T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERDE HASTALIK ALGISI VE ÖZ YÖNETİMİNİN TEDAVİYE UYUM İLE İLİŞKİSİ

Ece KAFADAR

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

OCAK, 2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERDE HASTALIK ALGISI VE ÖZ YÖNETİMİNİN TEDAVİYE UYUM İLE İLİŞKİSİ

Ece KAFADAR

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Betülay KILIÇ

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

OCAK, 2025

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez için 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,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

ECE KAFADAR

03.01.2025

ÖZET

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERDE HASTALIK ALGISI VE ÖZ YÖNETİMİNİN TEDAVİYE UYUM İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde hastalık algısı, öz yönetimin tedaviye uyum ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan bu araştırma Aralık 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Semt Polikliniği Diyaliz Merkezinde yürütülmüştür. Araştırmaya 187 diyaliz hastası dahil edilmiştir. Araştırma verileri, sosyodemografik veri formu, hastalık algısı ölçeği, kronik hastalıklarda öz yönetim ölçeği ve son dönem böbrek hastalarının tedaviye uyumu ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 60,93±13,17 olup %56,7'si erkektir. %45,5'inin diyaliz süresi 24 ay ve üzeridir. Son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği toplam puan ortalaması 945,58±153,92'dır. Ölçeğin hemodiyalize katılım alt boyutunun puan ortalaması 529,27±92,82, ilaç tedavisine uyum alt boyutunun puan ortalaması 174,87±36,43, diyet kısıtlamasına uyum alt boyutunun puan ortalaması 117,64±47,33 ve sıvı kısıtlamasına uyum alt boyutunun puan ortalaması 125,40±49,56 olarak bulunmuştur. Regresyon analiz sonucuna göre hemodiyalize katılım düzeyindeki toplam değişim %8,2 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutu kendini damgalama ve tedaviye uyum tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,082). Kendini damgalama hemodiyalize katılım davranışlarını azaltmaktadır (ß=- 3,147). Tedaviye uyum hemodiyalize katılım davranışlarını artırmaktadır (ß= 3,196). İlaç kullanımındaki toplam değişim %17,4 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutu damgalama ile baş etme ve medeni durum tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,174). Damgalama ile baş etme ilaç kullanımına uyum davranışını artırmaktadır (ß=0,162). Medeni durum (bekar olma) ilaç

kullanımına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-16,27). İlaç kullanımındaki toplam değişim %2,5 oranında damgalama ile baş etme tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,025). Hastalığı anlayabilme algısı sıvı kısıtlamasına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-0,159).

Sonuç: Bu çalışma sonucuna göre hastaların hemodiyalize katılım ve ilaç tedavisine uyum puanlarının yüksek olduğu, diyet kısıtlamasına uyum ve sıvı kısıtlamasına uyum puanlarının ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bekar olmanın, kendini damgalamanın, tedaviye uyumun, damgalamayla baş etmenin ve hastalığı anlayabilme algısının hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedaviye uyumu etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hastalık Algısı, Öz Yönetim, Tedaviye Uyum, Hemşirelik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE PERCEPTION AND SELF-MANAGEMENT AND ADHERENCE TO TREATMENT IN INDIVIDUALS UNDERGOING HEMODIALYSIS TREATMENT

Purpose: This study was conducted to determine the relationship between disease perception, self-management and treatment adherence in individuals undergoing hemodialysis treatment.

Materials and Methods: This descriptive and correlation study was conducted between December 2023 and June 2024 at the Pursaklar State Hospital Hasköy District Polyclinic Dialysis Center. 187 dialysis patients were included in the study. The study data were collected using the sociodemographic data form, disease perception scale, self-management scale in chronic diseases and treatment adherence scale in end-stage renal disease patients. The data were evaluated using the SPSS 24.0 package program.

Results: The mean age of the patients participating in the study was 60.93±13.17 and 56.7% were male. 45.5% of them have a dialysis duration of 24 months or more. The total mean score of the end-stage renal disease compliance scale is 945.58±153.92. The mean score of the hemodialysis participation sub-dimension of the scale was 529.27±92.82, the mean score of the medication compliance sub-dimension was 174.87±36.43, the mean score of the dietary restriction compliance sub-dimension was 117.64±47.33 and the mean score of the fluid restriction compliance sub-dimension was 125.40±49.56. According to the regression analysis results, 8.2% of the total change in the hemodialysis participation level was explained by the chronic disease self-management scale sub-dimensions self-stigma and treatment compliance (R2=0.082). Self-stigma decreases hemodialysis participation behaviors (ß=-3.147). Treatment compliance increases hemodialysis participation behaviors (ß= 3.196). The total change in medication use is explained by 17.4% of the chronic disease self-management scale sub-dimension coping with stigma and marital status (R2=0.174).

Coping with stigma increases medication compliance behavior (ß=0.162). Marital status (being single) decreases medication compliance behavior (ß=-16.27). The total change in medication use is explained by 2.5% of the coping with stigma (R2=0.025). The perception of understanding the disease decreases fluid restriction compliance behavior (ß=-0.159).

Conclusion: According to the results of this study, it was determined that the patients' hemodialysis participation and medication compliance scores were high, while the scores of compliance with dietary restriction and fluid restriction were moderate. It was found that being single, self-stigmatization, compliance with treatment, coping with stigma and the perception of understanding the disease affected the treatment compliance of individuals receiving hemodialysis treatment.

Keywords: Hemodialysis, Disease Perception, Self-Management, Compliance with Treatment,Nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ve yüksek lisans eğitim sürecimde desteğini, sevgisini benden esirgemeyen, beni cesaretlendirerek çözüm yolları bulmamı sağlayan, bilgi ve tecrübesi ile bana her zaman yol gösteren değerli ve kıymetli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Betülay KILIÇ'a,

Hayatımın her alanında ve her konuda bana güç veren, güven duygumu arttıran, bana benden çok inanan canım annem Hanife KAFADAR'a, canım babam Münür KAFADAR'a, canım kardeşlerim Ertuğrul, Safure ve Abdülkadir KAFADAR'a

Tez sürecimde sevgi ve bana olan inançları ile motive edip hayatımı güzelleştiren arkadaşlarıma,

Çalışmaya gönüllü olarak katılım sağlayan, zorlu bir tedavi sürecinde olan hastalarıma, diyaliz merkezinde görevli hemşirelere sonsuz teşekkür ederim.

