



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ALGILANAN EŞ DESTEĞİ İLE
İLAÇ UYUMU, DİYET VE SIVI KISITLAMASI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL TEMEL

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVDA EFİL

ÇANAKKALE - 2024



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ALGILANAN EŞ DESTEĞİ İLE İLAÇ
UYUMU, DİYET VE SIVI KISITLAMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL TEMEL

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVDA EFİL

ÇANAKKALE – 2024



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Gül TEMEL tarafından Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL yönetiminde hazırlanan ve 30/01/2024 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan **“Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği İle İlaç Uyumu, Diyet Ve Sıvı Kısıtlaması Arasındaki İlişki”** başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı’nda YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

.....

Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN

.....

Doç. Dr. Naile ALANKAYA

.....

Tez No : 10583996

Tez Savunma Tarihi : 30/01/2024

.....

Prof. Dr. Ahmet Evren ERGİNAL

Enstitü Müdürü

.././2024

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Gül TEMEL

30/01/2024

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesinde, çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ EFİL, çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve her daim yanımda olan sevgili eşim Mehmet TEMEL ile hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gül TEMEL

Çanakkale, Ocak 2024



ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARINDA ALGILANAN EŞ DESTEĞİ İLE İLAÇ UYUMU, DİYET VE SIVI KISITLAMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gül TEMEL

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

30/01/2024, 89

Amaç: Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması arasındaki ilişki ile etkileyen faktörler incelenmiştir.

Yöntem: Araştırma Kasım 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde yürütüldü. Araştırmaya 271 katılımcı dahil edildi. Veriler “Hasta Tanılama Formu”, “Eş Destek Ölçeği”, “Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği”, “Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, bağımsız örneklem t testi, korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların algıladıkları eş desteği, sıvı kontrol, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve ilaç uyumu puan ortalamaları sırasıyla $57,64\pm20,14$, $56,82\pm13,55$, $16,91\pm10,31$, $16,56\pm6,18$ ’di. Algılanan eş desteği puan ortalaması ile sıvı kontrol ($r=0,99$) ve ilaç uyumu ($r=0,99$) arasındaki ilişki pozitif yönde, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$) arasındaki ilişki negatif yönde çok güçlü düzeydeydi ($p<0,01$). Algılanan eş desteğinin alt boyut puan ortalamaları arttıkça sıvı kontrol puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında algılanan eş desteğini etkileyen potansiyel faktörlerin bilinmesi ilaç uyumu, sıvı kontrolü, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu arttırmaya yönelik uygun stratejilerin belirlenmesi için bir fırsat sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Eş, Sosyal Destek, İlaç Uyumu, Diyet, Sıvı Uyumu



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SPOUSE SUPPORT WITH MEDICATION ADHERENCE, DIET AND FLUID RESTRICTION IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Gül TEMEL

Çanakkale Onsekiz Mart University

Master of Science Thesis in Nursing

Advisor: Assist. Prof. Dr. Sevda EFİL

30/01/2024, 89

Objective: This study aims to investigate the relationship between perceived spouse support, and medication adherence, diet, and fluid restriction as well as the factors influencing this relationship in hemodialysis patients.

Method: The research was conducted between November 2021, and January 2022 at a university hospital's hemodialysis unit. A total of 271 participants were included in the study. Data were collected using the "Patient Identification Form," "Spouse Support Scale," "Fluid Control Scale in Hemodialysis Patients," "Dialysis Diet, and Fluid Nonadherence Questionnaire," and "Medication Adherence Report Scale." Descriptive statistical analyses, independent sample t-tests, correlation, and regression analysis were employed for data analysis. A significance level of $p<0,05$ was accepted for statistical significance.

Results: Participants' mean scores for perceived spouse support, fluid control, dialysis diet, and fluid restriction nonadherence, and medication adherence were $57,64\pm20,14$, $56,82\pm13,55$, $16,91\pm10,31$, and $16,56\pm6,18$ respectively. The relationship between perceived spouse support mean score, and fluid control ($r=0,99$), and medication adherence ($r=0,99$) was in the direction positive, while the relationship with dialysis diet, and fluid restriction nonadherence ($r=-0,91$) was very strong in the direction negative ($p<0,01$). As the mean scores of perceived spouse support sub-dimensions increased, the mean scores of fluid control were found to increase determined ($p<0,05$).

Conclusion: Know potential factors influencing perceived spouse support in hemodialysis patients may provide an opportunity to identify appropriate strategies to enhance adherence to medication, fluid control, dialysis diet, and fluid restriction.

Keywords: Hemodialysis, Spouse, Social Support, Medication Adherence, Diet, Fluid Adherence



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xiii
TABLolar DİZİNİ.....	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
------------------------------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı	4
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi	4
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi	5
2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Fizyopatolojisi	7
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirtileri	8

2.6. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri	9
2.7. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi	13
2.7.1. Transplantasyon	14
2.7.2. Periton Diyalizi	15
2.7.3. Hemodiyaliz	16
2.7.4. Hemodiyaliz Hastalarında Eş Desteği, Sıvı Kontrolü, Diyete ve İlaça Uyumun Sağlanmasında Hemşirelik Yönetimi	22

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı	27
3.2. Araştırmanın Soruları	27
3.3. Araştırmanın Türü	27
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	28
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	29
3.7.1. Hasta Tanılama Formu	29
3.7.2. Eş Destek Ölçeği	30
3.7.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	30
3.7.4. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği	31
3.7.5. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	31
3.8. Verilerin Toplanma Süreci ve Yöntemi	31
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	32

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	33
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	34
4.2. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları, Aralarındaki Korelasyon ve Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	37
4.3. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	43

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5. Tartışma	57
-------------------	----

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç	66
6.1.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	66
6.1.2. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	67
6.1.3. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları	

Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	67
6.1.4. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	68
6.1.5. Kan Biyokimya Değerleri ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	68
6.1.6. Hastalık ve Tedaviye ait Değerler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	69
6.1.7. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özellikler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	70
6.2. Öneriler	72
KAYNAKÇA	73
EKLER	I
EK 1. HASTA TANILAMA FORMU	I
EK 2. EŞ DESTEK ÖLÇEĞİ	II
EK 3. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEĞİ	III
EK 4. DİYALİZ DİYET VE SIVI KISITLAMASINA UYUMSUZLUK ÖLÇEĞİ	IV
EK 5. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ	V
EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	VI
EK 7. ETİK KURUL ONAY FORMU	VII
EK 8. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ	X
EK 9. EŞ DESTEK ÖLÇEK İZNİ	XIII

EK 10. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEK İZNİ	XIV
EK 11. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEK İZNİ	XV
ÖZGEÇMİŞ	XVI



SİMGELER VE KISALTMALAR

KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
DM	Diyabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
%	Yüzde Oranı
HD	Hemodiyaliz
PD	Periton Diyalizi
TX	Transplantasyon
TL	Türk Lirası
TND	Türk Nefroloji Derneği
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
RAS	Renin Anjiotensin Sistemi
BUN	Kan Üre Azotu
NKF-KDOQI	National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
Mnb	Milyon Nüfus Başına
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
APD	Aletli Periton Diyalizi
AV	Arteriyovenöz
UF	Ultrafiltrasyon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
Kt/V	K-Üre Diyalizör Klirensi, t-Diyaliz Süresi, V-Üre Dağılım Hacmi
AVF	Arteriovenöz Fistül
FEM	Femoral Kalıcı Kateter
SCC	Subclavian Kalıcı Kateter
CREDIT	Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması

GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
KG	Kilogram
KY	Kalp Yetersizliği
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	KDIGO kılavuzuna göre KBH evreleri, 2012	10
Tablo 2	KDIGO kılavuzuna göre KBH' da albüminüri evreleri, 2012	10
Tablo 3	KDIGO kılavuzuna göre KBH' da GFH ve albüminüri kategorileri, 2012	12
Tablo 4	Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi	32
Tablo 5	Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özellikler	34
Tablo 6	Kan Biyokimya Değerlerine İlişkin Bilgiler	35
Tablo 7	Hastalık ve Tedaviye Ait Veriler Hastalık ve Tedaviye Ait Veriler	36
Tablo 8	Eşlik Eden Hastalıklar	36
Tablo 9	Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	37
Tablo 10	Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	40
Tablo 11	Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları, İlaç Uyum Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular	42
Tablo 12	Kan Biyokimya Değerleri ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği	

	ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	45
Tablo 13	Hastalık ve Tedaviye ait Değerler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	48
Tablo 14	Yaş ve Evlilik Süresi ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	49
Tablo 15	Diabetes Mellitus Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	51
Tablo 16	Hipertansiyonu Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	52
Tablo 17	Kalp Yetersizliği Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	53
Tablo 18	Cinsiyete Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	54
Tablo 19	Sigara Kullanım Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına	

Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 55

Tablo 20 Alkol Kullanım Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 56



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek hastalığı (KBH), artan mortalite, morbidite ve düşük yaşam kalitesi riski ile ilişkili giderek ilerleyen küresel bir sağlık sorunudur. Dünya çapında 850 milyondan fazla KBH'lı olan birey bulunmaktadır (Jager, vd., 2019). Bu sayı diyabetli birey sayısından (2014'te 422 milyon) iki kat ve AIDS/HIV'den etkilenen birey sayısından (2022'de 39 milyon) ise 21 kat daha fazladır (WHO, 2022; WHO, 2023). Dünya çapında en yaygın hastalıklardan biri olan KBH'nın (Jager, vd., 2019), 2040 yılında tüm ölüm nedenleri arasında 5. sıraya geleceği tahmin edilmektedir (Foreman, vd., 2018).

Görülme sıklığı yaygın olan Diyabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT) KBH gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür (Jager, vd., 2019). Dünyada DM'e bağlı KBH 10 yılda (2005-2015) %39,5 artışla 418.000 ölüme neden olmuştur (Foreman, vd., 2018). Hastalığın ekonomik yükünün incelendiği 31 ülkede; KBH yönetimi ile ilişkili yıllık maliyetin 4 kat arttığı görülmüştür. Bu artışın hemodiyaliz (HD) için 57.334 dolar, periton diyalizi (PD) için 49.490 dolar, transplantasyonu (TX) takip eden ilk yıl için 75.326 dolar ve TX'ten sonraki ilk yılda ise bakım maliyetlerinin 16.672 dolar olduğu bildirilmiştir. KBH komplikasyonlarının hasta başına yıllık ortalama maliyetinin ise, miyokard enfarktüsü için 18.294 dolar, kalp yetersizliği (KY) için, 8.463 dolar, felç için 10.168 dolar olduğu saptanmıştır (Jha, vd., 2023).

Ülkemizde KBH 2022 yılında 10,1 milyondan fazla bireyi etkilemiştir. 2027 yılında ise 10,8 milyona çıkarak %7 oranında vaka artışı beklenmektedir. Yıllık KBH ile ilişkili sağlık harcamalarına baktığımızda; ülkemizde 2022'de 11.57 milyar Türk Lirası (TL) iken, 2027'de bu miktar %10,1 artarak, 12.74 milyar TL'e çıkması öngörülmektedir (Arıcı, vd., 2022). Türk Nefroloji Derneği (TND) 2016 yıl sonu verilerinde Türkiye'de renal replasman tedavisinde (RRT) 74.475 hastanın %76,12'sine HD tedavisi uygulandığını (TND, 2017), 2019 yıl sonu verilerinde ise kronik diyaliz tedavisi alan 64.633 bireyin, 61.341'inin HD tedavisi aldığını bildirilmiştir (TND, 2020). Günümüzde de son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan bireylerde HD tedavisinin çoğunlukla uygulandığı görülmektedir (TND, 2023).

KBH'nin ilerlemesini durdurmak, semptom yönetimini sağlamak ve komplikasyonları önlemek için başarılı bir tedavi uygulanmalıdır. Bu nedenle KBH'nın kontrolünün sağlanmasında tedavi sürecine uyum kritik öneme sahiptir (Seng, vd., 2020). Fakat HD tedavisi alan bireyler ilaca uyumda zorluk yaşayabilmektedir (Ghimire, vd., 2017; Mukakarangwa, vd., 2018; Ozen, vd., 2019). İlaç uyumu, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum ve etkin bir sıvı kontrolünün sağlanması HD tedavisi alan bireylerde hastalığın seyri için önemli bir yere sahiptir. Tedaviye uyum sağlanamaması KBH'nın ilerlemesi, mortalite gibi olumsuz sağlık çıktıları ile ilişkilidir (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cedillo-Couvert, vd., 2018).

HD hastalarında üremik kaşıntı, huzursuz bacak sendromu, kussmual solunum, iskemi, hipertansif kalp hastalığı, kalp yetersizliği anemi, kanama, hiperparatiroidi, hipervolemi, hipovolemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz gibi gelişebilecek birçok komplikasyon tedaviye uyumu zorlaştırabilir (Tuğlular, 2019). HD tedavisi alan bireyler fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan birçok sorun yaşadıkları için yaşam kaliteleri etkilenebilir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021; Ersoy ve Demir, 2023; Güner, 2019). HD tedavisi alan hastalarda tedaviye ve hastalığa bağlı olarak görülen semptom yükü ve artan yorgunluk, hastanın ve bakım veren kişinin yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (İlter ve Ovayolu, 2022).

HD hastaları yaşadıkları birçok sorun nedeni ile eşlerine bağımlı olabilmektedir (Zengin ve Yıldırım, 2017). Eş desteğinin, HD hastalarında diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasında uyum sağlamayı kolaylaştırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı ve olumsuz sağlık çıktılarını engellediği bilinmektedir (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cristóvão, 2015; Jesus, vd., 2019). Tedaviye uyumun sağlanmasında hemşireler; holistik bir bakış açısı ile birey ve eşinin tedavi sürecinde aktif bir rol oynamasını sağlarken, eş desteği ve etkileyen faktörleri belirlemelidir. Hemşireler tarafından, her ziyarette hastanın diyet ve sıvı kısıtlamalarının, HD ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi önemlidir (Ozen, vd., 2019).

Hastaların önerilen tedavi rejimine uygun olarak istedik yaşam davranışlarını sergileyebilmesi ve bunu hayat boyu sürdürebilmesi tedaviye uyumun sağlanması için gereklidir. Fakat KBH'ye sahip bireylerde tedaviye uyum sosyo-ekonomik faktörler, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler, eşlik eden komorbiditeler ve bakım sağlayıcılardan

kaynaklanan birçok faktör nedeni ile olumsuz etkilenebilmektedir (Başer ve Mollaoğlu, 2019; Cedillo-Couvert, vd., 2018; Ozen, vd., 2019).

Bu nedenle HD tedavisi alan hastalarda eş desteğinin; ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması ile ilişkisi olup olmadığı ve bu durumları etkileyebilecek faktörleri belirlemek önemlidir. Literatürde KBH olan bireylerde yaşam kalitesi (Fletcher, vd., 2022; Hussien, vd., 2020; Jesus, vd., 2019), ilaç uyumu (Cedillo-Couvert, vd., 2018; Ghimire, vd., 2017; Hsu, vd., 2015), diyet uyumunu etkileyen faktörler (Ahrari, vd., 2014; Lambert, vd., 2017; Nerbass, vd., 2017), sıvı kontrolü ve diyet uyumu (Başer ve Mollaoğlu, 2019; Vr ve Kang, 2022) ile ilgili çalışmaların olduğu görülmektedir. Fakat bildiğimiz kadarıyla eş desteğinin tedaviye uyumunu ele alan çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmada eş desteğinin tedaviye uyum sürecinde yeri ve önemi vurgulanmış olacaktır. Elde edilen sonuçların tedaviye uyumu etkileyebilecek risk faktörlerine yönelik çözüm yollarının belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı

Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)'a göre KBH; glomerüler filtrasyon hızı (GFH) fark etmeksizin, böbrekte üç ay veya daha uzun süren yapısal veya fonksiyonel anomaliler ya da böbrekte herhangi bir hasar olmaksızın GFH'nın üç ay veya daha uzun süre 60 ml/dk./1,73 m²'den düşük olması şeklinde tanımlanmaktadır (Hallan ve Orth, 2010).

İlerleyici bir böbrek fonksiyonu kaybı olan KBH'da birey sağlık-hastalık yönetimini etkin bir şekilde gerçekleştiremezse SDBY kadar ilerleyen kötü bir prognozu olacaktır. SDBY aşamasına gelen birey RRT'ye ihtiyaç duyacaktır. Renal Replasman Tedavisi; HD, PD ve TX yöntemlerinden oluşmaktadır (Vaidya ve Aeddula, 2023). KBH yüksek sağlık bakım maliyetleri, morbidite ve mortalitesi olan, oldukça sık görülen kritik bir halk sağlığı sorunudur (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cedillo-Couvert, vd., 2018). Ayrıca dünya çapında artan diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi küresel sağlık sorunları ile yakından ilişkilidir (ISN, 2019).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi

KBH küresel popülasyonda yetişkinlerin %15-20'sini etkilediği gibi insidansı ve prevalansı her geçen gün artmaya devam etmektedir (Matsushita, vd., 2022). Toplum temelli çalışmalarda kronik diyaliz prevalansında ilk sırada Tayvan, ikinci sırada ise Japonya yer almaktadır (TND, 2023). 2030 yılına kadar, dünya çapında RRT yöntemi kullanımının iki katından fazlasına çıkarak 5,4 milyon kişiye ulaşması beklenmektedir (Liyanage, vd., 2015).

Fresenius Medical Care tarafından 232 ülkede, RRT alan birey sayısının 2019 yılı sonu itibari ile 4.348.000, 2020 yılı sonu itibari ile ise 4.487.000'e ulaştığı bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada verilerin yüzde ve artış oranı hesaplanarak dünya nüfusu bir önceki yıla göre %0,54 azalırken, RRT'e ihtiyaç duyan birey sayısının %3,20 oranında arttığı raporlandırılmıştır (Fresenius Medical Care, 2019; Fresenius Medical Care, 2020).

Ülkemizde ise TND ve Sağlık Bakanlığı iş birliği ile yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT)'nda 2019 yılı sonu itibari ile RRT alan birey sayısı 83.783, 2020 yılı sonu itibari ile de 83.350 birey olduğu görülmektedir. Yüzde ve artış oranları hesaplandığında ülkemizde nüfusun bir önceki yıla göre %1,19 artışı olurken, RRT tedavisi alan birey sayısının %0,52 oranında azaldığı görülmüştür. RRT yöntemlerinin kullanılmasında TX ve PD'de bir önceki yıla göre artış olsa da dünyada ve ülkemizde RRT yöntemlerinden en yaygın kullanım HD tedavisi olmaya devam etmektedir (TND, 2022).

KBH'nın ekonomik yüküne baktığımızda, 31 ülkede yapılan bir çalışmada; hastalığın ilerlemesi ile bireyin yıllık hastalık maliyetlerini ortalama 4 kat arttırdığı görülmüştür (HD: 57.334 dolar; PD: 49.490 dolar; TX: 75.326 dolar). Oysaki bu maliyet tablosunda 31 ülke arasından sadece 9 ülkenin tüm maliyet parametrelerini karşılayabilecek ekonomik zenginliği bulunmaktadır (Jha, vd., 2023). 2030 yılında toplam tedavi maliyetinin 2 trilyon doları aşarak ilerleyeceği öne sürülmektedir. Bu bağlamda yakın gelecekte; gelişmiş ülkelerin sağlık bakım maliyetlerini karşılarken zorlanması, düşük gelirli ülkelerin ise bakım maliyetlerinin altından kalkamayacağı öngörülmektedir (SB, 2018).

KBH'nın giderek artmakta olan tıbbi, sosyal, fiziksel ve ekonomik yükünü azaltmak için erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması, bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir. Yaşam sürelerini uzatmak için bireye özgün RRT ile birlikte diyet ve sıvı kısıtlaması, ilaç uyumu ve sosyal desteğin (eş, arkadaş, akraba vb.) olması oldukça önem arz etmektedir (Sousa, vd., 2019).

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

KBH etiyojisinde küresel olarak değişkenlik gösteren birçok neden bulunmaktadır. Geçmiş yıllardaki veriler incelendiğinde KBH'nın en sık görülme nedeninin glomerülonefrit olduğu bilinmektedir. Günümüzde ise görülme sebepleri arasında glomerülonefrit üçüncü sıraya gerilemiştir. Bunun yerini DM ve HT KBH'nın ana nedenleri arasında öncelikli olarak yer almaktadır (TND, 1996; TND, 2022; Webster, vd., 2017). Uluslararası Diyabet Federasyonu (2021), dünyada 537 milyon yetişkin diyabetli bireyin mevcut olduğunu, 2045 yılında ise 783 milyona kadar yükseleceğini öngörmektedir (IDF,

2021). Aynı zamanda yapılan 10 yıllık veri analizinde (2005-2015) dünyada DM'e bağlı KBH'ta 418.000 ölüm olduğu görülmüştür (Foreman, vd., 2018).

KBH Afroamerikalılar ve Latin kökenlerde, beyaz ırklara göre daha yüksek bir oranda görülmektedir. Cinsiyet dağılımlarına göre etkisi ise çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) KBH kadınlarda daha yaygın görülürken (Coresh, vd., 2007; TND, 2022), İsveç'te görülme sıklığı ve ölüm oranı erkeklerde daha fazladır (Swartling, 2021).

Ülkemizde de geçmiş yıllarda KBH'nın en sık görülme nedeni glomerülonefrit olmaktadır. Günümüzde ise görülme sebepleri arasında glomerülonefrit üçüncü sıraya gerileyerek yerini DM ve HT'ye bırakmıştır (TND, 1996; TND, 2022; Webster, vd., 2017). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) I ile TURDEP-II çalışma sonuçlarını kıyasladığımızda, DM görülme sıklığında %90 oranında artış mevcuttur (Satman, vd., 2013). Ülkemize 2021 yılında, RRT alan SDBY olan bireylerin etiyolojik nedenleri arasında ilk sırada DM (%35,54), ikinci sırada HT (%34,15) karşımıza çıkmaktadır (TND, 2022). Buradan da yola çıkarak kronik hastalıkların hızlı artışı multipl komorbiditeye yol açarak KBH'nın görülme sıklığını ülkemizde arttığı söylenebilmektedir (Arınsoy, 2019).

Coğrafi bölgelere göre dağılıma baktığımızda; KBH oranı anlamlı farklılıklar göstermektedir. Marmara Bölgesinde %29,24 oranında olurken, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde %6,40 ile karşılaşılmaktadır (TND, 2022). Cinsiyet farklılıklarına göre incelendiğinde; ülkemizde KBH'nın erkeklerde görülme oranı kadınlara göre daha yüksektir (Coresh, vd., 2007; TND, 2022).

GFH yaştan ilerlemesi ile birlikte (40 yaştan itibaren ortalama 1ml/dakika/yıl) azalmaktadır. Bu nedenle 80 yaştan üstündeki bireylerde GFH'nin azalmasına bağlı KBH görülme sıklığı %50 oranında artmaktadır. Diğer etiyolojik nedenler arasında ise; polikistik böbrek hastalıkları, renal vasküler hastalıklar, amiloidoz, obstrüktif nefropati, tübülointerstisyel nefrit görülmektedir (TND, 2022).

KBH ilerlemesine yönelik risk faktörleri ise ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

- **Değiştirilemeyen KBH risk faktörleri:** İleri yaş, erkek cinsiyet, etnik köken, genetik faktörler (genlerdeki tek nükleotid polimorfizmleri) olurken,
- **Değiştirilebilir KBH risk faktörleri:** Sistemik HT, DM, belirgin proteinüri tablo, renal fibroz, obezite, sigara kullanımı, insülin direnci, dislipidemi, hiperürisemi gibi metabolik faktörler yer almaktadır (Vaidya ve Aeddula, 2023).

2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Fiziopatolojisi

Her iki böbreğin toplamda osmotik yükü günlük 600 mOsm/gün olarak ifade edilmekte ve bu milyonlarca nefron tarafından sağlanmaktadır. KBH fiziopatolojisinin temelinde altta yatan etiyolojinin baskılayıcı mekanizması, hastalık sürecinin ilerlemesi sonucunda ortadan kaldırılsa dahi SDBY durdurulamadan gelişmektedir. Bunun sebebi; uzun süreli renal hasara maruz kalmış bireyin, glomerül sayısında azalma oluşacak, fakat böbreklerin günlük yerine getirmesi gereken osmotik yük değişmeyeceği için glomerül başına düşen yük miktarı artarak perfüzyon oranı yükselecek ve hiperfiltrasyona bağlı hipertrofi gelişecektir. Glomerüller kapiller duvarında geçirgenliğin artması ile yoğun bir şekilde proteinlerin idrara kaçışı gerçekleşecek; yapı bozularak, filtrasyon bariyerlerinin yıkılmasına ve nefronların skleroze şeklinde devre dışında kalmasına sebep olacaktır (Tuğlular, 2019; Yavuz, vd., 2017).

Böbreklerde bulunan Renin Anjiyotensin Sistemi (RAS) glomerüller içindeki basıncı kompanse edebilmek için devreye girecek fakat başarısız olması sonucunda endotelde yırtılma meydana gelerek damarlarda trombüs gelişecektir. Bu durum sonucunda glomerüllerin gittikçe tükenmesi sebebi ile günlük yapması gereken osmotik gücü yerine getirilemeyeceği için yükü giderek artarak, Kan Üre Azotu (BUN) ve kreatin yükselmesi meydana gelecektir (Tuğlular, 2019; Yavuz, vd., 2017).

