

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI



**DİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ SIVI
KONTROLÜ VE FONKSİYONEL PERFORMANSA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sezin Nur ÖZYURT

Danışman

Prof. Dr. Sibel SEVİNÇ

HATAY – 2024

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ SIVI
KONTROLÜ VE FONKSİYONEL PERFORMANSA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sezin Nur ÖZYURT

Danışman
Prof. Dr. Sibel SEVİNÇ

HATAY – 2024

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ SIVI KONTROLÜ VE
FONKSİYONEL PERFORMANSA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sezin Nur ÖZYURT

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 27/05/2024 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tez Jürisi: Jüri Başkanı : Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Üye : Prof. Dr. Sibel SEVİNÇ

Üye : Doç. Dr. Emine KIR BİÇER

Bu tez, Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında hazırlanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim Halil ÇERÇİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle bana tüm süreçlerde destek olan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Sibel SEVİNÇ'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Emine KIR BİÇER ve Dr. Öğr. Üyesi Gizem KERİMOĞLU'na,

Tez dönemi süresince yardımını hiç esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Selçuk UĞURLUAY'a, ve Ar. Gör. Hülya BİNOKAY'a,

HMKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binası Hemodiyaliz Ünitesi ve Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ana Binası Nefroloji Kliniğinde çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Periton diyalizi hemşiresi Hayriye MİSKİN'e, Hemodiyaliz hemşiresi Onur CABİROĞLU'na, Dr. Serkan ÖNAL'a

Son olarak desteğini hiç esirgemeyen canım ailem ve biricik teyzem Pınar'a teşekkürlerimi sunarım.

Sezin Nur ÖZYURT

Hatay 2024

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
ÇİZELGELER DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı	3
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi	3
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi	4
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri	5
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti ve Bulguları	6
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanı ve Tedavisi	7
2.6.1. Hemodiyaliz Tedavisi	8
2.6.1.1. Hemodiyalizin Komplikasyonları	10
2.6.2. Periton Diyalizi Tedavisi	12
2.6.2.1. Periton Diyalizinin Komplikasyonları	13
2.6.3. Böbrek Transplantasyonu	14
2.7. Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Yönetimi	14
2.8. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısı	16
2.9. Diyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü	17
2.10. Diyaliz Hastalarında Fonksiyonel Performans	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği	21
3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	22
3.5.4. Fonksiyonel Performans Envanteri	23
3.6. Verilerin Analizi	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
4. BULGULAR	25
4.1. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	25
4.2. Diyaliz Hastalarının Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	32
4.3. Hastalık Algısı Ölçeği ile Sıvı Kontrolü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	36

4.4. Hastalık Algısı Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	38
4.5. Sıvı Kontrol Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	41
4.6. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla İlişkisine Ait Bulgular... ..	42
5. TARTIŞMA	55
5.1. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	55
5.2. Diyaliz Hastalarının Ölçek Puanlarının İncelenmesi.....	57
5.2.1. Hastalık Algısı Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi.....	57
5.2.2. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi	59
5.2.3. Fonksiyonel Performans Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi	60
5.3. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ile İlişkisinin İncelenmesi	61
5.4. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Fonksiyonel Performans ile İlişkisinin İncelenmesi	63
5.5. Diyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolünün Fonksiyonel Performans ile İlişkisinin İncelenmesi	67
5.6. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi ..	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuçlar	76
6.2. Öneriler	82
7. KAYNAKLAR.....	84
EK-I	89
EK-II.....	91
EK-III.....	96
EK-IV	97
EK-VI	104
ÖZGEÇMİŞ	106

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Türkiye’de RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığının insidansı ve prevalansı.....	4
---	---



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. 2021 Yılı İçinde İlk RRT Olarak HD'ye Başlayan Tüm Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı	5
Çizelge 2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri	6
Çizelge 2.3. Sistemlere Göre Klinik Bulgular	7
Çizelge 2.4. 2021 Yılı Sonu İtibarıyla RRT ile İzlenmekte Olan Hastaların (Çocuk Hastalar Dahil) RRT Tipine Göre Dağılımı	8
Çizelge 2.5. 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Merkez HD Hastalarının Halen Kullanılmakta Olan Damar Erişim Yoluna Göre Dağılımı	9
Çizelge 2.6. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları	10
Çizelge 2.7. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları	11
Çizelge 2.8. Hemodiyalizde Damar Yoluna Bağlı Komplikasyonlar	11
Çizelge 2.9. 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Periton Diyalizi Hastalarının Periton Diyaliz Tipine Göre Dağılımı	12
Çizelge 2.10. Periton Diyalizinin Enfeksiyöz Olmayan Komplikasyonları	13
Çizelge 2.11. Periton Diyalizinin Enfeksiyöz Komplikasyonları	13
Çizelge 4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Çizelge 4.2. Diyaliz Hastalarının Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	27
Çizelge 4.3. Diyaliz Hastalarının Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı	27
Çizelge 4.4. Diyaliz Hastalarının Yaşadıkları Semptomlara Göre Dağılımı (N=190)	28
Çizelge 4.5. Diyaliz Hastalarının Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı	29
Çizelge 4.6. Diyaliz Hastalarının Diyalize Bağlı Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Çizelge 4.7. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Alt Boyut Dağılımı (N=190)	32
Çizelge 4.8. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığa Ait Nedenler Alt Boyut Dağılımı (N=190)	33
Çizelge 4.9. Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=190)	34
Çizelge 4.10. Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=190)	34
Çizelge 4.11. Fonksiyonel Performans Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=190) ...	35
Çizelge 4.12. Hastalık Algısı Ölçeği ile Sıvı Kontrolü Ölçek Puanları Arasındaki İlişki ...	36
Çizelge 4.13. Hastalık Algısı Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	38
Çizelge 4.14. Sıvı Kontrol Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	41
Çizelge 4.15. Hastaların Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	42
Çizelge 4.16. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	43
Çizelge 4.17. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	44
Çizelge 4.18. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	45
Çizelge 4.19. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
Çizelge 4.20. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.21. Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
Çizelge 4.22. Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	49
Çizelge 4.23. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
Çizelge 4.24. Hastalara Uygulanan Diyaliz Tipine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51

Çizelge 4.25. Hastaların Diyaliz Tedavi Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
Çizelge 4.26. Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyum Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	53



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APD : Aletli Periton Diyalizi
BKİ : Beden Kitle İndeksi
CREDİT: Türkiye Kronik Böbrek Yetmezliği Prevalansı Araştırması
DM : Diabetes Mellitus
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
FPÖ : Fonksiyonel Performans Ölçeği
GFH : Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği
HD : Hemodiyaliz
HHSKÖ : Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği
HLA: İnsan Lökosit Antijeni
HT : Hipertansiyon
IDWG : İnterdiyalitik Kilo Alımı
İT: İmmünoşüpresif Tedavi
KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes
KOAİ : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
NKF-KDOQI: National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
PD : Periton Diyalizi
RT : Renal Transplantasyon
RRT : Renal Replasman Tedavisi
SAPD : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TND : Türk Nefroloji Derneği

ÖZET

Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ve Fonksiyonel Performansa Etkisi

Araştırma; Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ve Fonksiyonel Performansa etkisini saptamak için tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Çalışmanın örneklemini Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğinde takip edilen; çalışmanın yapıldığı tarihler arasında diyaliz tedavisi alan, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 160 Hemodiyaliz ve 30 Periton Diyalizi hastası oluşturdu. Çalışma verileri; araştırmacı öncülüğünde hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği ve Fonksiyonel Performans Ölçeği kullanılarak Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15-20 dakikalık yüz yüze görüşmelerle araştırmacı tarafından toplandı. Araştırma verileri IBM SPSS V23 ile analiz edilerek normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri ile incelendi. Grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Önem düzeyi $p < 0.050$ kabul edildi.

Araştırma sonuçlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamalarınınabakıldığında; Hastalık Tipi Boyutu 3.75 ± 1.94 , Hastalık Algısı Boyutu en yüksek puan Sonuçlar 19.12 ± 3.77 alt boyutunda, Hastalığa Ait Nedenler Boyutu en yüksek puan Risk faktörleri 7.87 ± 1.75 alt boyutunda elde edilmiştir. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği toplam puanı 59.21 ± 9.02 , Fonksiyonel Performans Ölçeği toplam puanı 1.27 ± 0.75 olarak elde edilmiştir.

Çalışma sonucunda Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından Hastalık Tipi Boyutu, Hastalığı Anlayabilme, Tedavi Kontrol, Duygusal Temsiller puanlarıyla Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği Genel Puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edildi. Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından Sonuçlar ve Süre Döngüsel puanları ile Fonksiyonel Performans Ölçeği Genel Puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı. Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları içerisinde Süre akut, Hastalığı Anlayabilme, Bağışıklık puanları ile Fonksiyonel Performans Ölçeği Genel Puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönde bir ilişkiye ulaşıldı. Sıvı Kontrol Ölçeğinin Bilgi alt boyutu ile Fonksiyonel Performans Ölçeğinin Vücut Bakım alt boyut puanları arasında ve Sıvı Kontrol Ölçeğinin Tutum alt boyutu ile Fonksiyonel Performans Ölçeğinin Sosyal Etkileşim alt boyut puanları arasında; istatistiksel açıdan anlamlı düzeydepozitif yönde bir ilişkiye ulaşıldı. Sonuç olarak hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performans üzerinde etkili olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Periton Diyalizi, Hastalık Algısı, Sıvı Kontrolü, Fonksiyonel Performans

ABSTRACT

The Effect of Illness Perception on Fluid Control and Functional Performance in Dialysis Patients

Research; It was carried out descriptively to determine the effect of Illness Perception on Fluid Control and Functional Performance in Dialysis Patients.

The sample of the study was followed in Hatay Training and Research Hospital Nephrology Polyclinic; The study group consisted of 160 Hemodialysis and 30 Peritoneal Dialysis patients who received dialysis treatment between the dates of the study, met the study criteria and volunteered to participate in the study. Study data; It was collected by the researcher through 15-20 minute face-to-face interviews at Hatay Training and Research Hospital, using the Personal Information Form, Illness Perception Scale, Fluid Control Scale and Functional Performance Scale prepared under the leadership of the researcher. Research data were analyzed with IBM SPSS V23 and compliance with normal distribution was examined with Shapiro-Wilk and Kolmogorov Smirnov tests. Mann Whitney-U and Kruskal Wallis tests were used to compare the groups. The significance level was accepted as $p < 0.050$.

According to the research results, when looking at the average scores of the Illness Perception Scale; The Disease Type Dimension had the highest score of 3.75 ± 1.94 , the Disease Perception Dimension had the highest score in the Results sub-dimension of 19.12 ± 3.77 , and the Disease-Related Causes Dimension had the highest score in the Risk Factors sub-dimension of 7.87 ± 1.75 . The total score of the Fluid Control Scale in Hemodialysis Patients was 59.21 ± 9.02 , and the total score of the Functional Performance Scale was 1.27 ± 0.75 .

As a result of the study, a statistically significant negative relationship was detected between the Illness Type Dimension, Illness Understanding, Treatment Control, Emotional Representations scores, which are sub-dimensions of the Illness Perception Scale, and the General Score of the Fluid Control Scale in Hemodialysis Patients. A negative relationship was detected between the Outcomes and Duration Cyclical scores of the Illness Perception Scale subscales and the Functional Performance Scale General Score. Among the Illness Perception Scale sub-dimensions, a statistically significant positive relationship was found between the Duration acute, Illness Understanding, Immunity scores and the Functional Performance Scale General Score. Between the Knowledge sub-dimension of the Fluid Control Scale and the Body Care sub-dimension scores of the Functional Performance Scale, and between the Attitude sub-dimension of the Fluid Control Scale and the Social Interaction sub-dimension scores of the Functional Performance Scale; A statistically significant positive relationship was reached. As a result, it was determined that the perception of illness had an impact on fluid control and functional performance.

Key Words: Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Illness Perception, Fluid Control, Functional Performance

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), Glomerüler filtrasyon hızındaki (GFH) azalmayla beraber böbreklerin kandaki sıvı ve elektrolitlerin dengesini düzenleme, metabolik-endokrin fonksiyonlarını yerine getirme işlevlerinin düzelmeyecek şekilde kalıcı olarak hasar almasıdır (Tayaz ve Koç 2020). Üremik belirtiler GFH 20-25 ml/dakika ve altında olduğunda görülmeye başlanır. GFH 5-10 ml/dk olduğunda ise son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişir ve hastaya hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD), renal transplantasyon (RT) gibi renal replasman tedavilerinden (RRT) uygun olan başlanır (Tanrıverdi ve ark. 2010).

Son zamanlarda böbrek yetmezliği yaşlılık, diyabet (DM), hipertansiyon (HT), obezite insidansının yükselmesine bağlı şekilde her yıl yükselmektedir. Dünya genelinde 2030 yılına dek SDBY tedavisi olmuş kişilerin sayısının 5,5 milyona erişmesi öngörülmektedir (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2018-2023, Zheng ve ark. 2010). Ülkemizde güncel verilere baktığımızda Türk Nefroloji Derneği (TND) 2021 yılı sonu verilerine göre 60.051 hemodiyaliz, 3.417 periton diyalizi ile 20.660 böbrek transplantasyonu olarak RRT uygulanmış olan 84.128 tane SDBY'li hasta mevcuttur (TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021).

Diyaliz hastaları için kronik bir hastalığa sahip olmakla beraber tedaviye ek olarak sıvı - besin kısıtlaması, HD tedavi merkezine bağımlılık, depresyon, anksiyete, gelecek ile alakalı belirsizlik, toplumsal hayatın engellenmesi, bağımsızlığını yitirme fikri, rol değişiklikleri, umutsuzluk ile üzüntü vb. gibi yoğun fiziksel-psikososyal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastanın hastalığını nasıl algıladığı bu sıkıntılara olan bakışı ve tedaviye olan uyumunu etkilemektedir (Küçük 2005). Hastalığın negatif şekilde algılanması depresyon ile umutsuzluk gibi ruhsal problemlerin artmasına neden olurken (İbrahim ve ark. 2011); hastalığın pozitif algılanması ise benlik saygısı ve otonomiye olumlu olarak etkilemektedir (Jansen ve ark. 2010). Hastalık algısı yaşam kalitesi açısından da önemlidir (Covic ve ark. 2004, Timmers ve ark. 2008). Hastalık algısı tedaviye uyumu etkilerken tedaviye uyumda en çok zorlanılan alan da sıvı kısıtlamasıdır. Bu hastalarda idrar çıkışı olmadığından interdiyalitik kilo alımı (IDWG) sık görülür. Alınmış olan sıvı miktarını tespit etmek adına en mühim klinik parametre IDWG olmak

ile birlikte kuru ağırlık ve rezidüel böbrek fonksiyonu da hastanın sıvı kısıtlamasına olan uyumunu gösteren önemli belirteçlerdir (Karabulutlu ve Yılmaz 2017). Fonksiyonel performans kişinin ana ihtiyaçlarını gidermek, alışılmış olan rollerini gerçekleştirmek, iyilik ile sağlık halini korumak adına devam ettirilen ruhsal, fiziksel, mesleki, sosyal ve spiritüel aktiviteleri kapsayan bir kavramdır. Diyaliz hastalarının tedavi süresince karşılaştıkları sorunlar fonksiyonel performansı etkileyebilmektedir (Akyol ve Durmaz 2007). Gülseven ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarının performans seviyelerinin düştüğü ifade edilmektedir.

Diyaliz hastaları gerek diyalize erişim tipine göre gerek hasta profillerine göre kompleks ve geniş çaplı bir gruptur. Geçmiş literatür incelendiğinde bu hasta grubunda hastalık algısı, sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansın bir arada bulunduğu benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma sonucunda literatüre yeni bir bilimsel içerik kazandırılacak ve bu konuda gelecekte yapılacak çalışmalara örnek olacaktır. Çalışma sonuçlarıyla hemşirelerin diyaliz hastalarının bakım yönetiminde kanıtlar elde etmiş olacağı düşünülmektedir. Bu kanıtlarla hastalara hastalık- tedavi süreçlerine yönelik farkındalık kazandırılması, hastalarının hastalık algısının iyileştirilmesi, sıvı kontrolüne olan uyumlarının arttırılması ve günlük yaşam aktivitelerinin önemli göstergelerinden olan fonksiyonel performansın iyileştirilmesi amacıyla eğitimler düzenlenmesi ve hastaların fiziksel-psikolojik açıdan aile iş birliği içerisinde daha çok desteklenmesi önerilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansa olan etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolüne etkisi vardır.

H2: Diyaliz hastalarında hastalık algısının fonksiyonel performansa etkisi vardır.

H3: Diyaliz hastalarında hastalık algısı ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.

H4: Diyaliz hastalarında sıvı kontrolü ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.

H5: Diyaliz hastalarında fonksiyonel performans ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.

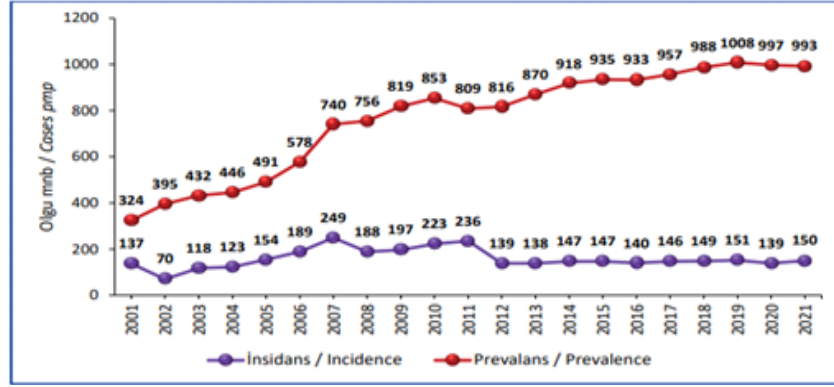
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı

Kronik böbrek yetmezliği prevalansı hızla artan ve bunun yanında tedavi maliyeti yüksek olan küresel bir sağlık sorunudur (Topbaş 2015). Glomerüler filtrasyon hızındaki (GFH) azalmayla beraber böbreklerin kandaki sıvı ve elektrolitlerin dengesini düzenleme, metabolik-endokrin fonksiyonlarını yerine getirme işlevlerinin düzelmeyecek şekilde kalıcı olarak hasar almasıdır (Tayaz ve Koç 2020). Glomerüler filtrasyon hızı 5-10 ml/dk seviyesinde olduğu zamansa son aşama böbrek yetmezliği gelişir ve hastaya uygun RRT başlanır (Tanrıverdi ve ark. 2010).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında KBY nedeniyle 1.2 milyon insanın yaşamını kaybettiği, bu oranın dünyadaki ölümlerin %1.5'ini oluşturduğu belirtilmiştir. KBY'nin her 100.000 bireyde 12.2 bireyin ölümüne neden olduğu ve bu oranın 2030 yılında 14 bireye yükseleceği bildirilmiştir (Luyckx ve ark. 2018, World Health Organization 2020). Amerika Birleşik Devletleri renal veri sistemi sonuçlarına göre toplam 785.883 bireyin RRT gördüğü, 2 milyon bireye SDBY tanısı konulduğu ve bu sayının %5-7 oranında yıllık olarak artacağı bildirilmiştir (US Annual Data Report 2020). Ülkemizde ise TND 2021 sene sonu verilerine uyarınca 60.051 hemodiyaliz, 3.417 peritondiyalizi ile 20.660 böbrek transplantasyonu şeklinde RRT uygulanmış olan 84.128 SDBY'li kişi vardır (TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021). Şekil 2.1'de Türkiye'de RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığının insidansı ve prevalansı verilmiştir.



Şekil 2.1. Türkiye’de RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığının insidansı ve prevalansı

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021: 4

Kronik böbrek yetmezliği prevalansı ırk ile cinsiyete göre farklılıklar arz etmektedir. Afrikalı, Amerikalı ile Latinlerde beyazlara nazaran daha fazladır. Cinsiyetin KBY üzerindeki etkisiye kesinlik arz etmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri verilerine bakıldığında zaman erkeklerde KBY prevalansı kadınlardan yaklaşık %22 daha yüksektir. TND tarafından gerçekleştirilmiş olan Türkiye Kronik Böbrek Yetmezliği Prevalansı Araştırması sonucunda KBY yüzdesi kadınlarda % 18.4, erkeklerde ise % 12.8 olarak saptanmıştır. Yaş alma ile birlikte GFH azalmakta, KBY sıklığı ise artmaktadır. Özellikle 80 yaş üzerinde KBY sıklığı % 50’nin üstündedir. Kırsal bölgelerde, ihtiyarlarda, kadınlarda, Güneydoğu Anadolu ile Marmara’da yaşayanlarda; diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı bulunanlarda daha sık görüldüğü kaydedilmiştir (Arınsoy 2019).

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği pek çok nedenden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Bahsi geçen sebeplerin dağılımı ülkeye, ırka, yaşa ve son olarak cinsiyete göre çeşitlenmektedir. Bu durum ile beraber dünya üzerinde hemen hemen her yerde diyabete bağlı SDBY sıklığı her geçen gün yükselmektedir. Geçmiş senelerde KBY’nin en belirgin sebebi glomerülonefritler iken, bugün en önemli neden hiç şüphesiz diyabet ile hipertansiyondur. Bütün etnik köken ile ırklarda diyabetik nefropati birinci sırada yer almaktadır (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023). TND verileri de bunu desteklemektedir. Türkiye’de SDBY nedenleri arasında DM ve HT oranları zamanla

giderek artmış, glomerülonefritin oranı ise düşmüştür. Türk Nefroloji Derneği 2016 yıl sonu verileri hastalarda görülen son dönem böbrek yetmezliğinde etiyolojik nedenin % 63 oranında hipertansiyon ve diyabet olduğunu ortaya koymaktadır. Çizelge 2.1’de 2021 Yılı İçinde İlk RRT Olarak HD'ye Başlayan Tüm Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı verilmiştir.

Çizelge 2.1. 2021 Yılı İçinde İlk RRT Olarak HD'ye Başlayan Tüm Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı

	n	%
Diabetes Mellitus	2048	35,54
Hipertansiyon	1968	34,15
Glomerülonefrit	191	3,31
Polikistik Böbrek Hastalıkları	159	2,76
Renal Vasküler Hastalık	61	1,06
Amiloidoz	48	0,83
Obstrüktif Nefropati	47	0,82
Tübülointerstisyel Nefrit	42	0,73
Diğer Nedenler	456	7,91
Etiyolojisi Bilinmeyen	743	12,89
Toplam	5763	100,00

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021:30

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

Geçmiş yıllarda KBY orta, hafif veya ağır şeklinde tanımlanırken bugün NKF-KDOQI yani National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative sınıflama sistemi kullanılmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği böbrek hasarı seviyesine ve böbreğin işlev yeteneğine dayanarak belirlenmelidir (Topbaş 2015). KDIGO 2012 yılı Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzu uyarınca KBY 3 aydan daha fazla görülen, böbrek fonksiyonunda ve yapısında anormallikler görülmesidir. Üçüncü evre olguları ise G3a ve G3b olmak üzere iki alt grupta incelenir. Bunun yanında albüminüriye dayalı olan KBY gruplandırması da yapılmıştır (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023). Çizelge 2.2’de Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri verilmiştir.

Çizelge 2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanım
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif – orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta – şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albuminüri Evreleri	AER (mg/gün)	Tanım
A1	<30	Normal / yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

Kaynak: Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2012

- 1.evre KBY’ de GFH iyi durumda olmasına rağmen albüminüri ya da proteinüri görülür, böbrek görüntülenmesinde değişikliklere rastlanmaktadır.
2. evrede GFH 60- 89 ml/dk/1.73 m² ile hafif düzeyde azalmış; böbrek hasarı artmıştır.
3. evrede GFH 30-59 ml/dk/1.73 m² ile orta düzeyde azalmıştır.
4. evrede GFH 15-29 ml/dk/1.73 m² ile ciddi düzeyde azalmıştır.
5. evrede GFH 15’ in altındadır. SDBY gelişmiştir ve bireye en uygun RRT tedavilerinden biri seçilip başlanır (Çalışkan ve Pakyüz 2019).

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Böbreğin hem metabolik hem de endokrin fonksiyonları KBY’de olumsuz etkilendiğinden birçok sistemik belirti ortaya çıkmaya başlar (Güner ve ark. 2018). Hastalık ilk evrelerde belirti vermese de ilerleyen evrelerde GFH 20-25 ml/dk altına düşmesine bağlı üremik belirtiler baş gösterir ve GFH 5 ila 10 ml/dakikaya indiği zaman SDBY’den bahsedilir (Sermenli Aydın 2018, Yalçın ve Akpolat 2001). Çizelge 2.3’de Sistemlere Göre Klinik Bulgular verilmiştir.

Çizelge 2.3. Sistemlere Göre Klinik Bulgular

Sıvı-Elektrolit ile ilgili semptomlar	Hipervolemi, hipovolemi, hipernatremi, hiponatremi, hiperkalemi, hipokalemi, hipermagnezemi, hiperfosfatemi, metastatik, kalsifikasyonlar, metabolik asidoz.
Metabolik-Endokrin semptomlar	Glikoz intoleransı, diyabetiklerde hipoglisemi, hiperürisemi, hiperlipidemi, malnütrisyon, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, susuzluk, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperprolaktinemi, üremik ağız kokusu, kilo kaybı.
Deri ile ilgili semptomlar	Kaşıntı, hiperpigmentasyon, iskemik ülserler, gecikmiş yara iyileşmesi, üremik döküntü, tırnak atrofisi, ülserasyon, solukluk, nekroze alanlar.
Solunum sistemi ile ilgili semptomlar	Pulmoner ödem, plevral effüzyon, üremik akciğer, akciğer enfeksiyonları, kusmual solunum.
Kardiyovasküler semptomlar	Aritmi, hızlanmış ateroskleroz, hipertansiyon, kalp yetmezliği, ödem, kardiyomyopati, iskemik kalp hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, üremik perikardit, kapak hastalığı.
Nöromusküler semptomlar	Otonom nöropati, demans, yorgunluk, huzursuz bacak, konvülsiyon, istemsiz hareketler, konvülsiyon, huzursuz bacak sendromu, diyaliz disequilibrium sendromu, konuşma ve uyku bozuklukları, tik, stupor, karpal tünel sendromu.
Gastrointestinal sistem ile ilgili semptomlar	Bulantı, kusma, iştahsızlık, inatçı hıçkırık, ülserasyon, perforasyon, özofajit, asit pankreatit, hepatit, stomatit, GİS kanama, motilite bozuklukları, intestinal obstrüksiyon.
Hematolojik-İmmünolojik sistem ile ilgili semptomlar	Anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanamaya yatkınlık, enfeksiyona yatkınlık, kanser.
Psikiyatrik semptomlar	Depresyon, adaptasyon olamama, konsantrasyon bozukluğu, ajitasyon, intihar meyili.

Kaynak: **Tayaz E , Koç A.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,2020. **Yalçın, AU, Akpolat T.** Kronik Böbrek Yetmezliği. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*, 2001.

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanı ve Tedavisi

Kronik böbrek yetmezliğinde tanı koyma amacıyla hastaya bazı incelemeler gerçekleştirilmektedir. Başlıca; serum kreatinin, tam kan sayımı, BUN, üre, albümin-kalsiyum seviyesi ile idrar tetkiki dikkate alınmaktadır. KBY bulunan kişilerde idrar pH'ı alkali, dansitesi izoozmolar seviyededir (Karadakovan ve Kaymakçı 2017). Böbreklerin çalışma düzeyinin en önemli göstergelerinden biri olan GFH'nin hesaplanmasında ise kreatinin klirensi kullanılır (Wavg ve Chan 2005). Kreatinin klirensi , birim zamanda

(ml/dakika) herhangi bir maddeden arınan plazma hacmi anlamına gelmektedir (Levy ve ark. 2002).

Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde asıl gaye morbidite ile mortaliteyi düşürmektir. Hastalığın daha ileri bir seviyeye gelmesini engellemeye ilişkin hamleler en kısa sürede uygulanmak durumundadır. Böbrek işlevlerini korumak amacıyla; kan basıncı ve kan glikoz düzeyinin uygun seviyede tutulması, protein ve tuzdan fakir beslenme, yeterli düzeyde sıvı alımı, aneminin önlenmesi, kan lipid kontrolü, elektrolitlerin normal düzeyde tutulması oldukça büyük önem taşımaktadır (Süleymanlar ve ark. 2011). Kronik böbrek yetmezliğinde GFH 35-50 ml/dakikanın altına inmediğinde hastalık semptom göstermeyebilir. Hastalığın başlangıç semptomları genelde anemi ve nokturiye bağlı halsizlik durumudur. Glomerüler Filtrasyon Hızı 20 ile 25 ml/dakika'ya düştüğünde üremik belirtiler gün yüzüne çıkar ve 5-10 ml/dakika'ya düşünce SDBY gelişmiştir. Hastalara diyaliz, renal transplantasyon gibi RRT yöntemlerinden uygun olan başlanır (Tanrıverdi ve ark. 2010). Çizelge 2.4'de 2021 Yılı Sonu İtibarıyla RRT ile İzlenmekte Olan Hastaların (Çocuk Hastalar Dahil) RRT Tipine Göre Dağılımı verilmiştir.

Çizelge 2.4. 2021 Yılı Sonu İtibarıyla RRT ile İzlenmekte Olan Hastaların (Çocuk Hastalar Dahil) RRT Tipine Göre Dağılımı

	n	%
Hemodiyaliz	60.051	71,38
Periton Diyalizi	3.417	4,06
Böbrek Transplantasyonu	20.660	24,56
Toplam	84.128	100,00

Kaynak : TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021:3

2.6.1. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz tedavisi, işleme uygun bir vasküler erişim yolu ile hasta vücudundaki kanın (300-450ml/ dk) yapay böbrek görevi gören hemodiyaliz cihazı ile yarı geçirgen bir zardan geçirilmesi ve ardından sıvı içeriğinin yeniden düzenlenerek kanının hastaya tekrardan verilmesi prensibine dayanmaktadır (Arık ve ark. 2009). Genellikle haftada 3 gün ve her seans ortalama 4 saat şeklinde uygulanmaktadır (Kızıltan ve Şendir 2018).

