



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN
HASTALIĞA UYUMUNUN SIVI KONTROLÜNE ETKİSİ

Hacı Ahmet ÇANKAYA

MUĞLA-2023

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN
HASTALIĞA UYUMUNUN SIVI KONTROLÜNE ETKİSİ

Hacı Ahmet ÇANKAYA

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Hacı Ahmet ÇANKAYA tarafından hazırlanan Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sıvı Kontrolüne Etkisi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hatice KARABUĞA YAKAR Marmara Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 16.05.2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

16.05.2023

(İmza)

Hacı Ahmet ÇANKAYA

ETİK BEYAN

Yüksek lisans/Doktora tezi olarak sunduğum “Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sıvı Kontrolüne Etkisi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

16.05.2023

(İmza)

Hacı Ahmet ÇANKAYA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, bana her konuda destek olan ve hayatım boyunca benim için anlamlı bir yere sahip olacak olan kıymetli hocam, Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN'a,

Araştırmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesi çalışanlarına ve çalışmaya kendi rızasıyla gönüllü olarak katılan tüm hastalara, Tez çalışmamın istatistik değerlendirmelerinde bana yardımcı olan Cem GÜZEY'e,

Her türlü zorluğa göğsünü gererek gerek eğitim hayatımı gerekse sosyal hayatımı maddi ve manevi her yönden destekleyen, varlığına şükrettiğim sevgili annem Fatma ÇANKAYA, kıymetli babam Ahmet ÇANKAYA ve canım kardeşlerime, Yüksek lisans çalışmamı yaparken benden sevgisini, merhamet duygusunu ve her türlü desteğini esirgemeyen, benim umut kaynağım, hayat arkadaşım, yoldaşım sevgili Kiraz ŞAHİNER'e

Sonsuz sevgi, saygı ve hürmetlerimi sunarım.

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN HASTALIĞA UYUMUNUN SIVI KONTROLÜNE ETKİSİ

ÖZET

Çalışma hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma 13 Haziran 2022, 11 Eylül 2022 tarihleri arasında İstanbul'daki bir kamu hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde kesitsel çalışma tasarımı kullanılarak yapıldı. Çalışmaya 71 hemodiyaliz tedavisi uygulanan birey dahil edildi. Veri toplama aşamasında Hasta Değerlendirme Formu, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede sayı, yüzde, t testi, ANOVA, varyans homojenliği için Levene testi, Tamhane's T2 testi, Bonferroni testi ve pearson korelasyon analizinden yararlandı $p<.05$ kabul edildi. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 46.94 ± 15.42 , %54.9'u kadın, %57.7'si evli, %50.7'sinin eğitim durumu ilköğretim ve altıdır. Hastaların %47.9'unun 13 ay- 5 yıldır hemodiyaliz tedavisi aldığı ve %93'üne haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi uygulandığı saptandı. Bireylerin %52.1'inin kronik böbrek hastalığı dışında farklı bir kronik hastalığı olduğu, %73.2'sinin bakım konusunda destek aldığı, %66.2'sinin hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldığı belirlendi. Son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği toplam puan ortalaması 986.66 ± 154.38 , hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü ölçeği toplam puan ortalaması ise 51.82 ± 5.78 'dir. Hastaların cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumunu ile son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan bireylerin hastalığa uyumu ile sıvı kontrolü düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, bireylerin hastalığa uyum düzeyleri arttıkça sıvı kontrolü düzeylerinin de arttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hastalığa uyum, sıvı kontrolü

THE EFFECT OF ADJUSTMENT TO ILLNESS IN HEMODIALYSIS PATIENTS ON FLUID CONTROL

ABSTRACT

The study was done to determine the effect of adjustment to illness in dialysis patients on fluid control. The study was a cross-sectional design and was conducted in the hemodialysis unit of a public hospital in Istanbul between the dates of June 13, September 11, 2022. The study included 71 dialysis patients receiving treatment in the unit. The Patient Evaluation Form, End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire and Hemodialysis Patients Fluid Control Scale were used to collect data. Number, percentage, t-test, ANOVA, Levene test for homogeneity of variance, Tamhan's T2 test, Bonferroni test and Pearson Correlation analysis were used for statistical evaluation. Significance level was set at $p < 0.05$. The mean age of the participants of in the study was 46.94 ± 15.42 ; 54.9%; 54.9% of the participants were female; 57.7% were married and 50.7% had no formal education beyond elementary school. It was found that 47.9% of the patients had received hemodialysis treatment for 13 months to 5 years and 93% received hemodialysis treatment three times a week. It was determined that 52.1% of the individuals had another chronic disease other than chronic kidney disease, 73.2% received support for care, and 66.2% received training on hemodialysis treatment. The total score in the end stage renal disease adherence questionnaire was 986.66 ± 154.38 , and the total score in the hemodialysis patient's fluid control scale is 51.82 ± 5.78 . There was a statistically significant relationship between the total scores and sub-dimension mean scores of the patients and sex, marital status and status of having children. The study was determined a positive correlation between adjustment to illness and fluid control levels of the patients included in the study and as the patients' adjustment to illness increased, their fluid control levels also increased.

Keywords: Hemodialysis, adjustment to illness, fluid control

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı	4
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılaması	4
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Evrelendirmesi	5
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi	6
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri	6
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti Ve Bulguları.....	7
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri	7
2.8. Hemodiyaliz Tedavisinde Görülen Komplikasyonlar.....	9
2.9. Uyum Kavramı ve Kronik Hastalıklara Uyum	10
2.10. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı- Volüm Dengesizliği.....	12
2.11. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ve Hemşirelik Bakımı.....	13
3. YÖNTEM	15
3.1. Araştırma Modeli	15
3.2. Araştırma Evren ve Örnekleme/Araştırma Materyali.....	15
3.3. Veri Toplama Araçları	16
3.4. Veri Toplama Süreci	17
3.5. Deneysel Kurgu.....	17
3.6. İstatistiksel Analiz.....	17
3.7. Etik Onay	18
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR	19

5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
6.2. Öneriler	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	62
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	62
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	63
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	64
HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜ ÖLÇEĞİ İZİN FORMU	73
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	74



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
ALP: Alkalen Fosfataz
APD: Aletli Periton Diyalizi
DF: Difüzyon
DM: Diabetes Mellitus
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD: Hemodiyaliz
HHSKÖ: Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği
HT: Hipertansiyon
İDKA: İnterdiyalitik Kilo Alımı
KBH: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes
Ml: Mililitre
Na: Sodyum
NKF: Ulusal Böbrek Vakfı
NKF-DOQI: Ulusal Böbrek Vakfı- Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
Ort: Ortalama Değer
PD: Periton Diyalizi
PTH: Paratiroid Hormon
RRT: Renal Replasman Tedavisi
SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SDBY-UÖ: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
Ss: Standart Sapma
TND: Türk Nefroloji Derneği
UF: Ultrafiltrasyon

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri	5
Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı (n=71)	19
Tablo 4.2. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların bakım ve destek alma durumlarına ilişkin verilerin dağılımı (n=71)	20
Tablo 4.3. (Devam) Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin verilerin dağılımı (n=71)	22
Tablo 4.4. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların SDBY-UÖ, HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=71)	23
Tablo 4.5. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)	24
Tablo 4.6. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)	26
Tablo 4.7. Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=71)	27
Tablo 4.8. Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)	30
Tablo 4.9. SDBY-UÖ ve HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	33

1. GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde hızla yayılan ve her geçen gün insidansı artan Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), kronik hastalıklardan yalnızca bir tanesidir (Atik ve Karatepe, 2014; Pehlivan vd., 2016; Seyahi, Ateş, ve Süleymanlar, 2016; Yılmaz Karabulutlu ve Biçer 2020). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek yapı ve fonksiyonlarının üç aydan uzun bir süre bozuk olması durumunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Ortiz vd., 2014). Böbrekteki birçok nefronun geri dönüşü olmayan tahribata uğradığı bu klinik tabloda Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) hızında kademeli bir şekilde azalma olması ile birlikte böbrek fonksiyonlarında yapısal ve işlevsel patolojiler ortaya çıkar (Kesik, 2022).

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde GFH değeri 15 ml/dk/ 1.73 m² ve altına düştüğünde bireyin Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) tanısı alması kaçınılmazdır. SDBY tanısı alan bireyler hastalığın ortadan kalkması için ya da ilerlemesini durdurmak için bir Renal Replasman Tedavisine (RRT) ihtiyaç duyar. SDBY tedavisinde kullanılan renal replasman tedavileri böbrek transplantasyonu, Periton Diyalizi (PD) ve Hemodiyaliz 'dir (HD) (Korkmaz, 2016; Levey ve Coresh 2012; Süleymanlar vd., 2010). Hemodiyaliz, SDBY tedavisinde en sık kullanılan RRT olduğu tespit edilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi ile bireylerin yaşam kalitesinin ve süresinin artması için çaba gösterilmektedir (Oygar vd., 2003).

Hemodiyaliz bir makine yardımı ile kanın toksin maddeler ve vücutta biriken fazla sıvıların atılması esasına dayanan bir tedavi şeklidir. Böylece son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların yaşam süresi ve kalitesi uzamaktadır (Beaudet vd., 2022). Dünya genelinde son dönem böbrek yetmezliği tanısı konulan hasta sayında ve buna paralel olarak hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta sayısında istikrarlı bir artış söz konusu olduğu belirtilmiştir (Ye-Na ve Eun Young, 2022).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin immün sistemleri sağlıklı bireylere göre daha zayıftır bu sebeple enfeksiyona bağlı gelişen hastalıklar, Diabetes Mellitus (DM) ve kardiyovasküler sistem hastalıklarına karşı oldukça savunmasızdırlar (Beppu vd., 2019).

Yapılan çalışmalarda ülkemizde SDBY nedenleri arasında ilk sırada Diabetes Mellitus (DM), ikinci sırada ise Hipertansiyon (HT) olduğu tespit edilmiştir. DM ve HT'yi glomerülo nefrit ve diğer hastalıklar takip etmektedir (Süleymanlar vd., 2010; Şentürk 202). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar, kronik böbrek hastalığının ortaya çıkardığı olumsuz etkilerin yansira hemodiyaliz tedavisi sonucu oluşan ağrı, kaşıntı, bulantı, kusma ve kendini toplumdandan soyutlama gibi kompleks durumlarla da mücadele etmek zorunda olup bu durumlara uyum sağlamalıdır (Sarımehmet, 2020).

Hastaların tedavi sürecinde başarılı olabilmesi için zorunlu olan uyum, farklı koşullara göre tedavi gören hastaların davranış biçimlerindeki değişikliğini yapabilme kabiliyeti olarak bilinir. Hastalar içinde buldukları sorunlara farklı ölçülerde uyum sağlayabilmektedir (Gerçek, 2021). Hemodiyaliz; bireyleri hastalığın komplikasyonlarıyla uğraşma, hastalığa uyum sağlama, belirli bir diyet ve sıvı kısıtlamasını devam ettirme zorunluluğunda bırakmaktadır (Ergin, 2021). Nefroloji hemşireleri hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeyleri hakkında bilgi sahibi olması, hastaların kendi başına sıvı kontrolüne yönelik yöntemler geliştirmesini sağlamaktadır (Beerendrakumar, Ramamoorthy ve Haridasan, 2018).

Hastalığa uyum sağlayabilen bireyler hemodiyaliz seans ve süresine, diyet kısıtlamasına, sıvı kısıtlamasına ve ilaç kullanımına da uyum sağlayabilmekte ve buna bağlı olarak hemodiyaliz tedavisinin neden olduğu komplikasyonlarla da baş edebilmektedir (Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015; Bektaş vd., 2019). Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam tarzında değişiklikler yapmasını gerektiren ve neredeyse hayatının geri kalan döneminde kendisine eşlik eden zorlu bir süreçtir. Bu süreçte hastaların sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin yükseltilmesi de oldukça güçtür. Sıvı kontrolünü sağlamak bireylerin hastalığa uyum sağlaması ile doğrudan ilişkilidir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun (Dizen Kazan vd., 2022) yüksek olduğu ve sıvı kontrolü düzeyinin (Biçer ve Yılmaz Karabulutlu, 2020; Koşar, Çınar Pakyüz ve Dedeli Çaydam, 2018) orta seviyede olduğu görülmüştür. Ancak hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya erişilememiştir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolü düzeyinin artırılması, yaşam kalitesinin de yükselmesinde oldukça büyük bir katkısı vardır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler hastalığa uyumun önemini ortaya koyacağı, sıvı kontrolü düzeyinin yükseltilmesinde yol gösterici olacağı, hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin bakımında hemşirelere yardımcı olacağı ve bundan sonraki çalışmalar için iyi bir kaynak olacağı tahmin edilmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırma Soruları

1. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyum düzeyleri nasıldır?
2. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolü düzeyi nasıldır?
3. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolü düzeyini etkileyen değişkenler nelerdir?
4. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda hastalığa uyum ile sıvı kontrolü arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek yapı ve fonksiyonlarının üç aydan uzun bir süre bozuk olması durumunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Ortiz vd., 2014). Böbrekteki birçok nefronun geri dönüşü olmayan tahribata uğradığı bu klinik tabloda glomerüler filtrasyon hızındaki (GFR) kademeli bir şekilde azalma olması ile birlikte böbrek fonksiyonlarında yapısal ve işlevsel patolojiler ortaya çıkar (Kesik, 2022).

KBY, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Böbrek Vakfı'nın (NKF) yayınladığı kılavuza göre iki parametre esas alınarak değerlendirilir. Bu parametrelerden birincisi, GFR'deki değişimler göz önünde bulundurulmaksızın, böbrek yapı ve fonksiyonlarındaki üç aydan uzun süren bozukluklardır. İkinci parametre ise GFR'nin üç aydan uzun süre $<60\text{mL/dak}/1.73\text{m}^2$ altında olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Levey vd., 2005).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılaması

Bireylerin KBY tanısı almasında öncelikli parametre GFH'dir. GFH'nin hesaplanmasında 24 saatlik idrar miktarı ile insülin miktarında endojen kreatinin klirensi değerlendirilmektedir (Çeçen, 2019). KBY tanılamasında görüntüleme tetkikleri ve laboratuvar testlerinden de faydalanılmaktadır. Görüntüleme tetkikleri sonucu bilateral böbrek boyutunda küçülmeler meydana gelebilmektedir. Laboratuvar testlerinde ise alkalin fosfataz (ALP) düzeyinde artış, hiperfosfatemisi, hipokalsemi ve paratiroid hormon (PTH) düzeyinde yükselme görülür (Alakaş, 2021). Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2012 yılında yayınladığı raporda KBY tanılması için gerekli klinik bulgular hematüri, idrar sedimantasyon anomalileri, , albüminüri (idrara albümin $>30\text{mg}/24\text{saat}$), böbrek parankim tahribatı, tübüler hasar sonucu oluşan elektrolit bozuklukları ve hastanın böbrek nakli öyküsünün olması şeklinde ifade edilmiştir (İlter, 2021; Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Evrelendirilmesi

Geçmiş yıllarda KBY, hafif, orta, ağır şeklinde sınıflandırılırken artık günümüzde Ulusal Böbrek Vakfı- Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NFK-DOQI) önerisi ile hastaların tedavisinde uluslararası ortak bir dil oluşturulması için KBY evrelere ayrılarak değerlendirilmiştir (Topbaş, 2015). KBY ilerleyici ve geri dönüşsüz bir klinik tablo olması nedeni ile hastaların mevcut psikolojik ve fizyolojik durumunun ilerlemesine neden olabilecek risk faktörlerini belirlemek ve hastalığın neden olduğu patolojik sonuçları kontrol altına alabilmek için KBY, albüminüri değerleri ve böbrek GFR referans alınarak Kidney Disease Improving Global Outcomes tarafından beş evreye ayrılmıştır (İlter, 2021). Buna göre kronik böbrek hastalığının evreleri Tablo 2.1.'de yer verilmiştir.

Tablo 2.1. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri

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
Albüminüri Evreleri	AER (mg/gün)	Tanım
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

Kaynak: Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2018.

Evre 1; GFR'deki azalma haricinde herhangi bir belirti vermez, asemptomatiktir (Topbaş, 2015).

Evre 2; Böbrek tahribatı olmasına karşın hiperfiltrasyon görülür. Bu evrede böbrek yetmezliği ve kardiyak hastalık riski bulunmaktadır (İlter, 2021).

Evre 3; Böbrek fonksiyonlarının yarısının ya da daha fazlasının yapısal ve işlevsel olarak bozulması ile ortaya çıkan klinik tablo belirginleşir (İlter, 2021).

Evre 4; Böbreğin süzme işlevi dakikada 15-29 ml arasındadır (Beto ve Bansal, 2004). GFR'deki azalma sonucu bazı semptomlar belirginleşir. Bunlar metabolik asidoz, hipokalsemi, hiperfosfatemi, bulantı, kusma, kanama ve anemi olarak gösterilebilir (Topbaş, 2015).

Evre 5; Bu evrede GFH dakikada 15 ml altına düşmüştür. Üremik belirtiler şiddetlenir. Tüm organ ve sistemlere ait semptomlar belirti verir. İdrar miktarında gözle görülür azalma meydana gelir. Sonuç olarak Renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyulur. (Levey vd., 2005).