KBH fiziopatolojisinde görüldüğü gibi böbreklerde oluşan metabolik ve endokrin bozukluklar; anemi, malnütrisyon, insülin glukagon, seks hormonları, yağ-karbonhidrat-protein metabolizma bozuklukları gibi birden fazla sorun oluşturmaktadır. Bireyde görülen klinik semptom ve bulgular doğrudan KBH'nin evreleri ile ilgili olmaktadır (Tuğlular, 2019).

2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirtileri

KBH belirti ve bulguları altta yatan etiyoloji ve hastalığın evrelerine özgüdür. Genellikle sessizce ilerleme göstererek Evre 3'ten itibaren semptomların varlığı birey tarafından hissedilmektedir. Proteinlerin yıkım ürünlerinin kanda artması sonucunda sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozularak (hipovolemi-hipervolemi, hiponatremi-hipernatremi, hipopotasemi-hiperpotasemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi, hipermagnezemi ve metabolik asidoz) tüm sistemlerde ciddi problemler meydana getirmektedir. Sistemlere göre incelendiğinde;

- **Sinir sistemi üzerine etkisi:** Baş ağrısı, konsantrasyon bozuklukları, huzursuz bacak sendromu, uyku bozuklukları, polinöropati, ruhsal bunalımlar, konuşma bozuklukları, karpal tünel sendromu, demans, konvülsiyonlar, stupor, koma, meningism, ter bezlerinde bozulma ve nadir de olsa myoklonus,
- **Kas-iskelet sistemi üzerine etkisi:** Halsizlik, yorgunluk, kramplar, irritabilite, tremor, üremik kemik hastalığı, amiloidoz, D vitamini metabolizmasında bozukluklar, artrit ve miyopati,
- **Gastrointestinal sistem üzerine etkisi:** İştahsızlık, bulantı-kusma, metalik tat hissi, üremik ağız kokusu, stomatit, hıçkırık, kilo kaybı, ülser, gastrit, gastrointestinal sistem kanamaları, motilite fonksiyon bozuklukları, özefajit, kronik hepatit, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit, parotit ve pankreatit,
- **Hematoloji-immünoloji üzerine etkisi:** Anemi, osmotik fragilitede artış, kanama, enfeksiyonlara eğilim, lenfopeni ve kanser,
- **Kardiyovasküler sistem üzerine etkisi:** HT, ödem, perikardit, arterioskleroz, aritmi ve kapak hastalıkları,
- **Pulmoner sistem üzerine etkisi:** Plevral sıvı, pulmoner ödem ve üremik akciğer,
- **Metabolik-endokrin sistem üzerine etkisi:** Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, hipogonadizm, büyüme geriliği, impotans, cinsel isteksizlik, hiperürisemi, hiperprolaktinemi, malnütrisyon,

- **Cilt üzerine etkisi:** Solukluk, kuruluk, deri turgorunda azalma, tırnak atrofişi hiperpigmentasyon, kaşıntı, üremik döküntü, ülserasyon, yara iyileşmesinde gecikme, ekimoz ve nekroz,

- **Göz üzerine etkisi:** Bulanık görme, nistagmus, miyozis, asimetrik pupil ve kırmızı göz görülmektedir (Kaçar, 2012; Tuğlular, 2019).

2.6. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

2002 yılında ilk olarak National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) tarafından hazırlanan, güncellemeler ve öneriler sonucunda 2012 yılında KDIGO aracılığı ile yayınlanan Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre KBH uluslararası standardı sağlamak amacı ile evrelendirilmiştir (KDIGO, 2002; KDIGO, 2013). Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre, küresel ortalama KBH prevalansının tüm evrelerde (Evre 1-5) %13,4 ve Evre 3-5'te %10,6 olduğu gösterilmiştir (Hill, vd., 2016).

KBH evreleri; GFH'a göre beş evreye (**Tablo 1**), albüminüri miktarına göre ise üç evreye ayrılmıştır (**Tablo 2**). GFH'a göre;

- **Evre 1:** GFH'ın azalması veya iyi korunduğu ancak proteinüri/albüminüri olması sonucunda ya da böbrekte 3 ay veya daha uzun süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallikler,

- **Evre 2:** GFH'ın 3 ay veya daha uzun süre 60-89 ml/dk/1.73 m² değerinde görülmesi,

- **Evre 3a:** Böbrek hasarının hafif orta derecede olması ile ona eşlik eden GFH'ın 45-59 ml/dk/1.73 m² arasında bulunması,

- **Evre 3b:** Böbrek hasarının şiddetli orta derecede ilerlemesi ile birlikte GFH'ın 30-44 ml/dk/1.73 m² arasında ölçülmesi,

- **Evre 4:** Böbrek hasarının giderek şiddetlenmesi sonucunda böbrek yetmezliğinin başlaması ve GFH'ın 15-29 ml/dk/1.73 m² arasında görülmesi ile

- **Evre 5:** Son dönem böbrek yetmezliği aşamasına gelerek bireyin bu evrede GFH'ın <15 ml/dk/1.73 m²'nin altına inmesi olarak tanımlanmaktadır (**Tablo 1**) (KDIGO, 2013).

Tablo 1

KDIGO kılavuzuna göre KBH evreleri, 2012

EVRE	TANIM	GFH (ml/dk/1.73 m ²)
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥ 90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3a	Hafif-orta derecede azalmış böbrek hasarı	45 – 59
3b	Orta-şiddetli derecede azalmış böbrek hasarı	30 – 44
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

KBH’ında glomerüler kapiller duvarında geçirgenliğin artması sonucunda albüminüri görülmektedir. Fakat bazı durumlarda (diyabetik nefroskleroz vb.) GFH’da bir değişkenlik olmadan da KBH gelişebildiği bilinmektedir. Bu nedenle bireyin albüminüri evrelerine de bakılması gerekmektedir. Albüminüri miktarına göre;

- **A 1:** Albümin atılım oranının <30 olması ile normal/yüksek normal,
- **A 2:** Atılan miktar 30-300 arasında seyrediyorsa yüksek ve
- **A 3:** Atılım oranının giderek artması sonucunda >300 olarak çok yüksek bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (**Tablo 2**) (KDIGO, 2013).

Tablo 2

KDIGO kılavuzuna göre KBH’da albüminüri evreleri, 2012

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

KBH prognozu GFH ve albüminüri atılım oranı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle KDIGO (2012) kılavuzuna göre birey;

- Evre 1–A1 ya da Evre 2–A1 evresinde düşük risk,
- Evre 1-A2, Evre 2-A2 ya da Evre 3a-A1 evresinde orta derece artmış risk,
- Evre 1-A3, Evre 2-A3, Evre 3a-A2 ya da Evre 3b-A1 evresinde yüksek risk,
- Bu evrelendirme dışındaki tüm evrelendirme kombinasyonlarında

bulunuyor ise hastalığın prognozu çok yüksek riskli şekilde ilerlemektedir **(Tablo 3)** (KDIGO, 2013).



Tablo 3

KDIGO kılavuzuna göre KBH'da GFH ve albüminüri kategorileri, 2012

				ALBÜMİNÜRİ EVRELERİ		
				A1	A2	A3
				Normal/yüksek normal	Yüksek	Çok yüksek
				<30 mg/gr <3 mg/mmol	30-300 mg/gr 3-30 mg/mmol	>300 mg/gr >30 mg/mmol
GFH KATEGORİLERİ (ml/dk/1,73 m ²)	Evre 1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥ 90	Düşük risk	Orta derecede artmış risk	Yüksek risk
	Evre 2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 - 89	Düşük risk	Orta derecede artmış risk	Yüksek risk
	Evre 3a	Hafif-orta derecede azalmış böbrek hasarı	45 - 59	Orta derecede artmış risk	Yüksek risk	Çok yüksek risk
	Evre 3b	Orta-şiddetli derecede azalmış böbrek hasarı	30 - 44	Yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk
	Evre 4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 - 29	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk
	Evre 5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

Hastalık yönetiminde risk belirteçlerinin ayrılması, hasta takibinde bireye özgü uygun bir tedavi planlamasının yapılması için bir kılavuzun olması tedavi sürecindeki komplikasyonların önlenmesine yardım sağlarken, sağlık bakım çıktılarını değerlendirmede yön gösterici olmaktadır. Bu nedenle oluşturulan bu kategori sayesinde, hastalık prognozunun kötüleşmesi erkenden fark edilerek, bir uzman tarafından hastalık yönetimi yeniden ele alınabilmektedir (**Tablo 3**) (KDIGO, 2013).

2.7. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi

KBH başlarda semptomsuz ilerlemesinden kaynaklı, düzenli tetkik ve kontrollerini yaptırmayan bireyin, SDBY'ne kadar ilerleyen kötü prognozu olmaktadır. Hastalık farkındalığının düşüklüğü, SDBY gelişmesinde oynayan önemli bir faktördür. Bireyin ancak Evre 3 aşamasına geldiğinde belirti ve bulguları fark etmeye başlaması ve hastalık yönetiminin kontrolünü iyi sağlayamadığı durumda SDBY gelişmekte ve devamında hayatını kaybetmektedir (Arınsoy, 2019).

SDBY; bireyin Evre 5'te olduğunu ve herhangi bir RRT (HD, PD ya da TX) alamadığı durumda böbrek fonksiyonlarının yerine getirilememesi olarak tanımlanmaktadır. SDBY kayıtları, RRT alan bireylerin raporlarından elde edildiği için RRT alabilecek sosyoekonomik yeterliliğe sahip olamayan toplumların verileri tam sayı ile alınamamaktadır. Bu nedenle yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki SDBY görülme oranı, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerdeki SDBY görülme oranından yüksektir (Liyanage, vd., 2015).

Asya ülkelerine bakıldığında, RRT gereksinimi olan hastaların sadece %35'i tedaviye ulaşabilirken, Afrika ülkelerinde %15 gibi ciddi bir sonuç ile karşılaşmaktadır. 2010 yılında yapılan bir araştırmada, tüm dünyada RRT uygulanan 2.6 milyon bireyin mevcut olduğunu ve bu sayının beklenen sayıdan çok düşük olması ile birlikte en az 2.3 milyon bireyin RRT'e ulaşamamasından kaynaklı ölüm gerçekleştiği belirtilmiştir (Liyanage, vd., 2015). Son yıllarda yapılan bir başka çalışmada; dünya çapında düşük ve orta gelirli ülkelerdeki bireylerin RRT hizmetine ulaşamadığını göstermektedir. Küresel popülasyonda RRT'e ekonomik eşitsizlik nedeni ile ulaşamayarak erkenden ölen birey sayısının, RRT alan birey sayısından 3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Thurlow, vd., 2021).

Ülkemiz 2001-2014 yıllarında tüm dünyada SDBY prevalansında en fazla artış gösteren ilk 10 ülke arasında yer almaktadır (Thurlow, vd., 2021). 2021 yılında, SDBY tedavisi alan 993,5 milyon nüfus başına (mnb) birey bulunmaktadır. Bunlar; 709,2 mnb oranı HD, 224 mnb oranı, TX ve 40,4 mnb oranı ise PD alan bireylerden oluşturmaktadır (TND, 2022).

Literatür incelendiğinde; SDBY hastalarının RRT yöntemlerinin yeterli, uygun ve etkili kullanımının sonucunda bireylerin yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür. Bu bağlamda kişinin yaşamının devamlılığını sağlamasında kendi klinik durumuna uygun RRT yöntemini etkin kullanması gerekmektedir (Bosdriesz, vd., 2020; Sato, vd., 2019; Steiger, vd., 2020).

2.7.1. Transplantasyon

Diyaliz tedavi yöntemlerinde sadece böbreğin ekskresyon fonksiyonu yerine getirilirken, TX sonrasında böbreğin endokrin fonksiyonları da işlev kazanmış olmaktadır. Diyaliz ile böbrek fonksiyonunda %10-15 oranında kazanç sağlarken, TX ile böbrek tama yakın oranda fonksiyon elde etmektedir. Bu nedenle beklenen yaşam süresi ve yaşam kalitesi, diyaliz tedavisi alan bireylere göre oldukça fazladır. TX, RRT yöntemlerinin altın yöntemi olarak nitelendirilse de; artarak ilerleyen SDBY hastalarının oluşturduğu nakil bekleme listesi ve organ bağışına yönelik tutum ve davranışların az olması sebebi ile mevcut nakil listesi ihtiyacı karşılamaktan oldukça uzaktır (Yıldız, 2019).

ABD’de ulusal nakil bekleme listesine yerleştirilen hastaların, 2015 yılı ile 2019 yılı arasındaki TX yapılan birey sayısının %30 daha yüksek olmasına rağmen KBH’lı hasta sayısının giderek artması ve bağışçı eksikliği TX önündeki en büyük engel olmaya devam etmektedir. Diğer nedenler incelendiğinde; 2020 yılında ortalama TX maliyeti 442.500 ABD doları olması ile ciddi bir ekonomik yükü getirmektedir (Wang ve Hart, 2021).

Fransız Biyoetik Yasaları’nı 2011 yılında revize ederek; alıcı ile en az 2 yıl süresince yakın ve duygusal bağ kuran bireylerin böbrek bağışına yasal olarak izin vermiştir. Bununla birlikte donör ve alıcı arasında kan grubu uyumsuzluğu olması durumunda eşleştirilmiş böbrek değişimin programını yürürlüğe koymuştur (Divard ve Goutaudie, 2021). Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı ile Kızılhaç Derneği kadavra bağışçı kampanyalarını yürüterek her bölgede bağışçı hastaneler kurmuştur (Larpparisuth, vd., 2021).

Brezilya dördüncü dereceye kadar akrabalarından ve en az 21 yaşında olan eşlerden canlı nakil yapılmasına izin vermektedir. Asgari evlilik süresine ilişkin kesin bir belirleme olmasa da sadece nakil amaçlı evliliğin önüne geçilmesi için eşler arasındaki tüm nakil

vakaları Cumhuriyet Savcılığı tarafından incelenmektedir. Alıcı ile ilgisiz bağışçıların adli izne ihtiyacı bulunmaktadır (Cristelli, vd., 2021).

Ülkemizde 2008-2010 yılları arasında TX mevzuatında bazı yenilikler yapılmıştır. Bunlar;

- Böbrek nakil işlemlerine mali destek sağlanmıştır. İmmünoşpresif ilaçlarında dahil olduğu alıcı ve donörün tüm masrafları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır.
- TX sadece devlet hastaneleri ve devlet üniversite hastanelerinde yapılırken; Sağlık Bakanlığı, özel hastanelerin de gerçekleştirmesine izin vermiştir.
- Özellikle tıbbi hizmet veren kurumların halkı organ bağışına teşvik etmesi için eğitimler düzenlenmiştir.
- Böbrek TX'e yönelik eğitim sertifikasyon süreci Sağlık Bakanlığı aracılığı ile yürütülerek nakli gerçekleştirecek olan ekibin belirli kriterleri sağlayacak uygun beceri ve donanımı sağlanmıştır (Andacoglu ve Aki, 2021).

Bu düzenlemeler sonucunda böbrek nakil sayısı 2010'dan itibaren önemli ölçüde artarak devam etmektedir (Andacoglu ve Aki, 2021). Avrupa-ABD Organ Bağışı ve Transplantasyonda Uluslararası Organ Sicili'nin en son raporuna göre Türkiye, genel canlı dönerden nakil oranının, böbrek faaliyetleri açısından dünya çapında birinci sırada olduğu yayınlanmıştır. Ancak genel ölü donör nakil oranının 42. sırada olduğu görülmektedir (IRODaT, 2021). Bu duruma yönelik, kadavra bağışını kolaylaştıracak bağışçı yönetim ekiplerinin kurulması, kamuoyu bilinçlendirilmesinin sık bir şekilde yapılması, deneyimli sağlık personeli yetiştirilmesi, önerilmektedir (Andacoglu ve Aki, 2021).

2.7.2. Periton Diyalizi

PD'de periton boşluğu doğal bir diyaliz membranı olarak kullanılmaktadır. Buradaki amaç; periton kapillerindeki kan ile periton boşluğuna verilen diyaliz sıvısının (değişen derecelerde hipertonic olan solüsyonlar) arasında meydana gelen osmotik basınç değişikliği ile üremik toksinlerin ve vücuttaki fazla sıvının dışarı atılmasının sağlanmasıdır (Ersoy, 2019). İki şekilde gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- **Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD):** En çok tercih edilen, bireyin günde 3-4 defa değişimini kendi yaptığı bir yöntemdir.
- **Aletli Periton Diyalizi (APD):** APD kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Birincisinde; birey gece yatarken otomatik periton diyalizine bağlanır, sabaha kadar 5-6 değişim gerçekleşir ve gün içerisinde 1-2 değişimle idame ettirebilir. İkincisi ise günlük iş hayatının etkilenmesini istemeyen bireyler için sadece geceleri tedavi yaparak kullanılan bir PD yöntemidir (Ersoy, 2019).

Dünya çapında RRT yöntemleri arasında 272.000' den fazla bireyin (%11) PD tedavisi aldığı tahmin edilmektedir. Çin, ABD ve Tayland'ta önceki yıllara oranla PD kullanımında bir artış olsa da Avrupa'nın bazı bölgeleri ve Japonya'da orantılı olarak bir azalma görülmektedir (Li, vd., 2017).

Ülkemizde, TND'nin 2021 yılındaki verilerine göre; 178 merkezde takip edilen 3.417 PD tedavisi alan birey olduğu bilinmektedir. Son 3 yıl prevalansına bakıldığında bu tedavi yöntemini kullanan hasta sayısında minimal de olsa bir artış söz konusudur (2019'da 3292, 2020'de 3387 ve 2021'de 3417) (TND, 2022).

PD komplikasyonlarına bakıldığında; peritonit riski, uzun dönemli kullanımında peritonun yapısının bozulması, obezite eğilimi, metabolik sendrom riskinde artış, fıtıklar, diyalizat sızıntısı, bel-sırt ağrıları vb. durumlar görülebilmektedir (Ersoy, 2019). Diyalizat yetersizliği ve PD ile ilişkili enfeksiyonlar gibi faktörler nedeniyle 2021 yılında toplamda 473 PD tedavisi alan birey, HD tedavisine yönlendirilerek HD başlanmıştır (TND, 2022).

2.7.3. Hemodiyaliz

HD yarı geçirgen bir membran yardımı ile bireyin kanı ve ona uygun diyaliz solüsyonu arasında ters etkili bir hareket oluşturarak sıvı-solut değişimini yerine getirme işlemidir. Bu tedavi yönteminde asıl amaç, bireyin kanındaki toksik maddeler yarı geçirgen membrandan geçirildiği anda, diyaliz solüsyonu ters yönde hareket ederek sıvı-elektrolit değişimleri ve toksik maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamaktır (Ok, 2019).

HD dünya çapında kullanılan en yaygın RRT yöntemidir (Ok, 2019). SDBY ABD'de yaklaşık 786.000 kişiyi etkilemekte ve bu kişilerin %71'i HD tedavisine ihtiyaç duymaktadır (URDS, 2020). Japonya'da HD tedavisi alan birey sayısı PD tedavisi alan

birey sayısından daha fazladır. Bunun sebebi PD'nin kapsüllenmesi, PD süresinin uzun olması ve HD tesislerine ulaşımın daha kolay olmasından kaynaklanmaktadır (Hanafusa ve Fukagawa, 2020). Aynı şekilde diğer Asya ülkelerinde de (Hong Kong, Endonezya, Ürdün, Malezya, Singapur, Güney Kore, Tayvan ve Tayland) en çok HD tedavi yöntemi tercih edilmektedir (Kanjanaabuch ve Takkavatakarn, 2020). Brezilya ise HD tedavisine artan ihtiyaçtan dolayı 2018 yılında HD merkez sayısını 781'e çıkartmıştır. Bununla birlikte aynı yıl RRT yöntemlerinden yararlanan 133.464 bireyin %92.3'ü HD ile tedavi görmüştür (Sesso ve Lugon, 2020).

Ülkemizde TND'nin yayınladığı son rapora göre HD tedavisi en çok tercih edilen tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir. Aynı raporda erkeklerin kadınlara oranla HD yöntemini daha fazla kullandığı ve yaşın ilerlemesi sonucunda tedavi yönteminde bireylerin HD tedavisini tercih etmesinde bir artış olduğu görülmektedir (TND, 2023).

2022 yılı sonu itibari ile HD tedavisinde bireylerde en sık kullanılan damar girişim yolu ise Arteriyovenöz (AV) fistüldür (TND, 2023). Literatürde de KBH'lı bireylerin AV fistülü tercih etmesi önerilmektedir (Pisoni, vd., 2002; Pisoni, vd., 2009;). Fakat son yıllarda AV fistül kullanım oranının azalma eğiliminde olması, artan DM'ten kaynaklı olduğu düşünülmektedir (TND, 2023). Bunun sebebi DM'li hastalarda damar yapısının bozulması AV fistül için damar erişim problemini meydana getirmektedir (Karakaya, vd., 2021).

HD işleminin gerçekleştirilebilmesi için; damar girişim yolu, HD cihazı, yarı geçirgen bir membran, sıvı-solut konsantrasyonu ve antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaktadır (Ok, 2019). AV fistül, AV greft ya da santral vene yerleştirilen çift lümenli HD kateteri damar girişim yolu olarak tercih edilmektedir.

- AV Fistül: Damar girişim yolu olarak en çok tercih edilen AV fistüldür. Dominant olmayan kol üzerinden genellikle radyal arter ile sefalik ven ağzlaştırılarak yapılmaktadır.
- AV Greft: Venlerin yeterli akımı gerçekleştirememesi durumunda AV greft tercih edilmektedir. Tromboz ve enfeksiyon riski AV fistüle göre daha fazla olmaktadır.
- Santral Vene Yerleştirilen Çift Lümenli HD Kateteri: Genellikle internal juguler vene yerleştirilmektedir. Bu yöntemde, düşük kan akım hızı, tromboza bağlı disfonksiyon ve enfeksiyon riski daha fazla görülmektedir (Ok, 2019).

HD Cihazı: İdeal bir HD cihazı içerisindeki (dakikada 200-500 ml) kanı damardan alıp, istenilen basınç ile yarı geçirgen membrana göndermesi ve ardından yeterli basınç (dakikada 300-800 ml) ve ısı ile diyaliz işlemi sonunda sıvı-solut konsantrasyonunu damara geri pompalamalıdır. Aynı zamanda dolaşımdaki kan basınç değişimleri, olası hava girişleri, sıvı-solut konsantrasyonundaki değişkenleri içeren monitör alarm sistemlerini bulundurmalıdır (Ok, 2019).

Yarı Geçirgen Membran: Yarı geçirgen membran yaklaşık 10.000'e yakın kılcal borucuklardan oluşmaktadır. HD sırasında kan, borucuklar arasındaki boşlukların tersi yönde hareket ederek, sıvı-solut konsantrasyonuna akması sonucunda geçiş işlemini sağlamaktadır (Ok, 2019).

Sıvı-Solut Konsantrasyonu: Çeşme suyu, ön arıtma ve revers osmos sistemlerinden arıtılarak elde edilen saf su, konsantre elektrolit çözeltisi ile HD cihazının belirli oranda karıştırarak elde ettiği sıvıdır. Bu sıvıda sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, klor, dekstroz ve bikarbonat bulunmaktadır (Ok, 2019).

Antikoagülasyon: HD işlemi sırasında kan setleri ve membran içindeki kanın pıhtılaşmasını engellemek için heparin kullanılmaktadır (Ok, 2019).

Hemodiyaliz Tedavisinin Prensipleri

HD; Diffüzyon ve Ultrafiltrasyon (UF) prensipleri ile çalışmaktadır.

- **Diffüzyon:** Yarı geçirgen membrana ulaşan bireyin kanı; istendik ölçüde ayarlanabilen sıvı-solut konsantrasyonu ile temas ederek, konsantrasyonun yüksek olduğu taraftan düşük olduğu tarafa geçmesi ile gerçekleşmektedir. Bu geçiş sırasında yarı geçirgen membranda bulunan porlardan üremik toksinler ilerleyerek vücuttan uzaklaştırılırken; kan hücreleri, albümin ve immünoglobulinler yüksek molekülü olduğu için porlardan geçemeyerek olası kayıplar engellenmektedir (Ok, 2019).

- **UF:** Hidrostatik basınç sayesinde vücuttan fazla sıvının atılması işlemidir. Hasta bireylerin her iki diyaliz seansı arasındaki vücutta biriken ekstrasellüler sıvı bu yol ile atılmaktadır (Ok, 2019).

Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları

- Bireyin klinik durumuna göre; haftada 2-3 kez, 4-6 saat aralıklarla HD merkezine gitmesi gerekmektedir. Bu sayede tedavi süreci ile ilgili aklına takılan bütün soruların cevaplarını sağlık çalışanları tarafından alabilmektedir.
- HD merkezinde, hastalığına ait benzer sorunları yaşayan bireyler ile bulunmak, ortak paylaşımların görülmesi sosyalleşme düzeyine katkı sağlayarak, bu süreçte yalnız olmadığını fark edebilmelerini sağlamaktadır.
- Sıvı-solut konsantrasyonu ve protein kaybı HD tedavisinde, PD tedavisine göre az olduğu için malnütrisyon görülme olasılığı daha düşük seyretmektedir.
- PD’de glikoz içeren solüsyonlar kullanıldığı için metabolik denge daha çok etkilenmektedir. Bu nedenle obez ve DM’li hastalarda genellikle HD tercih edilmektedir.
- Batına ait komplikasyonlar (peritonit, fıtık, vb.) görülmemektedir.
- PD tedavisinde bireyin batınında yabancı cisim mevcut olduğu için beden imajında bozulma kaygısı görülebilmektedir. HD’de PD’e göre beden imajında bozulma kaygısı daha az karşılaşılmaktadır (Akpolat ve Utaş, 2008; SB, 2017).

Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları

- Birey HD merkezine bağımlı hale gelmektedir.
- PD tedavisinde diyet ve sıvı kontrolü daha esnek olurken; HD tedavisinde, diyet ve sıvı kontrolü ciddi uyum gerektirmektedir.
- PD tedavisinde, HD tedavisine göre HT kontrolü daha iyi sağlanmaktadır.
- Hepatit C bulaşma riski HD tedavisinde daha fazla görülmektedir (Akpolat ve Utaş, 2008; SB, 2017).

Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları

HD tedavisinde görülen komplikasyonlar akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır.

Akut Komplikasyonlar

Hipotansiyon: Hipotansiyon en sık görülen komplikasyondur. HD öncesinde hastalar hipervolemiktir. UF sırasında; büyük miktardaki sıvı ve elektrolitin hızlı çekilmesiyle kardiyak output azalır ve bunun sonucunda hipotansiyon görülmektedir. Aynı

zamanda ileri yaş, uzun HD süresi, DM varlığı, HD öncesi hipotansiyon varlığı, HD öncesi alınan vazodilatör ve antihipertansif ilaçlar, hipoalbünemi, obezite, kuru ağırlığın doğru hesaplanamaması ya da UF'nin kuru ağırlığının altında olması, bireyin diyaliz sırasında beslenmesi (splanknik kan akımını arttırdığı için) hipotansiyona neden olmaktadır (Daugirdas, 2001; Strong, vd., 2001; Tuna, vd., 2015; Utaş ve Akpolat, 2008). Anlık gelişen hipotansiyonları kontrol altına almak için sağlık profesyonelinin kullandığı yöntemler; UF'yi durdurmak, %0.09 izotonik sodyum klorür içeren infüzyon vermek ve hastayı trendelenburg pozisyonuna getirmektir. Bu durumda diyalizin erken sonlandırılmasına neden olduğu için diyaliz yeterliliğini etkilemektedir (Daugirdas, 2001; Strong, vd., 2001; Tuna, vd., 2015; Utaş ve Akpolat, 2008).

Kas Krampları: Kas krampları, hipotansiyondan kaynaklı olabildiği gibi, fazla miktarda UF, sodyum miktarının düşük olması sebebi ile ortaya çıkabilmektedir. Hipertonik solüsyonlarla durum kontrol altına alınmaktadır (Utaş ve Akpolat, 2008).

Bulantı-Kusma: Bulantı ve kusma en sık hipotansiyon ile ilişkili görüldüğü gibi, ürenin vücuttan atılması sırasında (dolaşımdaki üre artışı kusma merkezindeki medullanın hassasiyetini artırarak kusma refleksinin tetiklenmesi) ve fazla UF yapılması sonucunda da görülebilmektedir. HD işlemi sırasında hipotansiyon gelişirse ilk olarak hipotansiyonun giderilmeli, UF miktarı azaltılmalıdır. Bulantı hala devam ediyorsa antiemetik ilaçlar tercih edilebilir (Akpolat ve Utaş, 2008; Encarnacion, vd., 2009).

Kaşıntı: Kaşıntı, sekonder hiperparatroidizm (üremi paratiroid fonksiyon bozukluğunu meydana getirdiği için), anemi, demir eksikliği (böbreklerin yeterli çalışamaması nedeni ile eritroprotein hormonu yetersizliği), hipersensivite (derideki mast hücrelerinin poliferasyonuna bağlı plazmada histamin artışı nedeni), deride kalsiyum-fosfat birikmesi, hiperfosfatemi (serum alüminyum düzeyi ve parathormon bozuklukları sebebi ile), kuru deri (interdiyalitik kilo dengesizliği nedeni ile), yetersiz diyaliz ve düşük diyaliz ekipmanları ile diyalizin yapılmasını içeren sebeplerden görülmektedir. Nedene ve hastanın klinik durumuna uygun tedavi yöntemi (lidokain, antihistamin, aktif kömür vb.) seçilmektedir (Akpolat ve Dilek, 2008; Utaş, 2008).

Baş Ağrısı: HD tedavisinde görülen baş ağrısı asetat ile ilişkilendirilmektedir. Ağrının giderilmesi için HD sırasında kan akım hızı düşük tutulabilir ya da analjezik kullanımı tercih edilen yöntemler arasında bulunmaktadır (Utaş ve Akpolat, 2008).

Ateş: Diyaliz solüsyonuna bağlı ateş, HD esnasında görülmeye başlar ve HD işlemi bitişine yakın düşmeye başlamaktadır. Her ihtimale karşı hastadan kan kültürü alınmalıdır (Utaş ve Akpolat, 2008).

Diyaliz Dengesizlik Sendromu: Diyaliz sonunda kandaki ürenin hızlı azalması ile beyin bariyerindeki ürenin arasındaki dengesizlik sonucu (baş ağrısı, kusma, kas krampları, irritabilite, ajitasyon, deliryum ve konvülsiyon) ortaya çıkan nörolojik bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun gelişmesini önlemek öncelikli Tedavisi önlemeye yöneliktir (Utaş ve Akpolat, 2008).

Diyalizer reaksiyonlar (anafilaktik tip reaksiyonlar ve nonspesifik tip reaksiyonlar), aritmi, kalp tamponadı, kanama, ilaç düzeylerinde azalma, konvülsiyon, hava embolisi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hemoliz, diyalizat ısısındaki değişiklikler, diyalizer yırtılması ve pıhtılaşma, kompleman aktivasyonu, diyalize bağlı nötropeni ve hipoksemi hemodiyaliz tedavisine bağlı görülen diğer akut komplikasyonlar arasındadır (Utaş ve Akpolat, 2008).

Kronik Komplikasyonlar

Kronik komplikasyonlar ise üremiye bağlı spesifik komplikasyonlar ve primer renal hastalıkla ilgili komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır (Çaydam ve Pakyüz, 2016).

Üremiye Bağlı Spesifik Komplikasyonlar: Kardiyovasküler komplikasyonlar (HT, aritmiler, konjestif kalp yetersizliği, vb.), enfeksiyöz komplikasyonlar (hepatit, HIV, vasküler girişim yolu enfeksiyonları, vb.), gastrointestinal komplikasyonlar (hıçkırık, gastrik erozyon, vb.), anemi, kanama diatezi (trombosit anomalilikleri, vb.) pulmoner komplikasyonlar (pnömoni, plevral effüzyon, vb.), kemik bozuklukları, nörolojik komplikasyonlar (nöropati, ensefalopati, vb.) görülebilmektedir. Ayrıca karbonhidrat metabolizmasında bozulma, protein malnütrisiyonu, lipid metabolizması bozuklukları, dermatolojik komplikasyonlar, gonadal disfonksiyon ve immünolojik anormallikler görülen komplikasyonlar arasındadır (Çaydam ve Pakyüz, 2016).

Primer Renal Hastalıkla İlgili Komplikasyonlar: Rezidüel renal fonksiyon kaybı, kemik hastalığı ve primer renal hastalığa bağlı spesifik komorbid durumlardır (Çaydam ve Pakyüz, 2016).

2.7.4. Hemodiyaliz Hastalarında Eş Desteği, Sıvı Kontrolü, Diyet ve İlaça Uyumun Sağlanmasında Hemşirelik Yönetimi

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin hastalık yönetimini gerçekleştirebilmeleri, yaşamları boyunca tedaviye uyum sağlamaları ile mümkündür (Beerendrakumar, vd., 2018). Tedaviye uyum, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma, yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ile birlikte sağlık bakım çalışanının önerilerine uyum sağlaması” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2003). HD hastalarının tedaviye uyumda güçlük yaşadığı birçok çalışmada bildirilmiştir (Beerendrakumar, vd., 2018; Ghimire, vd., 2017; Mukakarangwa, vd., 2018; Ozen, vd., 2019).

Hastaların yaşam sürecinde hayattan beklentilerini karşılamaları ve yaşamlarını hastalığın baş edilemeyen etkileri olmadan devam ettirebilmeleri için tedavi yönetimini sağlamaları önemlidir. HD hastalarında tedavi sürecine uyumsuzluk birçok komplikasyonu da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle HD tedavisi ile birlikte yaşamı sürdürme hem hasta hem de ailesi için birçok yaşam değişikliğini yapmayı zorunlu hale gerektirmektedir. Bu süreçte hastalar aile ve eş desteğine ihtiyaç duymaktadır (Duzalan vd., 2021). Tedaviye uyumun sağlanması için hastalığın ve uygulanan tedavinin oluşturduğu etkilerin, birey ve ailesi tarafından nasıl algılandığı bilinmelidir (Yıldız, vd., 2023). İngiltere’de yetişkinlerin ve çocukların sağlık hizmetlerini izlemek için her yıl gerçekleştirilen nüfusa dayalı yapılan bir çalışmada, 555 kişinin evre 3 KBH olduğu ve bu hastaların %92,7’sinin KBH olduğunu bildirmediği belirlenmiştir. Hastaların hastalıkları hakkındaki yeterli bilgiye sahip olmamaları hastalığın yönetimini güçleştirir (Sultan, vd., 2021). HD tedavisi alan birey ve ailesinin hastalığın kontrolüne ilişkin farkındalıklarının artırılması ve yeterli bilgiye sahip olmaları gereklidir (Yıldız, vd., 2023). Hemşirelerin hastalık ve yönetimine ilişkin müdahaleleri, hasta ve ailesinin hastalık ve etkileri ile mücadele edebilmesine katkı sağlayabilir (Ardahan, 2006).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde; eş desteğinin, HD hastalarında diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasında uyum sağlamasını kolaylaştırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cristóvão, 2015; Jesus, vd., 2019). Bu nedenle SDBY olan bireylerde algılanan eş desteği değerlendirilmelidir. SDBY’nin etkileri ile baş etme sürecinde hastaların sıvı kontrolü, diyet ve ilaca uyum

sağlamaları tedavi başarısını artırır. Hemşireler bireyin diyet ve sıvı kısıtlamalarına, HD ve ilaç tedavisine uyumunu değerlendirerek (Ozen, vd., 2019), birey ve eşinin tedavi sürecinde aktif bir rol oynamasını sağlamalıdır (Ardahan, 2006).

Sosyal destek; bireylerin sağlığını koruyarak geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, tedavi sürecinde uyumun yükseltilerek hastalığın rehabilitasyonunda etkili bir baş etme stratejisi ortaya koyabilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir (Çetinkaya, 2019; Duran, 2018; Özdemir, vd., 2019). Algılanan sosyal destek yetersiz olduğunda semptom yükünü artırarak komplikasyonların gelişmesine neden olabileceği bilinmektedir (Yerusalem, vd., 2017; Wang, vd., 2019). Tedaviye uyum sağlayamamaya bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde yeterli sosyal destek sağlanmalıdır (Sousa, vd., 2019). Bu nedenle kronik hastalığa sahip bireylere yeterli sosyal desteği sağlayacak kişilerin (eş, arkadaş, özel insan gibi) tedavi sürecine dahil edilmesi, bireylerin kendisini yalnız hissetmemelerinde ve tedaviye uyum sağlamalarını kolaylaştırabilir (Karataş ve Bostanoğlu, 2017).

Sosyal destek türleri arasından en sık karşılaşılan destek eş desteğidir. Evlilik, bireylerin genel sağlık durumunu yükselten ve yaşamdan doyum almasını destekleyen bir kurum olarak ifade edilmektedir (Yıldız ve Baytemir, 2016). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere bakım verenler çoğunlukla eşleridir (Gilbertson, vd., 2019). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin rehabilitasyon sürecinde, bakımı ve yardımında eşler önemli bir rol oynamaktadır (Riazuelo, 2021). Ayrıca kronik hastalığa sahip bir bireye sağlanan eş desteği tedavi uyum sürecinde önemli bir faktördür (Karataş ve Bostanoğlu, 2017; Silva, vd., 2016; Turan, vd., 2018).

Sağlıklı yetişkin bir bireyde vücuda alınan su ile çıkarılan su arasında bir denge bulunmaktadır. Fakat SDBY olan bireylerde özellikle hastalık evresinin ilerlemesi ile birlikte vücuda alınan su ile vücuttan çıkarılan su arasında ciddi bir dengesizlik bulunmaktadır (Hamşioğlu ve Uçar, 2021). Birey sıvı kontrolünü iyi sağlayamadığı durumlarda; vücuda aldığı fazla suyu idrarda atamadığı için idrar miktarında bir azalma, artan kalp yükü, kardiyomegali, hipertansiyon, nefes darlığı, ortopne, juguler venöz dolgunluk, pulmoner konjesyon, karaciğer konjesyonu, periferik ödem, asit gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Alınması gereken sıvı miktarının daha azı alındığı durumlarda ise; cilt

ve mukozada kuruluk, göz küresinde çökme, azalmış juguler venöz basınç, taşikardi ve postür değişikliği ile kan basıncında azalma görülebilmektedir (Akpolat, 2019).

HD tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlamalarına uymaması sonucu interdiyalitik kilo alımında bir artışın meydana geldiği; HD seans süresinin etkisiz ve rahatsız geçmesine neden olduğu bilinmektedir. Bu durum hastalığın kötüye giden prognozuna neden olabilmektedir (Hamşioğlu ve Uçar, 2021). HD tedavisi alan hastalara hemşirelerin destekleyici ve yol gösterici olmaları, hastaların sıvı kontrolünü sağlamalarına yardımcı olmaktadır (Arad, vd., 2021; Rafiee, vd., 2016; Yeh, vd., 2021). Ayrıca hemşire tarafından gerçekleştirilen tele-danışmanlık, zaman çizelgesi kullanımı, hasta eğitimi, çözüm odaklı yaklaşım sunması ve motivasyonel görüşmeler HD hastalarının tedaviye uyum sürecinde önemli bir yere sahiptir (Demir ve Efil, 2022).

Arad ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, HD tedavi alan hastalara 3 ay boyunca hemşire liderliğinde gerçekleştirilen hasta eğitimi, tele-hemşirelik ve kısa bilgilendirme mesajlarının; HD seanslarına katılım oranı, sıvı kısıtlamasına uyum, diyet ve ilaca uyumda anlamlı bir iyileşme sağladığı tespit edilmiştir (Arad, vd., 2021). Başka bir çalışmada da hemşire tarafından sıvı kontrolüne yönelik gerçekleştirilen eğitimin, broşür kullanımının ve hatırlatıcı mesajların HD hastalarında kuru ağırlık yüzdelerini düşürdüğü, HD sırasında akut komplikasyonların azalmasına neden olduğu bulunmuştur (Yeh, vd., 2021).

Tedaviye uyumsuzluğa bağlı hastalarda benzer akut ve kronik komplikasyonlar görülmekte, fakat uyumsuzluk nedenleri bireylere göre farklılık göstermektedir. Rafiee ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların tedaviye uyum sağlayamama nedenleri göz önünde bulundurularak hemşire tarafından gerçekleştirilen rehabilitasyon sürecinin sıvı kısıtlamasına uyumu arttırdığı bulunmuştur. Bu bağlamda hemşireler hastaların ihtiyaçlarını belirlemeli, gereksinimler doğrultusunda eğitimlerin planlanması ve uygulanmasını gerçekleştirmelidir (Rafiee, vd., 2016).

Hemodiyaliz tedavisi azalmış böbrek fonksiyonlarının işlevini yerine getirmekte fakat bunu sağlıklı bir yetişkinin böbrek fonksiyonları kadar etkili bir şekilde sürdürememektedir. Bu nedenle bireyin tedavisinde en önemli bileşenlerden biri olan diyetle uyum sağlaması önemlidir. Diyet planı bireyin hastalık seyrine, klinik durumuna, laboratuvar sonuçlarına göre kişiye özel yapılmaktadır. Buradaki temel amaç diyet planına uyum ile doğru ve dengeli beslenmeyi sağlarken oluşabilecek malnütrisyonun önüne

geçmektir. Aynı zamanda glisemik kontrol sağlanırken, kardiyovasküler, serebrovasküler, renal sorunların oluşmasının önüne geçilerek, beden kitle indeksinin normal seyrini koruyabilmektir. Eğer birey ve ailesi bu durumun önemini iyi bir şekilde kavrayamaz ve oluşabilecek riskleri bilemez ise istenmedik sonuçlar (pulmoner ödem, üremi semptomları, konjestif kalp yetersizliği, hipertansiyon gibi) meydana gelerek birey ve ailesinin yaşam kalitesi kötüleşebilmektedir (Hamşioğlu ve Uçar, 2021; Özener ve Akoğlu, 2008).

Hemşireler tarafından verilen eğitimin HD hastalarında diyetle uyumun sağlanmasını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Cheng, vd., 2017; Duzalan ve Pakyuz, 2018; Pack ve Lee, 2021; Shi, vd., 2013). Pack ve Lee (2021) çalışmasında, hemşire tarafından akıllı telefon uygulaması ile gerçekleştirilen diyet öz yönetim programının, 8. haftanın sonunda diyetle uyumları arttırdığı ve kan biyokimya değerlerine olumlu yansıdığı bulunmuştur (Pack ve Lee, 2021). Cheng ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; hemşireler tarafından düzenli aralıklarla verilen eğitimin, broşür ve hatırlatıcı kartların fosfor düzeyini iyileştirdiği ve bununla birlikte kaşıntı şikayetlerinin azalmasına neden olduğu belirlenmiştir (Cheng, vd., 2017). Benzer şekilde başka bir çalışmada da; 3 ay boyunca hemşireler tarafından verilen beslenme eğitiminin fosfor ve kalsiyum düzeylerinde iyileşme sağladığı ve hastaların iyilik halinde bir artışa neden olduğu saptanmıştır (Shi, vd., 2013).

Böbreğin işlev kaybına bağlı meydana gelebilecek sorunların önlenmesi ve hastalığın etkilerinin kontrolü için HD hastalarında ilaç tedavisi kullanılmaktadır. SDBY’de ilaç yönetimi oldukça önemlidir. Çünkü birçok ilaç kısmen ya da tamamen böbreklerden atılmaktadır. Bunun sonucunda sık rastlanılan ilaç toksisitesi gibi istenmedik bir durum oluşabilir. Aynı zamanda hastadaki üreminin boyutu nedeni ile biyotransformasyonda da değişiklikler gözlenebilmektedir. Üreminin derecesi arttıkça ilaç etkileşimleri olumsuz yönde etkilenir. Örneğin eritropoetin kullanan hastalar, ilaçlarını hastaneye getirirken soğuk zinciri sürdürebilmesi önemlidir. Birey vücudunu iyi tanımlayabilmeli gelişebilecek herhangi bir reaksiyonu (gastrointestinal sistem şikayetleri, alerjik reaksiyonlar vb.) önceden fark edebilmelidir. Hastalık yönetiminde; diyet ve sıvı kontrollü bir şekilde sağlandığı zaman ilaç yönetiminin daha etkili bir şekilde gerçekleştiği görülür. Etkisiz diyet ve sıvı kontrollerinde dislipidemi ve tansiyonu düzenleyebilmek için daha fazla ilaç kullanımına gereksinim duyulmakta, ilaç kullanımı arttıkça ilaç toksisitesi

oluşması tetiklenmektedir. Bu nedenle hastaların tedavi yönetiminin sağlanmasında diyetle uyum, sıvı kontrolü ve ilaç uyumun sağlanması çok önemlidir (Hamşioğlu ve Uçar, 2021).

HD tedavisi alan hastaların, çoklu ilaç kullanımından kaynaklı oluşabilecek aksaklıklar ve hataların önlenmesi amacı ile hemşireler tarafından ilaç kontrolünün sağlanmalıdır (Hamşioğlu ve Uçar, 2021). Yapılan bir çalışmada, her HD seans öncesi “hastaların ilaçlarını nasıl kullandığı, hangi ilaçlarını ne zaman aldığı ya da almadığı” hemşireler tarafından sorgulanarak kayıt altına alınan hastaların; ilaç uyumlarının iyileştiği ve komplikasyonlarının azaldığı görülmüştür (Miglowiec ve Karl, 2021). Sandlin ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da; hemşireler tarafından verilen ilaç eğitim programının ilaca uyum sağlanmasını arttırdığı, fosfat seviyelerini koruduğu ve kemik sağlığının iyileşmesine katkı sağladığı tespit edilmiştir (Sandlin, vd., 2013).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada HD hastalarında algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. Aynı zamanda HD hastalarında eş desteği, ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlamasını etkileyen faktörler incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri nelerdir?
- Hemodiyaliz hastalarında ilaç uyumu nasıldır?
- Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile ilaç uyumu arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu nasıldır?
- Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne uyumları ne düzeydedir?
- Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile sıvı kontrolüne uyum düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz hastalarında algılanan eş desteği nasıldır?
- Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile algılanan eş desteği arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz hastalarında algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması, sıvı kontrolü arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tasarımda yürütüldü.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Antalya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde, 4 Kasım 2021 ile 31 Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 4 Kasım 2021 ile 31 Ocak 2022 tarihleri arasında Antalya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 431 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G Power 3.1.9.2 programı kullanıldı. Ortalama iki korelasyon testi (correlation: point biserial model) ile standartlaştırılmış direkt etki büyüklükleri dikkate alındığında %95 güven, %95 test gücü ve etki büyüklüğü 0.30 alınarak minimum örneklem sayısı 111 olarak belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 271 katılımcı ile verilerin toplanması tamamlandı. %95 güven ve etki büyüklüğü 0.30 alınarak hesaplanan testin gücü %99 olarak bulundu.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Evli olan,
- En az 6 aydır HD tedavisi alan,
- En az okur yazar olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Sorulara cevap verebilecek yeterlilikte olan,
- Alzheimer hastalığı veya psikoz gibi bilişsel bozukluklarla ilgili herhangi bir psikiyatrik problem olmayan bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Dahil Edilmeme/Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- 18 yaş altında olan,
- 6 aydan daha az süre HD tedavisi alan,
- Bekar olan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Veri toplama sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçen,
- Anketi tamamlamayan,

- Alzheimer hastalığı veya psikoz gibi bilişsel bozukluklarla ilgili herhangi bir psikiyatrik problemi olan bireyler dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından, katılımcılara araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve katılımcılardan ne beklenildiği sözlü ve yazılı olarak açıklandı. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırmanın verileri 4 Kasım 2021 ile 31 Ocak 2022 tarihleri arasında toplandı. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırmacılar tarafından hastalarla yapılan görüşmelerde, hastaların dosyalarından veya hastanenin elektronik tıbbi kayıt sisteminden elde edildi. Verilerin toplanmasında “Hasta Tanılama Formu”, “Eş Destek Ölçeği”, “Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği”, “Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” kullanıldı. Veriler HD ünitesinde hasta yatak başında toplandı. Hastalarda yorgunluk olabileceği için verilerin toplanma zamanı HD seansının ilk 2 saatinde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir katılımcı için ortalama 20 dakikada veriler toplandı. Veri toplama araçları;

3.7.1. Hasta Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Balım, 2013; Başer ve Mollaoğlu, 2019; Kaplan ve Karadağ, 2022; Ozen, vd., 2019; Özel, 2012). Bu form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, evlilik süresi, eğitim seviyesi, hemodiyaliz giriş yeri, meslek, sigara-alkol kullanımı, antidepresan kullanımı ve gidilen diyaliz merkezi) özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci bölümde; kan biyokimya (hematokrit (%), hemoglobin (gr/dL), albümin (gr/dL), total protein (gr/dL), glukoz (mg/dL), kalsiyum (mg/dL), fosfor (mg/dL), hbA1c (%) ve Kt/V (K-üre diyalizör klirensi, t-diyaliz süresi, V-üre dağılım hacmi) sorgulandı. Ayrıca HD öncesi ve sonrası BUN, kreatinin (mg/dL), potasyum (mmol/L) ve sodyum (mmol/L)) değerlendirildi. Üçüncü bölümde ise; hastalık ve tedaviye ait (primer tanı/yılı, ek hastalıklar, HD yılı, haftalık seans sayısı, kuru ağırlık, interdiyalitik kilo, UF miktarı ile ilgili sorular yer almaktadır. Ayrıca HD öncesi ve sonrası olmak üzere kan basıncı (mmHg) ve kiloya ilişkin veriler sorgulandı. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri, araştırmacılar tarafından hasta ile yapılan görüşmeler, hasta dosyaları ve hastanenin

elektronik tıbbi kayıt sisteminden incelenerek elde edildi. Bu formda toplam 36 soru yer aldı (**EK 1**).

3.7.2. Eş Destek Ölçeği

Bu ölçek, Yıldırım (2004) tarafından algılanan eş desteğini belirleyebilmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek, duygusal destek (1-2-3-4-6-9-12-16-21. madde), maddi yardım-bilgi desteği (7-13-15-17-24-25-27. madde), takdir desteği (5-10-14-18-20-22-23-26. madde) ve sosyal ilgi desteği (19-11-8. madde) olmak üzere 4 alt boyut ve 27 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar için 3'lü likert tipli skala (1=bana uygun değil, 2=bana kısmen uygun ve 3=bana uygun) kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 81'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireyin eşinden daha fazla destek aldığını hissettiği şeklinde yorumlanmaktadır. Düşük puan ise bireyin eşinden daha az destek aldığını hissettiği anlamına gelmektedir (**EK 2**). Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,95'tir (Yıldırım, 2004). Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri eş destek için 0,99, duygusal destek boyutu için 0,98, maddi yardım-bilgi destek boyutu için 0,96, takdir destek boyutu için 0,98 ve sosyal ilgi destek boyutu için 0,88'di.