Tedavinin başarıya ulaşmasında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum çok önemli yer tutmaktadır (Günalay ve ark. 2017). Ülkemizde Hemodiyaliz tedavisi gören kişi sayısı TND kayıt raporu 2021 yıl sonu verilerine göre çocuk hastalar dahil 60.051'dir ve RRT tedavileri içinde HD oranı %71,38'dir (TND 2021).

Hasta hemodiyaliz seansına alınmadan kilosu yani 'giriş ağırlığı' kaydedilir. Diyaliz seansı sonunda ise 'kuru ağırlık' olarak adlandırılan çıkış kilosu kaydedilir. Giriş ağırlığı ve kuru ağırlık arasındaki fark ise hastadan çekilmesi gereken sıvı miktarına işaret eder. Buna 'hedef ultrafiltrasyon' denilmektedir (Kesik 2022). HD işlemi difüzyon ve ultrafiltrasyon uygulamaları ile gerçekleşir. Difüzyon, membranın iki yanında bulunan konsantrasyon farkına dayalı olarak yüksek konsantrasyondan daha düşük olan yana doğru solüt hareketidir. Ultrafiltrasyon uygulanmış olan basınç farkıyla membranın bir tarafındanöte tarafına sıvı aktarımı şeklinde ifade edilmektedir (Sezen 2013).

Hemodiyaliz işleminin sağlıklı yapılabilmesi için etkin kan akımı gereklidir (Olgun ve Çelik 2021). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda vasküler erişim yolu olarak kalıcı veya geçici kateterler, arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüller kullanılır (Çetin ve ark. 2018). Geçici veya kalıcı kataterler internal juguler, subklavyen veya femoral vene takılmaktadır (Murea and ark. 2019). Günümüzde düzenli hemodiyaliz uygulanan hastalarda en çok arteriyovenöz fistül kullanılmaktadır (Süleymanlar 2021). Çizelge 2.5'de 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Merkez HD Hastalarının Halen Kullanılmakta Olan Damar Erişim Yoluna Göre Dağılımı verilmiştir.

Çizelge 2.5. 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Merkez HD Hastalarının Halen Kullanılmakta Olan Damar Erişim Yoluna Göre Dağılımı

	n	%
AV fistül	42.700	72,44
AV greft	563	0,96
Kalıcı katater	13.928	23,63
Geçici katater	1.753	2,97
Toplam	58.944	100,00

Kaynak : TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021:34

Kronik Böbrek Yetmezliği önemli birçok sorun ve komplikasyona neden olan kronik bir hastalıktır. Tedavide kullanılan HD işlemi hastalığı kontrol altına aldığı kadar birçok toplumsal, fiziksel ile ruhsal problemi de doğurmaktadır. Hasta HD seanslarına devam etme sürekliliğinden dolayı makineye, sağlık çalışanına ve son olarak kuruma bağımlı duruma gelmektedir. Bu durum kişinin aile, çalışma ve sosyal hayatında aksaklıklara yol açar ve hayat kalitesini negatif yönde etkiler (Pakyüz ve Alemdar 2015). Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyma zorunluluğu da tedavinin zor taraflarındandır (Balım ve Pakyüz 2016). Hemodiyaliz tedavisi hastaya fayda sağlamasının yanında sıvı-elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, bulantı-kusma, kas krampları, anemi, üremik kaşıntı, yorgunluk-güçsüzlük, fistül komplikasyonları gibi fiziksel sorunlara; bağımlı duruma gelme, ölüm korkusu, kaygı, rol değişikliği, ekonomik sorunlar, aktivitede azalma, sosyal alanların azalması, etkileşim eksikliği, anksiyete, depresyon, suçluluk hissi, stres, değersizlik hissi, uyku problemleri benzeri birçok psikososyal ve emosyonel soruna neden olmaktadır (Şanlıtürk ve ark. 2018, Tayaz ve Koç 2020).

2.6.1.1. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyaliz işlemi yaşam süresini ne kadar uzatsa da birçok komplikasyona sebep olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Çaydam ve Pakyüz 2016).

Bu komplikasyonlar;

-Akut Komplikasyonlar

-Kronik Komplikasyonlar

-Damar Yoluna Bağlı Komplikasyonlar olmak üzere 3 alt başlıkta incelenir (Ahsen 2011).

Çizelge 2.6., 2.7. ve 2.8 ‘de hemodiyalizin komplikasyonları verilmiştir.

Çizelge 2.6. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları

-Hipotansiyon -Kramplar -Bulantı-Kusma -Kaşıntı -Baş Ağrısı -Sırt ve Göğüs Ağrısı -Titreme ve Ateş	- Çarpıntı, Aritmi - Diyaliz Dengesizlik Sendromu - Kanama - Konvülsiyonlar - Hava Embolisi - Hemoliz
--	--

Çizelge 2.7. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

Kardiyovasküler Komplikasyonlar	Hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, aritmi, hiperlipidemi.
Enfeksiyöz Komplikasyonlar	Enfeksiyona yatkınlık, vasküler erişim yolu enfeksiyonları, metastatik enfeksiyonlar, hepatit B – C enfeksiyonları.
Gastrointestinal Komplikasyonlar	GİS kanama, bulantı ve kusma, gastrik salgıda artış sonucu erozyon, gastrit, özofajit, peptik ülser, divertikül ve kolit, konstipasyon.
Pulmoner Komplikasyonlar	Pulmoner enfeksiyonlar, plevral effüzyon.
Dermatolojik Komplikasyonlar	Üremik kaşıntı, derideki soluk renk, kserozis, peteşi ile purpuralar, hiperpigmentasyon, folliküler hiperkeratoz, büllöz dermatozlar, fototoksik reaksiyonlar, enfeksiyonlar ile kütanöz kalsifikasyonlar.
Nörolojik Komplikasyonlar	Üremik ensefalopati-nöropati, hiperaktivite, uyku bozuklukları, dikkat eksiklikleri, letarji, kognisyon bozukluğu, aşırı yorgunluk, konfüzyon, anormal davranışlar, dizatri, miyoklonus, epileptik nöbetler, subdural, subaraknoid veya intraserebral kanamalar, diyaliz demansı, wernik ensefalopatisi (tiamin yetersizliği).
Metabolik – Endokrin Komplikasyonlar	Asetat birikimi, alüminyum nörotoksitesi, diyaliz amiloidozu, karbonhidrat metabolizmasında bozulma, malnütrisyon, karaciğer hastalıkları, endokrin anormallikler, eritropoezin inhibisyonu, demir eksikliği, hipotiroidi, hiperparatiroid osteitis fibroza, folik asit ve vitamin B12 eksikleri, gonadal disfonksiyon.
Hematolojik Komplikasyonlar	Anemi, kanama diatezi, hemoliz, hemoglobinopati.
Primer renal hastalık ile alakalı komplikasyonlar	Rezidüel renal işlev yitirimi, üremik kemik hastalığı genel olarak primer renal hastalığa spesifik komorbid durumlar.

Çizelge 2.8. Hemodiyalizde Damar Yoluna Bağlı Komplikasyonlar

-Stenoz -Tromboz -Enfeksiyon -Yalancı Anevrizma -Yetersiz Akım	-Vasküler Darlık - El İskemisi -Şişmiş El ve Fistüle Bağlı Kalp Yetersizliği
--	--

Kaynak: Dedeli Çaydam Ö, Çınar Pakyüz S. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları ve Bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016. Flythe JE, Dorrough A, Narendra JH, Wingard RL, Dalrymple LS et al. Development and content validity of a hemodialysis symptom patient-reported outcome measure. *Qual Life Res*, 2019. Senanayake S, Gunawardena N, Paliawadana P, Bandara P, Haniffa R et al. Symptom burden in chronic kidney disease; a population based cross sectional study. *BMC Nephrology*, 2017. Çetin Ş, Çiğdem Z, Özsoy H. Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 2018.

2.6.2. Periton Diyalizi Tedavisi

Periton diyalizi RRT yöntemlerinden biridir. Hastaya takılan PD katateri yardımıyla vücuda verilen PD solüsyonu ile hastanın kanı arasında periton zarı aracılığıyla sıvı, kreatinin, elektrolitler, üre, glukoz ile üremik toksinlerin değişimi gerçekleşmektedir. Bu değişim esnasında diyaliz solüsyonu boyut ve geçirgenlikleri farklı olan porlar ile periton zarı arasında yüksek konsantre olandan düşük konsantre olan tarafa geçiş yapar. Bu olaya difüzyon adı verilir ve konsantrasyonlar eşitleninceye kadar devam eder (Sevinç ve ark. 2019). Periton diyalizinde ultrafiltrasyon olayının gerçekleşmesi için kana göre hipertonic olan solüsyonun yarattığı ozmotik basınç farkından yararlanır. Periton Diyalizi solüsyonları genellikle yüksek ozmotik basınç yaratabilmek için dekstroz içerirler (Kang ve ark. 1999) ve hastanın sıvı – elektrolit dengesini sağlamaya yönelik organizmanın dokusu ile biyouyumlu olarak seçilirler (Oymak ve Akpolat 2005). Çizelge 2.9’da 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Periton Diyalizi Hastalarının Periton Diyaliz Tipine Göre Dağılımı verilmiştir.

Çizelge 2.9. 2021 Yıl Sonu İtibarıyla Prevalan Periton Diyalizi Hastalarının Periton Diyaliz Tipine Göre Dağılımı

	n	%
Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi	2.217	64,88
Aletli Periton Diyalizi	1.200	35,12
Toplam	3.417	100,00

Kaynak : TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2021:71

Periton diyalizi iki şekilde yapılmaktadır :

-Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD)

Periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater yardımıyla günde aşağı yukarı 1.5-4 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna verilir ve 4-6 saat beklenir. Süre sonunda solüsyon değiştirilir. İşlem günlük üç - dört seans halinde manuel olarak yapılır (Birok ve ark. 1995).

-Aletli Periton Diyalizi (APD)

Aletli Periton Diyalizi bir makine vasıtası ile gece boyunca gerçekleştirilir. Makineyi hasta yatmadan evvel kendi sistemine bağlamaktadır ve sonrasında başlama

düğmesine basmaktadır. Hasta uyku halindeyken makine, periton diyalizi işlemini gerçekleştirilmektedir (Bırol ve ark. 1995). APD, SAPD'ye göre bağlantının sıklığının az olmasından dolayı çalışan ya da başkasının yardımıyla PD uygulayan kişiler açısından çok daha caziptir (Sevinç ve ark. 2019).

2.6.2.1. Periton Diyalizinin Komplikasyonları

Periton Diyalizi komplikasyonları Enfeksiyöz olmayan ve Enfeksiyöz olan komplikasyonlar olarak iki grupta incelenir. Çizelge 2.10. ve 2.11'de periton diyalizinin komplikasyonları verilmiştir.

Çizelge 2.10. Periton Diyalizinin Enfeksiyöz Olmayan Komplikasyonları

-İnfüzyon Sırasında Ağrı -Hemoperitonyum -Hidrotoraks -Perforasyon -Sıvı Kaçağı -Glikoza Bağlı Etkiler	-Obstrüksiyon -Sıvı Elektrolit Bozuklukları -Fıtık -Obezite -Periton Membran Değişiklikleri -Yetersiz Ultrafiltrasyon -Sklerozan Enkapsüle Peritonit
---	--

Çizelge 2.11. Periton Diyalizinin Enfeksiyöz Komplikasyonları

-Katater Çıkış Yeri ve Tünel Enfeksiyonları -Peritonit

Kaynak:Bayraktar Çağlayan F, Nazif Ozcafer P, Koç Y. Periton Diyalizinin Uzun Dönem Komplikasyonları. Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Sayısı, 2019.

Periton Diyalizi, HD'ye göre daha güncel ve bazı alanlarda daha üstün bir tedavi şeklidir. Periton Diyalizi tedavisinin mortalite oranları HD tedavisine göre daha düşük seyretnmektedir. Periton Diyalizi hastaları, HD hastaları gibi merkez bağımlı değillerdir. Bu yüzden PD tedavisi daha aktif ve konforlu bir yaşama olanak sağlar. Ayrıca HD'ye göre PD daha az vasküler girişim gerektirdiğinden komplikasyonlar daha seyrek görülmektedir (Al-Natour ve Thompson 2016).

2.6.3. Böbrek Transplantasyonu

Renal replasman tedavi yöntemlerinden biri olan böbrek transplantasyonu yaşam kalitesini arttıran ve hastayı diyalize bağımlılıktan kurtaran en etkili yöntemdir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Türkiye’ de 2021 yılı içinde 3.375, yıl sonu verilerine göre ise toplamda 20.660 hastaya böbrek nakli yapılmıştır. Hemodiyalizden sonra en çok kullanılan yöntemdir (TND 2021). Böbrek naklinde canlı ya da kadavra donörden alınan böbrek nakledilir. Naklin uygun şekilde yapılabilmesi için kan grubu ile insan lökosit antijeni yani HLA uyumu gerekir (Akıncı ve Akıncı 2022). Böbrek transplantasyonu sonrası rejeksiyonu önleme amacıyla kişiye immünosüpresif tedavi (İT) adı verilen ve yaşam boyu devam eden ilaç tedavisi uygulanır (Tuncer ve Khorshid 2018). Böbrek transplantasyonu endikasyon açısından GFH < 15 olan, evre 5 KBY teşhisi almış olan,uzun süreli immünsüpresif tedavi ile majör cerrahiye uygun olan hastalara yapılabilir. Bununla birlikte böbrek transplantasyonunun kontrendike olduğu durumlar da vardır. Bunlar; aktif ya da geçirilmiş malignite, enfeksiyon hastalıkları, ciddi koroner hastalıklar, böbrek dışındaki organların yetmezlikleri, aktif hepatit, HIV pozitiflik, madde ve alkol bağımlılığı olarak belirtilmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

2.7. Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Yönetimi

Diyaliz tedavisinin amacı hastaların yaşam sürelerini uzatmak ve yaşam kalitelerini arttırmak iken (Varol ve Sivrikaya 2018) bu tedavi kas krampları, kusma, baş ağrısı, kaşıntı, kanama, emboli gibi birçok komplikasyonu da içinde barındırmaktadır (Karabey ve Karagözoğlu 2021). Bireylerin ortaya çıkan bu komplikasyonlara ve tedavi sürecine uyum sağlaması için multidisipliner ve holistik bir yaklaşım gereklidir. Tam da bu noktada hastalarla en çok iletişim içinde olan ve hastanın diyalize olan uyumunu değerlendirebilen hemşireler sürecin yönetiminde kilit role sahiptir (Kaymak 2012 , Akpolat ve Sungur 2007). Hemşireler, hastayı diyalize hazırlama, diyalizde hasta takibi, bakım için eğitim ve destek olma açısından mesleki olarak donanımlı olmalıdır. Hekim istemine uygun diyalizer ve diyalizatın hazırlanarak diyalize erişim tipine göre hastanın tedavi planının uygulanması, diyalize bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi başlıca hemşirelik girişimlerindendir (Eskimez ve ark. 2020). Aynı zamanda hastanın evinde yaşayabileceği fiziksel ve psikolojik sıkıntıların tahmin edilmesi ve bu sıkıntıların çözümünde hastaya

danışmanlık- eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanabilmesi çok önemlidir (Karabey ve Karagözoğlu 2021). Diyaliz tedavisi boyunca hastalar; hipotansiyon, sıvı- elektrolit bozuklukları, yorgunluk, malnütrisyon, dispepsi, kusma, göğüs ile sırt ağrıları, kaşıntı, üremi, anemi, enfeksiyon, kanama, fistül komplikasyonları, tromboz, periton diyalizine bağlı peritonit ve perforasyon, fiziksel fonksiyonellik ile genel sağlık algısında birtakım bozulma, emosyonel ve psikososyal problemlere bağlı şekilde sorumlulukların gerçekleştirilmesinde zorluklar ve uyku bozuklukları vb. gibi birçok sorun yaşamaktadır (Şanlıtürk ve ark. 2018, Akyol 1996).

Bu sorunlara yönelik olarak hemşireler;

- Sıvı – elektrolit dengesizliklerinin önlenmesi için hastanın aldığı- çıkardığı takibinin yapılması, vücut ağırlığı ve ödem takibi yapılması, laboratuvar bulgularının takip edilmesi, bireylerin diyet ve sıvı kısıtlaması konusunda uyumlarını arttırarak; su ve sodyum alımı, aşırı sıvı alımı, iki diyaliz seansı arası ortalama kilo alımlarının azaltılması,
- Hipotansiyon ve kas kramplarının önlenmesi için ultrafiltrasyonun kontrollü yapılması ve hızının ayarlanması,
- Bulantı kusmanın önlenmesi için diyaliz kan akım hızının ayarlanması ve hipotansiyonun düzeltilmesi,
- Kaşıntının önlenmesi için hijyen eğitimi verilmesi, ciltte kaşıntıdan dolayı tırmalanmış bölgelerin değerlendirilerek o bölgelerde üremi yara iyileşmesini geciktirdiği için enfeksiyon riskinin yüksek olduğunun anlatılması, kuru ve pullu cilde nemlendirici losyon sürülmesi, hekim istemiyle antihistaminik kullanılması,
- Yorgunluğun önlenmesi için hastanın aktiviteleri değerlendirilerek uygun aktivite planı oluşturulması ve yorgunluk anemiye bağlı ortaya çıkmışsa reçete edilen demir ilaçlarının uygulanması,
- Uyku sorunlarının önlenmesi için hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi, hastanın gündüz saatlerinde uyumasının engellenmesi, yapabiliyorsa gün içinde yorulması sağlanarak hastanın gece kolayca uyumasının sağlanması, gece uyku saatlerine adaptasyon konusunda hasta teşvik edilmesi, uygun uyku ortamının sağlanması,
- Enfeksiyonun önlenmesi için vasküler giriş yolunun veya periton kataterinin bakımının doğru yapılmasının sağlanması, işlemlerde aseptik tekniğe uyulması, el hijyeni sağlanması,

- Depresyon-Anksiyetenin önlenmesi için hasta ve ailesinin her türlü problemini ve duygusal gerginliklerini paylaşabilecekleri ortam hazırlanması ve bu hususta konuşmaya cesaretlendirilmesi,
- Ağrının önlenmesi için öncelikle ağrının tanımlanarak, hekim istemine göre analjezik tedavinin uygulanması, sakıncalı değilse ağrı kontrolü için kas gevşeme aktiviteleri, açık havada yürüme, pasif ya da aktif hareketler, masaj, ağrıyı en aza indiren pozisyonu alma, duruma göre sıcak veya soğuk uygulamalar ile akupunktur vb. gibi farmakolojik olmayan yöntemlerden faydalanılması,
- Malnütrisyonun önlenmesi için hastanın ideal vücut ağırlığı ve kayıp yüzdesi, protein - yağ depolarının değerlendirilmesi konularında girişimler uygulanmalıdır (Şanlıtürk ve ark. 2018 , Varol ve Sivrikaya 2018 , Karabey ve Karagözoğlu 2021).

2.8. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısı

Hastalık algısı bir hastalığın belirtilerini, sürecini, nedenlerini- sonuçlarını, kontrol edilebilirliğini barındıran kompleks inanç ve düşünceler bütünüdür (Chilcot ve ark. 2011). Kişi hastalığına ait kişisel deneyimlerinden, değer ve inançlarından yola çıkarak hastalığını anlamlandırmaya çalışır. Zihninde hastalığının belirtileri, etkileri, süresi gibi faktörlerin birleşiminden doğan bilişsel modeller geliştirir. Bu bilişsel modeller hastalık ve tedaviyle alakalı inanç ve tutumları içermektedir. Kişinin hastalığına olan bakışı, hastalığı algılama ve baş etme biçimi, verdiği duygusal ve davranışsal tepkiler, psikolojik dayanıklılık derecesi belirleyici unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Kocaman ve ark. 2007). KBY diyet ve sıvı kısıtlaması, diyaliz cihazına bağımlı yaşama gibi birçok soruna ve yan etkiye neden olan kronik bir hastalıktır. Hastaların günlük yaşamını , yaşam kalitesini ve bağımsızlığını olumsuz etkilemektedir. Hastalık algısı da bu durumdan etkilenmektedir. Hastalığın olumsuz algılanması depresyon, uyumsuzluk ve mutsuzluk gibi psikolojik sorunlara sebep olurken; pozitif algılama benlik saygısı, tedaviye uyum ve otonomiye olumlu yönde etkilemektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Kişiden kişiye değişen hastalık algısı bireye özgü tedavi yaklaşımının gerekliliğini de gözler önüne sermektedir (Kim ve ark. 2012).

2.9. Diyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü

Hemodiyaliz tedavisinde sıvı-diyet kısıtlamasına uyum, diyaliz seanslarına ve ilaçlara devamlılık, vasküler erişim yolunun korunması, günlük yaşam aktivitelerine uyum gibi faktörler tedaviye uyumun en önemli parçasıdır. Bunların en başında gelen sıvı kısıtlaması ve diyet hasta üzerinde stres yaratan ve tedaviye uyumda en zorlanılan kısımdır (Karabulutlu ve Yılmaz 2017). Alanda yapılan çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi gören kişilerin %58.6-%95'lik kısmının sıvı kısıtlamasına adapte olma konusunda güçlükler yaşadıkları ifade edilmektedir (Özkan ve ark. 2019). Hastaların sıvı volümü değerlendirilirken böbrek fonksiyonlarına, iki diyaliz seansı arası aldığı kiloya, kuru ağırlığına, ultrafiltrasyon miktarına bakılır (Karabulutlu ve Yılmaz 2017). Diyaliz seansları arasında; kuru ağırlığın %5.7' sinden veya 1.5-2 kilogramdan fazla kilo alınmış ise sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk gelişmiştir. Buna bağlı HT, periferik ve pulmoner ödem, kalp yetersizliği, gibi sorunlar da gelişmektedir (Çınar Pakyüz ve ark. 2018). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların çoğunda IDWG olması gerekenden daha çoktur (Afaj 2015, Balım ve Çınar Pakyüz 2016). Bu sebeple yüksek ultrafiltrasyon ihtiyacı doğmaktadır ve yüksek ultrafiltrasyon hipotansiyon ile kas krampları benzeri durumlara sebep olduğunda HD seansı erken sonlandırılır. İlgili durum hemodiyalizin sağlıklı olarak yapılmasına engel olarak hastanın sıvı yükünün arttırarak ve komplikasyonlara sebep olmaktadır (Biçer ve Karabulutlu 2020). Diyaliz hastalarında sıvı kısıtlamasının yanında diyetle aşırı tuz alımı da osmo-reseptörleri uyatarak sıvı tüketimine teşvik eder, susamayı ve toplam vücut sıvısını arttırarak interdiyalitik kilo artışına sebep olur (Beerappa ve Chandrababu 2019, Abuelo 2007). Diyaliz hastalarında sıvı kontrolünün etkin yönetimi kişiselleştirilmiş bir tedavi planıyla; ultrafiltrasyon, diyaliz seanslarının arasında sıvı ile tuz alımının sınırlandırılması, tedaviye uyumu yükseltmeye ilişkin tutum, bilgi ile davranış boyutunda birtakım değişiklikler meydana getirecek ve bunun yanında sıvı kontrolüne olan farkındalıklarını yükseltecek eğitim ile uygulamalarla sağlanmalıdır (Canaud ve ark. 2019, Karabulutlu ve Yılmaz 2017).

2.10. Diyaliz Hastalarında Fonksiyonel Performans

Fonksiyonel performans bireylerin temel gereksinimlerini karşılamak, günlük yaşam-öz bakım aktivitelerini yerine getirmek, sağlık ve iyilik halini korumak amacıyla gündelik yaşamlarında sürdürdükleri ruhsal, bedensel, mesleki, sosyal, spiritüel aktiviteler şeklinde tanımlanır ve hem fizyolojik hem psikolojik faktörlerden etkilenir (Gülseven ve ark. 2007). Böbrek yetmezliği gibi ciddi bir kronik hastalık durumunda kişinin fonksiyonel performans durumu etkilenebilir. Kronik böbrek yetmezliği ve diyalize bağlı ortaya çıkan sağlığın kaybı, maddi ve sosyal kayıplar, egzersiz kısıtlamaları, beden işlevlerinin yitilmesi ile bozulan beden imajı, ölüm riski, aile içerisinde rol değişimi, iş yaşamı ile mali güvencede bozulma, devamlı olarak makineye bağlı olma, diyet ile ilaç tedavisi ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi çeşitli hususlar hastalarda tedaviyi reddetme, yadsıma, adaptasyon zorluğu vb. gibi tepkiler aktivite düzeyini ve fonksiyonel performansı negatif yönde etkilerken; hastalık ve tedaviye olan adaptasyon olumlu yönde katkı sağlar. Yaşam kalitesi artar, bağımlılık azalır, bakım vericilerin yükü azalmış olur. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında fonksiyonel performans düzeyini iyileştirmek, diyalizle ilgili stres düzeyini azaltmak, günlük hayat aktivitelerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için hayat kalitesine pozitif yönlü destek olacak ve tedaviye adapte olma düzeyini arttıracak bakım girişimleri ile eğitim planlamaları faydalı olmaktadır (Akın ve ark. 2010).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansa olan etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğinde takip edilen; düzenli olarak Hemodiyaliz veya Periton diyalizi işlemi uygulanan hasta grubuyla hemodiyaliz ünitesi ve nefroloji servisinde 01.10.2022 – 15.01.2023 tarihleri arasında (6 Şubat depreminden önce) yürütüldü. Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binasında bulunan Hemodiyaliz Ünitesinde 39 normal, 4 adet izole yatak vardır. Ünite 17 hemodiyaliz hemşiresi çalışmaktadır. Ünite haftada 6 gün 09.00 ile 21.00 saatleri arası zaman diliminde çalışılmaktadır. Nefroloji Servisi ise Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ana Binada yer almaktadır. Servis 22 yataktan oluşmakta ve 10 hemşire görev almaktadır. Çalışmaya ait tüm veriler 6 Şubat depreminden önce toplandığından burada hastanenin o zamanki durumu baz alınarak bilgi verilmiştir. Güncelde hastaneye ait her iki bina da 6 Şubat depremlerinde kullanılamaz hale gelmiştir. Yeni yapılaşma ve düzenlemeler devam etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 160 Hemodiyaliz, 30 Periton diyalizi hastası ile yapıldı. Araştırmanın evrenini Ekim 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğine bağlı diyaliz tedavisi uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde diyaliz tedavisi yapılan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya kendi rızasıyla katılan hastalar araştırmanın örneklemi oluşturdu. G-POWER programı kullanılarak örneklem büyüklüğü test edilen çalışmada 0.59 etki büyüklüğü, n=190 örnek için 0.05 hata payı ile çalışmanın gücü %99 elde edildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri :

- Çalışmaya katılmak için hastanın gönüllü olması,
- Hastanın 18 yaş üstü olması,
- Hastanın en az 6 aydır diyaliz tedavisine devam ediyor olması,
- Hastanın katılım için fiziksel ve mental uygunluğu olması,
- Sözlü iletişim kurma engeli olmaması dahil edilme kriterleridir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri :

- Çalışmaya katılmak için hastanın gönüllü olmaması,
- Hastanın 18 yaş altı olması,
- Hastanın 6 aydan daha kısa süredir diyaliz tedavisine devam etmesi ,
- Hastanın katılım için fiziksel ve mental uygunluğu olmaması,
- Sözlü iletişim kurma engeli olması dışlanma kriterleridir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Bu araştırmaya katılım gösteren hastaların sahip olduğu Tanıtıcı Bilgiler ve Hastalık Algısı Ölçeği

Bağımlı Değişkenler: Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği ve Fonksiyonel Performans Ölçeği

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci evresinde etik kurul onayı ile kurum izni alındı. Ardından araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (EK-I), Hastalık Algısı Ölçeği (EK-II), Sıvı Kontrol Ölçeği (EK-III) ve Fonksiyonel Performans Ölçeği (EK-IV) kullanılarak veriler Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binası Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz almakta olan hastalardan ve Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ana Binasında yer alan Nefroloji Servisinde buraya bağlı Periton Diyalizi alan hastalardan katılımcıların yazılı izinleri alınarak 15-20 dakikalık yüz yüze görüşmeler ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatürden faydalanılarak araştırmacının hazırlamış olduğu ilgili form diyaliz tedavisi olan hasta profillerinin özelliklerini saptamak adına kullanılmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşadıkları yer, aylık gelir, sigara-alkol kullanımı, boy, kilo, BKİ'yi içeren sosyodemografik sorular, mevcut kronik hastalıklar, yaşadıkları semptomlar ve diyaliz sürecine yönelik diyaliz tipi, diyaliz tedavi süresi, diyalize erişim yolu gibi soruları da barındırmaktadır (EK-I).

3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Ölçek Weinmann tarafından 1996' da geliştirilmiş olan ölçek ve 2002 senesinde Moss-Morris ile diğerlerince güncellenmiştir. Kocaman ile diğerleri (2007) tarafından Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. HAÖ; Hastalık Tipi Boyutu, Hastalık Algısı Boyutu ile Hastalık Nedenleri Boyutu'nu kapsamaktadır (EK-II).

Hastalık Tipi Boyutu: En çok karşılaşılan 14 hastalık semptomunu (yorgunluk, baş ağrısı, uyku güçlüğü, bulantı, kusma, ağrı, kilo ve güç kaybı, boğazda yanma, soluk almada zorluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, sersemlik hissi) içerir. Semptomların her biri için hastaya ilk olarak “ Hastalığın en başından bu yana yaşayıp yaşamadığı” sonrasında “İlgili belirtiyi hastalığı ile alakalı görüp görmediği” sorulur. İlgili bölüm, her bir belirti adına iki soru da evet ya da hayır şeklinde cevaplanacak şekilde dizayn edilmiştir. İkinci soruda bulunan evetlerin toplamı bu boyutun toplam puanını vermektedir.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu (Hastalık Algısı Boyutu): İlgili boyut beşli likert tipinde, yedi alt boyut ve otuz sekiz maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar: Süre , Sonuçlar, Tedavi Kontrolü, Duygusal Temsiller, Hastalığı Anlayabilme, Kişisel Kontrol şeklindedir. Süre alt boyutu hastalığın süresi ile alakalı algıyı inceler ve kronik, akut ve döngüsel olarak sınıflandırılır. Sonuçlar alt boyutu hastalığın olası sonuçlarıyla ilgili inançları gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığı üzerinde bulunan iç kontrol algısını inceler. Tedavi kontrolü yapılan tedavinin etkisine olan güveni gösterir. Hastalığı

anlayabilme, bireyin hastalığını ne oranda anladığını ifade eder. Duygusal temsiller ise bireyin hastalığına karşı olan duygu ve hislerini gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Bu boyut yine beşli likert tipinde ve on sekiz maddeden oluşmaktadır. Kişinin hastalığına sebep olduğunu düşündüğü olası nedenleri araştıran dört alt ölçek içerir. Bunlar Kaza ya da Şans (örnek vermek gerekirse kaza,kötü şans, yaralanma gibi), Risk Faktörleri (örnek vermek gerekirse kalıtsal, alkol ya da sigara kullanımı, yaş alma), Psikolojik Atıflar (örnek vermek gerekirse endişe veya stres, aile sorunları), Bağışıklık (örnek vermek gerekirse; virüs veya mikrop, vücut direncinin düşük olması) alt ölçekleridir.

