



**HEMODİYALİZ HASTALARININ GELENEKSEL
VE TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUMLARI
VE UYGULAMALARI**

Eren KILIÇ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARININ GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ
BİLGİ, TUTUMLARI VE UYGULAMALARI**

Eren KILIÇ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI**

ERZURUM

2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı	3
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi	3
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi	4
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi	4
2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları	6
2.1.5.1. Kardiyovasküler Anormallikler	6
2.1.5.2. Hematolojik Anormallikler	6
2.1.5.3. Gastrointestinal anormallikler	7
2.1.5.4. Endokrin-Metabolik Anormallikler	7
2.1.5.5. Dermatolojik Anormallikler	7
2.1.5.6. Nöromusküler Anormallikler	8
2.1.5.7. Kemiklerde Anormallikler	8
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri.....	8
2.2.1. Diyaliz.....	9
2.2.1.1. Hemodiyaliz Tedavisi	10
2.2.1.2. Hemodiyalizin Avantajları.....	11

2.2.1.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları.....	11
2.2.1.4. Hemodiyalizin Komplikasyonları.....	12
2.2.1.4.1. Hemodiyalizde Akut Komplikasyonlar	12
2.2.1.4.2. Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar	12
2.5. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı	13
2.6. Hemodiyalizde GETATve Hemşirelik Bakımı.....	15
3. MATERYAL VE METOD	17
3.1. Araştırmanın amacı.....	17
3.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi	17
3.2.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	17
3.3. Evren-Örneklem.....	17
3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	29
KAYNAKLAR	30
EKLER	40
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	40
EK-2. ETİK BİLDİRİM ve İNTİHAL BEYAN FORMU.....	41
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	42

EK-4. KURUM İZNİ	43
EK-5. ANKET	44



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen, bana her daim ilham kaynağı olan, yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden ve öğrencisi olmakla her zaman gurur duyduğum tez danışmanım, **Sayın Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI**'ya,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran değerli hocalarım Prof. Dr. Mehtap TAN ve Doç.Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN 'e,

Araştırmanın veri toplama aşamasına büyük katkılarından dolayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin Hemodiyaliz Ünitelerinde görev yapan doktor, hemşire, diğer çalışanlara ve tüm hemodiyaliz hastalarına,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgilerini ve desteklerini daima hissettiğim sevgili annem, babam ve Kastamonu Üniversitesi Fizyoterapi 2.sınıf öğrencisi olan değerli kardeşim Edanur KILIÇ'a,

Her zaman yanımda olduğunu bana hissettiren Manisa Celal Bayar Tıp Fakültesi 6.sınıf öğrencisi olan nişanlım Gizem Feride KILIÇ'a ve tez dönemim boyunca bana destek olan tüm arkadaşlarıma, Teşekkür ederim.

Eren KILIÇ

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutumları ve Uygulamaları

Amaç: Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi, tutumları ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin hemodiyaliz ünitelerinde Nisan 2019 - Haziran 2020 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma ilgili hastanelerin hemodiyaliz ünitelerinde kayıtlı olan ve örnekleme alınma kriterlerine uyan 120 hasta ile yürütülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 21 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı testler, t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 52.27 ± 13.36 , hastalık süre ortalaması 6.34 ± 4.96 , HD süre ortalaması 5.34 ± 4.97 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %55'i erkek, %65'i evli, %35'i okuryazardır. Hastaların %64.2'nin gelir düzeyi ortadır ve %80'i emeklidir. Hastaların, %70.8'i GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibidir ve %60.8'i bu bilgileri aile/akrabadan almıştır. Hastaların kullandıkları GETAT yöntemleri arasında ilk sırada %80 oranıyla fitoterapi yer almaktadır ve en sık kullandıkları fitoterapi ürünleri sarımsak %57.5, maydanoz %56.7 ve ıhlamur %50'dur. Hastalar GETAT yöntemlerini genellikle kendilerini iyi hissettirdiği, ödemlerine iyi geldiği, yorgunluğu giderdiği, bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve ucuz olduğu için kullanmaktadır. Hastaların %20.8'inin hemodiyaliz hastalarının GETAT yöntemlerini kesinlikle kullanmaması gerektiğini, %61.7'sinin hastaların GETAT yöntemlerini doktora danışarak kullanabileceğini ve %45'inin kullanılan GETAT yöntemlerinin daha çok bilimsel kanıta ihtiyacı olduğunu düşündüğü saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda hastaların; büyük bir çoğunluğunun GETAT yöntemleri hakkında bilgisinin olduğu ve bu bilgileri genellikle aile/akraba, internet/gazete ve sağlık çalışanından aldığı, en fazla fitoterapi yöntemini kullandığı ve genel olarak hastaların GETAT yöntemlerine yönelik olumlu tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi (GETAT), Hemodiyaliz, Hemşire

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Practices of Traditional and Complementary and Alternative Medicine of Hemodialysis Patients

Aim: This research was performed to define the hemodialysis patients' knowledge, manner and applications about conventional and complementary treatment.

Material and Method: This research was performed in the hemodialysis units at Erzurum Regional Education and Research Hospital and Health Research And Application Center in between April 2019- June 2020. The research was carried out with 120 patients who are registered in the hospitals and eligible for sampling criteria. The data as result of the research was evaluated in computer using SPSS 21 software. complementary tests, t-test, were utilized.

Results: It was determined that age average of patients is 52.27 ± 13.36 , disease duration average is 6.34 ± 4.96 , HD time average is 5.34 ± 4.97 . Of the patients, %55 are male, %65 are married, %35 are literate. %64.2 of the patients' level of income is middle and %80 are retired. % 70.8 of the patients have information about CAM methods and %60.8 of them learned it from the family/relative. Phytotherapy is taken first place in CAM methods used by the patients by the rate of % 80 and the most commonly used phytotherapy products are garlic %57.5, parsley %56.7 and linden %50. The patients have used CAM methods because they feel better, cure their oedema, get rid of tiredness, strengthen the immune system and are cheap. of the patients, % 20.8 think that the hemodialyses patients must not use CAM methods at all. %61.7 thinks that CAM methods can be used after the doctors' advice and % 45 think that CAM methods need more scientific evidence.

Conclusion: As result of the research, It was determined that majority of the patients have the information about CAM methods and obtained the information from family/relative, internet/newspaper and health professional and also they utilize mostly phytotherapy and they have positive manner towards CAM methods.

Keywords: Conventional and complementary treatment, Hemodialyses, Nurse.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AV	: Arteriyovenöz
DM	: Diyabetes Mellitus
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
PMP	: Per MilionPerson
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
CAM	: Complementary and Medicine
K/DOQI	: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. KBY'nin etyolojik nedenleri	4
Tablo 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	5
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 4.2. Hastaların GETAT Yöntemleri Hakkındaki Bilgi ve Kullanım Durumlarının Dağılımı	22
Tablo 4.3. Hastaların Kullandığı Fitoterapi Ürünlerinin Dağılımı	23
Tablo 4.4. Hastaların GETAT Hakkındaki Tutumlarının Dağılımı	24

1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), “Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH)’nın 3 aydan daha fazla süredir anormal bir şekilde düşük seyretmesi” olarak tanımlanmaktadır.¹ KBY glomerüler filtrasyon değerinde meydana gelen azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlamasında ve metabolik-endokrin fonksiyonlarını yerine getirmede kronik ve ilerleyici bozulma halinin görüldüğü, yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalitenin arttığı, tüm dünyada ve ülkemizde çok yaygın bir şekilde kaşımıza çıkan önemli bir sağlık sorunudur.²⁻⁵

Böbrek fonksiyonlarının ileri derecede azalması (GFH’nın %5’in altına düşmesi) sonucu homeostazın sağlanması ve yaşamın devam ettirilmesinde yoğun tıbbi yardım ve kişinin kendi böbreklerinin yetersiz kalması ile oluşan tabloya ise Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) adı verilir. SDBY her milyonda 60-160 kişiyi etkilemektedir.⁶ SDBY’nde böbrek kapillerinde azalma ve glomerüllerde skar dokusu meydana gelmiştir. Hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için böbrek fonksiyonlarının bir şekilde yerine getirilmesi gerekir. Bu amaçla çeşitli renal replasman tedavileri uygulanmaktadır.⁷⁻¹⁰

KBY hastalarına en yaygın olarak kullanılan RRT yöntemi hemodiyaliz (HD)’dir.¹¹ Türk Nefroloji Derneğinin 2018 yılı verilerine göre, Türkiye’de RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 988.4 ve 2018 yılında Türkiye’de RRT insidansı milyon nüfus başına 149 olarak hesaplanmıştır.^{7,12}

HD tedavisi hastadan alınan kandaki sıvı solüt içeriğinin yarı geçirgen bir membran ve bir makine yardımı ile yeniden düzenlenmesidir. Son yıllarda tıp ve teknolojiye gelişmeler ile HD tedavisi SDBY olan hastaların yaşam süresini uzatmıştır. Yaşam süresindeki uzamaya rağmen hastalığın ve tedavinin seyri sırasında

ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden durumlar, kronik diyaliz tedavisine bağı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikosozal semptomlar hastanın genel iyilik halini bozmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{13,14} Özellikle haftanın belirli günlerinde kliniğe gelme zorunluluğu, tedavinin sürekliliğinin bir ömürolması bu nedenle yaşanan işgücü kayıpları, genellikle birilerine bağımlı olma gibi durumlar hastada ekonomik ve ruhsal sorunları beraberinde getirmektedir.¹⁵⁻¹⁷