ECE KAFADAR

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
İÇİNDEKİLER ..... **ix**
ÇİZELGE LİSTESİ ..... **xi**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xii**
KISALTMALAR ..... **xiii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problem Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Soruları **4**
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı 7
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi 7
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti Bulgular 8
2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri 10
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Testleri 11
2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri 12
2.7. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi 14
2.8. Kronik Böbrek Hastalığında Hastalık Algısı 17
2.9. Kronik Böbrek Hastalığında Öz Yönetim 19
2.10. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi Uyumu 20
2.11. Kronik Böbrek Hastalığı ve Hemşirelik 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM **23**
3.1. Araştırmanın Türü 23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem 23
3.4. Veri Toplama Araçları 25
3.4.1. Hasta Tanılama Formu (Ek-1) 25

3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-2) 25
3.4.3Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (Ek-3) 26
3.4.4. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavi Uyum Ölçeği (Ek-4) 26
3.5. Verilerin Analizi 27
3.6. Araştırmanın Etik Yönü 27
3.7. Çalışmanın Sınırlılıkları 28
3.8. Çalışmanın Güçlü Yönleri 28
3.9. Çıkar Çatışması 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
6.1. SONUÇLAR 43
6.2. ÖNERİLER 43
7. KAYNAKLAR 45
8. EKLER 63
EK-1 Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu 63
EK- 2.Hastalık Algısı Ölçeği 64
EK-3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği 67
EK-4 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavi Uyum Ölçeği 68
EK-5 Etik Kurul İzni 71
EK-6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 73
EK-7-Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni 74
EK-8 Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kullanım İzni 75
EK-9 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Ölçek Kullanım İzni 76
EK-10 Kurum İzni 77
ÖZGEÇMİŞ 78

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Dağılımı **29**

Tablo 2: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 29

Tablo 3: Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu: Katılımcıların Yaşadıkları Hastalık Belirtileri ve Hastalıkla İlişkilendirmesinin Dağılımı..... 31

Tablo 4: Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri ve Olası Nedenler Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı 32

Tablo 5: Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı 33

Tablo 6: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler Karşılaştırılması 33

Tablo 7: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Hastalık Algısı Ölçeği İlişkisi 35

Tablo 8: Hastalık Algısı ve Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi **36**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.KBH Evreleri 10
Şekil 2.KBH Tanı Kriterleri 11
Şekil 3. Araştırma Şeması 24

KISALTMALAR

GFH : Glomerüler Filtrasyon Hızı

HD : Hemodiyaliz

KBH : Kronik Böbrek Hastalığı

SDBH : Son Dönem Böbrek Hastalığı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik böbrek hastalığı (KBH) böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize olan bir hastalıktır (1). Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalıkları Prevalans Araştırması (CREDIT) 2016 raporunun sonuçlarına göre ülkemiz, dünya ülkeleri arasında KBH insidansı sıralamasında on beşinci sırada yer alırken, Türkiye'de yetişkin nüfusta KBH prevalansının %15,7 olduğu saptanmıştır. Bu veriler neticesinde ülkemizde 7,3 milyon kişinin çeşitli evrelerde KBH olduğu, 2,4 milyon yetişkinin de ciddi düzeyde KBH olduğu sonucuna varılmaktadır. Hastalık prevalansı göz ününe alındığında hastalığa ilişkin tedavi yöntemlerini bilmek, tedaviye uyum sağlamak önemlidir (1,2).

Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 verilerine göre ülkemizde son dönem böbrek hastalığı (SDBH) prevalansı milyon nüfus başına 957, insidans ise 146 olarak bildirilmiştir (2). Son 16 yılda prevalans yaklaşık 3 kat artmıştır. 2017 yılı sonu itibarı ile toplam 77.311 hastaya renal replasman tedavisi yapılmaktadır. Bu hastaların %76'sı hemodiyaliz tedavisi görmektedir ve yaklaşık yarısı 65 yaşın üzerindedir (2). KBH daha fazla hastalık yükü, daha yüksek hastane yatış oranları ve daha yüksek ölüm oranı ile ilişkilidir (3,4). KBH tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemi ise hemodiyaliz (HD)'dir (4). Hemodiyaliz tedavisindeki gelişmelere rağmen bu hastalarda mortalite sağlıklı popülasyonla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (4). Yüksek mortalite ve hastalık yükü nedeniyle böbrek hastalığının yönetimini iyileştirmek ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak için DSÖ ve çeşitli ulusal böbrek topluluklarının kılavuzları hasta eğitimi ve öz yönetim programlarını önermiştir (5,6). Eğitim ve öz yönetim programlarındaki artışa rağmen, bu programların davranış ve sonuçları değiştirmedeki etkinliği yetersizdir (7). Mevcut programlarla ilgili zorluklardan biri hastaların belirli kültürel beklentilerine önem verilmemesi veya içeriğinin bireysel hastalıkla ilgili inançlara, hastalığı nasıl algıladıklarına, beklentilere ve duygusal tepkilere göre uyarlanmamasıdır.