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Dünya üzerinde 850 milyon insanın birçok sebepten böbrek hastalığına yakalandığı tahmin edilmektedir. KBY yılda en az 2.4 milyon insanın ölümüne neden olmakla birlikte prevalansı hızla artan altıncı ölüm nedenidir. KBY'nin 2040 yılı sonuna doğru ulusal boyutta beşinci en yaygın ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (WKD, 2020). Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) uluslararası boyutta ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Tüm dünyada hızla artmakta olan Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak 75-350 milyon insanı etkisi altına almaktadır. Ülkemizde her yıl ortalama 15000 birey SDBY tanısı almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2018-2023 Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı başlıklı eylem raporunda, KBH prevalansının %15.7 olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2018-2023 Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı başlıklı eylem raporunda, KBH prevalansının Çin'de %13, Tayvan'da %12, Amerika Birleşik Devletleri'nde %11 ve Avustralya'da %10 olduğu belirtilmiştir. Literatürde tüm dünyada KBH prevalansının %6-10 arasında olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri

Kronik böbrek yetmezliğine etki eden birçok faktör vardır. Bunlar hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanı sıra ülkelerin etnik yapılarına ve coğrafi konumlarına göre değişiklik göstermektedir (Collins vd., 2015).

Geçmiş yıllarda ülkemizde KBY'nin temel etiyolojik faktörü kronik glomerülonefrit olarak belirtilirken, yapılan çalışmalarda KBY'ye neden olan primer hastalık diabetes mellitus (DM), bunu takip eden diğer hastalığın ise hipertansiyon (HT) olduğu bildirilmiştir (Çeçen, 2019). Kronik glomerülonefrit, DM ve HT'ye ek olarak renal arter hastalıkları, konjenital malformasyonlar, pyelonefrit ve uzun süreli akut böbrek hastalıkları KBY'nin etiyolojik faktörleri arasında gösterilmektedir (Freitas vd., 2018). Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) normal seyirli olan hastalar da dahil olmak üzere KBY için risk unsuru oluşturan faktörlerin belirlenmesi hastalık ve tedavi süreci için önem arz etmektedir. Başta DM olmak üzere HT, immün sistem hastalıkları, ailede böbrek hastalığı varlığı, ileri yaş, proteinüri, üriner sistem hastalıkları KBY için risk oluşturmaktadır (Tanır, 2020).

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti Ve Bulguları

Kronik böbrek yetmezliği belirti ve bulguları hastalığın ortaya çıkma hızı, hastalığın kaynağı ve derecesine göre ortaya çıkmaktadır. KBY sonucu üremi gelişir buna bağlı organ ve sistemler etkilenir bu nedenle hastalık belirti vermeye başlar (Burkey, 2021). KBY ilk evrelerinde hastalarda belirti görülmeyebilir. GFH 10-15 ml/dak ve altına düştüğünde hastalarda bazı belirtiler ortaya çıkar. Bunlar; uykusuzluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, halsizlik ve adaptasyon sorunu olarak sıralanabilir. Ayrıca kan üre azotu miktarının da artmasıyla hastalarda belirti ortaya çıkmaktadır (Başer, 2018). Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarda sık karşılaşılan belirtiler; bacaklarda ve yüzde şişme, baş dönmesi, uykusuzluk, öksürme ve ağız kuruluğu, şiddetli kas krampları, iştahsızlık, geçmeyen göğüs ve sırt ağrıları, cinsel aktivite bozukluğu, ciltte kuruluk ve kaşıntı olarak nitelendirilmektedir (Akgöz ve Arslan, 2017; Murtagh, Addington-Hall ve Higginson, 2007).

2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) KBH'nin beşinci ve son evresidir. Bu evrede hastaların sıvı ve diyet kısıtlaması düzeyleri, konfor düzeyleri, fiziksel, sosyal ve psikolojik anlamda hastalığa uyum sağlama düzeylerinde değişiklik olmaktadır. Bu değişimlere ek olarak hastalar bir tedaviye ihtiyaç duyar. SDBY tanısı alan hastalara uygulanan tedaviler Renal Replasman Tedavisi (RRT) olarak adlandırılmakta olup, bunlar; renal transplantasyon, periton diyalizi ve hemodiyalizdir (İlter, 2021; Sağlık Bakanlığı, 2018; Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018).

2.7.1. Renal Transplantasyon

Böbreğin yapısal ve işlevsel tüm fonksiyonlarının düzeltildiği KBY'nin en ideal tedavi yöntemi renal transplantasyon (RT) olarak düşünülmektedir. Ancak renal transplantasyonun uygulama yönünden sınırlılıkları vardır, bunun için tüm dünyada ve ülkemizde hastalar diğer tedavi seçenekleri olan hemodiyaliz ve periton diyalizini tercih etmektedir (Kesik, 2022; Koşar Şahin, 2019).

Renal transplantasyonun böbrek fonksiyonlarının tümünü yerine getirmesi gibi birçok avantajı bulunsa da böbrek nakli sonrası cerrahi işleme ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak enfeksiyon gelişme riski, nakil sonrası görülen HT, DM ve malignite gelişme riski gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Uysal vd., 2017). Literatürde RRT tedavisi uygulanan hasta sayısının 2.6 milyonun üzerinde olduğu belirtilmektedir. Tüm dünyadaki hasta sayısının %22'sinin ülkemizdeki hastaların ise %22.86 (19150)'sının RT yöntemi ile tedavi gördüğü bildirilmiştir (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

2.7.2. Periton Diyalizi

SDBY tedavisinde tercih edilen bir diğer tedavi yöntemi Periton Diyalizi (PD)'dir. PD periton boşluğuna kateter yerleştirilip özel bir solüsyon gönderilerek osmotik basınç oluşturulur, periton yüzeyinin doğal bir diyaliz membranı olarak kullanılan bu yöntem ile vücutta biriken fazla su ve üremik toksinlerin uzaklaştırılması ile sıvı- elektrolit dengesinin sağlanması işlemi olarak tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2016). Renal replasman tedavilerinden biri olan periton diyalizi kullanım oranı ülkemizde Türk Nefroloji Derneği'nin 2019 yılı raporlarına göre %3.93 (3292) olarak bildirilmiştir (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

Hemodiyaliz (HD) ünitesinde kaldığı süre boyunca çalışma hayatını olumsuz etkileyen, coğrafi koşullar gereği HD ünitesinden uzakta ikamet eden ve ulaşım sorunu olan, yaşlanmaya bağlı HD ünitesine gelmekte güçlük çeken hastalar ile periton diyalizi endikasyonu olan DM, HT ve kalp rahatsızlığı bulunan hastalar için periton diyalizi hayat kurtarıcı bir yöntemdir (Tuncel, 2021). Bireylerin evde kendi başına gerçekleştirebileceği bu yöntem temelde iki şekilde uygulanmaktadır. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD); diyaliz boşluğuna 3 ya da 4 defa olmak üzere özel diyaliz solüsyonu gönderilir bir sonraki aşamada ise ikinci bir torbaya periton boşluğuna gönderilen solüsyonun drenajı sağlanır ve bu şekilde SAPD işlemi tamamlanmış olur.

Literatürde SAPD'nin en sık kullanılan PD çeşidi olduğu belirtilmiştir. PD'nin ikinci çeşidi ise Aletli Periton Diyalizi (APD)'dir. Gündüz çalışan bireylerin hayatını kolaylaştıran ve gece diyaliz işleminin tamamlandığı bu yöntemle hasta uyurken periton diyalizi aleti 5-6 defa olmak üzere diyaliz solüsyonunun değişimini sağlamaktadır (Cömert, 2022; Dell Aquila vd., 2006).

2.7.3. Hemodiyaliz

KBY tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem ise Hemodiyaliz (HD)'dir. Literatürde son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarda vücutta biriken sıvı ve kanda biriken toksinlerin vücut dışında bulunan bir makine yardımı ile diyaliz sıvısına geçişinin sağlanması olarak ifade edilmektedir. (Kızılcık Özkan vd., 2019). Hemodiyaliz tedavisi 1913'te ilk olarak nefrektomize köpekler üzerinde denenmiş olup, insanlarda ise ilk defa Dr. Kolff tarafından 1944 yılında uygulanmıştır (Tuncel, 2021). SDBY tedavisinde en sık tercih edilen RRT yöntemi hemodiyalizdir (Seyahi vd., 2015). Türk nefroloji derneğinin 2019 yılı raporlarına bakıldığında RRT yöntemleri içinde HD tedavisi uygulanan hastaların oranı %73.21 (61.341) olduğu belirtilmiştir (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

HD tedavisi temelde iki teknik kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Bunlar Difüzyon (DF) ve Ultrafiltrasyon (UF)'dur. Difüzyon tekniğinde diyalizer aracılığı ile hasta plazması ve özel diyaliz solüsyonu birleşir. Kanda bulunan moleküller ve özel diyaliz solüsyonu yüksek yoğunluklu ortamdan az yoğunluklu ortama geçiş yapar. Ultrafiltrasyon tekniğinde ise osmotik basınç prensibine göre diyalizer arasında sıvı geçişi olarak tanımlanır (İlter, 2021). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarının birçoğu kas gücünün azalması ve buna bağlı fiziksel yetersizlikten mustarıptir. Bu durum hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin zamanla azalmasına ve ileri dönemde ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır (Matsufuji vd., 2022).

2.8. Hemodiyaliz Tedavisinde Görülen Komplikasyonlar

Hemodiyaliz son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerin tedavisinde en sık tercih edilen RRT'dir. Ayrıca kişinin yaşam süresinin uzamasına doğrudan katkı sağlamaktadır. Bu yönleri ile hastalar için oldukça avantajlı olsa da birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir.

Literatüre bakıldığında HD tedavisinin uygulanabilmesi için gerekli cerrahi müdahalelerin olması, her diyaliz işlemi öncesi iğneli işlemlerin olması, zaman kaybı sonucu oluşan mesleki olumsuzluklar, ekonomik özgürlüğün kısıtlı olması, aile, akraba ya da sosyal çevreye bağımlı yaşamak zorunda kalınması, korku ve endişe, aile içi etkinliğin azalması, geleceğe yönelik kaygı ve cinsel aktivite bozukluğu gibi dezavantajlarının da olduğu tespit edilmiştir (Ezici vd., 2012; Şentürk, 2021).

2.9. Uyum Kavramı ve Kronik Hastalıklara Uyum

Uyum kavramı karmaşık olmasıyla beraber değişkenlik gösterebilir. Uyum, hastaların çeşitli durumlara karşı gösterdikleri davranış değişikliği olarak tanımlanabilir. Hastaların karşılaştıkları kompleks durumlara ve sorunlara gösterdikleri uyum oranı birbirinden farklıdır (Dikeç ve Kutlu, 2015) Hastalık kişinin uyumunu bozan bir durumdur. Bu nedenle hastalar psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik birçok açıdan etkilenir, vücut sağlığı tahdit altına girer. Hastalar bu ve benzeri uyumsuzluk durumlarında korku, anksiyete, stres ve yalnızlık gibi kompleks duygular yaşayabilir. Kronik bir hastalık ve bu hastalığın tedavisi, hastalığa uyumu etkilemektedir. Hasta ve yakınının yaşam biçiminde ciddi değişiklikler meydana getiren, kişiyi aile bireylerine bağımlı yapan gerek maddi gerekse manevi kayıplara yol açan hastalıklara uyum çok daha güçtür (Kara, 2007). Tedaviye uyum hastanın diyetini takip etme, yaşam değişikliklerini uygulama ve ilaçlarını doğru zaman ve dozda alma gibi davranışlarının doktor, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yapılan tavsiyelere uygunluk düzeyi ile belirlenir (Taşkın Yılmaz vd., 2018).

2.9.1. Hemodiyaliz Hastalarında Uyum ve Hemşirelik Bakımı

Yapılan çalışmalar sonucunda hemodiyaliz tedavisinin farklı ölçülerde güçlük meydana getirmesinin yanı sıra hastaların uyum sorunu ile de karşı karşıya kalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Hasta ve ailesi, yaşam tarzında önemli değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda başlıca uyum sorunları hemodiyaliz seans ve süresine uyum, ilaç kullanımına uyum, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri gibi faktörlerdir (Erkan Zorlu, 2010).

Bu faktörler, tedaviye uyum için hayati önem taşımakta olup, tedavi süreci kadar etkindir. Tedaviye uyum hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve konforunun artırılması ve mortalite oranının azaltılması için gereklidir. Tüm hayatı boyunca

hemodiyaliz ve medikal tedavi almak zorunda olan kişiler, sıvı, tuz ve baharat gibi temel gıdalardan kısıtlı diyetleri ve diğer pek çok alandaki alışkanlıklarını değiştirmek durumundadırlar. Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamak için hastalar, bu diyet kısıtlamalarını ve sağlık çalışanları tarafından reçete edilen ilaçları büyük bir titizlikle kullanmaları gerekmektedir (Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz, 2017). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı konulan hastalar hemodiyaliz tedavisi almaya başladıkları dönemde bir uyum evresine girer ve bu süreç Abrama göre dört aşamadan oluşur.

- 1- Üremik Dönem: Kronik böbrek hastalığı bu dönemde hemodiyaliz tedavisi ile ilk kez kontrol altına alınmaya başlamıştır, böylece hasta yeni sorunlarla karşılaşacağını bilir. Bu evrede hasta yorgunluk, bitkinlik ve umutsuzluk gibi birçok kompleks duygu yaşar ve hayatının artık tehdit altında olduğunu düşünür.
- 2- Balayı Evresi: Hemodiyaliz tedavisi almaya başlayan hastada fiziksel komplikasyonlar giderek azalmış ve hasta hemodiyalizin kendisini ölümden döndürdüğünü düşünür ve yaşamın geri kalanı için ümit ve güven duygusu besler (Korkmaz, 2016).
- 3- Yaşama Dönüş Evresi: Bu evre yaklaşık 3-12 ay sürmektedir. Hasta artık hemodiyaliz tedavisine alışmaya başlamıştır. Bu evrede bazı psiko-sosyal sorunlar ortaya çıkabilir. Bunun başlıca nedeni hastanın aile içi sorumluluklarına geri dönmek istemesidir.
- 4- Sürekli Adaptasyon Evresi: Bu dönem hastalığa uyumun son evresidir. Hasta bu dönemde geleceğe yönelik planlar yapar, yaşama olan bağlılığı artar ve artık ölümden kurtulduğunu düşünür. Özellikle bu dönemde hastalar böbrek transplantasyonu için planlar yapmaktadır. Zaman zaman psikolojik ve fiziksel iyilik hali olmasının yanında, agresif davranışlarda bu dönemde görülebilir (Yılmaz Karabulutlu ve Biçer, 2020).

Literatürde hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaklaşık %50'sinin tedaviye uyumsuzluk gösterdiği tespit edilmiştir (Özkurt vd., 2017). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda doğru bakımın planlanması, diyet ve sıvı kısıtlamalarına dikkat edilmesi, sağlık çalışanı tarafından order edilen ilaçların düzenli kullanılması gibi faktörler hastalığa uyumsuzluğun azalmasına katkı sağlar. Böylelikle hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum, yaşam kalitesinin artmasını ve kompleks durumlarla karşılaşma riskinin azalmasını sağlamaktadır (Yangöz, 2020).

Yapılan çalışmalarda hemşireler hastaların hastalık ve tedavi süreci başta olmak üzere birçok konuda destektekisi olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalığa uyumunda, diyet ve sıvı kısıtlaması önerilerine uyumunda, tedavi planlamasında, izleminde ve bakım vermede hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşireler hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların fiziksel uyumlarına yol gösterici olduğu gibi psikososyal uyumlarına da büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Hemşireler bütüncül bir yaklaşımla hastaların hastalık konusunda bilgi, davranış ve tutum düzeylerini kanıta dayalı çalışmalar yaparak belirleyerek hastalığa ilişkin uyum düzeylerini tespit eder (Bainnes, Zawada ve Jindal, 2004). Ayrıca hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce ya da hemodiyaliz tedavisi süresince belirti gösteren uyum sorunları belirlenmelidir (Christensen, 2000).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyum sağlamasında hemşirelerin yanı sıra hekim, diyaliz teknikeri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve fizik tedavi uzmanının da bulunduğu multi- disiplinler bir bakım verilmelidir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sağlık çalışanları ile iletişimi hastalığa uyum sağlamak oldukça önemlidir. Bu nedenle tedavi programı yapılırken hasta ve ailesinin de birtakım görüşleri alınmalıdır (Kara, 2007).

2.10. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı- Volüm Dengesizliği

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda, sıvı- volüm dengesi, kan basıncı ve idrar miktarına göre değerlendirilmektedir. İnsan vücut ağırlığının %50-60'ını oluşturan su miktarı yaş ilerledikçe azalmaktadır. Su miktarında belirgin bir azalma olsa da sıvı- volüm dengesinin devamı için su ve tuz alımına dikkat edilmesi gerekmektedir. Böbrekler ve merkezi sinir sistemi sıvı-volüm dengesinin ayarlanmasından sorumludur (Karabey, 2017).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda, sıvı volümünün değerlendirilmesinde kullanılan en önemli parametrelerden biri alınan sıvı miktarıdır. Hemodiyaliz hastalarında sıvı volümü değerlendirmesi hastanın iki diyaliz arasında aldığı kilo (İnterdiyalitik), ödem, hastanın kan basıncı ve ultrafiltrasyon (UF) hızı gibi ölçütlere temellendirilir (Günelay, Taşkiran ve Mergen, 2017; Kulaksız ve Arslan, 2018).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarda sıvı- volüm dengesinin sağlanmasında alınan sıvı miktarı ne kadar önem arz ediyorsa, tuz kısıtlaması da oldukça önem arz etmektedir. Sağlıklı bir bireyin vücudunda bulunması gereken klor miktarı <3.5g ve sodyum (Na) miktarı ise <100mEq (2.3 g)'dir. Vücuda alınan tuz miktarını artıran, sıvı miktarını ise azaltan hastalar yüksek ölçüde susuzluk hisseder ve sıvı kısıtlamasını ihlal eder. Literatürde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınladığı raporda günlük alınması gereken tuz miktarının 5 gr az olması gerektiğini belirtmiştir (Gebel, 2019).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireyler sıvı alımına dikkate etmemesine bağlı birtakım patolojilerle karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar; hipertansiyon, hipotansiyon, hipervolemi ve hipovolemidir. HD alan bireylerin yaşam süresinin uzaması, ölüm oranlarının azalması ve yaşam kalitesinin artması için en önemli faktörlerden biri sıvı kısıtlamasına uyumun sağlanabilmesi ve devamlılığının olmasıdır. (Kaplan, 2016; Kızılcık Özkan vd., 2019).