Bu sorunlara bağı olarak KBY olan ve HD tedavisi alan hastalar gerek hastalığın seyrindeki gerekse diyaliz tedavisi boyunca ortaya çıkan komplikasyonları azaltmak için geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere (GETAT) başvurabilmektedirler. Böbrek yetmezliği olan hastalarda yanlış kullanılan GETAT yöntemleri rezidüel böbrek fonksiyonları açısından zararlı olup nefrotoksik etki göstererek GFH' nı azaltıp hemodinamiyi bozabilmektedir.^{15,18-19} Ülkemizde yapılan taramalar sonucunda hemodiyaliz hastalarının GETAT yöntemlerine yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik olarak yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır.²⁰⁻²³ Hemodiyaliz hastalarının en sık başvurduğu GETAT yöntemler arasında, bitkisel ürünler, relaksasyon, akupunktur, akupressüre, yoga, masaj, müzik, refleksoloji ve aromaterapi yer almaktadır. GETAT konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan hastalar bu yöntemleri kullanırken, olası zararlı etkilerin neler olabileceğini tahmin edememekte ve çoğunlukla kullandıkları yöntemi sağılık ekibi ile paylaşmamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hastaların kullandıkları bu tedaviler hakkında bilgi sahibi olması ve hastalarla sürekli iletişim halinde olarak doğıru bilgilendirmesi son derece önemlidir.²⁴ Hemşireler öncelikle hastaların GETAT yöntemi kullanıp kullanmadığını araştırmalıdır. Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi, tutumları ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı

KBY, “Glomerüler filtrasyon değerindeki azalmanın sonucu böbreğin sıvı solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonları düzenlemede aksaklıklar meydana gelmesiyle kronik ve ilerleyici bozulma hali” olarak tanımlanır. Üremi kronik böbrek yetmezliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içine alır ve birçok kaynakta kronik böbrek yetmezliği ile eş anlamda kullanılmaktadır.²⁵⁻²⁸

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY görülme sıklığı hızla artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. 2012 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 816 iken 2018 yılında bu rakam 988.4’e yükselmiştir. Yine 2012 yılında Türkiye’de RRT insidansı 139 iken 2018 yılında Türkiye’de RRT insidansı, çocuk hastalar dahil milyon nüfus başına 149.2 olarak hesaplanmıştır.²⁹⁻³¹

Türk Nefroloji Derneği’nin 2018 verilerine göre ülkemizde RRT alan hastaların %74.82’si HD tedavisi, %3.94’ü periton diyalizi tedavisi almaktadır ve %21.24’üne böbrek transplantasyonu yapılmıştır.³¹⁻³²

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

KBY çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişiklik gösterir. ABD’de son dönem böbrek yetmezliğinin %39’unu diabetes mellitus (DM), %26’sını hipertansiyon (HT) ve %11’ini glomerulonefrit oluşturmaktadır (Tablo 2.1).^{31,33-34}

Ülkemizde ise Hemodiyalize 2013 yılında yeni başlayan toplam hasta sayısı 8757’dir. RRT’ sine yeni başlayan bu hastalarda sıklıkla görülen etyolojik nedenlerin başında diabetes mellitus gelir (%36), bunu sırasıyla hipertansiyon (%29),

glomerülonefrit (%6), polikistik böbrek hastalığı (%3), piyelonefrit (%2) ve amiloidoz (%1) takip eder.³⁵⁻³⁶

Tablo 2.1.KBY’ nin etyolojik nedenleri

	n	%
Diabetesmellitus	658	38.03
Tip 1 DM	41	2.37
Tip 2 DM	617	35.66
Hipertansiyon	475	27.46
Glomerülonefrit	104	6.01
Polikistik böbrek hastalıkları	53	3.06
Tübülointerstisyel nefrit	24	1.39
Obstrüktif nefropati	23	1.33
Renalvasküler hastalık	14	0.81
Diğer	121	7.00
Etyolojisi bilinmeyen	258	14.91
Toplam	1.730	100

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi

KBY’de nefronlar progressif ve irreversible olarak hasara uğrar. Bu nefronların görevlerini sağlıklı kalmış bir kısım nefron yapmaya çalışır. Bu yüzden sağlıklı nefronlarda yapısal hipertrofi ve fonksiyonlarda artış meydana gelir. Glomerüler hiperfiltrasyon ve tubulus fonksiyonlarında değişiklikler oluşur. Her nefronun klirensi ve glomerüler kapiller basıncı artar ancak glomerüler hiperfiltrasyon bir süre sonra skleroza gidişi hızlandırır. Hipertrofi olmuş ve hiper fonksiyone haldeki adaptasyon göstermiş glomerüllerde KBY progresyonunun diğer mekanizmaları glomerüler koagülasyon, hiperlipidemik etkiler ve mesengial hücre proliferasyonudur.^{29,37-38}

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI), fonksiyonel olarak yaptığı sınıflandırmada KBY’ yi beş evrede ele almıştır.

- Evre 1: Böbrekler normaldir veya artmış GFH ile birlikte böbreklerde oluşan hasara bağlı anormal idrar bulguları ve böbrekte histolojik değişiklikler görülmeye başlamış olup, GFH 90 ml/dk./1.73m²'nin üzerindedir.
- Evre 2: GFH değerinde hafif azalma vardır ve GFH, 60-89 ml/dk./1.73m² arasındadır.
- Evre 3: GFH değerinde orta derecede azalma vardır ve GFH, 30-59 ml/dk./1.73m² arasındadır.
- Evre 4: GFH değerinde ileri derecede azalma vardır ve GFH, 15-29 ml/dk./1.73m² arasındadır.
- Evre 5: KBY evresidir ve GFH değeri 15 ml/dk./1.73m² altındadır.³⁹⁻⁴¹

Türk nefroloji derneğinin sınıflaması ise Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri				
Evre I	Evre II	Evre III	Evre VI	Evre V
120-90 ml/dk	90-60 ml/dk	60-30 ml/dk	30-15 ml/dk	15-0 ml/dk
• Normal GFD ile birlikte böbrek hasarı(proteinüri, polikistik böbrek hastalığı gibi) • Kan basıncı kontrolü(<130/80), kan şekeri kontrolü (A1C<6.5), kilo kontrolü	• GFD' de hafif azlama ile birlikte böbrek hasarı • Kan basıncı kontrolü (<130/80), kan şekeri kontrolü (A1C<6.5), kilo kontrolü	• Orta derecede böbrek hasarı ile birlikte anemi, kemik hasarı başlar • Nefroloji uzmanı tarafından yakın takip gereklidir • Özel diyet ve tedavi gerekli olabilir	• Ciddi böbrek hasarı ile birlikte anemi,kemik hastalığı • Fosforve potasyumda yükselme • Evre 2-3 teki öneriler • RRT hakkında bilgilendirme yapılmalı	• SDYB • Hemodiyaliz için damar giriş yolu veya karın için katater takılmalı • GFD 10 ml/dk'nın altında RRT'sine başlanmalı

2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları

KBY hastalarının klinik semptom ve bulguları altta yatan patoloji, böbrek yetmezliğinin evresi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. GFD 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalarda herhangi bir semptom görülmeyebilir. Hastaların ilk semptomları sıklıkla noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. GFD 20-25 ml/dakika olduğunda ise hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. KBY’ de görülen bu belirti ve bulgulardan aşağıdaki bölümlerde ayrıntılı biçimde bahsedilmiştir.^{26-28,42-44}

2.1.5.1. Kardiyovasküler Belirti ve Bulgular

Son dönem kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda üremiye bağlı olarak en sık görülen komplikasyonlardan biri hipertansiyondur. Başlıca nedeni böbreğin işlevini yerine getirememesinden dolayı meydana gelen sıvı birikimidir. Diğer nedenleri ise renin anjiyotensin seviyesindeki yükselme ve hücre içinde kalsiyumun artmasına bağlı olarak periferik damar direncinde artış olmasıdır. Ayrıca sürekli devam eden hipertansiyon ve sıvı birikimi sonucu hastada konjektif kalp yetmezliği ve pulmoner ödem görülebilir.^{26-28,42-44}

2.1.5.2. Hematolojik Belirti ve Bulgular

KBY’nin ilerleyen dönemlerinde kemik iliğinde toksinlerin birikmesine bağlı olarak eritropoezin azalması, fonksiyonunu yitirmiş böbreklerden eritropoetin biyosetozinin azalması, eritrosit dışı hemoliz, GİS kanamaları, hemodiyaliz tedavisi sırasında diyalizer ve eklerin içinde kan kalması sonucu hastalarda sıklıkla anemi görülür. Bunlara ek olarak eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevapta azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma yaygındır.^{26-28,42-44}

2.1.5.3. Gastrointestinal Belirti ve Bulgular

KBY' nin en sık görülen GİS belirtilerinin başında iştahsızlık, bulantı ve kusma gelir. Bunlara ek olarak tükürük salgısında ürenin amonyağa yıkılması sonucu metalik tad ile birlikte ağızda idrar kokusu oluşur ve buna üremik fetor denir.

