru-cevap yapmayı değil, bütüncül bakmayı içermektedir. Motivasyonel görüşme dört temel tekniği içermektedir (28) Bu teknikler, açık uçlu soruları sorma, destekleme, yansıtılmalı dinleme, özetleme ve değişimi konuşmadır. Motivasyonel görüşmede kullanılan; İngilizce OARS (Open questions, Affirming, Reflecting, and Summarizing), Türkçe ise AOYÖD olarak kısaltılan temel tekniklerdir (81).

Açık uçlu sorular sormak; süreci ayrıntılandırmak ve iş birliğini sağlamak için oldukça etkin olduğu bilinmektedir. Kişiyi daha çok anlatması için cesaretlendirir ve kişinin duygularını ve düşüncelerini öğrenmemize fırsat sağlar. Örneğin; Bu eğitimden faydalandınız mı? kapalı uçlu bir soru iken; eğitim hakkında ne düşünüyor sunuz? açık uçlu bir sorudur. Desteklemek, görüşmede ilişkinin başlatılması ve sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Desteklemek, aynı zamanda cesaretlendirmektir. Kişinin kendini farketmesini sağlayan önemli ve etkin bir adımdır. Kendine yeterli olma durumu bireyin herhangi bir görevi veya işi yürütebilmesi, başarabilme yeteneğidir (29).

Yansıtılmalı dinleme, kişinin söyledikleri cümleleri anlama ve kendisine tekrar yansıtılmasını içermektedir. Yansıtılmalı dinlemedeki amaç kişinin değişim konusunda konuşmasının desteklenmesi ve değişimi düşünmesinin sürdürülmesini sağlamaktır. Özetlemede ise amaç; toplanan bilgilerin yansıtılmasını amaçlar (85). Amaçlardan bir diğeri de ambivalansın meydana çıkarılmasıdır ve kişiye anladığını göstermenin bir yoludur. Kendine yeterlilik değişim için bir anahtardır. Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak, motivasyonel görüşmenin temel hedeflerinden birisidir. Değişim konuşması, kişinin davranış değişikliği istemesini; kendi sözel olarak ifade etmesidir (87). Motivasyonel görüşmede, değişim için motivasyon altyapısı oluşturulmalıdır. Bunun için ise önemlilik, güven- yeterlilik ölçekleri kullanılmaktadır. Önem ve güven ölçeği; davranış değişikliğinin üç ana teması ile ilişkilidir (28). Bunlar şu ifadelerini içermektedir;

- Önemlilik (Neden?): Bu değerli mi? Neden önemli? Bana ne fayda sağlar? Ne fark yaratır? Gerçekten bunu istiyor muyum?

- Güven-yeterlilik (Nasıl, ne?): Bunu yapabilir miyim? Nasıl gerçekleştirebilirim? ... ile nasıl başa çıkacağım? Başarılı olabilecek miyim?
- Hazır olma (Ne zaman?): Bunu yapmak zorunda mıyım? Önceliklerim neler?

Önemlilik cetveli örnekleri:

- ... sizin için bu durumun önem seviyesi nedir? Eğer sizin için önemliliği sıfır ile on arasında bir cetvel yaparsak ve 0 durumun hiç önemli olmadığını 10 ise çok önemli olduğunu ifade etse, sizin için hangi sayı uygun olurdu? 8 dediniz... Neden 7 değil de 8?

Güven - Yeterlilik cetveli örnekleri:

- Eğer bu durumunu düşünseydiniz, siz başarılı olma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
- Eğer güven durumunuz için sıfır ile on arasında bir cetvel yaparsak, 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u ifade ederse, sizin için hangi sayı uygun olurdu? “8 dediniz... Neden 7 değil de 8?”

2.8.3. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik Yaklaşımı

Motivasyonel görüşme, hemşirelik alanında hastaların davranış değişikliği oluşturmalarına teşvik etmek ve tedaviye uyumlarını güçlendirmeye yönelik oldukça etkin olarak kullanılmaktadır. Motivasyonel görüşmenin ruhu, hemşireler ve hastalar arasında hasta merkezli bakım, özerklik ve kişisel sorumluluğa odaklanan işbirlikçi bir ortaklıktır. Danışanın motivasyonunu, güvenini ve değişimin önündeki engelleri araştıran bir tekniktir. Motivasyonel görüşme sırasında hemşireler sorular sorar, hastanın yanıtlarını aktif olarak dinler ve hastanın mevcut sağlık davranışıyla şu anda nerede olduğuna ve gelecekte nerede olmak istediğine odaklanır (88). Hemşireler, kişilerin sağlık açısından etkin yaşam şekli tercihleri yapmalarına, tedavi planlarına uymalarına ve kronik hastalık yönetimini

desteklemek amacıyla bu tekniği kullanmaktadır. Motivasyonel görüşme tekniğinin hemşireler tarafından çok farklı alanlarda davranış değişikliği oluşturmak amaçlı kullanıldığı görülmektedir (89). Bağımlılık (90,91,92), diyabet (93,94,95), astım (96), kardiyovasküler hastalıklar (97,98) kronik ağrı (99) depresyon (100,101) gibi hastalıkların tedavi süreçlerinin desteklenmesinde uygulanmış ve olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir.

2.9. Hemodiyaliz ve Motivasyonel Görüşme

Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yöntemi, bu hastaların tedaviye olan uyumlarını artırmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek ayrıca sağlık hedeflerine ulaşmalarını desteklemek amacıyla kullanılan bir yaklaşımdır. Motivasyonel görüşme yöntemi, kişi ile sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimi güçlendirerek, hastaların kendi sağlık yönetimlerine aktif bir şekilde katılmalarını desteklemektedir (72). Motivasyonel görüşme yöntemi, HD tedavisi alan hastalarda, yeni davranışların geliştirilmesi veya yaşam tarzının değiştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca hastaların, değişim için farkındalıklarının artmasını ve olumlu düşüncelerinin güçlenmesini sağlamaktadır. Bu sayede HD tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlaması, diyet-ilaç yönetimi gibi tedaviye uyum sağlamalarında olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (83).

Motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz hastalarında kullanım durumu ve kapsamını tanımlamak için literatür taraması yapılmıştır. Öncelikle araştırma sorusu oluşturulduktan sonra, anahtar kelimelerin belirlenmesi gerçekleştirilmiştir. Araştırma sorusu PICOS formatında oluşturulmuş olup Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Motivasyonel görüşme yönteminin hemodiyaliz hastalarında kullanımı

P: Patient/Population	Hemodialysis patients	Hemodiyaliz hastaları
I: Intervention	Motivational interview	Motivasyonel görüşme
C: Comparison	Usual care	Rutin bakım
O: Outcome	Depends on purpose of study	Çalışma amacı
S: Study Type	Interventional	Müdahale

Taramaya Ocak 2010- Mayıs 2024 tarihleri arasında PubMed, Ebsco, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarında, örnekleme hemodiyaliz hastası olan, İngilizce tam metnine ulaşılabilen, girişimsel çalışmalar dahil edilmiştir. Tarama aşağıdaki terimlerle yapılmıştır:

(((((hemodialysis) OR (hemodialysis treatment) OR (hemodialysis patient) OR (motivational interview) OR (motivational interviewing method) OR (motivational interviewing technique)

Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalar Tablo 2.2. 'de özetlenmiştir.



Tablo 2.2. Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yöntemi ile ilgili çalışmalar

Çalışmanın yazar -yılı -ülke	Çalışmanın adı	Çalışmanın amacı	Çalışmanın yöntemi	Çalışmanın sonucu
1. Celano vd, 2023, ABD (102)	Böbrek yetmezliğinde uyumu teşvik etmek için yeni bir sağlık davranışı müdahalesi	Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda telefonla yapılan motivasyonel görüşme Müdahalesinin etkinliğini Belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Katılımcılara 12 hafta telefon ile motivasyonel görüşme oturumları gerçekleştirilmiştir. Veriler oturumlara başlamadan ve tamamlandıktan sonra toplanmıştır. MG oturumları değerlendirmesi 0-10 Likert ölçek ile yapılmıştır.	Motivasyonel görüşme oturumlarının sağlık davranışı uyumunda iyileşme sağladığı belirlenmiştir.
2. Mankih vd, 2022, Pakistan (28)	Hemodiyaliz hastalarının sağlık durumlarının iyileştirilmesinde motivasyonel görüşmenin rolü	Hemodiyalize giren hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesinde motivasyonel görüşmenin rolünü belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Hemodiyaliz tedavisi gören 30deney ve 30 kontrol grubu ile tek kör, randomize bir çalışmadır. Deney grubu beş oturumluk motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmıştır. Veriler Genel Sağlık Anketi (GSA) ile müdahale öncesi ve sonrası toplanmıştır.	Sonuçlar, deney grubundaki hemodiyaliz hastaları üzerinde motivasyonel görüşmenin anlamlı bir etkisi olduğunu, kontrol grubunda ise anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Motivasyonel görüşme, genel sağlık anketine göre, tümalt boyutlarında deney grubu için genel sağlık durumunun tüm yönlerini iyileştirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir.
3. Ok vd, 2021, Türkiye (15)	Kronik hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminin tedaviye uyum ve yaşam Kalitesine etkisi,randomize kontrollü birçalışma	Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda motivasyonel görüşme tekniği ile tedaviye olan uyumlarına, yaşam kalitesine etkisini incelemek için yapılmıştır.	Özel hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 30 müdahale ile 30 kontrol hasta ile yapılmıştır. Veriler, anket formu, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği, Kısa Form 36 ve hastane kayıtlarından bulunan biyolojik/biyokimyasal değerler ile toplanmıştır. ilk test sonrasında, deney grubuna 4 oturum ile motivasyonel görüşme tekniği, kontrol grubuna da herzamanki bakım verilmiştir. müdahale ve kontrol grubuna MG girişimleri öncesi ile sonrası ve 3 ay sonrasında izlem yapılmıştır.	Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum SDBYUÖ toplam puanortalamaları arasında deney grubundan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

4. Griva vd, 2019, Singapur (103)	Kombine diyabet ve böbrek kontrolü çalışması (C-DIRECT) –diyabetli ve diyaliz hastalarındaki sonuçları karma yöntem yaklaşımı kullanarak değerlendirilmesi, randomize kontrollü bir çalışma	Son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda motivasyonel görüşme ve öz yönetime dayalı, "Kombine Diyabet ve Böbrek Kontrol Çalışması" (C-DIRECT) müdahalesinin uygulanabilirliğini ve kabul edilebilirliğini araştırmak amacıyla yapılmıştır.	Diyaliz merkezlerinde, DM ve SDBY bulunan 44 hemodiyaliz hastası diyaliz seanslarına göre randomize edildi. 20 hasta müdahaleye 24 hasta kontrol grubunda yer aldı. C-DIRECT müdahalesi, diyabet hemşiresi tarafından gerçekleştirilen haftalık üç oturumda gerçekleştirildi. Veriler başlangıçta ve 12 hafta sonra elde edildi.	Sonuçta müdahale grubunda, böbrek hastalığı yaşam kalitesinde olumlu değişiklikler ve HbA1c düzeylerinde azalma saptanmıştır. Diğer klinik belirteçler ve hasta tarafından bildirilen diğer sonuçlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.
5. Dashtidehkordi vd, 2018, İran (104)	Motivasyonel görüşmenin hemodiyalize giren Hastaların sağlık Durumuna etkisi, randomize kontrollü bir çalışma	Bu çalışmada motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sağlık durumu üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.	Tek kör randomize kontrollü çalışma, hemodiyaliz tedavisi gören 57 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar kota örnekleme yöntemiyle seçilerek deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Deney grubuna beş oturum motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmış, kontrol grubuna hastalıkları hakkında beş oturum grup tartışması yapılmıştır. Genel Sağlık Anketi (GSA), müdahale öncesi ve sonrasında deney ve kontrol gruplarına uygulanmıştır.	Motivasyonel görüşme yönteminin hemodiyaliz hastalarının genel sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Müdahale öncesinde iki grubun genel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yokken, müdahaleden bir hafta sonra müdahale grubunun genel sağlık puanı ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.
6. Huang vd, 2018, Çin (105)	Hipertansiyonu olan hemodiyaliz hastalarında öz yönetim desteğinin etkinliği: randomize kontrollü bir çalışma	Kan basıncı (KB) kontrolü ve sağlık davranışları için öz yönetim desteğinin etkinliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.	90 yetişkin hemodiyaliz hastası ile gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubuna (46), öz yönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmeden oluşan bir müdahale uygulandı. Kontrol grubuna (44) standart bakım ve rutin sağlık eğitimi verildi. Birincil sonuç, her hemodiyalizden önce izlenen KB ile ölçüldü. Diğer veriler, evde KB takibi ve ilaç uyumu (morisky ilaç uyum ölçeği) ile diyet uyumu tuz tüketimi modifiye balans formülü ile değerlendirilmiştir. Veriler başlangıçta ve müdahaleden 1, 3 ve 6 ay sonra toplanmıştır.	Motivasyonel görüşme ile öz-yönetim desteği, hastalarda tuz kısıtlamasının iyileştirilmesinde ve ilaç uyumunda etkili olduğu, daha iyi KB kontrolünü desteklediği bulunmuştur. Müdahale grubu sistolik kan basıncında başlangıca göre sürekli düşüşlerin olduğu belirtilmiştir. Müdahale grubu, başlangıca göre sağlık davranışlarında biriyileşme göstermiştir (daha az tuz alımı, iyi KB kontrolü ve ilaç uyumunda artış).

7. Crown vd, 2017, Kanada (106)	Hemodiyalizdeki hastalarda interdiyalitik sıvı kilo alımının öz bakım yönetiminin geliştirilmesi: motivasyonel görüşme kullanılan bir pilot çalışma	Hemodiyaliz hastalarında Motivasyonel görüşme yönteminin sıvı alımının kısıtlanmasında hasta merkezli ve işbirlikçi bir yaklaşımın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.	18 hemodiyaliz hastasına 4 hafta boyunca haftada 3-4 kez 15-30 dk lık motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmıştır. İntradiyalitik sıvı alımı başlangıçta ve müdahale sonrası ölçülmüştür.	Çalışmanın sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmamasına rağmen katılımcılar motivasyonel görüşmenin çok olumlu ve etkin olduğunu hissettiklerini ifade etmişlerdir.
8. García vd, 2014, İspanya (107)	Motivasyonel görüşme, kronik böbrek hastalığı olan diyaliz öncesihastalarda uyum ve refah	Bu çalışmanın amacı, altı aylık bireysel psikoeğitim oturumu programının hastaların tıbbi tedavilere uyumunu, psikolojik durumunu artırmada etkinliğini incelemektir.	Görüşmeler 6 ay, ayda bir 90 dakikalık seanslar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Veriler, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQL), Morisky uyum ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ile girişim öncesi ve sonrası ölçülmüştür. Biyokimyasal belirteçler de kaydedilmiştir.	Sonuçlar, müdahaleden sonra hastaların önemli ölçüde daha düşük depresyon ve kaygı düzeyleri ve daha iyi HRQL bildirdiklerini göstermektedir.
9. Russell vd, 2011, ABD (108)	Diyalize Uyum Çalışmasında Motivasyonel Görüşme	Hemodiyaliz alan yetişkin hastalarda tedavi, diyet, ilaç tedavisi ve sıvı uyumu konusunda motivasyonel görüşme tekniğinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.	29 hemodiyaliz hastasına 3 ay, ayda 1 kez motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Veriler üç aylık motivasyonel görüşme müdahalesinden önce ve sonra, The Health Care Climate anketi ile toplanmıştır.	Motivasyonel görüşmenin diyet uyumunda etkili olduğu, sıvı uyumunda etkili olmadığı bildirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmanın ilk aşaması, Kim, Lee ve Chang tarafından geliştirilen ve orjinal ismi “Patient on Hemodialysis Resilience Scale” olan “Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış metodolojik bir araştırmadır (20).

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi ve Yenikent Diyaliz Merkezi’nde 26 Nisan- 25 Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çiğdem Diyaliz Merkezi’nde 120 hasta, Yenikent Diyaliz Merkezi’nde 80 hasta tedavi görmektedir. Çiğdem Diyaliz Merkezi’nde toplam 3 hemşire, 7 diyaliz teknikeri ve 2 diyaliz hekimi; Yenikent Diyaliz Merkezi’nde 5 hemşire, 4 diyaliz teknikeri ve 1 diyaliz hekimi çalışmaktadır. Çiğdem Diyaliz Merkezi 1 HBs (+), 1 HCV(+) toplamda 35 hemodiyaliz cihazı ile, Yenikent Diyaliz Merkezi 1 HBs (+), 1 HCV(+) toplamda 20 hemodiyaliz cihazı ile hizmet vermektedir. Ayrıca her iki merkezde hasta ve hasta yakını dinlenme salonu, doktor odası ile hemşire odası, giyim odası bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı 26 Nisan 2021- 25 Mayıs 2021 tarihleri arasında HD merkezlerindeki hastalar oluşturmuştur (N=200). Örneklem seçimi gerçekleştirilirken kişi sayısı dikkate alınarak faktör analizlerinin yapılabilmesinde tüm maddelerde her biri için en az 5 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (109). Yirmi maddeden oluşan Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği için en az 100 hastaya ulaşılması planlanmıştır. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 136 hasta oluşturmuştur. Ölçeğin zaman içinde değişmezliği ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla, ilk değerlendirmeden 2 hafta sonra örnek içinde ulaşılabilen 50 hasta ile test-tekrar test çalışması yapılmıştır. Test-tekrar test çalışması, uygulanan testin aynı kişilerde benzer koşullarda farklı zaman dilimlerinde

uygulanmasını içermektedir. Test-tekrar test çalışmasında iki ölçüm arası geçen sürenin önemli olduğu ve 2 ile 4 hafta arasında uygulandığı belirtilmektedir (110). Genellikle birinci ve ikinci ölçüm arasında 2 hafta gibi bir süre olması uygun görülmektedir (111).