3.7.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği

HD hastalarının sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla Coşar ve Pakyüz (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte bilgi (1.-7. sorularda), davranış (8.-18. sorular) ve tutum (19.-24. sorular) alt boyutları yer almakta olup, toplam 24 soru bulunmaktadır. Yanıtlar için 3'lü likert tipli skala (1=Katılmıyorum, 2=Kararsızım ve 3=Katılıyorum) kullanılmaktadır. Olumlu maddeler değerlendirilirken "katılıyorum" 3, "kararsızım" 2 ve "katılmıyorum" 1 puan olarak puanlanmıştır. 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 nolu maddeler ters yönde puanlanmaktadır ("katılıyorum" 1, "kararsızım" 2 ve "katılmıyorum" 3 puan). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan 72'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların sıvı kontrolüne uyumu da artmaktadır (**EK 3**). Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,88; bilgi alt boyutu 0,92, davranış alt boyutu 0,80 ve tutum alt boyutu 0,67'dir (Coşar ve Pakyüz, 2015). Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri sıvı kontrol için 0,97, bilgi boyutu için 0,64, davranış boyutu için 0,94 ve tutum boyutu için 0,96'dır.

3.7.4. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği

Vlaminck ve arkadaşları tarafından (2001) diyaliz hastalarında diyet ve sıvı tedavisinde uyumsuzluğu belirlemek amacı ile geliştirilmiştir (Vlaminck, vd., 2001). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kara (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek diyet ve sıvı kısıtlaması ile ilgili olmak üzere toplam dört maddeden oluşmaktadır. Diyet (1. soru) ve sıvı kısıtlamasına (3. soru) uyumsuzluk davranış sıklığı, son 14 gün içinde uyumsuz davranış gösterilen günlerin sayısı sorgulanarak değerlendirilmektedir. Diyet (2. soru) ve sıvı kısıtlaması (4. soru) derecesi sorgulanırken 0-4 arası puanlanmakta olup, yanıtlar için 5’li likert tipi skala (0=uyumsuzluk yok, 1=hafif, 2=orta, 3=ciddi ve 4=çok ciddi) kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireyin diyet ve sıvı kısıtlamasındaki uyumsuzluğunun artmış olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (**EK 4**). Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0,70’dır (Kara, 2009). Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,85’tir.

3.7.5. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirmiş ve ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Temeloğlu ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 5 madde bulunmaktadır. Yanıtlar için 5’li likert tipli skala (1=her zaman, 2=sık sık, 3=bazen, 4=nadiren ve 5=asla) kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Alınan puan arttıkça ilaç uyumunun arttığı, puanlar azaldıkça ilaç uyumunun azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır (**EK 5**). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,78’tir (Temeloğlu, vd., 2019). Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,96’dır.

3.8. Verilerin Toplanma Süreci ve Yöntemi

HD hastalarında eş desteğinin; ilaç uyumu, diyet ve sıvı kontrolü ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile planlanan bu çalışmada, katılımcılara girişimsel müdahalede bulunulmadı. Araştırma verileri, Etik Kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra 4 Kasım 2021 ile 31 Ocak 2022 tarihleri arasında toplandı. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve katılımcılardan ne beklenildiği açıklandı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 271 hastadan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alındı. Onam alınan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi

uygulanarak veriler toplandı. Anket formu içerisinde bulunan kan biyokimya tablosu ve hastalığa-tedaviye ait veri kısmı ise araştırmacı tarafından tıbbi kayıtlardan not alındı. Aynı zamanda hastalarda yorgunluk olabileceği için verilerin toplanma zamanı HD seansının ilk 2 saatinde yapıldı. Katılımcılardan “Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği’nde” bulunan sorular için son 14 günü; diğer ölçeklere yönelik tüm soruların cevaplandırılmasında ise son 1 ayı düşünmeleri istendi. Ayrıca veriler yemek ve tedavi saatleri dışında sakin ve sessiz bir ortam sağlandıktan sonra gerçekleştirildi. Her bir katılımcı için ortalama 20 dakikada veriler toplandı.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analiz uygulamalarında SPSS Statistics 24.00 programı kullanılmıştır. Analiz tekniklerini belirlerken değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak normallik dağılıma göre belirlenmiş ve değerler ± 2 ise normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (George ve Mallery, 2010).

İki kategorili değişkenlerin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Eş destek ölçeği ve hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrol ölçek puanlarının, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçek puanları üzerindeki etkisi ve ilaç uyum ölçek puanları üzerindeki etkisine ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde Spearman ve Pearson Korelasyon analizi kullanılarak, korelasyon katsayıları ve güç ilişkisi belirlendi (Hair vd., 2003).

Tablo 4

Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi

Katsayı Düzeyi	Güç açıklaması
$\pm 0,81 - \pm 1,00$	Çok güçlü
$\pm 0,61 - \pm 0,80$	Güçlü
$\pm 0,41 - \pm 0,60$	Orta
$\pm 0,21 - \pm 0,40$	Zayıf
$\pm 0,00 - \pm 0,20$	Çok zayıf

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın kabul edilmesi gereken bazı kısıtlamaları bulunmaktadır. Bu çalışmanın bir sınırlaması, veri toplama araçlarında anket kullanılması ve bu nedenle seçim yanlılığına eğilimli olmasıdır. Çalışma tek bir merkezde yürütüldüğü için bu çalışmanın sonuçları örneklem grubundaki katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Araştırmada evrenin hepsine ulaşılmaya çalışılsa da, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlı kalmaktadır. Bu çalışma tasarımı seçim yanlılığı gösterebilir çünkü sadece hemodiyaliz tedavisine düzenli olarak gelebilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle araştırmanın sonuçları genellenemez. Bu çalışma bilişsel zihinsel bozukluğu olan hastaları kapsamamaktadır. Bu nedenle, bulgularımız bilişsel zihinsel bozukluğu olan hastaların dışlanmasından etkilenebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma etik ilkelere ve Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütüldü. Araştırmanın etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 04.10.2021 tarih ve E-84026528-050.01.04-2100184177 sayılı karar ile alındı (**EK 7**). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni (03.11.2021 tarih E-60590709-900-210620 sayılı toplantı kararı) alındı (**EK 8**). Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan “Eş Destek Ölçeği” (**EK 9**), “Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği” (**EK 10**) ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” (**EK 11**) için sorumlu yazarlarından elektronik posta yolu ile kullanım izni alındı. Araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, içeriği, süresi ve elde edilen bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı her bir katılımcıya sözlü olarak açıklandıktan sonra, isteklilik ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (**EK 6**). “Veri toplama sürecinde; katılımcılar HD seansının sonlarına doğru yorgunluk hissedebilecekleri için “zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine” dikkat edilerek, verilerin toplanması HD seansının ilk 2 saatinde yapıldı. Veriler toplanırken el yıkama, eldiven giyme, maske takma gibi kişisel koruyucu uygulamalar gerçekleştirilerek enfeksiyon bulaşına sebep olabilecek durumların kontrolü sağlanarak “zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine” dikkat edildi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri, kan biyokimya değerlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5

Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özellikler

N=271		n	%
Cinsiyet	Kadın	127	46,9
	Erkek	144	53,1
Eğitim Seviyesi	Okuryazar	5	1,8
	İlköğretim	19	7,0
	Ortaöğretim	60	22,1
	Lise	138	50,9
	Ön lisans	31	11,4
	Lisans	17	6,3
	Lisansüstü	1	0,4
HD Giriş Yeri	Arteriovenöz fistül (AVF)	203	74,9
	Femoral Kalıcı Kateter (FEM Tüneli)	3	1,1
	Subclavian Kalıcı Kateter (SCC Tüneli)	65	24,0
Sigara Kullanım Durumu	Var	156	57,6
	Yok	115	42,4
Alkol Kullanım Durumu	Var	83	30,6
	Yok	188	69,4
Yaş	Ort.±S. Sapma	54,61±17,12	
	Min-Max	20-92	
Evlilik Süresi (yıl)	Ort.±S. Sapma	30,15±16,72	
	Min-Max	2-73	

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 54,61±17,12 yıl, evlilik süresi ortalamalarının 30,15±16,72 olduğu belirlendi. Katılımcıların %46,9' unun kadın, %50,9'unun lise mezunu olduğu, %74,9' unun HD giriş yerinin AVF, %57,6'sının sigara kullandığı tespit edildi (**Tablo 5**).

Tablo 6

Kan Biyokimya Değerlerine İlişkin Bilgiler

N=271	Ort.	S.S.	Min	Max	Çarpıklık	Basıklık
Hematokrit (%)	35,33	4,83	23,40	51,20	0,73	1,17
Hemoglobin (gr/dL)	10,18	1,49	7,10	14,20	0,53	-0,56
Albümin (gr/dL)	36,62	4,72	23,78	50,10	-0,29	0,25
Total Protein (gr/dL)	68,01	5,99	51,24	82,14	-0,72	0,72
Glukoz (mg/dL)	152,19	80,37	65,00	369,00	0,80	-0,86
Kalsiyum (mg/dL)	8,44	0,70	6,85	13,31	1,63	10,78
Fosfor (mg/dL)	5,90	1,66	3,15	12,50	0,31	-0,73
HbA1c (%)	6,01	1,60	3,80	12,30	0,78	0,15
Kt/V	1,49	0,13	1,21	1,84	0,15	-0,37
Diyaliz Öncesi						
BUN	55,85	23,41	22,00	115,00	0,58	-1,00
Kreatinin (mg/dL)	5,70	3,03	2,02	13,61	0,53	-1,21
Potasyum (mmol/L)	5,43	1,70	3,30	10,70	0,60	-0,76
Sodyum (mmol/L)	138,71	2,61	131,00	147,00	0,04	0,24
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	127,65	22,96	90,00	192,00	0,34	-0,31
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	66,86	6,03	51,00	89,00	0,16	0,85
Kilo (kg)	75,52	13,81	44,00	108,00	0,10	-0,80
Diyaliz Sonrası						
BUN	15,12	7,89	5,00	51,00	1,12	1,16
Kreatinin (mg/dL)	2,27	1,25	0,66	7,13	0,60	-0,67
Potasyum (mmol/L)	4,15	0,59	3,11	6,90	1,12	3,21
Sodyum (mmol/L)	139,15	2,36	131,00	147,00	0,25	0,46
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	104,16	16,00	70,00	141,00	-0,12	-0,82
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	62,87	8,15	42,00	80,00	-0,15	-0,89
Kilo (kg)	74,16	13,81	41,00	105,00	0,09	-0,82

Katılımcıların ortalama hematokrit %35,33, hemoglobin 10,18 gr/dL, albümin 36,62 gr/dL, total protein 68,01 gr/dL, glukoz 152,19 mg/dL, kalsiyum 8,44 mg/dL, fosfor 5,90 mg/dL, HbA1c %6,01 ve Kt/V'si 1,49'du (**Tablo 6**).

Katılımcıların diyaliz öncesi ortalama BUN 55,85, kreatinin 5,70 mg/dL potasyum 5,43 mmol/L, sodyum 138,71 mmol/L, sistolik kan basıncı 127,65 mmHg, diastolik kan basıncı 66,86 mmHg ve kiloları 75,52 kg'dı (**Tablo 6**).

Katılımcıların diyaliz sonrası ortalama BUN 15,12, kreatinin 2,27 mg/dL potasyum 4,15 mmol/L, sodyum 139,15 mmol/L, sistolik kan basıncı 104,16 mmHg, diastolik kan basıncı 62,87 mmHg ve kiloları 74,16 kg'dı (**Tablo 6**).

Katılımcıların ortalama Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanısını alma süresi 3,5 yıl, HD tedavisine başlama süresi 1,59 yıl, seans sayısı haftada 2,37 gün, kuru ağırlık 73.87 kg, interdiyalitik kilo 1,61 kg ve UF miktarı 1323,62'ydi (**Tablo 7**).

Tablo 7

Hastalık ve Tedaviye Ait Veriler

N=271	Ort.	S.S.	Min	Max	Çarpıklık	Basıklık
KBY Tanı (yıl)	3,50	1,43	1,00	8,00	1,01	0,59
HD Yılı	1,59	0,63	1,00	3,00	0,59	-0,59
Haftada Seans Sayısı (gün)	2,37	0,48	2,00	3,00	0,56	-1,70
Kuru Ağırlık (kg)	73,87	13,75	41,00	105,00	0,09	-0,81
Interdiyalitik Kilo (kg)	1,61	0,75	1,00	5,00	1,13	0,99
UF Miktarı	1323,62	612,91	800,00	3000,00	1,81	2,05

Tablo 8

Eşlik Eden Hastalıklar

	n	%
DM	127	46,9
HT	104	38,4
KY	66	24,4
Koroner Arter Hastalığı	13	4,8
Aortik Valv Replasmanı	8	3,0
Kanser	8	3,0
Mitral Valv Replasmanı	6	2,2
Mitral Yetersizlik	5	1,8
KOAH	4	1,5
Glomerülonefrit	3	1,1
Diğer Hastalık	3	1,1
Eşlik Eden Hastalık Sayısı	Ort.±S.S. 1,28±0,47	Min-Max 1-3

Katılımcılarda KBY dışında DM (%46,9), HT (%38,4) ve KY (%24,4) en sık görülen hastalıklardı. Ayrıca KBH dışında en az bir, en fazla üç kronik hastalığın eşlik ettiği belirlendi (**Tablo 8**).

4.2. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları, Aralarındaki Korelasyon ve Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin eş desteği ölçeği, sıvı kontrol ölçeği, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği ve ilaç uyumunu bildirim ölçeği puan ortalamaları, aralarındaki korelasyon ve regresyon analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların algılanan eş desteği puan ortalamasının $57,64 \pm 20,14$; duygusal destek için $18,87 \pm 7,08$, maddi yardım-bilgi desteği için $15,57 \pm 5,03$, takdir desteği için $16,88 \pm 6,13$ ve sosyal ilgi desteği için $6,32 \pm 2,08$ olduğu belirlendi (**Tablo 9**).

Katılımcıların sıvı kontrol puan ortalamasının $56,82 \pm 13,55$, bilgi boyutu için $18,57 \pm 2,16$, davranış boyutu için $25,27 \pm 6,79$ ve tutum boyutu için $12,99 \pm 4,86$ olduğu görüldü (**Tablo 9**).

Katılımcıların diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalaması $16,91 \pm 10,31$ 'di (**Tablo 9**).

Katılımcıların ilaç uyumu bildirim ölçeği puan ortalaması $16,56 \pm 6,18$ 'di (**Tablo 9**).

Tablo 9

Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

N=271		Ort.	S.S.	Min	Max	Çarpıklık	Basıklık
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	57,64	20,14	30,00	81,00	-0,07	-1,82
	Duygusal Destek	18,87	7,08	9,00	27,00	-0,10	-1,80
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	15,57	5,03	7,00	21,00	-0,13	-1,72
	Takdir Desteği	16,88	6,13	10,00	24,00	-0,04	-1,80
	Sosyal İlgi Desteği	6,32	2,08	4,00	9,00	0,01	-1,73
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	56,82	13,55	37,00	72,00	-0,03	-1,82
	Bilgi	18,57	2,16	13,00	21,00	-0,18	-1,37
	Davranış	25,27	6,79	13,00	33,00	-0,07	-1,67
	Tutum	12,99	4,86	6,00	18,00	-0,11	-1,80
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk		16,91	10,31	4,00	36,00	0,43	-1,31
İlaç Uyumunu		16,56	6,18	5,00	24,00	-0,23	-1,52

Eş destek puanı ile duygusal destek ($r=1,00$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,98$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=0,99$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=0,99$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=0,99$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,91$, $p<0,01$), davranış ($r=0,97$, $p<0,01$), tutum ($r=0,99$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki belirlendi (**Tablo 10**).

Duygusal destek puanı ile maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,98$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=0,99$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=0,99$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=0,99$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,91$, $p<0,01$), davranış ($r=0,96$, $p<0,01$), tutum ($r=0,99$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (**Tablo 10**).

Maddi yardım-bilgi desteği puanı ile takdir desteği ($r=0,96$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=0,96$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=0,97$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,91$, $p<0,01$), davranış ($r=0,95$, $p<0,01$), tutum ($r=0,97$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki bulundu (**Tablo 10**).

Takdir desteği puanı ile sosyal ilgi desteği ($r=0,97$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=0,98$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,90$, $p<0,01$), davranış ($r=0,96$, $p<0,01$), tutum ($r=0,98$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,90$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki bulundu (**Tablo 10**).

Sosyal ilgi desteği puanı ile sıvı kontrol ($r=0,97$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,90$, $p<0,01$), davranış ($r=0,95$, $p<0,01$), tutum ($r=0,98$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,90$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki vardı (**Tablo 10**).

Sıvı kontrol puanı ile bilgi ($r=0,94$, $p<0,01$), davranış ($r=0,99$, $p<0,01$), tutum ($r=0,99$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok

güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,90$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki belirlendi (**Tablo 10**).

Bilgi puanı ile davranış ($r=0,90$, $p<0,01$), tutum ($r=0,91$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,87$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,83$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi (**Tablo 10**).

Davranış puanı ile tutum ($r=0,97$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,88$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki görüldü (**Tablo 10**).

Tutum puanı ile ilaç uyum ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki saptandı (**Tablo 10**).

Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları ile ilaç uyum puan ortalamaları arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($r=-0,91$, $p<0,01$) (**Tablo 10**).

Tablo 10

Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

N=271		Eş Destek	Duygusal Destek	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Takdir Desteği	Sosyal İlgi Desteği	Sıvı Kontrol	Bilgi	Davranış	Tutum	Kısıtlamaya Uyumsuzluk	İlaç Uyumunu
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	r 1,00										
		p										
	Duygusal Destek	r 1,00	1,00									
		p 0,00*										
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	r 0,98	0,98	1,00								
		p 0,00*	0,00*									
	Takdir Desteği	r 0,99	0,99	0,96	1,00							
		p 0,00*	0,00*	0,00*								
	Sosyal İlgi Desteği	r 0,99	0,99	0,96	0,97	1,00						
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*							
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	r 0,99	0,98	0,97	0,98	0,97	1,00					
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*						
	Bilgi	r 0,91	0,91	0,91	0,90	0,90	0,94	1,00				
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*					
	Davranış	r 0,97	0,96	0,95	0,96	0,95	0,99	0,90	1,00			
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*				
	Tutum	r 0,99	0,99	0,97	0,98	0,98	0,99	0,91	0,97	1,00		
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*			
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk		r -0,91	-0,91	-0,91	-0,90	-0,90	-0,90	-0,83	-0,88	-0,91	1,00	
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*		
İlaç Uyumunu		r 0,92	0,92	0,92	0,91	0,91	0,92	0,87	0,91	0,92	-0,91	1,00
		p 0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	

r: Pearson Korelasyon, *p<0,01: Düzeyinde Anlamlı

Çoklu regresyon analizlerinde küçük tolerans değeri büyük VIF değeri demektir (Gujatari, 1995). Küçük tolerans değeri ve büyük VIF değeri varsa ($VIF > 5$), bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olduğunu gösterir. Bu durumda bağımsız değişkenlerden sadece birisinin modele dahil edilmesi gerekmektedir. Çalışmada eş destek değişkeninin tolerans değeri 0.00 olduğu için analize dahil edilmedi.

Eş desteği ölçeği alt boyutları olan duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, sıvı kontrol puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek ve sosyal ilgi destek puan ortalamaları arttıkça, sıvı kontrol puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,01$, $p=0,00$, $p=0,00$, $p=0,04$). Sıvı kontrol puanını en fazla etkileyen değişken sosyal ilgi desteği alt boyutuydu (**Tablo 11**).

Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, sıvı kontrol ölçeğinin alt boyutu olan bilginin puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Maddi yardım-bilgi destek puan ortalamaları arttıkça, bilgi puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$) (**Tablo 11**).

Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, sıvı kontrol ölçeğinin alt boyutu olan davranışın puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Maddi yardım-bilgi destek ve takdir destek puan ortalamaları arttıkça, davranış puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$, $p=0,00$). Davranış puan ortalamasını en fazla etkileyen değişken maddi yardım-bilgi desteği alt boyutuydu (**Tablo 11**).

Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, sıvı kontrol ölçeğinin alt boyutu olan tutumun puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Duygusal destek, takdir destek ve sosyal ilgi destek puan ortalamaları arttıkça tutum puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$, $p=0,00$, $p=0,01$). Tutum puan ortalamasını en fazla etkileyen değişken duygusal destek alt boyutuydu (**Tablo 11**).

Tablo 11

Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları, İlaç Uyum Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	B	T	p
Sıvı Kontrol	Sabit Değer	18,33	28,22	0,00*
	Duygusal Destek	0,53	2,65	0,01*
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	0,72	5,22	0,00*
	Takdir Desteği	0,72	4,87	0,00*
	Sosyal İlgi Desteği	0,82	2,02	0,04*
	Modelin Anlamlılığı: F=2106,61, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,99, R ² =0,97			
Bilgi	Sabit Değer	12,85	53,36	0,00*
	Duygusal Destek	0,09	1,22	0,23
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	0,18	3,53	0,00*
	Takdir Desteği	0,08	1,53	0,13
	Sosyal İlgi Desteği	-0,03	-0,22	0,83
	Modelin Anlamlılığı: F=336,95, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,91, R ² =0,84			
Davranış	Sabit Değer	5,83	12,15	0,00*
	Duygusal Destek	0,05	0,35	0,73
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	0,50	4,90	0,00*
	Takdir Desteği	0,43	3,91	0,00*
	Sosyal İlgi Desteği	0,55	1,85	0,07
	Modelin Anlamlılığı: F=931,33, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,92, R ² =0,93			
Tutum	Sabit Değer	-0,35	-1,91	0,06
	Duygusal Destek	0,39	6,87	0,00*
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	0,04	1,01	0,31
	Takdir Desteği	0,21	5,00	0,00*
	Sosyal İlgi Desteği	0,30	2,60	0,01*
	Modelin Anlamlılığı: F=3441,76, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,99, R ² =0,98			
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Sabit Değer	44,07	38,50	0,00*
	Duygusal Destek	-0,47	-1,33	0,19
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	-0,72	-2,93	0,00*
	Takdir Desteği	-0,40	-1,53	0,13
	Sosyal İlgi Desteği	-0,08	-0,11	0,91
	Modelin Anlamlılığı: F=338,47, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,91, R ² =0,84			
İlaç Uyum	Sabit Değer	-0,22	-0,35	0,73
	Duygusal Destek	0,15	0,73	0,47
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	0,54	3,95	0,00*
	Takdir Desteği	0,29	1,99	0,04*
	Sosyal İlgi Desteği	0,10	0,25	0,81
	Modelin Anlamlılığı: F=388,01, p=0,00* Korelasyon katsayısı: R=0,92, R ² =0,85			

p: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Maddi yardım-bilgi destek puan ortalamaları azaldıkça, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$) (**Tablo 11**).

Duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek, sosyal ilgi destek puan ortalamalarının, ilaç uyum puan ortalamaları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizi yapıldı. Maddi yardım-bilgi destek ve takdir destek puan ortalamaları arttıkça ilaç uyum puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$, $p=0,04$). İlaç uyumu ortalama puanını en fazla etkileyen değişken maddi yardım-bilgi desteği alt boyutuydu (**Tablo 11**).

4.3. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde eş desteği ölçeği, sıvı kontrol ölçeği, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği ve ilaç uyumunu bildirim ölçeği puan ortalamalarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Hematokrit değeri ile eş destek ($r=0,02$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=0,01$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,03$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=0,02$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=0,00$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=0,02$, $p>0,05$), bilgi ($r=0,02$, $p>0,05$), davranış ($r=0,02$, $p>0,05$), tutum ($r=0,01$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,03$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=0,02$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki yoktu (**Tablo 12**).

Hemoglobin değeri ile eş destek ($r=-0,03$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=-0,03$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,02$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=-0,03$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,04$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=-0,03$, $p>0,05$), bilgi ($r=0,02$, $p>0,05$), davranış ($r=-0,03$, $p>0,05$), tutum ($r=-0,04$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,03$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,01$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı (**Tablo 12**).

Albümin değeri ile eş destek ($r=0,02$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=0,02$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,03$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=0,01$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=0,01$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=0,02$, $p>0,05$), bilgi ($r=0,03$, $p>0,05$), davranış ($r=0,03$, $p>0,05$), tutum ($r=0,00$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,03$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,01$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki görülmedi **(Tablo 12)**.

Total protein değeri ile eş destek ($r=-0,05$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=-0,06$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,05$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=-0,05$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,05$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=-0,04$, $p>0,05$), bilgi ($r=-0,03$, $p>0,05$), davranış ($r=-0,04$, $p>0,05$), tutum ($r=-0,05$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,01$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,07$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki belirlenmedi **(Tablo 12)**.

Glukoz değeri ile sıvı kontrol ($r=-0,59$, $p<0,01$), bilgi ($r=-0,50$, $p<0,01$), davranış ($r=-0,57$, $p<0,01$) puanları arasında negatif yönde orta düzeyde; eş destek ($r=-0,62$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,62$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,61$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,61$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,61$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,62$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=-0,61$, $p<0,01$) puanları arasında negatif yönde güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,65$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ilişki tespit edildi **(Tablo 12)**.