2.11. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ve Hemşirelik Bakımı

KBY hastaları ve yakınlarının yaşam tarzı değişimlerine uyumu, sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlamasına uyumu da beraberinde getirir. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarda sıvı alımına dikkat edilmemesi sonucu vücutta sıvı birikmesine ve diyet kısıtlamasına dikkat edilmemesi sonucu ise vücutta sodyum birikmesine neden olmaktadır. Vücutta biriken sıvı ve sodyum hastalar için büyük bir risk oluşturup, morbidite ve mortalitenin artmasına zemin hazırlamaktadır (Ahrari, Moshki ve Bahrami, 2014; Şentürk, 2021).

Literatüre bakıldığında HD tedavisi uygulanan hastaların iki diyaliz seansı arasında çok fazla sıvı tüketmesi, vücutta ödem oluşumuna, kan basıncının yükselmesine ve kardiyovasküler sistemin olumsuz yönde etkilenmesine neden olduğu tespit edilmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların iki diyaliz seansı arası kilo alım miktarı İnterdiyalitik Kilo Alımı (İDKA) olarak tanımlanmaktadır. İnterdiyalitik kilo alımı hastanın metabolik değişkenleri, sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlaması düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta diyet önerilerine ve sıvı kısıtlamasına uymaması sonucu İDKA miktarında gözle görülür artış yaşanır. Bununla birlikte hastada hipernatremi, hiperglisemi, hipervolemi, hipertansiyon gibi patolojik sonuçlar meydana gelmektedir. Ayrıca hastanın öz bakım gücü düzeyi, beslenme alışkanlıkları, sıvı kısıtlamasına uyum düzeyi ve hastalığa uyum düzeyleri İDKA'ya etki eden faktörler arasında gösterilmektedir (Antlanger vd., 2013; Conkar ve Mir, 2014; İborra Maltó, López-Roig ve Pastor, 2012).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sıvı kontrolü hastaların yaşam kalitesini ve süresini artırır ve kan basıncını düzenler (Kalantar Zadeh vd., 2009; Kulaksız ve Arslan, 2018). HD bireyin böbrek fonksiyonlarının etkin kullanamaması durumunda hayat kurtarıcı bir yöntemdir ayrıca kolay ulaşılabilir olması HD tedavisinin olumlu yönleri arasındadır. Literatüre bakıldığında HD tedavisinin olumlu yönlerinin yanı sıra ciddi patolojilere sebep olduğu tespit edilmiştir. Bu patolojiler nedeni ile hasta bakımında primer rolleri olan nefroloji hemşirelerine önemli ölçüde sorumluluk yüklenmektedir. Hemşireler SDBY tanısı alan bireylere diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum sağlama, hastalık yönetimi ve ilaç kullanımı konusunda eğitim vererek hastalığa uyum sağlamalarına önemli katkı sunmaktadır (Cristóvão, 2015). Nefroloji hemşireleri hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolü düzeylerine etki eden faktörlerin bilincinde olması, hastaların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için destek olmasında yardımcı olmaktadır. Literatürde hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalara verilen birebir eğitim programlarının hemodiyaliz hastalarının hastalığa uyum sağlamasına büyük ölçüde destek olduğu belirtilmiştir (Başer, 2018; Kim, Kim ve Nam, 2019).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla kesitsel araştırma tasarımı kullanılarak yapıldı.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Araştırma, 13.06.2022-11.09.2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir kamu hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde yapıldı. Araştırmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesinin mevcut yatak kapasitesi 28'dir. Hemodiyaliz ünitesi Pazartesi- Çarşamba-Cuma ve Salı- Perşembe- Cumartesi günleri öğleden önce ve öğleden sonra olmak üzere iki gurup şeklinde hizmet vermektedir. Hemodiyaliz ünitesinde, hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan hastalara hemşireler tarafından tedavinin başlama ve bitiş saatleri, sıvı kısıtlaması ve diyet önerileri ile ilgili eğitimler yapılmaktadır. Hemodiyaliz ünitesinde dört doktor, bir sorumlu hemşire, altı diyaliz hemşiresi ve 18 diyaliz teknikeri görev yapmaktadır. Araştırma evrenini hemodiyaliz ünitesinde tedavi uygulanan 86 birey oluşturdu. Örneklem seçiminde evreni bilinen Örneklem formülü kullanılarak 71 birey belirlendi.

Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya hemodiyaliz tedavisi uygulanan, 18 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen ve soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı.

Dışlanma Kriterleri

İletişim sorunu olan ve soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmayan, araştırmaya katılmak istemeyen hastalar ve veri toplama formlarını tam olarak doldurmayan bireyler araştırmaya alınmadı.

Formül 1. Evrendeki eleman sayısı bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq} = \frac{86 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (86-1)+1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n =örnekleme alınacak birey sayısı:70.41

N =evrendeki birey sayısı:86

t =belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer 1.96 olarak alındı.

p =incelenen olayın görülüş sıklığı 0.5 olarak alındı.

q =incelenen olayın görülmeyiş sıklığı 0.5 olarak alındı.

d =olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma 0.05 olarak alındı (Sümbüloğlu K ve Sümbüloğlu V, 2000).

3.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Hasta Değerlendirme Formu, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği (SDBY-UÖ) ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği (HHSKÖ) kullanıldı.

Hasta Değerlendirme Formu

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturuldu (Kızılcık Özkan vd., 2019; Kulaksız ve Arslan, 2018). Toplam 28 sorudan oluşan bu formda; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı gibi demografik özellikleri ve hemodiyaliz tedavisi görme süresi, başka bir hastalığın varlığı ve hastalığa ilişkin destek alıp almadıkları bilgisi yer almaktadır (Ek 3.).

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği (SDBY-UÖ)

Son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği Kim ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Kim vd., 2010). Türkçe eşdeğerliğinin sağlanması, güvenilirlik ve geçerliliğinin belirlenmesi çalışması ise Ok ve Kutlu tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Ok ve Kutlu, 2017). Bu ölçek; hastaların hemodiyaliz tedavisine katılımı, ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve diyet önerilerine uyumu olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puanlaması 0 ile 1200 arasında değişmektedir.

Ölçekten alınan toplam puan arttıkça tedaviye uyum oranının yüksek olduğu belirlenir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin orijinalinde Kim ve arkadaşları (2010) ölçekteki maddeler homojen bir yapıya sahip olmadığı için Crohnbach's Alpha katsayısının hesaplanamadığını belirtmiştir. Bu nedenle bu çalışmada Crohnbach's Alpha katsayısı hesaplanamadı.

Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği (HHSKÖ)

Bu ölçek hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolü hakkında bilgi, davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla Albayrak Coşar (2012) tarafından geliştirilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü ölçeği üç bölümden oluşmaktadır. Bölümler sırası ile bilgi, davranış ve tutum olarak isimlendirilmiştir. Ölçek, pozitif ve negatif maddeler bulunan üçlü likert yapısındadır ve toplam 24 madde içermektedir. HHSKÖ değerlendirilirken; negatif puanlamalar ters kodlanır ve pozitif maddelerle toplanır. Bu ölçekten en az 24 ve en fazla 72 puan elde edilmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.88'dir. Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri 0.62 olarak bulundu.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri, 13.06.2022-11.09.2022 tarihleri arasında sorumlu araştırmacı tarafından çalışmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesinin bağlı olduğu kurumdan gerekli izinler alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veriler hemodiyaliz seansı sırasında toplandı. Her görüşme yaklaşık 30-35 dakika sürdü. Yapılan çalışmada kullanılan veri formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 11.04.2022 tarihinde 8 hasta ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında formlarda ilgili düzeltmeler yapıldı ve ön uygulama verileri araştırmaya dahil edilmedi.

Bağımlı Değişkenler

Hastaların HHSKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları.

Bağımsız Değişkenler

SDBY-UÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması, sosyodemografik veriler, hastaların bakım durumlarına, hastalık özelliklerine ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin veriler.

3.5. Deneysel Kurgu

Kesitsel tipte bir çalışma olduğu için deneysel kurgu yapılmadı.

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler, istatistiksel bir paket programına aktarılarak değerlendirildi. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), verilerin normal dağılım testi Kolmogorov, Simirno testi kullanılarak yapıldı.

İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi kullanılarak yapıldı. Tek yönlü varyans analizi sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testi, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma testi (Bonferroni ya da Tamhane's T2) ile kontrol edildi. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon testi, ölçek güvenilirlikleri için Cronbach's alfa değeri kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında istatistiksel anlamlılık için $p < .05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Etik Onay

Araştırmaya başlamadan önce bir üniversitenin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik onay (Tarih: 26.04.2021- Karar No:80) (Ek 1) ve araştırmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesinin bağlı olduğu kurumdan, gerekli iziler alındı (Ek 2). Araştırmaya katılan bireylere araştırma hakkında bilgi verilip kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları anlatılarak yazılı onamları alındı (Ek 3). Ayrıca ölçeklerin kullanılabilmesi için yazarlardan gerekli izinler alındı (Ek 3).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem sayısının az olması, araştırmanın İstanbul ilindeki tek bir kurumda yürütülmesi ve araştırmanın yapıldığı dönemde Covid-19 pandemisinin yaşanmasından dolayı kurum izni alma aşamasında yaşanan güçlük araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek için yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Yapılan çalışmada hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı aşağıda Tablo 4.1.'de verildi.

Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı (n=71)

Sosyodemografik özellikleri.		n	%
Cinsiyet	Kadın	39	54.9
	Erkek	32	45.1
Yaş	18-30	15	21.1
	31-43	16	22.5
	44-56	16	22.5
	57-69	19	26.8
	70 ve üzeri	5	7.1
Yaş ortalaması	46.94±15.42	(min=18 yaş max=75yaş)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	37	52.1
	Çalışmıyor	34	47.9
Sosyal güvence	Özel sağlık sigortası	2	2.8
	SGK	44	62.0
	Sosyal güvence yok	25	35.2
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	36	50.7
	Lise	10	14.1
	Üniversite	25	35.2
Medeni durum	Evli	41	57.7
	Bekar	30	42.3
Çocuk sahibi olma durumu	Var	41	57.7
	Yok	30	42.3
Çocuk sayısı	1	7	17.1
	2	5	12.2
	3 ve üzeri	29	70.7
Ortalama çocuk sayısı	3.93±2.60	(min=1 çocuk max=10 çocuk)	
Gelir durumu	Gelir giderden az	9	12.6
	Gelir gidere denk	43	60.6
	Gelir giderden fazla	19	26.8
Birlikte yaşanılan kişiler	Ailemle	50	70.4
	Çocuklarımla	10	14.1
	Arkadaşlarımla	4	5.6
	Yalnız	7	9.9
Toplam		71	100

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin %54.9'u (n=39) kadın, %45.1'i (n=32) erkek, yaş ortalaması 46.94 ± 15.42 (min=18 yaş- max=75 yaş), %50.7'sinin (n=36) eğitim durumu ilköğretim ve altı, %52.1'i (n=37) çalıştığı ve %64.8.0'inin (n=46) sigortasının olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılan bireylerin %57.7'si (n=41) evli, %57.7'si (n=41) çocuk sahibi, %70.7'sinin (n=29) üç ve üzeri çocuk sahibi olduğu görülürken, ortalama çocuk sayısının $3,93 \pm 2.60$ (min=1 çocuk- max=10 çocuk), olduğu belirlendi. %60.6'sının (n=43) gelirinin giderine denk olduğu ve %70.4'ünün (n=50) ailesi ile yaşadığı saptandı (Tablo 4.1.).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireyler ile yapılan bu çalışmada bireylerin bakım ve destek durumlarına ilişkin verilerin dağılımı aşağıda Tablo 4.2.'de verildi.

Tablo 4.2. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların bakım ve destek alma durumlarına ilişkin verilerin dağılımı (n=71)

Hastaların bakım ve destek alma durumları		n	%
Bakım konusunda destek alma durumu	Evet	52	73.2
	Hayır	19	26.8
Destek alınan kişi*	Ailem	49	94.2
	Arkadaşlar	5	9.6
	Diğer**	6	11.5
Destek verilen alan*	Fiziksel	42	59.2
	Ekonomik	30	42.3
	Ruhsal	43	60.6

*: Birden fazla seçenek işaretlendi. **: Komşu, kardeş, devlet.

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların %73.2'sinin (n=52) bakım konusunda destek aldığı, bakım konusunda destek alan hastaların %94.2'sinin (n=49) ailesinden destek aldığı belirlendi. %59.2'sinin (n=42) fiziksel destek, %42.3'ünün (n=30) ekonomik destek ve %60.6'sının (n=43) ruhsal destek aldığı görüldü (Tablo 4.2.). Yapılan çalışma sonucunda hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin verilerinin dağılımı aşağıda Tablo 4.3.'de verildi.

Tablo 4.3. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin verilerin dağılımı (n=7)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler		n	%
Kronik böbrek hastalığı süresi	1-5 yıl	31	43.7
	6-10 yıl	17	23.9
	11-15 yıl	15	21.1
	16 yıl ve üzeri	8	11.3
Tanı sonrası hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı	1 yıl ve altı	22	31.0
	13.ay-5 yıl	24	33.8
	6-10 yıl	15	21.1
	11 yıl ve üzeri	10	14.1
Tanı sonrası ortalama tedaviye başlama zamanı	4.98±6.60 yıl		
Hemodiyaliz tedavisi alma süresi	1 yıl ve altı	21	29.6
	13 ay -5 yıl	34	47.9
	6 yıl ve üzeri	16	22.5
Ortalama hemodiyalize girme süresi	3.40±3.44 yıl		
Haftalık hemodiyalize girme sayısı	2 kez	2	2.8
	3 kez	66	93.0
	4 kez ve üzeri	3	4.2
Ek bir kronik hastalığa sahip olma	Evet	37	52.1
	Hayır	34	47.9
Sahip olunan kronik hastalıklar*	Diyabet	12	32.4
	Hipertansiyon	28	87.5
	Kalp sorunları	14	37.8
	Diğer**	10	27.0
Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu	Evet	47	66.2
	Hayır	24	33.8
Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alınan kişi*	Doktor	30	63.8
	Hemşire	37	78.7
	Diyetisyen	22	46.8
İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı	2000 cc ve altı	35	49.3
	2001cc-3000 cc	27	38.0
	3001 cc ve üzeri	9	12.7
Diyete uyma durumu	Uyuyor	23	32.4
	Kısmen uyuyor	32	45.1
	Uymuyor	16	22.5
Günlük alınan sıvı miktarı	500 cc ve altı	16	22.5
	501-1000 cc	24	33.8
	1001-1500 cc	20	28.2
	1501cc ve üzeri	11	15.5
Sıvı kısıtlamasına uyma durumu	Uyuyorum	28	39.4
	Kısmen uyuyorum	25	35.2
	Uymuyorum	18	25.4

*: Birden fazla seçenek işaretlendi. **: Kanser, gut, guatr, göz hastalıkları, romatizma. ***: Meyve suyu, çay. ****: Ekonomik, diğer hastalıklar, ulaşım.

Tablo 4.3. (Devam) Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin verilerin dağılımı (n=71)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler		n	%
Hemodiyaliz tedavisinde susuzluk hissedilen evre *	Diyaliz öncesinde	37	52.1
	Diyaliz sırasında	34	47.9
	Diyaliz sonrasında	40	56.3
Susuzluk ihtiyacını giderme şekli	Çiklet çiğneme	5	7.0
	Ağzı çalkalama	24	33.8
	Bol bol su içme	31	43.7
	Diğer ***	11	15.5
Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu	Evet	33	46.4
	Kısmen	31	43.7
	Hayır	7	9.9
Hemodiyaliz tedavisine engel bir duruma sahip olma	Evet ****	13	18.3
	Hayır	58	81.7

*: Birden fazla seçenek işaretlendi. **: Kanser, gut, guatr, göz hastalıkları, romatizma. ***: Meyve suyu, çay. ****: Ekonomik, diğer hastalıklar, ulaşım.

Yapılan bu çalışma sonucunda, hastaların %43.7'sinin (n=31), 1-5 yıldır kronik böbrek hastası olduğu, %64.8'inin (n=46), ilk beş yıl içinde tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başladığı ve tanı sonrası hemodiyaliz tedavisine başlama süresinin ortalama 4.98 ± 6.60 yıl olduğu belirlendi. %47.9'una (n=34), 13 ay- 5 yıldır hemodiyaliz tedavisi uygulandığı, hemodiyaliz tedavisine girme süresinin ortalama 3.40 ± 3.44 yıl olduğu ve %93'üne (n=66) haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi uygulandığı görüldü.