➤ Örneklemeye dahil edilme kriterleri:

- En az 3 aydır HD tedavisine devam eden
- 18 yaş ve üzerinde olan
- Haftada 3 kez diyaliz tedavisi alıyor olan
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olan
- Okur ve yazar olan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar

➤ Örneklemeye dahil edilmeme kriterleri:

- DSM IV TR veya ICD-10'a göre psikiyatrik tanı alan hastalar

Araştırmanın verileri Hasta Bilgileri Formu ve Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği-TR ile toplanmıştır. Literatürden (20,83,112,113) yararlanarak hazırlanan hasta bilgileri formunda 2 bölüm bulunmaktadır. Form; hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzeyleri, evde kimlerle birlikte yaşadıkları, çalışma durumları, sağlık güvencesi) ve hastalık süreci ile ilişkin bilgilere yönelik toplam 18 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

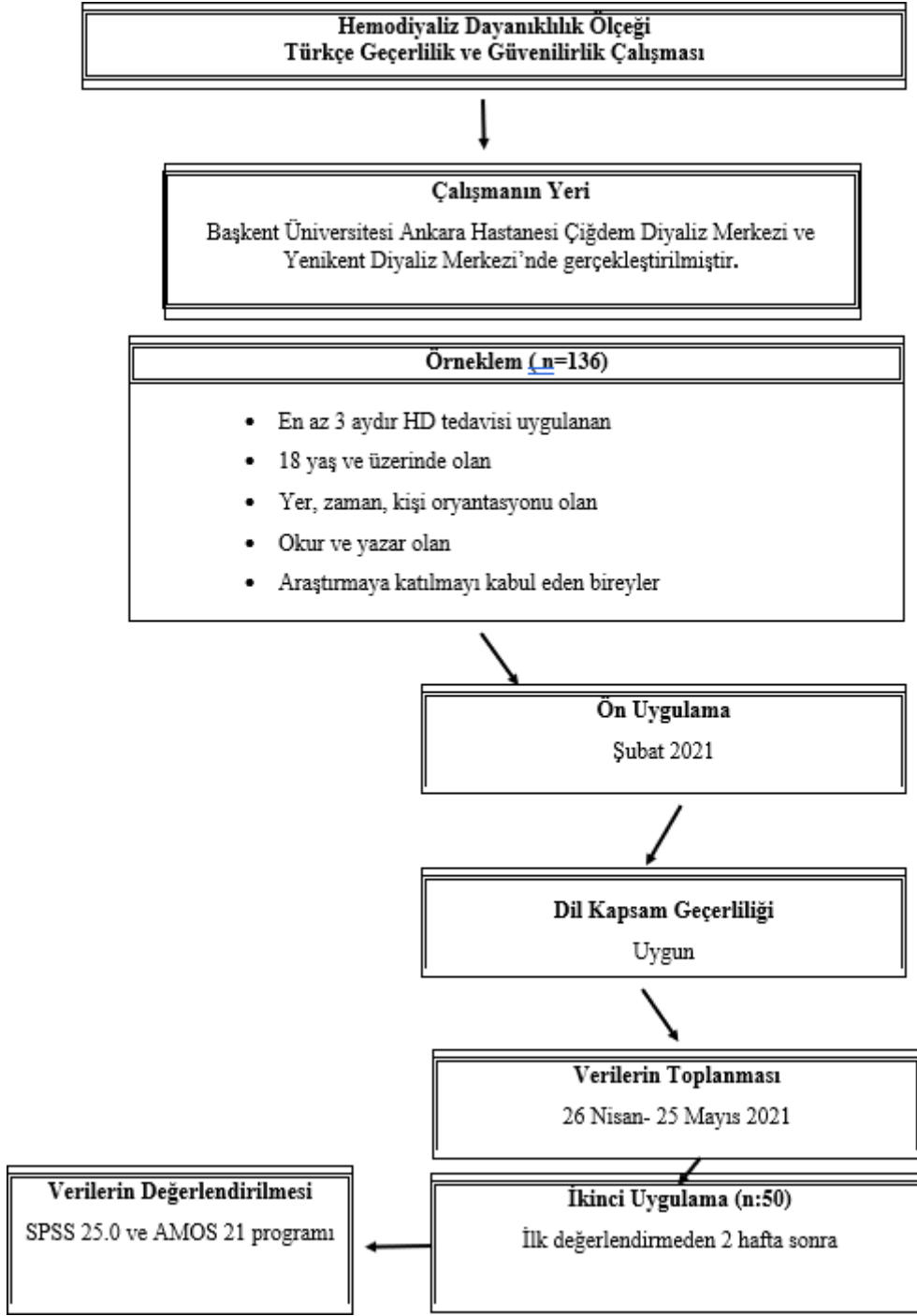
Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği

Toplam 20 maddeden oluşan ölçek; Kim, Lee ve Chang tarafından geliştirilen Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği'ne uygun olarak hazırlanmış olup orijinal dili İngilizce'dir. Ölçek 5'li Likert tipte olup "0=kesinlikle katılmıyorum, 1=katılıyorum, 2=kararsızım, 3=katılıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum" biçiminde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en az puan 0 en çok puan ise 80'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça dayanıklılık düzeyi artmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin faktör analizinde 3 alt boyut saptanmış olup bunlar "F1: şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı", "F2: yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması" ve F3: hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi" dir (EK 2). Birinci alt boyut; şu anda kişinin anlam bulma

eğilimi olduğunu ve hayat zor olsa bile pes etmeden olumlu bir anlam bulmak istemesini ifadeetmektedir. İkinci alt boyut; kişinin çevresi, ailesi aracılığı ile yaşama olan bağlılığının artırılması ve zorlukların üstesinden gelme çabasının güçlendirilmesini içermektedir. Üçüncü alt boyut; hemodiyaliz bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmesi ve yaşam rutinleri arasında yer almasını belirtmektedir (20).

Birinci Aşama Araştırma Süreci

Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği geçerlik ve güvenilirliğinin test edilebilmesi için; kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş kılavuzu rehberolarak kullanılmıştır (114). Ölçeğin orijinalini geliştiren Sung Ok Chang'den e-mail yoluyla gerekli izin alınmıştır (EK 3). Ölçeklerin farklı kültürlerden araştırmacılar tarafından kolaylıkla anlaşılabilmesi ve eşdeğer anlam taşıyabilmesi için kültürlerarası verilerdeki yapıyı eşit ölçen çeviri veya dilsel eşdeğerliğe sahip olması gerekmektedir (115). Ölçek, dil geçerliliği için araştırmacı ve bir akademisyen tarafından birbirinden bağımsız biçimde Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe ve orijinal İngilizce formu; beş akademisyen hemşire, bir yönetim ve organizasyon alanında akademisyen, iki sorumlu hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir uzmanpsikolog, iki uzman nefroloji doktoru olmak üzere farklı alanlarda uzman on iki kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan alınan yanıtlara göre ölçeğin kapsam geçerlilik oranı (KGO) hesaplanmıştır (56,108,115). KGO için Davis (1992) tekniği kullanılmış olup beş maddenin kapsam geçerlilik oranı 0.83, diğer beş maddenin kapsam geçerlilik oranı 0.91, diğertüm maddeler, başlık ve açıklama kısımlarının kapsam geçerlilik oranı 1 olarak bulunmuştur (116). Bu aşamadan sonra ölçeğin dil bakımından anlaşılabilirliğini test etmek için beş hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama verileri örnekleme dâhil edilmemiştir. Uzman görüşlerine ve ön uygulama verilerine göre son hali verilen ölçeğin Türkçe versiyonun İngilizce'ye geri çevirisi, ölçeğin orijinalini görmemiş iki dil bilimci tarafından yapılmıştır. İngilizce çeviriler ölçeğin orijinali ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra geri çevirisi yapılmış olan ölçek, ölçeği geliştirenlere gönderilerek değerlendirilmesi istenmiştir ve uygun bulunmuştur. Araştırma Süreci Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Süreci

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Normallik varsayımının test edilmesinde çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınmıştır. Elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri -1.5 ile +1.5 aralığında olduğu, verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (117). Toplanan verilerin uygun analiz yöntemiyle analiz edilmesinin en önemli koşulu verilerin güvenilirliğidir (118). Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla; açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test yöntemiyle incelenmiştir. Test-tekrar test değerlendirmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Araştırmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

Birinci Aşama Bulgular

Araştırmaya iki diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan 136 hasta katılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $54,66 \pm 14,93$ 'tür. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %50'si erkek, %30.8'i 65 yaş ve üzeri, %20.6'sı üniversite mezunu, %78.7'si evli, %32.4'ü emekli ve %71.3'ünün orta gelir grubunda olduğu görülmektedir. Hastaların %27.2'si 10 yıl ve üzeri hemodiyaliz tedavisi almakta ve %51.5'inin böbrek yetmezliği dışında bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Yaş ($\bar{x} \pm ss=54.66 \pm 14.93$; min:21- max:85)	n (%)
21-44	37 (27.2)
45-54	30 (22.1)
55-64	27 (19.9)
65 ve üstü	42 (30.8)
Cinsiyet	
Erkek	68 (50.0)
Kadın	68 (50.0)
Eğitim Düzeyi	
Okur yazar	16 (11.8)
İlköğretim	68 (50.0)
Lise	24 (17.6)
Üniversite	28 (20.6)
Medeni Durum	
Bekar	29 (21.3)
Evli	107 (78.7)
Meslek	
Emekli	44 (32.4)
Ev hanımı	31 (22.8)
İşçi	34 (25.0)
Memur	27 (19.9)
Gelir Durumu	
Düşük	17 (12.5)
Orta	97 (71.3)
Yüksek	22 (16.2)
Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Zamanı ($\bar{x} \pm ss=6.73 \pm 6.5$; min:1- max:23 yıl)	
1-4 yıl	73 (53.70)
5-9 yıl	26 (19.1)
10yıl ve üzeri	37 (27.20)
Vasküler Giriş Yolu	
Arteriovenöz Fistül	88 (64.7)
Vasküler Kateterizasyon	48 (35.3)
Böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalık durumu	
Evet	70 (51.5)
Hayır	66 (48.5)
Kronik hastalık (n=70)	
Diabetes Mellitus	37 (52.9)
Hipertansiyon	36 (51.4)
Böbrek nakli olma durumu	
Evet	15 (11.0)
Hayır	121 (89.0)

\bar{x} :Ortalama, ss: Standart Sapma, min: Minimum, Max: Maksimum

Araştırmaya katılan katılımcıların Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlardan elde edilen verilere uygulanan temel bileşenler analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testine ait sonuçlar Tablo 3.2’de sunulmuştur. Bu sonuca göre, örneklem büyüklüğü faktör analizi için yeterlidir (KMO değeri 0.872). Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bartlett testi sonucu da anlamlı çıkmıştır (Bartlett’s=2060.485; $p<0.05$). Bu bulgular açıklayıcı faktör analizi için gerekli olan varsayımların karşılandığını ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (119,120,121).

Tablo 3.2. Ölçeğin Marka Değeri, KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

KMO and Bartlett's Test	Marka Değeri
Kaiser-Meyer-Olkin Uygunluk Ölçüsü	0.872
Bartlett' Küresellik Testi	
Yaklaşık Ki-Kare	2060.485
S.D.	190
p	0.000

Ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yöntemi ve Varimax döndürme yöntemi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ortaya çıkan üç faktörlü yapının istatistiki açıdan ve anlamsal açıdan yeterli olduğu görülmüştür. Ayrıca açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yüklerinin belirli bir düzeyde olması istenmektedir (118). Analizde faktör yükü 0,40’dan düşük olan madde bulunmadığı için 20 maddenin tamamı ile faktör analizi yapılmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

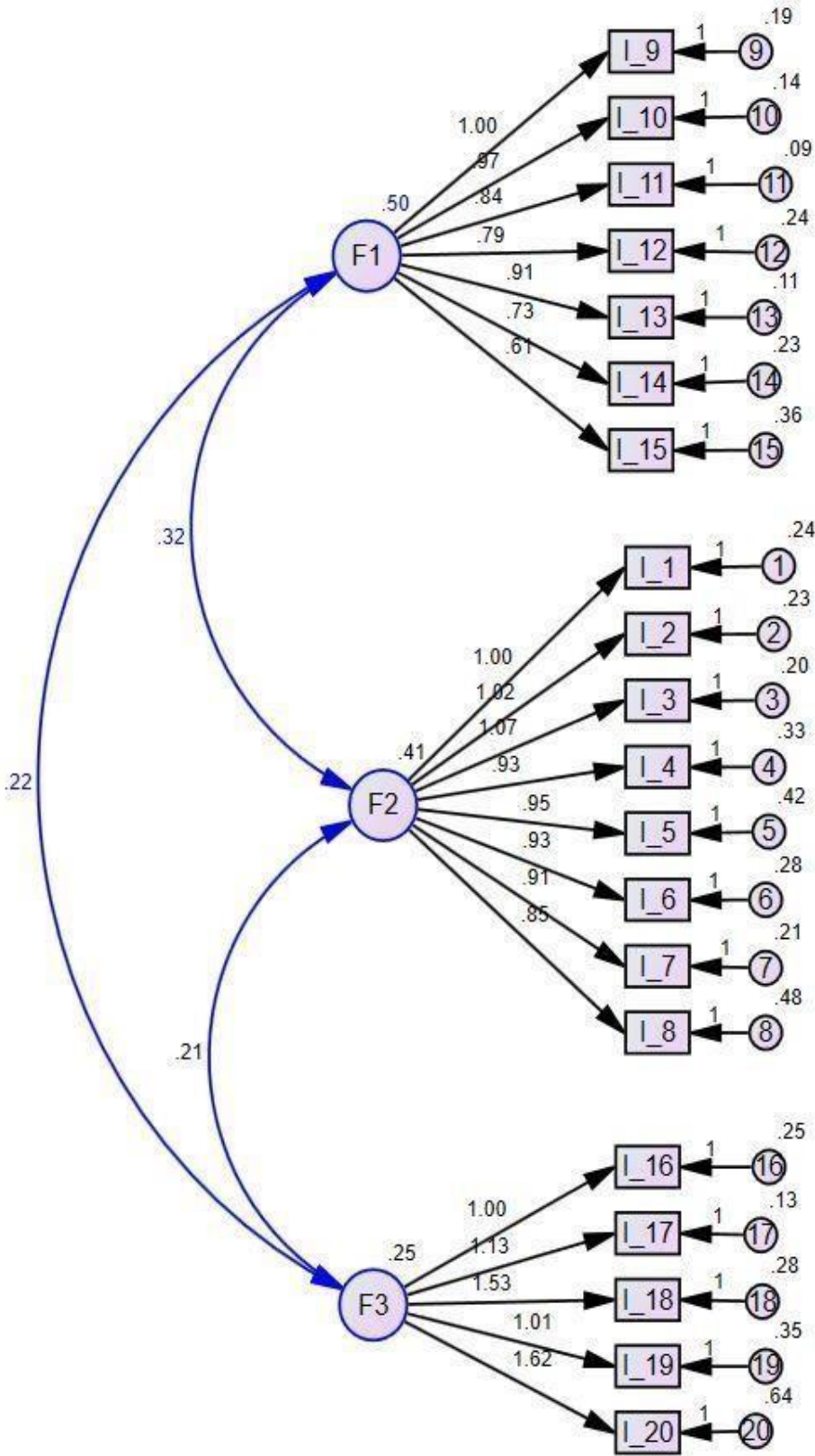
Maddeler	Faktörler		
	Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi
9. Hemodiyalizin neden olduğu fiziksel zorlukların üstesinden gelmek için kendi yöntemlerim var.	0.768		
10. Birinden yardım istemek yerine daha güçlü olmalıyım diye düşünüyorum.	0.828		
11. Hastalığımı her zaman önemsiyorum ve daha iyi anlamaya çalışıyorum.	0.820		
12. Ailemin bir üyesi olarak sorumluluk almak istiyorum.	0.762		
13. Hayatımın, ailemin yaşantısını zorlaştırmasına izin vermemeye çalışıyorum.	0.767		
14. Güçlüklerin üstesinden gelerek adım adım gelişebileceğimi düşünüyorum	0.744		
15. Aralıksız hemodiyalize giriyor olsam da, yaşam hedeflerime ulaşmayolundayım.	0.529		
1. Ben yaşamak için iyi bir sebebi olan önemli bir insanım.		0.770	
2. Hemodiyalizle birlikte yaşamım zor olsa da bu durumun üstesinden gelebileceğime inanıyorum.		0.798	
3. Hemodiyalizin bana verdiği ikinci yaşamın zorluklara değer olduğunu düşünüyorum.		0.762	
4. Hayatımı şimdi dolu dolu yaşamam gerektiğini düşünüyorum.		0.718	
5. Hayatımın zor olduğunu hissettiğimde, geçmişteki güzel anıları hatırlayarak güçleniyorum.		.0632	
6. Ne zaman hayat zorlaşsa, ailemi düşünerek yaşama cesareti hissediyorum.		0.688	
7. Stresli olduğum zamanlarda bana yardım edecek ailem ve arkadaşlarım var.		0.737	
8. Hastalandıktan sonra ilişkilerimin değerli olduğunu fark ettim.		0.525	
16. Hemodiyalizin rutinimin bir parçası olduğunu düşünüyorum.			0.547
17. Hemodiyaliz ile fiziksel olarak olumlu değişiklikler hissettiğim için bunu yaşamımın bir parçası olarak kabul edebilirim.			0.766
18. Hemodiyalize girerek hayatımın yeniden denge kazandığını hissediyorum.			0.740
19. Hayatta kalmanın yolu hemodiyaliz olduğu için, ölmek için hemodiyalize girmek zorundayım			0.809
20. Ölümden korkuyorum, ancak hemodiyaliz hastaları ve sağlık personeli ile konuşarak bu korkumu yenmek istiyorum.			0.727
Ozdeğer	5.04	4.88	3.43
%Açıklanan Varyans	25.22	24.42	17.18
Yıgmal Varyans	25.22	49.82	66.82

Bir ölçeğin güvenilir olabilmesi için o ölçeğin faktörlerinin toplam varyansın en az %50'sini açıklaması gerekmektedir (118). Tablo 3.4 'te, oluşan üç faktörün (alt boyut) toplam varyansın %66.82'sini açıkladığı anlaşılmaktadır. Tablodaki, faktörlerden özdeğeri 5.04 olan birincisinin ölçeğe ait toplam varyansın %25.22'sini, özdeğeri 4.88 olan ikincisinin ölçeğe ait toplam varyansın %24.42'sini ve özdeğeri 3.43 olan üçüncüsünün ölçeğe ait toplam varyansın %17.18'ini açıkladığı görülmektedir. Ölçek orijinalinde açıklanan varyans toplam varyansın %64'üdür.

Tablo 3.4. Ölçeğin Varimax Dönüşümü Öncesi ve Sonrası Faktör Özdeğer ve % Varyans Değerleri

Faktör	Özdeğer		Varyans (%)		Yığılmış Varyans (%)	
	Dönüşümden Önce	Dönüşümden Sonra	Dönüşümden Önce	Dönüşümden Sonra	Dönüşümden Önce	Dönüşümden Sonra
Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	9.841	5.045	49.207	25.223	49.207	25.223
Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	1.870	4.885	9.349	24.423	58.555	49.647
Hemodiyaliz günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi	1.655	3.436	8.273	17.181	66.828	66.828

Orijinal faktör yapısı 3 alt boyut ve 20 maddeden oluşan Hemodiyaliz Dayanıklılık ölçeğinin faktör yapısını test etmek için AMOS (Moment Yapılarının Analizi) "Maksimum Olabilirlik (ML)" tahmin yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinin sonucunda açıklayıcı faktör analizinde olduğu gibi 3 faktör elde edilmiş; bu faktörlerin açıklayıcı faktör analizi ile aynı maddeleri kapsadığı görülmüştür.