Tablo 12

Biyokimya Değerleri ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

N=271			Hematokrit (%)	Hemogloblin (gr/dL)	Albümin (gr/dL)	Total Protein (gr/dL)	Glukoz (mg/dL)	Kalsiyum (mg/dL)	Fosfor (mg/dL)	HbA1c (%)	Kt/V
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	r	0,02	-0,03	0,02	-0,05	-0,62	-0,03	-0,76	-0,54	0,24
		p	0,80	0,68	0,74	0,39	0,00*	0,67 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Duygusal Destek	r	0,01	-0,03	0,02	-0,06	-0,62	-0,04	-0,76	-0,54	0,25
		p	0,91	0,65	0,71	0,36	0,00*	0,50 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	r	0,03	-0,02	0,03	-0,05	-0,61	-0,10	-0,73	-0,53	0,23
		p	0,60	0,78	0,59	0,45	0,00*	0,12 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Takdir Desteği	r	0,02	-0,03	0,01	-0,05	-0,61	-0,04	-0,76	-0,52	0,24
		p	0,78	0,68	0,85	0,38	0,00*	0,51 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
Sosyal İlgi Desteği	r	0,00	-0,04	0,01	-0,05	-0,61	-0,07	-0,74	-0,51	0,22	
	p	0,99	0,55	0,86	0,46	0,00*	0,23 ¹	0,00*	0,00*	0,00*	
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	r	0,02	-0,03	0,02	-0,04	-0,59	-0,05	-0,73	-0,52	0,25
		p	0,78	0,68	0,75	0,47	0,00*	0,39 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Bilgi	r	0,02	0,02	0,03	-0,03	-0,50	-0,04	-0,64	-0,44	0,25
		p	0,71	0,76	0,59	0,65	0,00*	0,48 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Davranış	r	0,02	-0,03	0,03	-0,04	-0,57	-0,06	-0,71	-0,50	0,24
		p	0,74	0,68	0,65	0,51	0,00*	0,32 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
	Tutum	r	0,01	-0,04	0,00	-0,05	-0,62	-0,06	-0,76	-0,54	0,25
		p	0,88	0,48	1,00	0,38	0,00*	0,29 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk		r	-0,03	0,03	-0,03	0,01	0,65	0,07	0,80	0,55	-0,19
		p	0,65	0,61	0,68	0,84	0,00*	0,23 ¹	0,00*	0,00*	0,00*
İlaç Uyumunu		r	0,02	-0,01	-0,01	-0,07	-0,61	-0,11	-0,75	-0,54	0,22
		p	0,75	0,82	0,88	0,23	0,00*	0,08 ¹	0,00*	0,00*	0,00*

r: Pearson Korelasyon, ¹Spearman Korelasyon, *p<0,01: Düzeyinde Anlamlı

Kalsiyum değeri ile eş destek (r=-0,03, p>0,05), duygusal destek (r=-0,04, p>0,05), maddi yardım-bilgi desteği (r=-0,10, p>0,05), takdir desteği (r=-0,04, p>0,05), sosyal ilgi desteği (r=-0,07, p>0,05), sıvı kontrol (r=-0,05, p>0,05), bilgi (r=-0,04, p>0,05), davranış (r=-0,06, p>0,05), tutum (r=-0,06, p>0,05), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk (r=0,07, p>0,05), ilaç uyum (r=-0,11, p>0,05) puan ortalamaları arasında ilişki yoktu (Tablo 12).

Fosfor değeri ile eş destek ($r=-0,76$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,76$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,73$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,76$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,74$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=-0,73$, $p<0,01$), bilgi ($r=-0,64$, $p<0,01$), davranış ($r=-0,71$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,76$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=-0,75$, $p<0,01$) puanları arasında negatif yönde güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,80$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ilişki belirlendi (**Tablo 12**).

HbA1c değeri ile eş destek ($r=-0,54$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,54$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,53$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,52$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,51$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=-0,52$, $p<0,01$), bilgi ($r=-0,44$, $p<0,01$), davranış ($r=-0,50$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,54$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=-0,54$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,55$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptandı (**Tablo 12**).

Kt/V değeri ile eş destek ($r=0,24$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=0,25$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,23$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=0,24$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=0,22$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=0,25$, $p<0,01$), bilgi ($r=0,25$, $p<0,01$), davranış ($r=0,24$, $p<0,01$), tutum ($r=0,25$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=0,22$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,19$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki tespit edildi (**Tablo 12**).

KBY tanısını alma yılı ile eş destek ($r=0,03$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=0,03$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,01$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=0,03$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=0,02$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=0,03$, $p>0,05$), bilgi ($r=0,01$, $p>0,05$), davranış ($r=0,04$, $p>0,05$), tutum ($r=0,03$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,02$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=0,00$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki yoktu (**Tablo 13**).

HD tedavisine başlama yılı ile eş destek ($r=0,01$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=0,00$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,00$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=0,01$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=0,02$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=0,00$, $p>0,05$), bilgi ($r=-0,02$, $p>0,05$),

davranış ($r=0,01$, $p>0,05$), tutum ($r=0,00$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,02$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,01$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı (**Tablo 13**).

Seans sayısı ile eş destek ($r=-0,69$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,70$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,67$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,68$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,68$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=-0,66$, $p<0,01$), bilgi ($r=-0,61$, $p<0,01$), davranış ($r=-0,63$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,68$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=-0,61$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında negatif yönde güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,65$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ilişki bulundu (**Tablo 13**).

Kuru ağırlık ile eş destek ($r=0,04$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=0,04$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=0,03$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=0,03$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=0,04$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=0,03$, $p>0,05$), bilgi ($r=0,04$, $p>0,05$), davranış ($r=0,03$, $p>0,05$), tutum ($r=0,04$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,07$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=0,05$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktu (**Tablo 13**).

Tablo 13

Hastalık ve Tedaviye ait Değerler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

N=271			KBY Tam (yıl)	Hemodiyaliz Yılı	Seans Sayısı (Hft)	Kuru Ağırlık (kg)	İnterdiyalitik Kilo (kg)	UF Miktarı
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	r	0,03	0,01	-0,69	0,04	-0,65	-0,24 ¹
		p	0,68	0,93	0,00*	0,56	0,00*	0,00*
	Duygusal Destek	r	0,03	0,00	-0,70	0,04	-0,65	-0,25 ¹
		p	0,59	0,98	0,00*	0,49	0,00*	0,00*
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	r	0,01	0,00	-0,67	0,03	-0,63	-0,25 ¹
		p	0,85	0,95	0,00*	0,67	0,00*	0,00*
	Takdir Desteği	r	0,03	0,01	-0,68	0,03	-0,64	-0,24 ¹
		p	0,64	0,93	0,00*	0,59	0,00*	0,00*
	Sosyal İlgi Desteği	r	0,02	0,02	-0,68	0,04	-0,64	-0,24 ¹
		p	0,73	0,77	0,00*	0,55	0,00*	0,00*
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	r	0,03	0,00	-0,66	0,03	-0,63	-0,26 ¹
		p	0,59	0,99	0,00*	0,60	0,00*	0,00*
	Bilgi	r	0,01	-0,02	-0,61	0,04	-0,56	-0,27 ¹
		p	0,91	0,74	0,00*	0,57	0,00*	0,00*
	Davranış	r	0,04	0,01	-0,63	0,03	-0,61	-0,24 ¹
		p	0,50	0,85	0,00*	0,68	0,00*	0,00*
	Tutum	r	0,03	0,00	-0,68	0,04	-0,65	-0,26 ¹
		p	0,61	0,94	0,00*	0,51	0,00*	0,00*
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	r	-0,02	-0,02	0,65	-0,07	0,58	0,20 ¹
		p	0,77	0,71	0,00*	0,28	0,00*	0,00*
İlaç Uyumu	r	0,00	-0,01	-0,61	0,05	-0,58	-0,20 ¹	
	p	0,97	0,92	0,00*	0,38	0,00*	0,00*	

r: Pearson Korelasyon, ¹Spearman Korelasyon, *p<0,01: Düzeyinde Anlamlı

Tablo 14

Yaş ve Evlilik Süresi ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

N=271			Yaş	Evlilik Süresi (yıl)
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	r	-0,04	-0,01
		p	0,51	0,84
	Duygusal Destek	r	-0,03	-0,01
		p	0,58	0,90
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	r	-0,05	-0,02
		p	0,43	0,71
	Takdir Desteği	r	-0,04	-0,01
		p	0,52	0,86
	Sosyal İlgi Desteği	r	-0,04	-0,01
		p	0,50	0,88
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	r	-0,04	-0,01
		p	0,55	0,87
	Bilgi	r	-0,05	-0,02
		p	0,39	0,81
	Davranış	r	-0,04	-0,02
		p	0,52	0,78
	Tutum	r	-0,02	0,00
		p	0,70	0,97
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	r	0,00	-0,01	
	p	0,95	0,84	
İlaç Uyumu	r	-0,04	-0,03	
	p	0,56	0,67	

r: Pearson Korelasyon, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

İnterdiyalitik kilo ile bilgi ($r=-0,56$, $p<0,01$), ilaç uyum ($r=-0,58$, $p<0,01$) puanları arasında negatif yönde orta düzeyde; eş destek ($r=-0,65$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,65$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,63$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,64$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,64$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=-0,63$, $p<0,01$), davranış ($r=-0,61$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,65$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında negatif yönde güçlü düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,58$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki tespit edildi (**Tablo 13**).

UF miktarı ile eş destek ($r=-0,24$, $p<0,01$), duygusal destek ($r=-0,25$, $p<0,01$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,25$, $p<0,01$), takdir desteği ($r=-0,24$, $p<0,01$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,24$, $p<0,01$), sıvı kontrol ($r=-0,26$, $p<0,01$), bilgi ($r=-0,27$, $p<0,01$), davranış

($r=-0,24$, $p<0,01$), tutum ($r=-0,26$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,20$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde; ilaç uyum ($r=-0,20$, $p<0,01$) puanı arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki belirlendi (**Tablo 13**).

Yaş ile eş destek ($r=-0,04$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=-0,03$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,05$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=-0,04$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,04$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=-0,04$, $p>0,05$), bilgi ($r=-0,05$, $p>0,05$), davranış ($r=-0,04$, $p>0,05$), tutum ($r=-0,02$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=0,00$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,04$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı (**Tablo 14**).

Evlilik süresi ile eş destek ($r=-0,01$, $p>0,05$), duygusal destek ($r=-0,01$, $p>0,05$), maddi yardım-bilgi desteği ($r=-0,02$, $p>0,05$), takdir desteği ($r=-0,01$, $p>0,05$), sosyal ilgi desteği ($r=-0,01$, $p>0,05$), sıvı kontrol ($r=-0,01$, $p>0,05$), bilgi ($r=-0,02$, $p>0,05$), davranış ($r=-0,02$, $p>0,05$), tutum ($r=0,00$, $p>0,05$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,01$, $p>0,05$), ilaç uyum ($r=-0,03$, $p>0,05$) puan ortalamaları arasında ilişki saptanmadı (**Tablo 14**).

DM'si olan katılımcıların DM'si olmayanlara göre; eş destek, duygusal destek boyutu, maddi yardım-bilgi destek boyutu, takdir destek boyutu ve sosyal ilgi boyutu puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$). DM'si olan katılımcıların DM'si olmayanlara göre; sıvı kontrol, bilgi boyutu, davranış boyutu ve tutum boyutu puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$). DM'si olan katılımcıların DM'si olmayanlara göre; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$). DM'si olan katılımcıların DM'si olmayanlara göre; ilaç uyum puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$) (**Tablo 15**).

Tablo 15

Diyabetes Mellitus Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		DM	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	Evet	127	46,92	19,18	-9,491	0,00 *
		Hayır	144	67,10	15,79		
	Duygusal Destek	Evet	127	15,02	6,75	-9,779	0,00 *
		Hayır	144	22,27	5,46		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Evet	127	12,94	4,73	-9,253	0,00 *
		Hayır	144	17,89	4,06		
	Takdir Desteği	Evet	127	13,72	5,88	-9,088	0,00 *
		Hayır	144	19,67	4,88		
	Sosyal İlgi Desteği	Evet	127	5,24	1,98	-9,223	0,00 *
		Hayır	144	7,27	1,65		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Evet	127	49,88	12,51	-9,021	0,00 *
		Hayır	144	62,94	11,33		
	Bilgi	Evet	127	17,61	2,00	-7,587	0,00 *
		Hayır	144	19,42	1,94		
	Davranış	Evet	127	21,93	6,37	-8,555	0,00 *
		Hayır	144	28,21	5,71		
	Tutum	Evet	127	10,35	4,54	-9,737	0,00 *
		Hayır	144	15,31	3,85		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Evet	127	22,51	10,57	9,762	0,00 *
		Hayır	144	11,97	7,05		
İlaç Uyumu	Evet	127	13,36	5,98	-9,145	0,00 *	
	Hayır	144	19,38	4,85			

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

HT'si olan katılımcıların HT'si olmayanlara göre; eş destek, duygusal destek boyutu, maddi yardım-bilgi destek boyutu, takdir destek boyutu ve sosyal ilgi boyutu puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05). HT'si olan katılımcıların HT'si olmayanlara göre; sıvı kontrol, bilgi boyutu, davranış boyutu ve tutum boyutu puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05). HT'si olan katılımcıların HT'si olmayanlara göre; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha düşüktü (p<0,05). HT'si olan katılımcıların HT'si olmayanlara göre; ilaç uyum puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05) (Tablo 16).

Tablo 16

Hipertansiyonu Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		HT	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	Evet	104	61,64	18,85	2,609	0,01*
		Hayır	167	55,15	20,56		
	Duygusal Destek	Evet	104	20,38	6,58	2,793	0,01*
		Hayır	167	17,93	7,24		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Evet	104	16,63	4,70	2,752	0,01*
		Hayır	167	14,92	5,13		
	Takdir Desteği	Evet	104	17,93	5,84	2,244	0,03*
		Hayır	167	16,23	6,23		
	Sosyal İlgi Desteği	Evet	104	6,71	1,96	2,491	0,01*
		Hayır	167	6,07	2,11		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Evet	104	59,29	13,15	2,384	0,02*
		Hayır	167	55,29	13,61		
	Bilgi	Evet	104	18,95	2,12	2,299	0,02*
		Hayır	167	18,34	2,17		
	Davranış	Evet	104	26,42	6,56	2,231	0,03*
		Hayır	167	24,54	6,85		
	Tutum	Evet	104	13,91	4,70	2,504	0,01*
		Hayır	167	12,41	4,89		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Evet	104	14,50	9,12	-3,082	0,00*
		Hayır	167	18,41	10,74		
İlaç Uyumu	Evet	104	17,87	5,78	2,776	0,01*	
	Hayır	167	15,75	6,30			

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p< 0,05: Düzeyinde Anlamlı

KY'si olan katılımcıların KY'si olmayanlara göre; eş destek, duygusal destek boyutu, maddi yardım-bilgi destek boyutu, takdir destek boyutu ve sosyal ilgi boyutu puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05). KY'si olan katılımcıların KY'si olmayanlara göre; sıvı kontrol, bilgi boyutu, davranış boyutu ve tutum boyutu puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05). KY'si olan katılımcıların KY'si olmayanlara göre; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha düşüktü (p<0,05). KY'si olan katılımcıların KY'si olmayanlara göre; ilaç uyum puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05) (Tablo 17).

Tablo 17

Kalp Yetersizliği Olma Durumu ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		KY	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Desteği Ölçeği	Eş Destek	Evet	66	67,38	16,76	4,688	0,00*
		Hayır	205	54,51	20,17		
	Duygusal Destek	Evet	66	22,36	5,84	4,790	0,00*
		Hayır	205	17,75	7,09		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Evet	66	17,89	4,34	4,460	0,00*
		Hayır	205	14,82	5,02		
	Takdir Desteği	Evet	66	19,82	5,11	4,642	0,00*
		Hayır	205	15,94	6,14		
	Sosyal İlgı Desteği	Evet	66	7,30	1,69	4,599	0,00*
		Hayır	205	6,00	2,09		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Evet	66	63,41	11,46	4,715	0,00*
		Hayır	205	54,70	13,52		
	Bilgi	Evet	66	19,50	2,03	4,123	0,00*
		Hayır	205	18,27	2,13		
	Davranış	Evet	66	28,53	5,69	4,662	0,00*
		Hayır	205	24,21	6,79		
	Tutum	Evet	66	15,38	3,97	4,780	0,00*
		Hayır	205	12,21	4,88		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Evet	66	12,11	7,31	-4,503	0,00*
		Hayır	205	18,45	10,67		
İlaç Uyumunu		Evet	66	19,14	5,54	4,000	0,00*
		Hayır	205	15,73	6,16		

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Cinsiyete göre eş desteği ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, sıvı kontrol ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği puan ortalamaları, ilaç uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (**Tablo 18**).

Sigara kullanım durumuna göre eş desteği ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, sıvı kontrol ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği puan ortalamaları, ilaç uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (**Tablo 19**).

Tablo 18

Cinsiyete Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Desteği Ölçeği	Eş Destek	Kadın	127	57,58	20,54	-0,046	0,96
		Erkek	144	57,69	19,85		
	Duygusal Destek	Kadın	127	18,91	7,14	0,093	0,93
		Erkek	144	18,83	7,06		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Kadın	127	15,30	5,30	-0,838	0,40
		Erkek	144	15,81	4,79		
	Takdir Desteği	Kadın	127	17,02	6,15	0,357	0,72
		Erkek	144	16,76	6,13		
	Sosyal İlgi Desteği	Kadın	127	6,35	2,08	0,217	0,83
		Erkek	144	6,29	2,08		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Kadın	127	56,87	13,67	0,049	0,96
		Erkek	144	56,78	13,49		
	Bilgi	Kadın	127	18,55	2,21	-0,148	0,88
		Erkek	144	18,59	2,13		
	Davranış	Kadın	127	25,30	6,82	0,076	0,94
		Erkek	144	25,24	6,78		
	Tutum	Kadın	127	13,02	4,90	0,097	0,92
		Erkek	144	12,96	4,85		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Kadın	127	17,29	10,72	0,575	0,57
		Erkek	144	16,57	9,96		
	İlaç Uyumunu	Kadın	127	16,53	6,10	-0,083	0,93
		Erkek	144	16,59	6,27		

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Tablo 19

Sigara Kullanım Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		Sigara Kullanımı	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Desteği Ölçeği	Eş Destek	Var	156	57,71	20,21	0,060	0,95
		Yok	115	57,56	20,13		
	Duygusal Destek	Var	156	18,85	7,15	-0,067	0,95
		Yok	115	18,90	7,02		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Var	156	15,66	4,96	0,336	0,74
		Yok	115	15,45	5,14		
	Takdir Desteği	Var	156	16,91	6,21	0,088	0,93
		Yok	115	16,84	6,05		
	Sosyal İlgi Desteği	Var	156	6,29	2,07	-0,266	0,79
		Yok	115	6,36	2,09		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Var	156	56,94	13,61	0,160	0,87
		Yok	115	56,67	13,53		
	Bilgi	Var	156	18,64	2,13	0,611	0,54
		Yok	115	18,48	2,22		
	Davranış	Var	156	25,30	6,87	0,100	0,92
		Yok	115	25,22	6,70		
	Tutum	Var	156	12,99	4,86	0,033	0,97
		Yok	115	12,97	4,89		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Var	156	16,63	10,09	-0,507	0,61
		Yok	115	17,28	10,63		
	İlaç Uyumunu	Var	156	16,58	6,31	0,070	0,95
		Yok	115	16,53	6,03		

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Alkol kullanım durumuna göre; eş desteği ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği puan ortalamaları, ilaç uyum puan ortalamaları, sıvı kontrol, davranış boyutu ve tutum boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 20).

Alkol kullanan katılımcıların bilgi boyut puan ortalamaları daha yüksekti (p<0,05) (Tablo 20).

Tablo 20

Alkol Kullanım Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

N=271		Alkol Kullanımı	n	Ort.	S.S.	T	p
Eş Destek Ölçeği	Eş Destek	Var	83	60,71	20,39	1,672	0,10
		Yok	188	56,29	19,93		
	Duygusal Destek	Var	83	19,86	7,25	1,524	0,13
		Yok	188	18,44	6,98		
	Maddi Yardım-Bilgi Desteği	Var	83	16,34	4,94	1,670	0,10
		Yok	188	15,23	5,05		
	Takdir Desteği	Var	83	17,93	6,29	1,875	0,06
		Yok	188	16,42	6,02		
	Sosyal İlgi Desteği	Var	83	6,59	2,08	1,442	0,15
		Yok	188	6,20	2,07		
Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	Sıvı Kontrol	Var	83	58,93	13,80	1,705	0,09
		Yok	188	55,89	13,37		
	Bilgi	Var	83	18,99	2,09	2,116	0,04*
		Yok	188	18,39	2,18		
	Davranış	Var	83	26,23	7,07	1,556	0,12
		Yok	188	24,84	6,64		
	Tutum	Var	83	13,71	4,85	1,637	0,10
		Yok	188	12,66	4,85		
	Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk	Var	83	15,35	10,31	-1,659	0,10
		Yok	188	17,60	10,26		
İlaç Uyumu	Var	83	17,58	6,21	1,808	0,07	
	Yok	188	16,11	6,13			

T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışma HD hastalarında algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastalığın etkileri ile baş edemeyen ve tedaviyi yönetemeyen HD hastalarında artan semptom yükü yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (D'Onofrio, vd., 2017). Tedavi sürecine uyum sağlamada güçlük yaşayan HD hastalarında atık ürünlerin birikmesi morbidite için risk oluşturmaktadır (Ahrari, vd. 2014). Ayrıca mortalitede artış, istenmeyen laboratuvar bulguları (yüksek fosfor, düşük hemoglobin gibi) ve kötü zihinsel sağlık gibi klinik sonuçlar görülebilmektedir (Al Salmi, vd., 2018). Başarılı bir HD tedavisi için hastaların sıvı alımını sınırlandırabilmeleri, diyetle ve ilaca uyum sağlayabilmeleri ve diyaliz seanslarını aksatmadan katılım sağlamaları önemlidir (Ozen, vd., 2019). HD hastalarının uyması gereken tedavi süreci psikososyal yükün artmasına (Güner, 2019; Theodoritsi, vd., 2016; Yıldız, vd., 2023), anksiyete ve depresyon yaşanmasına neden olmaktadır (Demiroğlu ve Bülbül, 2021; Ersoy ve Demir, 2023; İlder ve Ovayolu, 2022).

Bu nedenle HD hastalarına yeterli sosyal destek sağlanmalıdır. Büyükbayram ve arkadaşları (2021), HD hastalarında algılanan aile ($46,42 \pm 16,41$), arkadaş ($18,95 \pm 5,64$) ve özel insan desteğinin ($12,06 \pm 6,41$) orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (Büyükbayram, vd., 2021). Güdük ve arkadaşları (2022), HD hastalarında algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğunu ($63,31 \pm 20,12$) ve en fazla desteğin aile bireylerinden geldiğini ($23,73 \pm 6,88$) saptamışlardır (Güdük, vd., 2022). Elpe'nin çalışmasında HD hastalarında algılanan sosyal desteğin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Elpe, 2023). Yapılan çalışmalarda HD hastalarının algıladığı sosyal desteğin farklı düzeylerde olduğu, en fazla sosyal desteği etkileyen boyutun ise aile olduğu görülmektedir. Bireylerin ailesi ya da eşleri tarafından tedavi sürecinin doğru anlaşılması; HD hastalarının duygusal dengelerini korumalarına, stres düzeylerinin azalmasına yardımcı olduğu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bilinmektedir (Yıldız, vd., 2023).

Eş desteği; eşler arasında dayanışma, birbirlerinin duygusal, fiziksel ve zihinsel ihtiyaçlarına karşılık verme yeteneğini ifade etmektedir. Bu desteğin pozitif yönde oluşu, çeşitli olumsuz durumlarla baş edebilmeyi sağlar (Yıldırım, 2004). Taşköprü (2013),

evlilik doyumu iyi düzeyde olan çiftlerin problem çözme ve stresle başa çıkma düzeylerinin de daha iyi olduğunu belirlemiştir (Taşköprü, 2013). Salwa ve arkadaşları (2015), evli HD hastalarının tedaviye uyum sağlayabildiklerini, tedavide uyum güçlüğü yaşayanların ise evli olmayanların olduğunu belirlemiştir (Salwa, vd., 2015). Jiang ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, HD tedavisi alan hastalarda eşleri tarafından verilen duygusal desteğin tedaviye uyumu pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (Jiang, vd., 2015). Zengin ve Yıldırım (2017) ise, kadın erkek fark etmeksizin eşleri tarafından desteklenen bireylerin, HD tedavisine daha iyi uyum sağladığını ve daha az sorun yaşadıklarını saptamışlardır (Zengin ve Yıldırım, 2017).

Benzer şekilde Çankaya'nın (2023) çalışmasında da, evli olanların HD seans ve süresine uyumları daha iyi bulunmuştur (Çankaya, 2023). Acar'ın (2018) çalışmasında eş ile birlikte yaşayan HD hastalarının, yalnız yaşayanlara göre ilaca uyumlarının daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Acar, 2018). Bayram'ın (2022) çalışmasında da evli olan HD hastalarının ilaç uyumlarının, bekar olanlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (Bayram, 2022). Tedavi süreci ile fiziksel ve duygusal mücadele eden birey yeterli desteği görmediğinde karmaşık duygusal süreçlerden geçebilir. Bireyin başa çıkma şekli, duygusal dayanıklılığı kişiden kişiye değişebileceği gibi yeterli desteğin olmaması tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada HD hastalarında algılanan eş desteğinin değerlendirmek için "Eş Desteği Ölçeği" kullanılmış olup, algılanan eş desteği puan ortalaması $57,64 \pm 20,14$ saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlara bakıldığında (27 ile 81 puan arası) algılanan eş desteğinin kötü düzeyde olmadığı söylenebilir. Çalışmada ayrıca algılanan eş desteği iyi düzeyde olanlarda, ilaç uyumu daha iyi düzeyde bulunmuştur. Çalışmanın bulguları literatürü desteklemektedir.