Çalışmaya katılan bireylerin %52.1'inin (n=37) kronik böbrek hastalığı dışında ek bir kronik hastalığı olduğu, bu bireylerin %87.5'inin (n=28) hipertansiyonu olduğu görüldü. Hastaların %66.2'sinin (n=47) hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldığı ve eğitim alan katılımcıların %78.7'sinin (n=37) hemşireler tarafından eğitim aldığı saptandı. Katılımcıların %49.3'ünün (n=35), iki diyaliz seansı arasında 2000cc'den az sıvı tükettiği, %45.1'inin (n=32), diyetine kısmen uyduğu, %33.8'inin (n=24), günlük 501-1000cc arası sıvı aldığı, %39.4'ünün (n=28), sıvı kısıtlamasına uyduğu belirlendi. %56.3'ü (n=40), hemodiyaliz seansı sonrası susuzluk hissettiği ve %43.7'sinin (n=31), susuzluk ihtiyacını bol bol su içerek giderdiği saptandı. Bu çalışma sonucunda hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların %46.5'inin (n=33) hemodiyaliz tedavisine uyum sağladığı ve %81.7'sinin (n=58), hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durumunun olmadığı görüldü (Tablo 4.3.).

Yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların SDBY-UÖ, HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması aşağıda Tablo 4.4.'te verildi.

Tablo 4.4. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların SDBY-UÖ, HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=71)

	Ort ±SS	Minimum	Maksimum
SDBY-UÖ toplam puan	968.66±154.38	650	1200
Alt boyutlar			
Hemodiyaliz tedavisine katılım	180.28±36.33	50	200
İlaç kullanımı	122.54±63.69	0	200
Sıvı kısıtlaması	121.83±55.89	0	200
Diyet kısıtlaması	121.83±55.89	0	200
HHSKÖ toplam puan	51.82±5.78	39	64
Alt boyutlar			
Bilgi	18.34±2.09	14	21
Davranış	22.99±4.20	13	31
Tutum	10.49±2.36	6	18

SS: Standart sapma. Ort.: Ortalama.

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin SDBY-UÖ toplam puan ortalaması 986.66±154.38, HHSKÖ toplam puan ortalaması 51.82±5.78, olarak belirlendi. SDBY-UÖ hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması 180.28±36.33, ilaç kullanımı alt boyut puan ortalaması 122.54±63.69, sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalaması 121.83±55.89 ve diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması 121.83±55.89 olarak saptandı.

Katılımcıların HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması 18.34±2.09, davranış alt boyut puan ortalaması 22.99±4.20 ve tutum alt boyut puan ortalaması 10.49±2.36 olarak belirlendi (Tablo 4.4.).

Yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi aşağıda Tablo 4.5.'te verildi.

Tablo 4.5. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)

Sosyodemografik özellikler	Hemodiyaliz tedavisine katılım	İlaç kullanımı	Sıvı kısıtlaması	Diyet kısıtlaması	SDBY-UÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş					
18-30	545.00±81.39	180.00±41.40	126.67±59.36	113.33±58.15	965.00±98.11
31-43	512.50±124.50	187.50±28.87	115.63±62.50	125.00±36.51	940.63±139.31
44-56	537.50±104.08	178.13±44.60	121.88±68.24	115.63±65.11	953.13±201.22
57-69	560.53±75.61	173.68±34.83	118.42±73.05	126.32±63.18	978.95±170.23
70 ve üzeri	600.00±0.00	190.00±22.36	150.00±35.36	140.00±54.77	1080.00±90.83
F/p	1.046/0.390	0.404/0.805	0.303/0.875	0.299/0.878	0.838/0.506
Cinsiyet					
Kadın	551.28±89.95	176.92±41.11	98.72±67.36	106.41±56.40	933.33±139.71
Erkek	535.16±100.97	184.38±29.61	151.56±44.87	140.63±49.90	1011.72±162.51
t/p	0.711/0.479	-0.858/0.394	-3.947/0.000*	-2.677/0.009*	-2.185/0.032*
Eğitim durumu					
İlköğretim ve altı	558.33±91.42	180.56±38.32	122.22±72.16	116.67±62.11	977.78±172.15
Lise	565.00±81.82	170.00±48.30	110.00±61.46	110.00±61.46	955.00±140.34
Üniversite	515.00±100.52	184.00±27.84	128.00±52.20	134.00±42.62	961.00±136.57
F/p	1.875/0.161	0.525/0.594	0.280/0.756	0.969/0.384	0.129/0.879
Çalışma durumu					
Çalışıyor	529.73±101.01	185.14±33.05	112.16±70.12	116.22±58.99	943.24±151.46
Çalışmıyor	559.56±86.17	175.00±39.41	133.82±54.66	127.94±52.50	996.32±154.98
t/p	-1.333/0.187	1.178/0.243	-1.458/0.150	-0.882/0.381	-1.459/0.149
Sosyal güvence durumu					
Var	539.67±92.88	183.70±33.42	126.09±64.76	120.65±54.34	970.11±143.72
Yok	552.00±99.46	174.00±41.13	116.00±62.45	124.00±59.72	966.00±175.43
t/p	-0.521/0.604	1.075/0.286	0.635/0.528	-0.239/0.811	0.106/0.916

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F: One-way ANOVA testi. t: Bağımsız örneklem t testi. *:p<.05.

Tablo 4.5. (Devam) Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)

Sosyodemografik özellikler	Hemodiyaliz tedavisine katılım	İlaç kullanımı	Sıvı kısıtlaması	Diyet kısıtlaması	SDBY-UÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Medeni durum					
Evli	565.85±83.25	182.93±36.42	117.07±70.36	119.51±61.11	985.37±169.28
Bekar	514.17±102.49	176.67±36.51	130.00±53.50	125.00±48.69	945.83±130.66
t/p	2.268/0.027*	0.715/0.477	-0.879/0.382	-0.406/0.686	1.067/0.290
Çocuk durumu sahibi olma durumu					
Var	514.17±102.49	176.67±36.51	130.00±53.50	125.00±48.69	945.83±130.66
Yok	565.85±83.25	182.93±36.42	117.07±70.36	119.51±61.11	985.37±169.28
t/p	2.268/0.027*	0.715/0.477	-0.879/0.382	-0.406/0.686	1.067/0.290
Gelir durumu					
Gelir giderden az	577.78±44.10	188.89±33.33	133.33±55.90	122.22±36.32	1022.22±66.67
Gelir gidere denk	550.58±86.34	180.23±34.74	118.60±67.28	119.77±59.90	969.19±149.79
Gelir giderden fazla	513.16±122.30	176.32±42.06	126.32±60.94	126.32±56.20	942.11±190.22
F/p	1.718/0.187	0.359/0.700	0.239/0.788	0.088/0.916	0.819/0.445

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi. *.p<.05.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve gelir durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>.05$), hastaların cinsiyetleri ile SDBY-UÖ toplam puan, sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<.05$). Bu sonuç doğrultusunda erkek hastalarda SDBY-UÖ toplam puan ile sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması kadın hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bireylerin medeni durum ve çocuk durumu ile hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görüldü ($p<.05$). Buna göre, evli olan bireylerin hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması bekar olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca çocuğu olmayan bireylerin hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması çocuğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.5.).

Yapılan çalışmada, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi aşağıda Tablo 4.6.'te verildi.

Tablo 4.6. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)

Sosyodemografik özellikler	Bilgi	Davranış	Tutum	HHSKÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş				
18-30	18.60±2.23	23.80±3.55	10.20±1.86	52.60±4.66
31-43	18.19±1.97	23.31±5.04	10.19±2.34	51.69±6.60
44-56	18.75±2.14	21.69±5.17	10.75±2.59	51.19±6.80
57-69	18.16±2.03	22.95±3.44	10.53±2.55	51.63±5.36
70 ve üzeri	17.40±2.51	23.80±2.28	11.40±2.88	52.60±6.07
F/p	0.507/0.731	0.580/0.678	0.345/0.847	0.139/0.967
Cinsiyet				
Kadın	18.41±2.04	22.00±3.91	10.15±1.94	50.56±5.34
Erkek	18.25±2.18	24.19±4.28	10.91±2.76	53.34±6.00
t/p	0.319/0.750	-2.246/0.028*	-1.300/0.199	-2.064/0.043*
Eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	18.56±2.01	22.25±3.52	10.44±2.42	51.25±5.85
Lise	18.90±2.08	21.10±3.96b	9.90±1.66	49.90±4.72
Üniversite	17.80±2.18	24.80±4.66a	10.80±2.53	53.40±5.87
F/p	1.400/0.254	4.254/0.018*	0.528/0.592	1.697/0.191
Çalışma durumu				
Çalışıyor	18.27±1.90	22.65±4.47	10.03±2.02	50.95±5.69
Çalışmıyor	18.41±2.31	23.35±3.92	11.00±2.62	52.76±5.80
t/p	-0.283/0.778	-0.703/0.484	-1.762/0.083	-1.333/0.187
Sosyal güvence durumu				
Var	18.61±1.93	23.28±4.09	10.50±1.92	52.39±5.12
Yok	17.84±2.32	22.44±4.43	10.48±3.06	50.76±6.80
t/p	1.493/0.140	0.805/0.423	0.030/0.976	1.139/0.259
Medeni durum				
Evli	18.51±1.98	22.20±3.98	10.32±2.32	51.02±6.21
Bekar	18.10±2.25	24.07±4.32	10.73±2.43	52.90±5.03
t/p	0.819/0.416	-1.888/0.063	-0.732/0.467	-1.360/0.178
Çocuk durumu				
Var	18.03±2.19	24.57±4.22	10.70±2.42	53.30±5.34
Yok	18.56±2.01	21.83±3.83	10.34±2.33	50.73±5.90
t/p	1.051/0.297	-2.847/0.006*	-0.630/0.531	1.884/0.064
Gelir durumu				
Gelir giderden az	18.44±2.30	20.56±3.54	10.44±2.24	49.44±2.83
Gelir gidere denk	18.51±2.14	23.58±4.19	10.51±2.32	52.60±5.97
Gelir giderden fazla	17.89±1.91	22.79±4.28	10.47±2.61	51.16±6.18
F/p	0.580/0.563	2.016/0.141	0.004/0.996	1.294/0.281

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F: One-way ANOVA testi. t: Bağımsız örneklem t testi. SS: Standart sapma Ort.: Ortalama *: p<.05.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, medeni durum ve gelir durumu ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>.05$), bireylerin cinsiyetleri ile HHSKÖ toplam puan ortalaması ve davranış alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<.05$), erkek bireylerin HHSKÖ toplam puan ve davranış alt boyut puan ortalamasının kadın bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6.). Çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların eğitim ve çocuk durumları ile davranış alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<.05$), üniversite mezunu olan bireylerin davranış alt boyut puan ortalamasının lise mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca çocuğu olmayan bireylerin davranış alt boyut puan ortalamasının çocuğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.6.).

Yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi aşağıda Tablo 4.7.'de verildi

Tablo 4.7. Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=71)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler	Hemodiyaliz tedavisine katılım	İlaç kullanımı	Sıvı kısıtlaması	Diyet kısıtlaması	SDBY-UÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Destek alma durumu					
Evet	556.25±91.40	176.92±40.17	128.85±60.51	125.00±52.86	987.02±148.31
Hayır	510.53±98.01	189.47±20.94	105.26±70.50	113.16±64.21	918.42±163.48
t/p	1.831/0.071	-1.706/0.093	1.390/0.169	0.788/0.433	1.679/0.098
Kronik böbrek hastalığı süresi					
1-5 yıl	567.74±58.52	175.81±44.48	119.35±65.42	122.58±63.03	985.48±150.66
6-10 yıl	501.47±117.4b	188.24±21.86	126.47±56.23	120.59±50.18	936.76±159.62
11-15 yıl	513.33±124.59	183.33±24.40	123.33±70.37	116.67±58.76	936.67±175.73
16 yıl ve ↑	600.00±0.00a	175.00±46.29	125.00±70.71	131.25±37.20	1031.25±103.29
F/p	3.611/0.018*	0.509/0.677	0.050/0.985	0.118/0.949	1.018/0.390
Tanı sonrası hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı					
1 yıl ve altı	545.45±75.45	186.36±35.13	120.45±62.98	134.09±49.73	986.36±130.18
13.ay-5 yıl	550.00±89.69	172.92±41.65	131.25±60.46	118.75±65.63	972.92±177.53
6-10 yıl	535.00±105.98	186.67±22.89	110.00±68.66	113.33±54.99	945.00±153.01
11 yıl ve ↑	540.00±134.99	175.00±42.49	125.00±71.69	115.00±47.43	955.00±164.06
F/p	0.082/0.970	0.751/0.526	0.346/0.792	0.532/0.662	0.238/0.870

a,b,c: Gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F:One-way ANOVA testi. t: Bağımsız örneklem t testi. *: $p<.05$. ↑: Üzeri. SS: Standart sapma. Ort.: Ortalama.

Tablo 4.7. (Devam) Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile SDBY-UÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=71)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler	Hemodiyaliz tedavisine katılım	İlaç kullanımı	Sıvı kısıtlaması	Diyet kısıtlaması	SDBY-UÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hemodiyaliz tedavisi alma süresi					
1 yıl ve altı	532.14±121.74	188.10±31.24	128.57±60.36	114.29±59.46	963.10±163.86
13 ay-5 yıl	550.00±75.88	170.59±42.85	113.24±69.97	122.06±56.66	955.88±154.12
6 yıl ve üzeri	546.88±95.69	190.63±20.16	134.38±53.91	131.25±51.23	1003.13±146.59
F/p	0.235/0.791	2.441/0.095	0.728/0.487	0.412/0.664	0.522/0.596
Başka kronik hastalık varlığı					
Evet	566.22±71.74	179.73±38.11	122.97±67.28	116.22±62.42	985.14±154.95
Hayır	519.85±110.74	180.88±34.85	122.06±60.54	127.94±47.98	950.74±154.05
t/p	2.074/0.043*	-0.133/0.895	0.060/0.952	-0.882/0.381	0.937/0.352
Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu					
Evet	550.53±86.37	182.98±33.42	122.34±59.72	122.34±50.87	978.19±133.17
Hayır	531.25±110.15	175.00±41.70	122.92±72.20	120.83±65.80	950.00±191.11
t/p	0.809/0.421	0.874/0.385	-0.036/0.972	0.107/0.915	0.647/0.522
İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı					
2000cc ve altı	554.29±95.77	180.00±38.73	155.71±43.34a	137.14±58.59	1027.14±154.99a
2001-3000cc	536.11±96.66	187.04±26.28	103.70±55.34b	111.11±34.90	937.96±111.24b
3001cc ve ↑	527.78±90.52	161.11±48.59	50.00±75.00c	94.44±80.79	833.33±165.83b
F/p	0.425/0.656	1.758/0.180	17.219/0.000*	3.061/0.053	7.758/0.001*
Diyete uyma durumu					
Uyuyorum	564.13±70.24	184.78±31.75	158.70±55.70a	173.91±25.54a	1081.52±113.87a
Kısmen	521.88±106.97	179.69±35.60	128.13±43.88a	114.06±40.63b	943.75±133.65b
Uymuyorum	559.38±95.25	175.00±44.72	59.38±63.82b	6250±46.55c	856.25±144.77b
F/p	1.632/0.203	0.343/0.711	17.068/0.000*	41.847/0.000*	15.181/0.000*
Günlük alınan sıvı miktarı					
500cc ve altı	543.75±120.93	175.00±44.72	165.63±39.66a	137.50±61.91	1021.88±177.92
501-1000cc	544.79±89.68	183.33±28.23	137.50±47.20b	127.08±51.03	992.71±155.95
1001-1500cc	547.50±89.55	180.00±41.04	105.00±60.48b	102.50±52.50	935.00±124.71
1501cc ve ↑	536.36±83.94	181.82±33.71	59.09±73.55b	122.73±60.68	900.00±143.18
F/p	0.032/0.992	0.170/0.916	9.624/0.000*	1.305/0.280	1.946/0.131
Sıvı kısıtlamasına uyma durumu					
Uyuyorum	562.50±64.73	180.36±39.30	167.86±33.92a	155.36±45.82a	1066.07±123.27a
Kısmen	515.00±117.70	186.00±22.91	128.00±35.59b	112.00±41.53b	941.00±134.41b
Uymuyorum	555.56±93.76	172.22±46.09	44.44±56.59c	83.33±59.41b	855.56±134.92b
F/p	1.886/0.160	0.747/0.478	49.285/0.000*	13.025/0.000*	15.185/0.000*
Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu					
Evet	577.27±54.62a	183.33±36.80	116.67±75.69	124.24±61.39	1001.52±152.83
Kısmen	508.87±103.39	174.19±38.45	127.42±49.73	117.74±50.91	928.23±147.58
Hayır	542.86±151.19	192.86±18.90	128.57±63.62	128.57±56.69	992.86±171.82
F/p	4.596/0.013*	0.970/0.384	0.257/0.774	0.161/0.852	1.948/0.150
Hemodiyaliz tedavisine engel bir duruma sahip olma					
Evet	542.31±115.19	176.92±48.37	123.08±69.57	111.54±71.16	953.85±197.34
Hayır	544.40±90.69	181.03±33.54	122.41±62.95	124.14±52.35	971.98±144.95
t/p	-0.071/0.943	-0.366/0.715	0.034/0.973	-0.732/0.467	0.380/0.705

a,b,c: Gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F:One-way ANOVA testi. t: Bağımsız örneklem t testi. *:p<.05. ↑: Üzeri. SS: Standart sapma. Ort.: Ortalama.