Şekil 3.2. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Türkçe Versiyonu Path Diyagramı

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ilgili modelin teorik yapısının açıklanmakta yeterli olup olmadığı test edilir (117). Tablo 3.5’te ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; $\chi^2(\text{Cmin}/\text{df})$: 2,78 ve SRMR: 0,046 ile mükemmel uyum, CFI: 0.889 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği ve ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (122,123,124).

Tablo 3.5. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeksleri

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Sonuçları
RMSEA	$0 \leq \text{RMSEA} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{RMSEA} \leq 0,10$	0.115
SRMR	$0 \leq \text{SRMR} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{SRMR} \leq 0,10$	0.046
GFI	$0,90 \leq \text{GFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{GFI} \leq 0,90$	0.774
NFI	$0,90 \leq \text{NFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{NFI} \leq 0,90$	0.787
CFI	$0,90 \leq \text{CFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{CFI} \leq 0,90$	0.889
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/\text{df} \leq 3$	$3 \leq \chi^2/\text{df} \leq 5$	2.78

CFI, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi; GFI, Uyum İyiliği İndeksi; NFI, Normlaştırılmış Uyum İndeksi; RMSEA, yaklaşım hatasının ortalama karekökü, SRMR, standartlaştırılmış ortalama karekökü.

Tablo 3.6’da Hemodiyaliz dayanıklılık ölçeği orjinal ve Türkçe versiyonu karşılaştırıldığında bütün alt boyutlarda önemli yapısal farklılıklar ortaya çıkmıştır. Buna göre ölçeğin orijinal ve Türkçe versiyonunun ilk boyutu “Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı” olup 11,12,13 ve 14. maddeler her iki versiyonda da ortaktır. Ölçeğin orijinal versiyonunun ikinci alt boyutu olan “Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi” Türkçe versiyonunda üçüncü alt boyut olarak saptanmış olup 16, 17,18 ve 20. maddeler orijinal versiyonla ortaktır. Ölçeğin orijinal versiyonunun üçüncü alt boyutu olan “Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması” Türkçe versiyonunda ikinci alt boyut olarak saptanmış olup 6,7 ve 8. maddeler orijinal versiyonla ortaktır. Elde edilen faktör sayıları ve faktörlerin kapsadığı maddeler orijinal ölçek ile tamamen uyumlu olmayıp; bu durum çalışmanın yapıldığı ülkelerin kültürel farklılıklarıyla açıklanabilir. Faktörlere ilişkin orjinal ölçeğin yazarı Sung Ok Chang' e email gönderilerek onayı alınmıştır.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır. Güvenirlilik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40 - 0.60 arasında ise düşük güvenirlilikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (125).

Hemodiyaliz Dayanıklılık ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0.846 ile 0.923 arasında olduğu saptanmış olup bu alt boyutların önemli derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği için elde edilen iç tutarlılık katsayısı $r = 0.940$ olup bu ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu belirtmektedir.

Tablo 3.6. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği Madde Dağılımları, Cronbach Alfa Katsayıları ve Alt Boyutlarının Ölçeğin Orijinali ile Karşılaştırılması

Orijinal Versiyon			Türkçe Versiyon		
Boyutlar	Maddeler	Cronbach Alfa	Boyutlar	Maddeler	Cronbach Alfa
Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	1-5, 11-14, 19	0.926	Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	9-15	0.923
Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi	9, 15-18, 20	0.882	Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	1-8	0.909
Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	6-8, 10	0.834	Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi	16-20	0.846
Genel	20	0.936		20	0.940

Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 3.7.'de sunulmuştur. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği genel puanı ile her alt boyut arasında pozitif yönlü orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 3.7. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi	Genel
Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı	r:1.00000			
Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması	r:0.673 p<.0001	r:1.00000		
Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi	r:0.575 p<.0001	r:0.597 p<.0001	r:1.00000	
GENEL	r:0.873 p<.0001	r:0.904 p<.0001	r:0.802 p<.0001	r:1.00000

Test- tekrar test yöntemi, ölçüm aracının güvenilirliğinin zaman içinde değişmezlik durumuna göre değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu yöntemde testin ilk uygulandığı örneklemdaki bireylere tekrar uygulanması; ancak ikinci uygulama zamanının bireyin ilk değerlendirmede verdiği cevapları hatırlamayacağı kadar uzun; ölçülen özellikle ilgili önemli bir değişiklik yaşamayacağı kadar kısa olması önemlidir (126). Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği birinci ölçüm ve ikinci ölçüm puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p_1 > 0,05$), iki ölçüm arasındaki korelasyon $r=0,680$ olarak hesaplanmıştır. Ölçek zaman içinde değişmezlik bakımından güvenilir bulunmuştur. Ölçek orijinal versiyonunda ikinci test örneklemin %70'i ile ilk uygulamadan 2 hafta sonra uygulanmış ve test-tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayısı 0.852 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.8. Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin Test ve Tekrar-Test Analiz Sonuçları

	n	Ort.	SD	Korelasyon		Eşli örneklem t-testi		
				r	p_1	t	df	P_2
test	136	59.72	10.63					
retest	50	60.20	10.30	0.680	0.687	0.405	49	0.000

3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın ikinci aşaması, hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hemodiyaliz dayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisinin belirlenmesine yönelik, randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın ClinicalTrials.gov kayıt numarası: NCT05671536' dır.

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği (HHDÖ) ve alt boyutları ile Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği (SDBYUO) ve alt boyutları bağımlıdeğişkenlerdir.

Araştırmanın bağımsız değişkeni; Hastaya ait sosyo-demografik ve hastalık özellikleri,biyokimyasal özellikler ve motivasyonel görüşme yöntemi bağımsız değişkenlerdir.

3.2.3. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde Haziran 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde200 hasta tedavi görmektedir. Ümitköy Diyaliz Merkezi 2'şer yataklı 1 HBs (+) ve 1 HCV(+) salonu, üç adet on iki yataklı salon, 1 adet on yataklı salon, 1 adet beş yataklı salon ile haftanın 6 günü (Pazartesi- Çarşamba- Cuma/ Salı-Perşembe-Cumartesi) 07.00-17.00 saatleri arasında,sabah ve öğlen olmak üzere 2 seans hizmet vermektedir. Merkezde 5 hemşire, 16 diyaliz teknikeri ve 2 diyaliz hekimi çalışmaktadır. Hastalar ile ayın ilk haftası, 1 kez diyetisyen görüşmesi yapılmaktadır. Ayrıca acil müdahale odası, doktor odası, ofis, teknisyen odası, personel giyinme odaları, hasta giyinme odaları, bekleme salonu ve konferans salonu bulunmaktadır.

3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı Haziran 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde düzenli olarak HD tedavisi alan hastalar oluşturmuştur (N=200).

Araştırma örneklemini ise, Başkent Üniversitesi Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde düzenli olarak HD tedavisi alan ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G-power 3.1.9.4 programı ile belirlenmiştir. Referans araştırmadan alınan veriler ile araştırmanın örneklemi 0.66 etki büyüklüğü, 0,05 alfa hata payı, 0,95 araştırma gücünü sağlayacak en küçük örneklem büyüklüğü her bir grupta 26 hasta ile toplam 52 hasta olması saptanmıştır (23). Araştırma yürütülürken yaşanabilecek kayıplar da dikkate alınarak araştırmanın sonuçlarının desteklenmesi ile güvenilirliğin artırılması için %10'luk bir artış ile 29 müdahale - 29 kontrol grubu, toplamda 58 hasta ile yapılması planlanmıştır. Müdahale grubu 1 hastanın cep telefonu kullanmamasından kaynaklı iletişim kurulamaması ve 1 hastanın düzenli hemodiyaliz seanslarına devam etmemesi nedeniyle örneklem dışında bırakılarak 27 hasta ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.3. G-Power Örneklem Hesabı

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- En az 6 aydır HD tedavisi alan
- Haftada 3 gün HD tedavi planı olan
- 18 yaş üzerinde olan
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olan
- En az ilkokul mezunu olan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- Mobil telefonu olan

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri:

- DSM IV TR veya ICD-10'a göre psikiyatrik tanı alan bireyler

Örneklemeden Çıkarılma Kriterleri

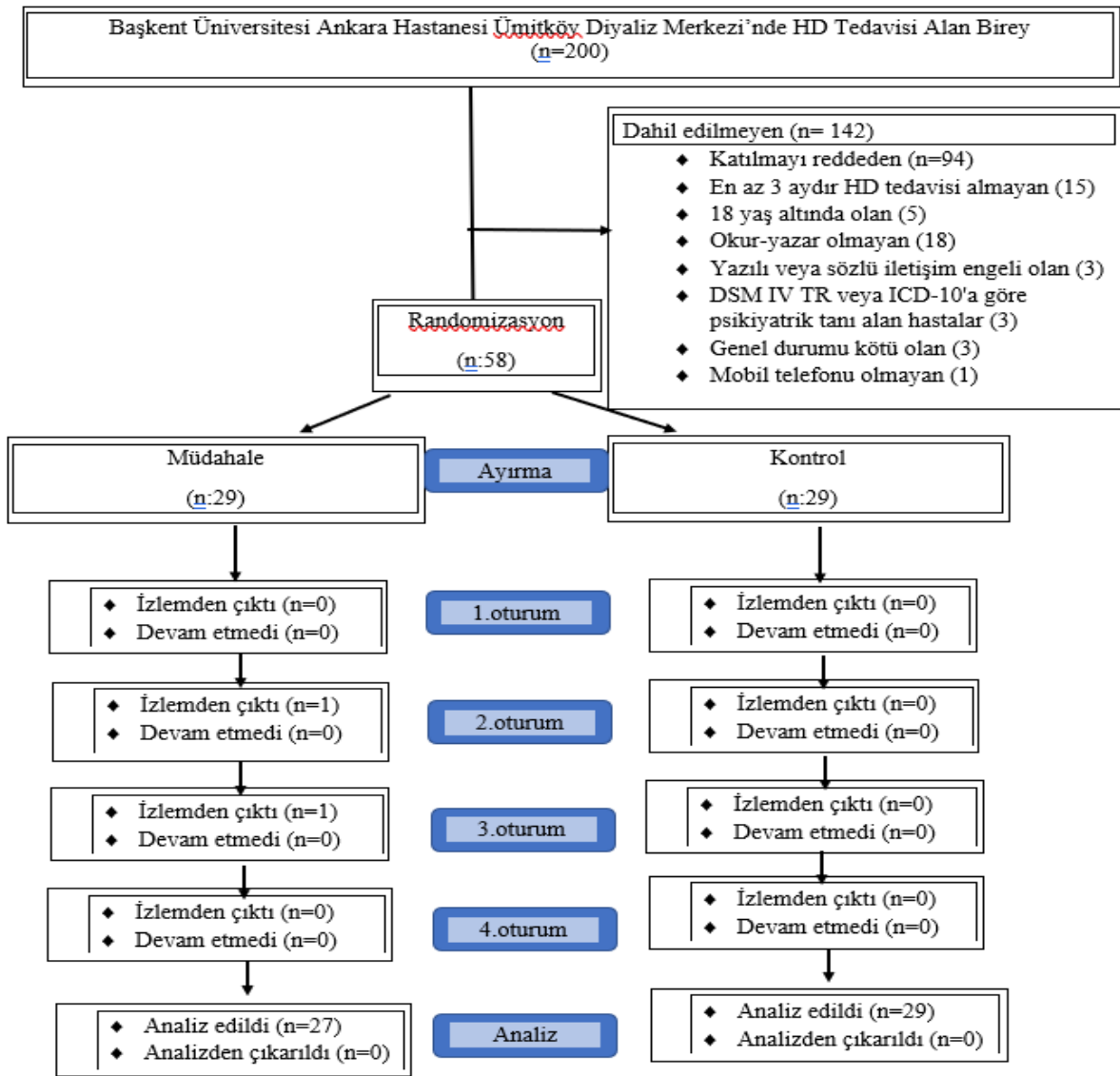
- Genel durumunda bozulma olan bireyler
- Araştırmadan ayrılmak isteyen bireyler

3.2.5. Randomizasyon

Randomizasyon, örneklemin gruplara atanmasını rastgele yaparak, olası yanlılıkları azaltmayı ve sonuçların daha güvenilir olmasını desteklemektedir (126). Eşit sayıda örneklem sağlamak amacıyla "basit randomizasyon yöntemi" seçilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının tayin edilmesinde seçim yanlılığını azaltmaya yönelik araştırmada doğrudan rolü olmayan üçüncü bir kişi tarafından (diyaliz merkezi başhemsiresi) liste oluşturulmuştur. Müdahale ve kontrol grubu hastalar hemodiyaliz seansı farklı günlerde olacak şekilde planlanmıştır. Araştırmada, araştırmacı ile hemşirelerin hastaların buldukları grupları bilmesi sebebiyle körleme sadece biyoistatistik uzmanına yapılmıştır. Araştırmada istatistik değerlendirmeyi yapan uzmana veriler 1 ve 2 şeklinde kodlanarak iletilmiştir.

3.2.6. Araştırma Consort Akış Diyagramı

Şekil 3.4.'de araştırmanın CONSORT diyagramı verilmiştir. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy diyaliz merkezinde HD tedavisi alan 200 hastanın, 48'inin çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olmadığı ve 94 hastanın araştırmaya katılmayı kabul etmediği görülmektedir. Böylece araştırmaya 58 birey dâhil edilerek müdahale ve kontrol gruplarına 29'ar birey şeklinde atanmıştır. Araştırmanın müdahale grubunda ikinci oturumda bir hastanın telefon kullanmaması, müdahale grubunda üçüncü oturumda bir hastanın rutin HD seanslarına devam etmemesi nedeniyle izlemden çıkartılmıştır.



Şekil 3.4. Araştırma Consort Akış Diyagramı

3.2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Hasta Bilgi Formu, Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği-TR, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği, Motivasyonel Görüşme Tekniği Memnuniyet Formu ile elde edilmiştir.

Hasta Bilgileri Formu

Verilerin toplanmasında literatürden (20,110,111) yararlanılarak hazırlanan formda, araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzeyleri, evde kimlerle birlikte yaşadıkları, çalışma durumları, sağlık güvencesi) ve hastalık süreci ile ilişkin bilgilere yönelik toplam 18 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği-TR

Toplam 20 maddeden oluşan ölçek Kim, Lee ve Chang tarafından geliştirilmiştir (20). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği araştırmacı tarafından uygulama öncesinde gerçekleştirilmiştir (127). Ölçek 5’li Likert tipte olup “0= kesinlikle katılmıyorum, 1=katılıyorum, 2=kararsızım, 3=katılıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum” biçiminde puanlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek toplam puan en az puan 0 en çok puan ise 80’dir. Ölçekten alınan puan arttıkça dayanıklılık düzeyi artmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin faktör analizinde 3 alt boyut saptanmış olup bunlar “F1: şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı”, “F2: yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması” ve “F3: hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi”dir (EK 2). Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0.940 olup; araştırmacının 2. aşamasında, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.932 olarak bulunmuştur.

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği

Toplam 9 maddeden oluşan ölçek Kim, Evangelista, Phillips, Pavlish ve Kopple tarafından geliştirilmiştir (128). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Ok ve Kutlu (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir (129). Ölçeğin kullanım izni Elif Ok'tan mail yoluyla alınmıştır (EK 4). SDBY-UÖ; HD'ye katılım, ilaç uyumu, sıvı uyumu ve diyet uyumu olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. HD katılım; 1, 3 ve 5. maddenin puanları, ilaç uyumu; 6. madde, sıvı uyumu; 8. madde, diyet uyumu ise 9. maddenin puanıdır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 1200 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça tedaviye uyum oranı artmaktadır (EK 5). Ölçeğin Türkçe formunda; maddeler homojen bir yapıya sahip olmadığı için cronbach alfa katsayısının hesaplanamadığını belirtilmiştir. Bu nedenle madde- toplam ölçek korelasyon analizi gerçekleştirilmiş ve korelasyon katsayılarının (r) 0,48 ile 0,80 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur. Araştırmanın 2. aşamasında; korelasyon katsayılarının (r) 0,34 ile 0,98 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır.

Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Memnuniyet Formu

Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığı değerlendirmek amacıyla; araştırmaya katılan hastaların uygulamadan memnun olma durumunu, uygulamanın eksik yönleri olup olmadığını ve uygulamaya yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form hastalar tarafından doldurulmuş olup danışmanlıktan memnun olma durumu 1 ile 10 arasında puanlanarak belirlenmiştir. (EK 6).

Biyokimyasal Parametreler Formu

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların üre, kreatinin, potasyum, fosfor, sodyum, kalsiyum, hemotokrit, hemoglobin, albümin, total protein, glukoz parametrelerinin kayıt edilmesini içeren tablodan oluşmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların düzenli olarak her ay hemogram ve biyokimya değerleri Başkent Üniversitesi Hastanesi Laboratuvarı'nda incelenmektedir. Araştırma sırasında araştırmacı tarafından bir ölçüm yapılmamış, Başkent Üniversitesi Hastanesi Laboratuvar sonuçları hasta dosyası üzerinden kayıtlıdır (EK7).

Başkent Üniversitesi Hastanesi Laboratuvarı referans aralıkları kullanılmıştır. Glukoz: 70–105 mg/dL, Üre: 6-21 mg/dL, Kreatinin: 0.5-1.1 mg/dL, Potasyum: 3,5-5,2 mmol/L, Fosfor: 2,3-4,7 mg/dL, Ürik Asit: 3.1-7.8 mg/dL, Sodyum:135–146 mmmol/L, Kalsiyum: 8,4-10,2 mg/dL, Albümin: 3,5-5,0 g/dL, Total Protein: 6,2-8,3 g/dL.

3.2.8. Ön Hazırlık ve Ön Uygulama Aşaması

Araştırma uygulama aşamasından önce; araştırmacı tarafından, hemodiyaliz merkezinde çalışan hemşire ve doktorlara araştırmanın amacı, içeriği ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, araştırmacı, Motivasyonel görüşme yöntemi ile ilgili 22-23-24 Aralık 2020 tarihinde Prof. Dr. Kültegin Ögel tarafından verilen “Motivasyonel Görüşme Teknikleri” eğitimini almıştır (EK 8).

Müdahale grubunda hemodiyaliz tedavisi alan hastaların dayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisini artırmaya yönelik kullanılacak olan motivasyonel görüşme oturumları araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Motivasyonel görüşmenin süresi, görüşmenin yapıldığı ortama ve danışman ile danışan arasındaki iletişime göre değişiklik göstermektedir (130). Yapılan çalışmalarda 15 dakikalık birden fazla görüşmenin etki olasılığını arttırdığı belirtilmiştir. Bu görüşmelerin yöntemi yüz yüze ya da telefon ile uygulanabilmektedir (131). Çalışmamızda süreç dört oturum ve görüşme süresi en az 15 dakika; ayrıca ayda 1 kez telefonla görüşme ve ayda 1 kez kısa mesaj ile hatırlatma yapılması şeklinde uygulanmıştır. Prof. Dr. Kültegin Ögel’e araştırmada motivasyonel görüşme yönteminin kullanımının uygunluğu danışılarak; uygun olduğu geri bildirim alınmıştır.