Ölçeğin Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılan Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Hastalık algısı boyutunun Cronbach-alfa katsayısı 0.69- 0.77 arasında ve Hastalık Nedenleri Boyutunun Cronbach-alfa katsayısının 0.25- 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.66 bulundu.

3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ)

Çınar ile Albayrak Coşar (2012) öncülüğünde geliştirilmiş olan ölçekte toplamda 24 tane madde ile üç tane alt boyut vardır. Bilgi alt boyutu: 1-7. sorulardan, Davranış alt boyutu 8-18. sorulardan ve son olarak Tutum alt boyutu ise 19-24. sorulardan meydana gelmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, no'lu maddeler pozitif yönde ("Katılıyorum" 3, "Kararsızım" 2, "Katılmıyorum" 1) puanlanmaktadır. 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 no'lu maddelerse ters yönlü puan alır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 24 iken maksimum puan ise 72'dir. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe kişilerin sıvı kontrolüne adaptasyonu da yükselmektedir. Çınar ve Albayrak Coşar (2012) yaptıkları çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları; bilgi alt boyutunda 0.92, davranış alt boyutunda 0.80 ve tutum alt boyutunda ise 0.67'dir. Yapılan bu araştırmadaysa ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçek hemodiyaliz hastalarında kullanılmak üzere tasarlanmasına rağmen çalışmada kullanılmak amacıyla ölçek sahibine danışılmış; periton diyalizi hasta grubunda da Cronbach's alfa değerine bakılarak kullanılmıştır. Sadece periton diyalizi hasta grubu için ölçekten elde edilmiş olan Cronbach's alfa değeri 0.81'dir (EK-III).

3.5.4. Fonksiyonel Performans Ölçeği (FPÖ)

Nancy K. Leidy tarafından 1994 yılında fonksiyonel performansın kronik hastalıklı bireylerde ölçülmesi için düzenlenmiştir. KOAH hastalarında kullanılan 65 maddeden oluşan ölçek altı alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu alt boyutlar; Vücut bakımı (9 madde) - Ev işlerini devam ettirme (20 madde) - Fiziksel aktivite (7 madde) - Eğlence ile hobiler (11 madde)- Manevi etkinlikler (5 madde) - Sosyal iletişim (14 madde) den meydana gelmektedir. Aktivitelerin her biri 4 noktada puanlanmaktadır. Bunun dışında “tercih etmediğimden yapmıyorum” biçiminde tercih edilen yanıt yani beşinci bir seçenek de bulunmaktadır.

Cevapların puanlanması şu şekildedir: “Hastalık nedeniyle ya da tercih etmediğim için yapamam” ise 0 puan, “Çok zorlanarak yaparım” 1 puan, “Biraz zorlanarak yaparım” 2 puan, “Çok kolaylıkla yaparım” 3 puan verilip değerlendirilir. Alt boyut puanları ilgili alt boyuttaki bütün madde puanlarının toplanarak madde sayısına bölünmesi sonucunda elde edilmektedir. Toplam performans puanıysa maddelerin toplanarak toplam madde sayısına bölünmesi sonunda elde edilmektedir. Fonksiyonel Performans Ölçeği’nde elde edilebilecek en yüksek puan 3 en düşük puan ise 0’dır. Elde edilen puanın 3’e daha yakın olması üst düzey fonksiyonel performansı göstermektedir (Leidy 1999, Leidy ve Knebel 1999).

Ölçeğin Özkan (2006) Astım ve KOAH hastalarıyla ile yapılan Türkçe geçerlilik ile güvenilirlik çalışmasında korelasyon değeri 0.30’dan daha düşük olarak bulunan 7 tane madde ölçekten çıkarılmıştır ve geri kalan 60 maddeli ölçek ile çalışılarak Cronbach’s Alfa değeri 0.87 şeklinde elde edilmiştir. Bu çalışmada kullanılan ölçek de 60 maddelidir ve Cronbach’s Alfa değeri 0.94 tespit edilmiştir (EK-IV).

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analiz edilmesi aşamasında IBM SPSS V23 kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogrov-Smirnov testleri ile incelendi. İkili gruplarda normal dağılıma uymayan grupların kıyaslanmasında Mann Whitney- U testi kullanıldı. Üç ve daha fazla grup içerisinde normal dağılım göstermeyen verilerin kıyaslanmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Analizden elde edilen sonuçları kategorik veriler adına

frekans (yüzde) biçiminde ve nicel veriler adına ise ortalama $\pm$ standart sapma ile ortanca (minimum- maksimum) biçiminde sunuldu. Önem seviyesi ise $p<0,050$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğinde takip edilen, çalışma yapıldığı tarihlerde düzenli olarak Hemodiyaliz veya Periton Diyalizi işlemi uygulanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi adına çalışmada tercih edilecek olan bütün ölçeklerin kullanım izinleri ilgili yazarlardan e-posta yoluyla alındı (EK-V). Hatay İl Sağlık Müdürlüğünden Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışma yapmak amacıyla kurum izni (EK-VI) alındı. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alındı (EK-VII). Bunun dışında çalışmaya katılım gösteren hastalara araştırma amacı açıklandı ve çalışmaya katılımlarından önce bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı.

4. BULGULAR

4.1. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	81	42,6
Erkek	109	57,4
Yaş		
18-40 yaş	28	14,7
41-60 yaş	75	39,5
61 ve üstü	87	45,8
Yaş Ortalama $\pm$s.sapma / (min-max)	57,37 $\pm$ 15,97	(18-96)
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	49	25,8
İlkokul	91	47,9
Ortaokul	28	14,7
Lise ve üstü	22	11,6
Medeni Durum		
Evli	137	72,1
Bekar	53	27,9
Çocuk Sayısı		
0	33	17,4
1-3	77	40,5
4-5	48	25,3
6 ve Üstü	32	16,8
Meslek		
Çalışmıyor	108	56,8
Memur	21	11,1
Serbest Meslek	26	13,7
Emekli	32	16,8
Öğrenci	3	1,6
Yaşanan Yer		
İl Merkezi	98	51,6
İlçe	23	12,1
Köy	69	36,3

Çizelge 4.1. (Devamı) Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
Aylık Gelir		
Gelir Giderden Az	122	64,2
Gelir Gidere Denk	62	32,6
Gelir Giderden Fazla	6	3,2
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız Eşiyle	61	32,1
Çekirdek Ailesiyle	75	39,5
Çocuğu/Yakınıyla	46	24,2
Tek başına	8	4,2
Toplam	190	100,0

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; Cinsiyet dağılımına bakıldığında katılımcıların %57.4'ünün erkek olduğu saptandı. Katılımcıların yaş ortalaması 57.37 ± 15.97 elde edildi. Yaş dağılımı incelendiğinde ise katılımcıların %50.5'inin 61 ve üstü yaşta olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde katılımcıların %47.9'unun ilkokul mezunu olduğu saptandı. Medeni durum dağılımına göre, katılımcıların %72.1'inin evli olduğu saptandı. Çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %40.5'inin 1-3 çocuklu olduğu saptandı. Meslek durumuna göre değerlendirildiğinde katılımcıların %56.8'inin çalışmadığı saptandı. Yaşanılan yer dağılımı göz önüne alındığında, katılımcıların %51.6'sının il merkezinde, yaşadığı saptandı. Kimlerle yaşandığına bakıldığında katılımcıların %39.5'inin eşi ve çocuğuyla yaşadığı saptandı. Aylık gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %64.2'sinin geliri giderinden az olduğu saptandı (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Diyaliz Hastalarının Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

	n	%
Sigara Kullanımı		
Evet	22	11,6
Hayır	168	88,4
Sigara Kullanım Süresi		
İçmeyen	168	88,5
0-1 Yıl	1	0,5
6-10 Yıl	1	0,5
10 Yıl Üstü	20	10,5
Günlük Sigara Tüketimi		
İçmeyen	168	88,4
0-5 adet	8	4,2
6-10 adet	6	3,2
11-20 adet	1	0,5
20 Üstü adet	7	3,7
Alkol Kullanımı		
Tüketmeyen	190	100,0
Toplam	190	100,0

Hastaların alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımına göre katılımcıların %88.4'ünün sigara kullanmadığı saptandı. Sigara kullanma süresine bakıldığında katılımcıların %10.5'inin 10 yıl ve daha uzun süre sigara içtiği saptandı. Alkol kullanımına bakıldığında katılımcıların tamamının alkol kullanmadığı saptandı (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Diyaliz Hastalarının Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı (n=190)

	n	%
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (< 18,4)	12	6,3
Normal (18,5-24,9)	86	45,3
Kilolu (25,0-29,9)	57	30,0
Obez (> 30,0)	35	18,4
Boy Ortalama $\pm$ s.sapma / (min-max)	167,33 $\pm$ 8,71	(121 - 182)
Kilo Ortalama $\pm$ s.sapma / (min-max)	71,7 $\pm$ 18,08	(33 - 130)
BKİ Ortalama $\pm$ s.sapma / (min-max)	25,48 $\pm$ 5,81	(13,49-48,83)

Hastaların Beden Kitle İndeksi dağılımı incelendiğinde; %46.3'ünün normal, sınıfta yer aldığı saptandı. Boy ortalama değeri 167.33 ± 8.71 olarak elde edildi. Kilo ortalama değeri 71.7 ± 18.08 olarak elde edildi. BKİ ortalama değeri 25.48 ± 5.81 olarak elde edildi (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Diyaliz Hastalarının Yaşadıkları Semptomlara Göre Dağılımı (n=190)

	n	%
Hastalığa bağlı olarak yaşadığı bildirilen semptomlar (*Çoklu Yanıt)		
Bulantı-kusma	63	34,2
Nefes darlığı	66	35,9
Yorgunluk	135	73,4
Baş ağrısı	114	62,0
Deride kuruluk	55	29,9
Kaygı	13	7,1
Uykuya dalmada zorluk	82	44,6
İştah azalması	23	12,5
Baş dönmesi	26	14,1
Ağız kuruluğu	75	40,8
Göğüs ağrısı	17	9,2
Kaşıntı	79	42,9
Sinirlilik	18	9,8
Kas krampı	67	36,4
Huzursuz bacak	23	12,5
Kemik kas ağrısı	110	59,8
Ödem	62	33,7
Konsantrasyon güçlüğü	7	3,8
Üzgün hissetme	28	15,2
Cinsel doyumda azalma	37	20,1

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda yer alan semptomlara göre en çok yaşanan 3 semptomun sırasıyla %73.4 ile yorgunluk, %59.8 ile kemik kas ağrısı ve %42.9 ile kaşıntı olduğu saptandı (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Diyaliz Hastalarının Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı (n=190)

	n	%
Ek Hastalığınız Varlığı		
Var	168	88,4
Yok	22	11,6
Ek Hastalıklar (*Çoklu Yanıt n= 168)		
Diyabet	97	56,4
Hipertansiyon	130	75,6
Kalp Yetmezliği	34	19,8
Kalp hastalığı	38	22,1
Astım	19	11
KOAH	17	9,9
Anemi	11	6,4
Alerji	9	5,2
Tiroid Hastalıkları	6	3,5
Romatizmal Hastalıklar	2	1,2
Gut Hastalığı	0	0
Çölyak	0	0
Kanser	1	0,6
Epilepsi	5	2,9
Alzheimer	2	1,2
Diğer	36	20,9

Var olan ek hastalık durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %88.4'ünün ek hastalığı olduğu saptandı.

Ek hastalıklara bakıldığında en yüksek 3 hastalığın sırayla %75.6 ile HT, %56.4 ile DM ve %22.1 ile Kalp Hastalığı olduğu saptandı (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Diyaliz Hastalarının Diyalize Bağlı Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
Diyaliz Tipi		
Hemodiyaliz	160	84,2
Periton Diyalizi	30	15,8
Periton Diyalizi Tipi		
Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi	22	73,3
Aletli Periton Diyalizi	8	26,7
Diyalize Erişim Tipi		
Arteriovenöz Fistül	148	77,9
Hemodiyaliz Katateri	12	6,3
Periton Diyalizi Katateri	30	15,8
Diyaliz Tedavi Süresi		
6 ay – 1 yıl	43	22,6
2-5 yıl	91	47,9
6-10 yıl	33	17,4
10 yıl üstü	23	12,1
Haftada Kaç Gün Diyaliz Ortalama $\pm$ s.sapma / (min-max)		3,62 $\pm$ 1,48 (2- 7)
Diyaliz Süresi		
0-2 Saat	22	11,6
3-4 Saat	160	84,2
7 Saat ve Üstü	8	4,2
Sıvı Kısıtlamasına Uyum Düzeyi		
Uyum Göstermeyen	28	14,7
Bazen Uyum Gösteren	74	38,9
Genellikle Uyum Gösteren	72	37,9
Her Zaman Çok Uyumlu	16	8,4
Toplam	190	100,0

Diyaliz tipine bakıldığında katılımcıların %84.2' sine hemodiyaliz, %15.8'ine periton diyalizi uygulandığı saptandı. Periton türüne göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %73.3' üne sürekli ayaktan periton diyalizi ve %26.7 'sine aletli periton diyalizi uygulandığı saptandı.

Diyalize erişim tipine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %77.9'unun arteriovenöz fistül ile diyalize eriştiği tespit edildi.

Diyaliz tedavi süresine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %47.9'una 2-5 yıl, süredir diyaliz tedavisi uygulandığı saptandı.

Hastalara haftada kaç gün diyaliz uygulandığı ortalama değeri 3 gün iken minimum 2 ve maksimum 7 olarak elde edildi.

Diyaliz süresine göre değeriendirildiğinde katılımcıların %84.2'sine 3-4 saat diyaliz uygulandığı saptandı.

Kısıtlama uyumuna bakıldığında katılımcıların %38.9'u bazen uyum gösterdiklerini ifade ettiler (Çizelge 4.6).



4.2. Diyaliz Hastalarının Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.7. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Alt Boyut Dağılımı (n=190)

	Hastalığının başlangıcından yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
	n	%	n	%
Ağrı	115	60,5	113	59,5
Boğazda Yanma	0	0	0	0
Bulantı	63	33,2	63	33,2
Soluk Alma Güçlüğü	65	34,2	64	33,7
Kilo Kaybı	64	33,7	63	33,2
Yorgunluk	129	67,9	127	66,8
Eklem Sertliği	5	2,6	5	2,6
Gözlerde Yanma	0	0	0	0
Hırıltılı Soluma	19	10	19	10
Baş Ağrısı	110	57,9	109	57,4
Mide Yakınmaları	16	8,4	16	8,4
Uyku Güçlüğü	78	41,1	77	40,5
Sersemlik Hissi	20	10,5	20	10,5
Güç Kaybı	30	15,8	29	15,3

Hastalık Tipi Alt Boyutunda katılımcıların yaşadığı hastalık semptomları incelendi. Katılımcılarda hastalığının başından beri en çok yaşanan ilk 3 semptomun Yorgunluk %67.9, Ağrı %60.5 ve Baş ağrısı %57.9 olduğu tespit edildi (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığa Ait Nedenler Alt Boyut Dağılımı (n=190)

	n	%
Stres endişe	3	1,6
Kalıtsal	30	15,8
Mikrop virüs	2	1,1
Diyet yemek	1	5
Kötü şans	35	18,4
Kötü bakım	7	3,7
Çevre kirlilik	0	0
Kendi davranışım	3	1,6
Kendi tutumum	2	1,1
Aile problemi	3	1,6
Aşırı çalışma	3	1,6
Duygudurumum	3	1,6
Yaşlanma	0	0
Alkol	0	0
Sigara	0	0
Kaza yaralanma	5	2,6
Kişilik özelliği	0	0
Vücut direncinde azalma	2	1,1
Sizin düşündüğünüz nedenler		
Diyabet	85	44,7
Hipertansiyon	29	15,3
Çoklu İlaç Kullanımı	4	2,1
Böbrek Taşı	8	4,2
Uyuşturucu Madde Kullanımı	1	0,5
Orak Hücre Anemisi	1	0,5
Cilt Hastalığı	1	0,5
Orak Hücre Anemisi	1	0,5
SLE	2	1,1

(*Çoklu Yanıt)

Hastalığa Ait Nedenler boyutunda katılımcıların hastalıklarının nedenine yönelik ne düşündüğü incelendi. Katılımcılar ölçeğe ait alt boyutlardan en çok kötü şans %18.4 ve kalıtsal % 15.8 sebeplerin hastalıklarının ortaya çıkmasında etkili olduğunu düşünürken; açık uçlu olarak sorulan “Sizin düşündüğünüz nedenler” kısmında ise en çok DM %44.7, HT %15.3 katılımcılar tarafından hastalık nedeni olarak düşünüldü (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.9. Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=190)

	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortanca (min-max)
Hastalık Tipi Boyutu	3,75 $\pm$ 1,94	4(0-9)
Hastalık Algısı Boyutu		
Süre (Akut-Kronik)	17,98 $\pm$ 0,52	18(15-20)
Sonuçlar	19,12 $\pm$ 3,77	18(10-26)
Kişisel Kontrol	18,83 $\pm$ 1,84	20(10-22)
Tedavi Kontrol	16,83 $\pm$ 1,88	17(9-21)
Hastalığı Anlayabilme	9,11 $\pm$ 4,19	10(5-25)
Süre (Döngüsel)	12,87 $\pm$ 3,84	11(4-20)
Duygusal Temsiller	14,69 $\pm$ 4,90	14(6-27)
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu		
Psikolojik Atıflar	6,29 $\pm$ 1,56	6(6-18)
Risk Faktörleri	7,87 $\pm$ 1,75	7(7-15)
Bağıışıklık	3,08 $\pm$ 0,57	3(3-7)
Kaza veya Şans	2,84 $\pm$ 1,87	2(2-10)

Hastalık Tipi Boyutu toplam puan ortalaması 3.75 $\pm$ 1.94 olarak elde edildi. Hastalık Algısı Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Süre (Akut-Kronik) 17.98 $\pm$ 0.52, Sonuçlar 19.12 $\pm$ 3.77, Kişisel kontrol 18.83 $\pm$ 1.84, Tedavi kontrol 16.83 $\pm$ 1.88, Hastalığı anlayabilme 11.21 $\pm$ 2.97, Süre (Döngüsel) 12.87 $\pm$ 3.84, Duygusal temsiller 14.69 $\pm$ 4.90 olarak elde edildi. Hastalığa Ait Nedenler Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Psikolojik atıflar 6.29 $\pm$ 1.56, Risk faktörleri 7.87 $\pm$ 1.75, Bağışıklık 3.08 $\pm$ 0.57, Kaza veya şans 2.84 $\pm$ 1.87 olarak elde edildi (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10. Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=190)

	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortanca (min-max)
Bilgi	20,92 $\pm$ 1,01	21(7-21)
Davranış	25,02 $\pm$ 5,88	26(11-33)
Tutum	13,26 $\pm$ 3,52	13(6-18)
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	59,21 $\pm$ 9,02	60,5 (24-72)

Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanlara bakıldığında Bilgi 20.92 $\pm$ 1.01, Davranış 25.02 $\pm$ 5.88, Tutum 13.26 $\pm$ 3.52 olarak elde edildi. Sıvı Kontrol Ölçeği toplam puan ortalaması 59.21 $\pm$ 9.02 olarak elde edildi (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11. Fonksiyonel Performans Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=190)

	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortanca (min-max)
Vücut Bakım	2,32 $\pm$ 1,08	3(0-3)
Ev İşlerini Sürdürme	1,10 $\pm$ 0,90	0,88(0-3)
Fiziksel Egzersiz	0,58 $\pm$ 0,65	0,41(0-3)
Eğlence ve Hobiler	0,77 $\pm$ 0,87	0,37(0-3)
Manevi Aktiviteler	1,56 $\pm$ 1,06	1,20(0-3)
Sosyal Etkileşim	1,28 $\pm$ 0,65	1,14(0-3)
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,27 $\pm$ 0,75	1,26(0-3)

Fonksiyonel Performans Ölçeği ortalama puanlara bakıldığında Vücut bakımı 2.32 $\pm$ 1.08, Ev işlerini sürdürme 1.10 $\pm$ 0.90, Bedensel aktivite 0.58 $\pm$ 0.65, Eğlence ile hobiler 0.77 $\pm$ 0.87, Manevi etkinlikler 1.56 $\pm$ 1.06, Sosyal etkileşim 1.28 $\pm$ 0.65 olarak elde edildi. Fonksiyonel Performans Ölçeği toplam puan ortalaması 1.27 $\pm$ 0.75 olarak elde edildi (Çizelge 4.11).

4.3. Hastalık Algısı Ölçeği ile Sıvı Kontrolü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çizelge 4.12. Hastalık Algısı Ölçeği ile Sıvı Kontrolü Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		Bilgi	Davranış	Tutum	SKÖ Toplam Puanı
Hastalık Tipi Boyutu	r	0,042	-0,128	-0,140	-0,150*
	p	0,564	0,079	0,055	0,039
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (akut-kronik)	r	0,161*	-0,043	-0,031	-0,041
	p	0,027	0,555	0,678	0,572
Sonuçlar	r	-0,007	-0,054	-0,006	-0,046
	p	0,924	0,457	0,931	0,528
Kişisel kontrol	r	0,185*	-0,028	-0,032	-0,035
	p	0,011	0,704	0,665	0,636
Tedavi kontrol	r	0,071	-0,166*	-0,111	-0,149*
	p	0,331	0,022	0,129	0,040
Hastalığı anlayabilme	r	0,083	-0,263**	-0,055	-0,189**
	p	0,257	<0,001	0,449	0,009
Süre (döngüsel)	r	0,161*	-0,084	-0,117	-0,111
	p	0,026	0,248	0,108	0,129
Duygusal temsiller	r	-0,068	-0,268**	-0,103	-0,224**
	p	0,348	<0,001	0,157	0,002
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik atıflar	r	-0,239**	-0,025	-0,073	-0,042
	p	0,001	0,733	0,319	0,567
Risk faktörleri	r	-0,072	0,101	0,145*	0,116
	p	0,325	0,165	0,047	0,111
Bağıışıklık	r	0,015	-0,025	0,034	0,001
	p	0,836	0,730	0,641	0,993
Kaza veya şans	r	-0,234**	-0,013	-0,081	-0,047
	p	0,001	0,859	0,264	0,519

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı, p: anlamlılık değeri, *:0.05 düzeyinde önemli korelasyon, **:0.01 düzeyinde önemli korelasyon

Hastalık Algısı Ölçeği ile Sıvı Kontrolü Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi alt boyut ortalama puanı ile; Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik), Kişisel kontrol ile Süre (döngüsel) alt boyut ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptanırken (sırasıyla $r=0.161, 0.185, 0.161$; $p=0.027, 0.011, 0.026$); Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik atıflar, Kaza ya da şans alt boyut ortalama puanlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0.239, -0.234$; $p=0.001, 0.001$).

Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış alt boyut ortalama puanı ile; Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi kontrol, Duygusal temsiller ve Hastalığı anlayabilme alt boyut ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0.166, -0.263, -0.268$; $p=0.022, p<0.001, p<0.001$).

Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum alt boyut ortalama puanı ile; Hastalık Algısı Ölçeği Risk faktörleri alt boyutu ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı ($r=0.145$; $p=0.047$).

Sıvı Kontrol Ölçeği Genel puanı ile; Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu, Tedavi kontrol, Hastalığı anlayabilme ve Duygusal temsiller alt boyutu ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0.150, -0.149, -0.189, -0.224$; $p=0.039, 0.040, 0.009, 0.002$) (Çizelge 4.12).

4.4. Hastalık Algısı Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çizelge 4.13. Hastalık Algısı Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		Vücut Bakım	Ev işlerini sürdürme	Fiziksel Egzersiz	Eğlence ve hobiler	Manevi aktiviteler	Sosyal etkileşim	FPÖ Toplam Puanı
Hastalık Tipi	r	-0,162*	-0,061	-0,089	-0,171*	-0,075	-0,103	-0,111
Boyutu	p	0,025	0,400	0,223	0,019	0,306	0,157	0,126
Hastalık Algısı Boyutu								
Süre (akut-kronik)	r	0,075	0,153*	0,146*	0,082	0,209**	0,147*	0,155*
	p	0,304	0,035	0,045	0,263	0,004	0,044	0,033
Sonuçlar	r	-0,469**	-0,263**	-0,313**	-0,258**	-0,303**	-0,291**	-
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,353**
Kişisel Kontrol	r	0,079	0,056	0,078	0,077	0,219**	0,055	0,080
	p	0,278	0,440	0,283	0,290	0,002	0,453	0,271
Tedavi Kontrol	r	0,043	0,084	0,045	0,066	0,172*	0,018	0,062
	p	0,552	0,246	0,542	0,368	0,018	0,801	0,392
Hastalığı Anlayabilme	r	0,113	0,264**	0,288**	0,212**	0,350**	0,223**	0,255**
	p	0,119	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,002	<0,001
Süre (döngüsel)	r	-0,208**	-0,158*	-0,137	-0,185*	-0,130	0,146	-
	p	0,004	0,029	0,059	0,011	0,074	0,045	0,006
Duygusal Temsiller	r	-0,039	-0,172*	0,168*	0,158*	0,273**	0,152*	0,149*
	p	0,593	0,018	0,021	0,029	<0,001	0,037	0,040
Hastalığa Ait Nedenler								
Psikolojik Atıflar	r	0,014	-0,007	0,034	0,025	-0,041	0,043	0,018
	p	0,847	0,922	0,645	0,733	0,578	0,560	0,808
Risk Faktörleri	r	0,153*	0,161*	0,131	0,173*	-0,014	0,166*	0,135
	p	0,035	0,026	0,072	0,017	0,846	0,022	0,064
Bağışıklık	r	0,097	0,168*	0,171*	0,202**	0,141	0,220**	0,191**
	p	0,182	0,020	0,018	0,005	0,053	0,002	0,008
Kaza veya Şans	r	-0,027	-0,036	-0,016	0,017	0,108	-0,050	-0,038
	p	0,714	0,618	0,828	0,820	0,139	0,491	0,600

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı, p: anlamlılık değeri, *:0.05 düzeyinde önemli korelasyon, **:0.01 düzeyinde önemli korelasyon.

Hastalık Algısı Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım alt boyut ortalama puanı ile; Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu, Sonuçlar, Süre (döngüsel) alt boyut ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki saptanırken (sırasıyla $r = -0.162, -0.469, -0.208$; $p = 0.025, p < 0.001, 0.004$); Hastalık Algısı Ölçeği Risk faktörleri alt boyut ortalama puanıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı ($r = 0.153$; $p = 0.035$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Ev işlerini sürdürme alt boyut ortalama puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar, Süre (döngüsel) ile Duygusal temsiller alt boyutu ortalama puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif yönlü bir ilişki saptanırken (sırasıyla $r = -0.263, -0.158, -0.172$; $p < 0.001, 0.029, 0.018$); Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Risk faktörleri, Bağışıklık alt boyut ortalama puanlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı (sırasıyla $r = 0.153, 0.264, 0.161, 0.168$; $p = 0.035, p < 0.001, 0.026, 0.020$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Fiziksel Egzersiz alt boyut ortalama puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar alt boyut ortalama puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönlü bir bağlantı saptanırken ($r = -0.313$; $p < 0.001$); Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Bağışıklık alt boyut ortalama puanlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı (sırasıyla $r = 0.146, 0.288, 0.168, 0.171$; $p = 0.045, p < 0.001, 0.021, 0.018$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Eğlence ve Hobiler alt boyut ortalama puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu, Sonuçlar ve Süre (döngüsel) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki saptanırken (sırasıyla $r = -0.171, -0.258, -0.185$; $p = 0.019, p < 0.001, 0.011$); Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Risk faktörleri, bağışıklık puanlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı (sırasıyla $r = 0.212, 0.158, 0.173, 0.202$; $p = 0.003, 0.029, 0.017, 0.005$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Manevi Aktiviteler alt boyut ortalama puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yönde negatif ilişki saptanırken ($r = -0.303$; $p < 0.001$); Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel kontrol, Süre

(akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Tedavi kontrol ve Duygusal temsiller puanlarıyla arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.209, 0.219, 0.172, 0.350, 0.273$; $p=0.004, 0.002, 0.018, 0.005, p<0.001, p<0.001$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Sosyal Etkileşim alt boyut ortalama puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanırken ($r= -0.291$; $p<0.001$); Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Süre (döngüsel), Duygusal temsiller, Risk faktörleri, Bağışıklık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptandı (sırasıyla $r= 0.147, 0.223, 0.152, 0.166, 0.220$; $p=0.044, 0.002, 0.045, 0.037, 0.022, 0.002$).

Fonksiyonel Performans Ölçeği Genel Puanı ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar ve Süre (döngüsel) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki saptanırken (sırasıyla $r= -0.353, -0.199$; $p<0.001, 0.006$) Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller ve Bağışıklık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.155, 0.255, 0.149, 0.191$; $p=0.033, p<0.001, 0.040, 0.008$) (Çizelge 4.13).