Hastaların hastalıklarına ilişkin algıları, semptomlar, etiyoloji, prognoz ve tedavi etkinliği dahil olmak üzere önceki bilgi ve deneyimlerinden etkilenir. (8). Bireyler hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında, hastalar bilişsel, duygusal olarak tepki verir ve duygularını mantıklı hale getirmek için kişisel anlam ve fikirler verir, buna hastalık algısı denir (9). Böbrek hastalığına ilişkin olumlu hastalık algısına sahip hastaların daha yüksek yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve sağ kalım oranı dahil olmak üzere daha iyi sosyo-psikolojik ve klinik sonuçlara sahip olduğu gösterilmiştir (10). Olumlu hastalık algısına sahip hastalar, hastalıkla başa çıkmak için tedaviye ilişkin olumlu davranışlar edinebilir ve ardından tedavi seçimlerini kabul edip yapabilir. Hastalık algıları üzerine yapılan araştırmalar, önerilen rejimlere daha iyi uyumun ve iyileştirilmiş sağlık sonuçlarının tıbbi olarak doğru hastalık algılarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Dahası, bir dizi tıbbi alt uzmanlık dalında (örneğin kardiyoloji, endokrinoloji ve rehabilitasyon) yapılan çalışmalar, bireylerin hastalık algılarının dışarıdan müdahale ile değiştirilebilir olduğunu göstermiştir (11,12). Ancak, böbrek sağlığı alanındaki hastalık algıları hakkındaki çalışmalar daha azdır (13). Sistematik bir literatür incelemesi, hastalık algısının zamanla değiştiğini ve kişisel kontrolün zamandan en çok etkilenen şey olduğunu göstermiştir. Yapılan araştırmalardaki bulgular ve müdahalelerin diyaliz hastalarının nedensel inançlarını ve kişisel kontrolünü değiştirebileceğini de göstermiştir (14). Çalışmalar, böbrek hastalıkları hakkında olumlu hastalık algıları olan hastaların daha iyi psikososyal ve klinik sonuçlara, özellikle daha yüksek yaşam kalitesine, tedaviye uyum ve sağ kalıma sahip olduğunu göstermiştir (15,16,17). Ek olarak, hastalık algıları böbrek hastalığına yanıt olarak tahmini glomerüler filtrasyon hızı ve tedavi biçimlerinin farklı kategorilerinde KBH'ye göre değişmektedir (9,18). Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler, henüz diyalize başlamamış olanlara göre *hastalık sonuçlarını* daha şiddetli algılamaktadır. Dahası, hastalar diyalize başladıktan sonra, hastalıklarını akut yerine kronik olarak değerlendirme olasılıkları daha yüksektir (18). Böbrek hastalığı tedavi biçimlerine gelince, evde diyaliz gören hastalar, merkezde hemodiyaliz gören hastalara kıyasla daha yüksek *tedavi kontrolüne sahip olduklarını belirtmektedir* (19,20). *Hastalık* algısı nefrolojide ortaya çıkan bir araştırma alanı olmakla birlikte, çalışmaların çoğunluğu kesitsel tasarıma sahiptir ve yalnızca birkaç prospektif gözlemsel çalışma ve randomize kontrollü çalışma vardır (21,22). Hastalık algısının

öz yönetim veya karar verme gibi davranışsal/karar verici sonuçlar üzerindeki etkisi ulusal ve uluslararası literatürde incelenmemiştir. Bu konudaki önceki araştırma çalışmalarının çeşitliliği göz önüne alındığında, hemodiyaliz gören bireylerde hastalık algısı ve öz yönetim gibi kavramların tedaviye uyum ile ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısının artması gereklidir.

Öz yönetim terimi, kronik hastalık sonuçlarını iyileştirmek için bir yöntem olarak literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır (23). Kronik hastalıkların yönetimi, sorun çözme, karar verme, kaynak kullanımı, hasta-sağlık hizmeti sağlayıcısı ortaklığının kurulması ve sürdürülmesi, eylem planlama ve öz yönetim gibi becerileri gerektirir. Healthy People 2020, kronik rahatsızlıkları olan kişilerin öz yönetim becerilerini geliştirmelerini önermektedir (24). KBH dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu etkileyen, yüksek kardiyovasküler hastalık ve ölüm riskleriyle ilişki olduğu için KBH yönetimi ve hastalığı etkileyen faktörleri incelemek önemlidir (25). KBH'nin bazı nedenleri için özel tedaviler olmasına rağmen, birçok hasta için KBH yönetimi esas olarak kan basıncının, kan glikoz düzeyi, hacim durumunun ve metabolik komplikasyonların kontrolünden oluşur (26). Bu, hastaların kan basıncı ve kan glikoz düzeyinin izlenmesi, fiziksel aktivitenin sürdürülmesi ve ilaçlara ve diyet kısıtlamalarına uyulması gibi öz yönetim faaliyetlerine katılımını gerektirir (27). Öz yönetim, kronik hastalıkların hafifletilmesi ve tedavisinde eğitimin ötesine geçerek, bireylere hastalıklarla ilgili zorlukları aktif bir şekilde belirleme ve çözme konusunda destek sağlar. Bu, sağlıklı yaşamın sürdürülmesi ve hastalığın yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle, hastaların öz yönetimini ve tedaviye uyumunu artırmak gereklidir(28).

Hastanın tedavi sürecine uyumu, hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyerek, hasta popülasyonunda mortalite oranını azaltmada kritik bir rol oynar. (29). Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedavi sürecine uyumu, hastalığın yönetimini ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen kritik bir faktördür. Hemodiyalize katılım, ilaç tedavisi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum ve psikososyal destek gibi tedavi unsurlarına uyum, hastanın sağlık durumunu iyileştirebilir, komplikasyon risklerini azaltabilir ve yaşam süresini uzatabilir. Tedaviye yüksek uyum, atık maddelerin birikimini ve sıvı dengesizliğini kontrol altına alarak böbrek fonksiyonlarını korur ve

kardiyovasküler sağlığını iyileştirir. Diğer yandan, tedaviye düşük uyum, hastalığın ilerlemesine, komplikasyonların artmasına ve genel sağlık durumunun bozulmasına yol açabilir. Bu nedenle hem tıbbi hem de psikolojik destek sağlanarak hastaların tedaviye katılımı ve uyumu artırılmalıdır çünkü tedavi sürecindeki uyum, hastalığın seyrini ve hasta üzerindeki etkilerini belirler (30). Ulusal ve uluslararası literatür incelemelerinde hastalık algısı ve öz yönetimin tedaviye uyum ile ilişkisini inceleyen çalışmalara az sayıda rastlanmıştır. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde tedaviye uyum; yaşam kalitesi, mortalite, hastalık yükünün fazla olması gibi nedenlerden dolayı önemlidir. Tedaviye uyumun önemli olması, hastalık algısı ve öz yönetim gibi yordayıcıların tedaviye uyum ile arasındaki ilişkiyi de önemli hale getirmektedir. Çalışmamız literatürde hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yeterince incelenmeyen hastalık algısı ve öz yönetimin tedaviye uyum ile ilişkisini incelemek ve literatürdeki eksikliği gidermek için yapılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık algısı ve öz yönetiminin tedaviye uyum ile arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3 ARAŞTIRMA SORULARI

Bu araştırma ile aşağıda yer alan sorulara cevap aranmaktadır.

Araştırma Soruları:

1. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedavi uyum düzeyleri nasıldır?

2. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre tedaviye uyumu farklılık gösteriyor mu?

3. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tıbbi özelliklere göre tedaviye uyum farklılık gösteriyor mu?

4. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık algısı ile tedaviye uyum arasında ilişki var mıdır?

5. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık öz yönetimi ile tedaviye uyum arasında ilişki var mıdır?

6. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedaviye uyumun yordayıcıları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TANIMI

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), böbrek fonksiyonlarının bozulduğu ve glomerüler filtrasyon hızının (GFH) giderek azaldığı, yapısal ya da işlevsel bozuklukların en az 3 ay süreyle devam etmesiyle tanımlanır. Günümüzdeki uluslararası kılavuzlar, kronik böbrek yetmezliğinin, altta yatan nedene bakılmaksızın, GFH'nin 1,73 m² başına 60 mL/dk'dan daha az olmasıyla gösterilen böbrek fonksiyonu azalması veya böbrek hasarını belirten bulguların (örneğin, proteinüri veya mikroalbüminüri gibi) varlığı olarak tanımlamaktadır (31,32).

2.2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya çapında ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliği hasta sayısı sürekli artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. KBH küresel bir halk sağlığı krizidir (33). Son tahminler, 700 milyondan fazla insanın KBH'ye sahip olduğunu ve bunun düşük ve orta gelirli ülkelerde daha büyük bir yük olduğunu göstermektedir (34). KBH dünya nüfusunun yaklaşık %10 'unu etkilemekte ve ciddi morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir (35). Son dönemde yapılan 100 epidemiyolojik çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, tüm dünyada erişkinlerin yüzde 13,4'ünde çeşitli evrelerde KBH bulunduğu bildirilmiştir (36). Küresel Hastalık Yükü Konsorsiyumu, KBH'nin 2040 yılına kadar kaybedilen yaşam yıllarına katkıda bulunan ilk beş hastalık arasında yer alacağını öngörmektedir (Global Hastalık Yükü Konseyi, 2020). Kronik böbrek hastalığı oranı Türkiye'de genel yetişkin popülasyonunda %15,7 olarak belirlenmiştir. Her altı kişiden birinde kronik böbrek hastalığı vardır (37). Böbrek hastalıklarının, görülme sıklığı artsa da erken tanı ile önlenebilmekte ve ilerlemesi yavaşlatılabilmektedir (37,38). SDBH'ye ait veriler çoğunlukla renal replasman tedavisi yani diyaliz ve transplantasyon yapılan hastalara ait verilerdir. Bu nedenle tedaviye erişemeyen hastalar göz önüne alındığında gerçek prevalans ve insidans daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 verilerine göre ülkemizde SDBY prevalansı milyon nüfus başına 957, insidans ise

146 olarak bildirilmiştir (38). Son 16 yılda prevalans yaklaşık 3 kat artmıştır. 2017 yılı sonu itibarı ile toplam77.311 hastaya renal replasman tedavisi yapılmaktadır. Bu hastaların %76'sı hemodiyaliz tedavisi görmektedir ve yaklaşık yarısı 65 yaşın üzerindedir. (39,40).

2.3.KRONİK BÖBREK HASTALIĞI BELİRTİ BULGULAR

Kronik böbrek yetmezliğinin erken evrelerinde genelde pek bir belirti ya da bulguya rastlanmaz. Ancak KBY'ye neden olan etmenler arasında nefritik ya da nefrotik sendromlara yol açan glomerülonefritlerden biri varsa, hastalar ciddi, hafif ya da anazarka boyutuna varabilecek ödem, idrar renginde ciddi koyulaşma (koyu çay rengi), idrarda kanama ya da hipertansiyon bulguları ile başvurabilirler. Bu belirti ve bulgular, KBY'den çok, ileride buna yol açabilecek glomerülonefritlerin belirti ve bulgularıdır. KBY tanısı konulan bir hastada anemi, osteoporoz başta olmak üzere komplikasyonlar görülür ve birçok sistem etkilenmektedir. KBY'nin sistemlerde yaptığı değişikler aşağıdaki gibidir (41).

Sıvı-Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemidir (42)

Nörolojik Sistem Değişiklikleri: Stupor, koma, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozukluklar, yorgunluk, tik, tremor, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar, üremik ensefalopati, periferal nöropati uyku bozuklukları, huzursuz bacak sendromu gibi bazı nörolojik bulgular görülebilir (43).

Gastrointestinal Sistem Değişilikleri: Hıçkırık, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozukluklar, özofajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit, diş eti hiperplazisi görülebilir (44).

Hematoloji İmmünolojik Bozukluklar: Anemi, eritrosit frajilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma

bağlı), aşılamaya cevapta azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma, uzun süreli inflamasyon, üremik toksinler görülebilir (45).

Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri: Göğüs ağrısı, koroner arter hastalığı, akut miyokard infarktüsü, periferal arter hastalıkları, kalp kapak hastalıkları, perikardit, ani kardiyak arrest, infektif endokardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomiyopati olabilir (46).

Pulmoner Sistem Değişiklikleri: Plevral sıvı¸ üremik akciğer, pulmoner ödem görülebilir (46).

Metabolik-Endokrin Sistem Değişiklikleri: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi, KBH tanısı ile izlenen bireylerde Tiroid Stimulan Hormon yanıtı bozulmuş olup, KBY olan bireylerde guatr sıklığı genel popülasyona göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca, sindirim sistemindeki bazı hormonlar (gastrin, sekretin, kolesistokinin, vazoaktif intestinal polipeptid ve gastrik inhibitör peptid) böbrek yetmezliği nedeniyle kanda artabilir (47).

Kas İskelet Sistemindeki Değişiklikler: Kas-iskelet sistemi ile ilgili görülen en sık yakınma kemik ağrılarıdır; özellikle sırt ve bel, kalça ve bacaklarda yoğunlaşır. Vertebral kırıklara bağlı deformabiliteler gelişebilir. Kemik kırıklarına yatkınlık artmıştır. Aşil tendon rüptürü görülebilir. Hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobulin), D vitamini metabolizması bozuklukları da KBY'nin kas iskelet sistemine etkilerindendir (45).

Deri Sistemindeki Değişiklikler: KBY' en sık görülen deri tutulumu hiperpigmentasyondur. Senil purpura, aktinik keratoz ve kıllanmada azalma kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz da KBY'de sık görülen diğer bulgulardır ve yaşlanma ile ilgilidir (45).