Kronik hastalıkların kontrolünün sağlanmasında ilaç uyumu önemlidir. Literatürde birçok çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde ilaç tedavisine uyumda güçlük yaşandığı bildirilmiştir (Efil, vd., 2020; Demirbaş ve Kutlu, 2020; Karagöz, 2019). Freire de Medeiros ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, HD hastalarının ilaç uyum düzeylerinin ($5,7 \pm 2,1$) kötü olduğu görülmüştür (Freire de Medeiros, vd., 2016). Alshogran ve arkadaşları da (2016), HD hastalarının ilaç uyum düzeylerinin ($2,4 \pm 1,4$) kötü olduğunu belirlemiştir (Alshogran, vd., 2016). Benzer şekilde farklı çalışmalarda da HD hastalarının ilaç uyum düzeylerinin ortalamasının altında olduğu ve ilaca uyum oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Liu, vd., 2023; Tao, vd., 2019). Bu çalışmada ilaç uyumunu

değerlendirmek için “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” kullanılmış olup, ilaç uyumu puan ortalamaları $16,56 \pm 6,18$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan aralığına bakıldığında (5 ile 25 puan arası) benzer şekilde HD hastalarının ilaç uyumlarının istendik düzeyde olmadığı görülmektedir. Fakat diğer çalışmalara kıyasla ilaç uyumu düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık sosyo-demografik, hastalık ya da tedavi sürecine ilişkin farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Al Salmi ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yaştan genç olması, diyaliz tedavisine daha az zaman ayrılması, HD tedavi süresinin daha kısa olması, Kt/V'nin daha düşük olması, HD merkezlerine daha uzun yolculuk yapılması ve depresyon belirtilerinin daha fazla olmasının tedaviye uyumda güçlük yaşanmasına neden olan faktörler olduğu belirlenmiştir (Al Salmi, vd., 2018). Ozen ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, HD tedavisine uyumsuzluğun lise mezunu olanlarda ve erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur (Ozen, vd., 2019). Bu bulguların aksine çalışmada eğitim ve cinsiyete göre ilaca uyum düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir.

KBY'ye eşlik eden hastalıklar, hastalığın seyrini karmaşıktırdığı gibi HD tedavi planlarına uyumu da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle HD tedavisi alan hastalarda ilaç uyumu, tedavinin etkinliğinin sağlanması ve bireyin ek hastalıklarına ilişkin genel sağlık durumunu iyileştirebilmesi açısından kritik bir faktördür (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cedillo-Couvert, vd., 2018). KBY'ye eşlik eden hastalıklar arasında en fazla DM ve HT'nin yer aldığı bilinmektedir (TND, 2022). Koye ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları sistematik incelemede de DM'nin KBH olanlarda görülme sıklığının yaygın olduğu bildirilmiştir (Koye, vd., 2017). Bu çalışmada da literatür bulguları ile benzer şekilde DM ve HT ilk iki sırada yer alan komorbiditelerdir. Ayrıca HD hastalarında KBH dışında KY'nin de üçüncü sırada görülen komorbidite olduğu bulunmuştur.

Gu ve arkadaşları (2017), Tip-2 DM'li bireylerde sosyal desteğin ilaç uyumunun sağlanmasında önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır. İlaç uyum birden fazla faktörden etkilense de, hastalığın yönetimini iyileştirmeyi amaçlayan müdahalelerde sosyal destek temel bir unsurdur (Gu, vd., 2017). Bu çalışmada DM'si olanların DM'si olmayanlara göre; algıladıkları eş desteği, sıvı kontrolleri ve ilaç uyumları iyi düzeyde değildi. Ayrıca DM'si olanlarda diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk daha

kötüydü. Bu bağlamda DM varlığının hastalığın kontrolünü güçleştirdiği söylenebilir. Bu bulguların aksine Baykal ve Orak (2018), Tip-2 DM’li hastalarda algılanan eş/çocuk desteği daha yüksek olmasına rağmen glisemik kontrole etkisinin olmadığını saptamışlardır (Baykal ve Orak, 2018). Bu farklılık algılanan eş desteğinin yüksek olmasından ziyade hasta birey ve eşinin hastalık ve tedavisinde doğru sandığı yanlışların olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle hemşireler tarafından eğitim verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Turan ve arkadaşlarının (2018) HT olan hastalarda algılanan sosyal destek arttıkça ilaç tedavisine uyumunda arttığını saptamışlardır (Turan, vd., 2018). Wang (2005) HT’si olan evli Çinli kadınların algıladığı olumlu desteğin, tedaviye uyum sağlamalarını olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir (Wang, 2005). Bu çalışmada HT’si olan bireylerin HT’si olmayanla göre; algıladıkları eş desteği, sıvı kontrolleri ve ilaç uyumları iyi düzeydeydi. Ayrıca diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumları daha iyiydi. Bu bulguların aksine İçyeroğlu (2012), evli olmayan HT hastalarının tedaviye uyumlarının iyi olduğunu belirlemiştir (İçyeroğlu, 2012). Bu farklılık hastalar evli ya da bekar olsun algıladıkları sosyal desteğin ve destek kaynaklarının neler olduğunun belirlenmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir. Kronik hastalıklarda medeni duruma göre ilaca uyum düzeyinin değişmediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Aslan, vd., 2023; Kara, vd., 2007; Karatepe ve Atık, 2021). Bu durum bireylerin evli olmasının tedaviye uyumu arttırmasından ziyade, evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin olumlu ya da olumsuz sonuçlarının tedaviye etkisine bakılması gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Köseoğlu ve Enç (2016), KY olan bireylerde düzenli sağlık kontrolüne gitmeme, ilaç saatinde ilacı almayı unutma, ilaçların etki ve yan etkilerinin bilinmemesinin tedaviyi olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (Köseoğlu ve Enç, 2016). Karagöz (2019) çalışmasında ise; KY olan bireylerde algılanan sosyal desteğin olumlu yönde artmasının, ilaç tedavisine uyumu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Karagöz, 2019). Bu çalışmada KY’si olan HD hastalarında KY’si olmayan hastalara göre; algılanan eş desteği, sıvı kontrolleri ve ilaç uyumları iyi düzeydeydi. Ayrıca diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumları daha yüksekti. Bu durum destekleyici bir sosyal çevrenin; ilaç alımını hatırlatmak, düzenli sağlık kontrollerine ulaşımı sağlamak gibi pozitif yönde bir etkisi olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada algılan eş desteği puan ortalaması DM'si olanlarda $46,92 \pm 19,18$, HT'si olanlarda $61,64 \pm 18,85$ ve KY'si olanlarda $67,38 \pm 16,76$ 'dır. HD tedavisi alan bireylerde HT ve KY varlığına rağmen sıvı kontrolüne uyum, ilaca uyum, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin daha iyi olmasının nedeni algılanan eş desteğinin daha iyi düzeyde olması ile ilişkili olabilir. Çalışmada algılanan eş desteğinin sıvı kontrolü ve ilaca uyumun sağlanmasında pozitif yönde, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle algılanan eş desteğinin iyi düzeyde olması HD hastalarında sıvı kontrolüne uyum, ilaca uyum, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumun sağlanmasında önemlidir. Bu bulguların aksine Acar'ın (2018) çalışmasında ek kronik hastalık varlığının diyet, sıvı kontrolü ve ilaç uyum düzeylerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür (Acar, 2018). Bu farklılık çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve eşlik eden hastalıklara ait özelliklerin farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

KBY'de diyetle uyumun anlaşılması ve uygulanmasında yaşanan karmaşıklık, hastaların diyetle uyum sağlamalarında ve sürdürmelerinde güçlük yaşamalarına neden olabilir (Ash, vd., 2014; Biruete, vd., 2017; Lambert, vd., 2017). Diyetle uyum sağlayamama kötü sağlık çıktılarına neden olabilir (Sukartini, vd., 2022). Gebrie ve Ford (2019), HD hastalarında diyetle uyum sağlayamama oranlarının %41,1 ile %98,3 aralığında değiştiğini göstermişlerdir. Aynı çalışmada HD hastalarında depresif belirtilere sahip olmanın diyetle uyumsuzluğu arttırdığını belirlemişlerdir (Gebrie ve Ford, 2019). Günelay ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, HD hastalarının %70'inde diyet kısıtlamasına uyumsuzluk ve %74'ünde sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk saptanmıştır (Günelay, vd., 2017). Korkmaz'ın (2016) çalışmasında, HD hastalarının yarısından fazlasında; son 2 hafta içinde diyet kısıtlamasına uyumsuzluğun %64,2 ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğun %60 olduğu belirlenmiştir (Korkmaz, 2016).

Efe (2012) çalışmasında, HD hastalarının diyetle uyumsuzluk puan ortalamasının $6,0 \pm 4,4$, sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamasının $6,6 \pm 4,9$ olduğunu belirlemiştir (Efe, 2012). Kurban (2017) çalışmasında da HD hastalarının diyetle uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $2,78 \pm 4,59$, sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $2,23 \pm 3,84$ olduğunu tespit etmiştir (Kurban, 2017). Bu çalışmada HD hastalarında diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu değerlendirmek için "Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği" kullanılmış olup, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına

uyumsuzluk puan ortalaması $16,91 \pm 10,31$ bulunmuştur. Literatür bulguları ile benzer şekilde HD hastalarının diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarının istendik düzeyde olmadığı görülmektedir. Puanlar arasındaki farklılıklar diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumun değerlendirildiği ölçeklerin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Kara ve arkadaşlarının (2007) evli olan HD hastalarında yetersiz aile desteğinin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu arttırdığı bulunmuştur (Kara, vd., 2007). Cristóvão (2015), HD hastalarında algılanan eş desteğinin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu arttırdığı bulunmuştur (Cristóvão, 2015). Çankaya'nın çalışmasında (2023), erkek hastaların SDBY'ye ilişkin sıvı kısıtlaması ve diyet uyum düzeylerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Çankaya, 2023). Acar (2018) ise, HD tedavisi alan kadın hastaların, erkek hastalara göre sıvı kısıtlaması ve diyet uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Acar, 2018). Bu çalışmada ise cinsiyet göre sıvı kontrolü, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte literatür bulguları ile benzer şekilde eş desteği iyi düzeyde olanlarda sıvı kontrolünün sağlanması daha iyi, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Algılanan eş desteğinin tedavi sürecinde önemli olduğu söylenebilir.

Demiralp (2023) çalışmasında, HD hastalarında sıvı kontrolüne uyumun iyi düzeyde ($50,75 \pm 8,13$) olmadığını belirlemiştir (Demiralp, 2023). Başer ve Mollaoğlu'nun (2019) çalışmasında da sıvı kontrolüne uyum düzeyleri ($50,08 \pm 5,81$) düşük bulunmuştur (Baser ve Mollaoğlu, 2019). Benzer şekilde Karabulutlu ve Yılmaz'ın (2019) ($51,23 \pm 5,88$), Özkan ve arkadaşlarının (2019) ($52,2 \pm 5,8$) ve Balım'ın (2013) çalışmasında da ($43,88 \pm 4,83$) HD hastalarının sıvı kontrolüne uyumlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür (Balım, 2013; Karabulutlu ve Yılmaz, 2019; Özkan, vd., 2019). Bu çalışmada HD hastalarının sıvı alımına uyumunu değerlendirmek için "Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği" kullanılmış olup, sıvı kontrol puan ortalaması $56,82 \pm 13,55$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puanlara bakıldığında (24 ile 72) HD hastalarının sıvı kontrolüne uyumlarının optimal düzeyde olmadığı görülmektedir. Bulgular literatürü desteklemektedir.

Hemodiyaliz hastalarında sıvı kısıtlamasına uyum aşırı sıvı yüklenmesini ve pulmoner ödeme önlemek amacıyla önemlidir (Lambert, vd., 2017). Ayrıca sıvı birikimi

GFR'nin azalmasına bağlı olarak atık maddelerin birikimine neden olur (Al Husna, vd., 2019). Bu nedenle HD tedavisi alan bireylerde sıvı kontrolü; HD seans süresi ve sıklığı ile tedavinin etkinliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir. İnterdiyalitik kilo alımının fazla olması, UF'nin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesine ve HD seansının rahat geçmesine engel olabilmektedir. Bu nedenle HD hastalarının sıvı kontrolünü doğru bir şekilde yapılması gerekmektedir (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cristóvão, 2015; Jesus, vd., 2019).

HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrollerine uyum sağlayamadıkları farklı çalışmalarda da gösterilmiştir (Gebrie ve Ford, 2019; Kaplan ve Karadağ, 2022; Karabulutlu ve Yılmaz, 2017; Şentürk, 2021). Bu durumu etkileyen faktörler incelendiğinde HD hastalarının evli olmalarının sıvı kontrolünü sağlamada iyi yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Ahrari, vd., 2014; Korkmaz, 2016). Algılanan aile desteğinin iyi düzeyde olması HD tedavisi alan bireylerde sıvı kısıtlamasına uyumun sağlanmasında önemlidir (Al Husna, vd., 2019). Bu çalışmada evli olan HD hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Literatür bulguları ile benzer şekilde çalışmada algılanan eş desteği iyi düzeyde olanlarda sıvı kontrolüne uyumlarının daha iyi, diyaliz diyet ve sıvı kontrolüne uyumsuzluklarının daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Ayrıca algılanan eş desteğinin iyi düzeyde olması interdiyalitik kilo ve UF'nin ideal aralıkta olması için önemli olduğu belirlenmiştir.

Bu bulguların aksine evli olmayanlarda sıvı kontrolünün daha iyi olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Çankaya, 2013; Karabulutlu ve Yılmaz, 2017). Ayrıca medeni duruma göre sıvı kısıtlamasına uyumun değişmediği de gösterilmiştir (Balım ve Pakyüz, 2016; Özkan, vd., 2019). Halle ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada; bekar ve genç yaşıta olmanın HD hastalarında sıvı kontrolüne uyumsuzluğu arttıran faktörler olduğu belirlenmiştir (Halle, vd., 2020). Ahrari ve arkadaşları (2014) HD hastalarında yaşın artması ile birlikte sıvı kontrolüne uyum düzeyinin azaldığını saptamışlardır (Ahrari, vd., 2014). Başka bir çalışmada da 49 yaş ve altında olan HD hastalarında sıvı kontrolünün daha iyi olduğu bulunmuştur (Kaplan ve Karadağ, 2022).

Efe ve Kocaöz (2015), daha genç yaşıta olan HD hastalarının diğer yaş gruplarına göre sıvı kısıtlamasına uyumlarının kötü olduğunu belirlemişlerdir (Efe ve Kocaöz, 2015). Kara ve arkadaşları da (2007) genç HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun

yaşlılardan daha fazla olduğunu, yaşlı HD hastalarının ise diyetle uyumsuzluğunun gençlerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (Kara, vd., 2007). Bu bulguların aksine çalışmada yaşa göre sıvı kontrol, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Özkan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da HD tedavisi alan bireylerde yaşa göre sıvı kontrolü düzeylerinin değişmediğini saptamışlardır (Özkan, vd., 2019). Çankaya'nın çalışmasında da (2023), HD tedavisi uygulanan hastaların yaşı ile hastalığa uyum düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (Çankaya, 2023).

Eşlik eden kronik hastalık varlığı da sıvı kontrolüne uyumu güçleştirebilmektedir (Ahrari, vd., 2014; Beerendrakumar, vd., 2018; Cristóvão, 2015; Jesus, vd., 2019). Korkmaz (2016) KBH'a eşlik eden ek bir hastalık varlığının uyum sürecini olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir (Korkmaz, 2016). Bu çalışmada da DM'si olan HD hastalarının DM'si olmayanlara göre; algıladıkları eş desteği, sıvı kontrolleri ve ilaç uyumları iyi düzeyde olmadığı, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluklarının daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. DM'si olanların aksine HT ve KY olan HD hastalarında algılanan eş desteği, sıvı kontrolüne uyum, ilaç uyumları, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri daha iyiydi. Bu farklılık DM olanlarda algılanan eş desteğinin daha düşük düzeyde olması ile ilişkili olabilir.

İki diyaliz seansı arasında günlük su ve tuz alımı interdiyalitik ağırlığın artışına neden olur. İnterdiyalitik ağırlığın artışı istenmeyen bir durumdur ve gelişebilecek komplikasyonlar (HT gibi) açısından risk oluşturur (Baraz, vd., 2010). Beerendrakumar ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, HD hastalarına verilen diyet danışmanlığına rağmen hastaların ortalama günlük sıvı alımı yüksek, interdiyalitik kilo alımı ise 1,48 kg olduğu, hem diyet hem de sıvı kısıtlamasına uyumsuzluklarının olduğu bulunmuştur (Beerendrakumar, vd., 2018). Bu çalışmada da algılanan eş desteği, ilaç uyumu ve sıvı kontrolü iyi düzeyde olanlarda interdiyalitik kilo düşük düzeyde bulunmuştur. Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu yüksek olanlarda interdiyalitik kilo da yüksektir.

Ahrari ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; HD tedavisi alan bireylerde algılanan sosyal desteğin arttıkça diyetle uyumun arttığı ve laboratuvar bulgularında iyileşme olduğu saptanmıştır (Ahrari, vd., 2014). Wang ve arkadaşları (2019), Tip-2 DM olan bireylerde algılanan sosyal desteğin iyi düzeyde olmasının bireyin öz yönetimini sağlamasını

kolaylaştırdığı ve kan glikoz seviyesinin de ideal aralıkta olmasını sağladığını belirlemişlerdir. Bu çalışmada da çalışmanın bulguları ile benzer şekilde algılanan eş desteği iyi olanlarda glukoz değerleri daha iyi bulunmuştur. Ayrıca ilaca uyum sağlayan, sıvı kontrolünü sağlayan bireylerde glukoz iyi düzeydedir. Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu olan HD hastalarında ise glukoz düzeyleri daha kötü bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmada algılanan eş desteğinin glukoz dışında, fosfor, HbA1c, Kt/V değerlerinin ideal aralıkta olması için önemli olduğu bulunmuştur.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

HD hastalarında algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlaması arasındaki ilişkiyi belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirilmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

6.1.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının $54,61 \pm 17,12$ yıl, evlilik süresi ortalamalarının $30,15 \pm 16,72$ yıl olduğu belirlendi. Araştırmada kadın (%46,9), lise mezunu (%50,9), sigara kullanan (%57,6), alkol kullanmayan (%69,4) çoğunlukta idi (**Tablo 5**). KBY tanısını alma yılı ortalama $3,5 \pm 1,43$ yıl, HD tedavisini alma yılı ortalama $1,59 \pm 0,63$ 'dü (**Tablo 7**). Katılımcıların çoğunluğunun HD giriş yeri AVF'dü (%74,9) (**Tablo 5**).

Katılımcıların ortalama hematokrit %35,33 (%35-52), albümin 36,62 gr/dL (35-52 gr/dL), total protein 68,01 gr/dL (66-87 gr/dL), kalsiyum 8,44 mg/dL (8,40-10,20 mg/dL) ve HbA1c %6,01 (4,5-6,2 %) değerleri normal aralıktaydı. Ortalama hemoglobin 10,18 gr/dL (12-16 gr/dL) ile normal aralığın altındaydı (**Tablo 6**).

Katılımcıların ortalama glukoz 152,19 mg/dL (74-106 mg/dL) ve fosfor 5,90 mg/dL (2,50-4,50 mg/dL) değerleri yüksekti. Kt/V 1,49 (1,2) ile ideal aralıktaydı (**Tablo 6**).

Katılımcıların diyaliz öncesi ortalama BUN 55,85 mg/dL (6-20 mg/dL), kreatinin 5,70 mg/dL (0,7-1,2 mg/dL) ve potasyum 5,43 mmol/L (3,50-5,10 mmol/L) değerleri yüksekti. Diyaliz öncesi ortalama sodyum 138,71 mmol/L (136-145 mmol/L) ile normal aralıktaydı (**Tablo 6**).

Katılımcıların diyaliz sonrası ortalama BUN 15,12 mg/dL (6-20 mg/dL), potasyum 4,15 mmol/L (3,50-5,10 mmol/L) ve sodyum 139,15 mmol/L (136-145 mmol/L) değerleri normal aralıktaydı. Diyaliz sonrası ortalama kreatinin 2,27 mg/dL (0,7-1,2 mg/dL) ile yüksekti (**Tablo 6**).

Katılımcılarda DM (%46,9), HT (%38,4) ve KY (%24,4) en sık görülen komorbiditelerdi (**Tablo 8**).

6.1.2. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların eş desteği puan ortalaması $57,64 \pm 20,14$, alt boyutlarının puan ortalaması ise duygusal destek için $18,87 \pm 7,08$, maddi yardım-bilgi desteği için $15,57 \pm 5,03$, takdir desteği için $16,88 \pm 6,13$ ve sosyal ilgi desteği için $6,32 \pm 2,08$ 'di (**Tablo 9**).

Katılımcıların sıvı kontrol puan ortalaması $56,82 \pm 13,55$, alt boyutlarının puan ortalaması ise bilgi için $18,57 \pm 2,16$, davranış için $25,27 \pm 6,79$ ve tutum için $12,99 \pm 4,86$ 'ydı (**Tablo 9**).

Katılımcıların diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalaması $16,91 \pm 10,31$ 'di (**Tablo 9**).

Katılımcıların ilaç uyumu bildirim ölçeği puan ortalaması $16,56 \pm 6,18$ 'di (**Tablo 9**).

6.1.3. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Katılımcıların eş desteği puan ortalaması ile sıvı kontrol ($r=0,99$, $p<0,01$), ilaç uyumu ($r=0,92$, $p<0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ($r=-0,91$, $p<0,01$) puan ortalaması ile arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde ilişki belirlendi (**Tablo 10**).

Katılımcıların sıvı kontrol puanı ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde çok güçlü düzeydeydi ($r=-0,90$, $p<0,01$) (**Tablo 10**).

Katılımcıların diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları ile ilaç uyum puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde çok güçlü düzeydeydi ($r=-0,91$, $p<0,01$) (**Tablo 10**).

6.1.4. Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların eş desteği ölçeğinin alt boyutları olan duygusal destek, maddi yardım-bilgi destek, takdir destek ve sosyal ilgi destek puan ortalamaları arttıkça, sıvı kontrol puan ortalamalarının arttığı belirlendi (sırasıyla $p=0,01$, $p=0,00$, $p=0,00$, $p=0,04$). Sıvı kontrol puanını en fazla etkileyen alt boyut sosyal ilgi desteğiydi (**Tablo 11**).

Katılımcıların maddi yardım-bilgi destek puan ortalamaları arttıkça, bilgi puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$) (**Tablo 11**).

Katılımcıların maddi yardım-bilgi destek ve takdir destek puan ortalamaları arttıkça, davranış puan ortalamalarının arttığı belirlendi (sırasıyla $p=0,00$, $p=0,00$). Davranış puanını en fazla etkileyen alt boyut maddi yardım-bilgi desteğiydi (**Tablo 11**).

Katılımcıların duygusal destek, takdir destek ve sosyal ilgi destek puan ortalamaları arttıkça, tutum puan ortalamalarının arttığı belirlendi (sırasıyla $p=0,00$, $p=0,00$, $p=0,01$). Tutum puanını en fazla etkileyen alt boyut duygusal destekti (**Tablo 11**).

Katılımcıların maddi yardım-bilgi destek puan ortalamaları azaldıkça, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$) (**Tablo 11**).

Katılımcıların maddi yardım-bilgi destek ve takdir destek puan ortalamaları arttıkça ilaç uyum puan ortalamalarının arttığı belirlendi ($p=0,00$, $p=0,04$). İlaç uyum puanını en fazla etkileyen alt boyut maddi yardım-bilgi desteğiydi (**Tablo 11**).

6.1.5. Kan Biyokimya Değerleri ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Katılımcıların hematokrit, hemoglobin, albümin, total protein, kalsiyum değerleri ile eş desteği, sıvı kontrol, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve ilaç uyumu puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildi ($p>0,05$) (**Tablo 12**).

Katılımcıların glukoz değeri ile eş desteği ($r=-0,62$) ve ilaç uyumu puan ortalamaları ($r=-0,61$) arasındaki ilişki negatif yönde güçlü düzeydeydi. Glukoz değeri ile sıvı kontrol puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde orta düzeydeydi ($r=-0,59$). Glukoz değeri ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde güçlü düzeydeydi ($r=0,65$) ($p<0,01$) **(Tablo 12)**.

Katılımcıların fosfor değeri ile eş desteği ($r=-0,76$), sıvı kontrol ($r=-0,73$) ve ilaç uyumu ($r=-0,75$) puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde güçlü düzeydeydi. Fosfor değeri ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde güçlü düzeydeydi ($r=0,80$) ($p<0,01$) **(Tablo 12)**.

Katılımcıların HbA1c değeri ile eş desteği ($r=-0,54$), sıvı kontrol ($r=-0,52$), ilaç uyumu ($r=-0,54$) puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde orta düzeydeydi. HbA1c değeri ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde orta düzeydeydi ($r=0,55$) ($p<0,01$) **(Tablo 12)**.

Katılımcıların Kt/V değeri ile algılanan eş desteği ($r=0,24$), sıvı kontrol ($r=0,25$) ve ilaç uyumu ($r=0,22$) puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde zayıf düzeydeydi. Kt/V değeri ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde çok zayıf düzeydeydi ($r=-0,19$) ($p<0,01$) **(Tablo 12)**.