4.5. Sıvı Kontrol Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çizelge 4.14.Sıvı Kontrol Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		Vücut Bakım	Ev işlerini sürdürme	Fiziksel Egzersiz	Eğlence ve hobiler	Manevi aktiviteler	Sosyal etkileşim	FPÖ Toplam Puanı
Bilgi	r	0,143*	0,080	0,033	0,069	0,073	0,050	0,093
	p	0,049	0,271	0,654	0,347	0,316	0,497	0,204
Davranış	r	0,038	0,050	0,014	0,010	0,041	0,057	0,041
	p	0,606	0,492	0,850	0,888	0,572	0,435	0,575
Tutum	r	0,093	0,127	0,124	0,104	0,134	0,155*	0,0140
	p	0,202	0,081	0,087	0,154	0,065	0,032	0,055
SKÖ Toplam Puan	r	0,077	0,091	0,061	0,055	0,087	0,103	0,092
	p	0,291	0,211	0,402	0,452	0,230	0,156	0,209

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı, p: anlamlılık değeri, *:0.05 düzeyinde önemli korelasyon.

Sıvı Kontrol Ölçeği ile Fonksiyonel Performans Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ;

Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi alt boyutu ile Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut Bakım alt boyut puanları arasında; istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı ($r=0.143$; $p=0.049$).

Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum alt boyutu ile Fonksiyonel Performans Ölçeği Sosyal Etkileşim alt boyut puanları arasında; istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı ($r=0.155$; $p=0.032$) (Çizelge 4.14).

4.6. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla İlişkisine Ait Bulgular

Çizelge 4.15. Hastaların Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

	Kadın (n=81)	Erkek (n=109)		
	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	u	p
Hastalık Tipi Boyutu	4,33±1,78	3,33±1,96	3037,000	<0,001
Hastalık Algısı Boyutu				
Süre (Akut-Kronik)	18,03±0,36	17,95±0,61	4187,000	0,265
Sonuçlar	20,35±3,94	18,20±3,36	2967,500	<0,001
Kişisel Kontrol	18,79±1,79	18,87±1,88	4244,500	0,625
Tedavi Kontrol	16,55±1,81	17,03±1,91	3534,000	0,013
Hastalığı Anlayabilme	9,37±4,99	8,92±3,48	4318,500	0,789
Süre (Döngüsel)	14,18±3,87	11,90±3,54	2802,000	<0,001
Duygusal Temsiller	15,01±5,25	14,45±4,63	4229,500	0,616
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu				
Psikolojik Atıflar	6,34±1,69	6,25±1,46	4358,500	0,668
Risk Faktörleri	7,93±1,70	7,83±1,79	4239,000	0,508
Bağıışıklık	3,04±0,44	3,11±0,65	4347,500	0,472
Kaza veya Şans	3,03±1,97	2,69±1,79	4039,500	0,137
Bilgi	20,82±1,55	20,99±0,09	4400,000	0,827
Davranış	25,18±6,08	24,90±5,75	4172,500	0,517
Tutum	12,96±3,91	13,48±3,19	4149,500	0,476
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	58,97±9,80	59,38±8,44	4352,500	0,868
Vücut Bakım	2,07±1,23	2,50±0,92	3568,000	0,006
Ev İşlerini Sürdürme	0,90±0,91	1,24±0,88	3502,000	0,013
Fiziksel Egzersiz	0,47±0,67	0,67±0,63	3241,000	0,001
Eğlence ve Hobiler	0,66±0,96	0,85±0,80	3695,000	0,044
Manevi Aktiviteler	1,40±1,04	1,67±1,07	3804,000	0,092
Sosyal Etkileşim	1,15±0,66	1,37±0,64	3445,500	0,009
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,11±0,79	1,38±0,70	3501,500	0,015

U:Mann Whitney- U testi

Hastaların cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık tipi boyutu (u=3037.000, p<0.001), Sonuçlar (u=2967.500, p<0.001) ve Süre (döngüsel) (u=2802.000, p<0.001) puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksekken; Tedavi kontrol puanı (u=3534.000, p=0.013) erkeklerde yüksek ve istatistiksel olarak

anlamlı elde edildi. Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanları için grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmadı. Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım (u=3568.000, p=0.006), Ev işlerini sürdürme (u=3502.000, p=0.013), Fiziksel egzersiz (u=3241.000, p=0.001), Eğlence ve hobiler (u=3695.000, p=0.044), Sosyal etkileşim (u=3445.000, p=0.009) ve Fonksiyonel performans ölçeği toplam puanı (u=3501.500, p=0.015) erkeklerde kadınlara nazaran daha üst seviyede ve istatistiksel açıdan da anlamlı olarak tespit edildi (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.16. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

	18-40 Yaş (n=28)	41-60 Yaş (n=75)	61 ve üstü (n=87)		
	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	x ²	p
Hastalık Tipi Boyutu	4,00±2,19	3,50±2,16	3,89±1,64	3,641	0,162
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (Akut-Kronik)	18,03±0,18	17,92±0,71	18,03±0,38	0,531	0,767
Sonuçlar	19,28±3,66	18,77±3,63	19,36±3,93	1,297	0,523
Kişisel Kontrol	18,67±2,22	18,84±1,72	18,88±1,81	0,452	0,798
Tedavi Kontrol	16,50±2,13	16,68±2,04	17,06±1,63	2,955	0,228
Hastalığı Anlayabilme	10,35±5,30	8,84±3,92	8,95±3,99	0,754	0,686
Süre (Döngüsel)	13,53±3,88	12,13±3,49	13,31±4,05	4,228	0,121
Duygusal Temsiller	16,42±7,11	14,41±4,37	14,37±4,40	0,711	0,701
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik Atıflar	6,42±1,66	6,48±2,17	6,09±0,60	1,665	0,435
Risk Faktörleri	8,85±2,03	8,00±1,96	7,45±1,28	15,483	<0,001
Bağıışıklık	3,28±1,04	3,10±0,64	3,00±0,00	5,405	0,067
Kaza veya Şans	3,14±2,39	2,64±1,47	2,91±1,99	0,748	0,688
Bilgi	21,00±0,00	20,81±1,61	20,98±0,10	0,362	0,834
Davranış	23,39±6,45	26,78±5,04	24,03±6,03	10,180	0,006
Tutum	13,25±3,50	13,81±3,22	12,79±3,73	2,505	0,286
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	57,64±9,35	61,41±8,34	57,81±9,20	7,047	0,029
Vücut Bakım	2,80±0,69	2,52±0,92	1,99±1,22	16,369	<0,001
Ev İşlerini Sürdürme	1,94±0,81	1,38±0,90	0,58±0,57	56,131	<0,001
Fiziksel Egzersiz	1,21±0,88	0,72±0,60	0,26±0,35	48,210	<0,001
Eğlence ve Hobiler	1,62±0,87	0,95±0,82	0,34±0,64	48,136	<0,001
Manevi Aktiviteler	2,00±1,11	1,88±1,07	1,14±0,88	27,342	<0,001
Sosyal Etkileşim	1,95±0,61	1,48±0,61	0,89±0,41	59,912	<0,001
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,92±0,66	1,49±0,72	0,87±0,57	50,679	<0,001

x²: Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların yaş gruplarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Risk faktörleri (x²=15.483, p<0.001) puanının 18-40 yaş grubunda öteki gruplara

nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış ($x^2=10.180$, $p=0.006$) ve Sıvı kontrol ölçeği toplam puanı ($x^2=7.047$, $p=0.029$) 41-60 yaş grubunda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü. Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım, Ev işlerini devam ettirme, Fiziksel aktivite, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler, Sosyal etkileşim (sırasıyla $x^2=16.369$, 56.131 , 48.210 , 48.136 , 27.342 , 59.912 , 50.679 ; tümünde $p< 0.001$) puanlarının 18-40 yaş grubunda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.17. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Okuryazar değil(n=49)	İlkokul (n=91)	Ortaokul (n=28)	Lise ve Üstü (n=22)		
	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	x^2	p
Hastalık Tipi Boyutu	4,12±1,61	3,63±2,08	3,92±1,74	3,38±2,13	4,649	0,199
Hastalık Algısı Boyutu						
Süre (Akut-Kronik)	17,97±0,43	17,94±0,63	18,03±0,33	18,14±0,35	4,529	0,210
Sonuçlar	20,55±4,26	18,70±3,39	18,57±3,58	18,57±3,68	7,074	0,070
Kişisel Kontrol	19,12±1,84	18,53±1,75	18,96±2,06	19,19±1,77	7,403	0,060
Tedavi Kontrol	17,08±1,46	16,60±1,98	17,07±2,15	16,90±1,97	3,562	0,313
Hastalığı Anlayabilme	8,33±4,09	9,58±3,85	8,17±4,24	9,77±4,77	7,140	0,068
Süre (Döngüsel)	13,87±4,42	12,83±3,83	12,39±3,29	11,47±2,63	7,274	0,064
Duygusal Temsiller	14,89±5,00	13,83±4,32	16,17±5,62	16,00±5,63	5,233	0,155
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu						
Psikolojik Atıflar	6,40±2,04	6,30±1,60	6,14±0,75	6,19±0,87	0,053	0,997
Risk Faktörleri	7,48±1,32	8,13±1,99	7,71±1,56	7,95±1,74	4,139	0,247
Bağıışıklık	3,00±0,00	3,13±0,71	3,14±0,75	3,00±0,00	2,399	0,494
Kaza veya Şans	2,73±1,56	3,18±2,27	2,28±1,04	2,38±1,20	5,820	0,121
Bilgi	20,71±2,00	20,98±0,10	21,00±0,00	21,00±0,00	0,982	0,806
Davranış	23,38±6,56	25,67±5,38	24,75±6,22	26,71±5,22	4,618	0,202
Tutum	12,12±4,03	13,40±3,48	13,67±2,78	14,90±2,42	9,165	0,027
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	56,22±10,79	60,06±8,21	59,42±8,43	62,61±7,01	5,907	0,116
Vücut Bakım	1,58±1,23	2,47±0,99	2,86±0,54	2,64±0,79	34,667	<0,001
Ev İşlerini Sürdürme	0,35±0,35	1,09±0,83	1,92±0,75	1,78±0,89	61,234	<0,001
Fiziksel Egzersiz	0,12±0,20	0,60±0,64	0,99±0,60	0,99±0,75	60,785	<0,001
Eğlence ve Hobiler	0,13±0,29	0,76±0,84	1,36±0,77	1,48±0,97	53,629	<0,001
Manevi Aktiviteler	0,86±0,66	1,61±1,06	2,11±1,00	2,14±1,06	35,810	<0,001
Sosyal Etkileşim	0,77±0,33	1,25±0,60	1,83±0,57	1,81±0,60	61,751	<0,001
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	0,63±0,43	1,30±0,70	1,84±0,54	1,81±0,72	60,560	<0,001

x^2 : Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği ortalama puanları için grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir fark tespit edilmedi. Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum ($\chi^2=9.165$, $p=0.027$) puanı Lise ve üstü eğitim almış olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü. Fonksiyonel Performans Ölçeği Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler ($p<0.001$) puanları Lise ve üstü eğitim almış olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülürken; Vücut bakım, Ev işlerini sürdürme, Sosyal etkileşim ve Fonksiyonel performans ölçeği toplam puanı (sırasıyla $\chi^2=34.667$, 61.234, 60.785, 53.629, 35.810, 61.751, 60.560; tümünde $p<0.001$) Ortaokul düzeyinde eğitim almış olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.18. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Evli (n=137)	Bekar (n=53)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	u	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,62 $\pm$ 1,85	4,09 $\pm$ 2,15	3142,000	0,145
Hastalık Algısı Boyutu				
Süre (Akut-Kronik)	17,97 $\pm$ 0,54	18,01 $\pm$ 0,45	3565,000	0,723
Sonuçlar	18,87 $\pm$ 3,64	19,75 $\pm$ 4,05	3017,000	0,068
Kişisel Kontrol	19,14 $\pm$ 1,49	18,03 $\pm$ 2,36	2527,000	<0,001
Tedavi Kontrol	17,10 $\pm$ 1,63	16,11 $\pm$ 2,28	2353,000	<0,001
Hastalığı Anlayabilme	9,24 $\pm$ 3,98	8,77 $\pm$ 4,72	3143,000	0,135
Süre (Döngüsel)	12,72 $\pm$ 3,59	13,26 $\pm$ 4,44	3416,000	0,522
Duygusal Temsiller	14,62 $\pm$ 4,47	14,88 $\pm$ 5,91	3481,000	0,656
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu				
Psikolojik Atıflar	6,29 $\pm$ 1,65	6,30 $\pm$ 1,32	3560,500	0,554
Risk Faktörleri	7,57 $\pm$ 1,40	8,66 $\pm$ 2,27	2761,500	<0,001
Bağıışıklık	3,08 $\pm$ 0,58	3,07 $\pm$ 0,54	3619,500	0,896
Kaza veya Şans	2,61 $\pm$ 1,60	3,43 $\pm$ 2,36	3025,500	0,008
Bilgi	21,00 $\pm$ 0,00	20,71 $\pm$ 1,92	3493,500	0,023
Davranış	24,97 $\pm$ 5,87	25,16 $\pm$ 5,96	3500,000	0,700
Tutum	13,00 $\pm$ 3,47	13,94 $\pm$ 3,59	3045,500	0,082
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	58,97 $\pm$ 8,74	59,83 $\pm$ 9,76	3283,500	0,307
Vücut Bakım	2,32 $\pm$ 1,07	2,31 $\pm$ 1,11	3577,000	0,849
Ev İşlerini Sürdürme	1,03 $\pm$ 0,87	1,27 $\pm$ 0,98	3096,500	0,110
Fiziksel Egzersiz	0,55 $\pm$ 0,60	0,67 $\pm$ 0,77	3412,000	0,511
Eğlence ve Hobiler	0,70 $\pm$ 0,81	0,95 $\pm$ 1,00	3246,500	0,236
Manevi Aktiviteler	1,62 $\pm$ 1,05	1,39 $\pm$ 1,08	3224,000	0,215
Sosyal Etkileşim	1,25 $\pm$ 0,64	1,35 $\pm$ 0,68	3290,500	0,314
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,25 $\pm$ 0,74	1,32 $\pm$ 0,80	3389,500	0,478

U: Mann Whitney- U testi

Hastaların medeni durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel kontrol ($u=2527.000$, $p<0.001$) ve Tedavi kontrol ($u=2353.000$, $p<0.001$) puanları evlilerde bekarlara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülürken; Risk faktörleri ($u=2761.500$, $p<0.001$) ve Kaza veya şans ($u=3025.500$, $p=0.008$) puanları bekarlarda evlilere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi ($u=3493.500$, $p=0.023$) puanı evlilerde bekarlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fonksiyonel Performans Ölçeği ortalama puanları adına grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ayrım bulunmadı (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.19. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışmayan (n=143)	Çalışan (n=37)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	u	p
Hastalık Tipi Boyutu	36,62 $\pm$ 1,72	4,14 $\pm$ 2,49	2933,500	0,186
Hastalık Algısı Boyutu				
Süre (Akut-Kronik)	17,95 $\pm$ 0,54	18,10 $\pm$ 0,42	2939,500	0,018
Sonuçlar	19,13 $\pm$ 3,82	19,06 $\pm$ 3,64	3289,000	0,825
Kişisel Kontrol	18,80 $\pm$ 1,88	18,93 $\pm$ 1,69	3264,500	0,752
Tedavi Kontrol	16,88 $\pm$ 1,82	16,68 $\pm$ 2,06	3280,500	0,796
Hastalığı Anlayabilme	8,44 $\pm$ 3,97	11,14 $\pm$ 4,23	2007,500	<0,001
Süre (Döngüsel)	13,06 $\pm$ 4,04	12,31 $\pm$ 3,61	2893,000	0,147
Duygusal Temsiller	13,90 $\pm$ 4,57	17,10 $\pm$ 5,12	2173,500	<0,001
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu				
Psikolojik Atıflar	6,30 $\pm$ 1,64	6,25 $\pm$ 1,69	3359,500	0,993
Risk Faktörleri	7,86 $\pm$ 1,77	7,93 $\pm$ 1,71	3261,000	0,667
Bağıışıklık	3,02 $\pm$ 0,33	3,25 $\pm$ 0,98	3169,500	0,019
Kaza veya Şans	2,97 $\pm$ 1,96	2,42 $\pm$ 1,49	2925,500	0,048
Bilgi	20,90 $\pm$ 1,17	20,97 $\pm$ 0,14	3313,000	0,411
Davranış	25,08 $\pm$ 5,77	24,85 $\pm$ 6,24	3230,000	0,689
Tutum	13,02 $\pm$ 3,58	13,97 $\pm$ 3,24	2844,000	0,111
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	59,01 $\pm$ 9,04	59,80 $\pm$ 9,05	3248,500	0,732
Vücut Bakım	2,12 $\pm$ 1,17	2,92 $\pm$ 0,29	2174,500	<0,001
Ev İşlerini Sürdürme	0,82 $\pm$ 0,77	1,94 $\pm$ 0,74	1137,500	<0,001
Fiziksel Egzersiz	0,36 $\pm$ 0,45	1,25 $\pm$ 0,71	886,500	<0,001
Eğlence ve Hobiler	0,56 $\pm$ 0,80	1,40 $\pm$ 0,78	1454,500	<0,001
Manevi Aktiviteler	1,20 $\pm$ 0,91	2,63 $\pm$ 0,75	914,000	<0,001
Sosyal Etkileşim	1,06 $\pm$ 0,53	1,96 $\pm$ 0,54	860,500	<0,001
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,02 $\pm$ 0,65	2,02 $\pm$ 0,53	856,500	<0,001

U:Mann Whitney- U testi

Hastaların çalışma durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Kaza veya şans puanı ($u=2925.500$, $p=0.048$) çalışmayanlarda çalışanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; Süre akut- kronik ($u=2939.500$, $p=0.018$), Hastalığı anlayabilme ($u=2007.500$, $p<0.001$), Duygusal temsiller ($u=2173.500$, $p<0.001$), Bağışıklık ($u=3169.500$, $p=0.019$) çalışanlarda çalışmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanları için grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir fark tespit edilmedi. Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım, Ev işlerini devam ettirme, Fiziksel aktivite, Eğlence ile hobiler, Manevi etkinlikler, Sosyal etkileşim ve İşlevsel performans ölçeği toplam puanı (sırasıyla $u=2174.500$, 1137.500 , 886.500 , 1454.500 , 914.000 , 860.500 , 856.500 ; tümünde $p<0.001$) çalışanlarda çalışmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.20. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	İl (n=98)	İlçe (n=23)	Köy (n=69)		
	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	χ^2	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,54±1,77	4,82±2,10	3,71±2,04	4,685	0,096
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (Akut-Kronik)	17,98±0,41	17,98±0,21	18,01±0,69	1,924	0,382
Sonuçlar	19,21±3,87	19,91±3,26	18,72±3,77	2,198	0,333
Kişisel Kontrol	19,09±1,45	18,91±2,06	18,44±2,17	4,242	0,120
Tedavi Kontrol	16,72±1,91	17,95±0,63	16,60±2,00	13,734	0,001
Hastalığı Anlayabilme	9,38±4,31	10,73±3,50	8,18±4,05	3,745	0,274
Süre (Döngüsel)	12,97±3,78	12,86±3,38	12,73±4,12	0,261	0,878
Duygusal Temsiller	15,30±5,03	16,08±5,32	13,36±4,30	8,565	0,014
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik Atıflar	6,36±1,63	6,00±0,00	6,28±1,72	2,115	0,347
Risk Faktörleri	8,26±2,03	7,52±1,37	7,44±1,25	9,380	0,009
Bağışıklık	3,08±0,56	3,17±0,83	3,05±0,48	0,704	0,703
Kaza veya Şans	2,65±1,78	3,04±1,79	3,04±2,01	3,313	0,191
Bilgi	20,98±0,10	21,00±0,00	20,79±1,68	0,352	0,838
Davranış	24,57±5,99	22,78±6,63	26,42±5,16	7,090	0,029
Tutum	13,24±3,62	12,73±4,16	13,46±3,14	0,343	0,842
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	58,80±8,88	56,52±10,62	60,68±8,51	4,254	0,119
Vücut Bakım	2,36±1,06	2,61±0,82	2,17±1,18	3,110	0,211
Ev İşlerini Sürdürme	1,17±0,90	1,30±0,89	0,92±0,90	4,975	0,083
Fiziksel Egzersiz	0,58±0,63	0,67±0,57	0,55±0,71	2,063	0,356
Eğlence ve Hobiler	0,83±0,87	1,02±0,87	0,59±0,86	6,366	0,041
Manevi Aktiviteler	1,60±1,04	2,06±1,00	1,33±1,06	8,820	0,012
Sosyal Etkileşim	1,32±0,65	1,37±0,67	1,19±0,65	3,077	0,215
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,31±0,73	1,51±0,71	1,12±0,78	5,227	0,073

χ^2 : Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların yaşadıkları yere göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi kontrol ($x^2=13.734$, $p=0.001$), Duygusal temsiller ($x^2=8.565$, $p=0.014$) puanları ilçede yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülürken; Risk faktörleri ($x^2=9.380$, $p=0.009$) puanı ilde yaşayanlarda diğer gruplara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış ($x^2=7.090$, $p=0.029$) puanının köyde yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü. Fonksiyonel Performans Ölçeği Eğlence ve hobiler ($x^2=6.366$, $p=0.041$) ve Manevi aktiviteler ($x^2=8.820$, $p=0.012$) puanlarının ilçede yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.21. Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Eşimle (n=61)	Eşim ve Çocuklarıyla (n=75)	Yalnız veya Çocuğumla (n=54)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	x^2	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,86 $\pm$ 1,61	3,52 $\pm$ 2,08	3,96 $\pm$ 2,08	2,647	0,266
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (Akut-Kronik)	18,00 $\pm$ 0,44	17,98 $\pm$ 0,66	17,98 $\pm$ 0,36	0,075	0,963
Sonuçlar	19,19 $\pm$ 3,96	18,45 $\pm$ 3,19	19,96 $\pm$ 4,16	5,425	0,066
Kişisel Kontrol	19,40 $\pm$ 1,43	18,88 $\pm$ 1,54	18,16 $\pm$ 2,35	15,033	0,001
Tedavi Kontrol	17,29 $\pm$ 1,66	16,90 $\pm$ 1,74	16,20 $\pm$ 2,14	19,154	<0,001
Hastalığı Anlayabilme	9,93 $\pm$ 4,05	8,93 $\pm$ 4,01	8,44 $\pm$ 4,50	7,121	0,028
Süre (Döngüsel)	13,08 $\pm$ 3,67	12,49 $\pm$ 3,58	13,18 $\pm$ 4,38	1,319	0,517
Duygusal Temsiller	15,14 $\pm$ 4,25	14,36 $\pm$ 4,74	14,64 $\pm$ 5,78	2,119	0,347
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik Atıflar	6,26 $\pm$ 1,61	6,32 $\pm$ 1,70	6,29 $\pm$ 1,31	0,352	0,839
Risk Faktörleri	7,19 $\pm$ 0,87	7,84 $\pm$ 1,62	8,70 $\pm$ 2,27	20,388	<0,001
Bağıışıklık	3,00 $\pm$ 0,00	3,16 $\pm$ 0,78	3,07 $\pm$ 0,54	2,621	0,270
Kaza veya Şans	2,52 $\pm$ 1,36	2,69 $\pm$ 1,78	3,40 $\pm$ 2,35	6,605	0,037
Bilgi	21,00 $\pm$ 0,00	21,00 $\pm$ 0,00	20,72 $\pm$ 1,90	5,064	0,080
Davranış	23,67 $\pm$ 6,31	25,80 $\pm$ 5,52	25,48 $\pm$ 5,69	4,674	0,097
Tutum	12,34 $\pm$ 3,61	13,52 $\pm$ 3,86	13,94 $\pm$ 3,47	5,740	0,057
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	57,01 $\pm$ 9,29	60,32 $\pm$ 8,38	60,14 $\pm$ 9,29	5,667	0,059
Vücut Bakım	1,98 $\pm$ 1,21	2,63 $\pm$ 0,83	2,27 $\pm$ 1,14	11,313	0,003
Ev İşlerini Sürdürme	0,65 $\pm$ 0,67	1,34 $\pm$ 0,90	1,27 $\pm$ 0,97	21,978	<0,001
Fiziksel Egzersiz	0,30 $\pm$ 0,41	0,75 $\pm$ 0,65	0,66 $\pm$ 0,77	19,815	<0,001
Eğlence ve Hobiler	0,35 $\pm$ 0,64	0,98 $\pm$ 0,83	0,95 $\pm$ 0,99	21,961	<0,001
Manevi Aktiviteler	1,29 $\pm$ 0,99	1,90 $\pm$ 1,03	1,39 $\pm$ 1,08	14,385	<0,001
Sosyal Etkileşim	0,93 $\pm$ 0,46	1,51 $\pm$ 0,66	1,35 $\pm$ 0,68	27,014	<0,001
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	0,92 $\pm$ 0,64	1,52 $\pm$ 0,70	1,32 $\pm$ 0,80	20,871	<0,001

x^2 : Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların kimlerle yaşadığına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel kontrol ($x^2=15.033$, $p=0.001$), Tedavi kontrol ($x^2=19.154$, $p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($x^2=7.121$, $p=0.028$) puanları yalnızca eşiyile yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülürken; Risk faktörleri ($x^2=20.388$, $p<0.001$) ve Kaza veya şans ($x^2=6.605$, $p=0.037$) puanları yalnız veya yakınıyla yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü. Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım ($p=0.003$), Ev işlerini devam ettirme, Fiziksel aktivite, Eğlence ile hobiler, Manevi etkinlikler, Sosyal etkileşim ve Fonksiyonel performans ölçeği toplam puanı (sırasıyla $x^2=11.313$, 21.978 , 19.815 , 21.961 , 14.385 , 27.014 , 20.871 ; tümünde $p<0.001$) eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.22. Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir giderden az (n=122)	Gelir gidere denk veya fazla (n=68)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	u	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,85 $\pm$ 1,70	3,58 $\pm$ 2,31	3736,000	0,251
Hastalık Algısı Boyutu				
Süre (Akut-Kronik)	17,99 $\pm$ 0,48	17,98 $\pm$ 0,58	4010,000	0,485
Sonuçlar	19,11 $\pm$ 3,76	19,13 $\pm$ 3,80	4104,500	0,904
Kişisel Kontrol	18,94 $\pm$ 1,63	18,64 $\pm$ 2,16	3832,000	0,349
Tedavi Kontrol	16,97 $\pm$ 1,76	16,57 $\pm$ 2,06	3336,000	0,018
Hastalığı Anlayabilme	9,01 $\pm$ 3,77	9,29 $\pm$ 4,87	4022,500	0,719
Süre (Döngüsel)	13,13 $\pm$ 3,77	12,41 $\pm$ 3,96	3661,000	0,174
Duygusal Temsiller	14,59 $\pm$ 4,60	14,88 $\pm$ 5,43	4019,500	0,719
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu				
Psikolojik Atıflar	6,16 $\pm$ 0,94	6,52 $\pm$ 2,28	4035,000	0,371
Risk Faktörleri	7,81 $\pm$ 1,68	8,00 $\pm$ 1,87	3976,500	0,505
Bağıışıklık	3,13 $\pm$ 0,71	3,00 $\pm$ 0,00	4012,000	0,132
Kaza veya Şans	2,91 $\pm$ 2,04	2,70 $\pm$ 1,53	4068,000	0,744
Bilgi	20,99 $\pm$ 0,90	20,79 $\pm$ 1,69	4120,500	0,669
Davranış	24,51 $\pm$ 5,59	25,94 $\pm$ 6,29	3383,000	0,035
Tutum	12,74 $\pm$ 3,48	14,19 $\pm$ 3,40	3184,500	0,007
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	58,25 $\pm$ 8,38	60,92 $\pm$ 9,91	3234,500	0,012
Vücut Bakım	2,22 $\pm$ 1,11	2,50 $\pm$ 1,00	3667,500	0,109
Ev İşlerini Sürdürme	0,95 $\pm$ 0,83	1,36 $\pm$ 0,98	3156,500	0,005
Fiziksel Egzersiz	0,44 $\pm$ 0,50	0,83 $\pm$ 0,81	3007,500	0,001
Eğlence ve Hobiler	0,64 $\pm$ 0,79	1,00 $\pm$ 0,97	3293,000	0,014
Manevi Aktiviteler	1,44 $\pm$ 0,99	1,77 $\pm$ 1,17	3516,000	0,072
Sosyal Etkileşim	1,17 $\pm$ 0,63	1,49 $\pm$ 0,66	3039,000	0,002
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,14 $\pm$ 0,70	1,49 $\pm$ 0,80	3062,500	0,003