Üriner Sistem ve diğer belirtiler: KBY'nin kendisi, böbrek fonksiyonlarının azalması veya kaybıyla karakterizedir. Böbrekler, vücuttaki atık ürünleri ve fazla suyu filtre ederek idrar üretirler. KBY ilerledikçe, böbreklerin bu temel fonksiyonları

etkilenir ve idrar oluşumu azalabilir. Proteinüri gibi belirtiler, böbrek hasarının bir işareti olabilir (46,48,49).

2.4. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI EVRELERİ

Kronik böbrek hastalığı hafif bir proteinüriden ileri evre böbrek yetersizliğine kadar tüm aşamaları kapsar. Kronik böbrek hastalığı, glomerüler filtrasyon hızı değerine göre 5 evreye ayrılmaktadır. Evre V, son dönem böbrek hastalığı olup, GFH'nin 15 mL/dk/1,73 m²'nin altına düştüğü ve renal replasman tedavisinin gerektiği evredir. Evre V, KBH hastaları yaşamlarını hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu tedavileri ile sürdürebilirler (50). Diyabet ve hipertansiyon, hem yüksek ve orta gelirli ülkelerde hem de birçok düşük gelirli ülkede, KBH'ın başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (51). KBH şu anda tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) ve idrar albümin atılım hızı ölçülerek sınıflandırılmaktadır. (GFH ≥60 ml/da/1,73 m2 olan hastalar, KBH tanısının doğrulanmasına yardımcı olmak için idrar sedimentindeki veya organ yapısındaki anormallikler gibi tipik böbrek hasarı belirteçleri açısından değerlendirilir) (52). Şekil 1' de Glomerüler Filtrasyon Hızına göre böbrek hasarı ve hastalığın verilendirilmesi verilmiştir.

KBY Evresi	**İsimlendirme**	**GFH (ml/dk/1.73m^2)**
Evre 1	Böbrek hasarı (GFH normal)	≥90+ Hasar belirteçleri (+)
Evre 2	Hafif GFH azalması	60+89+ Hasar belirteçleri
Evre 3a	Hafif – orta GFH azalması	45-59
Evre 3b	Orta -şiddetli GFH azalması	30-44
Evre 4	Şiddetli GFH azalması	15-29
Evre 5	Son dönem böbrek hastalığı	<15

Kaynak: Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçları İyileştirme (KDIGO) CKD Çalışma Grubu (2013)

Şekil 1: KBH Evreleri

Kronik böbrek hastalığının evrelendirmesinin, progresyon ve komplikasyon risklerini öngörücü nitelikte olması gerekir. GFH'nin yanı sıra idrarla albümin atılım miktarı da KBH ilerleme hızı için önemli bir risk faktörü olduğu için 2012 yılı

KDIGO KBH Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzunda albümin atılımı KBH sınıflamasına eklenmiştir. Artmış albümin atılımı ve düşük GFH sadece SDBH'ye ilerleme hızı ile değil, aynı zamanda yüksek kardiyovasküler riskle de ilişkilidir (53).

KBH Kriterleri (en az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı)	
Böbrek hasar belirteçleri	➢ Albüminüri (idrarla albumin atılımı ≥30 mg/ 24 saat; idrar albümin / kreatinin ≥30 mg/gr) ➢ İdrar sediment anormallikleri ➢ Tübüler bozukluklara bağlı elektrolit veya diğer anormallikler ➢ Histolojik olarak saptanmış anormallikler ➢ Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler Böbrek nakli öyküsü
GFH azalması	GFH <60 ml/dk/1.73m2

Kaynak: Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçları İyileştirme (KDIGO) CKD Çalışma Grubu (2013)

Şekil 2: KBH Kriterleri

Kronik böbrek hastalarının bir kısmında, hastalık ilerleyerek son dönem böbrek hastalığına yol açabilir ve bu durumda diyaliz veya böbrek transplantasyonu gerekebilir. KBH'nin ilerleme hızı, hastalığın etiyolojisi ve patolojisine bağlı olarak farklılık gösterir (54). KBH için etkili bir müdahale stratejisi geliştirebilmenin ilk adımı, hastalığın erken evrede doğru bir şekilde tanımlanması ve tespit edilmesidir. Daha doğru bir risk tahmini için GFH ve albüminüri gibi ölçütlerin yanı sıra, böbrek hastalığının nedeni ve yaş, cinsiyet, ırk, kolesterol seviyeleri, sigara kullanımı gibi diğer faktörler de dikkate alınmalıdır (55).

2.5. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TANI TESTLERİ

Böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek ve hastalıkları tanımlamak için laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve gerektiğinde böbrek biyopsisi kullanılır. Laboratuvar testleri, rutin idrar analizi ve böbrek fonksiyon testlerini içerir ve böbrek hastalıklarının tanısında önemli bir rol oynar. Birçok klinik laboratuvar testi, böbrek fonksiyonunu araştırma ve değerlendirme amacını taşır. Klinik olarak,

böbrek fonksiyonunu değerlendirmek için en pratik testler, GFH'sini tahmin eden ve proteinüriyi (albüminüri) ölçen testlerdir (56). Böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan temel testler şunlardır:

Serum Kreatinin Testi**:** Kreatinin, kas metabolizmasının bir yan ürünü olup böbrekler tarafından atılır ve serum kreatinin seviyeleri, böbreklerin işlevini yansıtır (57).

Kan Üre Azotu (BUN) Testi: Kan üre azotu testi, böbreklerin atık ürünleri ne kadar iyi süzebildiğini ölçer. Yüksek BUN seviyeleri, böbrek fonksiyon bozukluğunun bir göstergesi olabilir (58).

Sistatin C: Kreatinin düzeyleri normal aralıkta olduğunda özellikle erken böbrek yetmezliğinde kreatinin ile karşılaştırıldığında GFH'nin daha güvenilir bir belirteci olduğunu belirtmiştir (59).

İdrar Analizi: İdrar analizi, böbrek hastalıklarının tanısında önemli rol oynayan bir testtir. Bu test, idrarda protein, glukoz, kırmızı ve beyaz kan hücreleri gibi maddelerin varlığını tespit eder (60).