Yapılan çalışmada hastaların destek alma durumu, tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlama zamanı, hemodiyaliz tedavisi uygulanma süresi, başka kronik hastalık durumu, hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu ve hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durum varlığı durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>.05$). Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalık süreleri, kronik hastalık durumu, hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu ile hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<.05$). Buna göre, 16 yıl ve üzeri süredir hasta olanların hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması 6-10 yıl süredir hasta olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Başka kronik hastalığı olan bireylerin hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalamasının başka kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayan hastaların hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması kısmen uyum sağlayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7.).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarları ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<.05$). İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 2000 cc ve altı olan hastaların SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalaması 2000 cc ve üzeri olan hastalara göre ve iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 200 cc-3000 cc olan hastaların sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalamasının 3001 cc ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7.).

Çalışmaya katılan bireylerin diyet uyma durumu ve sıvı kısıtlamasına uyma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<.05$). Bu sonuca göre diyet uyan ya da kısmen uyan bireylerin SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalamasının diyet uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca sıvı kısıtlamasına uyan bireylerin SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması sıvı kısıtlamasına kısmen uyan ya da uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7.).

Bireylerin günlük alınan sıvı miktarları ile sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<.05$). Buna göre, günlük alınan sıvı miktarı 50 cc ve altı olan bireylerin sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalamasının 500 cc ve üzeri olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7.). Yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi aşağıda Tablo 4.8.'da verildi.

Tablo 4.8. Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri	Bilgi	Davranış	Tutum	HHSKÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Destek alma durumu				
Destek alıyorum	1867±2.00	22.75±4.09	10.42±2.23	51.85±6.13
Destek almıyorum	17.42±2.12	23.63±4.55	10.68±2.73	51.74±4.81
t/p	2.302/0.024*	-0.781/0.438	-0.410/0.683	0.070/0.944
Kronik böbrek hastalığı süresi				
1-5 yıl	18.10±2.37	23.19±4.27	11.03±2.66	52.32±6.08
6-10 yıl	18.41±1.73	24.71±3.93a	9.88±1.96	53.00±5.11
11-15 yıl	18.33±2.09	22.47±3.91	10.33±1.84	51.13±5.85
16 yıl ve üzeri	19.13±1.73	19.50±3.25b	10.00±2.67	48.63±5.45
F/p	0.512/0.676	3.155/0.030*	1.061/0.371	1.213/0.312
Tanı sonrası hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı				
1 yıl ve altı	18.55±2.13	23.73±4.27	10.77±2.31	53.05±5.03
13.ay-5 yıl	18.21±2.26	23.46±4.48	10.79±2.65	52.46±6.80
6-10 yıl	18.13±1.85	23.20±3.86	9.87±2.07	51.20±4.95
11 yıl ve üzeri	18.50±2.17	19.90±2.77	10.10±2.23	48.50±5.17
F/p	0.165/0.920	2.257/0.090	0.666/0.576	1.630/0.191
Hemodiyaliz tedavisi alma süresi				
1 yıl ve altı	17.90±2.30	23.76±3.66	11.00±2.51	52.67±5.29
13 ay -5 yıl	18.32±2.10	22.24±4.16	10.47±2.34	51.03±5.62
6 yıl ve üzeri	18.94±1.73	23.56±4.88	9.88±2.19	52.38±6.79
F/p	1.113/0.334	1.054/0.354	1.036/0.360	0.611/0.546
Başka kronik hastalık varlığı				
Evet	18.73±2.14	22.59±3.72	10.65±2.42	51.97±5.29
Hayır	17.91±1.98	23.41±4.68	10.32±2.32	51.65±6.34
t/p	1.668/0.100	-0.817/0.417	0.577/0.566	0.236/0.814
Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu				
Evet	18.57±2.10	23.19±4.39	10.19±2.29	51.96±5.80
Hayır	17.88±2.03	22.58±3.86	11.08±2.43	51.54±5.84
t/p	1.341/0.184	0.574/0.568	-1.521/0.133	0.285/0.776

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama).F:One-way ANOVA testi. t:Bağımlı örneklem t testi. *: $p<.05$. SS: Standart sapma. Ort.: Ortalama.

Tablo 4.8. (Devam) Hastaların tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ile HHSKÖ toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=71)

Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler	Bilgi	Davranış	Tutum	HHSKÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı				
2000cc ve altı	18.43±2.39	23.51±4.00	11.34±2.67a	53.29±5.80
2001-3000cc	18.30±1.73	23.15±4.45	9.52±1.53b	50.96±5.68
3001cc ve üzeri	18.11±2.03	20.44±3.68	10.11±2.09	48.67±4.56
F/p	0.089/0.915	2.000/0.143	5.262/0.008*	2.918/0.061
Diyete uyma durumu				
Uyuyorum	18.22±2.33	24.70±3.31a	11.87±2.62a	54.78±4.92a
Kısmen	18.19±2.10	23.16±4.39b	10.31±1.97a	51.66±5.67
Uymuyorum	18.81±1.72	20.19±3.69b	8.88±1.45b	47.88±4.87b
F/p	0.526/0.593	6.315/0.003*	9.700/0.000*	8.157/0.001*
Günlük alınan sıvı miktarı				
500cc ve altı	19.06±2.24	23.88±3.48	12.06±2.24a	55.00±5.14
501-1000cc	18.04±2.10	22.50±4.19	10.46±2.25	51.00±5.44
1001-1500cc	18.05±2.06	22.75±4.97	9.30±2.34b	50.10±5.96
1501cc ve üzeri	18.45±1.92	23.18±4.00	10.45±1.63	52.09±5.87
F/p	0.937/0.428	0.365/0.779	4.714/0.005*	2.534/0.064
Sıvı kısıtlamasına uyma durumu				
Uyuyorum	18.79±2.02	24.14±3.84a	11.43±2.64a	54.36±5.29a
Kısmen	17.76±2.33	23.36±4.43	10.48±2.02	51.60±5.42
Uymuyorum	18.44±1.72	20.67±3.66b	9.06±1.55b	48.17±5.17b
F/p	1.651/0.199	4.270/0.018*	6.395/0.003*	7.495/0.001*
Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu				
Evet	18.88±1.93a	22.52±4.02	10.18±2.32	51.58±6.09
Kısmen	17.52±2.06b	24.19±4.35a	10.74±2.46	52.45±5.73
Hayır	19.43±1.81	19.86±2.19b	10.86±2.19	50.14±4.63
F/p	4.956/0.010*	3.695/0.030*	0.536/0.588	0.503/0.607
Hemodiyaliz tedavisine engel bir duruma sahip olma				
Evet	18.69±2.10	21.23±3.85	10.31±2.95	50.23±6.52
Hayır	18.26±2.10	23.38±4.20	10.53±2.23	52.17±5.59
t/p	0.673/0.503	-1.689/0.096	-0.311/0.757	-1.097/0.276

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama). F:One-way ANOVA testi. t:Bağımlı örneklem t testi. *:p<.05. SS: Standart sapma. Ort.: Ortalama.

Yapılan çalışmada hastaların tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlama zamanı, hemodiyaliz tedavisi alma süresi, başka kronik hastalık durumu, hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu ve hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durum varlığı ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>.05) (Tablo 4.8.).

Çalışmaya katılan bireylerin destek alma durumu ile bilgi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<.05), destek alan bireylerin bilgi alt boyut puan ortalamasının destek almayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8.).

Bireylerin hastalık süreleri ile davranış alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<.05$), 6-10 yıl süredir hasta olan bireylerin davranış alt boyut puan ortalaması 16 yıl ve üzeri süredir hasta olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8.).

Yapılan çalışmada katılımcıların iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarları ve günlük alınan sıvı miktarları ile HHSKÖ tutum alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ($p<.05$), iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 2000 cc ve altı olan katılımcıların HHSKÖ tutum alt boyut puan ortalaması 300 cc ve üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca günlük alınan sıvı miktarı 500 cc ve altı olan katılımcıların HHSKÖ tutum alt boyut puan ortalaması 1001-1500 cc olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8.).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin diyeteye uyma durumu ve sıvı kısıtlamasına uyma durumu ile HHSKÖ toplam puan, davranış ve tutum alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptandı ($p<.05$). Buna göre, diyeteye uyan ya da kısmen uyan bireylerin HHSKÖ toplam puan ve davranış, tutum alt boyut puan ortalaması diyeteye uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca sıvı kısıtlamasına uyan bireylerin HHSKÖ toplam puan ve davranış, tutum alt boyut puan ortalaması sıvı kısıtlamasına uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8.).

Çalışmaya katılan hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu ile bilgi ve davranış alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<.05$), hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayan hastaların bilgi alt boyut puan ortalamasının kısmen uyum sağlayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca hemodiyaliz tedavisine kısmen uyum sağlayan hastaların davranış alt boyut puan ortalamasının uyum sağlamayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8.).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların SDBY-UÖ ve HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi aşağıda Tablo 4.9.'da verildi.

Tablo 4.9. SDBY-UÖ ve HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Hemodiyaliz tedavisine katılım	İlaç kullanımı	Sıvı kısıtlaması	Diyet kısıtlaması	SDBYUÖ
Bilgi	r	0.328	-0.099	0.060	-0.009	0.199
	p	0.005*	0.411	0.619	0.940	0.096
Davranış	r	-0.079	0.223	0.351	0.439	0.308
	p	0.511	0.062	0.003*	0.000*	0.009*
Tutum	r	0.135	0.207	0.443	0.524	0.504
	p	0.262	0.084	0.000*	0.000*	0.000*
HHSKÖ	r	0.116	0.211	0.458	0.530	0.502
	p	0.335	0.078	0.000*	0.000*	0.000*

r: Pearson korelasyon katsayısı. *: $p < ,05$.

SDBY-UÖ ve HHSKÖ toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı ($p < ,05$). Hastaların, hastalığa uyum düzeyi arttıkça sıvı kontrolü düzeylerinin arttığı belirlendi (Tablo 4.9.).

5. TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde en çok kullanılan yöntemlerden birisi de hemodiyaliz tedavisidir. Sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması ve makineye bağlı yaşam bu tedavi yöntemini doğrudan etkileyebildiği için hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar, hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamakta güçlük çekmektedir (Kara, 2007). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda, hastalığa uyumun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verileri ile SDBY-UÖ Bulgularının Tartışılması

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların cinsiyeti ile SDBY-UÖ toplam puan, sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, erkek hastaların son dönem böbrek yetmezliğine ilişkin sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlaması düzeyleri kadın hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.6.). Kim vd., (2010) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada erkek hastaların hemodiyaliz tedavisine uyumunun kadın hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Chan, Zalilah ve Hii'nin (2012) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada erkek hastaların tedaviye uyumsuzluğunun kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ve Acar'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada kadın hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumunun erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum hemodiyaliz tedavisinde cinsiyetin hastaların uyum düzeyini etkilediğini göstermektedir. Bu kapsamda bireylerin uyumunu artırmak için planlı eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşı ile hastalığa uyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.6.). Victoria, Evangelos ve Sofia'nın (2015) gençlerin hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluk için risk faktörü olduğunu bildirmektedir. Nakao, Gorayeb ve Cardeal da Costa'nın (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların yaşı arttıkça tedaviye uyumunun arttığını belirlenmiştir. Ok'un (2017) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin yaşı arttıkça SDBY-UÖ toplam puan ortalamasının arttığını tespit

edilmiş olup konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ve hastalığa uyum arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu nedenle her yaş gurubunun ihtiyaçları belirlenerek hastalığa uyum konusunda eğitimler verilmelidir.

Çalışmada eğitim durumu ile SDBY-UÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6.). Günalay, Taşkiran ve Mergen'in (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlamasına uyum düzeyi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçların aksine Acar'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin ilaç kullanımı ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri ile eğitim durumu arasında ilişki olduğu, okur yazar olmayan bireylerin diğer gruplara göre ilaç kullanım düzeylerinin daha düşük, sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yukarıdaki yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile son dönem böbrek yetmezliğine ilişkin diyet kısıtlaması, sıvı kısıtlaması, ilaç kullanımı, hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeylerine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Hemşirelerin hastalara eğitim vermesi ile birlikte hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilerin artmasına bağlı olarak hastalığa uyum düzeyinin arttığı tahmin edilmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların çalışma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (Tablo 4.6.). Acar'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı araştırmada çalışmayan bireylerin diyet uyum düzeyleri ve ilaç kullanımı düzeylerinin çalışan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yacan'ın (2022) kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyuma etkisini incelediği çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin çalışma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ve yukarıda belirtilen çalışmalarda çalışma durumu ve son dönem böbrek yetmezliğine ilişkin diyet kısıtlaması, sıvı kısıtlaması, ilaç kullanımı, hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeylerine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Çalışmayan bireylerin hastalığı ve tedavi sürecini yönetmede kendine ayracağı vaktinin daha çok olması nedeniyle hastalığa uyum düzeylerinin çalışan bireylere göre daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda evli bireylerin hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeyinin bekar bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6.). Erkan Zorlu'nun (2010) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığa uyumlu ve uyumsuz gruplar ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Acar'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada evli hastaların ilaç kullanımına uyum düzeylerinin bekar hastalara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Evli bireylerin eş desteği dolayısıyla sosyal desteklerinin artması hastalığa ve tedavi sürecine uyumu artırdığına işaret etmektedir.

Yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların çocuk durumu ile SDBY- UÖ hemodiyaliz seans ve süresine uyum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, çocuğu olmayan hastaların hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeyi çocuğu olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6.). Yacan'ın (2022) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların çocuk durumu ile hastalığa uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu durum çocuğu olmayan bireylerin ek bir bakım yükünün olmaması nedeniyle son dönem böbrek yetmezliğine uyum düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların gelir durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi (Tablo 4.6.). Erkan Zorlu'nun (2010) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığa uyumlu ve uyumsuz gruplar ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Acar'ın (2018) kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada gelir durumu yetersiz olan hastaların sıvı kısıtlaması ve diyet kısıtlamasına uyum düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ve yapılan çalışmalarda gelir durumu ile son dönem böbrek yetmezliğine ilişkin diyet kısıtlaması, sıvı kısıtlaması, ilaç kullanımı, hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeylerine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Gelir durumu yüksek olan bireylerin hastalığın ve hemodiyaliz tedavisinin getireceği ek ekonomik yükü daha rahat karşılayabilmesi nedeniyle gelir durumu yüksek olan bireylerin diğer gruplara göre hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

5.2. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Tanı ve Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Verileri ile SDBY-UÖ Bulgularının Tartışılması

Araştırma sonucunda hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların destek alma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu saptandı (Tablo 4.8.). Erkan Zorlu'nun (2010) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığa uyumlu ve uyumsuz gruplar ile destek alma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmadaki bulgular literatürü desteklemektedir. Hastaların fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik destek alması hastalık ve tedavi sürecine olumlu etki etmesi nedeniyle hastaların hastalığa uyum düzeylerinin artacağı tahmin edilmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık süresi ile SDBY-UÖ hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, 16 yıl ve üzeri süredir hasta olan bireylerin hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalaması 6-10 yıl süredir hasta bireylere göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.8.). Erkan Zorlu'nun (2010) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığa uyumlu ve uyumsuz gruplar ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Hastaların kronik böbrek yetmezliği tanısını aldığı ilk yıllarda hastalığı kabullenmede ve uyum sağlamada güçlük yaşamasına bağlı bilgi düzeylerinin az olduğu düşünülmektedir. Hastaların hastalık süresinin artmasıyla birlikte hastalık hakkında bilgi düzeyinin artması nedeniyle hastalığa uyum düzeylerinin de artacağı söylenebilir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi uygulanma süresi ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 4.8.). Yanmış'ın (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin hemodiyaliz tedavisi uygulanma süresi ile diyet kısıtlaması ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Toku'nun (2022) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi uygulanma süresi ile diyet kısıtlaması ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmanın bulgusu literatürle uyumludur. Hemodiyaliz tedavisi sürekli uygulanması gereken bir tedavi yöntemi olduğu için tedavi süresi ne olursa olsun hastaları günlük yaşamı başta olmak üzere bir çok alanda olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak hemodiyaliz tedavisinin süresi arttıkça hastaların tedaviye uyumu arttığı için hastalığa uyum düzeylerinin de artacağına işaret etmektedir.