Başkent Üniversitesi Ümitköy Diyaliz Ünitesi’nde 15-25 Mayıs 2021 tarihleri arasında 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında herhangi bir değişiklik yapılmamış, ön uygulamaya alınan hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

3.2.9. Uygulama

Araştırmanın dahil etme kriterlerine uyan, müdahale ve kontrol grubuna alınan ve araştırmaya katılmaya kabul eden hastaların yazılı onamları alınmış ve hastalar izlem formunakaydedilerek takipleri yapılmıştır (EK 9, 10, 11).

Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastalara ön test olarak Hasta Bilgileri Formu, Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların biyokimyasal parametreleri hasta dosyasından alınmıştır. Her hastaya ortalama 15 dk süre ayrılmıştır.

Kontrol grubuna ön testlerin uygulanmasından sonra bir girişimde bulunulmamış, hastalar rutin tedavilerine devam etmişlerdir. Ön testlerin uygulanmasından dört ay sonra hastalara; Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği yüz yüze görüşülerek tekrar uygulanmıştır. Hastaların biyokimyasal parametreleri hasta dosyasından alınmıştır.

Müdahale grubuna ön test uygulandıktan sonra, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların dayanıklılık durumlarına ve HD tedavisine uyumuna etkisini artırmaya yönelik kullanılacak olan motivasyonel görüşme oturum içerikleri araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Ayda bir yüz yüze olacak şekilde, oturumlar 4 ay sonunda tamamlanmıştır. Görüşmeler hastanın kendini iyi hissettiği uygun zaman dilimlerinde birlikte planlanmıştır. Oturumlar, genellikle diyalizin 2. saatinde ayda 1 kez ortalama 20 dk sürmüştür. Ayrıca ayda 1 kez telefonile görüşme ve ayda 1 kez kısa mesaj ile hatırlatmalar yapılmıştır. Aylık telefon görüşmeleri ortalama 10 dakika sürmüştür. Motivasyonel görüşme oturumlarından; yaklaşık 2 hafta sonra telefon görüşmeleri, oturumlardan 3 hafta sonra ise kısa mesaj hatırlatmaları gerçekleştirilmiştir. Hastaların telefon görüşmesi için hangi günlerde ve hangi saatte aranmak istedikleri ve uygun oldukları zamanlar öğrenilerek planlama yapılmıştır. Müdahale grubuna uygulanan motivasyonel görüşme yöntemi oturumları tamamlandıktan bir ay sonra, Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği, Biyokimyasal Parametreler Formu ve Motivasyonel Görüşme Tekniği Memnuniyet Formu uygulanmıştır (Şekil 3.4).

Müdahale grubundaki hastalar ile yapılan motivasyonel görüşme oturumlarının planı ve sorulan soru örnekleri aşağıda yer almaktadır.

1. **Oturum:** Araştırmacının kendini tanıtmayı, görüşmenin amacı, ne kadar zaman görüşecekleri, hastanın HD tedavisine uyumu ile ilgili düşünceleri, tecrübeleri tartışılmış, sorun yaşanan süreçler belirlenmiş ve hastanın görüşmelerden beklentileri öğrenilmiştir.

Örneğin; “Merhaba, Ben Öğretim Görevlisi Ç.Ö.E, Sizinle hemodiyaliz tedavinize uyumunuzayönelik görüşmeler yapacağız. Bu görüşmeler sizi daha iyi anlayıp, mevcut durumunuzutanımlayarak, birlikte kendi güçlerinizi fark etmenize yardımcı olacaktır. Ayda 1 kez yüz yüze4 görüşme yapacağız. Sizinle ayda bir kez olacak şekilde toplam dört kez görüşmek istiyorum. Ayrıca sizinle her ay bir kez telefonla görüşüp, birer kez de kısa mesajla hatırlatmalar yapmaktayım. Sizin de izniniz olursa yaklaşık 20 dakika sürecektir görüşmelerimizi sizin kendinizi iyihissettiğiniz zamanları belirleyerek planlayabiliriz. Bana kendinizden ve hastalık sürecinizden bahsedermisiniz? Sizce hastalık süreciniz yaşamınızı nasıl etkiledi? Sizce hemodiyaliz tedavinize, diyetinize, sıvı kısıtlamasına, ilaç kullanımına uyumunuz neden önemlidir? Bu durumlarda yaşadığınız önemli deneyimler nelerdir?”

2. **Oturum:** Saptanan probleme göre bilgi eksikliği ya da yanlış bilgisi var ise, süreçle ilgili bilgi verilmiştir. Hastaların değişim-karar dengesini ortaya çıkarmak için önemlilik ve güven-yeterlilik cetvelleri kullanılmış ayrıca öz yeterlilikleri desteklenmiştir.

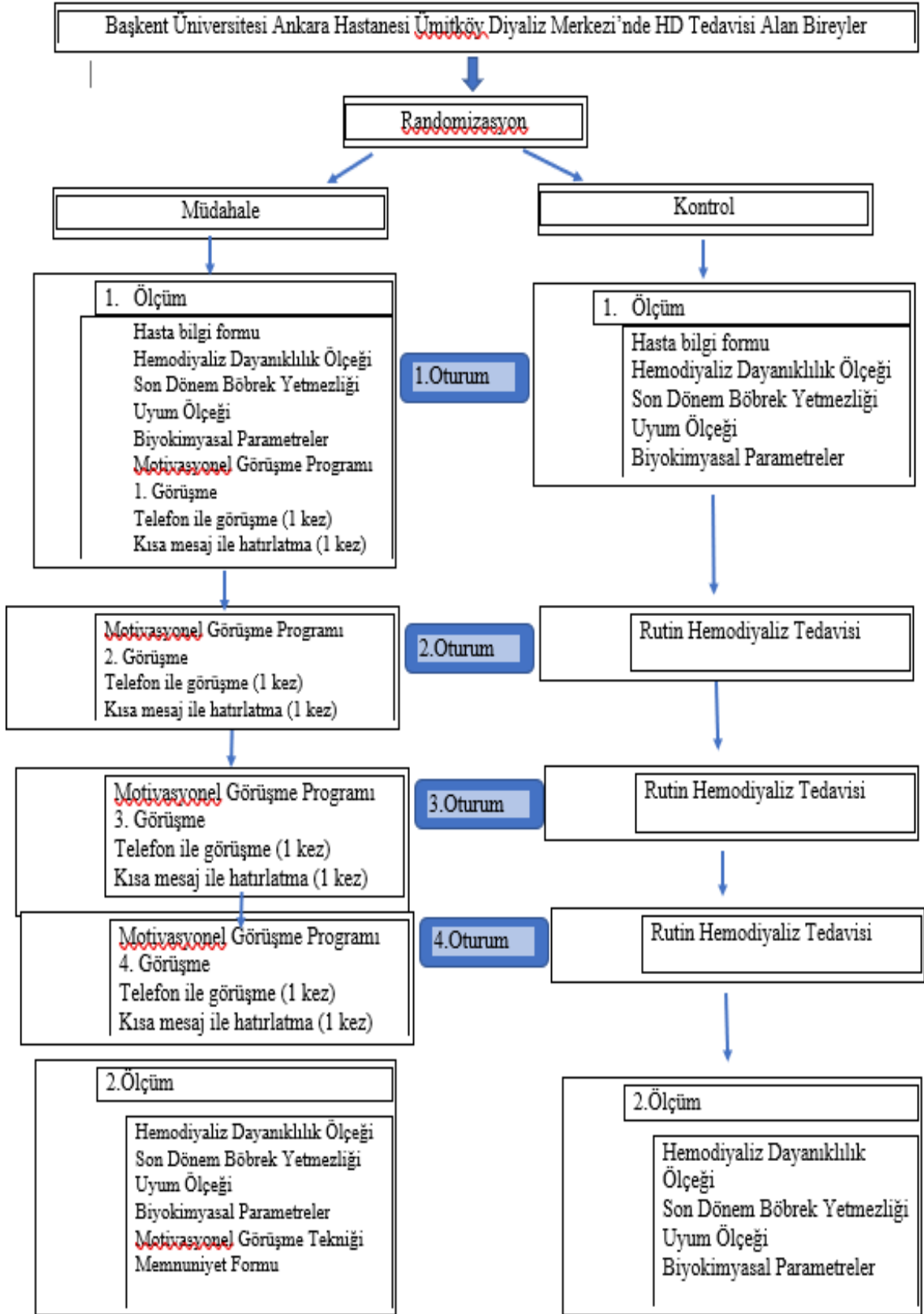
Örneğin; “İlk görüşmemizde hastalık sürecinizden ve hemodiyaliz tedavisine uyumda yaşadığınız sorunlardan bahsetmiştik. Görüşmemizden sonra nasılsınız? Bugünkü görüşmemizin amacı hemodiyaliz seans günlerine uyum ve düzenli katılım ile ilgili yaşadıklarınızı konuşmaktır. Hemodiyaliz seanslarınıza düzenli devam etmediğinizde sizce neler olabilir? Değişmek sizin için önemli mi? (Önem ve güven cetvelinden yararlanılmıştır)”

3. **Oturum:** Bu basamakta, Őunki noktaya kadar var olan durumun 6zetlenmesi gerçekleştirilmiştir. Hastanın olumlu etkin olduğu y6nleri desteklenmiştir. Değişim bireyin kendisinin vereceği bir karardır. Hastalar değişim için hazır olduğunu ifade etmiŐ ise hastayla birlikte ayrıntılı bir Şekilde değişim planı yapılmıştır.

6rneğin; “Son g6r6Őmemizden sonra hemodiyaliz seansınıza uyum konusunda neler yaptınız, biraz anlatır mısınız? Hastanın konuşması ve ifade etmesi için cesaretlendirilmiŐtir. Sizce hemodiyaliz seanslarına d6zenli devam edeceğinize karar verdiğinizde, neler olabilir? Ne yaparsanız sizce bu değişim gerçekleŐir?”

4. **Oturum:** S6recin uygulanmasıyla ilgili iyi ya da k6t6 tecr6belerin konuŐulması yapılmıştır. Planın uygulanmasıyla ilgili yaşanan sorunlar 6zerinde tekrar değerlendirme yapılmıştır.

6rneğin; “Son g6r6Őmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Bir 6nceki konuŐmamızdan bu yana neler yaptınız? Bug6n son y6z y6ze g6r6Őmemiz olacak, her Őeye rağmen devam ettiğinizi g6rmek çok g6zel”.



Şekil 3.5. Uygulama Akış Şeması

3.2.10. Araştırmanın Etik Boyut

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan KA21/55, 17/2/2021 tarihli 21/29 sayılı karar ile onay alınmıştır (EK 12). Araştırmanın yürütülmesi için Başkent Üniversitesi Hastanesi'nin Başhekimliği'nden "yazılı kurum izni" alınmıştır (EK 13). Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgilendirilme yapılmış ve yazılı izin alınmıştır (EK 14).

3.2.11. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş ayrıca çarpıklık ve basıklık katsayıları da incelenmiştir. Analiz sonucunda Shapiro-Wilk testi $p < 0.05$ saptanması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının $[-1.5 +1.5]$ aralığının dışında olması nedeniyle verilerin normal dağılıma uymadığı görülmüştür (118). Bu nedenle verilerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Grup içi değişimleri değerlendirmek amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, gruplar arası değişimlerde ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı $[0]$ olduğunda değişkenler arasında ilişki olmadığı, $[0.1-0.39]$ olduğunda değişkenler arasında zayıf bir ilişki olduğu, $[0.40-.069]$ arasında değişkenler arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu, $[0.70-0.99]$ arasında bu ilişkinin güçlü olduğu ve $[1]$ olduğunda ilişkinin mükemmel olduğu şeklinde yorumlanmış olup ilişkinin yönü pozitif veya negatif olarak belirtilmiştir (132). İki grup arasındaki farkın klinik önemini belirlemek için Cohen d etki büyüklüğü katsayısı hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü parametrik olmayan testler için önerildiği üzere z skorundan $\eta^2 = (Z/\sqrt{N})^2$ formülüyle eta kare hesaplanarak Cohen d'ye dönüştürülmüştür (133). Etki büyüklüğü katsayıları $0.2 < d$ zayıf, $d = 0.5$: orta, $d > 0.8$ kuvvetli olarak tanımlanmakta olup klinik çalışmalarda $d \geq 0.5$ olması önerilmektedir (134).

3.2.12. Araştırmada Yaşanılan Güçlükler

Araştırmanın uygulama aşamasında bazı zorluklar yaşanmıştır. Hastaların HD seans bitiminde ulaşımları için servis saatlerine yetişebilmeleri ve HD seansına başlamadan beklemesüresinin olmamasından kaynaklı, motivasyonel görüşme oturumları, HD seansları süresinde yapılmıştır. Hastaların HD seanslarında karşılaştıkları komplikasyonların olması nedeniyle bazen oturumlara ara vermek ya da iptal etmek durumları ile karşılaşılmıştır.

Bu yaşanılan durumları en aza indirmek amaçlı, hastalarında kendilerini iyi hissettikleri HD seansının ikinci saatinde oturumlar yapılmıştır. Motivasyonel görüşme oturumları HD salonunda yapılmasından kaynaklı diğer hastaların rahatsız olması, görüşme yapılan hastanın kendini rahat hissetmemesi gibi durumlarla karşılaşılmıştır. Bu durumları engellemek için bazı görüşmelerden önce hastanın HD seansını salon içinde tek yataklı ayrılan odalarda planlanmıştır. Bazı hastalar için ise paravan kullanılmıştır.

3.2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örnekleme dahil edilen hastaların Kt/V: (1,15-1,24) ve URR: (%65- %73) değerleri hedeflenen aralıklarda olmakla birlikte tedavi uyumu ve hemodiyaliz dayanıklılık düzeyleri belirlenmeden randomizasyon yapılması araştırmamızın kısıtlılığıdır.

4. BULGULAR

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Müdahale grubunda ki hastaların yaş ortalaması 49.7 ± 12.32 , kontrol grubunda ki hastaların yaş ortalaması 52.00 ± 12.61 olup, bu grupta araştırmaya dahil olan hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizleri sonucunda iki gruptaki hastaların sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, çalışma ve gelir durumuyönünden istatistiksel olarak benzer olduğu ($p > 0.05$), hastaların gruplarda homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Müdahale (n=27) n (%)	Kontrol (n=29) n (%)	Test Değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	13 (48.1)	15 (51.7)	0.0715 ¹	0.7891 ¹
Erkek	14 (51.9)	14 (48.3)		
Mezuniyet				
İlkoğretim	10 (37.0)	9 (31.0)	1.6539 ¹	0.4374 ¹
Lise	11 (40.7)	9 (31.0)		
Üniversite	6 (22.2)	11 (37.9)		
Medeni durum				
Evli	17 (63.0)	22 (75.9)	1.1004 ¹	0.2942 ¹
Bekar	10 (37.0)	7 (24.1)		
Sosyal güvence				
Evet	27 (100.0)	28 (96.6)	0.9480 ¹	0.3302 ¹
Hayır	0 (0.0)	1 (3.4)		
Çalışma Durumu				
Çalışan	8 (29.6)	9 (31.0)	0.2812 ¹	0.8688 ¹
Emekli	12 (44.4)	11 (37.9)		
Ev Hanımı	7 (25.9)	9 (31.0)		
Gelir durumu				
Düşük	5 (18.5)	8 (27.6)	2.0203 ¹	0.3642 ¹
Orta	17 (63.0)	19 (65.5)		
Yüksek	5 (18.5)	2 (6.9)		
Yaş				
Ortalama	49.7 (12.32)	52.0 (12.61)	352.00 ²	0.5169 ²
Medyan (min-maks)	52.0 (30.0, 69.0)	54.0 (30.0, 70.0)		

¹Ki kare analizi, ² Mann Whitney U testi

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %74.1'i, kontrol grubundaki hastaların %75.9'unun vasküler giriş yolunun fistül olduğu ve bu dağılımın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini bulunmuştur. Müdahale grubundaki hastaların %40.7'sinde, kontrol grubundaki hastaların ise %58.6'sında böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. İki grupta başka kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların diyaliz tedavisi alma süresi ortalaması 8.0 ± 6.73 iken, kontrol grubundaki hastaların diyaliz tedavisi alma süresi ortalaması 8.6 ± 6.48 olup, bu iki gruptan araştırmaya dahil olan hastaların diyaliz tedavisi alma süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklar olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde, tanı süreleri karşılaştırıldığında, müdahale grubundaki hastaların tanı süresi ortalaması 14.5 ± 9.72 iken, kontrol grubundaki hastaların tanı süresi ortalaması 12.5 ± 8.67 olup, bu iki gruptaki hastaların tanı süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklar bulunmamıştır. Böbrek yetmezliği dışında diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıklarına sahip olunması, hastalığından dolayı evde yapamadıkları işlerde kim/kimlerin yardım ettiği, en fazla hangi yönden destek almaya ihtiyaç duydukları (psikolojik, fiziksel ve maddi destek), hemodiyaliz tedavisi görmeye başlayınca buna yönelik eğitim alma durumu ve eğitim aldılarsa bu eğitimin yeterli olup olmadığı bakımlarından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği görülmektedir ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların, hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre farklı gruplarda homojen olarak dağıldıkları, bu gruplardaki oranların istatistiksel olarak farklılık göstermediği ($p > 0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Müdahale (n=27) n (%)	Kontrol (n=29) n (%)	Test Değeri	p
Hemodiyaliz giriş yolu				
Katater	7 (25.9)	7 (24.1)	0.0238 ¹	0.8773 ¹
Fistül	20 (74.1)	22 (75.9)		
Böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalık				
Evet	11 (40.7)	17 (58.6)	1.7880 ¹	0.1812 ¹
Hayır	16 (59.3)	12 (41.4)		
Diyabet				
Hayır	24 (88.9)	23 (79.3)	0.9511 ¹	0.3294 ¹
Evet	3 (11.1)	6 (20.7)		
Hipertansiyon				
Hayır	22 (81.5)	19 (65.5)	1.8171 ¹	0.1777 ¹
Evet	5 (18.5)	10 (34.5)		
Kalp Hastalığı				
Hayır	23 (85.2)	21 (72.4)	1.3545 ¹	0.2445 ¹
Evet	4 (14.8)	8 (27.6)		
Hastalığınızdan dolayı evde yardım eden kişi				
Hiç kimse	5 (18.5)	4 (13.8)	0.2315 ¹	0.6304 ¹
Aile bireyleri	22 (81.5)	25 (86.2)		
Destek almaya ihtiyaç duyulan durumlar				
Psikolojik	13 (48.1)	18 (62.1)	1.0964 ¹	0.2951 ¹
Fiziksel	14 (51.9)	16 (55.2)	0.0620 ¹	0.8034 ¹
Maddi	7 (25.9)	4 (13.8)	1.3040 ¹	0.2535 ¹
Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu				
Evet	13 (48.1)	13 (44.8)	0.0620 ¹	0.8034 ¹
Hayır	14 (51.9)	16 (55.2)		
Alınan eğitimin yeterliliği				
Evet	11 (84.6)	9 (69.2)	3.0000 ¹	0.2231 ¹
Hayır	1 (7.7)	0 (0.0)		
Kısmen	1 (7.7)	4 (30.8)		
Tam Süresi (Yıl)				
Ortalama	14.5 (9.72)	12.5 (8.67)	351.50 ²	0.5112 ²
Medyan (min-maks)	14.0 (2.0, 31.0)	11.0 (2.0, 30.0)		
Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süresi (Yıl)				
Ortalama	8.0 (6.73)	8.6 (6.48)	357.50 ²	0.5761 ²
Medyan (min-maks)	5.0 (1.0, 25.0)	7.0 (1.0, 25.0)		