U:Mann Whitney- U testi

Hastaların aylık gelirlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi kontrol (u=3336.000, p=0.018) puanı geliri giderinden az olanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış (u=3383.000, p= 0.035), Tutum (u=31844.500, p= 0.007) , Sıvı kontrol ölçeği toplam puan (u=3234.500, p=0.012) geliri giderine denk veya fazla olanlarda diğer gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fonksiyonel Performans Ölçeği Ev işlerini sürdürme (u=3156.500, p=0.005), Fiziksel egzersiz (u=3007.500, p=0.001), Eğlence ve hobiler (3293.000, p=0.014), Sosyal etkileşim (u=3039.000, p=0.002) , Fonksiyonel performans ölçeği toplam puan (u=3062.500, p=0.003) puanları geliri giderine denk veya fazla olanlarda diğer gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.23. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Normal ve altı (n=98)	Kilolu (n=57)	Obez (n=35)		
	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	Ortalama ± s.sapma	x ²	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,94±1,97	3,50±1,85	3,62±2,03	1,979	0,372
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (Akut-Kronik)	17,98±0,41	17,87±0,65	18,17±0,51	8,853	0,012
Sonuçlar	18,92±3,89	19,36±3,48	19,25±3,93	0,638	0,727
Kişisel Kontrol	18,81±1,98	18,80±1,77	18,94±1,53	0,171	0,918
Tedavi Kontrol	16,96±1,79	16,54±2,16	16,91±1,63	2,254	0,324
Hastalığı Anlayabilme	9,42±3,88	8,17±4,24	9,77±4,77	7,428	0,024
Süre (Döngüsel)	12,93±3,77	13,07±4,02	12,40±3,83	0,473	0,789
Duygusal Temsiller	15,15±4,94	13,73±4,76	14,97±4,91	3,481	0,175
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik Atıflar	6,12±0,89	6,42±1,95	6,57±2,20	2,934	2,934
Risk Faktörleri	7,85±1,74	7,91±1,69	7,88±1,92	0,135	0,135
Bağıışıklık	3,12±0,69	3,07±0,52	3,00±0,00	1,215	0,545
Kaza veya Şans	3,14±2,14	2,56±1,59	2,45±1,29	5,103	0,078
Bilgi	20,84±1,41	21,00±0,00	21,00±0,00	1,887	0,389
Davranış	25,08±6,30	25,66±5,13	23,82±5,77	2,563	0,278
Tutum	13,62±3,71	13,21±3,31	12,34±3,18	4,583	0,101
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	59,55±9,89	59,87±7,64	57,17±8,49	3,464	0,177
Vücut Bakım	2,43±1,00	2,12±1,21	2,33±1,06	3,059	0,217
Ev İşlerini Sürdürme	1,20±0,90	0,83±0,84	1,27±0,93	7,404	0,025
Fiziksel Egzersiz	0,67±0,70	0,37±0,45	0,69±0,73	8,398	0,015
Eğlence ve Hobiler	0,88±0,93	0,51±0,75	0,87±0,84	8,892	0,012
Manevi Aktiviteler	1,67±1,08	1,29±0,97	1,68±1,10	4,349	0,114
Sosyal Etkileşim	1,34±0,68	1,12±0,63	1,37±0,60	4,849	0,089
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,36±0,75	1,04±0,70	1,37±0,77	8,084	0,018

x²: Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların beden kitle indeksine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Süre (akut-kronik) ($\chi^2=8.853$, $p=0.012$), Hastalığı anlayabilme ($\chi^2=7.428$, $p=0.024$) puanları obez olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü. Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanları için grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir fark tespit edilemedi. Fonksiyonel Performans Ölçeği Ev işlerini sürdürme ($\chi^2=7.404$, $p=0.025$), Fiziksel egzersiz ($\chi^2=8.398$, $p=0.015$), Fonksiyonel performans ölçeği toplam puanı ($\chi^2=8.084$, $p=0.018$) obez olanlarda öteki gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunurken; Eğlence ve hobiler ($\chi^2=8.892$, $p=0.012$) puanı normal ve altı BKİ'ye sahip olanlarda öteki gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.24. Hastalara Uygulanan Diyaliz Tipine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Hemodiyaliz (n=160)	Periton Diyalizi (n=30)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	u	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,52 $\pm$ 1,74	5,00 $\pm$ 2,47	1486,000	<0,001
Hastalık Algısı Boyutu				
Süre (Akut-Kronik)	17,95 $\pm$ 0,51	18,16 $\pm$ 0,53	1970,500	0,004
Sonuçlar	18,73 $\pm$ 3,80	21,20 $\pm$ 2,80	1445,500	<0,001
Kişisel Kontrol	18,91 $\pm$ 1,85	18,43 $\pm$ 1,75	1970,500	0,094
Tedavi Kontrol	16,92 $\pm$ 1,81	16,33 $\pm$ 2,20	1952,500	0,087
Hastalığı Anlayabilme	8,26 $\pm$ 3,44	13,66 $\pm$ 4,90	873,500	<0,001
Süre (Döngüsel)	12,60 $\pm$ 3,99	14,36 $\pm$ 2,51	1843,500	0,041
Duygusal Temsiller	13,65 $\pm$ 4,34	20,23 $\pm$ 3,93	633,000	<0,001
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu				
Psikolojik Atıflar	6,32 $\pm$ 1,67	6,13 $\pm$ 0,73	2373,000	0,779
Risk Faktörleri	7,81 $\pm$ 1,73	8,20 $\pm$ 1,86	2149,500	0,200
Bağıışıklık	3,05 $\pm$ 0,44	3,26 $\pm$ 1,01	2270,000	0,059
Kaza veya Şans	2,92 $\pm$ 1,96	2,40 $\pm$ 1,22	2152,500	0,183
Bilgi	20,90 $\pm$ 1,10	21,00 $\pm$ 0,00	2370,000	0,539
Davranış	25,15 $\pm$ 5,79	24,36 $\pm$ 6,38	2182,000	0,429
Tutum	13,08 $\pm$ 3,43	14,23 $\pm$ 3,84	1875,000	0,055
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	59,13 $\pm$ 8,85	59,60 $\pm$ 10,02	2301,000	0,720
Vücut Bakım	2,23 $\pm$ 1,13	2,77 $\pm$ 0,64	1849,000	0,016
Ev İşlerini Sürdürme	0,94 $\pm$ 0,83	1,94 $\pm$ 0,80	974,500	<0,001
Fiziksel Egzersiz	0,44 $\pm$ 0,51	1,36 $\pm$ 0,79	758,500	<0,001
Eğlence ve Hobiler	0,63 $\pm$ 0,80	1,49 $\pm$ 0,81	1067,000	<0,001
Manevi Aktiviteler	1,35 $\pm$ 1,00	2,68 $\pm$ 0,64	773,500	<0,001
Sosyal Etkileşim	1,15 $\pm$ 0,60	1,95 $\pm$ 0,50	804,500	<0,001
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,12 $\pm$ 0,69	2,03 $\pm$ 0,61	758,500	<0,001

U:Mann Whitney- U testi

Hastaların diyaliz tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık tipi boyutu ($u=1486.000$, $p=0.001$), Süre (akut-kronik) ($u=1970.500$, $p=0.004$), Sonuçlar ($u=1445.500$, $p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($u=873.500$, $p<0.001$), Süre (döngüsel) ($u=1843.500$, $p=0.041$), Duygusal temsiller ($u=633.000$, $p<0.001$) puanları periton diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sıvı Kontrol Ölçeği ortalama puanları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Fonksiyonel Performans Ölçeği Vücut bakım ($u=1849.000$, $p=0.016$), Ev işlerini sürdürme, Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler, Sosyal etkileşim, Fonksiyonel performans ölçeği toplam puanı (sırasıyla $u=974.500$, 758.500 , 1067.000 , 773.500 , 804.500 , 758.500 ; tümünde $p<0.001$) puanları periton diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 4.24).

Çizelge 4.25. Hastaların Diyaliz Tedavi Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	6 ay-1 yıl (n=43)	2-5 yıl (n=91)	6-10 yıl (n=33)	10 yıl üstü (n=23)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	χ^2	p
Hastalık Tipi Boyutu	3,95 $\pm$ 1,88	3,69 $\pm$ 1,94	3,54 $\pm$ 2,04	3,95 $\pm$ 2,01	0,728	0,867
Hastalık Algısı Boyutu						
Süre (Akut-Kronik)	17,93 $\pm$ 0,79	18,00 $\pm$ 0,51	18,00 $\pm$ 0,00	18,04 $\pm$ 0,20	1,460	0,692
Sonuçlar	18,72 $\pm$ 3,69	18,79 $\pm$ 3,43	19,57 $\pm$ 4,45	20,52 $\pm$ 4,00	3,318	0,345
Kişisel Kontrol	18,74 $\pm$ 1,96	18,78 $\pm$ 1,98	18,96 $\pm$ 1,68	19,04 $\pm$ 1,18	0,285	0,963
Tedavi Kontrol	16,88 $\pm$ 2,03	16,75 $\pm$ 1,99	17,06 $\pm$ 1,29	16,69 $\pm$ 1,96	0,150	0,985
Hastalığı Anlayabilme	8,74 $\pm$ 4,12	9,49 $\pm$ 4,57	8,72 $\pm$ 3,40	8,86 $\pm$ 3,87	0,891	0,828
Süre (Döngüsel)	12,65 $\pm$ 3,84	12,83 $\pm$ 3,88	12,60 $\pm$ 3,77	13,86 $\pm$ 3,91	1,961	0,581
Duygusal Temsiller	14,09 $\pm$ 4,65	14,92 $\pm$ 5,20	14,39 $\pm$ 4,78	15,34 $\pm$ 4,45	0,782	0,854
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu						
Psikolojik Atıflar	6,00 $\pm$ 0,00	6,52 $\pm$ 2,16	6,24 $\pm$ 0,96	6,00 $\pm$ 0,00	4,449	0,217
Risk Faktörleri	7,65 $\pm$ 1,49	8,00 $\pm$ 1,83	7,72 $\pm$ 1,56	8,04 $\pm$ 2,16	1,297	0,730
Bağıışıklık	3,18 $\pm$ 0,85	3,08 $\pm$ 0,58	3,00 $\pm$ 0,00	3,00 $\pm$ 0,00	2,547	0,467
Kaza veya Şans	2,93 $\pm$ 1,91	2,48 $\pm$ 1,44	2,96 $\pm$ 2,24	3,91 $\pm$ 2,37	12,805	0,005
Bilgi	20,97 $\pm$ 0,15	20,84 $\pm$ 1,46	21,00 $\pm$ 0,00	21,00 $\pm$ 0,00	1,248	0,742
Davranış	26,90 $\pm$ 5,29	23,16 $\pm$ 6,21	26,36 $\pm$ 5,27	26,95 $\pm$ 4,16	17,159	0,001
Tutum	13,72 $\pm$ 3,66	12,74 $\pm$ 3,43	13,81 $\pm$ 3,76	13,65 $\pm$ 3,15	4,365	0,225
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	61,60 $\pm$ 8,32	56,75 $\pm$ 9,54	61,18 $\pm$ 8,40	61,60 $\pm$ 6,67	12,094	0,007
Vücut Bakım	2,31 $\pm$ 0,98	2,44 $\pm$ 1,03	2,16 $\pm$ 1,18	2,06 $\pm$ 1,31	3,508	0,320
Ev İşlerini Sürdürme	0,88 $\pm$ 0,84	1,24 $\pm$ 0,92	1,06 $\pm$ 0,88	1,02 $\pm$ 0,95	4,553	0,208
Fiziksel Egzersiz	0,42 $\pm$ 0,48	0,70 $\pm$ 0,73	0,50 $\pm$ 0,55	0,53 $\pm$ 0,68	4,872	0,181
Eğlence ve Hobiler	0,68 $\pm$ 0,97	0,85 $\pm$ 0,87	0,74 $\pm$ 0,79	0,66 $\pm$ 0,84	2,035	0,565
Manevi Aktiviteler	1,46 $\pm$ 1,01	1,55 $\pm$ 1,07	1,76 $\pm$ 1,11	1,46 $\pm$ 1,09	1,834	0,608
Sosyal Etkileşim	1,10 $\pm$ 0,61	1,39 $\pm$ 0,69	1,30 $\pm$ 0,56	1,16 $\pm$ 0,64	6,896	0,075
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,14 $\pm$ 0,71	1,36 $\pm$ 0,75	1,25 $\pm$ 0,77	1,15 $\pm$ 0,81	3,259	0,353

χ^2 : Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların diyaliz tedavi sürelerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Kaza veya şans ($x^2=12.805$, $p=0.005$) puanı 6-10 yıl süredir tedavi alanlarda diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış ($x^2=17.159$, $p=0.001$) ve Sıvı kontrol ölçeği toplam puanı ($x^2=12.094$, $p=0.007$) 10 yıl üstü süredir tedavi alanlarda diğer gruplara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fonksiyonel Performans Ölçeği ortalama puanları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Çizelge 4.25).

Çizelge 4.26. Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyum Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Uyum gösteremiyorum (n=28)	Bazen uyum gösteriyorum (n=74)	Uyum gösteriyorum (n=88)		
	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortalama $\pm$ s.sapma	x^2	p
Hastalık Tipi Boyutu	4,57 $\pm$ 1,50	3,74 $\pm$ 1,95	3,51 $\pm$ 2,01	9,435	0,009
Hastalık Algısı Boyutu					
Süre (Akut-Kronik)	17,96 $\pm$ 0,42	18,02 $\pm$ 0,52	17,96 $\pm$ 0,55	1,398	0,497
Sonuçlar	19,82 $\pm$ 3,89	18,82 $\pm$ 3,72	19,14 $\pm$ 3,77	1,378	0,502
Kişisel Kontrol	18,89 $\pm$ 2,76	18,78 $\pm$ 1,78	18,86 $\pm$ 1,51	3,152	0,207
Tedavi Kontrol	17,64 $\pm$ 1,19	16,74 $\pm$ 1,81	16,64 $\pm$ 2,06	7,596	0,022
Hastalığı Anlayabilme	10,35 $\pm$ 3,21	8,77 $\pm$ 4,33	9,01 $\pm$ 4,31	6,191	0,045
Süre (Döngüsel)	14,85 $\pm$ 4,02	12,64 $\pm$ 3,87	12,44 $\pm$ 3,61	9,074	0,011
Duygusal Temsiller	17,03 $\pm$ 3,88	14,22 $\pm$ 4,77	14,34 $\pm$ 5,13	10,848	0,004
Hastalığa Ait Nedenler Boyutu					
Psikolojik Atıflar	6,28 $\pm$ 1,51	6,27 $\pm$ 1,20	6,31 $\pm$ 1,84	0,379	0,828
Risk Faktörleri	7,57 $\pm$ 1,42	7,91 $\pm$ 1,69	7,94 $\pm$ 1,90	0,947	0,623
Bağıışıklık	3,00 $\pm$ 0,00	3,05 $\pm$ 0,46	3,13 $\pm$ 0,73	1,524	0,467
Kaza veya Şans	2,85 $\pm$ 1,99	3,02 $\pm$ 2,10	2,68 $\pm$ 1,62	0,988	0,610
Bilgi	20,50 $\pm$ 2,64	20,98 $\pm$ 0,11	21,00 $\pm$ 0,00	2,713	0,258
Davranış	15,64 $\pm$ 4,02	24,08 $\pm$ 4,22	28,80 $\pm$ 3,41	96,277	<0,001
Tutum	8,85 $\pm$ 2,36	11,78 $\pm$ 2,29	15,90 $\pm$ 2,36	107,121	<0,001
Sıvı Kontrol Ölçeği Toplam Puanı	45,00 $\pm$ 6,71	56,85 $\pm$ 5,22	65,71 $\pm$ 5,26	119,313	<0,001
Vücut Bakım	2,03 $\pm$ 1,20	2,36 $\pm$ 1,07	2,38 $\pm$ 1,05	3,497	0,174
Ev İşlerini Sürdürme	0,83 $\pm$ 0,89	1,05 $\pm$ 0,81	1,23 $\pm$ 0,97	3,491	0,175
Fiziksel Egzersiz	0,47 $\pm$ 0,80	0,53 $\pm$ 0,55	0,66 $\pm$ 0,67	5,439	0,066
Eğlence ve Hobiler	0,54 $\pm$ 0,86	0,75 $\pm$ 0,82	0,85 $\pm$ 0,92	2,718	0,257
Manevi Aktiviteler	1,17 $\pm$ 0,89	1,53 $\pm$ 1,07	1,70 $\pm$ 1,09	5,230	0,073
Sosyal Etkileşim	1,02 $\pm$ 0,64	1,27 $\pm$ 0,62	1,38 $\pm$ 0,67	5,248	0,072
Fonksiyonel Performans Ölçeği Toplam Puanı	1,01 $\pm$ 0,75	1,25 $\pm$ 0,71	1,37 $\pm$ 0,78	4,955	0,084

x^2 : Kruskal Wallis-H Testi

Hastaların sıvı kontrolüne olan uyum düzeylerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık tipi boyutu ($x^2=9.435$, $p=0.009$), Tedavi kontrol ($x^2=7.596$, $p=0.022$), Hastalığı anlayabilme ($x^2=6.191$, $p=0.045$), Süre (döngüsel) ($x^2=9.074$, $p=0.011$), Duygusal temsiller ($x^2=10.848$, $p=0.004$) puanları uyumsuz olan grupta diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış, Tutum ve Sıvı kontrol ölçeği toplam puanı (sırasıyla $x^2=96.277$, 107.121, 119.313; tümünde $p<0.001$) uyum gösterenlerde diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fonksiyonel Performans Ölçeği ortalama puanları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

5. TARTIŞMA

5.1. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %57.4'ünün erkek ve yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların yarıdan fazlasının 61 ve üstü yaşta olduğu saptandı. Yaşlanmayla beraber gelen nefron kaybının böbrek yetmezliğinde rol oynadığı düşünülmektedir. Benzer şekilde Özdeş (2021) 170 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada erkek hastaların oranını % 64.4 elde etmiştir.

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %47.9' unun ilkokul mezunu ve medeni durum dağılımına göre, katılımcıların %72.1'inin evli olduğu saptandı. Ayaz (2018) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %78.9' u evli ve %36.6' sı ilkokul mezunudur. Sonuçlar bu çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %40.5'inin i 1-3 çocuklu ve meslek durumu incelendiğinde katılımcıların yarıdan fazlasının çalışmadığı saptandı. Acar (2023) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada da hastaların % 60' dan fazlasının çalışmadığı sonucunu elde etmiştir. Bu sonuç kronik bir hastalığa sahip olma ve yaş ortalamasının yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Yaşanılan yer dağılımı göz önüne alındığında, katılımcıların %51.6' sının il merkezinde yaşadığı ve kimlerle yaşandığına bakıldığında katılımcıların %39.5' inin eşi ve çocuğuyla yaşadığı saptandı. Benzer şekilde Dönmez (2019) 200 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada da katılımcıların yarıdan fazlası il merkezinde ve çekirdek ailesiyle yaşadığı sonucunu elde etmiştir. Hastaların tedaviye erişimlerinin sağlanması için de il merkezinde yaşamayı tercih ettikleri söylenebilir.

Aylık gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %64.2' sinin gelirinin giderinden az olduğu saptandı. Kömürcü (2020) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada da hastaların yarıdan fazlasının gelirinin giderinden az olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Sigara ve alkol kullanımına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %88.4' ünün sigara kullanmadığı ve hiçbirinin alkol kullanmadığı saptandı. Atik ve ark. (2015) diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada %78.3' ünün sigara kullanmadığı ve tamamına yakınının alkol kullanmadığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Zaten kronik bir hastalığa sahip bireylerin ek risk faktörlerinden uzak durdukları söylenebilir.

Beden Kitle İndeksi dağılımı incelendiğinde katılımcıların yarıya yakınının Normal BKİ ' ye sahip olduğu saptandı. Boy ortalama değeri 167.33 cm, kilo ortalama değeri 71.7 kg ve BKİ ortalama değeri 25.48 ± 5.81 elde edildi. Benzer şekilde Öztürk (2020) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada boy ortalama değerini 166.7 cm, kilo ortalama değerini 69.5 kg ve ortalama BKİ 25.0 ± 5.2 elde etmiştir.

En çok yaşanan semptomlara bakıldığında en yüksek 3 semptomun sırasıyla %73.4 ile yorgunluk, %59.8 ile kemik kas ağrısı ve %42.9 ile kaşıntı olduğu saptandı. Akgöz ve Arslan (2017) diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada yorgun hissetme ile enerjide düşüş, kemik, eklem veya baş ağrısının hastalar tarafından en fazla deneyimlenmekte olan semptomlar olduğunu belirtmişlerdir.

Var olan ek hastalık durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %88.4' ünün ek hastalığı olduğu saptandı. Ek hastalıklara bakıldığında en yüksek 3 hastalığın sırayla %75.6 ile HT, %56.4 ile DM ve %22.1 ile kalp hastalığı olduğu saptandı. Savaş (2020), Alkın Demir ve Özer (2022) diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda hastaların yarıdan fazlasında HT olduğunu onu DM ve Kalp hastalığının takip ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuç var olan ek hastalıkların KBY için risk faktörü oluşturan durumlar olmasıyla açıklanabilir.

Diyaliz tipine bakıldığında, katılımcıların %84.2' sine hemodiyaliz tedavisi ve %15.8' ine periton diyaliz tedavisi uygulandığı saptandı. Dönmez (2019) 200 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların % 83.5'ine Hemodiyaliz, %16.5'ine Periton diyalizi uygulandığı sonucuna ulaşmıştır. TND 2021 yıl sonu verilerine göre RRT almakta olan hastaların %71.38'ine Hemodiyaliz, % 4.6'sına Periton Diyalizi uygulanırken % 24.56'sına ise Böbrek Transplantasyonu uygulanmıştır.

Periton türüne göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %73.3'lük kısmının devamlı ayaktan periton diyalizi, %26.7'lik kısmına ise aletli periton diyalizi uygulandığı tespit edildi. Bu sonuç TND (2021) verileriyle benzerlik göstermektedir.

Diyaliz tedavi süresine göre değerlendirildiğinde, katılımcıların yarıya yakınına 2-5 yıldır diyaliz tedavisi uygulandığı saptandı. Soylu (2019) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %40.6' sına 1-5 yıldır diyaliz tedavisi uygulandığı sonucunu elde etmiştir.

Diyalize erişim tipine göre değerlendirildiğinde, %77,9'unun Arteriovenöz fistül ile diyalize erişimi sağladığı saptandı. Çetin (2015), 300 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada da hastaların tamamına yakınının Arteriovenöz fistülünün olduğu sonucunu elde etmiştir.

Haftada kaç gün diyaliz aldığı ortalama değeri 3.62 olarak elde edildi. Diyaliz süresine göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %84.2'sinin 3-4 saatlik seanslarla diyaliz tedavisi aldığı saptandı. Benzer şekilde Hintistan ve Deniz (2018) 194 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaların %89.2'sinin 3 gün hemodiyaliz aldığı; Taşkın Yılmaz ve ark. (2020) 73 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaların %89.0'unun 4 saat hemodiyaliz aldığı sonucunu elde etmişlerdir.

Kısıtlama uyumuna bakıldığında, katılımcılardan yarıya yakını bazen uyum gösterdiklerini ifade ettiler. Kızılcık Özkan ve ark. (2019) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Çalışma sonuçlarının tanıtıcı özellikler açısından literatürdeki diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olması çalışmaya katılan hastaların ülkedeki diğer hastalarla aynı özellikte ve diyaliz hastalarının ortalama bir profile sahip olmasıyla açıklanabilir.

5.2. Diyaliz Hastalarının Ölçek Puanlarının İncelenmesi

5.2.1. Hastalık Algısı Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi

Hastalık Algısı Ölçeği'nin Hastalık Tipi Alt Boyutunda kişinin hastalığına yönelik yaşadığı semptomlar ve bunların hastalığıyla olan ilgisi araştırıldı. Çalışmada yer alan hastaların çoğunluğunun birçok semptom yaşadığı ve en çok yaşanan ilk 3 semptomun yorgunluk %67.9, ağrı %60.5 ve baş ağrısı %57.9 olduğu tespit edildi. Sonuçlara paralel şekilde Yorulmaz ve ark. (2014) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada en çok yaşanan belirtinin yorgunluk olduğunu saptamışlardır. Karabulutlu ve Okanlı (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların, hastalığın başlangıcından itibaren en çok yorgunluk ve güçsüzlük yaşadığı ve bunları hastalıklarıyla ilişkilendirdiklerini belirtmişlerdir. Yeşil ve ark. (2015) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada HD alan KBY hastalarının %75.7'sinde ağrı görüldüğünü saptamışlardır. Akgöz ve Arslan (2017) yaptıkları çalışmada Hemodiyaliz hastalarının hastalığa bağlı en çok yaşadığı ilk üç semptom arasında yorgunluk, baş ağrısı ve kemik-kas ağrısı olduğunu saptamışlardır.

Kronik böbrek yetmezliği ve diyalize bağlı vücutta atıkların birikmesi, sıvı-elektrolit bozulmaları, kas-kemik yapısında bozulmalar sonucu hastalarda bu semptomlar sıklıkla görülebilir (Akgöz ve Arslan 2017).

Hastalık Algısı Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Süre (akut-kronik) 17.98 ± 0.52 , Sonuçlar 19.12 ± 3.77 , Kişisel kontrol 18.83 ± 1.84 , Tedavi kontrol 16.83 ± 1.88 , Hastalığı anlayabilme 11.21 ± 2.97 , Süre (döngüsel) 12.87 ± 3.84 , Duygusal temsiller 14.69 ± 4.90 olarak elde edildi. Yorulmaz ve ark. (2014) 383 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada Süre (akut-kronik) alt boyut ortalaması 22.94 ± 5.64 , Sonuçlar 20.08 ± 5.17 , Kişisel kontrol 20.47 ± 5.83 , Tedavi kontrolü 16.33 ± 3.64 , Hastalığı anlayabilme 17.18 ± 4.55 , Süre (döngüsel) alt boyutu ortalaması 14.44 ± 3.04 , Duygusal temsiller alt boyut ortalaması ise 19.40 ± 5.33 şeklinde bulunmuş ve çalışmamıza benzer şekilde Sonuçlar ve Kişisel kontrol puanları yine yüksek elde edilmiştir. Benzer şekilde Kocaman ve ark. (2013) 124 Hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada Sonuçlar alt boyut ortalamasını 21.1 ± 4.65 ve Kişisel Kontrol alt boyut ortalamasını 20.3 ± 3.62 yüksek elde etmişlerdir. Bu çalışmada en yüksek puanların Sonuçlar ve Kişisel kontrol bölümünde olması katılımcıların, hastalıklarının ciddi sonuçları olduğunu fakat kişinin gerek hastalık gerek tedavi sürecinde kişisel kontrol yetisinin olduğunu göstermektedir. Hastalığı anlayabilme puanının en düşük olması sonucunda hastaların hastalıklarını çok iyi anlamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum diyaliz hemşirelerinin hasta eğitimine yeterli vakit ayırmadıklarını düşündürülebilir. Çalışma sonuçlarının hastalık algısı boyutu açısından literatürdeki diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olması da diyaliz hastalarının çoğunluğunun hastalığının olumsuz sonuçlarına maruz kaldığını ve bunu kontrol altına alma ihtiyacı duymasıyla açıklanabilir. Çalışmalar karşılaştırılırken puanlar arası farklılıklar görülmesinin hasta gruplarının fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel değişikliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Hastalık algısı bu faktörlerin tamamından etkilenmektedir (Armay ve ark. 2007).

Hastalığa Ait Nedenler Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Psikolojik atıflar 6.29 ± 1.56 , Risk faktörleri 7.87 ± 1.75 , Bağışıklık 3.08 ± 0.57 , Kaza veya şans 2.84 ± 1.87 olarak elde edildi. Katılımcılara ölçekte açık uçlu olarak sorulan “Sizin düşündüğünüz nedenler” kısmında ise en çok DM %44.7, HT %15.3 hastalık nedeni olarak düşünüldüğü tespit edildi. Hastalık nedenleri alt boyutunda hastalar en çok maruz kaldıkları risk faktörlerini hastalık nedeni olarak görmüşlerdir. Literatüre bakıldığında Karabulutlu ve

Okanlı (2011) 129 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada hastalığa ait nedenler alt boyutu puanlarını Risk faktörleri 14.06 ± 4.66 , Psikolojik atıflar 13.94 ± 5.08 , Bağışıklık 6.66 ± 2.87 , Kaza ya da şans 3.98 ± 1.82 olarak elde etmişlerdir. Aynı zamanda KBY'ye neden olan kronik hastalık için HT ve DM en çok düşünülen hastalıklardır. Benzer şekilde Yıldız ve Tülüce (2023) 211 astım hastasıyla yaptıkları çalışmada Risk faktörlerini 15.05 ± 5.26 , Psikolojik atıfları 12.86 ± 5.39 , Bağışıklığı 7.65 ± 3.21 ve son olarak Kaza ya da şans 2.44 ± 1.28 şeklinde saptamışlardır. Çalışma sonuçlarının literatürle uyumlu olması psikolojik kökenli sorunların ve maruz kalınan risk faktörlerinin hem diyaliz hastaları için hem de diğer hasta gruplarında hastalık sebebi olarak düşünüldüğünü ortaya koymaktadır. Aynı zamanda yüksek kan basıncı ve yüksek kan şekerinin böbreklere verdiği kaçınılmaz zarar sonucu HT ve DM hastalar tarafından başlıca KBY sebebi olarak görülmektedir. Hastalar her ne kadar hastalıklarını kader ve şans ile ilişkilendirse de hastalığa neden olan risk faktörlerinin farkında oldukları söylenebilir.

5.2.2. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi

HHSKÖ Toplam Puanı 24-72 puan aralığında değer alabilirken çalışmada 59.21 ± 9.02 ile sıvı kontrolüne ortalamanın üstünde uyum sağladığı saptandı. Bilgi alt boyutu 7-21 puan aralığında değer alabilirken çalışmada 20.92 ± 1.01 ile ortalamanın üstünde elde edildi. Davranış 11-33 puan aralığında değer alabilirken çalışmada 25.02 ± 5.88 puan, Tutum 6-18 puan aralığında değer alabilirken çalışmada 13.26 ± 3.52 elde edildi. Sıvı kontrolüne yönelik davranış ve tutumlarının ortalama olduğu söylenebilir. Literatüre bakıldığında benzer şekilde Coşar ve Çınar (2016) yaptıkları çalışmada Bilgi alt boyutunun ortalaması 19.8 ± 1.5 , Davranış 25.5 ± 4.5 , Tutum 11.2 ± 3.3 ve HHSKÖ toplam puan ortalamasını 56.5 ± 6.3 olarak elde etmişlerdir. Yılmaz ve Karabulutlu (2019) yaptıkları çalışmada Bilgi alt boyutu ortalaması 20.2 ± 1 Davranış 22.4 ± 4.2 , Tutum 8.5 ± 2.6 ve HHSKÖ toplam puan ortalaması 51.2 ± 5.8 olarak bulunmuştur. Balım ve Çınar (2016) yaptıkları çalışmada Bilgi alt boyutu ortalaması 8.9 ± 1.8 , Davranış 22.3 ± 3.6 , Tutum 12.5 ± 2.6 ve HHSKÖ toplam puan ortalamasını ise 43.8 ± 4.8 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunun literatürle benzer olması diyaliz hastalarının genel olarak sıvı kontrolüne yönelik uyumlarının düşük- orta düzeyde olduğunu gösterirken; hastalığın tedavi süreçleri

ve hastaların bireysel özellikleri çalışmalarda sıvı kontrolüne elde edilen farklılıklara sebep olabileceği düşünülmektedir.