6.1.6. Hastalık ve Tedaviye ait Değerler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortalama KBY tanısını alma yılı, HD tedavisi alma yılı, kuru ağırlık ile eş desteği, sıvı kontrol, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve ilaç uyumu puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildi ($p>0,05$) **(Tablo 13)**.

Katılımcıların diyaliz seans sayısı ile eş desteği ($r=-0,69$), sıvı kontrol ($r=-0,66$) ve ilaç uyumu ($r=-0,61$) puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde güçlü düzeydeydi ($p<0,01$). Diyaliz seans sayısı ile diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde güçlü düzeydeydi ($r=0,65$, $p<0,01$) **(Tablo 13)**.

Katılımcıların interdiyalitik kilo ile eş desteği ($r=-0,65$), sıvı kontrol ($r=-0,63$) puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde güçlü düzeydeydi ($p<0,01$). İnterdiyalitik kilo

ile ilaç uyumu puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde orta düzeyde ($r=-0,58$), diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde orta düzeydeydi ($r=0,58$) ($p<0,01$) (**Tablo 13**).

Katılımcıların UF miktarı ile eş desteği ($r=-0,24$), sıvı kontrol ($r=-0,26$) puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde zayıf düzeyde; diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde çok zayıf düzeydeydi ($r=0,20$) ($p<0,01$). UF miktarı ile ilaç uyumu puan ortalamaları arasındaki ilişki negatif yönde çok zayıf düzeydeydi ($r=-0,20$, $p<0,01$) (**Tablo 13**).

6.1.7. Sosyo-demografik ve Tanıtıcı Özellikler ile Eş Desteği Ölçeği, Sıvı Kontrol Ölçeği, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortalama yaş ve evlilik süresi ile eş desteği, sıvı kontrol, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve ilaç uyumu puan ortalamaları arasında ilişki yoktu (**Tablo 14**).

DM'si olan katılımcıların DM'si olmayanlara göre; algıladıkları eş desteği, sıvı kontrolleri ve ilaç uyumları daha kötü, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$) (**Tablo 15**).

HT'si olan katılımcıların HT'si olmayanlara göre; algılanan eş desteği, sıvı kontrol ve ilaç uyumları daha iyi, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$) (**Tablo 16**).

KY'si olan katılımcıların KY'si olmayanlara göre; algılanan eş desteği, sıvı kontrol ve ilaç uyumları daha iyi, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$) (**Tablo 17**).

Cinsiyete ve sigara kullanım durumuna göre; algılanan eş desteği, sıvı kontrol, ilaç uyumu, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (**Tablo 18, Tablo 19**).

Alkol kullanım durumuna göre; algılanan eş desteği, ilaç uyumu, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (**Tablo 20**).

Alkol kullanan katılımcıların bilgi boyutu puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$) (**Tablo 20**).



6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerin,

- HD hastalarının ilaç uyumu, sıvı kontrolü, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluklarının periyodik olarak değerlendirmesi,
- Evli olan HD hastalarında algılanan eş desteğinin düzenli aralıklarla bakılması,
- Evli olmayan HD hastalarında sosyal destek kaynaklarının ve algıladığı sosyal desteğin belirlenmesi,
- Eş desteğinin önemi ve eşlerin bu konuda neler yapabilecekleri konusunda eğitim verilmesi ve farkındalık oluşturulması,
- HD hastası ve eşinin tedavi sürecinde aktif rol almasının sağlanması,
- Araştırma bulgularının desteklenmesi için algılanan eş desteğinin ilaç uyumu, sıvı kontrolü, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk üzerindeki etkisini değerlendiren nitel çalışmaların yapılması,
- HD hastalarının sıvı kontrolü, ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu etkileyebilecek faktörlere yönelik müdahalelerin yapıldığı deneysel çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- Gelecekteki çalışmaların etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurularak algılanan eş desteği ile ilaç uyumu, sıvı kontrolü, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk arasındaki nedensel ilişkinin ele alınması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, D. (2018). “Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Yüksek Lisans Tezi”. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.
- Ahrari, S., Moshki, M. and Bahrani, 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.
- Akpolat, T. (2019). “Öykü Alma, Kan Basıncı Ölçümü ve Fizik Muayene”. Y. Yeniçerioglu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.23-32). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Akpolat, T. ve Dilek, M. (2008). “Üremik Kemik Hastalığı”. T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.218-238). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Akpolat, T. ve Utaş, C. (2008). “Diyaliz: Genel Bilgiler”. T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.22-29). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Akpolat, T. ve Utaş, C. (2008). “Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar”. T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.69-80). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Al Husna, C. H., Yettia, K. and Sukmarini, L. (2019). “Determinant of fluid adherence among hemodialysis patients in Malang, Indonesia”. *Enfermería Clínica*, 1130-8621. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.018.
- Al Salmi, I., Larkina, M., Wang, M., Subramanian, L., Morgenstern, H., Jacobson, S. H., Hakim, R., Tentori, F., Saran, R., Akiba, T., Tomilina, N. A., Port, F. K., Robinson, B. M. and Pisoni, R. L. (2018). “Missed hemodialysis treatments: International variation, predictors, and outcomes in the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS)”. *Am J Kidney Dis*, 72(5);634-643. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.04.019.
- Alshogran, O.Y., Shatnawi, E. A., Altawalbeh, S. M., Jarab, A. S. and Farah, R. I. (1995). “Medication non-adherence and the achievement of therapeutic goals of anemia therapy among hemodialysis patients in Jordan”. *Hosp Pract*, 50(1):82-88. doi: 10.1080/21548331.2022.2032073.
- Andacoglu, O. and Aki, F. T. (2021). “Global perspective on kidney transplantation: Turkey”. *Kidney360*, 12;2(7), 1160-1162. doi: 10.34067/KID.0002542021.

- Arad, M., Goli, R., Parizad, N., Vahabzadeh, D. and Baghaei, R. (2021). "Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial". *BMC Nephrology*, 7;22(1):119. doi: 10.1186/s12882-021-02319-9.
- Ardahan, M. (2006). "Sosyal destek ve hemşirelik". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arınoy, T. (2019). "Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi". Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.285-287). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Arici, M., Altun, B., Sanchez, J. J. G., Cabrera, C. S., Barone, S., Retat, L., Coker, T., Martin, A., Dinc, M. and Erdogan, A. (2022). "Inside CKD-A projection of clinical and economic burden of chronic kidney disease in Turkey". *Value in Health*, 25(12), 128. doi: 10.1016/j.jval.2022.09.618.
- Ash, S., Campbell, K. L., Bogard, J. and Millichamp, A. (2014). "Nutrition prescription to achieve positive outcomes in chronic kidney Disease". *Nutrients*, 6; :416-451. doi: 10.3390/nu6010416.
- Aslan, H., Çetkin, T., and Demir, R. (2021). "Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services". *Cukurova Medical Journal*, 46(3), 1140-1149.
- Balım, S. (2013). "Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi". Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Balım, S. (2016). "Evaluate hemodialysis patients'compliance of fluid control". *Journal of Nephrology Nursing*, 1;34-42.
- Balım, S. ve Pakyüz, Ç. S. (2016). "Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 34-42.
- Baraz, S., Parvardeh, S., Mohammadi, E. and Broumand, B. (2010). "Dietary and fluid compliance: An educational intervention for patients having haemodialysis". *J Adv Nurs*, 66(1):60-68. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x
- Başer, E. and Mollaoğlu, M. (2019). "The effect of a hemodialysis patient education program on fluid control and dietary compliance". *Hemodialysis International*, 23(3), 392-401. doi: [10.1111/hdi.12744](https://doi.org/10.1111/hdi.12744).

- Baykal, D. ve Orak, E. (2018). “Tip 2 diyabetik hastaların glisemi kontrollerinde aile desteğinin araştırılması”. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 361-382.
- Bayram, K. A. (2022). “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hasta Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi”. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Kütahya.
- Beerendrakumar, N., Ramamoorthy, L and Haridasan, S. (2018). “Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients”. *Journal of Caring Sciences*, 7(1):17-20. doi: 10.15171/jcs.2018.003.
- Birute, A., Jeong, J. H., Barnes, J. L. and Wilund, K. R. (2017). “Modified nutritional recommendations to improve dietary patterns and outcomes in hemodialysis patients”. *J Ren Nutr*, 27(1);62-70. doi:10.1053/j.jrn.2016.06.001.
- Bosdriesz, J. R., Stel, V. S., van Diepen, M., Meuleman, Y., Dekker, F. W., Zoccali, C. and Jager, K. J. (2020). “Evidence-based medicine-When observational studies are better than randomized controlled trials”. *Nephrology*, 25(10), 737-743. doi: 10.1111/nep.13742.
- Büyükbayram, Z., Bıçak, A. D. ve Aksoy, İ. D. (2021). Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri/Perceived social support and hopelessness levels in hemodialysis patients”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Journal of Nephrology Nursing*, 16(3); 134-143.
- Cedillo-Couvert, E. A., Ricardo, A. C., Chen, J., Cohan, J., Fischer, M. J., Krousel-Wood, M., Kusek, J. W., Lederer, S., Lustigova, E., Ojo, A., Porter, A. C., Sharp, L. K., Sondheim, J., Diamantidis, C., Wang, X., Roy, J. and Lash, J. P. (2018). “Self-reported medication adherence and CKD progression”. *Kidney International Reports*, 3(3), 645-651. doi: 10.1016/j.ekir.2018.01.007.
- Cheng, T. Y., Tarng, D. C., Liao, Y. M. and Lin, P. C. (2017). “Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis”. *Journal of Clinic Nursing*, 26(3-4); 485-494. doi: 10.1111/jocn.13471.
- Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Eggers, P., Lente, F. V. and Levey, A. S. (2007). “Prevalence of chronic kidney disease in the United States”. *JAMA*, 298(17), 2038-2047. doi: 10.1001/jama.298.17.2038.

- Coşar, A. A. ve Çınar Pakyüz, S. (2015). "Scale development study: The fluid control in hemodialysis patients". *Japan Journal of Nursing Science*, 13(1), 174-182.
- Cristelli, M. P., Ferreira, G. F. and Medina-Pestana, J. (2021). "Global perspective on kidney transplantation: Brazil". *Kidney360*, 7;2(12), 2016-2018. doi: 10.34067/KID.0003612021.
- Cristóvão, A. F. A. J. (2015). "Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1154-1162. doi: 10.1590/0034-7167.2015680622i.
- Çankaya, H. A. (2023). "Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Hastalığa Uyumunun Sıvı Kontrolüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi". Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Muğla.
- Çaydam, Ö. D., ve Pakyüz, S. Ç. (2016). "Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 60-72.
- Çetinkaya, S. (2019). "Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı. Yüksek Lisans Tezi". İstanbul T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- Daugirdas, J. T. (2001). "Pathophysiology of dialysis hypotension: An update". *American Journals of Kidney Diseases*, 38(4), 11-17. doi: 10.1053/ajkd.2001.28090.
- Demir, G. and Efil. S. (2008). "Adherence to the treatment and nursing in view of individuals receiving hemodialysis treatment". 2. International Antalya Scientific Research and Innovative Studies Congress, 17 - 21 March 2022, Antalya, ss.292-298
- Demiralp, İ. (2023). "Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü İle Semptom Şiddeti İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi". İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Demirbaş, N., ve Kutlu, R. (2020). "Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri". *Ankara Medical Journal*, 20(2).
- Demiroğlu, S. ve Bülbül, E. (2021). "Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 124-133. doi: 10.47565/ndthdt.2021.40.
- Diabetes Facts & Figures*, (2021). Belgium: International Diabetes Federation (IDF).
- Divard, G. and Goutaudier, V. (2021). "Global perspective on kidney transplantation: France". *Kidney360*, 6;2(10), 1637-1640. doi: 10.34067/KID.0002402021.

- D'Onofrio, G., Simeoni, M., Rizza, P., Caroleo, M., Capria, M., Mazzitello, G., Sacco, T., Mazzuca, E., Panzino, M. T., Cerantonio, A., Segura-Garcia, C., Andreucci, M., De Fazio, P. and Fuiano, G. (2017). "Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients". *Ren Fail*, 39(1):45-53. doi: 10.1080/0886022X.2016.1244077.
- Duran, K. (2018). "Meme Kanseri Hastalarında Eşler Arası Uyum ve Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon, Anksiyete, Benlik Saygısı ve Cinsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi". T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Bursa
- Duzalan, O. B. and Pakyuz, S. C. (2018). "Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study". *JPM. the Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(4), 532-537.
- Duzalan, Ö. B., Cosar, A. A. ve Sarıkaya, S. (2021). "Hemodialysis patients' experiences of diet and fluid restriction: A qualitative study". *Progress in Nutrition*, 23; e2021254. Doi: 10.23751/pn.v23iS2.11985
- Efe, D. (2012). "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi". Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.
- Efe, D. and Kocaöz, S. (2015). "Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey". *Jpn J Nurs Sci*, 12:113-123. doi: 10.1111/jjns.12055.
- Efil S, Enç N ve Ece T. (2020). "Effect of training provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease on drug management". *Jpn J Nurs Sci*, 17(3):e12333. doi: 10.1111/jjns.12333.
- Elpe, A. G. (2023). "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi. Yüksek Lisans Tez". İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Encarnacion, H. J., Parra, J., Mears, E. and Sadler, V. (2009). "Vomiting". *Compendium: Continuing Education for Veterinarians*, 31(3), 8.
- Ersoy, A. F. ve Demir, Ö. (2023). "Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastaların Psikososyal Gereksinimleri: Nitel Bir Çalışma". S. Sarıbaş ve T. Akkuş (Eds.). içinde *Sosyal, İnsan Ve İdari Bilimlerde Yenilikçi Çalışmalar*. (s.15-40). Duvar Yayınları: İzmir.

- Ersoy, F. F. (2019). "Periton Diyalizi". Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.391-406). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Fletcher, B. R., Damery, S., Aiyegbusi, O. L., Anderson, N., Calvert, M., Cockwell, P., Ferguson, J., Horton, M., Paap, M. C. S., Sidey-Gibbons, C., Slade, A., Turner, N. and Kyte, D. (2022). "Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis". *Plos Medicine*, 19(4). doi: 10.1371/journal.pmed.1003954.
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C. W., Brown, J. C., Friedman, J., He J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., Chapin, A., Douwes-Schultz, D., Frank, T., Goettsch, F., Liu, P. Y., Nandakumar, V., Reitsma, M. B., Reuter, V., Sadat, N., Sorensen, R. J. D., Srinivasan, V., Updike, R. L., York, H., Lopez, A. D., Lozano, R., Lim, S. S., Mokdad, A. H., Vollset, S. E. and Murray, C. J. L. (2018). "Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories". *Lancet*, 392, 2052-2090. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5.
- Freire de Medeiros, C. M., Arantes, E. P., Tajra, R.D., Santiago, H.R., Carvalho, A. F. and Libório, A.B. (2016). "Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: A prospective study". *Psychol Health Med*, 22(5):570-577. doi: 10.1080/13548506.2016.1191658.
- Fresenius Medical Care. ESRD patients in 2019: Global perspective. (2019). Erişim Adresi: <https://www.freseniusmedicalcare.com/en/media/multimedia/publications>
- Fresenius Medical Care. ESRD patients in 2020: Global perspective. (2020). Erişim Adresi: <https://www.freseniusmedicalcare.com/en/media/multimedia/publications>
- Gebrie, M. H. and Ford, J. (2019). "Depressive symptoms and dietary non-adherence among end stage renal disease patients undergoing hemodialysis therapy: systematic review". *BMC Nephrol*, 20(1);429. doi: 10.1186/s12882-019-1622-5.
- George, D. and Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update.
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D. and Zaidi, S. T. R. (2017). "Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: A qualitative study". *BMC Nephrology*, 18, 167. doi: 10.1186/s12882-017-0583-9.

- Gilbertson, E., Krishnasamy, R., Foote, C., Kennard, A., Jardine, M. and Nicholas, G. (2019). "Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: A systematic review". *American Journals of Kidney Diseases*, 73, 332–343. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.09.006.
- Global Kidney Health Atlas*, (2019). Belgium: International Society of Nephrology (ISN).
- Gu, L., Wu, S., Zhao, S., Zhou, H., Zhang, S., Gao, M., Qu, Z., Zhang, W. and Tian, D. (2017). "Association of social support and medication adherence in chinese patients with type 2 diabetes mellitus". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6;14(12); 1522. doi: 10.3390/ijerph14121522.
- Gujarati, D. N. (1995). Basic Econometrics, 3-rd ed. Gujarati, 1995, 338-339.
- Güdük, Ö., Selimoğlu, N. S. ve Tekin, B. N. (2022). "Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yakınlarının bakım yükü, stres ve algıladığı sosyal destek ilişkisi: Kesitsel bir çalışma". *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 544-553. Doi: 10.5336/healthsci.2021-85223.
- Günalay, S., Taşkiran, E. ve Mergen, H. (2017). "Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi". *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 3(1), 9-14.
- Güner, Y. O. (2019). "Diyaliz hastalarında sosyal bütünleşme ihtiyacı". *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 175-184. doi: 10.21733/ibad.618596.
- Hair, Joseph. F.; Bush, Robert P.; Ortinau, David J.; Marketing Research: Within a Changing Information Environment, McGraw-Hill Irwin, 2003, s. 568.
- Halle, M. P., Nelson, M., Kaze, F. F., Jean Pierre, N. M. O., Denis, T., Fouda, H., and Ashuntantang, E. G. (2020). "Non-adherence to hemodialysis regimens among patients on maintenance hemodialysis in sub-Saharan Africa: an example from Cameroon". *Renal Failure*, 42(1), 1022-1028.
- Hallan, S. I. and Orth, S. R. (2010). "The KDOQI 2002 classification of chronic kidney disease: For whom the bell tolls". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(9), 2832-2836. doi: [10.1093/ndt/gfq370](https://doi.org/10.1093/ndt/gfq370).
- Hamşioğlu, N. ve Uçar, İ. (2021). "Diyalizde Beslenme". A. Sezen (ed.). içinde *Diyaliz hemşireliği*. (s.317-333). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Hanafusa, N. and Fukagawa, M. (2020). "Global dialysis perspective: Japan". *Kidney360*, 1(5), 416-419. doi: 10.34067/KID.0000162020.

- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S. and Hobbs, F. D. R. (2016). "Global prevalence of chronic kidney disease-a systematic review and meta-analysis". *Plos One*, 6;11(7):e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765.
- Hsu, K. L., Fink, J. C., Ginsberg, J. S., Yoffe, M., Zhan, M., Fink, W., Woods, C. M. and Diamantidis, C. J. (2015). "Self-reported medication adherence and adverse patient safety events in CKD". *American Journal of Kidney Diseases*, 66(4), 621-629. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.03.026.
- Hussien, H., Apetrii, M. and Covic, A. (2020). "Health-related quality of life in patients with chronic kidney disease". *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 21(1), 43-54. doi: 10.1080/14737167.2021.1854091.
- İçyeroğlu, G. (2012). "Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi". Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Elazığ
- İlter, S. M. ve Ovayolu, Ö. (2022). "Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk yönetiminde kanıta dayalı integratif yaklaşımlar". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 82-88. doi: 10.31125/hunhemsire.1102082.
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V. and Zoccali, C. (2019). "A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases". *Kidney International*, 96(5), 1048-1050. doi:10.1016/j.kint.2019.07.012.
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Mendes-Rodrigues, C., Almeida Neto, O. P., Rodrigues, D. D. M. and Cunha, C. M. (2019). "Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis". *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(3), 364–374. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152.
- Jha, V., Al-Ghamdi, S. M. G., Li, G., Wu, M. S., Stafylas, P., Retat, L., Card-Gowers, J., Barone, S., Cabrera, C. and Sanchez, J. J. G. (2023). "Global economic burden associated with chronic kidney disease: a pragmatic review of medical costs for the inside CKD research programme". *Advances in Therapy*, 40, 4405–4420. doi: [10.1007/s12325-023-02608-9](https://doi.org/10.1007/s12325-023-02608-9).
- Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D. X., Ding, J., Lei, Z., Lu, Q. and Pan, F. (2015). "Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses". *Stress and Health*, 31(2), 166-174.

- Kaçar, G. (2012). “Kronik Böbrek Yetmezliği ve Bakım”. Z. Durna ve S. Akın (eds.). içinde *Kronik hastalıklar ve bakım kitabı*. (s.381-395). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Kanjanabuch, T. and Takkavatakarn, K. (2020). “Global dialysis perspective: Thailand”. *Kidney360*, 1(7), 671-675. doi: 10.34067/KID.0000762020.
- Kaplan, A. and Karadağ, S. (2022). “The determination of adherence to fluid control and symptoms of patients undergoing hemodialysis”. *Afr Health Sci*, 22(3);359-368. doi: 10.4314/ahs.v22i3.38.
- Kara, B., Caglar, K. and Kilic, S. (2007). “Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis”. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243-248.
- Kara, B. (2009). “Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeği’ nin geçerlik ve güvenirlik çalışması”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 20-27.
- Karabulutlu, E. Y., ve Yılmaz, M. Ç. (2019). “Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri”. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 390-398.
- Karatepe, H. K., and Atik, D. (2021). “Stress and adaptation to the illness of women with cardiovascular system illness in covid-19 pandemia”. *Acta Medica Mediterranea*, 1309-1316.
- Karagöz, E. (2019). “Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi”. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Karakaya, E., Akdur, A., Yücebaş, S. C. ve Beyazpınar, D. S. (2021). “Risk faktörlerinin arteriovenöz fistüllerde anevrizma oluşumu üzerine etkisinin değerlendirilmesinde yeni bir yaklaşım: Karar ağacı metodu”. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 12(3), 309-314. doi: 10.18663/tjcl.962330.
- Karataş, T. ve Bostanoğlu, H. (2017). “Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart Disease”. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), 12558. doi: [10.1111/ijn.12558](https://doi.org/10.1111/ijn.12558).
- Korkmaz, Y. (2016). “Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Ve Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Uyumsuzluk Ve Öz Etkililik Durumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi”. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

- Koye, D. N., Shaw, J. E., Reid, C. M., Atkins, R. C., Reutens, A. T. and Magliano, D. J. (2017). "Incidence of chronic kidney disease among people with diabetes: A systematic review of observational studies". *Diabetic Medicine*, 34(7); 887-901. doi: 10.1111/dme.13324. Epub 2017 Mar 9. PMID: 28164387.
- Köseoğlu, N., ve Enç, N. (2016). "Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14):162-168. doi: 10.5543/khd.2016.03016.
- Kurbun, H. (2017). "Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi". Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kırklareli.
- Lambert, K., Mullan, J. and Mansfield, K. (2017). "An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease". *BMC Nephrology*, 23(18), 318. doi: 10.1186/s12882-017-0734-z.
- Larpparisuth, N., Cheungpasitporn, W. and Lumpaopong, A. (2021). "Global perspective on kidney transplantation: Thailand". *Kidney360*, 14;2(7), 1163-1165. doi: 10.34067/KID.0002102021.
- Li, P. K., Chow, K. M., Van de Luijtgarden, M. W. M., Johnson, D. W., Jager, K. J., Mehrotra, R., Naicker, S., Pecoits-Filho, R., Yu, X. Q. and Lameire, N. (2017). "Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis". *Nature Reviews Nephrology*, 13(2), 90-103. doi: 10.1038/nrneph.2016.181.
- Liu, L., Zhou, L., Zhang, Q. and Zhang, H. (2023). "Mediation effect of self-neglect in family resilience and medication adherence in older patients undergoing maintenance hemodialysis". *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 28;48(7):1066-1075. doi: 10.11817/j.issn.1672-7347.2023.230045.
- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A. and Perkovic, V. (2015). "Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review". *Lancet*, 16;385(9981), 1975–1982. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61601-9.
- Matsushita, K., Ballew, S. H., Wang, A. M., Kalyesubula, R., Schaeffner, E. and Agarwal, R. (2022). "Epidemiology and risk of cardiovascular disease in populations with chronic kidney disease". *Nature Reviews Nephrology*, 18, 696–707 doi:10.1038/s41581-022-00616-6.

- Miglowiec, P. and Karl, C. A. (2021). "What's new? Improving home medication lists for patients on outpatient dialysis". *Nephrology Nursing Journal*, 48(3); 251-252.
- Mukakarangwa, M. C., Chironda, G., Bhengu, B. and Katende, G. (2018). "Adherence to hemodialysis and associated factors among end stage renal disease patients at selected nephrology units in Rwanda: A descriptive cross-sectional study". *Nursing Research and Practice*, 3, 8. doi: 10.1155/2018/4372716.
- National Kidney Foundation. (2002). "Kidney disease outcomes quality initiative (K/DOQI) clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification". *American Journals of Kidney Diseases*, 39, 1-266.
- National Kidney Foundation. (2013). "KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease". *Kidney International Supplements*, 3(1), 1- 150.
- Nerbass, F. B., Correa, D., Santos, R. G. D., Kruger, T. S., Sczip, A. C., Vieira, M. A. and Morais J. G. (2017). "Perceptions of hemodialysis patients about dietary and fluid restrictions". *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(2), 154-161. doi: 10.5935/0101-2800.20170031.
- Ok, E. (2019). "Hemodiyaliz". Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.383-389). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D. and Turker, T. (2019). "Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: A multicenter study". *The Journal of Nursing Research*, 27(4), 36. doi: 10.1097/jnr.0000000000000309.
- Özdemir, A., Kavak, F. ve Gültekin, A. (2019). "Tip II diyabet hastalarında algılanan sosyal destek ile öz etkililik durumunun belirlenmesi". *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 11(3). doi: 10.5336/hemşireler.2019-64774.
- Özel, M. (2012). "Hemodiyaliz Hastalarına Bakım Verenlerin Semptom Kontrolünde Yaptıkları Girişimler ve Yaşadıkları Sorunlar. Yüksek Lisans Tezi". Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Özener, Ç. İ. ve Akoğlu, E. (2008). "Malnütrisyon ve Beslenme". T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.153-161). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Özkan, K. Z., Ünver, S., Çetin, B., ve Ecdar, T. (2019). "Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı kontrolüne yönelik uyumlarının belirlenmesi". *Nefroloji Hemşireliği*, 14(1): 10-16.