¹Ki kare analizi, ² Mann Whitney U testi

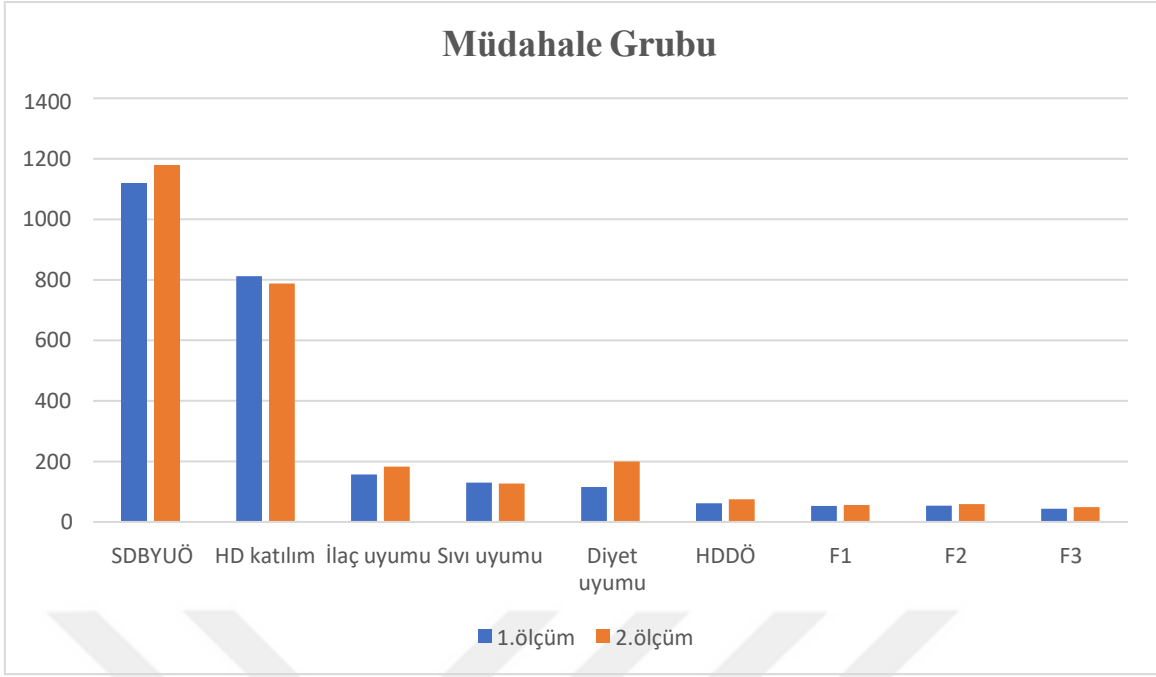
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Biyokimyasal Özellikler

Tablo 4.3'te SDBYU ve HHDÖ ve alt boyutlarının gruplar arası zaman içindeki değişimi gösterilmiştir. İlk değerlendirmede müdahale ve kontrol grupları arasında SDBYUÖ'nin ilaç uyumu ($p=0.003$) ve sıvı uyumu ($p=0.001$) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu değerlendirmede müdahale grubunun ilaç uyumu medyan değeri kontrol grubundan daha yüksek, sıvı uyumu medyan değeri ise daha düşük bulunmuştur. Grupların ilk değerlendirmede SDBYU ölçeği ($p=0.35$), HD katılım ($p=0.71$), diyet uyumu ($p=0.75$) alt boyutları; HHDÖ ($p=0.34$), F1 ($p=0.44$), F2 ($p=0.51$) ve F3 ($p=0.49$) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. İkinci değerlendirmede SDBYUÖ toplam puanı her iki grupta da artmasına rağmen bu artışın müdahale grubunda daha fazla olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.02$) görülmüştür. SDBYUÖ'nin HD katılım ($p=0.52$), ilaç uyumu ($p=0.46$) ve sıvı uyumu ($p=0.30$) alt boyutları çeyrekler açıklıkları bakımından ikinci değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken diyet uyumu ($p=0.001$) alt boyutu çeyrekler açıklığının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Medyan değeri ilk değerlendirmede müdahale grubunda anlamlı düzeyde yüksekken ($p=0.003$) ikinci değerlendirmede kontrol grubunun medyan değerinin müdahale grubuyla eşitlenerek çeyrekler açıklığı farkının ortadan kalktığı görülmüştür ($p=0.46$). Sıvı uyumu alt boyutu çeyrekler açıklığı ilk değerlendirmede kontrol grubunda daha yüksekken ikinci değerlendirmede her iki grupta da düşerek eşitlenmiştir. Bu nedenle gruplar arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmışken ($p=0.001$) ikinci değerlendirmede bu fark kaybolmuştur ($p=0.30$). HDDÖ toplam puanı ($p=0.002$) ile F2 ($p=0.003$) ve F3 ($p=0.014$) alt boyutlarının medyan değerlerinin arttığı ve çeyrekler açıklığının azaldığı; kontrol grubunda ise medyan değerlerin artmasına rağmen çeyrekler açıklığının yalnızca toplam puanda azaldığı, alt boyutlarda arttığı saptanmıştır. HDDÖ F1 alt boyutu puan ortalamasının her iki grupta da arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0.013$). SDBYUÖ ($d=0.51$), HD katılım ($d=0.66$), diyet uyumu ($d=0.61$), HDDÖ ($d=0.88$), F2 ($d=0.87$) ve F3 ($d=0.63$) boyutlarının ikinci değerlendirme verilerinden yapılan Cohen d analizi gruplar arasında elde edilen farkın orta-yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların SDBYUÖ, HDDÖ Genel ve Alt Boyutlarının Gruplar Arası Zaman İçindeki Değişimi

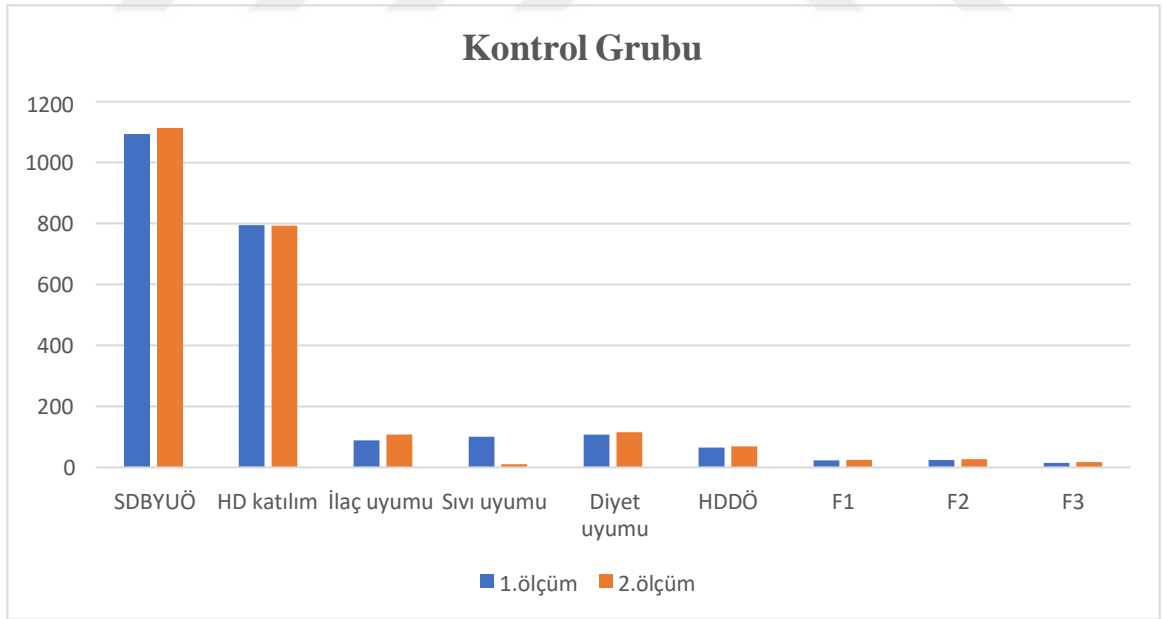
		Müdahale (n=27)		Kontrol (n=29)		Test		Cohen d
		Medyan	IQR	Medyan	IQR	U	p	
SDBYUÖ	1. test	1150.00	100.00	1125.00	150.00	336.0	0.35	0.24
	2. test	1200.00	0	1200.00	175.00	278.5	0.02	0.51
HD Katılım	1. test	850.00	100.00	850.00	175.00	370.5	0.71	0.92
	2. test	800.00	0	800.00	0	376.5	0.52	0.66
İlaç Uyumu	1. test	200.00	50.00	100.00	200.00	220.5	0.003	0.80
	2. test	200.00	0	200.00	0	364.5	0.46	0.11
Sıvı Uyumu	1. test	0	100.00	100.00	200.00	207.5	0.001	0.88
	2. test	0	0	0	0	377.5	0.30	0.06
Diyet Uyumu	1. test	100.00	150.00	100.00	200.00	373.5	0.75	0.079
	2. test	200.00	0	200.00	100.00	256.5	0.001	0.61
HDDÖ	1. test	61.00	18.00	65.00	13.00	334.0	0.34	0.254
	2. test	76.00	4.00	72.00	9.50	207.5	0.002	0.88
F1	1. test	24.00	6.00	23.00	5.50	345.50	0.44	0.20
	2. test	27.00	3.00	26.00	9.00	303.00	0.13	0.40
F2	1. test	24.00	8.00	26.00	5.50	351.50	0.51	0.17
	2. test	30.00	4.00	27.00	17.00	209.50	0.003	0.87
F3	1. test	15.00	4.00	15.00	4.00	350.50	0.49	0.18
	2. test	20.00	1.00	18.00	5.50	254.00	0.014	0.63

U: Mann-Whitney U testi; min: minimum; maks: maksimum; IR, Q1-Q3 çeyrekler arası aralık F1: Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, F2: Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması F3: Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi



Şekil 4.1. Müdahale grubundaki hastaların SDBYUÖ, HDDÖ ve alt boyutlarının gruplararası zaman içindeki değişimi

(F1: Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, F2: Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması F3: Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi)



Şekil 4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların SDBYUÖ, HDDÖ ve Alt Boyutlarının Gruplar Arası Zaman İçindeki Değişimi

(F1: Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, F2: Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması F3: Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi)

Tablo 4.4'te SDBYUÖ ve HDDÖ alt boyutlarıyla birlikte zamana göre grup içi değişimleri gösterilmiştir. Müdahale grubunda SDBYUÖ ($p=0.012$) ve diyet uyumu ($p=0.001$) puan farkının pozitif sıralarda (son test) arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. SDBYUÖ'nin HD katılım ($p=0.103$) ve sıvı uyumu ($p=0.136$) alt boyutları puan farklarının negatif sıralarda azalırken, ilaç uyumu ($p=0.096$) puan farkının pozitif sıralarda arttığı, ancak bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Müdahale grubunun HDDÖ ($p=0.001$) ile F1 ($p=0.005$), F2 ($p=0.001$) ve F3 ($p=0.001$) alt boyut puan farklarının tümünde pozitif sıralarda istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmıştır. Kontrol grubunun SDBUÖ, ilaç uyumu, sıvı uyumu ve diyet uyumu puan farklarının pozitif sıralarda arttığı, HD katılım puan farklarının son testte azaldığı ve bu değişimlerin ilaç uyumu ($p=0.003$), sıvı uyumu ($p=0.001$) ve diyet uyumu ($p=0.047$) alt boyutlarında anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun HDDÖ ($p=0.007$) ile F1 ($p=0.021$), F2 ($p=0.007$) ve F3 ($p=0.038$) alt boyutlarının puan farklarının pozitif sıralarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Negatif sıralar, ikinci ölçüm değerinin, ilk ölçüm değerinden daha küçük olduğu durumları; pozitif sıralar, ikinci ölçüm değerinin ilk ölçüm değerinden daha büyük olduğu durumları, eşit sıralar ise iki ölçüm değeri arasındaki farkın sıfır olduğu, yani iki ölçüm değerinin eşit olduğu durumları ifade etmektedir (118).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Ölçüm Zamanlarında SDBYUÖ, HDDÖ Genel ve Alt Boyutlarının Grup İçi Değişimi

Son test ön test	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	Sıralar	n	Sıra ort.	Sıra top.	z	p	Sıralar	n	Sıra ort.	Sıra top.	z	p
SDBYUÖ	Negatif	2	11.75	23.50	-2.524	0.012	Negatif	8	11.81	94.50	-0.394	0.694
	Pozitif	15	8.63	129.50			Pozitif	12	9.63	115.50		
	Eşit	10					Eşit	9				
HD Katılım	Negatif	15	8.93	134.00	-1.631	0.103	Negatif	16	12.91	206.50	-0.810	0.418
	Pozitif	4	14.00	56.00			Pozitif	10	14.45	144.50		
	Eşit	8					Eşit	3				
İlaç Uyumu	Negatif	3	7.33	22.00	-1.663	0.096	Negatif	3	10.50	31.50	-2.988	0.003
	Pozitif	10	6.90	69.00			Pozitif	18	11.08	199.50		
	Eşit	14					Eşit	8				
Sıvı Uyumu	Negatif	7	4.07	28.50	-1.492	0.136	Negatif	20	10.50	210.00	-3.976	0.001
	Pozitif	1	7.50	7.50			Pozitif	0	0	0		
	Eşit	19					Eşit	9				
Diyet Uyumu	Negatif	0	0	0	-3.759	0.001	Negatif	5	11.90	59.50	-1.987	0.047
	Pozitif	18	9.50	171.00			Pozitif	16	10.72	171.50		
	Eşit	9					Eşit	8				
HDDÖ Toplam	Negatif	5	4.30	21.50	-3.913	0.001	Negatif	3	7.83	23.50	-2.703	0.007
	Pozitif	21	15.69	329.50			Pozitif	15	9.83	147.50		
	Eşit	1					Eşit	11				
F1	Negatif	6	8.83	53.00	-2.779	0.005	Negatif	4	5.88	23.50	-2.311	0.021
	Pozitif	18	13.72	247.00			Pozitif	12	9.38	112.50		
	Eşit	3					Eşit	13				
F2	Negatif	3	4.00	12.00	-3.838	0.001	Negatif	4	5.00	20.00	-2.697	0.007
	Pozitif	20	13.20	264.00			Pozitif	13	10.23	133.00		
	Eşit	4					Eşit	12				
F3	Negatif	4	3.88	15.50	-4.073	0.001	Negatif	3	6.50	19.50	-2.079	0.038
	Pozitif	22	15.25	335.50			Pozitif	11	7.77	85.50		
	Eşit	1					Eşit	15				

z: Wilcoxon işaretli sıralar testi (F1: Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, F2: Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması F3: Hemodiyaliz günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi)

Tablo 4.5'te araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların biyokimyasal özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Gruplar arası değişimler Mann-Whitney U testiyle analiz edilmiş olup değerlendirilen parametrelerdeki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu değişimler incelendiğinde üre ve kreatinin değerlerinin her iki grupta azaldığı, bu azalmanın müdahale grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Potasyum ve fosfor düzeylerinin kontrol grubunda daha fazla olmak zereher iki grupta azalma gösterdiği, kalsiyum düzeyinin ise müdahale grubunda artarken kontrol grubunda azaldığı belirlenmiştir. Kan glukozunun ise müdahale grubunda daha fazla olmak üzere iki grupta da azaldığı saptanmıştır. Hematokrit değeri her iki grupta artmış olup bu artış müdahale grubunda daha fazla olmuştur. Ancak hemoglobinin değeri müdahale grubunda arttığısaptanmıştır.