KBY' nin geç safhalarında ise GİS kanamasına sebebiyet veren mukoza ülserasyonlar görülür. KBY hastalarında pankreatit ve kalın bağırsakta kronik kanamaya bağlı olarak Hepatit C enfeksiyonuna yakalanma insidansı oldukça yüksektir.^{26-28,42-44}

2.1.5.4. Endokrin-Metabolik Belirti ve Bulgular

KBY olan kadın hastalarda LH seviyeleri yüksek östrojen seviyelerinin düşük seyretmesine bağlı olarak amenore ve abortus görülür ve buna bağlı olarak gebelik nadirdir. KBY olan erkek hastalarında ise LH seviyeleri yüksek, testosteron seviyelerinin az olmasına bağlı olarak oligospermi ve germinal hücre displazisi görülür. Her iki cinsten de prolaktin seviyeleri artış gösterebilir. Bunun sonucu olarak kadınlarda galaktore ve amenore, erkeklerde ise jinekomasti meydana gelir.^{26-28,42-44}

2.1.5.5. Dermatolojik Belirti ve Bulgular

KBY'li hastalarda anemiye bağlı ciltte solukluk, hemostaz defeklerinden dolayı meydana gelen ekimoz ve hematomlar kalsiyum depolanmasına bağlı ciltte kaşıntılar, dehidratasyona bağlı kötü cilt turgoru ve kuru mukoz membranlar görülür. Birikmiş pigmentli metaboliklere veya ürokromlara bağlı olarak cilt sarı ve kahverengi arasındadır. KBY' nin tedavisiz ileri safhalarında terde üre konsantrasyonu okadar yüksek olabilir ki buharlaşma sonucu cilt üzerinde ince beyaz tozlar kalır ve buna üremik kragı denir.^{26-28,42-44}

2.1.5.6. Nöromüsküler Belirti ve Bulgular

KBY' li hastaların nöromüsküler erken semptomları konstrasyon bozukluğu, unutkanlık ve uyuklama gibi semptomlardır. Bunları takiben hafıza kaybı, hafif davranış bozuklukları hastalarda görülen bir diğer bulgudur. Terminal KBY' de stupor konvisyon ve koma sıktır. İlerlemiş KBY' de perifik nöropatide görülür. İlk olarak duyu sinirleri tutulur. Üst ekstremitelerden ziyade alt ekstremitelerin distali tutulur. KBY hastaların çoğunda derin tendon refleksi kaybına bağlı olarak footdrop (düşük ayak) ve sarkık felçli iki kol (flaccid quadriplaji) meydana gelir.^{26-28,42-44}

2.1.5.7. Kemiklerde Belirti ve Bulgular

Üremide kemiklerde hiperfosfatemi, hipokalsemi, paratroid hipertrofisi, gibi nedenlere bağlı olarak parathormonun etkisine kemik direncinden dolayı hiperparatroidizm gibi anormallikler sıklıkla görülür. Bunlara renal osteo-distrofi adı verilir. Hastaların kalsiyum seviyeleri normal veya yüksek seyrederken parathormon seviyelerinin yükselmesine tersiyer hiperparatroidi denir. Hastalarda çok daha fazla fonksiyonunu yitirmiş kemik tümörleri ile birlikte adenamik kemik hastalığı görülebilir.^{26-28,42-44}

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri

KBY' nin tedavisinde yapılması gereken ana prensipler şunlardır:

- Böbreklerin kapasitesi ve fonksiyonel rezervinin doğru bir şekilde saptanması
- Altta yatan hastalığa ait bilgiler
- Böbrek yetmezliğinin ilerlemesinde hızlandırıcı olan faktörlerin saptanması ve böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması.
- Böbrek fonksiyonlarında azalmaya bağlı oluşan sorunların önlenmesi ve tedavi edilmesi.

- SDBY gelişen hastalarda RRT' sinin uygulanması.
 - Diyaliz
 - ◆ HD
 - ◆ Periton Diyaliz (PD)
 - ◆ Böbrek transplantasyonu ⁴⁵⁻⁴⁶

2.2.1. Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-elektrolit değişmesini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve elektrolitlerin hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğru gerçekleşir.⁴⁶

Diyalizin difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkından dolayı solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir, ultrafiltrasyon ise uygulanan basınçla solütün membranın bir yanından diğer yanına transferidir.^{45,47}

Difüzyonun hızını ve yönünü etkileyen başlıca üç faktör vardır. Bunlar;

1. Membranın her iki yanındaki konsantrasyon farkı
2. Solütlerin molekül ağırlığı ve hızı; Porlardan geçen maddelerin moleküllerinin büyüklüğü ile membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı ters orantılıdır.
3. Membran direnci; Yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı gösterdikleri direnci artırır. HD'de ultrafiltrasyon hidrostatik basınç ile sağlanırken, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinde (SAPD) ozmotik basınç ile sağlanmaktadır.⁴⁸⁻⁵⁰

2.2.1.1. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz tedavisinin günümüze kadar başarılı bir şekilde gelmesi pek çok bilim adamının katkılarıyla olmuştur. Thomas Graham'ın 1854'te osmotik gücü tanımlaması bunun önemini göstermede bir örnektir.^{51(s.15)}

Etkin diyaliz sistemlerinin gelişmesinde başka önemli bir husus ise John Jacop Abel'in hirudin adlı antikoagulanla vücuttaki atık maddelerin vücudun dışında bir yerde difüzyonuna izin veren aletleri ilk kez tanımlamasıdır. Haas ise ilk klinik diyalizi 1924'de uygulayan kişidir. Willem Kolff 1945'de diyalizi kendi başına yapmayı sağlayan aracı tanıtmıştır. Belding Schribner ise sürekli kan akımını sağlamak için teflondan oluşan ve vücut dışına yerleştirilen şanti tanımlayarak, kronik diyaliz için çok önemli bir engeli aşmayı başarmıştır.⁵¹⁻⁵²

HD, uygun bir damar yolu aracılığı ile hastadan alınan kanın antikoagülasyon ile vücut dışında cihaz yardımıyla diyalizörden geçirilek sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi prensibine dayanan böbrek yerine koyma tedavisidir. Yarı geçirgen membranın porları su ve küçük moleküllerin geçişine izin verirken, proteinler ve kan hücreleri gibi daha büyük yapıların porlardan geçişine izin vermez.^{51(s.17)}

HD işlemi için gerekli yüksek kan akımını sağlamak için kullanılan yöntemler geçici ve kalıcı olmak üzere ikiye ayrılır. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklavyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise iki tanedir bunlar: Arteriyovenöz greft (AVG), Arteriyovenöz fistül (AVF).^{51(s.21)}

2.2.1.2. Hemodiyaliz Avantajları

- Hastanın diyaliz tedavisine haftada 2-3 kez 4-6 saat gelmesi ve diğer zamanlarda serbest olması,
- Diyaliz ortamında hastanın diğer hastalar ile ilişki bağının kuvvetlenmesi,
- Atık maddelerin vücuttan hızla ve başarılı bir şekilde uzaklaştırılması,
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için fazla kiloluların daha az olumsuz etkilenmesi,
- Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan bir sağlık ekibi tarafından uygulanması,
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması
- Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması
- Batınla ilgili komplikasyonlarla karşılaşılmasıdır.

2.2.1.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları

- Diyaliz esnasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini yorgun ve bitkin hissetmesi,
- Tedavi sırasında damara giriş için her defasında fistül iğnelerinin kullanılması,
- Çeşitli sıvı ve gıda alımlarında kısıtlamalar,
- Fistül için küçük bir cerrahi operasyon gerekmesi,
- Heparinizasyon gereksiniminin olması,
- Fazla araç gereksinimi,
- Artan kan kaybına bağlı anemi gelişmesidir.^{48,53-55}

2.2.1.4. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Günümüzde HD oldukça güvenli bir prosedür olsada beraberinde bir çok komplikasyona sebebiyet verebilir. Bunlar ekstra korporeal dolaşıma bağlı yan etkiler, teknik hatalar ve hastalarda ortaya çıkan anormal tepkiler şeklindedir. HD akut ve kronik komplikasyonları aşağıda verilmiştir.

2.2.1.4.1. Hemodiyalizde Akut Komplikasyonlar

HD'de sık görülen genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlar:

Hipotansiyon, kas krampları, bulantı kusmalar, baş ağrıları, göğüs ve sırt ağrıları, ateş ve titreme, antikoagülasyona bağlı komplikasyonlar.

HD'de daha az görülen fakat ciddi şekilde hayati tehlikeye neden olan komplikasyonlar: Disekilibrium sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponatı, intrakranial kanamalar, konvülziyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest.

2.2.1.4.2. Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar

HD'in Kronik Komplikasyonları; Üremi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz.

Hematolojik Komplikasyonlar: Anemi, kanama, diatezi, hipokomplementemi lökopeni ve enfeksiyona eğilim.

Kardiovasküler Sistem Komplikasyonları: HT, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, perikardit.

Gastrointesinal Sistem (GIS) Komplikasyonları: Gastroenteritis ve GIS kanaması, konstipasyon, karaciğer hastalıkları, asit.

İskelet Sistemi Komplikasyonları: Üremik kemik hastalığı (renal osteo distrofi)

Dermatolojik Komplikasyonlar: Üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozları.

Metabolik ve Endokrin Komplikasyonları: Hiperlipidemi, endokrin anormallikleri, infertilite ve seksüel fonksiyon bozuklukları.

Nörolojik Komplikasyonlar: Alüminyum nörotoksisitesi, üremik periferik nöropati.

Enfeksiyonlar: Hepatitler, HIV.