- Pack, S. and Lee, J. (2021). "Randomised controlled trial of a smartphone application-based dietary self-management program on haemodialysis patients". *Journal of Clinic Nursing*, 30(5-6); 840-848. doi: 10.1111/jocn.15627.
- Periton Diyalizinin Böbrek Yetmezliği Tedavisindeki Yeri*, (2017). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı (SB).
- Pisoni, R. L., Arrington, C. J., Albert, J. M., Ethier, J., Kimata, N., Krishnan, M., Rayner, H. C., Saito, A., Sands, J. J., Saran, R., Gillespie, B., Wolfe, R. A. and Port, F. K. (2009). "Facility hemodialysis vascular access use and mortality in countries participating in DOPPS: An instrumental variable analysis". *American Journal of Kidney Diseases*, 53(3), 475-91. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.10.043.
- Pisoni, R. L., Young, E. W., Dykstra, D. M., Greenwood, R. N., Hecking, E., Gillespie, B., Wolfe, R. A., Goodkin, D. A. and Held, P. J. (2002). "Vascular access use in Europe and the United States: Results from the DOPPS". *Kidney international*, 61(1), 305-316. doi: 10.1046/j.1523-1755.2002.00117.x.
- Rafiee, V. L., Parvin, N. and Mahmoodi, S. G. (2016). "The effects of an individual, multistep intervention on adherence to treatment in hemodialysis patients". *Disability and Rehabilitation*, 38(8); 768-772. doi: 10.3109/09638288.2015.1061601.
- Riazuelo, H. (2021). "Couples coping with the serious illness of one of the partners". *Front Psychol*, 30;12:638938. doi: 10.3389/fpsyg.2021.638938.
- Salwa, I. Mohammed, H. and Dawlat, B. (2015). "Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes". *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2); 243-249.
- Sandlin, K., Bennett, P. N., Ockerby, C. and Corradini, A. M. (2013). "The impact of nurse-led education on haemodialysis patients' phosphate binder medication adherence". *Journal of Renal Care*, 39(1); 12-8. doi: 10.1111/j.1755-6686.2013.00343.x.
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B. and Tuomilehto, J. (2013). "Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults". *European Journal of Epidemiology*, 28, 169-180. doi: 10.1007/s10654-013-9771-5.

- Sato, Y., Feig, D. I., Stack, A. G. Kang, D. H., Lanaspá, M. A., Ejaz, A. A., Sánchez-Lozada, L. G., Kuwabara, M., Borghi, C. and Johnson, R. J. (2019). “The case for uric acid-lowering treatment in patients with hyperuricaemia and CKD”. *Nature Reviews Nephrology*, 15, 767–775. doi: 10.1038/s41581-019-0174-z.
- Seng, J. J. B., Tan, J. Y., Yeap, C. T., Htay, H. and Foo, W. Y. M. (2020). “Factors affecting medication adherence among pre-dialysis chronic kidney disease patients: A systematic review and meta-analysis of literature”. *International Urology and Nephrology*, 52(5), 903-916. doi: 10.1007/s11255-020-02452-8.
- Sesso, R. and Lugon, J. R. (2020). “Global dialysis perspective: Brazil”. *Kidney360*, 1(3), 216-219. doi: 10.34067/KID.0000642019.
- Shi, Y. X., Fan, X. Y., Han, H. J., Wu, Q. X., Di, H. J., Hou, Y. H. and Zhao, Y. (2013). “Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: Randomised controlled trial”. *Journal of Clinic Nursing*, 22(7-8); 1189-1197. doi: 10.1111/jocn.12159.
- Silva, S. M., Braido, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S. and Orlandi, F. S. (2016). “Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(24), 2752. doi: 10.1590/1518-8345.0411.2752.
- Sousa, H., Ribeiro, O., Paúl, C., Costa, E., Miranda, V., Ribeiro, F. and Figueiredo, D. (2019). “Social support and treatment adherence in patients with end-stage renal disease: A systematic review”. *Seminars in Dialysis*, 32(6), 562-574. doi: 10.1111/sdi.12831.
- Steiger, S., Ma, Q. and Anders, H. J. (2020). “The case for evidence-based medicine for the association between hyperuricaemia and CKD”. *Nature Reviews Nephrology*, 16, 422. doi: 10.1038/s41581-020-0288-3.
- Strong, J., Burgett, M., Buss, M. L., Carver, M., Kwankin, S. and Walker, D. (2001). “Effects of calorie and fluid intake on adverse events during hemodialysis”. *Journal of Renal Nutrition*, 11(2), 97-100. Doi: 10.1016/s1051-2276(01)51664-7.
- Sukartini, T., Efendi, F. ve Putri, N. S. (2022). “A phenomenological study to explore patient experience of fluid and dietary restrictions imposed by hemodialysis”. *Journal of Vascular Nursing*, 40(2); 105-111. Doi: 10.1016/j.jvn.2022.05.003.

- Sultan, A. A., Wittbrodt, E., Malvolti, E., Guzek, J., Webber, L., Retat, L., Sanchez, G. J. J., Hungta, C. and Barone, S. (2021). "POS-300 Patient-reported early stage chronic kidney disease". *Kidney International Reports*, 6(4), 129. doi: 10.1016/j.ekir.2021.03.316.
- Swartling, O., Rydel, H., Stendahl, M., Segelmark, M., Trolle, Lagerros, T., Y. and Evans, M. (2021). "CKD progression and mortality among men and women: A nationwide study in sweden". *American Journal of Kidney Diseases*, 78;(2), 190-199. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.11.026.
- Şentürk, Z. (2021). "Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi". Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Aydın.
- Tao, X., Zhang, H., Yang, Y., Zhang, C. and Wang, M. (2019). "Daily dietary phosphorus intake variability and hemodialysis patient adherence to phosphate binder therapy". *Hemodial Int*, 23(4):458-465. doi: 10.1111/hdi.12769.
- Taşköprü, M. (2013). "Evlilik Doyumu İle Problemin Çözümü, Stresin Başa Çıkma ve Evlilik Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi". İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Temeloğlu, Ş. E., Berk, S. Ö. ve Sindel, D. (2019). "İlaç uyumunu bildirim ölçeği 'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması". *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(1), 52-61. doi: 10.26650/IUITFD.413637.
- Theodoritsi, A., Aravantinou, M. E., Gravani, V., Bourtsi, E., Vasilopoulou, C., Theofilou, P. and Polikandrioti, M. (2016). "Factors associated with the social support of hemodialysis patients". *Iran J Public Health*, 45(10);1261-1269.
- Thurlow, J. S., Joshi, M., Yan, G., Norris, K. C., Agodoa, L. Y., Yuan, C. M. and Nee R. (2021). "Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy". *American Journal of Nephrology*, 52(2), 98-107. doi: 10.1159/000514550.
- Tuğlular, S. (2019). "Kronik Böbrek Hastalığı: Etiyopatogenez, Tanı ve Değerlendirme". Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.291-299). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Tuna, S., Pakyüz, S. Ç. ve Çaydam Ö. D. (2015). "Sistemik derleme: Hemodiyalizdeki hipotansiyonun önlenmesi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 63-79.

- Turan G. B., Aksoy, M. and Çiftçi, B. (2018). “Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients”. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1):46-51. doi: 10.1016/j.jvn.2018.10.005.
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (SB).
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*, (1996). İstanbul: Türk Nefroloji Derneği (TND).
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*, (2017). Ankara: Türk Nefroloji Derneği (TND).
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*, (2020). Ankara: Türk Nefroloji Derneği (TND).
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*, (2022). Ankara: Türk Nefroloji Derneği (TND).
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*, (2023). Ankara: Türk Nefroloji Derneği (TND).
- USRDS 2020 Annual Data Report: Chronic Kidney Disease*, (2020). ABD: United States Renal Data System (URDS).
- Utaş, C. ve Akpolat, T. (2008). “Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları”. T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.69-80). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Utaş, S. (2008). “Kaşıntı ve Diğer Cilt Sorunları”. T. Akpolat ve C. Utaş (eds.). içinde *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*.(s.286-291). Anadolu Yayıncılık: Kayseri.
- Vaidya, S. R. and Aeddula N. R. (Eds.). (2023). *Chronic Kidney Disease*. StatPearls: Treasure Island. (2022, 4 October) Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
- Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A., Reyntjens, S. and Evers, G. (2001). “The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire: Validity testing of a self-report instrument for clinical practice”. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5):707-15. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00537.x.
- Vr, V. and Kang, H. K. (2022). “The worldwide prevalence of nonadherence to diet and fluid restrictions among hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis”. *Journal of Renal Nutrition*, 32(6), 658-669. doi: 10.1053/j.jrn.2021.11.007.

- Wang, H. (2005). "Effects of marital status and transition on hypertension in chinese women: A longitudinal study". Paper To Be Presented At The 2005 Annual Meeting Of The Population Association Of America, March 31-April 2, Philadelphia, ss.1-20
- Wang, J. H. and Hart, A. (2021). "Global perspective on kidney transplantation: United States". *Kidney360*, 19;2(11), 1836-1839. doi: 10.34067/KID.0002472021.
- Wang, X., He, L., Zhu, K., Zhang, S., Xin, L., Xu, W. and Guan, Y. (2019). "An integrated model to evaluate the impact of social support on improving self-management of type 2 diabetes mellitus". *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22;19(1):197. doi: 10.1186/s12911-019-0914-9.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L. and Masson, P. (2017). "Chronic kidney Disease". *Lancet*, 25;389(10075), 1238-1252. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32064-5.
- World Health Organization. Diabetes. (2023 5 April). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. Summary of the global HIV epidemic. (2022). (2023, July). Erişim adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf?sfvrsn=5cbb3393_7
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. (2003, January). Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Worldwide Living Organ Donors Rate, (2021). Spain: International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT).
- Yavuz, Y. C., Sevinç, C. ve Koçyiğit, İ. (2017). "Kronik Böbrek Yetmezliğı". T. Arınsoy, Ö. Güngör ve İ. Koçyiğit (eds.). içinde *Böbrek fizyopatolojisi kitabı*. (s.199-208). Reaktif Yayıncılık: Ankara.
- Yeh, S. M., Lin, Y. J., Hsu, T. C. and Chang, Y. T. (2021). "Applying self-management strategies to the control of interdialytic weight gain in hemodialysis patients". *Hu Li Za Zhi*, 68(5):83-91. doi: 10.6224/JN.202110_68(5).11.
- Yerusalem, M., Zyga, S. and Theofilou, P. (2017). "Association of type 1 diabetes, social support, illness and treatment perception with health related quality of life".

Advances in Experimental Medicine and Biology, 988:261-270. doi: 10.1007/978-3-319-56246-9_21.

- Yıldırım, İ. (2004). “Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi”. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(22), 19-26.
- Yıldız, A. (2019). “Böbrek Nakli”. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (eds.). içinde *Temel nefroloji kitabı*. (s.371-382). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Yıldız, H., Kaya, E. ve Yavuziğit, S. (2023). “Hemodiyaliz sürecinde bakım yükü: zor ve uzun bir yolculuk”. *Sosyal Sağlık Dergisi*, 3(2), 1-14.
- Yıldız, M. A. ve Baytemir, K. (2016). “Evli bireylerde evlilik doyumu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide benlik saygısının aracılığı”. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1). doi: [10.17679/iuefd.17181627](https://doi.org/10.17679/iuefd.17181627).
- Zengin, O. ve Yıldırım, B. (2017). “Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1), 67-73. doi: 10.5262/tndt.2017.1001.11.

EKLER

EK 1. HASTA TANILAMA FORMU

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız : 2. Cinsiyetiniz: 1. K ()
3. Evlilik Süreniz : 2. E ()
4. Eğitim Seviyeniz : 5. Hemodiyaliz Giriş Yeri:
1. Okuryazar () 2. İlköğretim () 3. Ortaöğretim ()
4. Lise () 5. Önlisans () 6. Lisans () 7. Lisansüstü ()
5. Mesleğiniz : 6. Diyaliz Merkezi:
7. Sigara Kullanımı : 8. Alkol Kullanımı :
1. Var () 1. Var ()
2. Yok () 2. Yok ()

Kan Biyokimya Tablosu

TARİH	/ / 2021	
Hemotokrit (%)		
Hemoglobin (gr/dL)		
Albumin (gr/dL)		
Total Protein (gr/dL)		
Glukoz (mg/dL)		
Kalsiyum (mg/dL)		
Fosfor (mg/dL)		
HbA1c (%)		
Kt/V		
	DİYALİZ ÖNCESİ	DİYALİZ SONRASI
BUN		
Kreatinin (mg/dL)		
Potasyum (mmol/L)		
Sodyum (mmol/L)		

Hastalık ve Tedaviye Ait Veriler

Primer Tanı / Yıl :
Diğer Hastalık :
Hemodiyaliz Yılı :
Seans Sayısı (Hft) :
Kuru Ağırlık :
İnterdiyalitik Kilo:
UF Miktarı :

	Diyaliz Öncesi	Diyaliz Sonrası
Kan Basıncı (mmHg)		
Kilo		

EK 2. EŞ DESTEK ÖLÇEĞİ

Bu bölüm, eşinizden aldığınız destek ile ilgilidir. Her bir maddeyi, eşinizle olan ilişkinizi düşünerek madde karşısındaki “bana uygun değil, kısmen uygun ve bana uygun” şeklinde cevabınıza uyum gösteren seçeneklerden birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Eşim;	Bana Uygun	Değil	Kısmen Uygun	Bana Uygun
1. Bana boş espriler yapar.	()	()	()	()
2. Yaptıklarını destekler.	()	()	()	()
3. Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır.	()	()	()	()
4. Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır.	()	()	()	()
5. Başarılarına takdir eder.	()	()	()	()
6. Bana sarılır, üzerime titrer.	()	()	()	()
7. Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir.	()	()	()	()
8. Benimle sohbet eder, dertleşir.	()	()	()	()
9. Bana yanında olduğunu hissettirir.	()	()	()	()
10. Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır.	()	()	()	()
11. Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür.	()	()	()	()
12. Bana şefkat gösterir.	()	()	()	()
13. Hastalık, taşınma, gibi durumlarda bana yardım eder.	()	()	()	()
14. Hatalarıma bana nazikçe gösterir.	()	()	()	()
15. Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir.	()	()	()	()
16. Beni sever, okşar.	()	()	()	()
17. Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder.	()	()	()	()
18. Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular.	()	()	()	()
19. Görüş ve isteklerime önem verir.	()	()	()	()
20. Beni gerçekten anlamaz.	()	()	()	()
21. Bana gerçekten değer verir.	()	()	()	()
22. Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir.	()	()	()	()
23. Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder.	()	()	()	()
24. Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz.	()	()	()	()
25. Sorunlarla başa çıkımda bana yardım eder.	()	()	()	()
26. Verdiğim kararları destekler.	()	()	()	()
27. Sağlığımıla yakından ilgilenir.	()	()	()	()

EK 3. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEĞİ

Bu bölüm, sizin sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarınızı belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Her bir maddeyi “katılıyorum, kararsızım ve katılmıyorum” şeklinde cevabınıza uyum gösteren seçeneklerden birinin üzerine işaretleyiniz.

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

EK 4. DİYALİZ DİYET VE SIVI KISITLAMASINA UYUMSUZLUK ÖLÇEĞİ

Bu bölüm, hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı alımının kısıtlanmasına uyumsuzluğu değerlendirmek için hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki 4 maddeyi dikkatle okuyunuz ve her birini cevaplandırınız. 1. ve 3. sorularda gün sayısını rakamla belirtiniz. 2. ve 4. sorularda cevabınızı uygun sayının üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Son 2 haftadır diyetinize kaç gün uyamadınız?

2. Diyetinize ne derecede uyamadınız?

Uyumsuzluk yok	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
0	1	2	3	4

3. Son 2 haftadır sıvı kısıtlamasına kaç gün uyamadınız?.....

4. Sıvı kısıtlamasına ne derecede uyamadınız?

Uyumsuzluk yok	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
0	1	2	3	4



EK 5. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Bu bölüm, sizin ilaçlarınıza uyumunuzu değerlendirmek için hazırlanmıştır. Her bir maddeyi kendinizde görülme sıklığını düşünerek “her zaman, sık sık, bazen, nadiren ve asla” şeklinde cevabınıza uyum gösteren seçeneklerden birine denk gelen kutucuğun içerisini işaretleyiniz.

	İlaç Kullanımına Dair Kendi Tarzınız	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuturum.					
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma; hemodiyaliz hastalarında eş desteğinin; ilaç uyumu, diyet ve sıvı kontrolü ile ilişkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlı (tez, makale, kongre bildiri) kullanılacaktır. Tüm aşamalarda sizin kimliğiniz ve size ait bilgiler mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde korunacaktır. Yanıtlarınız araştırmacı tarafından anket formuna kayıt edilecektir. Bu anket formu içerisinde, tanıtıcı bilgileriniz, eşinizin bu süreç içerisinde desteğini nasıl algıladığınız, sıvı kontrolünüzün nasıl olduğu, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumunuz ve son olarak ilaç uyumunuza yönelik sorular yer almaktadır. Bu araştırmaya katılmanız sonucunda; algılanan eş desteğinin bireyde hastalıkla baş etme gücünü arttırarak, ilaç uyumu, diyet ve sıvı kısıtlamasında etkin bir kontrolü getireceği, devamında da gereksiz hemodiyaliz seanslarının önüne geçerek ülke ekonomisine katkı sağlayacağı gibi literatürde hemodiyaliz hastalarında eş desteğinin; ilaç uyumu, diyet ve sıvı kontrolü ile ilişkisi incelenmediği için alana da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma sırasında sizden ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma ile ilgili herhangi bir durumu şahsım Gül Demir' in mail adresine iletebilirsiniz (guldemir281@gmail.com). Katkı ve katılımınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Sevda Efil, Yüksek Lisans Öğrencisi Gül Demir

-
- ☐ Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.
- ☐ Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

EK 7. ETİK KURUL ONAY FORMU (1)

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü



Sayı : E-95564340-050.02.04-2100101852
Konu : Yönetim Kurulu Kararı (Gül DEMİR)

07.07.2021

DAĞITIM YERLERİNE

Enstitü Yönetim Kurulu'nun 06/07/2021 tarihli 2021/34 sayılı toplantısının 67 sıra nolu kararı aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

KARAR NO: 34/67- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ile Anabilim Dalı Kurulunun 28.06.2021 tarihli 23/3 sayılı toplantısında alınan 1 sıra nolu kararı doğrultusunda, **Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 20415022024** numaralı öğrencisi **Gül DEMİR'in** ÇOMÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 44. maddesi gereğince danışmanı ile belirlenen tez konusunun aşağıda belirtilen şekliyle kabulüne ve ÇOMÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 37/2 maddesinde belirtilen "Öğrencinin uzmanlık alan dersini alabilmesi için kayıtlı olduğu programdaki lisansüstü derslerinden başarılı olması gerekir. Uzmanlık alan dersi danışmanın talebi, EABDK/EASDK'nin görüşü ve EYK kararı ile açılır. ..." maddesi gereğince öğrencinin derslerini tamamlamasını takip eden yarıyılta Uzmanlık Alan dersini almasına **oy birliği** ile karar verildi.

ADI SOYADI	TEZ DANIŞMANI	TEZ KONUSU
GÜL DEMİR 20415022024	Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ EFİL	Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği ile İlaç Uyum, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki: Çok Merkezli Bir Çalışma

Prof. Dr. Pelin KANTEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

DAĞITIM LİSTESİ
Gereği:
Hemşirelik Anabilim Dalına
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ EFİL

Bilgi:
Sayın Tuğba ARSLAN

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır.
26.07.2021

Belge Değerlendirme Kodu: CFA7FAP

Belge Takip Adresi: dagritilma.com.tr

EK 7. ETİK KURUL ONAY FORMU (2)



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü



Sayı : E-95564340-050.02.04-2100169315
Konu : Tez Adı Değişikliği (Gül DEMİR)

20.09.2021

DAĞITIM YERLERİNE

Enstitü Yönetim Kurulu'nun 17/09/2021 tarihli 2021/49 sayılı toplantısının 01 sıra nolu kararı aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

KARAR NO: 49/01- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 15.09.2021 tarihli ve 2100162781 sayılı yazısı ile Anabilim Dalı Kurulunun 13.09.2021 tarihli 33/1 sayılı toplantısında alınan 1 sıra nolu karar doğrultusunda, **Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL'in** danışmanlığını yaptığı 20415022024 numaralı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi **Gül DEMİR'in** tez adının ÇOMÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 44. maddesinin (2) fıkrasına göre aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmesine **oy birliği** ile karar verildi.

ESKİ TEZ ADI : "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği İle İlaç Uyumu, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki: Çok Merkezli Bir Çalışma"

YENİ TEZ ADI : "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği İle İlaç Uyumu, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki"

Prof. Dr. Pelin KANTEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

DAĞITIM LİSTESİ

Gereği:
Hemşirelik Anabilim Dalı
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

Bilgi:
Sayın Tuğba ARSLAN
Sayın Cumali ÖZLER

EK 7. ETİK KURUL ONAY FORMU (3)



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100184177
Konu : Başvuru İncelenmesi

04.10.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0694 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 30.09.2021 tarih ve 17/15 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:15- Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL'in sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği İle İlaç Uyum, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki" başlıklı araştırmasının, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

EK 8. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ (1)

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.11.2021-211424



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü

Sayı : E-26708535-300-211424
Konu : Kurum İzni (Gül DEMİR)

03.11.2021

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Rektörlük Binası PK:17100
Merkez/ÇANAKKALE

İlgi : a) 20.10.2021 tarihli ve E-93130991-302.08.02-2100202526 sayılı yazı,
b) 01.11.2021 tarihli ve 60590709-900-210620 sayılı yazı,

İlgi a'da kayıtlı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 20415022024 numaralı öğrencisi Gül DEMİR'in "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği İle İlaç Uyumu, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde yapma talebi uygun görülmüş olup; konuyla ilgili İç Hastalıkları Anabilim Dalı cevap yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Yıldırım ÇETE
Başhekim

Ek: İç Hastalıkları Anabilim Dalı Cevap Yazısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu : BSE0ABS5B3 Pin Kodu : 79442

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebs/tek> = 5543&cD=BSE0ABS5B3&cS=211424

EK 8. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ (2)

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.11.2021-210620



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı : E-60590709-900-210620
Konu : Kurum İzni uygunluğu (Gül DEMİR)

01.11.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 25.10.2021 tarihli ve 26708535-900-205572 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazıda adı geçen Gül DEMİR'in tez çalışması talep uygunluğuna ilişkin Anabilim Dalımıza bağlı Nefroloji Bilim Dalının yazısı ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa Ender TERZİOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Bilim Dalı olur yazısı 1 syf.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSE00JN383 Pin Kodu :57332

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/gbd?ek=5543&cd=BSE00JN383&gs=210620>

EK 8. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ (3)



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Bilim Dalı

Sayı : 60590709/ NEF- 36
Konu : Kurum İzni (GÜL DEMİR)

ANTALYA
01.11.2021

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi: 25.10.2021 tarih ve E-26708535-900-205572 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıda adı geçen Gül DEMİR'in "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği ile İlaç Uyumu, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasının Bilim Dalımız bünyesinde yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

EK 9. EŞ DESTEK ÖLÇEK İZİNİ



İbrahim Yıldırım

Alex ben

3 Eyl 2021 Cum 19:40



1

Sayın Gül Demir,

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ Efil ile planladığınız "Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Eş Desteği ile İlaç Uyumu, Diyet ve Sıvı Kısıtlaması, Sıvı Kontrolü Arasındaki İlişki: Çok Merkezli Bir Çalışma" başlıklı tez çalışmanızda kullanmanız amacıyla Eş Desteğ Ölçeği (EDÖ) ekte sunulmuştur. Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Prof. Dr. İbrahim Yıldırım

Hacettepe University

The Department of Psychological Counseling and Guidance

Beytepe/ANKARA

Please, let's consider our responsibility to our nature before printing

Gül Demir <guldemir281@gmail.com>, 3 Eyl 2021 Cum, 16:03 tarihinde şunu yazdı:

Bir ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



EK 10. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEK İZNİ



ARİFE ALBAYRAK COŞAR

Alıcı: ben

Sayın Demir

Prof. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz ile geliştirmiş olduğumuz **Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeğini** çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Araştırmanızda başarılar dilerim.

İyi Çalışmalar

Gül Demir <guldemir281@gmail.com>, 3 Eylül 2021 Cum, 16:03 tarihinde şunu yazdı:

2 ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



EK 11. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEK İZNİ



Esin Temelo

Alex ben

Merhaba Gül hanım,

Bilimsel çalışmalarınızda ölçeği kullanmanız uygundur. Ekte ölçekle ilgili bilgileri ve soruları gönderiyorum. Süreç içerisinde aklınıza herhangi bir şey takılırsa ya da ölçekle alakalı danışmak istediğiniz bir konu olursa her zaman yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

Sevgilerimle

Dr. Esin Temeloğlu Şen

İÜ Edebiyat Fakültesi

Klinik Sağlık Psikolojisi ABO

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

2 ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ