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci lçm Zamanlarında Biyokimyasal zelliklerinin Gruplar Arası Değişimi

		Müdahale (n=27)		Kontrol (n=29)		Test	
		Medyan	IQR	Medyan	IQR	U	p
Üre	1. test	90.00	23.00	88.00	26.50	337.50	0.373
	2. test	60.00	20.00	60.00	12.50	348.00	0.471
Kreatinin	1. test	10.58	4.64	8.89	4.74	333.00	0.337
	2. test	8.60	4.30	9.00	4.50	340.50	0.402
Potasyum	1. test	5.30	1.50	5.20	1.50	380.00	0.85
	2. test	5.50	1.80	5.00	1.70	344.00	0.432
Fosfor	1. test	5.40	1.40	5.70	1.65	334.50	0.350
	2. test	5.00	1.50	5.50	1.10	337.50	0.373
Sodyum	1. test	139.00	3.00	139.00	3.00	330.50	0.311
	2. test	140.00	3.00	140.00	1.50	366.00	0.662
Kalsiyum	1. test	8.60	0.90	8.60	1.00	358.50	0.587
	2. test	8.80	0.50	8.90	1.20	388.50	0.960
Hematokrit	1. test	33.30	4.00	36.30	5.05	273.00	0.52
	2. test	34.20	3.00	35.50	3.70	354.00	0.538
Hemoglobin	1. test	11.30	1.70	11.80	1.70	333.00	0.337
	2. test	11.60	1.00	11.90	1.05	351.50	0.509
Albümin	1. test	3.80	0.30	3.80	0.45	380.00	0.849
	2. test	4.00	0.40	4.00	0.30	337.00	0.346
Total protein	1. test	6.80	0.60	6.90	1.00	333.00	0.335
	2. test	6.70	0.50	7.00	1.00	281.50	0.069
Glukoz	1. test	103.00	37.00	90.00	33.00	293.00	0.106
	2. test	90.00	23.00	88.00	26.50	328.50	0.300

Tablo 4.6’da araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların biyokimyasal özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Bu parametrelerin grup içi değişimleri Wilcoxon işaretili sıralar testiyle değerlendirilmiştir. Müdahale grubunun üre, kreatinin, fosfor, sodyum ve glukoz düzeylerindeki fark son testte istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalırken potasyum düzeyindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kalsiyum, hematokrit, hemoglobin, albümin ve total protein düzeylerindeki değişimin pozitif sıralarda olduğu, bir diğer ifadeyle ön test puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunda potasyum ve fosfor düzeylerindeki farkın negatif sıralarda anlamlı düzeyde değiştiği, yani son test puanlarının daha yüksek olduğu grlmştir. Üre, kreatinin, hematokrit, hemoglobin ve glukoz düzeylerindeki farkın negatif sıralarda olmasına rağmen bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı grlmştir. Sodyum, kalsiyum, albümin ve total protein düzeylerinde pozitif sıralarda değişim olmasına rağmen bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Negatif sıralar, ikinci ölçüm değerinin, ilk ölçüm değerinden daha küçük olduğu durumları; pozitif sıralar, ikinci ölçüm değerinin ilk ölçüm değerinden daha büyük olduğu durumları, eşit sıralar ise iki ölçüm değeri arasındaki farkın sıfır olduğu, yani iki ölçüm değerinin eşit olduğu durumları ifade etmektedir (118).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Ölçüm Zamanlarında Biyokimyasal Özelliklerinin Gruplar İçi Değişimi

Son test-ön test	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	Sıralar	n	Sıra ort.	Sıra top.	Z	p	Sıralar	n	Sıra ort.	Sıra top.	Z	p
Üre	Negatif	22	12.68	279.00	-2.633	0.008	Negatif	13	15.23	198.00	-0.217	0.829
	Pozitif	4	18.00	72.00			Pozitif	14	12.86	180.00		
	Eşit	1					Eşit	2				
Kreatinin	Negatif	25	13.90	347.50	-4.369	0.001	Negatif	17	12.38	210.00	-1.729	0.084
	Pozitif	1	1.50	3.50			Pozitif	7	12.79	89.50		
	Eşit	1					Eşit	5				
Potasyum	Negatif	14	14.11	197.50	-0.944	0.345	Negatif	15	13.03	195.50	-2.243	0.025
	Pozitif	11	11.59	127.50			Pozitif	7	8.21	57.50		
	Eşit	2					Eşit	7				
Fosfor	Negatif	18	14.28	257.00	-2.075	0.038	Negatif	15	13.03	195.50	-2.250	0.024
	Pozitif	8	11.75	94.00			Pozitif	7	8.21	57.50		
	Eşit	1					Eşit	7				
Sodyum	Negatif	7	7.50	52.50	-2.630	0.009	Negatif	10	11.85	118.50	-0.611	0.541
	Pozitif	16	13.97	223.50			Pozitif	13	12.12	157.50		
	Eşit	4					Eşit	6				
Kalsiyum	Negatif	10	12.80	128.00	-0.305	0.760	Negatif	11	14.55	160.00	-0.671	0.502
	Pozitif	13	11.38	148.00			Pozitif	12	9.67	116.00		
	Eşit	4					Eşit	6				
Hematokrit	Negatif	9	9.17	82.50	-1.689	0.091	Negatif	11	12.18	134.00	-1.084	0.278
	Pozitif	14	13.82	193.50			Pozitif	9	8.44	76.00		
	Eşit	4					Eşit	9				
Hemoglobin	Negatif	9	13.39	120.50	-0.844	0.399	Negatif	12	9.54	114.50	-0.355	0.722
	Pozitif	15	11.97	179.50			Pozitif	8	11.94	95.50		
	Eşit	3					Eşit	9				
Albümin	Negatif	7	13.50	94.50	-1.597	0.110	Negatif	7	9.57	67.00	-1.962	0.050
	Pozitif	17	12.09	132.50			Pozitif	15	12.40	186.00		
	Eşit	3					Eşit	7				
Total protein	Negatif	11	15.23	167.50	-0.502	0.615	Negatif	10	12.55	125.50	-0.033	0.974
	Pozitif	13	10.19	132.50			Pozitif	12	10.63	127.50		
	Eşit	3					Eşit	7				
Glukoz	Negatif	22	14.68	323.00	-3.750	0.001	Negatif	18	15.58	280.50	-1.768	0.077
	Pozitif	4	7.00	18.00			Pozitif	10	12.55	125.50		
	Eşit	1					Eşit	1				

4.3. SDBYUÖ ve HDDÖ Genel ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.7’de SDBYUÖ ve HDDÖ ile bunların alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Analizdeki müdahalenin etkisini ortadan kaldırmak için ilk değerlendirme verileri kullanılmıştır. SDBYUÖ ile HD katılım ($r=0.379$), ilaç uyumu ($r=0.130$) ve diyet uyumu ($r=0.385$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve sıvı uyumu ($r=-0.140$) arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü ilişki saptanmıştır. HDDÖ ve F1 ($r=0.910$), F2 ($r=0.922$) ve F3 ($r=0.914$) alt boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. Dayanıklılık Ölçeğinin F1-F2 ($r=0.794$), F2-F3 ($r=0.746$) ve F1-F3 ($r=0.783$) alt boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. SDBYUÖ ile HDDÖ arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r=0.348$). HDDÖ, F1 alt boyutu ile SDBYUÖ ($r=0.293$), HD katılım ($r=0.241$), ilaç uyumu ($r=-0.180$), diyet uyumu ($r=0.233$) arasında zayıf düzeyde korelasyon saptanırken sıvı uyumu ($r=-0.025$) ile ilişkili olmadıkları görülmüştür. HDDÖ F2 alt boyutu ile SDBYUÖ ($r=0.398$), HD katılım ($r=0.321$), ilaç uyumu ($r=-0.181$), diyet uyumu ($r=0.197$) arasında zayıf düzeyde korelasyon saptanırken sıvı uyumu ($r=0.081$) ile ilişkili olmadıkları görülmüştür. HDDÖ F3 alt boyutu ile SDBYUÖ ($r=0.209$), HD katılım ($r=0.142$), ilaç uyumu ($r=-0.179$), diyet uyumu ($r=0.247$) arasında zayıf düzeyde korelasyon saptanırken sıvı uyumu ($r=0.004$) ile ilişkili olmadıkları görülmüştür.

Tablo 4.7. Uyum Ölçeği ve Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

	SDBYUÖ	HD Katılım	İlaç Uyumu	Sıvı Uyumu	Diyet Uyumu	HDDÖ	F1	F2	F3
SDBYUÖ									
HD Katılım	0.379**								
İlaç Uyumu	0.130	-0.240							
Sıvı Uyumu	-0.14	-0.329*	-0.354**						
Diyet Uyumu	0.385**	-0.233	-0.150	-0.019					
HDDÖ	0.348**	0.266*	-0.185	0.017	0.261				
F1	0.293*	0.241	-0.180	-0.025	0.233	0.910**			
F2	0.398**	0.321*	-0.181	0.081	0.197	0.922**	0.794**		
F3	0.209	0.142	-0.179	0.004	0.247	0.914**	0.746**	0.783**	

Spearman korelasyon analizi, * $p=0.05$, ** $p=0.01$ (F1: Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, F2: Yakınınsan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması F3: Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi)

4.4. Müdahale Grubundaki Hastaların Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Müdahale grubundaki hastalar motivasyonel görüşme temelli danışmanlıktan memnun olduklarını ($\bar{x} \pm ss=9.37 \pm 0.42$) bildirmiştir. Hastaların %92.6'sı danışmanlıkta eksik yön bulunmadığını belirtmiştir. Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hakkında 5 hasta görüş belirtmemiş, toplam 22 hasta olumlu görüş bildirmiştir. Hastalar danışmanlık sürecinin kendilerini bilinçlendirdiğini ve güçlendirdiğini, sorumluluk almalarına ve hedeflerine yönelmelerine destek olduğunu, kendilerini özel hissettirdiğini ve güven verdiğini belirtmişlerdir. Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hakkında görüşlerini belirten hastaların ifadeleri Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Müdahale Grubundaki Hastaların Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığa İlişkin Değerlendirme Bulguları

Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Memnun Olma Durumu	($\bar{x} \pm ss=9.57 \pm 0.42$; min:8- max:10)
Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Eksik Yön Durumu	n (%)
Evet	1 (7.4)
Hayır	26 (92.6)
Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Hakkında Görüşlerine İlişkin Örnek İfadeler	
<i>“Diyaliz tedavisinin ne kadar zor olduğunu ve yaşadığımı gerçekten anladığımda, konuşmak çok daha kolay oldu”</i>	
<i>“Görüşme sonunda bana moral verici sözler söylediğinde, kendimi daha güçlü hissettim”</i> <i>“Hiç yadırgamadan dinlediğinde, daha çok paylaşmak istedim ve daha istekli oldum”</i>	
<i>“Ne hissettiğimi saklamak yerine açıkça söylediğimde, kendimi daha iyi hissettim”</i>	
<i>“Hedeflerime ulaşmak için birlikte çalıştık, kendi hedefim olduğu için kendimi daha özel ve önemli hissettim”</i> <i>“Hedeflere ulaşıp ulaşmadığımı takip ettiğimizde daha çok sorumluluk aldım”</i>	
<i>“Yapmam gerekenlerin neden önemli olduğunu açıkladığında, tedaviye daha akli başında bilinçli yaklaşabildim”</i> <i>“Küçükte olsa her ilerleme için aldığım pozitif destek, beni daha fazlasını başarmak için heveslendirdi”</i> <i>“Desteğini çok hissettim ve bu bana güç verdi”</i>	
<i>“Görüşmeleri hemodiyalize girmediğim günlerde yapabilseydik daha rahat, güzel olurdu”</i>	

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların hayatında fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan birçok sorunun oluşabildiği bir tedavi sürecidir. Bu süreçte, hastalar çeşitli zorluklarla karşılaşabilmekte ve başa çıkmaları gerekmektedir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların bu zorluklarla başa çıkmaları için destek, danışmanlık oldukça önemlidir (135, 136).

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hastalarının dayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde elde edilen veriler aşağıdaki başlıklar ile tartışılmıştır.

5.1 Hastaların hemodiyaliz dayanıklılık durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.2 Hastaların tedavi uyumuna ilişkin bulguların tartışılması

5.3 Hastaların tedaviye uyum ve hemodiyaliz dayanıklılık durumları arasındaki ilişki bulgularının tartışılması

5.1. Hastaların Hemodiyaliz Dayanıklılık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemodiyaliz hastalarında dayanıklılık, yaşadıkları hastalık ve tedavi süreci ile başa çıkma yeteneği olarak tanımlanabilmektedir. Bu süreç, hastaların yaşam tarzında önemli değişikliklere neden olabilir ve psikolojik olarak zorlayıcı olmaktadır. Dayanıklılık, hemodiyaliz hastaları için önemli bir faktördür. Hemodiyaliz tedavisi, sıklıkla fiziksel ve duygusal stresle ilişkilidir. Dayanıklılığın, bu stresle başa çıkma yeteneğini artırdığı görülmektedir. Hastaların günlük yaşamlarını daha etkin bir şekilde sürdürebilmelerine yardımcı olduğu ve psiko-sosyal uyum düzeylerini artırdığı görülmektedir (137).

İspanya’da 223 hemodiyaliz hastası ile dayanıklılığın algılanan stres düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmada; dayanıklılık ölçek puanı fazla olanların yaşam kalitelerinin de iyi olduğu belirlenmiştir (72). Cal ve arkadaşlarının (2015) yaptığı sistematik derlemede dayanıklılığı yüksek olan hastaların daha az depresyon ve anksiyete deneyimlediklerini belirtilmiştir (138). Çin’de hemodiyaliz hastaları ile dayanıklılığı inceleyen bir çalışmada dayanıklılık toplam puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (73). Japonya’da hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada, zihinsel iyilik hali ve

dayanıklılık arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, dayanıklılık ölçek puanının orta-yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (139). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmanın sonucunda, hemodiyaliz hastalarının maneviyatının dayanıklılıkla pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (140). Hemodiyaliz merkezlerinde kişilerin tıbbi tedavilerine yönelik pek çok girişim uygulanmaktadır. Fakat dayanıklılığın desteklenmesi yetersiz olabilmektedir (141). Literatür ve araştırmamız benzer şekilde hastaların dayanıklılıkları desteklendiğinde birçok faktörün olumlu yönde etkilendiğini kanıtlar niteliktedir.

Motivasyonel görüşmeler terapötik yaklaşım olarak kullanılan bir tekniktir. Bu görüşmeler, bireylerin davranış değişiklikleri oluşturmasını desteklemektedir. Motivasyonel görüşmeler, bireyin içsel motivasyonunu güçlendirmeyi hedefler ve değişiklik yapma isteğini artırmaya odaklanan bir süreçtir (28). Motivasyonel görüşmenin, bir başa çıkma mekanizması olarak dayanıklılığın geliştirilmesinde büyük rolü olduğu düşünülmektedir (142). Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminde kullanılan psikososyal destek stratejileri oldukça önemlidir. Hastaların dayanıklılıkları desteklenerek, kendi iç güçlerini keşfetmelerine yardımcı olunmaktadır. Dayanıklılıkları artan hemodiyaliz hastalarının; yaşam kaliteleri, tedaviye uyumları olumlu yönde etkilenmektedir (138). Literatüre bakıldığında hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme tekniğinin hastaların dayanıklılıklarına etkisine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Müdahale ve kontrol gruplarının ikinci değerlendirmelerinde HDDÖ toplam puanı her iki grupta da artmış, ancak bu artışın müdahale grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. İkinci değerlendirme verilerinden yapılan Cohen d analizi gruplar arasında elde edilen farkın orta-yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar araştırmanın birinci hipotezini (Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlık, hemodiyaliz dayanıklılık durumunu artırır) desteklemektedir.

5.2. Hastaların Tedavi Uyumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemodiyaliz tedavi süreci ve deneyimlenen semptomlara bağlı, hastaların tedaviye uyumları etkilenmektedir (15). Tedaviye uyum, hemodiyaliz hastalarında hemodiyaliz sürecinin etkinliği açısından oldukça önemlidir (28). HD hastalarında tedaviye uyum; HD'ye katılım, ilaç uyumu, sıvı uyumu ve diyet uyumu olmak üzere 4 alt boyutu ve biyokimyasal parametreleri içermektedir (143). HD hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların %45'inin tedavi uyumunun zayıf düzeyde olduğu, hastaların %50 'sinin diyet uyumu göstermediği saptanmıştır (144). Bir diğer çalışmada ise HD hastalarının sıvı uyumlarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (145). HD hastalarının %50'sinin ilaç uyumunun düşük olduğu gösterilmiştir (146). Araştırmamız ilk ölçümlerinde müdahale grubunda sıvı uyumu, kontrol grubunda ise ilaç uyumunun düşük olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışma sonuçları ile araştırma sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Motivasyonel görüşme, hastaların değişiklik yapma konusundaki kararlılıklarını ve güvenlerini artırarak, tedaviye uyum sağlama konusundaki olumlu kararlarını desteklemektedir. Süreçte her hasta farklıdır, bu nedenle motivasyonel görüşme tekniği; bireysel ihtiyaçlara ve duruma uygun olarak planlanmalıdır (107). Araştırmamızda müdahale grubundaki her hastanın uyumunu etkileyen faktörler değerlendirilerek, motivasyonel görüşme oturumları bireysel olarak planlanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşme tekniği ile uygulanan planlı eğitimlerin glisemik kontrolde de etkili olduğu saptanmıştır (95). Celano ve arkadaşlarının HD hastalarında uyumu desteklemek amacıyla yaptığı çalışmanın sonucunda sağlık davranışı uyumunda iyileşme sağlandığı belirlenmiştir (101). Ji ve arkadaşları (2019) tarafından hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmada, eğitim sonrası üre ve kreatinin düzeylerinde düşme olduğu bildirilmiştir (64). Ok (2017)'de HD hastalarında yaptığı çalışmasında, fosfor dışında, tüm verilerde girişim sonrasında veya 3 ay izlemde gruplar arasında deney grubunda anlamlı fark olduğunı ifade etmiştir (15). Araştırmamızda, üre ve kreatinin değerlerinin her iki grupta azaldığı, bu azalmanın müdahale grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Potasyum ve fosfor düzeylerinin kontrol grubunda daha fazla olmak üzere her iki grupta azalma gösterdiği; müdahale grubundaki hastaların üre, kreatin, sodyum ve glukoz değerlerindeki olumlu değişikliklerde, tedaviye uyumlarının artmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada motivasyonel görüşme tekniği ile verilen eğitimlerden sonra hastaların tedavi, ilaç, diyet ve sıvı uyumlarında artış olduğu saptanmıştır (147). Bir diğer çalışmada da hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme sonrasında yapılan izlemde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı hastaların tedaviye uyumlarında önemli bir fark olduğu belirtilmiştir (146). Ok (2017) tarafından uygulanan çalışmada; hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminin sıvı kısıtlamasında etkili olduğu saptanmıştır (15). Yangöz (2020) ün hemodiyaliz uygulanan bireylerde Watson İnsan Bakım Kuramına göre temellendirilmiş motivasyonel görüşme ve eğitimin tedaviye uyum, yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (30). Mankih ve arkadaşlarının (2022) beş oturumluk motivasyonel görüşme yöntemi ile yaptığı çalışmanın sonucunda motivasyonel görüşme programının hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (29). İran'da 90 HD hastasına motivasyonel görüşme yöntemi ile yapılan bir araştırmanın sonucunda, motivasyonel görüşmenin ilaç uyumunda etkili olduğu bulunmuştur (104). Russell ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada motivasyonel görüşmenin diyet uyumunda etkili olduğubildirilmiştir (108). Bu çalışmada ikinci değerlendirmede SDBYUÖ toplam puanı her iki grupta da artmasına rağmen bu artışın müdahale grubunda daha fazla olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. SDBYUÖ, HD katılım, diyet uyumu boyutlarının ikinci değerlendirme verilerinden yapılan Cohen d analizi gruplar arasında elde edilen farkın orta-yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar araştırmanın ikinci hipotezini (Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlık, tedavi uyumunu artırır) desteklemektedir.