Glomerüler Filtrasyon Hızı: Glomerüler fonksiyonun en iyi genel göstergesi glomerüler filtrasyon hızıdır. GFH, böbreklerin ne kadar iyi çalıştığını ölçmek için kullanılan bir testtir (61).

2.6. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI RİSK FAKTÖRLERİ

Kronik böbrek hastalığı nedenleri küresel olarak değişiklik göstermekle birlikte dünya çapında ölümlerin önde gelen nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. KBH birçok farklı nedenle gelişebilen bir durumdur. Primer glomerüler hastalıklar hem Türkiye'de hem de Dünyada KBH' nin önde gelen nedenleri arasındadır (62). KBH farklı etiyolojilerinin yaygınlığı bölgeye göre önemli ölçüde değişir. Diyabet, glomerülonefrit ve kistik böbrek hastalıkları gibi yaygın ve iyi araştırılmış olanlar da dahil olmak üzere KBH' nin birçok nedeni vardır. Ancak KBH 'deki nedensellik henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Örneğin, kronik böbrek hastalığı ile hipertansiyon arasında yakın bir ilişki olmasına rağmen, hipertansiyonun kronik böbrek

hastalığının bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu tartışmalıdır (63). Başka bir örnek olarak, etiyolojisi bilinmeyen veya bilinen bir tedavisi olmayan KBH, Güney Asya ve Orta Amerika'daki bazı tarım topluluklarında bulunmuştur; tekrarlayan hacim azalmasının, özellikle iklim değişikliğiyle ilişkili sıcak hava dalgalarının artan sıklığıyla birlikte, bir neden olduğu tahmin edilmektedir (64). Etiyolojisi bilinmeyen KBH 'nin bu olası nedeni, yeterli hidrasyonun böbrek koruyucu bir strateji olarak potansiyel rolünü vurgulamaktadır. KBH 'nin küresel yükü de hava kirliliğine atfedilmiştir ve orantısız bir şekilde bazı dünya bölgeleri tarafından üstlenilmektedir.

Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT) çalışmasının sonucunda kronik böbrek yetmezliğinin kadınlarda (%18,4) erkeklere (%12,8) oranla daha fazla görüldüğü, yaşla birlikte riskin arttığı, kırsal kesimde yaşayanlarda, Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda KBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. KBH'nin şiddeti, normal işlevli böbrek hasarından böbrek yetmezliğine (veya son evre böbrek yetmezliğine) kadar değişir; bu durum tipik olarak GFH'nin 1,73 m2 başına 15 mL/dakikanın altına düşmesiyle ortaya çıkar (49,53). Genel olarak, kronik böbrek hastalığının yaygınlığı yaşla birlikte artar ve yüksek gelirli ülkelerde obezite, diyabet ve hipertansiyonu olan kişilerde daha yaygındır (65). Kronik böbrek hastalığı genellikle sinsidir ve etkilenen bireylerin çoğu, hastalık ilerleyene kadar asemptomatiktir (yani, 1,73 m2 başına 30 mL/dakikadan az GFH). Böbrek fonksiyon kaybı oranı etiyolojiye, maruziyetlere ve müdahalelere göre değişir ancak çoğu durumda kronik böbrek hastalığına ilerleme genellikle aylar ile on yıllar arasında sürer. KBH belirti ve semptomları ilerleyici üremi, anemi, aşırı hacim yüklenmesi, elektrolit anormallikleri, mineral ve kemik bozuklukları ve asidozdan kaynaklanır, tedavi edilmezse kaçınılmaz olarak ölüme yol açar (66,67). KBH gelişmesinde rolü olabilecek risk faktörleri arasında diabetes mellitus ve hipertansiyonun yanı sıra, düşük doğum ağırlığı, çocukluk obezitesi, otoimmün hastalıklar, ileri yaş, Afrika kökenli olmak, ailede böbrek hastalığı öyküsü, akut böbrek hasarı öyküsü, proteinüri varlığı, idrar sedimentinde patolojik bulguların olması ve idrar yollarının yapısal bozuklukları, üriner sistem tıkanıklıkları, düşük sosyoekonomik durum, tütün kullanımı, ilaç toksisitesi sayılabilir (68). Diyabet: Tip 1 veya Tip 2 diyabet, kan şekeri seviyelerinin yüksek olması nedeniyle böbrek hasarına yol açabilir. HD tedavisine yeni başlayan hastaların etyolojisinde DM %38,

Hipertansiyon %28 oranındadır. Diyabet, KBH'nin en yaygın nedenlerinden biridir. Hipertansiyon**;** böbreklerdeki damarlara ve filtrasyon sürecine zarar verebilir. Hipertansiyon, KBH riskini artırır ve KBH tanısı olan kişilerde hastalığın ilerlemesini hızlandırabilir. Ailesinde kronik böbrek yetmezliği olan kişiler, kendilerinde de benzer bir durum geliştirme riski altındadır. Yaşla birlikte, böbreklerin işlevlerinin azalmasına bağlı olarak GFH doğal olarak azalır. Yaşlılık, böbrek hastalığı riskini artırabilir. Fazla kilolu veya obez olmak, böbrek hastalığı riskini artırabilir. Obezite, kan basıncını ve diyabet riskini artırarak böbrek fonksiyonlarını etkileyebilir. Kardiyovasküler hastalıklar**;** kalp hastalığı, inme ve periferik arter hastalığı gibi vasküler problemler, böbreklerin sağlığını etkileyebilir ve böbrek hastalığı riskini artırabilir. Sigara içmek, böbreklerdeki kan damarlarını daraltabilir ve böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilir. Kötü beslenme alışkanlıkları; yüksek tuz, yüksek yağlı gıdaların ve işlenmiş gıdaların aşırı tüketimi, böbrek hastalığı riskini artırabilir. Bazı ilaçlar, böbreklerde hasara neden olarak böbrek hastalığı riskini artırabilir; bunlar arasında radyoopak maddeler, nefrotoksik antibiyotikler, NSAII'ler ve bitkisel ürünler bulunmaktadır (69,70).

2.7.KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TEDAVİSİ

Kronik böbrek hastalığının tedavisi, hastalığın evresine, semptomların şiddetine ve altta yatan nedenlere bağlı olarak değişir. Tedavi, böbrek fonksiyonlarını korumayı, semptomları yönetmeyi ve komplikasyonları önlemeyi amaçlar. KBH'da tedavi çeşitli yöntemler vardır (68).