5.2.3. Fonksiyonel Performans Ölçeği Ortalama Puanlarının İncelenmesi

Fonksiyonel Performans Ölçeği ortalama puanlara bakıldığında Vücut bakımı 2.32 ± 1.08 , Ev işlerini sürdürme 1.10 ± 0.90 , Fiziksel aktiviteler 0.58 ± 0.65 , Eğlence ile hobiler 0.77 ± 0.87 , Manevi etkinlikler 1.56 ± 1.06 , Sosyal etkileşim 1.28 ± 0.65 , Fonksiyonel Performans Ölçeği toplam puanı 1.27 ± 0.75 olarak elde edildi. Elde edilen bu sonuçlara göre hastaların düşük fonksiyonel performansa sahip olduğu saptandı. Kişilerin maksimum puanı vücut bakımı ile ilgili alt boyuttan (2.32 ± 1.08), minimum puanı ise eğlence ile hobiler alt boyutundan (0.77 ± 0.87) aldıkları tespit edildi. Literatüre bakıldığında benzer şekilde Demirel (2014) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada hastaların FPÖ toplam puanının ortalaması 1.33 ± 0.60 şeklinde elde edilmiştir. Kişilerin maksimum puanı vücut bakımına dair alt boyuttan (2.32 ± 0.65), minimum puanı ise eğlence ile hobiler alt boyutundan (0.61 ± 0.55) elde etmiş oldukları tespit edilmiştir. Özkan ve ark (2007) astımlı hastalarla yaptıkları çalışmada toplamdaki fonksiyonel performans puanı 1.64 ± 0.29 , vücut bakımı 2.85 ± 0.41 , ev işlerini devam ettirme 1.75 ± 0.59 , fiziksel aktivite 1.47 ± 0.50 , eğlence ile hobiler 1.10 ± 0.57 , manevi etkinlikler 1.47 ± 0.87 , sosyal etkileşim 1.19 ± 0.54 olarak elde etmişlerdir. Çalışma sonuçları hastalık ve hasta profilleri değişse de herhangi bir kronik hastalığın fonksiyonel performansı etkilemesinin kaçınılmaz olduğunu göstermektedir. Literatürle uyumlu olarak hastaların düşük fonksiyonel performans düzeyine sahip olması; yaşadıkları hastalık sonucunda yorgunluk ve ağrı semptomlarının varlığı, bir diyaliz merkezine bağımlı olma durumu, yaşadıkları ruhsal sıkıntılar, yetersizlik duygusu gibi birçok etken fonksiyonel performansı olumsuz etkileyerek eğlenme ve hobi edinme gibi durumlardan uzaklaşmalarına sebep olabilir.

5.3. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ile İlişkisinin İncelenmesi

Sıvı kontrolüne yönelik Bilgi düzeyi ile Hastalık algısının Süre (akut-kronik) alt boyutu arasında doğru orantılı bir ilişki elde edildi ($p=0.027$). Hasta hastalığının kronik bir hastalık olduğu fikrini benimsedikçe ve tedavi almaya devam ettikçe hastalığıyla yaşamayı öğrenmesi gerektiği için sıvı kontrolüne yönelik bilgi seviyesinin arttığı düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolüne yönelik Bilgi seviyesi ile Hastalık algısının Kişisel kontrol alt boyutu arasında aynı yönde artan ilişki edildi ($p=0.011$). Hastanın sıvı kontrolü hakkındaki bilgi düzeyi arttıkça hastalığı üzerindeki kişisel kontrolünün arttığı düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolüne ait Bilgi alt boyutu ile Hastalık algısının Süre (döngüsel) alt boyutunun birbirleriyle pozitif ilişkili olduğu görüldü ($p=0.026$). Süre (döngüsel) puanın yüksek olması kişinin hastalığının bazı zaman akut, bazı zaman da kronik döngüsel seyir içerisinde algıladığını gösterir. Sıvı kontrolü hakkındaki bilgi düzeyinin yüksek olması bu döngüsel sürece olan adaptasyonu kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolünün Bilgi alt boyutu ile Hastalık algısının Psikolojik atıflar alt boyutunun zıt yönde ilişkili olduğu saptandı ($p=0.001$). Hastaların yaşadıkları psikolojik kökenli sorunları hastalık nedeni olarak görmesi sonucu sıvı kontrolüne yönelik bilgiedinme ve öğrenme isteğinde azalma meydana gelmiş olabilir. Diyaliz süreci zorlu birçok psikolojik yansımaları olan bir süreç olduğundan hastalar depresyon, anksiyete gibi sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu da tedaviye uyumu etkilemektedir (Şanlıtürkve ark. 2018).

Sıvı Kontrolüne yönelik Bilgi alt boyutu ile Hastalık algısının Kaza veya şans alt boyutu arasında ters orantılı bir ilişki saptandı ($p=0.001$). Hastaların hastalık nedenini kaza veya kötü şans olduğunu düşünmeleri onları hastalığa karşı kabullenilmiş çaresizlik düşüncesine sevk edebilir. Bunun da sıvı kontrolüne yönelik bilgi edinme ve öğrenme isteğinde azalmaya sebep olmuş olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan da bu durum hastalığa yönelik daha yetersiz bilgisi olan hastaların hastalıklarını daha çok şans ve kaderle ilişkilendirmeleriyle açıklanabilir.

Sıvı Kontrolüyle ilgili olan Davranış alt boyutu ve buna ek olarak Sıvı kontrolüne olan genel uyumun Hastalık algısının Tedavi kontrol alt boyutu ile ters yönde ilişkili olduğu saptandı ($p=0.022$ ve $p=0.040$). Tedavi kontrol puanının yüksek olması hastanın, uygulanan tedavinin etkinliğine inandığını ve güvendiğini gösterir. Tedavisinin etkisine

güvenen hastanın bunun verdiği rahatlıkla sıvı kontrolüne yönelik davranışlarında ve genel uyumunda azalma gözlemlendiği düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolüne ait Davranış alt boyutu ve buna ek olarak Sıvı kontrolüne olan genel uyum ile Hastalık algısının Hastalığı anlayabilme alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki saptandı ($p<0.001$ ve $p=0.009$). Hastalığı anlama puanının yüksekliği bireyin hastalığını iyi anladığını göstermektedir. Hastalığının neden ve sonuçlarını farkında olan, kronik semptomlarla baş etmeye çabalayan hastanın bu süreçlerinde yaşadığı bıkkınlık, tükenmişlik ve çaresizlik hissi sonucu sıvı kontrolüne yönelik davranışlarında ve genel uyumunda azalma gözlemlendiği düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolüne yönelik Davranış alt boyutu ve buna ek olarak Sıvı kontrolüne olan genel uyum ile Hastalık algısının Duygusal temsiller alt boyutu arasında negatif yönde ilişki saptandı ($p<0.001$ ve $p=0.002$). Duygusal temsiller puanının yüksek olması kişinin hastalığıyla ilgili negatif duygulara sahip olduğunu göstermektedir. Hastanın yaşadığı bu olumsuz duygular sonucu sıvı kontrolüne yönelik davranışlarında ve genel uyumunda azalma gözlemlendiği düşünülmektedir.

Sıvı Kontrolüne ait Tutum alt boyutu ile Hastalık algısının Risk faktörleri alt boyutu arasında doğru orantılı bir ilişki saptandı ($p=0.047$). Risk faktörlerine maruz kaldığını düşünenlerin tutumları da aynı yönde gelişim gösterebilir.

Sıvı kontrolüne olan genel uyumun, Hastalık algısının hastalık belirtilerinin ölçüldüğü Hastalık Tipi Boyutu ile ters ilişkili olduğu saptandı ($p=0.039$). Hastalık tipi boyutu puanının yüksek olması kişinin hastalığıyla ilgili birçok semptom yaşadığını gösterir. Yaşanılan yoğun semptomların hastanın sıvı kontrolüne olan uyumunu güçleştirmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları **‘H1: Diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolüne etkisi vardır.’** hipotezini bazı alt boyutlar açısından doğrulamıştır.

Literatüre bakıldığında diyaliz hastalarında sıvı kontrolü ile birçok faktörün ilişkisi incelenmiştir. Şentürk (2021) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada konforun sıvı kontrolüne olan etkisini incelemiş HD hastalarının sıvı kontrolünün sağlanmasında, yaşam konforunun iyileştirilmesinde sağlık/hastalık algısının oluşturulmasında etkili olduğunu söylemiştir. İlhan (2014) HT diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada HD hastalarının, sahip olduğu sağlık/hastalık algısı ve diyet/sıvı kısıtlamasına olan bağlılığın tedaviye uyumda en etkili başlıca unsurlar olduğunu belirtmiştir. Alharbi ve ark. (2021) hastalık

algısı ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada; Tedavi kontrolü dışındaki tüm alt boyutlar Yaşam kalitesi ile anlamlı korelasyona sahip, Hastalık belirtileri, Süre (akut-kronik), Süre (döngüsel), Sonuçlar ve Duygusal temsiller puanları Yaşam kalitesi ile negatif korelasyona sahip; Kişisel kontrol ve Hastalığı anlama puanları Yaşam kalitesi ile pozitif korelasyona sahip bulunmuştur. Yaşam kalitesini en çok etkileyen Duygusal temsiller puanı olmuştur. Acar (2018) HD hastalarıyla yaptığı çalışmasında olumlu yöndeki hastalık algısının tedaviye uyum ve buna bağlı olarak sıvı kontrolüne olan olumlu etkisinden bahsetmiştir. Bu sonuçlara dayanarak hastalığın iyi yönde algılanmasının hastalık yönetimi için gerekli olan sıvı kontrolünü de olumlu etkilemesinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

5.4. Diyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Fonksiyonel Performans ile İlişkisinin İncelenmesi

Fonksiyonel Performansın Vücut Bakım alt boyutu ile Hastalık Algısının Hastalık Tipi Boyutu, Sonuçlar ve Süre (döngüsel) alt boyutları arasında ters yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $p < 0.001$, 0.004). Hastanın hastalığının belirtilerini, olumsuz sonuçlarını ve hastalığının bazen akut bazen de kronik döngülerini yaşaması sonucunda vücut bakımını yeterince yapamadığı sonucuna varılabilir. Vücut Bakımı ile Hastalık algısının Hastalık Tipi Boyutu ve Risk faktörleri alt boyutu arasında doğru orantılı ilişki saptandı (sırasıyla $p = 0.025$, 0.035). Hastalık tipi boyutu puanının yüksek olması kişinin hastalığıyla ilgili semptomlar yaşadığını gösterir. Hasta yaşadığı semptomları azaltmak adına vücut bakımına yönelmiş olabilir. Örneğin kaşıntısı için ılık duş alma isteği gelişebilir. Hastaların hastalık nedenini maruz kaldığı ya da kendi seçimi olan risk faktörleri (kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma) olduğunu düşünmeleriyle kişi kendini vücut bakımının eksikliğinden doğacak yeni risk faktörlerine (örneğin enfeksiyon) karşı korumak isteyebilir.

Fonksiyonel Performansa ait Ev işlerini sürdürme alt boyutunun Hastalık Algısının Sonuçlar, Süre (döngüsel) ve Duygusal temsiller alt boyutları ile zıt yönde ilişkili olduğu saptandı (sırası ile $p = 0.035$, $p < 0.001$, 0.018). Hastalığının olumsuz sonuçlarıyla mücadele eden, akut–kronik döngülerini yaşayan ve duygusal açıdan sıkıntılı süreçler geçiren hastanın ev işlerini sürdürme becerisinin olumsuz etkileneceği düşünülebilir. Ev işlerini

sürdürme ile Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Risk faktörleri, Bağışıklık alt boyutlarının aynı yönde ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.035$, $p<0.001$, 0.026 , 0.020). Kronik bir hastalığı olduğunu farkında olan ve hastalığını anlayabilen hastaların ev işlerini sürdürme becerisi hastalığıyla yaşamayı öğrenmek adına gelişim gösterebilir. Hastalık nedeni olarak risk faktörlerine maruziyet ve bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin ev işlerini sürdürme puanının artışı yeni risk faktörlerini (yaşlanma gibi) ve bağışıklık sorunlarını (hijyen eksikliğinden kaynaklanan enfeksiyon hastalıkları) engelleme isteği olabilir.

Fonksiyonel Performansa ait Fiziksel Egzersiz alt boyutunun, Hastalık Algısının Sonuçlar alt boyutu ile zıt yönde ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$). Hastanın hastalığından dolayı ortaya çıkan bu olumsuz sonuçlar fiziki efor sarf etmesi gereken işlere karşı kişiyi duyarsızlaştırmış olabilir. Fiziksel Egzersizin; Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Bağışıklık alt boyutları ile aynı yönde ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.045$, $p<0.001$, 0.021 , 0.018). Kronik bir hastalığı olduğunu farkında olan ve hastalığını anlayabilen hastaların fiziksel egzersiz becerisi hastalığıyla yaşamayı öğrenmek adına gelişim gösterebilir. Duygusal temsiller puanının yüksekliği kişinin yaşadığı yoğun duyguların olumsuz etkisinden fiziksel egzersiz ile kurtulabileceğini düşünüyor olabilir. Çünkü uzun vadede sürekli birilerinden fiziki yardım almak veya psikolojik olarak çökkün bir durumda görülmek kişiye yetersiz hissettirebilir. Hastalık nedeni olarak bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin bağışıklıklarını güçlendirmek adına sağlıklı yaşam alışkanlıklarından olan egzersize yönelmiş olabilir.

Fonksiyonel Performansın Eğlence ve hobiler alt boyutunun Hastalık Algısının Hastalık Tipi, Sonuçlar ve Süre (döngüsel) alt boyutları ile ters orantılı olarak ilişkili olduğu saptandı (sırası ile $p=0.019$, $p<0.001$, 0.011). Hastanın hastalığına bağlı yaşadığı olumsuz semptomların yoğunluğu, hastalığının olumsuz sonuçları ve hastalığıyla alakalı geçirdiği akut-kronik döngüler sonucu eğlence ve hobilerle ilgili aktivitelere karşı isteksiz olması çok olağan karşılanabilir. Eğlence ve hobiler alt boyutunun; Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Risk Faktörleri, Bağışıklık alt boyutları ile aynı yönde ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla $p= 0.003$, 0.029 , 0.017 , 0.005). Hastalığını anlayabilen ve yaşadığı olumsuz duygulardan sıyrılmak isteyen hastalar eğlenecekleri aktiviteler ve hobilerle sürece olumlu katkı sağlayabilir. Hastalık nedeni olarak risk faktörlerine maruziyet ve

bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin eğlenecekleri aktiviteler ve hobiler yardımıyla hastalığa bağlı yaşayacakları stres ve kaygıyı azaltabileceği düşünülebilir.

Fonksiyonel Performansın Manevi aktiviteler alt boyutunun Hastalık Algısının Sonuçlar alt boyutu ile zıt yönde ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$). Hasta hastalığının olumsuz sonuçlarına maruz kaldığından manevi aktivitelere olan yöneliminin azalabileceği düşünülebilir. Manevi aktivitelerin; Süre (akut-kronik), Tedavi kontrol, Kişisel kontrol, Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller alt boyutları ile doğru orantılı bir ilişki içinde olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.004$, 0.002 , 0.018 , 0.005 , $p<0.001$, $p<0.001$). Kronik bir hastalığı olduğunu anlayabilen, hastalık ve tedavi süreçlerinde kişisel kontrolünü sağlayabilen, tedavisinin etkinliğine güvenen ve olumsuz duygular yaşayabilen hastalar dua ve ibadet yoluyla iyilik halinin devamlılığı için manevi aktivitelere yöneleceği düşünülebilir.

Fonksiyonel Performansa ait Sosyal etkileşim alt boyutu ile Hastalık Algısının Sonuçlar alt boyutu arasında ters orantılı bir ilişki saptandı ($p<0.001$). Hasta hastalığının olumsuz sonuçlarına maruz kaldığından sosyal etkileşiminin azalabileceği düşünülebilir. Sosyal etkileşim ile Süre (akut-kronik), Süre (döngüsel), Hastalığı anlayabilme, Bağışıklık, Duygusal temsiller, Risk faktörleri alt boyutları arasında aynı yönlü bir ilişki saptandı (sırasıyla $p=0.044$, 0.002 , 0.045 , 0.037 , 0.022 , 0.002). Kronik bir hastalığı olduğunu anlayabilen, bunlarla ilgili olumsuz duygular yaşayabilen, hastalığıyla alakalı akut-kronik döngüler yaşayan, olumsuz duygular yaşayabilen hastalar sosyal etkileşim yoluyla bunlara bağlı yaşadığı olumsuz etkileri bastırabilir. Hastalık nedeni olarak risk faktörlerine maruziyet ve bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin sosyal etkileşim yardımıyla hastalığa bağlı yaşayacakları olumsuz duyguları azaltabileceği düşünülebilir.

Hastanın sahip olduğu Genel Fonksiyonel Performans ile Hastalık Algısının Sonuçlar ve Süre (döngüsel) alt boyutları ile zıt yönde ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla $p<0.001$, 0.006). Hastanın hastalığının olumsuz sonuçları ve hastalığıyla alakalı geçirdiği akut-kronik döngüler sonucu fonksiyonel performans durumu negatif etkilenmiş olabilir. Genel Fonksiyonel Performansın ile Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Bağışıklık alt boyutları ile aynı yönde ilişkili olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.033$, $p<0.001$, 0.040 , 0.008). Kronik bir hastalığı olduğunu anlayabilen, bunlarla ilgili olumsuz duygular yaşayabilen ve hastalık nedeni olarak bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin yüksek fonksiyonel performans göstermesi sağlık ve iyilik halini

korumak amacıyla gündelik yaşamlarını olabilecek en iyi şekilde sürdürmek için çabaladıklarını gösterebilir.

Araştırma sonuçları **‘H2: Diyaliz hastalarında hastalık algısının fonksiyonel performansa etkisi vardır.’** hipotezini bazı alt boyutlar açısından doğrulamıştır.

Literatüre bakıldığında fonksiyonel performansın birçok farklı tür ve konudaki çalışmaya dahil edilen önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Strugala ve ark. (2019) HD tedavisi gören hastaların, hastalık algısını etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre; Fonksiyonel performans hastalık algısını önemli ölçüde etkilemiştir. Melhem ve ark. (2021) KOAH’lı hastalarla yaptıkları semptom yükünün fonksiyonel performansla ilişkisine yönelik çalışmada KOAH hastalarında belirgin bir semptom yükü ve düşük fonksiyonel performans görüldüğü, azalan fonksiyonel performansın tek bir semptomla ilişkili değil; aynı zamanda birçok fiziksel/psikolojik sıkıntı verici semptomun veya her ikisinin katkısıyla da ilişkili olduğunu ve bu semptomların yönetilerek hasta üzerindeki yükünü hafifletmenin fonksiyonel performansın artmasını destekleyebileceğini  ne sürmüşlerdir. Rajmohan ve Kumar (2013) palyatif bakım gereksinimi olan kronik ağrılı hastalarda ağrının fonksiyonel performansla ilişkisini inceledikleri çalışmada artan ağrı algısının aktivitede bozulma ve kötü fonksiyonel performans ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Fuentes-Abolafio ve ark. (2020) kalp yetmezliği olan hastalarda fonksiyonel performansın prognoza etkisine yönelik yaptıkları çalışmada fiziksel- fonksiyonel performansı zayıf olan hastaların, fiziksel-fonksiyonel performansı iyi olan hastalara göre daha yüksek hastaneye yatış veya ölüm riski açısından daha kötü prognoz gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar ışığında hastalık algısının kişinin tüm yaşamını her açıdan ele alan fonksiyonel performans gibi geniş kapsamlı bir kavramı tüm alt boyutlarında farklı düzeylerde etkilemesinin olağan olduğu söylenebilir.

5.5. Diyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolünün Fonksiyonel Performans ile İlişkisinin İncelenmesi

Sıvı Kontrolünün Bilgi alt boyutu ile Fonksiyonel Performansın Vücut Bakım alt boyutu arasında doğru orantılı bir ilişki saptandı ($p=0.049$). Yani sıvı kontrolüne yönelik bilgi düzeyi yüksek olanlar vücut bakımı ve hijyenine daha fazla önem göstermektedir.

Sıvı Kontrolünün Tutum alt boyutu ile Fonksiyonel Performansın Sosyal Etkileşim alt boyutu arasında da doğru orantılı bir ilişki saptandı ($p=0.032$). Pozitif tutum gösterenlerin sosyal etkileşim puanı da artış göstermektedir. Hastalık algısının yanında sıvı kontrolünün Bilgi ve Tutum alt boyutu için Vücut bakım ve Sosyal etkileşim alt boyutlarında fonksiyonel performans üzerinde etkili olduğu saptandı.

Literatüre bakıldığında Akın ve ark. (2010) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarının makineye bağlı bir hayat sürmeleri, sıvı ve diyetkısıtlamaları, bağımlı duruma gelme, akut ataklar, işlev ve rol kaybı gibi durumlar hastalarda uyum güçlüğü gibi tepkilere neden olarak aktivite tercihlerinde değişikliğe ve fonksiyonel performansta düşüşe neden olabileceğini öne sürmüşlerdir.

5.6. Diyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi

Hastaların cinsiyete göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının Hastalık tipi boyutu ($p<0.001$), Sonuçlar ($p<0.001$) ve Süre döngüsel ($p<0.001$) alt boyutları kadınlarda daha yüksek ve anlamlı bulunurken; Tedavi kontrol ($p=0.013$) alt boyutu erkeklerde daha yüksek ve anlamlı bulundu. Güloğlu (2021) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada aynı alt boyutlarda benzer sonuçlara ulaşmıştır. Akgüç (2013) diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmada cinsiyet açısından süre döngüsel ile duygusal temsiller ile cinsiyet arasında anlamlı düzeyde bir ayrım bulmuştur. Çalışmada kadın hastalar erkeklere göre daha fazla semptom ve bu semptomların olumsuz sonuçlarını yaşama, hastalığını akut-kronik döngüler halinde yaşama durumu göstermektedir. Erkekler ise tedavisinin etkisine kadınlardan daha fazla güvenerek hastalığıyla mücadele ediyor olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde herhangi bir farka rastlanmadı. Kızılcık Özkan ve ark. (2007) hemodiyaliz

hastalarıyla yaptıkları çalışmada benzer sonuca ulaşmıştır. Fonksiyonel performansa ait alt boyutlara bakıldığında; Vücut bakım ($p=0.006$), Ev işlerini sürdürme ($p=0.013$), Fiziksel Egzersiz ($p=0.001$), Eğlence ve hobiler ($p=0.044$), Sosyal etkileşim ($p=0.009$) alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performansın ($p=0.015$) erkeklerde daha yüksek ve de istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Akın ile diğerleri (2010) yılında hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşmıştır. Erkeklerin fonksiyonel performans düzeyi kadınlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeklerin kadınlara göre fiziki ve mental dayanıklılığının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların yaşa göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının Risk faktörleri ($p < 0.001$) alt boyutu 18-40 yaş grubunda yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Çakıroğlu (2023) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada risk faktörleri puanını 55-64 yaş grubunda diğer gruplara göre yüksek bulmuştur. Ekenler ve Arslan (2019) KOAH hastalarıyla yaptıkları çalışmada 64 yaş ile daha yüksek yaş grubu içerisinde öteki gruplara nazaran daha yüksek bulmuştur. Çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olması hasta gruplarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; Davranış ($p=0.006$) alt boyutu ve Genel Sıvı Kontrol ($p=0.029$) 41-60 yaş grubunda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. HD tedavisi uygulanan genç yaştaki bireylerin sıvı uyumunun ileri yaştakilere göre daha iyi olduğu gösterilmiştir (Xhulia ve ark. 2016). İleri yaşta olanlarda böbrek yetmezliği dışındaki kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı ve bilişsel sorunlar uyumu azaltabilmektedir (Zyoud ve ark. 2016). Başer'in (2018) çalışmasında ise ileri yaşlarda olanların diyet ve sıvı uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Sonuçların birbirinden farklılığı hasta profillerinin değişik olmasından kaynaklanıyor olabilir. Fonksiyonel performans alt boyutlarına bakıldığında; Vücut bakım, Ev işlerini sürdürme, Eğlence ile hobiler, Fiziksel aktivite, Manevi etkinlikler, Sosyal etkileşim (tümünde $p < 0.001$) alt boyutları 18-40 yaş grubunda hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Demirel (2014) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada 50-59 yaş arasındaki bireylerin fonksiyonel performansını 70 yaş ve üstündeki bireylere göre yüksek elde etmiştir. Orta ve ileri yaştakilerin hayata karşı istek ve beklentilerinin azalması, sınırlılıklarını ve yaşadıkları fiziksel değişimleri kabullenmeleri bu sonuca varılmasında etkili olmuş olabilir.

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Sıvı kontrolüne ait alt boyutlara bakıldığında; Tutum ($p=0.027$) alt boyutunun Lise ve üstü eğitim almış olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Kaplan (2016), Kulaksız ve Arslan (2018) çalışmalarında eğitim seviyesi yükseldikçe sıvı uyumunun arttığı açıklanmıştır. Bu sonuçlara göre eğitim seviyesi yükseldikçe verilen eğitimlerin daha iyi kavranmakta olduğu ve tedaviler konusunda farkındalığın arttığı, bu durumun da sıvı kontrolüne karşı olan tutumu olumlu etkilediği söylenebilir. Fonksiyonel performansın alt boyutlarına bakıldığında; Vücut bakım, Ev işlerini sürdürme, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) ortaokul düzeyinde eğitim almış olanlarda diğer gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel bakımdan anlamlı olarak bulunurken; Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler alt boyutlarının ise (tümünde $p<0.001$) Lise ve üstü eğitim almış olanlarda öteki gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Gülseven (2005) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada da Vücut bakım, Sosyal etkileşim alt boyutlarının ve Genel Fonksiyonel Performansın ortaokul düzeyinde eğitim almış olanlarda öteki gruplara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel bakımdan anlamlı olarak görülmüştür. Akın ve ark. (2010) çalışmasında tüm alt boyutlarda lise ve üstü olanlar yüksek puana sahiptir. Eğitim seviyesi arttıkça kişinin hastalığına olan farkındalığının artmasıyla fonksiyonel performans puan ortalamalarının da arttığı düşünülebilir.

Hastaların medeni durumlarına göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Kişisel kontrol ($p<0.001$), Tedavi kontrol ($p<0.001$) alt boyutları evlilerde yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunurken; Risk faktörleri ($p<0.001$) ve Kaza veya şans ($p=0.008$) alt boyutları bekarlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Aşıkoğlu (2023) akut koroner sendromu olan evli hastalarda kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt boyutlarının bekarlardan yüksek olduğunu göstermişlerdir. Evli bireylerin eş / aile desteği görmesi ve ailesinin varlığından güç alması kişinin tedaviye karşı inançlarını arttırabilir, hastalığın seyri hakkında kontrol edebilirlik kabiliyetinin gelişmesiyle açıklanabilir. Benzer olarak Çakıroğlu (2023) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada ve Kırdök (2023) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutlarını bekarlarda evlilere göre yüksek bulmuşlardır.

Farklı hasta grupları da olsa bekarların hastalık sebebi olarak risk faktörlerine daha fazla maruz kaldıklarını düşünmeleri ve kaza ya da kötü şans durumlarını daha çok yaşadıklarını düşündükleri görülmektedir. Hastalar için genel olarak evlilik ve aile koruyucu bir faktör olarak düşünülmektedir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; Bilgi ($p=0.023$) alt boyutu evlilerde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Korkmaz'ın (2016) çalışmasında da evli olanlarda uyum daha yüksek açıklanmıştır. Bunun sebebinin, aile desteği olanların sıvı kısıtlamasına adaptasyonlarının çok daha üst seviyede bulunmasıyla ilişkilendirilmiştir (Efe ve Kocagöz 2015). Aile desteği kişiyi öğrenmeye sevk ettiğinden bilgi düzeyindeki artış da olağan görülebilir. Fonksiyonel performans alt boyutlarına bakıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmedi.