5.3. Hastaların Tedaviye Uyum ve Hemodiyaliz Dayanıklılık Durumları Arasındaki İlişki

Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumu ve hemodiyaliz dayanıklılık durumları arasındaki ilişki, hastaların yaşam kalitesini ve tedavi başarısını doğrudan etkileyen önemli faktörlerdir. Hemodiyaliz, düzenli bir tedavi süreci gerektirir ve bu sürecin başarıyla tamamlanabilmesi için hasta tarafından tedaviye uyum oldukça önemlidir (54). Dayanıklılık, bu değişikliklere uyum sağlama ve yaşam tarzıyla baş etme yeteneğiyle ilgilidir. Özellikle dayanıklılıkları düşük hastalar için bu durum oldukça zordur. Hemodiyaliz hastaları için dayanıklılığı artırmak, yaşam kalitesinin artmasına ve tedaviye daha iyi uyum sağlanmasını desteklemektedir (70). Medeiros ve arkadaşlarının (2017) hemodiyaliz dayanıklılık ve tedaviye uyum ilişkisini inceleyen çalışmasında; dayanıklılığı yüksek olan hastaların ilaç tedavisine daha fazla uyum gösterdiği, dayanıklılığı düşük olan hastaların hemodiyaliz seanslarına uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir (25). İran’da hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada dayanıklılık puanları ile terapötik rejim uyumu arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (21). Zher ve ark. (2022)’ de dayanıklılık, depresyon, stres, kaygı ve tedaviye uyum ilişkisini inceleyen çalışmasında, dayanıklılık ve tedaviye uyum arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur (76). Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan 397 hasta ile yapılan çalışmada, hastaların psikolojik sağlık seviyesi düşük ve tedaviye uyumun az olduğu bulunmuştur (148). Araştırmamızda, SDBYUÖ ile HDDÖ arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmüştür. Sonuçlar ölçekler arasında anlamlı korelasyon olduğunu göstermektedir. Hemodiyaliz hastalarında hastaların uyumu arttıkça dayanıklılıklarının arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü hipotezini (Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyum ve hemodiyaliz dayanıklılık durumlarını arasında ilişki vardır) desteklemektedir. Literatürde hemodiyaliz hastalarında, dayanıklılık ve tedaviye uyum konularına ilişkin sınırlı çalışmaya ulaşılabildiğinden araştırma sonuçlarının katkı ve referans sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasından aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği için elde edilen iç tutarlılık katsayısı $r=0.940$ olup bu ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu belirtmektedir.
- Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0.846 ile 0.923 arasında olduğu saptanmış olup bu alt boyutların önemli derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.
- Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeğinin test-tekrar test analizi yapılmış ve ölçekzaman içinde değişmezlik bakımından güvenilir bulunmuştur.
- Bu araştırmada ölçeğin toplam varyansın $\%66.82$ 'sini açıkladığı saptanmıştır.
- Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği genel puanı ile her alt boyut; şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı, yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması ve hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi arasında pozitif yönlü orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- “Ölçeğin birinci alt boyutu, “Şimdiki zamanda olumlu anlam arayışı”; ikinci alt boyutu, “Yakın insan ilişkileri yoluyla yaşama iradesinin oluşturulması” ve üçüncü alt boyutu, “Hemodiyalizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi” olarak belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hemodiyaliz dayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisini incelemek üzere yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, hemodiyaliz dayanıklılık durumlarını artırmaya etkisi olduğu,
- Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, tedavi uyumunu artırmaya etkisi olduğu,
- Hemodiyaliz uygulanan bireylerde, tedaviye uyum (sıvı kısıtlaması, diyet, ilaç yönetimi) ve dayanıklılık durumları arasında ilişki olduğu,
- Hastaların motivasyonel görüşme temelli danışmanlık ile girişim uygulanmasından memnun olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlara göre;

- Hemodiyaliz ünitelerinde görevli sağlık profesyonelleri tarafından, hastaların dayanıklılık durumları ve hemodiyaliz tedavisine uyumları, belirli sürelerde geçerli ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi,
- Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşmenin dayanıklılık durumları ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisinin incelendiği daha uzun süreli ve tekrarlı ölçüm araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. 2007; 3(38): 1-7.
2. Daugirdas JT, Blake PG. Diyaliz el kitabı. Bozfakıoğlu S. Ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri. 2010.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2012). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: 2013;3(1).
(Erişim Tarihi: 18 Aralık 2023)
http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.kdigo.org%2Fclinical_practice_guidelines%2Fpdf%2FCKD%2FKDIGO_2012_CKD_GL.pdf+%&date=2018-07-08
4. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2015; 10(1), 53-59.
5. Garcia G, Jha V. World Kidney Day Steering Committee. CKD in disadvantaged populations. Kidney Int. 2021; 87(2): 251- 253.
6. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak R, et al. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey-the CREDIT study. Nephrol Dial Transpl. 2011;26(6):1862-1871.
7. Korkmaz SA, Topbaş E. Böbrek sağlığının korunması ve böbrek hastalıklarının önlenmesinde ulusal ve uluslararası eylem planları, Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2023; 18(1): 45-61.
8. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türkiye'de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2022.
9. Mollaoglu M, Kayata M. Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. Int. Urol. Nephrol. 2015; 47: 1863–1870.
10. Naalweh S, Barakat A, Sweileh W, Al-Jabi W, Sweileh M, Zyoud H. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. BMC Nephrol. 2017; 18(1): 178.

11. Beerendrakumar N, Ramamoorthy L, Haridasan S. Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients. *J Caring Sci.* 2018; 7(1): 17-20.
12. Zamanian H, Kharameh ZT. Translation and psychometric properties of the persian version of the dialysis symptom index in hemodialysis patients. *Nephro Urol Mon.* 2015; 7(1): 1-5. e23152.
13. Alawiyah A, Edison C. Adherence to dialysis therapy management in hemodialysis patients. *UI Proc Health Med.* 2018; 3: 38-41.
14. Ghimire S, Castelino L, Jose D, Zaidi R. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2017; 18(1): 167.
15. Ok E, Kutlu Y. The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research.* 2021; 30(3): 322–333.
16. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, Geest SD. Prevalence And Consequences Of Nonadherence To Hemodialysis Regimens. *American Journal Of Critical Care.* 2007; 16(3), 222-235.
17. Ozen N, Çınar FI, Askın D, Mut D, Türker T. Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *The Journal of Nursing Research.* 2019; 27(4): 1-11.
18. Leggat LE. Adherence With Dialysis: A Focus On Mortality Risk. *Seminars in Dialysis.* 2005; 18(2),137-141.
19. Cohen SD, Kimmel PL. Management of nonadherence in ESKD patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018; 13: 1080–1082.
20. Kim EY, Lee YN, Chang SO. Measuring the resilience of patients on hemodialysis: development of a patient on hemodialysis resilience scale: *Nephrology Nursing Journal.* 2020; 47 (3): 229-239
21. Noghani N, Akaberi A, Pournamdarian S, Borujerdi E, Hejazi S. resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of hamedan Iran. *Electronic Physician.* 2018; 10(5): 6853-6858.
22. Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük. (Erişim Tarihi; 03 Aralık 2022). <http://www.tdk.gov.tr>.

23. Börekçi DY, Gerçek M. “Resilience” kavramının sosyal bilimlerde kullanımları bağlamında değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018; 30, 42-51.
24. Keskin G. Resilience in patients with dialysis-dependent renal failure: evaluation in terms of depression, anxiety, traumatic growths. *Appl Nurs Res.* 2022; 65:151575.
25. Medeiros CMMF, Arantes EP, Tajra RDP, Santiago HR, Carvalho AF, Liborio AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychology, Health & Medicine.* 2017; 22(5): 570-577.
26. Topbaş E, Bingöl G. Nursing interventions for dialysis treatment and adaptation process with its psychosocial dimension. *Turkish Society of Nephrology, Dialysis and Transplantation Nurses Journal of Nephrology Nursing.* 2017;1(12); 36-42.
27. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2015;6(1),40-46.
28. Ögel K. Motivational interviewing. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry.* 2009; 2(2), 41–44.
29. Mankıh R, Hussam H. The role of motivational interviewing in improving health state of patients undergoing hemodialysis. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences.* 2022; 16:6.
30. Yangöz T, Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Motivasyonel Görüşmenin ve Eğitimin Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tedaviye Uyumuna, Memnuniyetine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelikte Doktora Tezi. Antalya, 2020.
31. Crown S, Vogel A, Hurlock C. Enhancing self-care management of interdialytic fluid weight gain in patients on hemodialysis: a pilot study using motivational interviewing. *Nephrol Nurs J.* 2017; 44(1): 49-55.
32. Kim H, Jeong S, Cho M. Effect of treatment adherence improvement program in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022; 19: 11657.
33. Dashtidehkordi A, Shahgholian N, Maghsoudi J, Sadeghian J. The effects of motivational interviewing on the health status of patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018; 23: 287.

34. Agency for Healthcare Research and Quality. The SHARE approach— Using the teach-back technique: A reference guide for health care providers. July 2014. ahrq.gov/professionals/education/curriculum_tools/shareddecisionmaking/tools/tool-6/index.html Erişim Tarihi: 18.12.2023.
35. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York City, NY: Guilford Press; 2013.
36. Schroder SA. We can do better—Improving the health of the American people. *N Engl J Med.* 2007; 357:1221-8.
37. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2013; 1(1): 41-47.
38. Eknoyan G, Lameire N, Eckardt K, Kasiske B, Wheeler D, Levin A, Stevens P, Bilous R, Lamb E, Coresh J. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney int.* 2013; 3(1): 5-14.
39. Lv JC, Zhang LX. Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. *Adv Exp Med Biol.* 2019; 1165: 3-15.
40. Hill NR, Fatob ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FR. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one.* 2016; 11(7).
41. Glassock RJ, Rule AD. Aging and the kidneys: anatomy, physiology and consequences for defining chronic kidney disease. *Nephron.* 2016; 134(1): 25-29.
42. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). *USRDS Annual Data Report 2019.* (Erişim Tarihi; 03 Kasım 2023). <https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/strategic-plans-reports/usrds/prior-data-reports/2019>.
43. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *Jama.* 2019; 322(13): 1294-1304.
44. Csaba PK. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl.* 2022; 12(1): 7–11.
45. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat T, Utaş C. Ed. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı: Samsun.* 2008: 1-22.

46. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Eknoyan JGL. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: part 1. definition, disease stages, evaluation, treatment, and risk factors. *Am Fam Physician*. 2004; 70: 869-76.
47. Zhang J. State of the care, definition, and epidemiology of chronic kidney disease. *Approaches to Chronic Kidney Disease*. 2022; 11-24.
48. Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Birol L., Akdemir, N., İdrar Yolları-Böbrek Hastalıkları Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset; 2004: 565-603.
49. Kaçar G. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Bakım. Zehra Duran (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım içinde, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012:381-95
50. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med*. 2021; 385(19): 1786-1795.
51. Akpolat T, Utaş C, Süleymalar G. Nefroloji El Kitabı. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi. 2007; 283-349.
52. World Health Organization. Adherence to Long- Term Therapies Evidence For Action 2003. (Erişim Tarihi; 05 Ekim 2023).
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
53. Kutner NG, Zhang R, Clelan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2001; 17(1): 93-99.
54. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2007; 49(2): 132-136.
55. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2006; 73(2): 553-559.
56. Sousa H, Ribeiro O, Costa E, Christensen AJ, Figueiredo D. Establishing the criterion validity of self-report measures of adherence in hemodialysis through associations with clinical biomarkers: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*. 2022; 17(10): e0276163.
57. Jampour L, Dehzad MJ, Eftekhari MH, Akbarzadeh M. The evaluation of adherence to dietary and liquid intake recommendations in hemodialysis patients. *International Journal of Nutrition Sciences*. 2018; 3(2): 92-98.

58. Beerappa H, Chandrababu R. Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2019; 7 (1): 127-130.
59. McDonald TJ, Oram RA, Vaidya B. Investigating hyperkalaemia in adults. *BMJ*. 2015; 351 (1): 47-62
60. Yılmaz KE, Çayır YM. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 10(3), 390-398.
61. Biçer H, Yılmaz KE. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlik düzeyleri ve sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilim Dergisi*. 2020; 3(2), 1-9.
62. Korkmaz Y. Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi ve Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Uyumsuzluk ve Öz Etkililik Durumunun İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2016.
63. Leggat LE. Adherence with dialysis: a focus on mortality risk. *Seminars in Dialysis*. 2005; 18(2): 137-141.
64. Ozen N, Cinar FI, Askin D, Mut D, Turker T. Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *The Journal of Nursing Research*. 2019; 27(4):36.
65. Wang J, Yue P, Huang J, Xie X, Ling Y, Jia L, Xiong Y, Sun F. Nursing intervention on the compliance of hemodialysis patients with end-stage renal disease: a meta-analysis. *Blood Purification*. 2018; 45(1-3): 102-109.
66. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001; 56(3), 227-238.
67. Alemdar H, Pakyüz Ç. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015; 10(2): 19-30.
68. Robertson I, Cooper CL. Resilience. *Stress and Health*. 2013; 29(3): 175-176.
69. Dane E, Olgun N. Evaluation of the factors effecting psychological endurance of hemodialysis patients. *Journal of Nephrology Nursing*. 2016; 1: 43-54.
70. Kim EY, Lee YN, Chang SO. Exploring subjective frames of patients on hemodialysis on acquiring resilience: A Q methodology study. *Nephrology Nursing Journal*. 2018; 45(4): 357-368.

71. Kabataş B. Kronik böbrek yetmezliği olup hemodiyaliz alan 18-65 yaş arası bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, bireylerin mutluluk düzeyleri ve yakın ilişkilerdeki yaşantıları üzerindeki etkisinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2016.
72. Martinez P, Arnal R, Morar K, Calvo J. et al. Perceived stress in relation to quality of life and resilience in patients with advanced chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(2): 536.
73. Yuan Q, Yingying H, Yuxin W. et al. The role of socioeconomic status, family resilience, and social support in predicting psychological resilience among chinese maintenance hemodialysis patients. *Psychological Therapy and Psychosomatics*. 2021; 12: 1-8.
74. Wolcott D.I. Psychiatric Aspects of Renal Dialysis and Organ Transplantation. *Psychiatr Med*. 1991; 9.(4):623-640.
75. Estaji Z, Hejazi S, Tabarraie Y, Saedi M. the effects of training through textmessaging via cell phones on the compliance of patients undergoing hemodialysis. *Journal Of North Khorasan University Of Medical Science*. 2016; 8 (2): 203-13.
76. Zher WL, Bahari R. Relationship Between Resilience, Depression, Stress, Anxiety, And Treatment Adherence Amongst Haemodialysis Patients. *Journal of Positive School Psychology*. 2022;6 (7): 5550-5564.
77. Qobadi M, Besharat MA, Rostami R, Rahiminezhad A. Health Literacy and Medical Adherence in Hemodialysis Patients: The Mediating Role of Disease- Specific Knowledge. *Thrita*. 2015; 4(1)
78. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1),40-46
79. Karamanidou C, Weinman J, Horne R. Improving Haemodialysis Patients Understanding of Phosphate-Binding Medication: A Pilot Study of A Psycho Educational İntervention Designed to Change Patients Perceptions of the Problem and Treatment. *Br J Health Psychol*. 2008;13(2), 205–214.

80. Matteson ML, Russell C. Interventions to Improve Hemodialysis Adherence: A Systematic Review of Randomized-Controlled Trials. *Hemodialysis International*. 2010;14, 370–382.
81. Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008; 5 (3): 203.
82. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*. 2004; 53: 147-155.
83. Russel CL, Knowles N, Peace L, et al. Motivational interviewing in dialysis adherence study. *Nephrology Nursing Journal*. 2011; 38(3): 229-236.
84. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1): 41-47.
85. Sanders KA, Whited A, Martino S. Motivational interviewing for patients with chronic kidney disease. *Seminars in Dialysis*. 2013; 26(2): 175–179.
86. Dicle A. Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. *JSHSR*. 2017; 4: 2043-2053.
87. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*. 2012; 41 (9): 660-667.
88. Droppa M, Lee H. Motivational interviewing: A journey to improve health. *Nursing*. 2014; 44(3), 40–46.
89. Black SW. Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. *Psychology of Women Quarterly*. 2019; 44 (1): 130-134.
90. Chick J. “Early Intervention for Hazardous Drinking in the General Hospital”. *Alcohol Alcohol Supplement*. 2001; 477–479. 12.
91. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. “The Efficacy of Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Excessive Drinking: A Meta-Analytic Review”. *Alcohol and Alcoholism*. 2006; 4(3), 328–335. 13.

92. Adamson SJ, Sellman JD. "Five-year Outcomes of Alcohol-dependent Persons Treated with Motivational Enhancement". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2008; 69 (4), 589- 593.
93. Dicle AN. Motivasyonel Görüşme Uygulamalarının Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Samsun. 2012.
94. Pill R, Stott NC, Rollnick SR, Rees MA. "Randomised Controlled Trial of An Intervention Designed to Improve the Care Given in General Practice to Type II Diabetic Patients: Patient Outcomes and Professional Ability to Change Behaviour". *Journal of Family Practice*. 2008; 15, 229–235. 16.
95. Gabbay RA, Anel-Tiangco RM, Dellasega C, Mauger DT, Adelman A, VanHorn DHA. "Diabetes Nurse Case Management and Motivational Interviewing for Change (DYNAMIC): Results of a 2-year Randomized Controlled Pragmatic Trial". *Journal of Diabetes*. 2013;5 (3), 349–357.
96. Borrelli B, Riekert KA, Weinstein A. "Brief Motivational Interviewing as a Clinical Strategy to Promote Asthma Medication Adherence". *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007; 120 (5), 1023- 1030.
97. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. "Effectiveness of a Motivational Interviewing Intervention on Weight Loss, Physical Activity and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Randomised Controlled Trial with a 12-Month Post-Intervention Follow-up". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013; 10, 40. 21.
98. Thompson DR, Chair SY, Chan SW, Astin F, Davidson PM, Ski CF. "Motivational Interviewing: a Useful Approach to Improving Cardiovascular Health?". *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20, 1236–1244.
99. Tse MM, Vong SKS, Tang SK. "Motivational Interviewing and Exercise Programme for Community-dwelling Older Persons with Chronic Pain: a Randomised Controlled Study". *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22, 1843–1856.
100. Westra HA, Aviram A, Doell FK. "Extending Motivational Interviewing to the Treatment of Major Mental Health Problems: Current Directions and Evidence". *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011; 56 (11), 211. 27.

101. Anderson, B. "Collaborative Care and Motivational Interviewing: Improving Depression Outcomes Through Patient Empowerment Interventions". *The American Journal of Managed Care*. 2007; 13 (4), 103-106.
102. Celano C, Zambrano J, Harnedy L et al. A novel health behaviour intervention to promote adherence in kidney failure. *J Ren Care*. 2023; 49(1): 24-34.
103. Griva K, Rajeswari M, Nandakumar M et al. The combined diabetes and renal control trial (C-DIRECT) - a feasibility randomised controlled trial to evaluate outcomes in multi-morbid patients with diabetes and on dialysis using a mixed methods approach. *BMC Nephrol*. 2019; 3: 20(1): 2.
104. Dashtidehkordi A, Shahgolian N, Maghsoudi J, Sadeghian J. The Effects of Motivational Interviewing on the Health Status of Patients Undergoing Hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018; 23(4): 287–291.
105. Huang B, Li Z, Wang Y et al. Effectiveness of self-management support in maintenance haemodialysis patients with hypertension: A pilot cluster randomized controlled trial. *Nephrology*. 2017; 23(8): 755-763.
106. Crown S, Vogal J, Chorostecki C. Enhancing self-care management of interdialytic fluid weight gain in patients on hemodialysis: a pilot study using motivational interviewing. *Nephrology Nursing Journal*. 2017; 44(1): 49-55.
107. García-LH, Remor E, del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014; 21(1):103-15.
108. Russell C, Cronk N, Herron M et al. Motivational interviewing in dialysis adherence study (midas). *Nephrol Nurs J*. 2011;38(3): 229-36.
109. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*; (40), 39-49, 2014.
110. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul, Odak Ofset. 2002; 181.
111. Doğan CD, Aybek EC. *Psikometri ve İstatistik Uygulamaları*. Pegem Akademi; 2021.
112. Albayrak Coşar A, Çınar Pakyüz S. Scale development study: The fluid control in hemodialysis patients. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016; 13 (1): 174-182.