Sağlıklı Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Sağlıklı beslenme; düşük tuz, düşük yağ ve dengeli bir diyete geçmek önemlidir. Protein, potasyum ve fosfor alımını sınırlamak da gerekebilir. Düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolüne yardımcı olabilir, kan basıncını düşürebilir ve genel sağlığı iyileştirebilir. Sigara içmek ve aşırı alkol tüketmek, böbrek sağlığını olumsuz etkileyebilir. Yüksek kan basıncı, böbrek hastalığının ilerlemesini hızlandırabilir. Antihipertansif ilaçlar, kan basıncını kontrol altında tutmaya yardımcı olabilir. Diyabet, böbrek hastalığının önemli bir nedenidir. Diyabet yönetimi, kan şekeri seviyelerini kontrol altında tutmak ve böbrekler üzerindeki zararlı etkileri azaltmak için önemlidir (71).

İlaç Tedavisi; böbrek hastalığına bağlı semptomların yönetilmesi veya komplikasyonların önlenmesi için çeşitli ilaçlar kullanılabilir. Bunlar arasında anemi için demir takviyeleri veya eritropoietin hormonu, kemik hastalıkları için fosfor bağlayıcılar ve D vitamini takviyeleri yer alabilir (72).

Diyet ve Sıvı Yönetimi: Diyetisyen tarafından önerilen özel bir diyet uygulamak, böbrek hastalığı semptomlarını ve komplikasyonları yönetmede yardımcı olabilir. Ayrıca, sıvı alımını kontrol etmek önemlidir, çünkü fazla sıvı tüketimi ödem ve hipertansiyona yol açabilir (68).

Böbrek hastalığında erken tanı hem hastalığın gerilemesine hem de önlenebilmesine önemli katkılar sunmaktadır. Ülkemizde bugün KBH'nin ileri evresinde olup diyaliz veya böbrek nakli ile yaşayan 70.000'i aşkın birey ya da hasta vardır. Ülkemizde Renal Replasman Tedavisi (RRT) olarak en yaygın kullanılan tedavi yöntemi hemodiyaliz (%76,12)'dir. Bunu sırasıyla transplantasyon (%19.17) ve periton diyalizi (%4,71) takip etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2016 yılı verilerine göre; ülke genelinde RRT uygulayan merkez sayıları yoğunluklu olarak hemodiyaliz (%81,3), periton diyalizi (%11.40) ve transplantasyon merkezi (%7.19) şeklinde dağılım göstermektedir. Türk Nefroloji Derneği verilerine göre ülke genelinde, 860 HD ünitesinde, 16.675 HD cihazında, 56.687 diyaliz hastası düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi almakta ve 3.508 hasta ise periton diyalizi ile tedavilerine devam etmektedir (37,49,53). Ancak erken tanılanma oranının düşük olması sebebiyle, hastalık geri dönüşü olmayan evreye kadar ilerleyebilmektedir. Bu evreye 'Son Dönem Böbrek Hastalığı' evresi denmektir. SDBH'li bireylerde hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bu seçeneklerden en sık kullanılan yöntem HD'dir (73).

Diyaliz Tedavisi: Diyaliz, böbreklerin fonksiyonunun tükendiği, üretilen atık ürünleri ve fazla suyunun temizlenmesi için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu işlem, yarı geçirgen bir membran aracılığıyla kan ile uygun bir diyaliz çözeltisi arasında sıvı ve çözünmüş bir değişim değişimini sağlar. Kan, diyaliz çözeltisine doğru hareket ve bu çözeltinin uzaklaştırılmasıyla sıvı ve solüt dengesi normal seviyeye yaklaştırılır (74).

Diyaliz iki ana türde gerçekleştirilir:

1. **Hemodiyaliz:**

- Hemodiyaliz, hastanın kanının bir diyaliz makinesine (diyaliz makinesi) pompalanarak temizlenmesini içeren bir işlemdir.
- Bu işlem sırasında, hastanın kanı bir arteriovenöz fistül veya kateter gibi bir erişim yoluyla diyaliz makinesine alınır.
- Makinede, hastanın kanı bir dizi filtre (diyaliz membranı) ile temas ettirilir ve atık maddeler ve fazla su filtrasyon yoluyla çıkarılır.
- Temizlenmiş kan, hastanın vücuduna geri pompalanır (44).

2. **Periton Diyalizi**:

- Periton diyalizi, karın boşluğuna özel bir solüsyon (diyaliz solüsyonu) enjekte edilerek gerçekleştirilir.
- Bu solüsyon, karın zarı (periton) tarafından emilir ve kanı temizlemek için vücuttaki atık maddeleri çeker.
- Solüsyon daha sonra boşaltılır ve yeni bir solüsyon enjekte edilir.
- Periton diyalizi, hastanın bağırsaklarının duvarı olan periton zarını kullanarak kanı temizler (44).

Diyaliz, kronik böbrek hastalığı veya akut böbrek hastalığı gibi durumlarda yaşamı desteklemek veya uzun vadeli bir çözüm olarak kullanılabilir. Diyaliz, böbrek nakli için uygun olmayan hastalar için uzun süreli bir tedavi seçeneği sağlar. Bununla birlikte, diyaliz tedavisi bazı riskler taşıyabilir ve hastanın yaşam kalitesini etkileyebilir (75,76,77). Bu nedenle, diyaliz tedavisi gereken hastalar, tedavi seçeneklerini sağlık uzmanlarıyla tartışmalı ve tedaviye uyum sağlamalıdırlar.