Hastaların çalışma durumlarına göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Kaza veya şans alt boyutu ($p=0.048$) çalışmayanlarda çalışanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; Süre (akut- kronik) ($p= 0.018$), Hastalığı anlayabilme ($p<0.001$), Duygusal temsiller ($p<0.001$), Bağışıklık ($p=0.019$) alt boyutları çalışanlarda çalışmayanlara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ekenler ile Arslan (2019) da KOAH hastalarıyla yaptıkları çalışmada kaza veya şans alt boyutunu çalışmayanlarda; bağışıklık alt boyutunu çalışanlarda yüksek bulmuşlardır. Çakıroğlu (2023) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada süre (akut- kronik) ve duygusal temsiller alt boyutunu çalışmayanlarda yüksek bulurken hastalığı anlayabilme alt boyutunu çalışanlarda yüksek bulmuştur. Literatürdeki çalışmalarla farklılık olması hasta gruplarının farklılığından ve hastaların sosyo-kültürel değişikliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; çalışanlar ve çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Fonksiyonel performansın alt boyutlarına bakıldığında; Vücut bakım, Ev işlerini devam ettirme, Fiziksel aktivite, Eğlence ile hobiler, Manevi etkinlikler, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) çalışanlarda çalışmayanlara nazaran hem yüksek hem de istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Akın ile diğerleri (2010) çalışmasında sadece Manevi aktiviteler alt boyutu çalışmayanlarda yüksek bulunmuş olup diğer tüm alt boyutlar çalışma sonuçlarıyla uyumlu olacak şekilde çalışanlarda yüksek bulunmuştur. Çalışan ve aktif hayat süren bireylerin fonksiyonel performansının da olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Hastaların yaşadıkları yere göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Tedavi kontrol ($p=0.001$) ve Duygusal temsiller ($p=0.014$) alt boyutları ilçede yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olarak bulunurken; Risk faktörleri ($p=0.009$) alt boyutu ilde yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kırdök (2023) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada tedavi kontrol alt boyutunu köyde yaşayanlarda, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutunu ilçede yaşayanlarda yüksek bulmuştur. Literatürdeki çalışmalarla farklılık olması hasta gruplarının farklılığından ve hastaların sosyo-kültürel değişikliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Sıvı kontrolü alt boyutlarına bakıldığında; Davranış ($p=0.029$) alt boyutu köyde yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Şentürk (2021), Kızılcık Özkan ve ark. (2019) ise çalışmalarında ilde yaşayan hastaların alt boyut ortalamalarının köy ile ilçede yaşayan kimselere nazaran daha üst seviyede olduğu sonucuna ulaşmıştır. Hastaların sıvı-diyet alışkanlıkları, kültürel farklılıkları ve yaşam koşulları farklılığın sebebi olabilir. Fonksiyonel performans alt boyutlarına bakıldığında; Eğlence ve hobiler ($p=0.041$) ile Manevi aktiviteler ($p=0.012$) alt boyutlarının ilçede yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Gülseven (2005) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler alt boyutlarını köyde yaşayanlarda diğer gruplara göre daha yüksek bulmuştur. Aradaki farklılığın hastaların hastalıklarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların kimlerle yaşadığına göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Kişisel kontrol ($p=0.001$), Tedavi kontrol ($p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($p=0.028$) alt boyutları yalnızca eşiyile yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olarak bulunurken; Risk faktörleri ($p<0.001$) ve Kaza veya şans ($p=0.037$) alt boyutlarının yalnız veya yakınıyla yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Kırdök (2023) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutlarını çekirdek/geniş aile olarak yaşayanlarda ve kişisel kontrol, risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutlarını yalnız yaşayanlarda diğer gruplara göre yüksek bulmuştur. Evli bireylerin eş / aile desteği görmesi ve ailesinin varlığından güç alması kişinin tedaviye karşı inançlarını arttırabilir. Hastalar için genel olarak evlilik ve aile koruyucu bir faktör olarak düşünülüyor olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığı zaman; grupların arasında istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde herhangi bir

fark tespit edilmedi. Fonksiyonel performansın alt boyutlarına bakıldığında; Vücut bakım ($p=0.003$), Ev işlerini sürdürme, Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. Demirel (2014) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada yalnız yaşayan hasta kimselerin vücut bakımı, manevi etkinlikler, ev işlerini devam ettirme alt boyutları ile total fonksiyonel performansı yalnız yaşayanlarda daha üst seviyede bulunmuştur. Literatürle aradaki farklılığın sebebi diyaliz hastalarının zamanla ve ilerleyen yaşla birlikte fonksiyonel performans gerektiren faaliyetlerde ailesi tarafından desteklenmesi sonucu fonksiyonel performans puanları yalnız veya yakınlarıyla yaşayanlara göre yüksek elde edilmiş olabilir.

Hastaların aylık gelirlerine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Tedavi kontrol ($p=0.018$) alt boyutu geliri giderinden az olanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kepenek (2014) sirozlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada tedavi kontrol alt boyutunun gelir durumu kötü olan hastalarda yüksek olduğunu bulmuştur. Hastalıklar değişse de gelir durumu iyi olmayan hastalar tedavilerinin etkilerine diğer faktörlerden daha çok güveniyor olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; Davranış ($p= 0.035$) ve Tutum ($p= 0.007$) alt boyutları ile, Genel Sıvı Kontrolü ($p=0.012$) geliri giderine denk veya fazla olanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Şentürk (2021) çalışmasında gelir düzeyinin sıvı uyumunu etkilemediğini, Gebel (2019) ise gelir düzeyi arttıkça sıvı kontrolünün olumlu yönde etkilendiğini açıklamıştır. Gelir düzeyi arttıkça sıvı kontrolüne olan özen artıyor olabilir. Fonksiyonel performans alt boyutlarına bakıldığında; Ev işlerini sürdürme ($p=0.005$), Fiziksel egzersiz ($p=0.001$), Eğlence ve hobiler ($p=0.014$), Sosyal etkileşim ($p=0.002$) alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans ($p=0.003$) geliri giderine denk veya fazla olanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Özkan (2006) çalışmasında gelir durumu iyi olanların fonksiyonel performansı orta ve kötü olanlardan yüksek bulmuştur. Demirel (2014) ise orta gelirli olanların fonksiyonel performansını gelir durumu kötü ve iyi olanlardan yüksek bulmuştur. Aradaki fark kişilerin yaşam koşulları ve kronik hastalıklarının farklı oluşundan kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların beden kitle indeksine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Süre (akut- kronik) ($p=0.012$) ve Hastalığı anlayabilme ($p=0.024$) alt boyutlarının obez olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görüldü. Obezitesi olan hastalar kronik bir hastalığı olduğunu kabullenmiş ve hastalığını farkında denilebilir. Obezite de böbrek yetmezliği gibi kronik bir problem olduğundan ve hayatını birçok yönden etkilediğinden hasta bu durumda zorlanmamış olabilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığı zaman; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir fark tespit edilmedi. Fonksiyonel performansta alt boyutlara bakıldığında; Ev işlerini sürdürme ($p=0.025$) ve Fiziksel egzersiz ($p=0.015$) alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans ($p=0.018$) obez olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı elde edildi. Sağlam ile diğerleri (2013) obez ya da aşırı kilolu ve KOAH'lı kişilerin bedensel egzersiz düzeyini normal kilolu olanlara göre anlamlı daha yüksek bulmuşlardır. Özkan (2006) KOAH'lı hastalarla olan çalışmasında BKİ'nin FPÖ toplam puanını etkilemediğini, fazla kiloluların ev işlerini obezlere göre daha kolay gerçekleştirdiğini tespit etmiştir. Ade- Oshifogun ve ark. (2009) BKİ'ye göre hastaların Genel FPÖ arasında büyük bir farklılık olmamak ile beraber, bel-kalça oranı ve fonksiyonel performans ters orantılı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğlence ve hobiler ($p=0.012$) alt boyutu ise normal ve altı BKİ'ye sahip olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olarak bulunmuştur. Demirel (2014) çalışmasında eğlence ve hobiler alt boyutunu kilolu olanlarda normal ve obez olanlara göre daha yüksek elde etmiştir. Literatürle olan farklılıklar hasta gruplarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların diyaliz tipine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde; Hastalık algısının; Hastalık tipi boyutu ($p=0.001$), Süre (akut- kronik) ($p=0.004$), Sonuçlar ($p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($p<0.001$), Süre döngüsel ($p=0.041$), Duygusal temsiller ($p<0.001$) alt boyutları periton diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışma sonuçlarına göre periton diyalizi hastaları hemodiyaliz hastalarına göre daha fazla semptom yaşamaktadır ve hastalık algıları daha yüksektir. Bunun sebebi tedavilerini kendileri uyguluyor olmaları olabilir. Hasta hem diyalize hazırlık sürecini hem de diyaliz anı ve sonrasını kendisi yönettiğinden daha fazla etkilenmiş olması kaçınılmazdır. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir ayırım tespit edilmedi.

Fonksiyonel performans alt boyutlara bakıldığında; Vücut bakım ($p=0.016$), Ev işlerini sürdürme, Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) periton diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Periton diyalizi hastalarının herhangi bir diyaliz merkezine bağlı bir hayatları olmaması ve tedavisini ev konforunda kendi kendine de gerçekleştirebiliyor olması günlük yaşam aktivitelerini daha rahat yapabilmesine olanak tanıyarak fonksiyonel performansı olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Hastaların diyaliz tedavi sürelerine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde Hastalık algısının; Kaza veya şans ($p=0.005$) alt boyutu 6-10 yıl arası diyaliz tedavisi alanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. Oktay (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada diyaliz alınan süre arttıkça kişinin yaşadığı olumsuz duygu durumlarının da arttığını göstermiştir. Diyaliz alma süresi arttıkça hastanın yaşadığı olumsuz deneyimler de zaman içinde artar ve hastalık sebebinin şanssızlığı olduğunu düşünmesi kaçınılmaz hale gelebilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; Davranış ($p=0.001$) ve Sıvı kontrolüne olan genel uyum ($p=0.007$) 10 yıl üstü diyaliz tedavisi alanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. Biçer ve Karabulutlu (2020) çalışmasında, 10 yıl üstünde diyaliz tedavisi uygulananların 1-5 yıl arası diyaliz uygulananlara göre davranış alt boyut ortalamaları daha yüksek elde edilmiştir. Tedavi süresi 1-5 yıl olanların 10 yıl ve üzeri olanlardan Sıvı kontrolüne olan genel uyum daha yüksek elde edilmiştir. Şentürk (2021) ise bir senenin altında bir süre boyunca diyalize girmiş olan kimselerin Sıvı kontrolüne olan genel uyumunun öteki hastalara nazaran daha üst seviyede olduğu sonucuna ulaşmıştır. Hastaların sosyo-kültürel düzeyleri ve sağlık durumları, ideal kilo ve diyet durumu, bilgi düzeyi, öz kontrol algısı gibi birçok faktör sıvı kontrolünü etkileyerek çalışmalarda farklılıklara sebep olabilmektedir. Fonksiyonel performans alt boyutlarına bakıldığı zaman; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ayrım tespit edilmedi.

Hastaların sıvı kontrolüne olan uyum düzeylerine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde Hastalık algısının; Hastalık tipi boyutu ($p=0.009$), Tedavi kontrol ($p=0.022$), Hastalığı anlayabilme ($p= 0.045$), Süre (döngüsel) ($p=0.011$), Duygusal temsiller ($p=0.004$) alt boyutları sıvı kontrolüne uyumsuz olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. Tedaviye uyumun en önemli taşlarından biri olan sıvı kısıtlamasına olan uyum azaldıkça kişinin hastalığını fiziksel ve psikolojik semptomlarını şiddetli yaşaması, akut – kronik döngüler görülmesi kaçınılmaz hale gelebilir. Sıvı kontrolünde alt boyutlara bakıldığında; Davranış ve Tutum alt boyutları ile Sıvı kontrolüne olan genel uyum ($p<0.001$) uyum gösterenlerde yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu. Şentürk (2021) çalışmasında sıvı kısıtlamasına uyum gösteren hastaların sıvı kontrolünü daha üst seviyede elde edilmiştir. Günelay ve ark. (2017) Arjunan P ve ark. (2018) hemodiyaliz hastalarında sıvı ve diyet uyumunun arasında olumlu ilişki açıklamışlardır. Kendi ifadelerine göre sıvı kontrolüne uyum gösterdiğini düşünen hastaların sıvı kontrolüne ait alt boyutlarda daha başarılı oldukları saptanmıştır. Fonksiyonel performansın alt boyutlarına bakıldığı zaman; grupların arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir ayrım görülmedi.

Bu sonuçlar ışığında;

‘H3: Diyaliz hastalarında hastalık algısı ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.’

‘H4: Diyaliz hastalarında sıvı kontrolü ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.’

‘H5: Diyaliz hastalarında fonksiyonel performans ile tanıtıcı özellikleri arasında ilişki vardır.’ hipotezleri bazı alt boyutlar açısından doğrulanmıştır.

Doğrulan bu hipotezler sonucunda hemşirelerin diyaliz hastalarının bakım yönetiminde kanıtlar elde etmiş olacağı düşünülmektedir. Bu kanıtlar hastalara hastalık- tedavi süreçlerine yönelik farkındalık kazandırılması, hastalarının hastalık algısının iyileştirilmesi, sıvı kontrolüne olan uyumlarının artırılması ve günlük yaşam aktivitelerinin önemli göstergelerinden olan fonksiyonel performansın iyileştirilmesi açısından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Diyaliz hastalarının hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansa olan etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Hastaların %42.6'sının kadın olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların yaş ortalaması 57.37 ± 15.97 iken; minimum 18 ve maksimum 96 yaşta oldukları saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların % 14.7 'sinin 0-40 yaş, % 34.7 'sinin 41-60 yaş, %50.5 'inin 61 ve üstü yaşta oldukları saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %25.8'inin okuryazar olmadığı, %47.9'unun ilkokul, %14.7'sinin ortaokul, %10'unun lise ve %1.6'sının üniversite mezunu olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %72.1'inin evli olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %17.4'ünün çocuksuz, %40.5'inin 1-3 çocuklu, %25.3'ünün 4-5 çocuklu ve %16.8'inin 6 ve daha fazla çocuk sahibi olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %56.8'inin çalışmadığı saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %51.6'sının il merkezinde, %12.1'inin ilçede ve %36.3'ünün köyde yaşamakta olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %32.1'inin eşiyle, %39.5'inin eşi ve çocuğuyla, %24.2'sinin çocuğu veya bir yakınıyla ve %4.2'sinin tek başına yaşamakta olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %64.2'sinin gelirinin giderinden az, %32.6'sının gelirinin giderine denk ve %3.2'sinin gelirinin giderinden olduğu saptandı (Çizelge 4.1).
- Hastaların %11.6'sının sigara içtiği saptandı (Çizelge 4.2).
- Hastaların tamamının alkol kullanmadığı saptandı (Çizelge 4.2).
- Hastaların % 6.3' ünün zayıf, %46.3'ünün normal , %28.9'unun kilolu ve % 18.4'ünün obez BKİ sınıfında yer aldığı ve BKİ ortalama değerinin 25.48 ± 5.81 olduğu saptandı (Çizelge 4.3).
- Hastaların Boy ortalama değerinin 167.33 ± 8.71 cm olduğu saptandı (Çizelge 4.3).
- Hastaların Kilo ortalama değerinin 71.7 ± 18.08 kg olduğu saptandı (Çizelge 4.3).
- Hastaların en çok yaşadığı semptomların %73.4 ile yorgunluk, %59.8 ile kemik kas ağrısı ve %42.9 ile kaşıntı olduğu saptandı (Çizelge 4.4).

- Hastaların %88.4'ü ek hastalığı olduğunu, ve ek hastalıklara bakıldığında en yüksek 3 hastalık oranının sırayla %75.6 ile HT, %56.4 ile DM ve %22.1 ile Kalp Hastalığı olduğu saptandı (Çizelge 4.5).
- Hastaların %84.2'sinin Hemodiyaliz %15.8'inin Periton Diyalizi hastası olduğu saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastaların periton diyalizi türüne göre %73.3'üne sürekli ayaktan periton diyalizi ve %26.7 'sine aletli periton diyalizi uygulandığı saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastaların %77.9'unun arteriovenöz fistül, %6.3'ünün hemodiyaliz katateri, ve %15.8'inin periton katateri ile diyalize erişim sağladığı saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastaların %22.6'sına 6 ay - 1 yıl, %47.9'una 2-5 yıl, %17.4'üne 6-10 yıl ve %12.1'ine 10 yıl ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi uygulanmakta olduğu saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastalara haftada ortalama 3.6 gün diyaliz uygulanırken minimum 2 ve maksimum 7 gün uygulandığı saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastaların %11.6'sına 0-2 saat, %84.2'sine 3-4 saat ve %4.2'sine 7 saat ve daha uzun süre diyaliz tedavisi uygulandığı saptandı (Çizelge 4.6).
- Hastaların %14,7'si sıvı kısıtlamasına uyum gösteremediğini, %38,9'u bazen uyum gösterdiğini, %37,9'u genellikle uyum gösterdiğini ve %8,4'ü her zaman çok uyumlu olduğunu ifade etti (Çizelge 4.6).
- Hastalarda Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; Hastalık Tipi Boyutu toplam puan ortalaması 3.75 ± 1.94 olarak elde edildi. Hastalık Algısı Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Süre (Akut-Kronik) 17.98 ± 0.52 , Sonuçlar 19.12 ± 3.77 , Kişisel kontrol 18.83 ± 1.84 , Tedavi kontrol 16.83 ± 1.88 , Hastalığı anlayabilme 11.21 ± 2.97 , Süre (Döngüsel) 12.87 ± 3.84 , Duygusal temsiller 14.69 ± 4.90 olarak elde edildi. Hastalığa Ait Nedenler Boyutu ortalama puanlara bakıldığında Psikolojik atıflar 6.29 ± 1.56 , Risk faktörleri 7.87 ± 1.75 , Bağışıklık 3.08 ± 0.57 , Kaza veya şans 2.84 ± 1.87 olarak elde edildi (Çizelge 4.9).
- Hastalarda Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Bilgi 20.92 ± 1.01 , Davranış 25.02 ± 5.88 , Tutum 13.26 ± 3.52 olarak elde edildi. Sıvı Kontrol Ölçeği toplam puan ortalaması 59.21 ± 9.02 olarak elde edildi (Çizelge 4.10).

- Hastalarda Fonksiyonel Performans Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Vücut bakımı 2.32 ± 1.08 , Ev işlerini sürdürme 1.10 ± 0.90 , Fiziksel egzersiz 0.58 ± 0.65 , Eğlence ve hobiler 0.77 ± 0.87 , Manevi aktiviteler 1.56 ± 1.06 , Sosyal etkileşim 1.28 ± 0.65 olarak elde edildi. Fonksiyonel Performans Ölçeği toplam puan ortalaması 1.27 ± 0.75 olarak elde edildi (Çizelge 4.11).
- Hastalık Algısının Hastalık Tipi Boyutu, Tedavi kontrol, Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller alt boyutları; Sıvı Kontrolüne olan genel uyum ile zıt yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu (sırasıyla $p=0.039$, $p=0.022$, $p=0.009$, $p=0.002$). Yani hastalık belirtilerini yoğun yaşamak, tedavisinin etkisine güvenmek, hastalığını anlamak ve farkında olmak, hastalığıyla alakalı yoğun duygular yaşamak sıvı kontrolüne olan uyumu olumsuz etkilemektedir (Çizelge 4.12).
- Hastalık Algısının Sonuçlar ve Süre (döngüsel) alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans arasında ters orantılı; Hastalık Algısının Süre (akut-kronik), Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Bağışıklık alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans arasında ise doğru orantılı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.006$, $p=0.033$, $p<0.001$, $p=0.040$, $p=0.08$). Hastanın hastalığının olumsuz sonuçları ve hastalığıyla alakalı geçirdiği döngüler sonucu fonksiyonel performans durumu negatif etkilenmiş olabilir. Kronik bir hastalığı olduğunu anlayabilen, bunlarla ilgili olumsuz duygular yaşayabilen ve hastalık nedeni olarak bağışıklıkla ilgili problemler olarak görenlerin yüksek fonksiyonel performans göstermesi sağlık ve iyilik halini korumak amacıyla gündelik yaşamlarını olabilecek en iyi şekilde sürdürmek için çabaladıklarını gösterebilir (Çizelge 4.13).
- Sıvı Kontrolünün Bilgi alt boyutu ile Fonksiyonel Performansın Vücut Bakım alt boyutu arasında ve Sıvı Kontrolünün Tutum alt boyutu ile Fonksiyonel Performansın Sosyal Etkileşim alt boyutu arasında; istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı (sırasıyla $p=0.049$ $p=0.032$). Yani sıvı kontrolüne yönelik bilgi düzeyi yüksek olanlar vücut bakımı ve hijyenine daha fazla önem göstermektedir aynı zamanda pozitif tutum gösterenlerin sosyal etkileşim puanı da artış göstermektedir. Sonuç olarak hastalık algısının yanında sıvı kontrolünün de Bilgi ve Tutum alt boyutu için Vücut bakım ve Sosyal etkileşim alt boyutlarında fonksiyonel performans üzerinde etkili olduğu saptandı (Çizelge 4.14).

- Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık niteliklerine göre ‘**Hastalık Algısı**’ alt boyutları incelendiğinde;
 - Hastalık tipi boyutu ($p<0.001$), Sonuçlar ($p<0.001$) ve Süre (döngüsel) ($p<0.001$) boyutları kadınlarda; Tedavi kontrol ($p=0.013$) alt boyutu ise erkeklerde daha yüksek ve anlamlı bulundu.
 - Risk faktörleri ($p<0.001$) alt boyutu 18-40 yaş grubunda yüksek ve anlamlı bulundu.
 - Eğitim durumuna göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.
 - Kişisel kontrol ($p<0.001$), Tedavi kontrol ($p<0.001$) alt boyutları evlilerde yüksek ; Risk faktörleri ($p<0.001$) ve Kaza veya şans ($p=0.008$) alt boyutları bekarlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
 - Kaza veya şans alt boyutu ($p=0.048$) çalışmayanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; Süre (akut- kronik) ($p=0.018$), Hastalığı anlayabilme ($p<0.001$), Duygusal temsiller ($p<0.001$), Bağışıklık ($p=0.019$) alt boyutları çalışanlarda yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.
 - Tedavi kontrol ($p=0.001$) ve Duygusal temsiller ($p=0.014$) alt boyutları ilçede yaşayanlarda; Risk faktörleri ($p=0.009$) alt boyutu ilde yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
 - Kişisel kontrol ($p=0.001$), Tedavi kontrol ($p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($p=0.028$) alt boyutları yalnızca eşiyile yaşayanlarda; Risk faktörleri ($p<0.001$) ve Kaza veya şans ($p=0.037$) alt boyutları ise yalnız veya yakınıyla yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.
 - Tedavi kontrol ($p=0.018$) alt boyutu geliri giderinden az olanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
 - Süre (akut- kronik) ($p=0.012$) ve Hastalığı anlayabilme ($p=0.024$) alt boyutları obez olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.
 - Hastalık tipi boyutu ($p=0.001$), Süre (akut- kronik) ($p=0.004$), Sonuçlar ($p<0.001$), Hastalığı anlayabilme ($p<0.001$), Süre döngüsel ($p=0.041$), Duygusal temsiller ($p<0.001$) alt boyutları periton diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
 - Kaza veya şans ($p=0.005$) alt boyutu 6-10 yıl arası diyaliz tedavisi alanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Hastalık tipi boyutu ($p=0.009$), Tedavi kontrol ($p=0.022$), Hastalığı anlayabilme ($p=0.045$), Süre (döngüsel) ($p=0.011$), Duygusal temsiller ($p=0.004$) alt boyutları sıvı kontrolüne uyumsuz olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

●Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık niteliklerine göre ‘**Sıvı Kontrolü**’ alt boyutları incelendiğinde;

-Cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

-Davranış ($p=0.006$) alt boyutu ve Genel Sıvı Kontrol ($p=0.029$) 41-60 yaş grubunda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Tutum ($p=0.027$) alt boyutunun Lise ve üstü eğitim almış olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Bilgi ($p=0.023$) alt boyutu evlilerde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

-Çalışma durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

-Davranış ($p=0.029$) alt boyutu köyde yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

-Kimlerle yaşadığına bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

-Davranış ($p=0.035$) ve Tutum ($p=0.007$) alt boyutları ile, Genel Sıvı Kontrolü ($p=0.012$) geliri giderine denk veya fazla olanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

-BKİ’ye göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

-Diyaliz tipine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

-Davranış ($p=0.001$) ve Sıvı kontrolüne olan genel uyum ($p=0.007$) diyaliz tedavi süresi 10 yıl üstü olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu

-Davranış ve Tutum alt boyutları ile Sıvı kontrolüne olan genel uyum ($p<0.001$) uyum gösterenlerde yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

•Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık niteliklerine göre ‘**Fonksiyonel Performans**’ alt boyutları incelendiğinde;

-Vücut bakım, Ev işlerini sürdürme, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) ortaokul düzeyinde eğitim almış olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulunurken; Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler alt boyutlarının ise (tümünde $p<0.001$) Lise ve üstü eğitim almış olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmedi.

-Vücut bakım, Ev işlerini devam ettirme, Fiziksel aktivite, Eğlence ile hobiler, Manevi etkinlikler, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) çalışanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Eğlence ve hobiler ($p=0.041$) ile Manevi aktiviteler ($p=0.012$) alt boyutları ilçede yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Vücut bakım ($p=0.003$), Ev işlerini sürdürme, Fiziksel egzersiz, Eğlence ve hobiler, Manevi aktiviteler, Sosyal etkileşim alt boyutları ve Genel Fonksiyonel Performans (tümünde $p<0.001$) eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Ev işlerini sürdürme ($p=0.005$), Fiziksel egzersiz ($p=0.001$), Eğlence ve hobiler ($p=0.014$), Sosyal etkileşim ($p=0.002$) alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans ($p=0.003$) geliri giderine denk veya fazla olanlarda yüksek ve istatistiksel olarak bulundu.

-Ev işlerini sürdürme ($p=0.025$) ve Fiziksel egzersiz ($p=0.015$) alt boyutları ile Genel Fonksiyonel Performans ($p=0.018$) obez olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu.

-Eğlence ve hobiler ($p=0.012$) alt boyutu ise normal ve altı BKİ’ye sahip olanlarda yüksek ve istatistiksel bakımdan anlamlı olarak bulundu.

6.2. Öneriler

-Diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansa olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın oluşturulma sürecinde literatüre bakıldığında; diyaliz hastalarıyla yapılan hastalık algısı ve fonksiyonel performans konulu çalışmaların çok sınırlı sayıda olduğu görüldü. Başlıca öneri olarak diyaliz hastalarında hastalık algısı ve fonksiyonel performans konulu çalışmaların daha büyük kitlelerde yeniden çalışılmasıdır. Diyaliz merkezleri ve hemşireler için ise hastaların hastalık algısının iyileştirilmesi, sıvı kontrolüne olan uyumunun artırılması ve günlük yaşam aktivitelerinin önemli göstergelerinden olan fonksiyonel performansın iyileştirilmesi amacıyla eğitimler düzenlenmesi ve hastaların fiziksel-psikolojik açıdan aile iş birliği içerisinde daha çok desteklenmesi önerilir.

- Diyaliz hastaları birçok sorun ve semptom yaşamaktadır. Yüksek hastalık algısına sahip olmaları sebebiyle hastalara hastalıklarını anlamaları için eğitimler verilmesi, hastalığı üzerindeki kişisel kontrolünü sağlamaya yönelik hastanın desteklenmesi, tedavisine olan uyumunun artırılması, olumsuz duygu – durumlarla başa çıkabilmeleri için bütüncül bir bakış açısıyla ailesi ve çevresiyle beraber hastanın hemşireler tarafından desteklenmesi önerilir. Özellikle kadın hastalar, periton diyalizi hastaları ve sıvı kontrolüne olan uyumunun yetersiz olduğunu düşünen hastalar hastalık semptomlarını ve hastalığının fiziksel-psikolojik olumsuz etkilerini yoğun yaşamaktadır. Diyaliz hemşireleri başta bu hastalara olmak üzere tüm hastalara psikolojik destek sağlaması, hastanın tedavi sürecine yönelik motive edilmesi ve desteklenmesi, hastalık algısının iyileştirilmesi amacıyla bütüncül yaklaşımla hastanın ele alınması gerekmektedir.

- Diyaliz hastalarının tedaviye uyumun en önemli parçası olan sıvı kontrolü ile alakalı davranış, bilgi ve tutumlarının izlenmesi, eğitimler ile hastaların hem bilgilerinin hem de farkındalık düzeylerinin artırılması ve son olarak pozitif tutum-davranış geliştirmeleri adına hastaların sıvı kontrolünü sağlama konusunda özyönetim becerilerinin desteklenmesi önerilir. Özellikle genç ve ileri yaştaki hastalar, düşük gelirli hastalar, diyaliz tedavisine başlayalı 2-5 yıl olan hastalar ve sıvı kontrolüne uyumsuz olduğunu düşünen hastalar diyaliz hemşireleri tarafından desteklenmelidir. Eğitimlerle hastaların bilgi seviyesinin artırılıp, davranış ve tutumları izlenmelidir. Aileler bu konuda bilinçlendirilmeli ve aileyle iş birliği içinde olunmalıdır. Bunlarla beraber bekar hastaların bilgilendirilmesi ve teşvik

edilmesi, il merkezi ve ilçede yaşayanların sıvı kontrolüne yönelik davranışlarının iyileştirilmesi de önemlidir.

- Diyaliz hastalarının performans düzeylerinin ölçülmesi, performanslarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmaların daha geniş kitlelerde tekrarlanması ve performanslarını arttırarak yaşam kalitelerine katkı sağlayacak stratejiler geliştirilmesi ve bu stratejilerin hastalarla paylaşarak hastaların eğitilmesi önerilir. Yaşadıkları hastalık sonucunda yorgunluk ve ağrı semptomlarının varlığı, bir diyaliz merkezine bağımlı olma durumu, yaşadıkları ruhsal sıkıntılar, yetersizlik duygusu gibi birçok etken fonksiyonel performansı olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Özellikle okuryazar olmayanlar ve ilkokul düzeyinde eğitim almış olanlar, çalışmayan hastalar, yalnız yaşayanlar, düşük gelirli olanlar ve kilolu grupta olan hastaların fonksiyonel performansın iyileştirilmesi açısından desteklenmesi, bireyselliğin öneminin anlatılarak hastanın günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesine olanak sağlanması, bunların aileyle de paylaşarak hastanın ev ortamında bağımlılık psikolojisinden kurtulmasının sağlanması, kişinin isteği ve durumu baz alınarak hastaların psikolojik açıdan desteklenmeleri önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Abuelo JG.** Large interdialytic weight gains: Causes, consequences, and corrective measures. *Semin Dial*, **2007**, s.11(1):25-32.
2. **Acar D.** Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, **2018**.
3. **Acar F.** Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Almalarına Bağlı Olarak Duygudurum Profili ve Yaşamda Anlam Bulma ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Muğla, **2023**.
4. **Afaj, C.** Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, **2015**, s.68 : 842-850.
5. **Ahsen A.** Hemodiyaliz Akut Komplikasyonları . *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2011**, s.12: 54-60
6. **Akgöz N, Arslan S.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2017**, s:1 (12) 20.
7. **Akgüç N.** Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**.
8. **Akın S, Taşköprü İ, Özdilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z.** Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastaların Fonksiyonel Performans Durumu, Yaşam Kalitesi ve Hemodiyaliz Tedavisi ile ilişkili Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi . *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2010**, s.7 (3): 16-25.
9. **Akıncı N, Akıncı S.** Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerin İmmüno-supresif Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Çalışma . *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2022**, s.7(2):188-195
10. **Akpolat T, Sungur C.** *Nefroloji El Kitabı*. Böbreklerin temel fonksiyonları ve düzenlenmesi. 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, **2007**.
11. **Akyol Durmaz A.** Hemodiyaliz sağlık çalışanlarının hasta bakım uygulamaları ve iş doyumlarının incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **Kasım 2006-Haziran 2007**:62-68.
12. **Albayrak Coşar A.** Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2012**.
13. **Alemdar H, Çınar Pakyüz S.** Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2015**, 2.Sayı.
14. **Alharbi A A, Alharbi Y A, Alsobhi A S, Alharbi M A et al.** Impact of Illness Perception on the Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Dialysis: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, **2021**, s.13(6): e15705. DOI 10.7759/cureus.15705
15. **Alkın Demir C, Özer Z.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom ve Konfor İlişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2022**, s.17(1): 10-20.
16. **Al-Natour M, Thompson D.** Peritoneal Dialysis. *Semin Intervent Radiol*, **2016**, s.33(1):3-5.
17. **Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Z, Türk S ve ark.** *Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı*. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, **2009**
18. **Arınsoy T.** *Temel Nefroloji*. Kronik böbrek hastalığı epidemiyolojisi. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, **2019**, s. 285-286.
19. **Arjunan P, Arulappan J, Bhaskara Kurup S, Subramaniam A, Venkatasalu MR.** Medication, Diet, Fluid and Treatment Adherence Behavior among Patients Subjected to Hemodialysis in Selected Hospital, India. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, **2018**, s.15(2): 257-264.
20. **Aşıkoğlu C.** Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Hastalık Algısının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2022**.
21. **Atik D, Atik C, Asaf R, Çınar S.** Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi. *Medicine Science*, **2015**, s.4(2):2210-23.
22. **Ayaz Ö.** Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2018**.
23. **Balım S, Pakyüz Çınar S.** Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kısıtlamasına Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2016**, s.1: 35-43.
24. **Başer E.** Hemodiyaliz Hastalarında Eğitim Programının Sıvı Kontrolü ve Diyetle Uyum Üzerindeki Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas , **2018**.
25. **Bayraktar Çağlayan F, Nazif Özcafer P, Koç Y.** Periton Diyalizinin Uzun Dönem Komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Sayısı*, **2019**, s.1: 57– 64.