113. Erdem D, Erdem M, Kayabaşı H, Şit D, Yetmiş M, Yüce E, ve ark. Evre V aşamasına gelen kronik böbrek yetmezlikli hastaların diyaliz başlangıcındaki yaş, etiyoloji ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turk Neph Dial Transpl.* 2018; 27(2):140-145. doi: 10.5262/tndt.2018.2405.
114. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: updated guideline. *Florence Nightingale Journal of Nursing.* 2018; 26(3): 199-210.
115. Malhotra NK, Agarwal J, Peterson M. Methodological issues in cross-cultural marketing research: A state-of-the-art review. *Int Marketing Rev.* 1996;13(5):7-43.
116. Davis L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.* 1992; 5(4): 194-197.
117. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011 Apr;17(2):268-74. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
118. Tabachnick BG, & Fidell LS. *Using multivariate statistics.* (sixthed). Allyn & Bacon/Pearson Education. 6. Basımdan Çeviri: Mustafa Baloğlu, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.2015.
119. Özdamar K. Ölçek ve test uyarlama yapısal eşitlik modellemesi IBMSPSS,IBM SPSS AMOS ve MINTAB uygulamalı. Eskişehir: Nisan Kitabevi.2017; 78-79.
120. Seçer İ. Psikolojik test uyarlama ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları. Anı yayıncılık. 2018.
121. Lim CY, In J. Randomization in clinical studies. *Korean Journal of Anesthesiology.* 2019; 72 (3): 221-232.
122. Yaşlıoğlu M. Factor analysis and validity in social sciences: using exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Istanbul University Faculty of Business.* 2017; 46: 74 – 85.
123. Menekli T, Fadıloğlu Ç. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2012; 1-21.

124. Guiné R, Florença S, Aparicio G, Cardoso AP, Ferreira M. Food Literacy Scale: Validation through Exploratory and Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Portuguese University Students. *Nutrients*. 2023;15,166.
125. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara, Nobel Basımevi.2005.
126. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 30(3), 211-216.
127. Özdemir EÇ, Kav S. Validity and reliability of the Turkish version of the patienton hemodialysis resilience scale. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2024;1–9.
128. Kim Y, Evangelista LS, Phillip LR, Pavlish C, Kopple JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRDAQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *NephrologyNursing Journal*. 2010; 37(4),377–393.
129. Ok E, Kutlu Y. Son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 3: 427–437.
130. Martino S, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 96 (1-2): 37-48.
131. Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR, Hodgins DC, Ronksley P. The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*.2015; 43, 72-82.
132. Dancey C, Reidy J. *Statistics without maths for psychology*. 2017. Pearson Education Limited. 7th edition. United Kingdom
133. Rosenthal R, Robin DM. "Meta-analysis: Recent developments inquantitative methods for literature reviews." *Annual review of psychology*. 2001: 59-82.
134. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 1988. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2nd edition, New York; Cohen B. *Explaining psychological statistics*. John Wiley & Sons, Inc. 4th edition, New Jersey. 2013.

135. Resnick B. Resilience of Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis in Medan, Indonesia. *Resilience in Aging*. 2018; 221–244.
136. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013; 6: 77-86.
137. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10: 1-10.
138. Cal S, Sa L, Glustak M et al. Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*. 2015; 2: 1-9.
139. Yuan Q, Yingying H, Yuxin W. et al. the role of socioeconomic status, family resilience, and social support in predicting psychological resilience among chinese maintenance hemodialysis patients. *Psychological Therapy and Psychosomatics*. 2021; 12: 1-8.
140. Kukihara H, Yamawaki N, Ando M et al. The mediating effect of resilience between family functioning and mental well-being in hemodialysis patients in Japan: a cross-sectional design. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1): 233.
141. Şanlı ME, Dinç M, Öner U et al. The Role of spirituality in anxiety and psychological resilience of hemodialysis patients in Turkey. *Journal of Religion and Health*. 2023; 62: 4297–4315.
142. Lundahl B, Burke BL. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 65(11): 1232-1245.
143. Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50(1), 39-46.
144. Naalweh K, Barakat M, Sweileh M, Al-Jabi S, Sweileh W, Zyoud, S. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross – sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*. 2017;18, 178.

145. Mailani F, Andriani R. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. *Jurnal Endurance*. 2017; 2(3), 416-423.
146. Yılmaz KE, Çayır YM. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 10(3), 390-398.
147. Muliani R, Jundiah R, Megawati S, Said F. Adherence of self-care management among hemodialysis patients. *The Malaysian Journal of Nursing*. 2021; 12(3).
148. Demirel M, Sukut Ö. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikolojik sağlamlık, algılanan sosyal destek ve depresyon ile tedaviye uyum arasındaki ilişki. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*. 2024; 6(1), 49-56.

EK 1. Hasta Bilgi Formu

I. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız.....

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. Okur- yazar değil | 5. Lise |
| 2. Okur- yazar | 6. Üniversite |
| 3. İlkokul | 7. Diğer..... |
| 4. Ortaokul | |

4. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar

5. Sosyal güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır

6. Mesleğiniz nedir?

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. Memur | 5. Serbest Meslek |
| 2. İşçi | 6. Öğrenci |
| 3. Emekli | 7. İşsiz |
| 4. Ev hanımı | 8. Diğer:..... |

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1. Gelir giderden az (Düşük)
2. Gelir ile gider eşit (Orta)
3. Gelir giderden çok (Yüksek)

II. Hastalığa İlişkin Özellikler

8. Kesin Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Kaç yılında konuldu?

9. Kaç yıldır diyalize giriyorsunuz?yıl

10. Hemodiyaliz giriş yolunuz nedir?

1. Kateter (kalıcı /geçici) 2. Fistül 3. Graft

11. Böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

12. Başka kronik hastalıklarımız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

1. Dişabet 2. Hipertansiyon 3. Kalp sorunları 4. Diğer.....

13. Daha önce böbrek nakli oldunuz mu?

1. Hayır 2. Evet (açıklayınız.....)

14. Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığımız işlerde size kim/kimler yardım ediyor?

1. Hiç kimse 2. Aile bireyleri 3. Diğer.....

15. En fazla hangi yönden destek almaya ihtiyaç duyuyorsunuz?

1. Psikolojik/duygusal destek 2. Fiziksel bakımda yardım 3. Parasal yardım 4. Diğer

16. Hemodiyaliz tedavisi görmeye başlayınca buna yönelik eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

17. Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldıysanız, sizce bu eğitim yeterli miydi?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

18. Kullandığımız ilaçları belirtiniz:

EK 2: Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği (HHDÖ)

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ben yaşamak için iyi bir sebebi olan önemli bir insanım.					
2. Hemodiyalizle birlikte yaşamım zor olsa da/ Hemodiyalizle yaşamak zor olsa da , bu durumun üstesinden gelebileceğime inanıyorum.					
3. Hemodiyalizin bana verdiği ikinci şansın zorluklara değer olduğunu düşünüyorum.					
4. Hayatımı dolu dolu yaşamam gerektiğini düşünüyorum.					
5. Hayatımın zor olduğunu hissettiğimde, geçmişteki güzel anıları hatırlayarak güçleniyorum.					
6. Hayat zor olduğunda, ailemi düşünürsem yaşama cesaretini hissediyorum.					
7. Stresli olduğumda bana yardım edecek ailem ve arkadaşlarım var					
8. Hastalandıktan sonra ilişkilerimin değerli olduğunu anladım.					
9. Hemodiyalizin neden olduğu fiziksel zorlukların üstesinden gelmek için kendi yöntemlerim var.					
10. Birinden yardım istemek yerine kendim daha güçlü olmalıyım diye düşünüyorum.					
11. Hastalığımı her zaman önemsiyorum ve daha iyi anlamaya çalışıyorum.					
12. Ailemin bir üyesi olarak sorumluluk almak istiyorum.					
13. Hayatımın ailemin hayatını/yaşantısını zorlaştırmasına izin vermemeye çalışıyorum.					
14. Acıların üstesinden gelerek adım adım gelişebileceğimi düşünüyorum.					
15. Kesintisiz hemodiyalize giriyor olsam <u>da</u> , hayatımın amacına giden yoldayım.					
16. Hemodiyalizin rutinimin bir parçası olduğunu düşünüyorum					
17. Hemodiyaliz ile fiziksel olarak olumlu değişiklikler hissettiğim için bunu yaşamımın bir parçası olarak kabul edebilirim.					
18. Hemodiyalize girerek hayatımın yeniden denge kazandığını hissediyorum.					
19. Hemodiyaliz yaşamaya devam etmemin yolu olduğu için, ölmek için hemodiyalize girmem gerekiyor.					
20. Ölümden korkuyorum, ancak hemodiyaliz hastaları ve sağlık personeli ile diyalog kurarak bu korkumu yenmek istiyorum.					

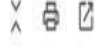
EK 3: Hemodiyaliz Dayanıklılık Ölçeği İzni

Hemodialysis Resilience Scale Getiren Kutusu x

↕ 🖨️ 🔗

EK 4: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği İzni

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği hk 



EK 5: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği

1. Geçen ay boyunca kaç hemodiyaliz seansını tamamıyla kaçırdınız?

- (a) Hiçbir hemodiyaliz seansını kaçırmadım
- (b) Bir hemodiyaliz seansını kaçırdım
- (c) İki hemodiyaliz seansını kaçırdım
- (d) Üç hemodiyaliz seansını kaçırdım
- (e) Dört veya daha fazla hemodiyaliz seansını kaçırdım

2. Geçen ay hemodiyaliz seansınızı kaçırmamanın esas nedeni neydi?

- (1) Hiçbir hemodiyaliz seansını kaçırmadım
- (2) Ulaşım sorunları
- (3) Başka işler yapmak zorundaydım(lütfen açıklayınız)
- (4) Hemodiyaliz giriş yerinde(greft, fistül veya kateter) pıhtılaşma/ tıkanıklık
- (5) Doktor randevusu
- (6) Acil servise gitmek zorundaydım
- (7) Hastanede yatıyordum
- (8) Unuttum
- (9) Gitmek istemedim veya gidemedim
- (10) Diğer(Belirtiniz) _____

3. Geçen ay boyunca hemodiyaliz seansınızı kaç kez kısalttınız?

- (a) Hemodiyaliz seansını kısaltmadım
- (b) 1 kez
- (c) 2 kez
- (d) 3 kez
- (e) 4-5 kez
- (f) Diğer(sıklık belirtiniz)

4. Geçen ay boyunca, hemodiyaliz seansınız ortalama kaç dakika kısaltıldı?

- (a) Hemodiyaliz süremi kısaltmadım
- (b) 10 dakikadan az veya 10 dakika
- (c) 11-20 dakika
- (d) 21- 30 dakika
- (e) 31 dakikadan fazla
- (f) Diğer(belirtiniz) _____

(Hemodiyaliz seansınızı 1 seferden fazla kısalttığınız için 2 ya da daha fazla farklı zaman belirtmek isterseniz lütfen bu alanı kullanınız.)

- 1. kısaltma: dakika
- 2. kısaltma: dakika
- 3. kısaltma: dakika

1
5. Hemodiyaliz seansınızı kısaltmanızın esas nedeni neydi?

- (1) Hemodiyaliz süremi kısaltmadım
- (2) Kramp
- (3) Tuvalet kullanımı
- (4) Huzursuzluk
- (5) Düşük kan basıncı
- (6) Hemodiyaliz giriş yerinde(greft, fistül veya kateter) pıhtılaşma/ tıkanıklık
- (7) Doktor randevusu
- (8) Kişisel iş ya da acil durum
- (9) Çalışma programı
- (10) Ulaşım sorunları
- (11) Sağlık personelinin kararıydı(sebebini belirtiniz _____)
- (12) Diyalizde kalacak gibi hissetmedim
- (13) Diğer(Belirtiniz) _____

6. Geçen hafta boyunca, düzenli kullanmanız gereken ilaçlarınızı hangi sıklıkta almadınız?

- (a) Hiçbir zaman ilaçlarımı almayı unutmadım
- (b) Çok nadir almadım
- (c) Yaklaşık yarısını almadım
- (d) Çoğu zaman almadım
- (e) Her zaman almadım

7. Geçen hafta düzenli kullanmanız gereken ilaçlarınızı almamanızın esas nedeni neydi?

- (1) İlaçları almayı unutmadım
- (2) İlaçları almayı unuttum
- (3) İlaçları aldırılmayı unuttum
- (4) İlaç maliyeti
- (5) Kullanım zorluğu
- (6) Hastanede yatıyordum
- (7) Yan etkiler
- (8) Diğer(Belirtiniz) _____

8. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta sıvı kısıtlaması önerilerine uydunuz?

- (a) Her zaman
- (b) Çoğu zaman
- (c) Yarı yarıya
- (d) Çok nadir
- (e) Hiçbir zaman

9. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta diyet önerilerine uydunuz?

- (a) Her zaman
- (b) Çoğu zaman
- (c) Yarı yarıya
- (d) Çok nadir
- (e) Hiçbir zaman

EK 6: Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Memnuniyet Formu

1. Sizinle yapılan görüşmeden memnun olma durumunuz. 1 ile 10 arasında puan verebilir misiniz?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

2. Sizinle yapılan görüşmelerin eksik yönleri var mı?

Evet () Hayır ()

3. Görüşmeler hakkında önerileriniz|

.....



EK 7: Biyokimyasal Parametreler

Biyokimyasal Parametreler	Ön test	Son test
Üre		
Kreatinin		
Potasyum		
Fosfor		
Ürik Asit		
Sodyum		
Kalsiyum		
Hemotokrit		
Hemoglobin		
Albümin		
Total Protein		
Glukoz		

EK 8: Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılımcı Belgesi



EK 9: Müdahale Grubu İzlem Formu

	Hasta Adı/Soyadı	Telefon Numarası	Araştırmaya Alınma Tarihi	1. Ölçüm Uygulama Tarihi	2. Ölçüm Uygulama Tarihi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					

EK 10: Kontrol Grubu İzlem Formu

	Hasta Adı/Soyadı	Telefon Numarası	Araştırmaya Alınma Tarihi	1.Ölçüm Uygulama Tarihi	2. Ölçüm Uygulama Tarihi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					

EK 11: M¼dahale Grubu Gr¼Œme Formu



<p>1. Gr¼Œme Tarihi (Y¼z Y¼ze):</p> <p>S¼re:</p> <p>Amaç:</p> <p>Kullanılan Teknik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Açık uçlu sorular• Yansıtma dinleme• Özetleme• Kabulleme• DeęiŒimi konuŒmak <p><u>Gr¼Œme Notları</u></p>
<p>1. Telefonla Gr¼Œme Tarihi</p> <p><u>Gr¼Œme Notları</u></p>
<p>1. Kısa Mesaj-Hatırlatma Tarihi</p> <p><u>Gr¼Œme Notları</u></p>

EK 12: Etik Kurul İzni



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :


Konu :

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınız Doktora Programı öğrencisi Çiğdem Özdemir Eler'in KA21/55 nolu "Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminin psikolojik dayanıklılık durumları ve tedaviye uyumuna etkisi" başlıklı araştırma projesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

EK 13: Hastane Kurum İzni


1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :
Konu :

ANKARA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Doktora Programı 21710462 numaralı öğrencisi Çiğdem Özdemir Eler'in Hastanenizin Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde izlenen hastalara ekte yer alan anketi uygulayabilmesi konusunda gereğini izninize arz ederim.

EK 14: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜOLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığımız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın
Hemodiyaliz Dayanıklılık ve Tedavi Uyumuna Etkisi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 58'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 6 aydır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin, hastalarındayanıklılık durumlarına ve hemodiyaliz tedavisine uyumuna etkisini belirlemek amaçlı uygulanacaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

- En az 3 aydır HD tedavisi uygulanıyor olması,
- Haftada 3 gün ve 4 saat süreyle HD tedavisi uygulanıyor olması,
- 18 yaş ve üzerinde olmanız,
- Yer, zaman, kişi oryantasyonunuzun olması,
- Okur-yazar olmanız,
- Yazılı veya sözlü iletişim engelinizin olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz çalışmada yer almanız için yeterli kriterlerdir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma sürecinde size diğer hastalardan farklı herhangi bir prosedür uygulanmayacaktır. Araştırma kapsamında, araştırmacı tarafından hasta tanıtım formu, dayanıklılık formu, son dönem böbrek yetmezliği uyum formu doldurulacaktır. Araştırmacı ile 4 ay boyunca kendinizi iyi hissettiğiniz zamanda ayda 1 kez yüz yüze görüşecek, telefonla ayda 1 kez aranacak ve kısa mesajla bilgilendirileceksiniz.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırma sırasında sizi rahatsız eden herhangi bir tıbbi durum olursa, sorumlu araştırmacıya bildirmelisiniz.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmadan beklenen olası yarar; araştırmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda dayanıklılığınızın ve tedaviye uyumunuzun artması sağlanmış olacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Bu uygulamanın sizin sağlığını tehlikeye sokacak herhangi bir yan etkisi bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili olarak bir sorumluluğunuz yoktur

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma tıbbi girişimsel bir işlem (vücut bütünlüğünü bozan işlemler) ya da ilaç çalışması olmayıp, araştırma kapsamında herhangi bir zarara uğramanız beklenmemektedir.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresi boyunca araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırma boyunca yanınızda bulunacak olan araştırmacı olan Çiğdem Özdemir Eler'e başvurabilirsiniz. Ayrıca araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir yan etki hakkında daha fazla bilgi temin etmek isterseniz telefon aracılığıyla bilgi alabilirsiniz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Ulaşılabilecek Araştırmacı Adres ve Telefonları:

Araştırmacı:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Hastalığınızın gerektirdiği tetkiklere ilave olarak yapılacak her türlü tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma giderleri size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek; size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŐI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulama sırasında, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliŐebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir deėiŐikliėe neden olmayacaktır.

Ancak araştırma dıŐı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŐINDAKİ DİŐER TEDAVİLER

Size konan tanı için uygulanabilecek tedavilere ek olarak araştırma kapsamında herhangi birtedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce araştırmayla ilgili verilecek bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim. Metnin tamamını okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramdakalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve saygı ile yaklaŐılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımısın sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirliğimi biliyorum (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koŐuluyla araştırmacı tarafından araştırma dıŐı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		