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların başka kronik hastalık varlığı durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlamasına uyum, diyet kısıtlamasına uyum ve ilaç kullanımına uyum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmazken başka kronik hastalığı olan hastaların hemodiyaliz tedavisine katılım alt boyut puan ortalamasının başka kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8.). Acar'ın (2018) kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların başka kronik hastalık varlığı durumu ile diyete uyum, sıvı kısıtlamasına uyum ve ilaç kullanımına uyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde başka kronik hastalığa sahip olma ve hastalığa uyum ile ilgili bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Hastaların son dönem böbrek yetmezliğine ek başka kronik hastalığın olması bakım yükünü artırarak hastalığa uyumu zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada bireylerin hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 4.8.). Yacan'ın (2022) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumu ile hastalığa uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bireylere hastalıkları ya da tedavileri ile ilgili bilgilendirme yapılması yaşanan süreç ile ilgili oluşabilecek yanlış davranış biçimlerinin önüne geçilebileceği söylenebilir. Ayrıca hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili verilen eğitimlerin bireylerin bilgi düzeyini artırdığı, bunun da hastalığı uyumu kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yapılan bu çalışmada iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 2000 cc ve altı olan hastarın SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması

alt boyut puan ortalaması 2000 cc ve üzeri olan hastalara göre ve iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 2001cc-3000 cc olan hastaların sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalamasının 3001 cc ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8.). Kugler, Vlaminck, Haverich ve Maes'in (2005) yaptıkları çalışmada katılımcıların iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı arttıkça sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Günalay vd., (2017) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına ilişkin uyumsuzluğunu incelediği çalışmasında, iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı ile sıvı kısıtlamasına uyum düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ve belirtilen çalışmada görüldüğü gibi iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı ile son dönem böbrek yetmezliğine ilişkin diyet kısıtlaması, sıvı kısıtlaması, ilaç kullanımı, hemodiyaliz seans ve süresine uyum düzeylerine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Bireylerin iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarının azalması hemodiyaliz ile çekilen UF miktarının azalmasına bağlı hipotansiyonun önüne geçilmesi ve diyaliz seansının daha rahat geçmesi nedeniyle bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin diyete uyma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (Tablo 4.8.). Korkmaz'ın (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan 400 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların sıvı kısıtlamasına uymama süresi arttıkça hastalığa uyum düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Yacan'ın (2022) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların diyete uyma durumu ile hastalığa uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatürde diyete uyma durumu ile hastalığa uyum ilişkisine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Hastalığa uyum sağlamak için diyet kısıtlamasına uyumun önemli bir faktör olduğu diyet kısıtlamasına uyum düzeyi arttıkça hastalığa uyum sağlama düzeyinin de artacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda hemodiyaliz tedavi uygulanan hastaların sıvı kısıtlamasına uyma durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sıvı kısıtlamasına uyan bireylerin SDBY-UÖ toplam puan ve sıvı kısıtlaması, diyet kısıtlaması alt boyut puan ortalaması sıvı kısıtlamasına kısmen uyan ya da uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8.).

Korkmaz'ın (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik düzeylerini incelediği çalışmasında bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri azaldıkça hastalığa uyum sağlama düzeylerinin de azaldığı tespit edilmiştir. Bu araştırmadaki bulgular literatürü desteklemektedir. Hastaların sıvı kısıtlamasına uyum sağlama düzeyinin yükselmesi hastalık ve tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceğini hastalığa uyum sağlama düzeylerinin de artacağı tahmin edilmektedir.

Çalışmada bireylerin günlük alınan sıvı miktarı ile SDBY-UÖ sıvı kısıtlamasına uyum alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p < .05$). Buna göre, günlük alınan sıvı miktarı 500cc ve altı olan bireylerin sıvı kısıtlaması alt boyut puan ortalamasının 500cc ve üzeri olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8.). Ok ve Kutlu'nun (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların günlük alınan sıvı miktarı ile SDBY-UÖ toplam puan ve diyetle uyum, sıvı kısıtlamasına uyum ve ilaç kullanımına uyum alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, SDBY-UÖ toplam puan ve diyetle uyum, sıvı kısıtlamasına uyum ve ilaç kullanımına uyum alt boyut puan ortalaması arttıkça günlük alınan sıvı miktarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın verileri literatür ile uyumludur. Hastaların günlük aldığı sıvı miktarının azalmasıyla birlikte hastalığa ve tedavi sürecine uyum sağlama düzeylerinin artacağı düşünülmektedir.

5.3. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların SDBY-UÖ Bulgularının Tartışılması

Araştırmada hastaların SDBY-UÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde (986.66 ± 154.38) olduğu bulundu (Tablo 4.4.). Efe'nin (2012) yaptığı çalışmada hastaların %95 oranında sıvı kısıtlamasına uymadığı belirtilmiştir. Günalay, Taşkiran ve Mergen'in (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların %74'ünün sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çektiği belirlenmiştir. Gebel'in (2019) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sıvı kontrolü ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında hastaların %72'sinin sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çektiği tespit edilmiştir. Raashid, Arshad ve Mir'in (2021) son dönem böbrek yetmezliği olan bireyler ile yaptığı çalışmada bireylerin %52'sinin tedaviye uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hastalığa uyumunu pek çok faktör etkileği söylenebilir.

Hastaların diyete uyum, sıvı kısıtlamasına uyum ve ilaç kullanımına uyum ve hemodiyaliz tedavisi seans ve süresine uyum düzeyleri kontrol altına alındığında hastalığa uyum düzeylerinin de artacağına işaret etmektedir.

5.4. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verileri ile HHSKÖ Bulgularının Tartışılması

Yapılan çalışmada hastaların cinsiyeti ile HHSKÖ toplam puan ortalaması ve davranış alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuca göre erkek hastaların sıvı kontrol düzeylerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.5.). Balım ve Pakyüz 'ün (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada cinsiyet ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Kulaksız ve Arslan'ın (2018) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada kadınların HHSKÖ davranış alt boyut puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada ise kadın bireylerin HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması, davranış alt boyut puan ortalaması ve HHSKÖ toplam puan ortalamasının erkek bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet ve sıvı kontrolü ilişkisine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Bu nedenle tüm bireylere sıvı kontrolünün hemodiyaliz tedavisindeki önemini vurgulandığı eğitimler verilmelidir.

Çalışmada yaşın HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.5.). Chan, Zalilah ve Hii'nin (2012) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada sıvı kısıtlamasına uyum düzeyinin yaş ile birlikte arttığı bulunmuştur. Ahrari, Moshki ve Bahrami'nin (2014) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada yaşın artması ile birlikte sıvı kontrolüne uyum düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Kızılcık Özkan vd., (2019) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada yaşın, istatistiksel olarak sıvı kontrolüne etkisi olmadığı bulunmuştur. Yaş ile sıvı kontrolü arasında yapılan çalışmalar arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu bağlamda tüm yaş guruplarında hemodiyaliz tedavisinde sıvı kontrolünün önemi vurgulanmalıdır. Çalışmada bireylerin medeni durumları ile sıvı kontrolü düzeylerinin benzer olduğu belirlendi (Tablo 4.5.).

Balım ve Çınar Pakyüz'ün (2016) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada medeni durumun sıvı kontrolüne istatistiksel olarak etki etmediği belirlenmiştir. Kızılcık Özkan vd., (2019) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada medeni durumun HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisinin olmadığını bulmuştur. Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2019) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada medeni durum ile HHSKÖ toplam puan ortalaması farklılık gösterirken bilgi, davranış ve tutum alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre bekar olan hastaların HHSKÖ toplam puan ortalamaları evli olan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmada ve diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi kronik hastaların bireylerin medeni durumlarına bakılmaksızın sıvı kontrolü düzeyini etkilediğini işaret etmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yapılan çalışmada, hastaların çocuk durumu ile HHSKÖ davranış alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, çocuğu olmayan hastaların sıvı kontrol düzeyinin çocuğu olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.5.). Gebel 'in (2019) hemodiyaliz tedavisi alan 300 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların çocuk durumu ile HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu, çocuğu olan hastaların HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalamasının çocuğu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın çocuk durumu ile ilgili sonuçları literatürde farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı diyaliz ünitesi ve hasta popülasyonu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çocuğu olmayan hastaların sıvı kontrol düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni bireylerin hastalığın tedavi sürecinde yer alan sıvı kontrolünü kendi kendilerine sağlamak zorunda kalabileceği düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmada çalışma durumunun bireylerin sıvı kontrol düzeylerini etkilemediği saptandı (Tablo 4.5.). Kaplan'ın (2016) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, çalışan hastaların HHSKÖ toplam puan ortalaması ve bilgi, davranış alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre sıvı kontrolü düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şentürk'ün (2021) yaptığı çalışmada HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre sıvı kontrolü düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre hemodiyaliz tedavisinin çalışma durumu farkı olmaksızın hastaların sıvı kontrolü düzeylerine etki ettiği söylenebilir.

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin gelir durumu ile sıvı kontrolü düzeyleri arasında fark olmadığı görüldü (Tablo 4.5.). Kaplan'ın (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada gelir durumu ile HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, gelir durumu iyi olan bireylerin sıvı kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ergin'in (2021) yaptığı çalışmada bireylerin gelir durumu ile HHSKÖ toplam puan ve tutum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, geliri giderinden fazla olan bireylerin puan ortalaması geliri giderinden az olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özdemir'in (2022) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireyler ile yaptığı çalışmada hastaların gelir durumu ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın gelir durumu ile ilgili sonuçları yukarıda belirtilen çalışmalarla farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı il ve çalışmaya katılan bireylerin özellikleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada eğitim durumu ile HHSKÖ toplam puan ve HHSKÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; üniversite mezunu olan bireylerin davranış alt boyut puan ortalamasının lise mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu, üniversite mezunu olan bireylerin sıvı kontrolü düzeyinin lise mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.5.). Balım ve Çınar Pakyüz'ün (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan 224 birey ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaplan'ın (2016) yaptığı çalışmada üniversite mezunu bireylerin HHSKÖ toplam puan ve bilgi alt boyut puan ortalamasının diğer eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kulaksız ve Arslan'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan 200 birey ile yaptığı çalışmada, hastaların eğitim durumu ile HHSKÖ toplam puan ve bilgi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan bireylerin toplam puan ve bilgi alt boyut puan ortalaması diğer eğitim düzeyine sahip olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebel'in (2019) yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, hastaların eğitim düzeyinin yükseldikçe bilgi seviyesinin düştüğü tespit edilmiştir. Ergin'in (2021) yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Belirtilen çalışmalarda eğitim düzeyi ile sıvı kontrolü düzeyi arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte hastaların özgüveninin, stresle baş etme düzeyinin, hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilerinin artmasına bağlı olarak sıvı kontrolü düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

5.5. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Tanı ve Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Verileri ile HHSKÖ Bulgularının Tartışılması

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin bakım konusunda destek alan grubun HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması destek almayan gruba göre daha yüksek olduğu saptandı. (Tablo 4.7.). Khalil, vd., (2011) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada sosyal destek alan hastaların sıvı kısıtlamasına uyumu arttığı belirlenmiştir. Efe ve Kocaöz'ün (2015) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada bakım konusunda ailesinden destek alan hastaların sıvı kısıtlamasına daha yüksek uyum sağladıkları belirlenmiştir. Gebel'in (2019) yaptığı çalışmada hastaların bakım konusunda destek alma durumları ile HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bakım konusunda destek alan hastaların destek almayan hastalara göre bilgi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ve belirtilen diğer çalışmalarda görüldüğü gibi hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalara, hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili verilen desteğin sıvı kontrolü düzeyi üzerine olumlu etkiettiğini göstermektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yapılan çalışmada tanı süresi 6-10 yıl olan bireylerin HHSKÖ davranış alt boyut puan ortalamasının 16 yıl ve üzeri olan bireylere göre daha yüksek olduğu bulundu. (Tablo 4.7.). Efe'nin (2012) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların kronik böbrek hastalığı tanı süresinin sıvı kontrolü düzeyine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Kaplan'ın (2016) yaptığı çalışmada kronik böbrek hastalığı tanı süresi 3-8 yıl olan hastaların, diğer gruplara göre sıvı kontrolü hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Biçer ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2020) hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlik düzeyleri ve sıvı kontrolüne uyumlarını değerlendirdiği çalışmada hastaların kronik böbrek hastalığı tanı süresinin sıvı kontrolü uyumu, sıvı kontrolü hakkında bilgi ve sıvı kısıtlamasına uyum davranışını etkilediği, 10 yıldan fazla süredir kronik böbrek hastalığı tanısı olan hastaların sıvı kontrolü uyumları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ve belirtilen diğer çalışmalarda kronik böbrek hastalığı süresi ile sıvı kontrolü düzeyi ilişkisine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Hastalar kronik böbrek hastalığı tanısı aldıkları ilk yıllarda günlük gereksinimlerini, alışkanlıklarını ve davranışlarını düzene sokmaya çalışmaktadır. Yıllar geçtikçe hastalıkla ilgili ilk yıllardaki belirsizlik ve tecrübesizlik hali ortadan kalktığı için hastaların sıvı kontrolü hakkında bilgi, davranış ve tutum düzeyleri yükselmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yapılan çalışmada tanı sonrası hemodiyaliz tedavisinin uygulanmaya başlama zamanının hastaların sıvı kontrolü düzeyine etkisinin olmadığı fakat 1 yıldan daha az süredir hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.7.). Gebel'in (2019) hemodiyaliz tedavisi uygulanan 300 hastanın sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisini incelediği çalışmada hastaların tanı sonrası hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi ömür boyu devam eden bir tedavi yöntemi olduğu için bireyler hastalığın ilk döneminde hastalığa daha iyi uyum sağlamak ve hastalığa yönelik aldıkları eğitimleri daha iyi hatırlamaktadır. Bu nedenle hastalığın belirli dönemlerinde hastalara hastalıkları ve tedavi süreci ile ilgili hatırlatıcı eğitimler verilmelidir.

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi ile sıvı kontrolü düzeyi arasında fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.7.). Molaison ve Yadrick'in (2003) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresinin artmasıyla sıvı kontrolü düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Balım ve Çınar Pakyüz'ün (2016) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisi alma süresi ile sıvı kontrolü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2017) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerini araştırdığı çalışmada bireylerin hemodiyaliz tedavisi alma süreleri ile HHSKÖ bilgi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki

bulunduğu, hemodiyaliz tedavi süresi 6 ay- 2 yıl olan hastaların diğer gruplara göre sıvı kontrolüne ilişkin bilgi düzeyleri daha düşük olduğu saptanmıştır. Şentürk'ün (2021) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi ile HHSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, hemodiyaliz tedavisi 6 ay-1 yıl olan hastaların puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tedavi sürecinin her aşamasında sıvı kontrolünü sağlamanın hastalar için zor olacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle özellikle tedavinin ilk aşamasında hastalığı ve tedavi sürecini tam olarak bilmeyen bireylerin sıvı kontrolü sağlamakta güçlük çektikleri söylenebilir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yapılan çalışmada ek başka bir kronik hastalık durumu ile sıvı kontrolü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptandı (Tablo 4.7.). Kulaksız ve Arslan'ın (2018) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada ek başka kronik hastalığa sahip olan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin davranış düzeyinin ek başka kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin kronik böbrek yetmezliğine ek başka bir kronik hastalığa sahip olmasının dolayısıyla tedavi sürecini zorlaştırıp bakım yükünü artırarak sıvı kontrolü düzeyini zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumunun HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamasına istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.7.). Baraz vd., (2010) yaptıkları çalışmada hastalık ve tedaviye ilişkin eğitim alan bireylerin sıvı kontrolüne ilişkin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Biçer ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2020) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada hastalık ve tedavi süreci hakkında ilgili kişilerden eğitim alan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2017) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumunun HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamasına istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Ergin'in (2021) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumunun ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı belirlenmiştir

Yukarıda belirtilen çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalık durumu ve tedavi süreci hakkında eğitim alma durumu ile sıvı kontrolü düzeyine ilişkin bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Hastalık ve tedavi süreci hakkında eğitim alan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin artabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı 2000cc ve altı olan hastaların HHSKÖ tutum alt boyut puan ortalaması 3001cc ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.7.). Balım ve Çınar Pakyüz'ün (2016) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada, hastaların HHSKÖ toplam puanı arttıkça iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarının azaldığı tespit edilmiştir. Günalay, Taşkiran ve Mergen'in (2017) yaptığı çalışmada hastaların iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı sıvı kontrolüne ilişkin uyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Yukarıda belirtilen çalışmalarda iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı ile sıvı kontrolü düzeyine ilişkin bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir. İki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı sıvı kontrolü düzeyini değerlendirmede göz önünde bulundurulacak önemli parametrelerden biri olduğu düşünülmektedir. Sıvı kontrolü düzeyine ilişkin iyileşmenin görüldüğü hastalarda iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarında düşüş beklenmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireyler ile yapılan çalışmada bireylerin diyeteye uyma durumu ile HHSKÖ toplam puan, davranış ve tutum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, diyeteye uyan ya da kısmen uyan bireylerin HHSKÖ toplam puan ile davranış ve tutum alt boyut puan ortalamaları diyeteye uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7.). Kızılcık Özkan vd., (2019) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kontrolüne yönelik uyumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, diyeteye uyum sağlayan hastaların diyeteye uyum sağlamayan hastalara göre sıvı kontrolü düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Biçer ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2020) hemodiyaliz tedavisi uygulanan 232 birey ile yaptığı çalışmada diyeteye uyma konusunda sorun yaşayan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu, diyeteye uyma konusunda sorun yaşamayan bireylerin ise genel sıvı kontrolü ve sıvı kontrolüne ilişkin davranış ve tutum düzeyinin daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Ergin'in (2021) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların diyetle uyuma durumu ile HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, diyetine uyan hastaların puanının diyetine uymayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi diyetle uyan bireylerin sıvı kontrolüne ilişkin davranış ve tutum düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca bireylerin sıvı kontrolü hakkında bilgi düzeyinin yüksek olmasına rağmen diyetle uyuma konusunda zorluklar yaşayabileceği için bilgilendirmenin tek başına yeterli olmadığı ve sıvı kontrolü hakkında eğitimin sürekli olması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada sıvı kısıtlamasına uyuma durumu ile HHSKÖ toplam puan, davranış ve tutum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sıvı kısıtlamasına uyan bireylerin HHSKÖ toplam puan ile davranış ve tutum alt boyut puan ortalaması sıvı kısıtlamasına uymayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.7.). Efe ve Kocaöz'ün (2015) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların %95'inin sıvı kısıtlamasına uymadığı tespit edilmiştir. Akbulut Çavuş'un (2016) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %59.8'inin sıvı kısıtlamasına uymadığı belirlenmiştir. Hastaların sıvı kısıtlamasına uyum sağlama düzeyi arttıkça sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Çalışmada günlük alınan sıvı miktarı 500cc ve altı olan hastaların HHSKÖ tutum alt boyut puan ortalaması 1001cc- 1500cc olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7.). Şentürk'ün (2021) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sıvı kontrolü ve konfor arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında günlük alınan sıvı miktarı arttıkça HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ve diğer çalışmada görüldüğü gibi günlük alınan sıvı miktarı az olan hastaların sıvı kontrolü düzeyleri daha yüksektir. Bu durumun sıvı alımı az olan hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal anlamda kendini daha rahat hissetmeleri nedeniyle sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

5.6. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların HHSKÖ Bulgularının Tartışması

Yapılan bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların HHSKÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde (51.82 ± 5.78) olduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Kulaksız ve Arslan'ın (2018), Kaplan'ın (2016), Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2017),

Gebel'in (2019) ve Şentürk'ün (2021) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmalarda da HHSKÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sıvı kısıtlamasına uyumu, diyetle uyumu, yaşam tarzındaki değişiklikler ve uzun tedavi süreci nedeniyle bireylerin sıvı kontrolüne ilişkin bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin etkilendiği düşünülmektedir.