Fistül Komplikasyonları

Diyaliz amiloidozu

Psikososyal sorunlar^{51-52,56}

2.5. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı

HD tedavisi gerek uzun süreli olması gerekse hastanın yaşamını kısıtlamasından dolayı kabul edilmesi güç bir tedavi şeklidir. Tedavideki kuralların katılığı, çoklu ilaç kullanımı, sıkı beslenme ve egzersiz programı nedeniyle hastalar bu süreci yönetmekte zorlanabilmektedirler.^{1,4}

Çoğunlukla HD tedavisi alan hastalarda ekonomik sorunlar, işini yürütmedeki güçlükler, kronik bir hastalığa bağlı depresyon, işini kaybetme ve ölüm korkusu sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Genç hastalarda evlilik, çocuk sahibi olamama, aileye yük olma gibi sıkıntılar da sıklıkla baş gösterir.¹

HD tedavisinin başarısı, büyük ölçüde hastaların bu süreci iyi yönetebilmesine ve tedaviye uyuma bağlıdır. Hasta ve yakınlarının beklenti ve gereksinimlerinin önemli ölçüde karşılanması hastanın bu sürecin ilerleyen evrelerinde kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olarak tedaviye uyumunu arttıracaktır.

Hemşireler HD tedavisi alan hastalara tüm sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en fazla zaman ayıran kesimdir. ve hastanın problemlerinin üstesinden

gelmesinde, hastalık sürecini iyi bir şekilde yönetmesinde anahtar rol oynamaktadır. Hemşireler aynı zamanda hastanın yanında onun stresini bizzat yaşarken yakınlarının da bakımını ve desteklenmesini sağlayarak işini en iyi şekilde yapmaya çalışır.

HD'de hemşirelik bakımının amacı; hastanın psikososyal iyilik halinin devamını ve gereksinimlerinin karşılanması bunun yanında kendi bakımını sürdürebilmesi için hastanın eğitimini bütünüyle kapsar. ^{4(s.28)}

KBY olan hastaların dikkatleri dağınık, algı ve konsantrasyon düzeyleri oldukça az olduğu için uzun süreli eğitimlerde anlamada güçlük çekebilirler. Bu nedenle eğitimler en fazla 10-15 dk gibi kısa bir sürede verilmeli ve eğitimin sonunda hasta ve ailesine sorular yöneltilerek anlaşılmayan konular tekrarlanmalı ve sade bir şekilde açıklanarak anladıkları teyit edilmelidir.

HD tedavisi uygulanan hasta ve ailesi için eğitim konuları;

- Böbrek yetersizliği ve vücuda etkileri
- HD tedavisindeki temel ilkelerin tanımlanması
- HD tedavisi esnasında ve sonrasında oluşabilecek yaygın sorunların önlenmesi ve yönetimi
- Önerilen ilaç tedavisinin nasıl kullanılması gerektiği, yan etkileri, diyaliz uygulanan ve uygulanmayan günlerde ilaç tedavisinin nasıl yapılacağı
- Diyet ve sıvı kısıtlamasının nedenleri, kısıtlamaya uyulmadığı durumlarda hastanın hangi sorunları yaşayabileceği
- Sıvı yüklenmesini önlemek için uygulanacak yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
- Damar girişim yolunun bakımının nasıl olacağı, yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti bulgularının neler olduğu hastanın nasıl korunması gerektiği ve komplikasyonların nasıl önleneceği

- Kaşıntı, nöropati ve böbrek yetersizliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler
- Anksiyete ile baş etme yöntemleri ve bağımsızlığın sürdürülebilmesi¹³

Sonuç olarak bakım sürecinde HD tedavisinin hastanın tüm yaşamına etkisi olduğu için tedavinin hastanın gereksinimlerine göre en konforlu şekilde planlanıp, Hastaya uygulanan girişimlerin etkinliği kontrol edilmeli, Ayrıca hastanın yaşam kalitesinin en üst seviyelere çıkarılması için bireysel eğitimler ve grup eğitimleri ile hasta bireylerin farkındalık düzeyleri artırılıp desteklenmeli, öz bakım aktiviteleri geliştirilmelidir.^{1,4,13}

2.6. Hemodiyalizde GETAT ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre geleneksel tıp “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bu hastalıklara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi altına almanın yanında sağlığın iyiye götürülmesinde kullanılan, farklı kültürlerle özel teori, inanç ve tecrübelerle dayanan izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür” ve uzun bir geçmişe sahiptir.⁵⁷

Eski zamanlarda kullanılmaya başlanan ve günümüzdede kullanıma devam eden ayrıca son dönemlerde kullanım sıklığı artan GETAT yöntemleri için yararlı mı, değil mi? gibi belirsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli yönetmelikler düzenlenmiş ve merkezler kurulmuştur. Türkiye’de bu alanda yapılan ilk düzenleme 1991 yılında yayınlanan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği”dir.^{58,59}

Ülkemizde de en son olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Ekim 2014 senesinde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelik sayesinde GETAT yöntemlerinin kullanım amaçları, hangi tür hastalıklara uygulanıp fayda sağlayacağı, eğitimlerin nasıl yapılacağı, hangi sağlık kuruluşları ve kimler tarafından bu GETAT yöntemlerinin uygulanabileceği açık şekilde ifade

edilmiştir. Akupunktur dışındaki diğer yöntemlere ilk kez bu yönetmelikte değinilmiştir. Bunlar sonucunda 15 yöntem kabul görmüş ve açıklamaları yapılmıştır. Bunlar; fitoterapi, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, müzik terapi, hipnoz, kupa uygulaması, homeopati, ozon uygulaması, sülük tedavisi, osteopati, akupunktur, refleksoloji, kayropratik, apiterapidir.⁶⁰

Günümüzde kronik hastalığa sahip insanlar arasında GETAT yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır. SDYB olan hastaların GETAT yöntemlerini kullanma durumları ile ilgili veriler ise oldukça sınırlıdır. Uçan ve ark.⁶⁹ hemodiyaliz hastalarının %49.6'sının, Nowack ve ark.²⁰ %49.6'sının, Hess ve ark.²¹ renal transplantasyon yapılan hastaların %11.8'inin tamamlayıcı yöntemlere başvurduğunu saptamıştır. Literatüre göre böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz hastalarının sıklıkla başvurduğu tamamlayıcı yöntemler, bitkisel ürünler, relaksasyon, hipnoz, akupunktur, akupres, yoga, masaj, müzik, refleksoloji ve aromaterapidir.^{13,61-67}

Hemodiyaliz hastalarında kullanılan GETAT yöntemleri ile hastaların bazı semptomları iyileştirilebilse de bu yöntemler bilinçsizce kullanıldığında nefrotoksik etkilere yol açabilmektedir. Genellikle GETAT yöntemlerini kullanan hastalar sağlık ekibi tarafından yargılanmaktan korktuğu için bu yöntemleri kullandıklarını sağlık personeli ile paylaşmaktan çekinebilmektedir. Dolayısıyla hemşireler hastaların hemşirelik öyküsünü alırken kullandığı GETAT yöntemlerinin olup olmadığını sorgulamalı, hastayla iletişimde açık olmalı ve yargılayıcı davranmamalıdır. GETAT yöntemlerine bağlı istenmeyen durumları önlemek için hemşireler bu tedavilerle ilgili kanıt düzeyi yüksek olan bilimsel çalışmaları takip edip, sonuçlarını kullanmalı, hastaları bu tedavilere doğru bir şekilde yönlendirmeli ve takip etmelidirler.²

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz hastalarının GETAT yöntemleri hakkındaki bilgi, tutumları ve uygulamalarını belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Hemodiyaliz Ünitelerinde Nisan 2019 - Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Evren-Örneklem

Araştırma evrenini ilgili hastanelerin hemodiyaliz ünitesine kayıtlı 148 hasta oluşturmuştur. Araştırma örneklemine; 18 yaş ve üzeri olan, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı ve iletişime engel bir sorunu olmayan, en az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bütün hastaların alınması hedeflenmiştir. Evrenin tümünün örnekleme alınması planlandığından herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır ve araştırma örneklemine 120 hasta dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 28 hasta örneklem dışında bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, literatür bilgilerine dayanılarak araştırmacı tarafından hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanan Anket Formu kullanılmıştır.⁷⁰ Araştırma verileri araştırmacı tarafından ilgili hastanelerin HD ünitelerinde toplanmıştır.

Veriler HD ünitelerinde uygun bir odada, hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alındıktan sonra hastalarla birebir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 10 -15 dakika sürmüştür.

Anket Formu (EK 5): Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürden yararlanarak hazırlanan bu form; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, hemodiyaliz süresi, gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.⁷⁰

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21 paket programında tanımlayıcı (yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max) testler kullanılarak analiz edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK 3) ve araştırmanın yapılacağı hastanelerden çalışma izinleri (EK 4) alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak isteyen kişilerden sözlü onay alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın belirtilen tarihlerde ve yalnızca ilgili hastanenin hemodiyaliz ünitesinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Hastaların GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Hastaların sosyo-demografik özellikleri



4. BULGULAR

HD hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	X±SD	
Yaş (yıl)	52.27±13.36	
Hastalık Süresi (yıl)	6.34±4.96	
Hemodiyaliz Süresi (yıl)	5.34±4.97	
Cinsiyet	S	%
Kadın	54	45.0
Erkek	66	55.0
Medeni Durum		
Evli	78	65.0
Bekar	23	19.2
Dul	19	15.8
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	25	20.8
Okuryazar	42	35.0
Orta	22	18.3
Lise	21	17.5
Üniversite	10	8.3
Ekonomik Durum		
Kötü	19	15.8
Orta	77	64.2
İyi	24	20.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	24	20.0
Emekli	96	80.0
Diyete Uyuma Durumu		
Evet	61	50.8
Hayır	25	20.8
Kısmen	34	28.3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	41	34.2
Hayır	79	65.8
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	3	2.5
Hayır	117	97.5
Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu		
Evet	0	0.0
Hayır	120	100.0
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	67	55.8
Hayır	53	44.2

Hastaların yaş ortalaması 52.27 ± 13.36 , hastalık süre ortalaması 6.34 ± 4.96 , HD süre ortalaması 5.34 ± 4.97 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %55'i erkek, %65'i evli, %35'i okuryazardır. Hastaların %64.2'nin gelir düzeyi ortadır ve %80'i emeklidir. Hastaların %50.8'i diyetine uymakta, %65.8'i sigara ve %97.5'i alkol kullanmamaktadır. Hastaların %55.8' inde böbrek yetmezliğine ek başka bir kronik hastalık daha bulunmakta ve %100'ü reçetesiz herhangi bir ilaç kullanmamaktadır (Tablo 4.1).

Hastaların GETAT yöntemleri hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; %70.8' inin GETAT yöntemleri hakkında bilgisinin olduğu, %29.2'sini ise bu yöntemler hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır. GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olan hastalarının, %60.8'inin bu bilgileri aile/akraba'dan, %18.3'ünün internet/gazeteden, %11.7'inin sağlık çalışanından ve %8.3'ünün aktardan aldığı görülmüştür (Tablo 4.2).

Hastaların kullandıkları GETAT yöntemleri arasında ilk sırada %80 oranıyla fitoterapi yer almaktadır. Hastaların %8.3'ü kaplıcaterapi, %7.5'i masaj ve hacamat tedavisini kullanmaktadır. Hastaların %45'i kendilerini iyi hissettirdiği, %45'i ödemlerine iyi geldiği, %40'ı yorgunluğu giderdiği, %29.2'si bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve ucuz olduğu, %13.3'ü yan etkisi az olduğu ve %13'ü uykusuzluğa iyi geldiği için GETAT yöntemlerini kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).

Hastaların GETAT kullanma sıklığı incelendiğinde; %16.7'sinin hergün ve %35.8'inin ise haftada bir kez, %15'inin 15 günde bir, %12.5' inin ayda bir ve %3.3' ünün sadece bir kez bu yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %83.3'ü son 6 ay içerisinde tıbbi tedavisine ek olarak bir GETAT yöntemi kullandığını belirtmiştir. Hastaların %46.7'si GETAT yöntemlerini kullanırken doktorundan onay almış ve %48.3'ü kullandığı GETAT yöntemlerinden memnun kalmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların GETAT Yöntemleri Hakkındaki Bilgi ve Kullanım Durumlarının Dağılımı

GETAT Yöntemleri Hakkında Bilgi Durumu	S	%
Evet	85	70.8
Hayır	35	29.2
GETAT Yöntemleri Hakkındaki Bilgi kaynağı*		
Aile/Akaraba	73	60.8
İnternet/Gazete	22	18.3
Sağlık Çalışanı	14	11.7
Aktar	10	8.3
Kullanılan GETAT Yöntemleri*		
Müzikterapi	1	0.8
Aromaterapi	2	1.7
Akupunktur	2	1.7
Kaplıcaterapi	10	8.3
Arı Sütü	2	1.7
Propolis	1	0.8
Masaj	9	7.5
Reiki	1	0.8
Yoga	3	2.5
Balık Yağı	5	4.2
Multivitamin	4	3.3
Sülük Tedavisi	6	5.0
Hacamat	9	7.5
Kupa Tedavisi	3	2.5
Meditasyon	2	1.7
Fitoterapi	96	80.0
GETAT Yöntemlerini Kullanma Nedeni*		
Kaşıntı	7	5.8
Kas krampları	11	9.2
Yorgunluk	48	40.0
Ödem	54	45.0
Uykusuzluk	16	13.3
Bulantı	5	4.2
Hipertansiyon	14	11.7
Diyabet	9	7.5
Konstipasyon	10	8.3
İnfertilite	1	0.8
Kendini iyi hissettirme	54	45.0
Yan Etkisinin az olması	16	13.3
Bağıışıklık sistemimi güçlendime	35	29.2
Doğal ve ucuz olması	35	29.2
GETAT Yöntemlerini Kullanma Sıklığı		
Hergün	20	16.7
Haftada Bir	43	35.8
15 Günde Bir	18	15.0
Ayda Bir	15	12.5
Sadece Birkez	4	3.3
Son 6 Ay İçerisinde Tedaviye Ek GETAT Yöntemi Kullanma Durumu		
Evet	100	83.3
Hayır	20	16.7
GETAT Yöntemleri İçin Hekim Onayı Alma Durumu		
Evet	56	46.7
Hayır	44	36.7

Tablo 4.2. (Devamı)

GETAT Yöntemlerinden Memnun Kalma Durumu		
Evet	58	48.3
Hayır	15	12.5
Kısmen	27	22.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hastaların kullandıkları fitoterapi ürünlerinin dağılımı Tablo 4.3’de verilmiştir. Hastaların kullandıkları fitoterapi ürünleri arasında ilk üç sırada, sarımsak (%57.5), maydonoz (%56.7) ve ıhlamur (%50) yer almaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Kullandığı Fitoterapi Ürünlerinin Dağılımı

Kullanılan Fitoterapi Ürünleri*	S	%
Sarımsak	69	57.5
Isırgan	32	26.7
Keten Tohumu	31	25.8
Maydonoz	68	56.7
Kekik	42	35.0
Karadut	29	24.2
Nane	53	44.2
Çörek Otu	35	29.2
Yeşil Çay	33	27.5
Ekinezya	13	10.8
Zerdeçal	25	20.8
Meyan Kökü	22	18.3
Kuşburnu	46	38.3
İhlamur	60	50.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hastaların GETAT hakkındaki tutumları incelendiğinde, %20.8’inin hemodiyaliz hastaları GETAT yöntemlerini kesinlikle kullanmaması gerektiğini, %61.7’sinin hastaların GETAT yöntemlerini doktora danışarak kullanabileceğini ve %45’inin kullanılan GETAT yöntemlerinin daha çok bilimsel kanıta ihtiyacı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Hastaların %12.5’i GETAT yöntemlerinin doğru tıbbi tedavi almayı geciktirdiğini, %13.8’i GETAT’ ın sağlığı tehdit edici bir tedavi şekli olduğunu, %33.3’ü GETAT yöntemlerinin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu, %48.3’ü GETAT yöntemlerinin kullanılmasının vücudun savunma sisteminin güçlendirdiğini ve tıbbi

tedaviye ek yararı olduğunu, %17.5'i GETAT' ın yalnızca tedavisi mümkün olan hastalıklarda işe yarayabileceğini ve %25.8'i bilimsel olarak ispatlanmamış GETAT yöntemlerinin kaldırılması gerektiğini düşünmektedir(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların GETAT Hakkındaki Tutumlarının Dağılımı

GETAT Hakkındaki Tutumlar	Evet		Hayır		Fikrim Yok	
	S	%	S	%	S	%
Hemodiyaliz Hastaları GETAT Yöntemlerini Kesinlikle Kullanmamalıdır.	25	20.8	38	31.7	57	47.5
Hemodiyaliz Hastaları GETAT Yöntemlerini Doktora Danışarak Kullanabilir.	74	61.7	20	16.7	26	21.7
GETAT Yöntemleri Hemodiyaliz Hastaları İçin Tedavi Edici Olarak Kullanılmadan Önce Daha Çok Bilimsel Kanıt Elde Edilmelidir.	54	45.0	16	13.3	50	41.7
GETAT Yöntemleri Hemodiyaliz Hastalarının Doğru Tıbbi Tedavi Almalarını Geciktirir.	15	12.5	61	50.8	44	36.7
GETAT Yöntemleri Hemodiyaliz Hastalarının Sağlığı İçin Bir Tehdittir.	22	18.3	63	52.5	35	29.2
GETAT Yöntemleri Tıbbi Tedavi Kadar Etkilidir.	40	33.3	15	12.5	65	54.2
GETAT Yöntemleri Vücudu Savunmaya Hazırlar Ve Böylece Tıbbi Tedaviye Daha İyi Yanıt Alınır.	58	48.3	14	11.7	48	40.0
GETAT Tedavi Yöntemleri Ancak Tedavisi Mümkün Olan Basit Hastalıklar İçin Kullanılabilir, Tedavisi Mümkün Olmayan Hastalıklar İçin Kullanılamaz.	21	17.5	30	25.0	69	57.5
Bilimsel Olarak İspatlanmamış GETAT Yöntemleri Yasaklanmalıdır.	31	25.8	49	40.8	40	33.3

5.TARTIŞMA

Hastaların CAM yöntemleri hakkındaki bilgi durumların incelendiğinde; %70.8'inin CAM yöntemleri hakkında bilgisinin olduğu ve %60.8'inin bu bilgileri aile/akrabadan, %18.3'ünün internet/gazeteden, %11.7'inin sağlık çalışanından ve %8.3'ünün aktardan aldığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde hastaların CAM yöntemleri hakkındaki bilgiyi genellikle böbrek yetmezliği olan diğer hastalardan, aile ve arkadaş çevresinden, internetten, televizyondan, sağlık personelinin ve aktardan aldıklarını belirtilmektedir.⁶⁸⁻⁷⁰ Bahall⁷¹ çalışmasında hastaların CAM yöntemleri hakkındaki bilgileri aile (%68.4), arkadaşlar (%42.1), diğer hastalar (%42.1), CAM uygulayıcıları (%15.8) ve doktorlardan (%10.5) aldığını saptamıştır. Biçen⁶⁸ çalışmasında hastaların %45.3'nün kullandıkları CAM yöntemleri ile ilgili bilgileri komşu/arkadaş/iş arkadaşları/akrabalarından, %38.5'nin TV programları/haber programları/gazetelerden aldığını saptamıştır. Bu araştırma sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların kullandıkları CAM yöntemleri arasında ilk sırada %80 oranıyla fitoterapinin yer aldığı saptanmıştır. Hastaların en sık kullandıkları fitoterapi ürünlerinin ilk üç sırasında %57.5 oranıyla sarımsak, %56.7 oranıyla maydanoz ve %50 oranıyla ıhlamur yer almaktadır (Tablo 5). Literatürde böbrek yetmezliği olan hastalarının bitkisel destekleri %16.8-%45 oranlarında kullandığı bildirilmektedir.^{69,72-73} Literatüre göre hastaların en çok tercih ettiği bitkisel destekler; sarımsak, ıhlamur çayı, bitki çayları, ısırgan, maydanoz, kutsal mantar ve internet üzerinden veya aktardan alınan hazır ürünlerdir.^{68,70,74-75} Erdoğan ve ark.⁷⁰ çalışmalarında hastaların %85.5'inin bitkisel destekleri kullandığını ve en çok tercih edilen bitkisel desteklerin sarımsak (% 17.3), maydanoz (%12.8) ve nane (%9.5) olduğunu tespit etmişlerdir. Bahall⁷¹ ise çalışmasında hastaların en çok bitkisel ürünleri (100%) kullandıklarını saptamıştır.

Bahall çalışmasında hastaların en yaygın olarak kullandığı bitkisel ürünlerin tıbbi çay (%73.7), zencefil (%63.2), ve sarımsak (%57.9) olduğunu saptamıştır. Böbrek hastalıklarında bitkisel ürünlerin bilinçsiz kullanımı tübüler nekroz, intestisiyel nefrit, hipokalemi, hiperkalemi, hipertansiyon ve üriner retansiyon gibi ciddi renal sorunlara yol açabileceğinden oldukça tehlikelidir.⁷⁶⁻⁷⁷ Bitkisel ürünler arasında en sık kullanılan sarımsak böbrek hastalarında genellikle hipertansiyonun tedavi için kullanılmaktadır. Ancak sarımsağın antikoagülan, antiplatelet ve nonsteroidal anti-inflamatuvar ilaçlarla etkileşime girerek, kanama riskini artırma riski bulunduğundan böbrek hastalarının sarımsak kullanmaları uygun görülmemektedir.^{13,18}

Araştırma sonucunda hastaların %45'i kendilerini iyi hissettirdiği, %45'i ödemlerine iyi geldiği, %40'ı yorgunluğu giderdiği, %29.2'si bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve ucuz olduğu, %13.3'ü yan etkisi az olduğu ve %13'ü uykusuzluğa iyi geldiği için CAM yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde böbrek hastalarının CAM yöntemlerini sıklıkla hastalıklarını tedavi etmek, kendilerini fiziksel ve duygusal olarak iyi hissetmek, çaresizlik, tedavilerine ek yarar sağlama, maddi yetersizlik, tedaviden fayda görememe, sağlık sorunlarını önlemek, geleneksel tedavilerden daha güvenli olduğunu düşünme gibi nedenlerle CAM yöntemlerini kullandıkları belirtilmektedir.⁷⁸⁻⁸¹ Akyol ve ark.⁷² yaptıkları çalışmada böbrek yetmezliği olan hastaların %78.3'ünün hastalığı tedavi etmek, %21.7'sinin fiziksel ve duygusal iyilik için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandıkları belirlemiştir. Bahall⁷¹ çalışmasında hastaların %56.2'sinin psikolojik/duygusal iyilik sağlamak, %42.1'inin semptomları/yan etkileri hafifletmek, %5.3'ünün gevşeme/uyku sağlamak için CAM yöntemlerini kullandığını saptamıştır.

Araştırma sonucuna göre hastaların %16.7'si her gün ve %35.8'i haftada bir kez ve %15'i 15 günde bir CAM yöntemlerini kullanmaktadır ve hastaların sadece %46.7'si CAM yöntemlerini kullanırken doktorundan onay almıştır (Tablo 4). Biçen⁶⁸ çalışmasında hastaların kullandıkları bitki kökenli ürünleri bir yıldan daha uzun bir süredir ve düzenli olarak her gün veya haftada en az iki kere kullandıklarını saptamıştır. Akyol ve ark.⁷² hastaların %67.3'ünün, Uçan ve ark.⁶⁹ hastaların %87.1'inin, Biçen ve ark.⁶⁸ %78.4'ünün sağlık ekibine CAM yöntemi kullanımıyla ilgili bilgi vermediklerini saptamışlardır. Arjuna Rao ve ark.⁸² çalışmalarında hastaların CAM yöntemlerinin kullandıklarını doktorlarına söylemekten çekindiklerini saptamıştır. Hastalar genellikle sağlık ekibi tarafından eleştirilmekten korktukları için CAM yöntemlerini kullandıklarını gizlemeyi tercih etmekte ve bu durum ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyelerinin hastalar ile güven verici bir iletişim kurması ve hastayı bu konuda konuşmak için cesaretlendirmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada hastaların CAM hakkındaki tutumları incelendiğinde, %20.8'inin "hemodiyaliz hastalarının CAM yöntemlerini kesinlikle kullanmaması gerektiğine" ve %61.7'sinin "hastaların CAM yöntemlerini doktora danışarak kullanabileceğine" inandığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Okwuonu ve ark.⁸³ Nijerya'da yaptıkları çalışmalarında hastaların %83.2'sinin böbrek hastalığının tedavisi için CAM yöntemlerine güvendiğini saptamışlardır. Bu araştırma sonucunda hastaların %33.3'ünün "CAM yöntemlerinin tıbbi tedavi kadar etkili olduğuna", %48.3'ünün "CAM yöntemlerinin kullanılmasının vücudun savunma sisteminin güçlendirdiğini ve tıbbi tedaviye ek yararı olduğuna" inandığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Yusuf As ve ark.⁸⁴ Malezya'da yaptıkları çalışmalarında hastaların CAM ürünlerinin/uygulamalarının etkinliğine inandıklarını saptamışlardır. Biçen'in ⁶⁸ Türkiye'de yaptığı çalışmasında da

hastaların %75.9'unun tamamlayıcı tıp uygulamalarına inandığını saptamıştır. Bu araştırma sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Genel olarak hastalar arasında CAM yöntemlerinin doğal, güvenilir, ekonomik ve yan etkisiz olduğuna yönelik bir varsayım ve inanç vardır. Bu durum hastaların tamamlayıcı tıbbı olan eğilimini ve bu yöntemlerin kullanım sıklığını giderek artmaktadır.^{85,86} Ancak bu ürünlerin sağlık ekibinin kontrolü dışında ve bilinçsizce kullanılması ciddi sorunlara yol açabileceğinden hastaların CAM yöntemleri konusunda doğru şekilde bilgilendirilmesi ve uzman kişilere yönlendirilmesi son derece önemlidir.^{87,88}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda hastaların;

- Büyük bir çoğunluğunun GETAT yöntemleri hakkında bilgisinin olduğu ve bu bilgileri genellikle aile/akraba, internet/gazete ve sağlık çalışanından aldığı,
- GETAT yöntemlerinden en fazla fitoterapiyi kullandığı,
- GETAT yöntemlerini genellikle kendilerini iyi hissettirdiği, ödemlerine iyi geldiği, yorgunluğu giderdiği, bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve ucuz olduğu için kullandıkları,
- GETAT yöntemlerini genellikle çok sık kullanmadıkları ve çoğunun bu yöntemleri kullanırken doktorundan onay almadığı,
- Genel olarak hastaların GETAT yöntemlerine yönelik olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin hastalara GETAT yöntemleri hakkında doğru ve güvenilir danışmanlık yapması ve hastaları konu ile ilgili birim ve uzmanlara yönlendirmesi,
- Hemşirelerin öykü alırken hastaların kullandıkları GETAT yöntemlerini belirlemeye yönelik sorular sorması ve hastayla güven verici bir iletişim kurması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Davey P. Kronik hastalıklar. İçinde: Aygencel G, Durusu Tanrıöver M. (editörler). *Bir bakışta iç hastalıkları*, 3.Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2016: 9-99.
2. Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S. Kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2014, 23:773-789.
3. Tangkiatkumjai M, Boardman H, Praditpornsilpa K, Walker DM. Prevalence of herbal and dietary supplement usage in Thai outpatients with chronic kidney disease: a cross-sectional survey. *BMC complementary and alternative medicine*, 2013, 13: 153.
4. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği, *Konuralp Tıp Dergisi*. 2010, 2: 27-32.
5. Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği. İçinde: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A (editörler). *Hekimler için Hemodiyaliz*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2009: 1-25
6. United States Renal Data System. Incidence and prevalence of ESRD. *Am J Kidney Dis*. 1998, 32:38-49.
7. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2018: 3-128.
8. Pereira BJ. Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease. *American Journal of Managed Care*, 2002, 8: 122-135.

9. Lameire N, Wauters JP, Teruel JLG, Van Biesen W, Vanholder R. An update on the referral pattern of patients with end-stage renal disease. *Kidney International*, 2002, 61: S27-S34.
10. Ritz E, Koch M, Fliser D, et al. How can we improve prognosis in diabetic patients with end-stage renal disease. *Diabetes Care*, 1999, 22:80-83
11. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*, 2007, 16: 222-235.
12. Kim KH, Kim TH, Kang JW, Sul JU, Lee MS, Kim JI, Choi SM. Acupuncture for symptom management in hemodialysis patients: a prospective, observational pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2011,17: 741-748.
13. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Güngörmüş Z, Karadağ G. Böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı tedaviler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015, 20: 40-46.
14. Akyol AD. Son dönem böbrek yetmezliği(SDBY) olan hastada palyatif bakım, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2013, 2: 31-41.
15. Karadakovan, A. Derinin Değerlendirilmesi. Karadakovan, A., Aslan, F. (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014; 985-1018
16. Tan M, Karabulutlu E, Okanlı A, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 8: 32-39.
17. Özer FG, Beydağ DT, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 123-136.
18. Kara B. Kronik böbrek yetmezliğine bitkisel ürünlerin etkisi. *Gülhane Tıp Derg*, 2006, 48:189-93.

19. Tsay SL. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2004, 41: 99-106.
20. Nowack R, Balle C, Birnkammer F, Koch W, Sessler R. et al. Complementary and alternative medications consumed by renal patients in southern Germany. *J Ren Nutr*, 2009, 19: 211-219.
21. Hess S, De Geest S, Halter K, Dickenmann M, Denhaerynck K. Prevalence and correlates of selected alternative and complementary medicine in adult renaltransplant patients. *Clin Transplant*, 2009, 23: 56-62.
22. Duncan HJ, Pittman S, Govil A, Sorn L, Bissler G. et al. Alternative medicine use in dialysis patients: potential for good and bad. *Nephron Clin Pract*, 2007, 105: 108-113.
23. Çetin O. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyo Ekonomi* 2007; 2:90-105
24. Nimet O, Özlem O, Zeynep G, Gülendamlar K. Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı Tedaviler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 10: 40-46.
25. Yalçın AU, Akpolat T . Kronik böbrek yetmezliği evrelendirilmesi.
http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf.
20 mayıs 2019.
26. Ismail N, Becker BN. Treatment options and strategies in uremia: current trends and future directions. *Semin Nephrol*, 1994, 14: 292-299.
27. Stone WJ, Hakim RM. Therapeutic options in the management of end-stage renal disease. *The Principles and Practice of Nephrology*, Jacobson RH, Striker EG, Klahr S (eds). St. Louis: Mosby Year Book, 1995;653.

28. Zawada ET. Indications for dialysis. *Hand book of Dialysis*. Daugirdas JT, Ing TS (eds). Boston: Little Brown and Company, 1994; 3-9.
29. Dolar E, Altun B, Dilek K, Ecder T, Ersoy A, Güllülü M, Selçuk Y, Şimşek Ü, Tombul Z, İç hastalıkları 3.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 9-80.
30. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, 23.Baskı,2012:60-62,46-50.
31. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, 29. Baskı, 2018:605-624.
32. Kleshinski J, Crews C, Fry E, Stewart B, Reinhart C, Tolliver J, Khuder S. A survey of herbal product use in a dialysis population in Northwest Ohio. *J Ren Nutr*, 2003,13: 93-97.
33. El Nahas M. The global challenge of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2005; 68: 2918-29
34. Gross AH, Cromwell J, Fonteyn M, Matulonis UA, Hayman LL. Hopelessness and complementary therapy use inpatients with ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 2013,36:256-264.
35. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, 2.Baskı, 2014:10-22.
36. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yilmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Odabas AR, Serdengeçti K: A population-based survey of chronic renal disease in Turkey - the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, 2011,26:1862-1871.
37. Eschbach JW. The anemia of chronic renal failure: pathophysiology and the effects of recombinant erythropoietin. *Kidney int*, 1989,35:134-148.

38. Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, Loon WCW. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics. *Complement Ther Clin Pract*, 2009,15:152-157.
39. Akcay A. Kronik Böbrek Hastalığının Tanım ve Sınıflandırması. http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre27/Ali_Akcay.pdf.
20 mayıs 2019.
40. Winearls CG. Clinical Evaluation and Manifestations of Chronic Renal Failure. In: Johnson RJ, Feehally J (eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*, 1th ed. Spain, Mosby Elsevier Limited, 2003:857-875.
41. Türk Nefroloji Derneği. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri, <http://www.nefroloji.org/wp-content/uploads/2016/04/KBH-evreleri.jpg>.
20 mayıs 2019.
42. Kokko J. Chronic Renal Failure. In: Wyngaarden JB, Smith LH, editors. *Cecil Textbook of Medicine*. 18th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1988: p. 563-568.
43. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G. ESRD Patients in 2004: Global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. *Nephrol Dial Transplant*, 2005, 20:587-593.
44. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK. Subjective Burden and Quality of Life End-Stage Renal Disease. *ANNA Journal*, 1997, 24: 64-68.
45. Utaş C. Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliğinde Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri. *J Int Med Sci*, 2005, 1: 9-87.
46. Akpolat T, Ulaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:1-363.

47. Eknayan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, et al. The Burden of Kidney Disease: Improving Global Outcomes. *Kidney International*, 2004, 66: 1310-1314.
48. Stevens LA, Nolin TD, Richardson MM, Feldman HI, Lewis JB, Rodby R, Townsend R, Okparavero A, Zhang YL, Schmid CH, Levey AS; Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. Comparison of drug dosing recommendations based on measured GFR and kidney function estimating equations. *Am J Kidney Dis*, 2009 , 54: 33-42.
49. Selçuk Y, Diyaliz Tipi ve Hasta Seçimi, Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite II. Sempozyumu, Trabzon, 2004:1-3.
50. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, 3. Baskı, Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:11-20.
51. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Z, Türk S, Yıldız A. Hekimler için Hemodiyaliz El Kitabı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2009:15-22.
52. Arık N, Dilek M. Nefroloji, 2. Baskı, İstanbul, Karakter Color, 2008:336-354, 355-374.
53. Aydın Z. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2004, 4:16-20.
54. Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM. Nursing Assesment And Management Medical Surgical Nursing Assessment And Management Of Chinical Problems, Mosby, Fourty Edition, 2007:1392-1401.
55. Newby NM. Chronic Illness and The Family Life-Cycle, *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23:786-791.
56. Erkoç R. Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar. İçinde: *Diyaliz El Kitabı*, Bozfakıoğlu S,(Editör). 3.Baskı, Ankara, Güneş Kitap Evi, 2003:148-168.

57. World Health Organization. General guidelines form ethodologies on research and evaluation of traditional medicine, 2000:150-167.
58. Akupunktur TedaviYönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı:20885, 29 Mayıs 1991.
59. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. The new period in traditional and complementary medicine, Ankara, *Medical Journal*, 2015, 15:102-105.
60. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı:29158, 27 Ekim 2014.
61. Shahgholian N, Dehghan M, Mortazavi M, Gholami F, Valiani M. Effect of aroma therapy on pruritus relief in hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2010, 15: 240-244.
62. Ro YJ, Ha HC, Kim CG, Yeom HA. The effects of aroma therapy on pruritus in patients under going hemodialysis. *Dermatol Nurs*, 2002, 14:231-234.
63. Itai T, Amayasu H, Kuribayashi M, Kawamura N, Okada M. et al. Psychological Effects of Aroma therapy on Chronic Hemodialysis Patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2000, 54: 393-397.
64. Karadağ E, Kılıç SP, Karatay G, Metin O. (patent sahibi). Effect of baby oil on pruritus, sleep quality, andquality of life in hemodialysis patients. Pretest–post-test model with control groups. *Japan Journal of Nursing Science*, 2013, 11: 1-10.
65. Jeong SK, Park HJ, Park BD, Kim IH. Effectiveness of topical chia seed oil on pruritus of end-stage renal disease (ESRD) patients and healthy volunteers, *Ann Dermatol*, 2010, 22:143-148.
66. Yurtkuran M, Alp A, Dilek KA. Modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients, a randomized controlledstudy. *Complement Ther Med*, 2007, 15: 164-171.

67. Lin YJ, Lu KC, Chen CM, Chang CC. The effects of music as therapy on the overall wellbeing of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biol Res Nurs*, 2012, 14: 277-285.
68. Biçen C, Erdem E, Kaya C ve ark. Kronik böbrek hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Türk nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2012, 21: 136-140.
69. Uçan Ö, Ovayolu N, Pehlivan S. Hemodiyaliz hastalarının alternatif yöntem kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2007, 3: 56-60.
70. Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. *Spatula DD*, 2013,3: 107-112.
71. Bahall M. Use of complementary and alternative medicine by patients with end-stage renal disease on haemodialysis in Trinidad: A descriptive study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2017, 250: 2-10.
72. Akyol A, Yıldırım Y, Toker E, Yavuz B. The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. *J Clin Nurs*, 2011, 20: 1035-1043.
73. Kara B. Herbal product use in a sample of turkish patients undergoing haemodialysis. *J Clin Nurs*, 2009, 18: 2197-2205.
74. Birol L, Akdemir N, Bedük T. *İç hastalıkları Hemşireliği*, Vehbi Koç. 1993:140-167.
75. Kara B. Kronik böbrek yetmezliğine bitkisel ürünlerin etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006, 48: 189-193.
76. Isnard BC, Deray G, Baumelou A, Le Quintrec M, Vanherweghem JL. Herbs and the Kidney. *Kidney Dis*, 2004, 44: 1-11.

77. Luyckx VA, Steenkamp V, Rubel JR, Stewart MJ. Adverse effects associated with the use of South African traditional folk remedies. *Cent Afr J Med*, 2004, 50: 46-51.
78. Erdoğan Z, Özcanlı D, Çınar S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Spatula DD*, 2014, 23: 773-789.
79. Cho YC, Tsay SL. The Effect of Acupressure with Massage on Fatigue and Depression in Patients with End-stage renal Disease. *J Nurs Res*, 2004, 12: 51-58.
80. HC H. Effect of Aroma therapy on Skin Xerosis and Pruritus in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *J Korean Acad Nurs*, 1999, 29: 1284-1293.
81. Silvi Shah, NP Singh, Waqas Qureshi. Prevalence Of Complementary And Alternative Medicine In Patients With Chronic Kidney Disease In INDIA. *American Journal of Kidney Diseases*, 2013, 61.
82. Arjuna Rao AS, Phaneendra D, Pavani CD, Soundararajan P, Rani NV, Thennarasu P, et al. Usage of complementary and alternative medicine among patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *J Pharm Bioallied Sci*, 2016,8: 52–57.
83. Okwuonu CG, Ezeani IU1, Olokor AB, Aniede EF. Belief in complementary and alternative medicine in the management of kidney diseases in a rural population of South-East Nigeria. *International Journal of Medicine and Biomedical Research*, 2014,3: 168-177.
84. Muhammad Yusuf AS, Abdul Halim AG, Shamsul Azhar S. The Use of Complementary and Alternative Medicine among Malaysian Chronic Kidney Disease Patients. *Med & Health*, 2019, 14: 219-234.
85. Tangkiatkumjai M, Boardman H, Praditpornsilpa K, Walker DM. Reasons why Thai patients with chronic kidney disease use or do not use herbal and dietary supplements. *BMC Complement Altern Med*, 2014,14: 473.

86. Markell MS. Potential benefits of complementary medicine modalities in patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*, 2005,12: 292–299.
87. Dahl NV. Herbs and supplements in dialysis patients, Panacea or Poison. *Semin Dial*, 2001, 14:186–192.
88. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi bitkilerle tedaviye dikkat. *STED*, 2005, 14:182–187.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı : Eren KILIÇ Doğum tarihi : 29.11.1994 Doğum yeri : ÇORUM Medeni hali : Bekar Uyruğu : T.C. Adres : Selçuklu Mahallesi Hikmet Sokak No:53 DADAŞKENT/ERZURUM Tel : 05396084519 Faks : Metin girmek için burayı tıklatın. E-mail : fenerli79562@gmail.com
Eğitim
Lise : Ferizli Fikret İsmet Aktekin Anadolu Lisesi (2009-2012) Lisans : Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık.Y.O (2012-2016) Yüksek lisans : Atatürk Üniversitesi Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2017-2019) Doktora : Metin girmek için burayı tıklatın. Metin girmek için burayı tıklatın.
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce : Yök dil 57, Mart 2020 Almanca : Metin girmek için burayı tıklatın. Rusça : Metin girmek için burayı tıklatın.
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
.....
İlgi Alanları ve Hobiler
Müzik dinlemek, yürüyüş yapmak, spor, film izlemek, Beatbox Metin girmek için burayı tıklatın.

EK-2. ETİK BİLDİRİM ve İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

İç Hastalıkları Hemşireliği ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak *Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI* danışmanlığında sunulan “Hemodiyaliz Hastalarının Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutumları Ve Uygulamaları” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	15	15
Genel Bilgiler	30	30
Materyal ve Metod	35	35
Bulgular	10	10
Tartışma	15	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 27 / 05/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Eren KILIÇ

Danışman Adı-Soyadı
İmza

Doç.Dr. Mehtap KAVURMACI

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

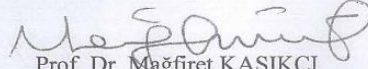


ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

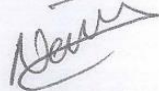
Sayı: 2019-2/7

Tarih: 19.04.2019

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mehtap KAVURMACI, Eren KILIÇ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Hemodiyaliz Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutumları ve Uygulamaları” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye


Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye


Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

04.10.2019

Uygun

EK-4. KURUM İZNİ



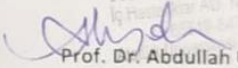
T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-300-E.2000137127
Konu : Uygulama İzni (Mehtap
KAVURMACI ve Eren KILIÇ)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08.05.2019 tarihli ve 45361945-300-E.1900143594 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Öğretim üyesi Doç.Dr. Mehtap KAVURMACI ve danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans öğrencisi Eren KILIÇ ile birlikte yürüttüğü "Hemodiyaliz hastalarının Geleneksel ve tamalayıcı tedavi yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve uygulamaları" konulu çalışmasını yapması uygun görülmüştür. Gereği arz olunur. 10.05.2019


Prof. Dr. Abdullah UYANIK
Akademisyen

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#?birim=tip-fakultesi>
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Ahmet KILIÇ
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



EK-5. ANKET

HEMODİYALİZ HASTALARININ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUMLARI VE UYGULAMALARI

Sayın katılımcı,

Bu anket formları **Hemodiyaliz Hastalarının Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutumları Ve Uygulamaları** belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen ölçek formuna geçmeden önce kişisel bilgi formunu doldurunuz.

Formu doldururken cümleleri mümkün olduğu kadar içtenlikle yanıtlayınız ve hiçbir soruyu yanıtlamadan bırakmayınız.

Yaş:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Medeni Durum: Evli () Bekar() Dul()

Eğitim Durumu:

Okuryazar değil() Okur yazar/ilköğretim() Ortaöğretim() Lise() Üniversite()

Ekonomik Durum

Gelir durumu kötü() Gelir durumu orta() Gelir durumu iyi()

Çalışma Durumu: Çalışmıyor() Çalışıyor() Emekli() Ev hanımı()

Hastalık Süresi:

Hemodiyaliz Süresi:.....

Hemodiyaliz Programı: Haftada 2 kere() Haftada 3 kere() Haftada 4 kere()

Diyete Uyuma Durumu: Evet() Hayır() Kısmen()

Sigara Kullanma Durumu: Hayır()Evet () Günde:.....adet/paket

Alkol Kullanma Durumu: Hayır()Evet () Kullanma sıklığı:

Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu: Evet () Hayır()

Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı: Evet () Hayır()

Geleneksel ve Tamamlayıcı tedavi (GETAT) yöntemleri hakkında bilginiz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

(Cevabınız evet ise) GETAT yöntemleri hakkındaki bu bilgileri nereden aldınız?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ebeveynler/büyükanne-
büyükbaba | ☐ Doktor/hemşire |
| ☐ Arkadaşlar/diğer aile üyeleri | ☐ Eczacı |
| ☐ İnternet | ☐ Aktar |
| ☐ Gazete/dergi | ☐ Diğer |

GETAT yöntemlerini kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

(Cevabınız evet ise) Kullandığınız GETAT yöntemleri nelerdir?

- | | |
|---|---|
| ☐ Müzik terapi | ☐ Multivitamin |
| ☐ Aromaterapi | ☐ Sülük tedavisi |
| ☐ Akupunktur | ☐ Hacamat |
| ☐ Kaplıca terapi | ☐ Kupa tedavisi |
| ☐ Arı sütü | ☐ Meditasyon |
| ☐ Polen | ☐ Diğer: |
| ☐ Propolis | |
| ☐ Masaj | |
| ☐ Reiki | |
| ☐ Yoga | |
| ☐ Balık yağı/Omega-3 | |

Fitoterapi Ürünleri	Kullanmıyorum	Kullanıyorum	Kullanım amacı
Sarımsak			
Isırgan			
Keten tohumu			
Maydanoz			
Kekik			
Karadut			
Nane			
Çörek otu			
Yeşil çay			
Ekinezya			
Zerdeçal			
Meyan kökü			
Kuşburnu			
İhlamur			
Diğer			

(Cevabınız evet ise) GETAT yöntemlerini kullanma nedeniniz nedir?

- ☐ Kaşıntı için
- ☐ Kas krampları için
- ☐ Yorgunluğu gidermek için
- ☐ Ödemi atmak için
- ☐ Uykusuzluk için
- ☐ Bulantı için
- ☐ Hipertansiyon için
- ☐ Şeker hastalığı için
- ☐ Kabızlık için
- ☐ Kısırlık için
- ☐ Kendimi iyi hissettirdiği için
- ☐ Yan etkisi daha az olduğu için
- ☐ Tıbbi tedavimden fayda görmediğim için
- ☐ Bağışıklık sistemimi güçlendirdiği için
- ☐ Doğal ve ucuz oldukları için
- ☐ Diğer:

Kullandığınız GETAT yöntemlerini hangi sıklıkta kullandınız?.....

☐ hergün ☐ haftada bir ☐ 15 günde bir ☐ ayda bir ☐ sadece bir kez

Son altı ay içinde tıbbi tedavinize ek olarak herhangi bir GETAT yöntemi kullandınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Kullandığınız GETAT yöntemleri için hekiminizden onay aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Kullandığınız GETAT yöntemlerinden memnun kaldınız mı/ bir fayda gördünüz mü?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

Hemodiyaliz hastaları GETAT yöntemlerini kesinlikle kullanmamalıdır.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

Hemodiyaliz hastaları GETAT yöntemlerini doktora danışarak kullanabilir.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT yöntemleri hemodiyaliz hastaları için tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmelidir.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT yöntemleri hemodiyaliz hastalarının doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirir.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT yöntemleri hemodiyaliz hastalarının sağlığı için bir tehdittir.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT yöntemleri tıbbi tedavi kadar etkilidir.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT yöntemleri vücudu savunmaya hazırlar ve böylece tıbbi tedaviye daha iyi yanıt alınır.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

GETAT tedavi yöntemleri ancak tedavisi mümkün olan basit hastalıklar için kullanılabilir, tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için kullanılamaz.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok

Bilimsel olarak ispatlanmamış GETAT yöntemleri yasaklanmalıdır.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim Yok