26. **Beerappa H, Chandrababu R.** Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study. *Clin Epidemiol Glob Heal*, **2019** , s.7(1):127–130.
27. **Biçer H, Yılmaz Karabulutlu E.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlik Düzeyleri ve Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, **2020**, s.3(2) 01–09 .
28. **Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö.** Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi ve Bu Konuda Eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, **2013**, s.3(3):36-43.
29. **Birol L , Akdemir N , Bedük T.** Diyaliz. *İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı*. 5.Baskı, Ankara, **1995**, s.467-474.
30. **Canaud B, Chazot C, Koomans J, Collins A.** Fluid and hemodynamic management in hemodialysis patients: challenges and opportunities. *J Bras Nefrol*, **2019**, s.41(4):550–559.
31. **Chilcot J, Wellsted D, Farrington K.** Illness perceptions predict survival in haemodialysis patients. *American journal of nephrology*, **2011**, s.33(4): 358- 363.
32. **Coşar AA, Pakyüz SÇ.** Scale development study: The fluid control in hemodialysis patients. *Japan Journal of Nursing Science*, **2012**, s.13: 174-182.
33. **Covic A, Seica A, Tatomir FG, Gavrilovic O, Golssmith DJA.** Illness Representations and Quality of Life Scores İn Haemodialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, **2004**, s.19(8):2078– 2083
34. **Çakıroğlu Ş.** Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Risk Faktörleri , Bilgi Düzeyleri ve Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, **2023**.
35. **Çalışkan T, Çınar Pakyüz S.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi ? . *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2019**, s.14 (3): 84-96
36. **Çetin Ş, Çiğdem Z, Özsoy H .** Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, **2018**, s. 10(2): 144-152.
37. **Çetin Ş.** Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Erişim Yollarının Kullanım Süresi ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2015**, s.(2).
38. **Coşar AA, Çınar S.** A Scale Development Study: Fluid Control in Hemodialysis Patients. *Japan Journal of Nursing Science*, **2016**, s.13:174-82.
39. **Dedeli Çaydam Ö, Çınar Pakyüz S.** Hemodiyaliz Kronik Komplikasyonları ve Bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2016**, s.1
40. **Demirel U.** KOAH'lı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi . Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2014**.
41. **Dönmez G.** Diyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücünün Umutsuzluk ve Yeti Yitimi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, **Adana**, **2019**.
42. **Durmaz Akyol A.** Periton Diyalizi ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1996** , s.12.
43. **Efe D, Kocaöz S.** Adherence to Diet and Fluid Restriction of Individuals on Hemodialysis Treatment and Affecting Factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, **2015**, s.12:113-123.
44. **Ekenler Ş, Arslan S.** KOAH Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**, s.22(3): 151-160.
45. **Eskimez Z, Köse Tosunöz İ, Keskin A, Kurt E, Paydaş S ve ark.** Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, **2021**, s.6(2): 107-124.
46. **Flythe JE, Dorrough A, Narendra JH, Wingard RL, Dalrymple LS et al.** Development and content validity of a hemodialysis symptom patient-reported outcome measure. *Qual Life Res*, **2019**, s.28(1): 253-265.
47. **Fuentes- Abolafio I, Stubbs B, Perez-Belmonte L, Bernal-Lopez M et al.** Physical functional performance and prognosis in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorder*, **2020**,s.9;20(1):512. doi: 10.1186/s12872-020-01725-5.
48. **Gebel A.** Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolünün Yaşam Doyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2019**.
49. **Gülseven B, Alpar Ecevit Ş, Şenturan L, Papila R, Sabuncu N.** Fonksiyonel performans envanteri kısa formunun hemodiyaliz hastalarında geçerliliğine yönelik bir çalışma. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **Eylül 2007 - Nisan 2008** :44-49.
50. **Gülseven B.** KOAH Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.

51. **Günelay S, Taşkıran E, Mergen H.** Hemodiyaliz Hastalarında Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi . *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, **2017**, s.3(1):9-14.
52. **Günelay S, Taşkıran E, Mergen H.** Hemodiyaliz Hastalarında Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, **2017**, s.3(1) :9-14.
53. **Güner TA, Erdoğan Z, Özdemir B, Çoban G ve Aksu N.** Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2018**, s.13(2): 91-97.
54. **Hintistan S, Deniz A.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi. *Bezmialem Science*, **2018**, s.6: 112-8 .
55. **Ibrahim N, Desa A, Tong NK.** Illness Perception And Depression in Patients With End-Stage Renal Disease on Chronic Haemodialysis. *The Social Science*, **2011**, s.6(3):221-226.
56. **İlhan S.** Hipertansif Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, **2014**.
57. **Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, et al.** Pre-Dialysis Patients' Perceived Autonomy, SelfEsteem And Labor Participation: Associations With İllness Perceptions and Treatment Perceptions. A Cross-Sectional Study. *BMC Nephrology*, **2010**, s11:35-45.
58. **JB Ade-Oshifogun A, Covey JB, Larson JL, Patel M.** Functional Performance in Obese, Elderly People with COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **2009**, 179;A1039.
59. **Kang DH, Hong YS, Lim HJ, Choi JH, Han DS et al.** High Glucose Solution and Spent Dialysate Stimulate the Synthesis of Transforming Growth Factor-Beta1 of Human Peritoneal Mesothelial Cells: Effect of Cytokine Costimulation. *Peritoneal dialysis international . Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, **1999**, s. 19: 221–230.
60. **Kaplan A, Karadağ S.** The Determination of Adherence to Fluid Control and Symptoms of Patients Undergoing Hemodialysis. *African Health Sciences*, **2022**, s.22(3):359-68.
61. **Karabey T, Karagözoğlu Ş.** Hemodiyaliz Sürecinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2021**, s.1(1):21-29.
62. **Karabulutlu Yılmaz E, Yılmaz Çayır M.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyum Düzeyleri. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**, s.10(3):390-398.
63. **Karadakovan A, Kaymakçı Ş.** Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Üriner Sistem Hastalıkları. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, **2017**, s.877-882.
64. **Kaymak DA.** Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2012**.
65. **Kepenek B.** Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2014**.
66. **Kesik G.** Hemodiyaliz Hastalarında Sıcak ve Soğuk Kompres Uygulamalarının Kas Krampları, Yorgunluk ve Hemodiyaliz Konforuna Etkileri: Plasebo Kontrollü Randomize Çalışma. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2022**.
67. **Kırdök S.** KOAH Akut Alevlenme Nedeni ile Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Hastalık Algısının Öz Bakım Gücüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, **2023**.
68. **Kızılçık Özkan Z, Ünver S, Çetin B, Ecder T.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kontrolüne Yönelik Uyumlarının Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2019**, s.14 (1) 10-16
69. **Kızıltan B, Şendir M.** Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, **2018**,s.1 (13)
70. **Kim Y, Pavlish C, Evangelista LS, Kopple JD, Phillips LR.** Racial/ethnic differences in illness perceptions in minority patients undergoing maintenance hemodialysis. *Nephrolgy Nursing Journal*, **2012**, s.39(1): 39–49.
71. **Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S.** Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**, s.8(4):271-280.
72. **Kocaman Yıldırım N, Okanlı A, Yılmaz Karabulutlu E, Karahisar F, Özkan S.** Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2013**, s.14:252-9.
73. **Koşar C, Dedeli Çaydam Ö, Çınar Pakyüz S.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyumları ve Hasta Aktifliği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi **2018**, S2(3):126-137 .
74. **Kömürücü C.** Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri , Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, **2020**.

75. **Kulaksız AT, Arslan S.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2018**, s.27(6):407-14.
76. **Küçük L.** Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **2005**, s.14 : 166-170.
77. **Leidy NK.** Functional Performance in People Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Image Journal of Nursing Scholarship*, **1995**, s.27(1):23-34.
78. **Leidy NK.** Functional Status and The Forward Progress of Merry-Go-Rounds: Toward a Coherent Analytical Framework. *Nurs Res*, **1994**, s.43(4):196-202.
79. **Levy J, Morgan J, Brown E. Oxford.** *Diyaliz El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, **2002**, s. 5-401.
80. **Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW.** The Global Burden of Kidney Disease and The Sustainable Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, **2018**,s. 96 (6): 414-422.
81. **Melhem Ö, Savage E, Hmamat N, Lehane E et al.** Symptom burden and functional performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, 2021, Dec:62:151510. doi: 10.1016/j.apnr.2021.151510.
82. **Murea M, Geary RL, Davis RP, Moossavi S.** Vascular Access for Hemodialysis: A Perpetual Challenge. *Seminars in dialysis*. **2019**, s.32(6): 527–534.
83. **Oktay AA.** Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa, **2011**.
84. **Olgun N, Çelik S.** Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, **2021**.
85. **Oymak O, Akpolat T.** Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD). *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, İzmir, **2005**, s.124-145.
86. **Özdemir Köken Z, Elçin Sezer R.** Böbrek Transplantasyonunda Bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, **2018**, s.4(2):149-56
87. **Özdeş AB.** Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Beden İmajı ile Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, **2021**.
88. **Özkan S, Durnaz Z, Demir T, Gemicioğlu B.** KOAH ve Astım Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Solunum*, **2007**, s.9(3) : 158- 66.
89. **Özkan, S.** KOAH ve Astımlı Hastalarda Fonksiyonel Performans Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
90. **Öztürk G.** Evre 5 KBH'lı Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Akciğer Ultrasonografisi, Biyoimpedans Analizi ve Fizik Muayene Bilgileri Kullanılarak Kuru Ağırlık ve Volüm Durumunun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, **2020**.
91. **Rajmohan V, Kumar S.** Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian J Palliat Care*, 2013, s.19(3):146-51. doi: 10.4103/0973-1075.121527.
92. **Sağlam M, Savcı S, Vardar Yağlı N, Çalık E, Arıkan H ve ark.** KOAH Hastalarında Obezitenin Solunum Kas Kuvveti, Fonksiyonel Kapasite ve Fiziksel Aktivite Düzeyi ile İlişkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **2013**, s.24(3):157-162.
93. **Savaş Ş.** Hemodiyaliz ve Periton Diyalizine Giren Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Mineral ve Kemik Bozukluğu Gelişiminin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, **2020**.
94. **Senanayake S, Gunawardena N, Paliawadana P, Bandara P, Haniffa R et al.** Symptom burden in chronic kidney disease; a population based cross sectional study. *BMC Nephrology*, **2017**, s. 18(1): 1-8.
95. **Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N.** Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*. Metris Matbaacılık, İstanbul, **2011**, s.3-7.
96. **Sermenli Aydın N.** Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Alan Hastaların Yaşam Kalitesi, Fiziksel Performans, Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktivitesi, Depresyon Düzeyi ve Ağrı Düzeyi Karşılaştırılması. Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2018**.
97. **Sevinç M, Ortaboz M, Ünsal A.** *Periton Diyalizi*. Periton diyalizi fizyolojisi ve yöntemleri. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, **2019**, s.1-5.
98. **Sezen A.** Diyaliz el kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, **2013**.
99. **Soylu G.** Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, **2018**.
100. **Strugala M, Talarska D, Kalfoss M, Niewiadomski T et al.** Perception of illness by patients treated with haemodialysis. *Medical Research Journal*, **2019**, s.4. 10.5603/MRJ.a2019.0035

101. **Süleymanlar G.** *Böbrek ve Elektrolit Hastalıkları*. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Kliniği ve Patogenezi. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, **2005**, s.457-492.
102. **Şanlıtürk D, Ovayolu N, Kes D.** Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2018**, s.1 (13)
103. **Şentürk Z.** Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, **2021**.
104. **T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu.** Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry (2016). <https://nefroloji.org.tr/tr/tnd-kayitraporlari>. Erişim Tarihi : 25.12.2022
105. **T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu.** Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry (2020). <https://nefroloji.org.tr/tr/tnd-kayitraporlari>. Erişim Tarihi : 25.12.2022
106. **T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu.** Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry(2021). <https://nefroloji.org.tr/tr/tnd-kayitraporlari>. Erişim Tarihi : 25.12.2022
107. **Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ.** Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, **2010**, s. 2(2):27-32.
108. **Taşkın Yılmaz F, Sert H, Karakoç Kumsar A, Aygün D, Sipahi S ve ark.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Umur Düzeyleri, Semptom Kontrolü ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. *ACUSağlık Bil Dergisi*, **2020**, s.11(1):35-43.
109. **Tayaz E, Koç A.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**, s.23(1): 147
110. **Topbaş E.** Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2015**, s. 10(1): 53-59.
111. **Tuncer M, Khorshid L.** Böbrek Nakli Hastalarında İmmünoşüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2018**, s.1
112. **Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023).** Erişim Tarihi : 25.12.2022
113. **USRDS Annual Data Report**, Incidence, Prevalence, Patient Characteristics, and Treatment Modalities. Erişim Adresi : <https://usrd-adr.niddk.nih.gov/2020/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities>. **2020**. Erişim Tarihi: 10.01.2023
114. **Utaş C , Akpolat T.** Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, **2001**.
115. **Varol E, Karaca Sivrikaya S.** Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2018**, s.8(2): 89-96.
116. **Weinman, J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R .** The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, **1996**, s.11: 431–445.
117. **World Health Organization.** Mortality and global health estimates: Causes of death; Projections for 2015–2030; Projection of death rates. Erişim Adresi : <https://apps.who.int/gho/data/node.main> . **2020** . Erişim Tarihi : 20.12.2022
118. **Xhulia D, Gerta J, Dajana Z, Koutelekos I, et al.** Needs of Hemodialysis Patients and Factors Affecting Them. *Glob J Health Science*, **2016**, s.8(6);109-20.
119. **Yalçın, AU, Akpolat T.** Kronik Böbrek Yetmezliği. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2001.
120. **Yeşil S, Karşı B, Kayacan N, Süleymanlar G, Ersoy F.** Hemodiyaliz Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Ağrı Değerlendirmesi. *Ağrı Dergisi*, **2015**, s.27(4): 197-204.
121. **Yıldız D, Tülüce D.** Astımlı Bireylerin Hastalık Algısı ve Astım Yönetim Düzeyleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2023**, s.16(1): 49-64.
122. **Yılmaz Karabulutlu E, Çayır Yılmaz M.** Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyum Düzeyleri. *ACU Sağlık Bil Derg*, **2019**, s.10(3):390-398
123. **Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A.** Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**, s.14: 4- 25
124. **Yorulmaz H, Keçeci N, Tatar A.** Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. *Literatür Sempozyum*, **2014**, s.1: 40-45.
125. **Zyoud SH, Daraghme DN, Mezyed DO, et al.** Factors Affecting Quality of Life in Patients on Hemodialysis: A Cross-Sectional Study From Palestine. *BMC Nephrol*, **2016**, s.17

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu bölümde sizin kişisel durumunuza ilişkin sorular yer almaktadır. Her bir soruyu dikkatlice okuduktan sonra, o soru için durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ya da istenen bilgiyi, ayrılan boşluğa kısaca yazınız. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorular olursa durumunuza uygun tüm seçenekleri işaretleyebilirsiniz.

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:
3. Eğitim durumunuz : ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
4. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar
5. Evliyseniz çocuk sayısı : ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4 -5 ☐ 6 ve üstü
6. Mesleğiniz : ☐ Devlet Memuru ☐ Serbest Meslek ☐ Emekli
7. Yaşadığınız yer : ☐ İl merkezi ☐ İlçe ☐ Köy
8. Kimlerle yaşıyorsunuz : ☐ Eşimle ☐ Eşim ve çocuklarımla
☐ Çocuklarımla/ yakınımlla ☐ Tek başıma
9. Aylık Gelir : ☐ Gelir-giderden az ☐ Gelir-gidere denk ☐ Gelir-giderden fazla
10. Boyunuz
11. Kilonuz.....
12. Beden Kütle İndeksiniz
13. Sigara : ☐ Evet ☐ Hayır
14. Sigara içiyorsanız ne kadar süredir içiyorsunuz , yazınız.....
15. Sigara içiyorsanız günde kaç tane içiyorsunuz , yazınız.....
16. Alkol: ☐ Evet ☐ Hayır
17. Alkol kullanıyorsanız ne kadar süredir kullandığınızı yazınız.....
18. Alkol kullanıyorsanız ne sıklıkla kullandığınızı yazınız.....
19. Böbrek hastalığınıza bağlı en çok yaşadığınız semptomlar nelerdir ?
☐ Bulantı – kusma ☐ İştahta azalma ☐ Kas krampları
☐ Nefes darlığı ☐ Sersemlik- baş dönmesi ☐ Huzursuz bacak sendromu

- ☐ Yorgunluk ☐ Ağız kuruluğu ☐ Kemik-Eklem- Kas ağrısı
☐ Baş ağrısı ☐ Göğüs ağrısı ☐ Ödem
☐ Deride kuruluk ☐ Kaşıntı ☐ Konsantrasyon güçlüğü
☐ Kaygı ☐ Sinirlilik ☐ Üzgün hissetme
☐ Uykuya dalma ve sürdürmede zorlanma ☐ Cinsel doyumda zorlanma

20. Böbrek hastalığı dışında herhangi bir hastalığınız var mı ? ☐ Var ☐ Yok

21. "Böbrek hastalığı dışında herhangi bir hastalığınız var mı ? " sorusuna evet cevabını verdiyseniz hastalığınızı açıklayınız

- ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp Yetmezliği ☐ Kalp hastalığı
☐ Astım ☐ KOAH ☐ Anemi ☐ Alerji ☐ Troid hastalığı
☐ Romatizma ☐ Gut hastalığı ☐ Çölyak hastalığı ☐ Kanser
☐ Epilepsi ☐ Alzheimer ☐ Diğer açıklayınız.

22. Sürekli kullandığınız ilaç var mı ? ☐ Evet açıklayınız ☐ Hayır

23. “Sürekli kullandığınız ilaç var mı ? “ sorusuna evet yanıtını verdiyseniz ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır

24. Ne zamandır diyalize giriyorsunuz ? ☐ 0-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl
☐ 10 yıl üstü

25. Hangi diyaliz tipini kullanıyorsunuz ? ☐ Hemodiyaliz ☐ Periton diyalizi

26. Periton diyalizi alıyorsanız türü nedir ? ☐ Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
☐ Aletli Periton Diyalizi

27. Haftada kaç gün diyalize giriyorsunuz ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ 7

28. Diyaliz diyet- sıvı kısıtlamasına uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

- ☐ Uyum gösteremiyorum ☐ Bazen uyum gösteriyorum
☐ Genellikle uyum gösteriyorum ☐ Her zaman çok uyumluyum , çok dikkat ederim

EK-II

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>			<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp

katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					



EK-III

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı: Tarih: / /

Bu ölçekteki maddeler sizin sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarınızı belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekteki her ifade için “**Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum**” şeklinde üç seçenek vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup size en çok uyan seçeneği işaretleyin. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
I. BİLGİ			
1. Tuzlu ve baharatlı yiyecekler yemek, sıvı alımımı artırır	☐	☐	☐
2. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi vücutta (yüz, bacak ve ayaklarda) şişliğe neden olur	☐	☐	☐
3. Su dışındaki bazı yiyecekler de kiloyu (sıvı) artırır	☐	☐	☐
4. İki diyaliz seansı arasında 2-3 litreden fazla sıvı almak zararlıdır	☐	☐	☐
5. Diyaliz hastalarının fazla su içmesi nefes darlığına neden olur	☐	☐	☐
6. İki diyaliz seansı arasında ne kadar çok sıvı alınırsa diyaliz seansı o kadar rahat geçer	☐	☐	☐
7. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi tansiyonunu düşürür	☐	☐	☐
II. DAVRANIŞ			
8. Sıvı gıdalar alırken ölçü kabı kullanırım	☐	☐	☐
9. Peynir, zeytin gibi salamura yiyecekleri bir süre (1 saat) suda beklettikten sonra tüketirim	☐	☐	☐
10. Çok sıvı içmeme neden olan bedensel aktivitelerden uzak dururum	☐	☐	☐
11. Sıvı kısıtlaması dışarıda yemek yememi engeller	☐	☐	☐
12. İçeceklerimi uzun sürede yudum yudum içerim	☐	☐	☐
13. Gün içinde ne kadar sıvı aldığımı kaydedirim	☐	☐	☐
14. Susuzluk hissettiğimde ağzımı su ile çalkalarım	☐	☐	☐
15. Susuzluğumu gidermek için ciklet çiğnerim	☐	☐	☐
16. Yemeklerime tuz koymamaya dikkat ederim	☐	☐	☐
17. Turşu, cips, ay çekirdeği, çubuk kraker gibi tuzlu yiyeceklerden kaçınırım	☐	☐	☐
18. Arkadaş toplantılarında sıvı kısıtlaması yapamıyorum	☐	☐	☐
III. TUTUM			
19. Sıvı kısıtlamasına uymak bana çok zor geliyor	☐	☐	☐
20. Sıvı kısıtlamasına uymadığım zamanlar olur	☐	☐	☐
21. İki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı artışı olur	☐	☐	☐
22. Su ihtiyacımı nasıl azaltacağımı bilemiyorum	☐	☐	☐
23. Diyalizden çıktıktan sonra daha çok susuzluk hissederim	☐	☐	☐
24. Çok sayıda ilaç kullanmak sıvı alımımı artırır	☐	☐	☐

Not: 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 nolu maddeler ters yönde puan almaktadır.

EK-IV

FONKSİYONEL PERFORMANS ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler özellikle günlük aktivitelerinizin sağlığını nasıl etkilediği ile ilgilidir. Lütfen sizin aktivite güçlüğünüzü en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. 1 puan kolaylıkla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 2 puan biraz zorlukla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 3 puan çok zorlukla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 4 puan “hastalığımдан dolayı bu aktiviteyi hiç yapamam” anlamındadır. Eğer sağlık dışı nedenden dolayı bir aktiviteyi hiç yapmadıysanız veya yapmak istemediyseniz lütfen (u/d) (uygun değil) işaretleyiniz.

.....yaparım				yapamam	
	Çok kolay- lıkla	Biraz zorlukla	Çok zorlukla	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediğim için
Vücut bakımı					
Yemek yeme	1	2	3	4	u/d
Giyinme soyunma	1	2	3	4	u/d
Duş alma ya da banyo yapma	1	2	3	4	u/d
Ayak bakımı yapma	1	2	3	4	u/d
Saçları yıkama	1	2	3	4	u/d
Saçları tarama					
Tıraş olma ya da makyaj	1	2	3	4	u/d
Dişleri ya da takma dişleri fırçalama	1	2	3	4	u/d
Tuvaletini yapma	1	2	3	4	u/d
Ev işlerini sürdürme					
Yiyecek alışverişi ve yemekler					
Yemek hazırlama/pişirme	1	2	3	4	u/d
Market alışverişi	1	2	3	4	u/d
Marketten alınanları taşıma	1	2	3	4	u/d
Marketten alınanları yerleştirme	1	2	3	4	u/d

.....yaparım				yapmam	
	Çok kolaylıkl a	Biraz zorluk-la	Çok zorlana rak	Sağlık nedenlerim-den dolayı	Tercih etmediği m için
Bulaşıkları yıkama	1	2	3	4	u/d
Apartman ya da evin çevresindeki aktiviteler					
Evi toplama ya da toz alma	1	2	3	4	u/d
Küçük tamirler	1	2	3	4	u/d
Bitkileri ya da çiçekleri sulama	1	2	3	4	u/d
Çamaşır yıkama	1	2	3	4	u/d
Evi süpürme ya da silme	1	2	3	4	u/d
Mobilya taşıma. Çarşafı değiştirme ya da pencereleri silme	1	2	3	4	u/d
Banyo temizleme ya da yerleri silme	1	2	3	4	u/d
Çim biçme. Karları küreme.tırmıklama ya da ağır bahçe işleri	1	2	3	4	u/d
Günlük ev işleri					
Faturaları ödeme	1	2	3	4	u/d
Ev ya da apartmandaki işleri başkasına yaptırma	1	2	3	4	u/d
Şehir içindeki gezintiler					
Toplu taşıma araçlarına binme	1	2	3	4	u/d
Mağaza ya da bankaya gitme	1	2	3	4	u/d
Randevulara gitme (doktor ya da dişçi gibi)	1	2	3	4	u/d
Fiziksel egzersiz					
Düzenli germe, taşıma ya da hafif ağırlık kaldırma	1	2	3	4	u/d
Merdiven inip çıkma	1	2	3	4	u/d

.....yaparım				yapamam	
	Çok kolaylıkl a	Biraz zorluk-la	Çok zorlukl a	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediği m için
Mahalle ya da alışveriş merkezlerine kısa yürüyüşler	1	2	3	4	u/d
Hızlı uzun yürüyüşler (20dk dan fazla)	1	2	3	4	u/d
Yüzme ya da bisiklete binme gibi aktiviteler	1	2	3	4	u/d
Tempolu koşma.basketbol ya da tenis gibi aktiviteler	1	2	3	4	u/d
Eğlence Hobiler					
Tatile çıkma	1	2	3	4	u/d
Ev ya da apartman dışındaki aktiviteler					
Alışveriş yapma ya da müzelere gitme gibi içe mekan aktiviteleri	1	2	3	4	u/d
Sinemaya gitme	1	2	3	4	u/d
Spor karşılaştırmalarına ya da sinemaya gitme	1	2	3	4	u/d
Ev/apartman içindeki ya da çevresindeki aktiviteler					
Okuma	1	2	3	4	u/d
Dikiş nakış ya da ahşap gibi el işleriyle uğraşma	1	2	3	4	u/d
Bahçe düzenleme	1	2	3	4	u/d
Özel aktivite ya da hobi:					
Lütfen belirtiniz.....	1	2	3	4	u/d
Manevi aktiviteler					
Dini ibadetleri yerine getirme	1	2	3	4	u/d
Dini merasimlere gitme	1	2	3	4	u/d

.....yaparım				...yapamam	
	Çok kolaylıkla	Biraz zorlukla	Çok zorlukla	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediği m için
Dini kitap okuma ve dua etme	1	2	3	4	u/d
Dini sohbet gruplarına katılma	1	2	3	4	u/d
Din arkadaşları ya da hocaları eve davet etme	1	2	3	4	u/d
Sosyal etkileşim-aile ve arkadaşlar					
Telefonla sohbet etme	1	2	3	4	u/d
Bir Araya Toplanma					
Kendi evinizde	1	2	3	4	u/d
Evinizin dışında	1	2	3	4	u/d
Akşam yemeği,tombala iskambil ya da benzeri aktiviteler					
Kendi evinizde	1	2	3	4	u/d
Evinizin dışında	1	2	3	4	u/d
Çocuklar ya da torunlarla oynama	1	2	3	4	u/d
Aile ve arkadaşlara yardım					
Onlar için alışveriş yapma.arabayla bir yere bırakma	1	2	3	4	u/d
Tamiratlarını yapma.başkalarına yardımında bulunma					
Çocukların bakımına yardım	1	2	3	4	u/d
Toplantı ya da derneklere katılma	1	2	3	4	u/d
Gönüllü işler yapma	1	2	3	4	u/d
Başkalarını ziyaret etmek amacıyla uzun seyahatler etmek	1	2	3	4	u/d
Cinsel ilişkide bulunma	1	2	3	4	u/d
Okula gitme...tamgün...yarım gün	1	2	3	4	u/d
İşe gitme ...tam gün ...yarım gün	1	2	3	4	u/d

EK-V

ÖLÇEK İZİNLERİ







EK-VI

HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	" Diyaliz Hastalarında; Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ve Fonksiyonel Performansa Etkisi"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi/Kurumu	Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Sezin Nur ÖZYURT

KARAR: "02.03.2016 tarihli ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğü'müze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 18/08/2022 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde görev yapan Doç. Dr. Sibel SEVİNÇ'in sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Sezin Nur ÖZYURT'un "*Diyaliz Hastalarında; Hastalık Algısının Sıvı Kontrolü ve Fonksiyonel Performansa Etkisi*" konulu çalışması incelenmiş olup; söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütmek istediğine dair talebi, çalışmanın hastalara ve Sosyal Güvenlik Kurumuna ek bir yük getirmeden yapılması uygun görülmüştür.

EK-VII
HMKÜ ETİK KURUL İZİNİ

HMKÜ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

	Karar No: 20	Tarih: 12/05/2022
KARAR BİLGİLERİ	KARAR 20- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Sibel SEVİNÇ'in (Sezin Nur ÖZYURT'un yüksek lisans tezi) "Diyaliz hastalarında hastalık algısının sıvı kontrolü ve fonksiyonel performansa etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÖZGEÇMİŞ

2021 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2021-2022 Eğitim Öğretim yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitime başladı. 2022 Ocak ayından itibaren Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yoğun Bakım ünitesinde görevine devam etmektedir.