5.7. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların HHSKÖ ile SDBY-UÖ Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması

HHSKÖ ve SDBY-UÖ toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı. Hastaların, hastalığa uyum düzeyi arttıkça sıvı kontrolü düzeylerinin arttığı belirlendi (Tablo 4.9.). Yılmaz Karabulutlu ve Çayır Yılmaz'ın (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerle yaptığı çalışmada sıvı kontrolüne uyum düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ok ve Kutlu'nun (2017) hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların SDBY-UÖ sıvı kısıtlamasına uyum alt boyut puan ortalaması arttıkça ilaç kullanımına uyum ve diyet kısıtlamasına uyum alt boyut puan ortalamasının da arttığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisinde hastalığa ve tedavi süreçlerine uyum sağlayan hastalar, hastalık süresi boyunca ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayarak sıvı kontrolü düzeylerini artıracığı düşünülmektedir. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumlarını artırarak sıvı kontrolü düzeylerinin daha iyi yere gelebilmesi için sürekli ve planlı eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalığa uyumunun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hastaların yaş ortalaması 46.94±15.42,
- %54.9'u kadın,
- %57.7'si evli,
- %50.7'sinin eğitim durumu ilköğretim ve altı,
- %52.1'inin çalıştığı,
- %64.8'inin sosyal güvencesinin olduğu,
- %57.7'si çocuk sahibi,
- %60.6'sının geliri giderine denk,
- %70.4'ünün ailesi ile yaşadığı,
- %73.2'sinin bakım konusunda destek aldığı,
- Hastaların %43.7'sinin 1-5 yıldır kronik böbrek hastası olduğu,
- %64.8'inin ilk beş yıl içinde tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başladığı,
- %47.9'una 13 ay- 5 yıldır hemodiyaliz tedavisi uygulandığı,
- %93'üne haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi uygulandığı,
- %52.1'i kronik böbrek hastalığı dışında farklı bir kronik hastalığa sahip,
- Hastaların %66.2'sinin hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldığı,
- %49.3'ünün iki diyaliz seansı arasında 2000cc'den az sıvı tükettiği,
- %45.1'inin diyetine kısmen uyduğu,
- %33.8'inin günlük 501-1000 cc arası sıvı aldığı,
- %39.4'ünün sıvı kısıtlamasına uyduğu,
- %56.3'ü hemodiyaliz seansı sonrası susuzluk hissettiği,
- %46.5'inin hemodiyaliz tedavisine uyum sağladığı,
- %81.7'sinin hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durumunun olmadığı,
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin HHSKÖ toplam puan ortalamasının 51.82±5.78, SDBY-UÖ toplam puan ortalamasının 986.66±154.38 olduğu,

- Sosyodemografik özelliklerine göre HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bireylerin yaş, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, medeni durumu ve gelir durumu ile sıvı kontrolü düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Sosyodemografik özelliklerine göre HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bireylerin cinsiyet, eğitim durumu ve çocuk durumunun sıvı kontrolü düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu,
- Sosyodemografik özelliklerine göre SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bireylerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve gelir durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Sosyodemografik özelliklerine göre SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bireylerin cinsiyet, medeni durum ve çocuk durumunun hastalığa uyum düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu,
- Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde hastaların tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlama zamanı, hemodiyaliz tedavisi alma süresi, başka kronik hastalık durumu, hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu ve hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durum varlığı ile sıvı kontrolü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre HHSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde hastaların destek alma durumu, hastalık süresi, iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı, günlük alınan sıvı miktarı, diyeteye uyma durumu, sıvı kısıtlamasına uyma durumu ve hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumunun sıvı kontrolü düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu,
- Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde hastaların destek alma durumu, tanı sonrası hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlama zamanı, hemodiyaliz tedavisi uygulanma süresi, başka kronik hastalık varlığı durumu, hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma durumu ve hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durum varlığı durumu ile SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Tanı ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre SDBY-UÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde hastaların hastalık süresi, kronik hastalık

varlığı durumu, hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabilme durumu, iki diyaliz seansı arası sıvı tüketim miktarı, diyete uyma durumu, sıvı kısıtlamasına uyma durumu ve günlük alınan sıvı miktarının hastalığa uyum düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu,

- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hastalığa uyum düzeyi ile sıvı kontrolü düzeyi arasında SDBY-UÖ ve HHSKÖ toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu sonucuna ulaşıldı.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz hemşirelerinin bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin iyileştirilmesinde ve sıvı kontrolünün sağlanmasında hastalığa ilişkin problemlerin iyi tanımlanması için kanıta dayalı çalışmalarla bireylere destek olması,
- Hemodiyaliz tedavisi alan ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip hastalara hastalığa uyum ve sıvı kontrolü düzeyini artırmaya yönelik planlı eğitim verilmesi,
- Hasta yakınlarına hastalığa uyum ve sıvı kontrolü düzeyine ilişkin planlı eğitim ve danışmanlıklar verilmesi
- Hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamaya engel bir durum varlığını azaltmaya yönelik hemşirelik uygulamalarının yapılması,
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hastalığa uyum ve sıvı kontrolü düzeyini yükseltmek amacıyla hemodiyaliz ünitelerinde uygun koşulların sağlanması,
- Araştırmanın farklı örneklem gruplarında kapsamlı çalışmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar D (2018). *Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda tedaviye uyumla ilişkili faktörler: anksiyete, depresyon, hastalık algısı* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. Türkiye.
- Ahrari S, Moshki M, Bahrami M (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of caring sciences*, 3(1): 11-19. DOI:10.5681/jcs.2014.002
- Akbulut Çavuş Ö (2016). *Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi Türk böbrek vakfı diyaliz merkezi örneği* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul Üstün GEYİK). Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ. Türkiye.
- Akgöz N, Arslan S, (2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1): 20-28. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/360008>
- Alakaş B, (2021). *Hemodiyaliz tedavisi alan kadınların beden imgelerinin yaşam niteliğine etkisi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Semra ELMAS). Avrasya Üniversitesi, Trabzon. Türkiye.
- Albayrak Coşar A, (2012). *Ölçek geliştirme çalışması: hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü* (Doktora Tezi, Danışman: Doç., Dr. Sezgi ÇINAR). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Alemdar H, Çınar Pakyüz S, (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2): 19-30. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/292254>
- Antlanger M, Hecking M, Haidinger M, Werzowa J, Kovarik JJ, Paul G, Eigner M, Bonderman D, Hörl WH, Säemann MD (2013). Fluid overload in hemodialysis patients: a cross-sectional study to determine its association with cardiac biomarkers and nutritional status. *BMC nephrology*, 14(1): 1-10. Erişim Adresi: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-266>
- Atik D, Karatepe H (2016). Sclae development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*, 32(1):135-142. DOI:10.19193/0393-6384_2016_1_21
- Balım S, Çınar Pakyüz S (2016). Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 34-42. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/403806>

- Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E, Broumand B (2010). Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of advanced nursing*, 66(1): 60-68. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x
- Başer E (2018). *Hemodiyaliz hastalarında eğitim programının sıvı kontrolü ve diyet uyum üzerindeki etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU) Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. Türkiye.
- Beaudet M, Ravensbergen L, Dewese J, Beaubien-Souligny W, Nadeau-Fredette AC, Rios N, Caron ML, Suri RS, El Geneidy A (2022). Accessing Hemodialysis Clinics During The Covid-19 Pandemic. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 13: 100533. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590198221002384>
- Beerendrakumar N, Ramamoorthy L, Haridasan S, (2018). Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients. *Journal of caring sciences*, 7(1): 17. DOI:10.15171/jcs.2018.003
- Bektaş Akpınar N, Ceran MA, Şafak Ş, Özkalp B, (2019). Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(1): 5-10. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/756489>
- Beppu H, Fukuda T, Kawanishi T, Yasui F, Toda M, Kimura H, Nakamura Y, Nakamura Y, Kojima K, Ogawa H, Ishiwatari A, Kamei Y, Ogawa T, Abe Y, Endo M, Hanawa T, Mizobuchi R, Sugita C, Okamoto K, Hatakeyama S, Yamada T, Kohara M, Wakai S (2019). Hemodialysis patients with coronavirus disease 2019: reduced antibody response. *Clinical and Experimental Nephrology*, 1-8. Erişim Adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10157-021-02130-8>
- Bıçer H, Yılmaz Karabulutlu E (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik düzeyleri ve sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilim Dergisi*, 3(2): 01-09. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1374957>
- Burkev FG (2021). *Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Rabiye ÇIRPAN). Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir. Türkiye
- Chan YM, Zalilah MS, Hii SZ (2012). Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *Plos One*, 7(8): e41362. DOI:10.1371/journal.pone.0041362

- Christensen, AJ (2000). Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: A conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosomatic Medicine*, 62(3): 435-443. Erişim Adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a292bf911c359ca2c3566d922f5d06ed64fac05f>
- Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT ve Chen SC (2015). United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney international supplements*, 5(1): 2-7. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2157171615321006>
- Conkar S, Mir S (2014). Üremik toksinlerin temizlenmesinde diyaliz ve online hemodiafiltrasyonun karşılaştırılması. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 45(4): 178-185. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/205537>
- Cristóvão AFADJ, (2015). Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis." *Revista brasileira de enfermagem* 68 (2015): 1154-1162. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>
- Çeçen S (2019). *Hemodiyaliz hastalarında el ve ayak masajının yorgunluk üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Diğdem LAFCI). Mersin Üniversitesi, Mersin. Türkiye.
- Dell Aquila R, Rodighiero MP, Spano E, Loreto PD, Kohn CO, Cruz D, Polanco N, Kuang D, Corradi V, Cal MD, Ronco C, (2006). Advances in the technology of automated, tidal, and continuous flow peritoneal dialysis. *Peritoneal dialysis international*, 27(2_suppl), 130-137. Erişim Adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=2a3b6c610e5c9e4d0623103737c7add48c9c0c53>
- Dikeç G, Kutlu Y (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*, 6(1): 40-46. Erişim Adresi: <https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-69875-REVIEW-DIKEC.pdf>
- Dizen Kazan E, Kazan S, Tunca O, Akgöl J, Ulu S (2022). Comparison of sodium bicarbonate capsules and gastro-resistant sodium bicarbonate tablets in patients with stage 4 chronic kidney disease. *Turkish Journal Of Nephrology*, 31(4):295-300. Erişim Adresi: https://www.turkjnephrol.org/Content/files/sayilar/431/5TJN_20210130_nlm_new_indd.pdf
- Efe D (2012). *Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd.Doç.Dr. Semra KOCAÖZ). Erciyes Üniversitesi, Kayseri. Türkiye.

- Efe D, Kocaöz S (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2): 113-123. DOI:10.1111/jjns.12055
- Ergin M (2021). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücü, hastalığa uyum ve sıvı kontrolü ilişkisinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI). Okan Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Erkan Zorlu A (2010). *Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum, 1. eksen psikiyatrik eş-tanımlar ile mizaç, ve karakter özelliklerinin tedavi uyumu üzerine etkileri* (Tıpta Uzmanlık Tezi, Danışman: Prof. Dr. Hayriye ELBİ). Ege Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Ezici V, Aksoy M, Öztürk A, Önder C, Ata M (2012). Diyaliz hastalarında çeşitli besinlerdeki tuz alımına bağlı olarak interdiyalitik kilo alımının incelenmesi. *XV. Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu Raporları*, 14-16. Erişim Adresi: <http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmmpzsnm15/15.S26.pdf>
- Freitas LRD, Pennafort VPDS, Mendonça AEOD, Pinto FJM, Aguiar LL, Studart RMB (2018). Guidebook for renal dialysis patients: care of central venous catheters and arteriovenous fistula. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72: 896-902. Erişim Adresi: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z9Why8yvrCpLPGTHvWLXPDv/?lang=en>
- Gebel A, (2019). *Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Nimet OVAYOLU). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. Türkiye
- Gerçek A (2021). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücü ve hastalık uyumuna etkisi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye.
- Günalay S, Taşkırın E, Mergen H, (2017). Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 3(1): 9-14. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/300663>
- İborra Maltó C, López-Roig S, Pastor MA, (2012). Prevalence of adherence to fluid restriction in kidney patients in hemodialysis: objective indicator and perceived compliance. *Nefrología (English Edition)*, 32(4): 477-485. DOI:10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11236
- İlter SM (2021). *Hemodiyaliz hastalarına uygulanan pranayamanın yorgunluğa etkisi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Özlem OVAYOLU) . Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. Türkiye.

- Kalantar Zadeh K, Regidor DL, Kovesdy CP, Van Wyck DV, Bunnapradist S, Horwich TB, Fonarow GC (2009). Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long-term hemodialysis. *Circulation*, 119(5): 671-679. DOI: 10.1161/circulationaha.108.807362
- Kaplan A, (2016). *Hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne uyumu ve yaşadıkları semptomların belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ). Erciyes Üniversitesi, Kayseri. Türkiye.
- Kara, B (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 132-136. Erişim Adresi: https://cms.gulhanemedj.org/Uploads/Article_33135/GMJ-49-132-En.pdf
- Karabey T, (2017). *Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. Türkiye.
- Kesik G (2022). *Hemodiyaliz hastalarında sıcak ve soğuk kompres uygulamalarının kas krampları, yorgunluk ve hemodiyaliz konforuna etkileri: plasebo kontrollü randomize çalışma* (Doktora Tezi, Danışman: Prof.Dr. Leyla ÖZDEMİR). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Khalil AA, Fraizer SK, Lennie TA, Sawaya BP (2011). Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. *Journal of renal care*, 37(1): 30-39. DOI:10.1111/j.1755-6686.2011.00202.x.
- Kızılcık Özkan Z, Ünver S, Çetin B, Ecdet T (2019). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı kontrolüne yönelik uyumlarının belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(1): 10-16. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/636131>
- Kim B, Kim C, Nam KY (2019). Design criteria for haemodialysis patients based on self-weight-management behaviour. *Archives of Design Research*, 32(1): 31-45. Erişim Adresi: <http://www.aodr.org/xml/18319/18319.pdf>
- Kim Y, Evangelista LS, Philips LR, Pavlish C, Kopple JD (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37(4): 377. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>

- Kugler C, Vlaminc H, Haverich A, Maes B (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1): 25-29. Erişim Adresi: https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/84607123/j.1547-5069.2005.00009.x20220421-1-m7lgco-libre.pdf?1650543821=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNonadherence_With_Diet_and_Fluid_Restic.pdf&Expires=1681334792&Signature=JD-gBW0uZEPnxJePLAbOpOxiYj-jAVf5JQfi~z~AdC~70r11YSaLTVuVpN6N-nH6b4eZ-q3-AqcRHo2k37R5iDUdqLo3HEspTdFlcRIkleYk5vLZNSsJcIYLcNCdJHgGiBl5qem-bvP1v9BzyS72WBxLNs4I1oPEo73-ht1nf56JpmZITAPCA8q~EbruJim~6xRDB8h-Nk91uyIVCII9vveoSJardfLPMHV-QyQULdX86-oITI7xe5CDj-1F5v2DfMw7embTjhExCIERXJwEMvFu2u8IB~OxtpiDNn23~qES6ccXvt8nwpdpxn8MiGnNwIX-h8yo7VcvPE~UpSySHQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Kulaksız AT, Arslan S, (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 407-414. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/629375>
- Korkmaz Y (2016). *Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Sultan KAV). Başkent Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Koşar C, Çınar Pakyüz S, Dedeli Çaydam Ö (2018). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlamasına uyumları ve hasta aktifliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 126-137. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/557386>
- Koşar Şahin C (2019). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara beslenmeye yönelik uygulanan görsel eğitimin konfora etkisinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa. Türkiye.
- Levey AS, Coresh J (2012). Chronic kidney disease. *The lancet*, 379(9811), 165-180. ErişimAdresi:https://www.jvsmedicscorner.com/Medicine_files/Chronic%20kidney%20disease%20review%202012.pdf
- Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, Zeeuw DD, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney international*, 67(6): 2089-2100. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815506984>
- Matsufuji S, Shoji T, Lee S, Yamaguchi M, Nishimura M, Tsujimoto Y, Nakatani S, Morioka T, Mori K, Emoto M, (2022). Association between levocarnitine treatment and the change in knee extensor strength in patients undergoing hemodialysis: a post-hoc analysis of the Osaka Dialysis Complication Study (ODCS). *Nutrients*, 14(2): 343. Erişim Adresi: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/2/343>

- Molaison EF, Yadrack MK (2003). Stages of change and fluid intake in dialysis patients. *Patient education and counseling*, 49(1): 5-12. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399102000368>
- Murtagh FEM, Addington-Hall J, Higginson IJ, (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in chronic kidney disease*, 14(1): 82-99. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1548559506001637>
- Nakao RT, Gorayeb R, Cardeal da Costa JA (2016). Factors associated with treatment adherence of Brazilian patients undergoing hemodialysis. *Atualidades en Psicologia*, 30(121): 77-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.23289>
- Ok E, FY Kutlu, (2017). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Erişim Adresi: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701784>
- Ok E (2017). *Kronik hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminin tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisi* (Doktora Tezi, Danışman: Doç.Dr. Fatma Yasemin KUTLU). İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Ortiz A, Covic A, Fliser D, Fouque D, Goldsmith D, Kanbay M, Mallmaci F, Massy ZA, Rossignol P, Vanholder R, Wiecek A, Zoccali C, London GM (2014). Epidemiology, contributors to, and clinical trials of mortality risk in chronic kidney failure. *The lancet*, 383(9931): 1831-1843. Erişim Adresi: http://www.jvsmedicscorner.com/Medicine_files/Epidemiology,%20contributors%20to,%20and%20clinical%20trials%20of%20mortality%20risk%20in%20chronic%20kidney%20failure.pdf
- Oygar DD, Altıparmak MR, Apaydın S, Pekpak M, Erek E, Serdengeçti K (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam süresi ve yaşam süresini etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1): 52-60. Erişim Adresi: <https://www.turkjnephrol.org/Content/files/sayilar/377/52-60.pdf>
- Özdemir E (2022). *Yaşlı hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolüne uyum, diyaliz yeterliliği ve kırılabilirlik düzeyi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA). Düzce Üniversitesi, Düzce. Türkiye.
- Özkurt S, Sağlan Y, Gölgeci H, Sağlan R, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Ankara Medical journal*, 4:275-83. DOI: 10.17098/amj.364140
- Pehlivan F, Yüksel Ş, Ahsen A, Coşkun KŞ, Güzel Hİ, Mayda H (2016). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 3:13-16. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/150882>

- Raashid S, Arshad AR, Mir AW (2021). Adherence to management in patients with end stage renal disease. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71(3): 805-09. Erişim Adresi: file:///Users/user/Downloads/3082-PDF%20galley-50582-2-10-20210915%20(3).pdf
- Sarımeahmet D (2020). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sakız çiğnemenin susama, ağız kuruluğu ve bulantıya etkisinin değerdendirilmesi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Sevilay Hintistan). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon. Türkiye
- Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G (2016). Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk nefroloji derneği kayıt sistemi 2014 yılı özet raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25(2): 135-141. DOI: 10.5262/tndt.2016.1002.02
- Süleymanlar, G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak M, Ecder T, Yılmaz Me, Çamsarı T, Başçı A, Odabaş Ar, Serdengeçti K (2011). A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Journal of Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(6): 1862-1871. DOI: 10.1093/ndt/gfq656
- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K (2000). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. 3. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınları. s.64-65
- Şentürk Z (2021). *Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü ve konfor arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Neşe ERDEM). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. Türkiye.
- Tanır B (2020). *Kronik böbrek yetmezliği olup hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hemodiyaliz öncesi ve sonrası prokalsitonin düzeylerinin karşılaştırılması* (Uzmanlık Tezi, Danışman: Prof. Dr. Ayhan AKBULUT). Fırat Üniversitesi, Elâzığ. Türkiye.
- Taşkın Yılmaz F, Sert H, Karakoç Kumsar A, Aygin D, Sipahi S, Genç AB (2018). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerdendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1):35-43. Erişim Adresi: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701762>
- Toku TN (2022). *Yetişkin hemodiyaliz hastalarının beslenme durumlarının, kısıtlı diyetle uyumlarının ve yaşam kalitelerinin diyaliz tedavisi alma yıllarına göre değerdendirilmesi: bir üniversite hastanesi örneği* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN). Trakya Üniversitesi, Edirne. Türkiye.
- Topbaş E, (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 53-59. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/292265>
- Tuncel ZA, (2021). *Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve sosyal desteğinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi, Danışman: Doç. Dr. Kenan TOPAL). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana. Türkiye.

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Sağlık Bakanlığı 1117, Ankara, 2018

Türk Nefroloji Derneği (2019). Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu. G. Süleymanlar, K. Ateş ve N. Seyahi (Editörler), Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Erişim Adresi: https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/registry_2019.pdf

Türten Kaymaz T, Akdemir N(2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2): 61-67. DOI: 10.5505/phd2016.50251

Uysal A, Günenç D, Oytun M, Yılmaz M, Bozkurt D, (2017). Böbrek nakillerinde sağkalımı etkileyen faktörler. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 2(1): 24-29. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/286493>

Varol E, Karaca Sivrikaya S, (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 89-96. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/504947>

Victoria A, Evangelos F, Sofia Z (2015). Family support, social and demographic correlations of non-adherence among haemodialysis patients. *American Journal of Nursing Science*, 4(2): 60. Erişim Adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e2499cf4ff2e86e59920761ec95754ecdbc50108>

Yacan L (2022). *Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik haline etkisi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Özgül EROL). Trakya Üniversitesi, Edirne. Türkiye.

Yangöz ŞT, (2020). *Watson insan bakım kuramına temellendirilmiş motivasyonel görüşmenin ve eğitimin hemodiyaliz uygulanan bireylerin tedaviye uyuma, memnuniyetine ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Zeynep ÖZER). Akdeniz Üniversitesi, Antalya. Türkiye.

Yanmış S (2016). *Sağlık algısının hemodiyalize bağımlı olan bireylerde diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğuna etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.

Ye-Na L, Eun Young K, (2022). Experiences of nurses caring for hemodialysis patients: a qualitative meta-synthesis study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(2): 168-177. DOI: <https://kjan.or.kr/DOIx.php?id=10.7475/kjan.2022.34.2.168>

Yılmaz Karabulutlu E, Çayır Yılmaz M (2017). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3): 390-398. Erişim Adresi: http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_AUD_525.pdf

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210062	Karar No : 80
Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi HACI AHMET ÇANKAYA
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / HEMŞİRELİK
Araştırmanın Başlığı	Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sını Kontrolüne Etkisi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	20.02.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 02.04.2021 1. Düzeltme Tarihi : 14.04.2021
Karar Tarihi	26.04.2021

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN
Başkan

Prof.Dr. Kılıçhan BAYAR
Üye

Prof.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Üye

Prof.Dr. Özcan SAYGIN
Üye

Doç.Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ
Üye

Doç.Dr. Cem ŞAHİN
Üye

Prof.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ
Üye



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA
ŞEHİR HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
29/04/2021 11:31 - E:96317027_604.01.01_9366



Sayı : E-96317027-604.01.01
Konu : Etik Kurul İzni Hk.

Sayın Hacı Ahmet ÇANKAYA

İlgi : 27/04/2021 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenize istinaden "Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sıvı Kontrolüne Etkisi" isimli çalışmanızın etik kurul onayı alındıktan sonra hastanemizde yapılması uygundur.

Gereğini rica ederim.

Dr.Ögr.Üyesi İdris KURTULUŞ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: b0a6a520-8f24-46d3-9dcb-6d0c0b6f11fa Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Telefon: Faks No:

e-Posta: sibel.catak@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Sibel ÇATAK

HEMŞİRE

Telefon No: (0 212) 909 60 00



Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

“Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sıvı Kontrolüne Etkisi” adlı tez çalışması Yüksek Lisans öğrencisi Hacı Ahmet ÇANKAYA ve tez danışmanı Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN tarafından yapılacaktır. Bu çalışma, sizlerin hastalığa uyumunuzun sıvı kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Veri toplama formları toplam 61 sorudan oluşmaktadır. Formları tamamlamak yaklaşık 30-35 dakika zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Yüksek Lisans Öğrencisi Hacı Ahmet ÇANKAYA

Telefon Numarası:

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

1-Yaşınız?

- 1) 18-24yaş 2) 25-44yaş 3) 45-64yaş 4) 65-74yaş 5) 75 yaş ve üzeri

2. Cinsiyetiniz?

- a) Erkek b) Kadın

3. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değilim
b) Okur-yazar
c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu
f) Yüksek öğretim ve üzeri

4- Mesleğiniz nedir?

- 1) Memur 2) Ev hanımı 3) İşçi
4) Emekli 5) Serbest meslek 6) Şu anda çalışmıyor 7) Diğer.....

5-Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Özel sağlık sigortası b) SGK c) Güvencem yok d) Diğer.....

6- Medeni haliniz nedir?

- a) Evli b) Bekar

7- Çocuğunuz var mı?

- a) evet (evet ise sayısını belirtiniz.) b) Hayır

8) Ekonomik gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden az

9) Kimler ile yaşıyorsunuz?

- a) Ailemle yaşıyorum b) Çocuklarımla yaşıyorum
c) Arkadaşımla yaşıyorum d) Yalnız yaşıyorum e) Diğer.....

10) Başkaları tarafından destek alma durumunuz nedir? (Size uygun olan yanıtı işaretleyiniz.)

Evet () Hayır ()

11) Destek alıyorsanız kim tarafından? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Ailem destek verir b) Arkadaşlarım destek verir
c) Devlet himayesinde bakım alıyorum d) Diğer (diğer ise açıklayınız.)

.....

12) Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler sizi hangi açılardan destekliyor? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Fiziksel açıdan b) Ekonomik açıdan c) Ruhsal açıdan

13) Kaç yıldır böbrek hastasıdır?

- 1) 1 yıl altı 2) 1- 5yıl 3) 6- 10yıl 4) 11 -15 yıl 5) 16 yıl +

14) Hastalık tanısı aldıktan ne kadar süre sonra hemodiyaliz tedavisi görmeye başladınızAy.....Yıl

15) Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?AyYıl

16) Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

- a) 1 kez b) 2 kez c) 3 kez d) 4 kez ve üzeri

17) Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

- a) Evet (17.soruya geçiniz) b) Hayır

18) Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Romatizma
d) Kalp sorunları e) Diğer (diğer ise açıklayınız.)

19) Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldınız mı?

- a) Evet (20.soruya geçiniz) b) Hayır

20) Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitimi kim ya da kimlerden aldınız?

- a) Doktor b) Hemşire c) Diyetisyen d) Diğer.....

21) İki diyaliz seansı arasında ortalama kaç litre sıvı tüketiyorsunuz?

- a) 1-2 b) 2-3 c) 3-4 d) 4-5

22) Diyetinize uyma durumunuz nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Uyuyorum 2) Kısmen uyuyorum 3) Uymuyorum

23) Günlük ne kadar sıvı alıyorsunuz?

- 1) 500cc ve altı 2) 500- 1000cc 3) 1000-1500cc 4) 1500cc ve üzeri

24) Sıvı kısıtlamasına uyma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Uyuyorum 2) Kısmen uyuyorum 3) Uymuyorum

25) Hemodiyaliz tedavisinin hangi evresinde daha çok susuzluk hissediyorsunuz? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Diyaliz öncesinde b) Diyaliz sırasında c) Diyaliz sonrasında

26) Susuzluk ihtiyacınızı nasıl gideriyorsunuz?

- a) Çiklet çiğneyerek b) Ağzımı su ile çalkalayarak c) Bol bol su içerek
d) Diğer.....

27) Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlayabildiniz mi?

a) Evet b) Kısmen c) Hayır

28) Hemodiyaliz tedavisine uyum sağlamanıza engel bir durum var mı?

a) Evet (belirtiniz.....) b) Hayır



SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ- UYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda, hemodiyaliz tedavisine katılım, ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve diyetinize ilişkin görüş bildirmeniz istenmektedir. Bu bilgi, diyaliz tedavisine katılım, ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve diyet önerilerinize uyum sağlamakta güçlük çekip çekmediğinizi anlamamıza yardımcı olacaktır. Lütfen size en uygun gelen seçenekleri işaretleyiniz.

1. Geçen ay boyunca kaç hemodiyaliz seansını tamamiyle kaçırdınız?

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

2. Geçen ay hemodiyaliz seansınızı kaçırdığınızın esas nedeni neydi?

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

3. Geçen ay boyunca hemodiyaliz seansınızı kaç kez kısalttınız?

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

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

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

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

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

5. Hemodiyaliz seansınızı kısaltmanızın esas nedeni neydi?

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

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

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

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

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

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

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

9. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta diyet önerilerine uydunuz?

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

Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği

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 alımını artırır	0	0	0
2. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi vücutta (yüz, bacak ve ayaklarda) şişliğe neden olur	0	0	0
3. Su dışındaki bazı yiyecekler de kiloyu (sıvı) artırır	0	0	0
4. İki diyaliz seansı arasında 2-3 litreden fazla sıvı almak zararlıdır	0	0	0
5. Diyaliz hastalarının fazla su içmesi nefes darlığına neden olur	0	0	0
6. İki diyaliz seansı arasında ne kadar çok sıvı alınırsa diyaliz seansı o kadar rahat geçer	0	0	0
7. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi tansiyonunu düşürür	0	0	0
II. DAVRANIŞ			
8. Sıvı gıdalar alırken ölçü kabı kullanırım	0	0	0
9. Peynir, zeytin gibi salamura yiyecekleri bir süre (1 saat) suda beklettikten sonra tüketirim	0	0	0
10. Çok sıvı içmeme neden olan bedensel aktivitelerden uzak dururum	0	0	0
11. Sıvı kısıtlaması dışarıda yemek yememi engeller	0	0	0
12. İçeceklerimi uzun sürede yudum ederim	0	0	0
13. Gün içinde ne kadar sıvı aldığımı kaydedirim	0	0	0
14. Susuzluk hissettiğimde ağzımı su ile çalkalarım	0	0	0
15. Susuzluğumu gidermek için ciklet çiğnerim	0	0	0
16. Yemeklerime tuz koymamaya dikkat ederim	0	0	0
17. Turşu, cips, ay çekirdeği, çubuk kraker gibi tuzlu yiyeceklerden kaçınırım	0	0	0
18. Arkadaş toplantılarında sıvı kısıtlaması yapamıyorum	0	0	0
III. TUTUM			
19. Sıvı kısıtlamasına uymak bana çok zor geliyor	0	0	0
20. Sıvı kısıtlamasına uymadığım zamanlar olur	0	0	0
21. İki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı artışı olur	0	0	0
22. Su ihtiyacımı nasıl azaltacağımı bilemiyorum	0	0	0
23. Diyalizden çıktıktan sonra daha çok susuzluk hissederim	0	0	0
24. Çok sayıda ilaç kullanmak sıvı alımımı artırır	0	0	0

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

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ UYUM ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

Elif OK [redacted] unları yazdı (19 Nis 2021 19:21):

Merhaba,
Ölçeği elbette kullanabilirsiniz.
Tezinizde başarılar dikerim
Elif Ok

19 Nis 2021 Pzt, saat 19:02 tarihinde Hacı ahmet Çankaya [redacted] unu yazdı:

Merhabalar Elif hocam ;
Ben Hacı Ahmet ÇANKAYA Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans yapmaktayım bu süreçte ders dönemimi tamamladım ve nihayetinde tez dönemine geçtim, danışman hocamında onayı ile tez konumu belirledim, tezimi yazmamda SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ UYUM ÖLÇEĞİ'nizi kullanmam gerekiyor, müsaadeniz olursa ölçeğinizi kullanabilir miyim.

TEŞEKKÜR EDERİM



HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜ ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

ARİFE ALBAYRAK COŞAR

< [Redacted] > şunları yazdı (20 Nis 2021 12:46):

Sayın Çankaya

Ölçeğimiz ve çalışması ekte. Kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

İyi çalışmalar

Hacı ahmet Çankaya [Redacted], 19 Nis 2021 Pzt, 17:59 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar Arife Hocam;
Ben Hacı Ahmet ÇANKAYA Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans yapmaktayım bu süreçte ders dönemimi tamamladım ve nihayetinde tez dönemine geçtim, danışman hocamında onayı ile tez konumu belirledim, müsaadeniz olursa tezimi yazmamda HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜ ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

TEŞEKKÜR EDERİM.

[Redacted]

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Hacı Ahmet ÇANKAYA
Yabancı Dili : İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) :
Lise : İslâhiye Anadolu Lisesi (2011-2014)
Açık Öğretim Lisesi (2014-2015)
Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
(2015-2019)
Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim
Dalı Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans
Programı (2019- Devam Ediyor)
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve : Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Yıl (2020- Devam Ediyor)
Yayımları (SCI ve diğer) :
Diğer Konular :