Böbrek Nakli: Kronik böbrek hastalığının son aşamasında olan hastalarda, böbrek nakli gerekebilir. Bu tedavi yöntemi, sağlıklı bir donörden alınan böbreğin hasta vücuduna nakledilmesini içerir. Böbrek transplantasyonu, KBH tedavisinde en etkili seçenek olarak kabul edilir ve diğer tedavi yöntemleri olan diyaliz ile karşılaştırıldığında üstün sonuçlar verebilir (78). Böbrek nakli, diyalize kıyasla yaşam kalitesini ve genel sağ kalım oranını olumlu yönde etkiler. Son 50 yıldır

yapılan çalışmalar, son dönem böbrek hastalığı olan hastalar için böbrek naklinin sağ kalım faydasını açıkça göstermektedir (79). Wolfe ve meslektaşları, özellikle diyabetli hastalarda, uzun dönem diyalize kıyasla böbrek naklinden sonra üstün hasta sağ kalımı göstermiştir (80). Bununla birlikte, böbrek nakli yapılan hastalar, hastalığa özgü kardiyovasküler risk faktörlerinin artan yaygınlığı nedeniyle yüksek kardiyovasküler risk yükü altındadır. Kilo alımı, obezite, diyabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom, böbrek nakli yapılan bu hastalarda baskın özelliklerdir ve erken ölüm, kardiyak olaylar ve greft kaybı dahil olmak üzere daha kötü sonuçlarla ilişkilidir (81). Hastalık ,böbrek nakli alıcılarında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmekte ve toplam ölümlerin %17'sini oluşturmaktadır. Hastaların tedavi planına uyum göstermesi ve sağlık uzmanlarıyla düzenli iletişimde bulunması büyük önem taşır. Renal replasman tedavi yöntemleri içinde, böbrek transplantasyonuyla ilgili doku tiplendirme ve immünosupresif ilaçlardaki gelişmeler, daha uzun ve kaliteli graft (nakil böbreği) ile hasta yaşam süresi sağlamaktadır (82). Ayrıca, cerrahi tekniklerdeki yenilikler, hastaların ameliyat süreci ve sonrası için daha konforlu bir deneyim sunmaktadır. Bu nedenle, böbrek transplantasyonu konularının hekimler ve sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmesi ve hastaların bu etkili tedavi hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilmesi, daha fazla hastanın bu avantajlı tedavi seçeneğinden yararlanmasını sağlayacaktır (83).

2.8.KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA HASTALIK ALGISI

Hastalık algısı, bireyin hastalığını nasıl anladığını, değerlendirdiğini ve yorumladığını ifade eder. Akut veya kronik hastalıklara sahip bireyler, bu tıbbi durumları anlamlandırmak ve yönetmek için kişisel inanç sistemleri geliştirirler. Bu inanç sistemleri, Leventhal'ın Öz Düzenlemeye İlişkin Sağduyu Modeli çerçevesinde "hastalık algıları" olarak tanımlanır (84). Bu algılar, kişinin hastalığına dair bilgi, inanç ve duygularını içerir ve bireyin hastalıkla başa çıkma stratejilerini etkiler. Hastalık algıları; hastalığın kimliği (ne olduğu), nedenleri, zaman çizelgesi (akut, kronik, döngüsel), sonuçları (küçük, orta, şiddetli), kontrol edilebilirliği ve duygusal tepkileri (anksiyete, endişe) gibi unsurları içerir (85). Hastalık algısının önemi, bireylerin sağlık davranışlarını, tedaviye uyumunu ve genel yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmasıdır (86). Pozitif bir hastalık algısı, bireylerin hastalıklarıyla

daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve tedavi süreçlerine daha uyumlu olmalarını sağlayabilir. Olumsuz bir hastalık algısı ise, tedaviye direnci artırabilir ve psikolojik sağlığı olumsuz etkileyebilir. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde hastalık algısının önemi, hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici bir rol oynar (87). Hastalık algısının pozitif veya negatif olması, hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerinde farklı sonuçlar doğurabilir. Sosyal destek ve hastalık algısının ilişkisi, hastaların psikolojik iyilik durumlarında ve yaşam kalitesinde önemli değişiklikler yaratabilir. (88). Bu nedenle, hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık algısını anlamaları ve bu algıyı pozitif yönde yönlendirmeleri, tedavi sürecinin başarısını artırabilir ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir. (88,89). Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerinde önemli olan hastalık ve tedavi algılarının hastalık süreci boyunca değiştiğini göstermekte ve algıların uygulanan programlarla değişime açık olduğunu gösterdikleri için umut vericidir (90,91). Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık algılarına ilişkin literatür incelemesinde; Chilcot (2010) ve Covic (2006) tarafından yapılan çalışmalar da algıların zaman içinde nasıl değiştiğine ilişkin fikir sağlamıştır. Covic *ve* arkadaşlarının yaptığı çalışmada *2* yıllık takip süresince hemodiyaliz hastalarının hastalığa karşı daha az olumsuz duygusal tepki verdiğini, hastalığı daha iyi anladıklarını ve diyalizin hastalığı kontrol etmede daha etkili olduğu algısına sahip olduklarını bulmuşlardır (92,93). Chilcot (2010) hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin diyalizdeki ilk yıllarında hastalığı anlamada benzer bir yörünge ortaya koymuştur (92). Ek olarak, bu çalışmadaki hastalar zamanla hastalıklarından kaynaklanan daha az somatik semptom algılamışlardır. Bu sonuçlar, bir yandan renal replasman tedavisinin türü (yani diyaliz modalitesi, transplantasyon) ile diğer yandan hastalık ve tedavi algıları arasındaki ilişkileri gösteren kesitsel ve uzunlamasına araştırmalardan gelmektedir (94,95,96). Araştırma sonuçları, klinik durum ve tıbbi tedavideki değişikliklerin hastalık ve tedavi algılarında değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Mevcut çalışma, kronik böbrek hastalarında, hemodiyaliz tedavisi ile görülebilecek hastalık algısının tedavi uyum ile ilişkisini araştırarak ve literatüre katkı sağlamaktadır.

2.9.KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ÖZ YÖNETİM

Öz yönetim, “belirli sonuçları ortaya çıkarmak için tasarlanmış eğitime veya tedaviye katılmak, insanları günlük sağlık durumlarını yönetmeye hazırlamak, belirli davranışları uygulamak ve sağlık ekibinin iş birliğiyle veya iş birliği olmadan hastalığın fiziksel ve duygusal etkisini azaltma becerilerine ve yeteneklerine sahip olmak” olarak tanımlanmaktadır (97). Kronik böbrek hastalığı olan hastalar, sağlık sisteminin birçok seviyesinde sağlık hizmeti sağlayıcılarının dikkatini ve hizmetlerini gerektiren, birden fazla eşlik eden hastalığı (örn. diyabet, kardiyovasküler hastalık, depresyon) olan karmaşık bir tedavi programı olan kronik hastalığa sahip olmak olarak tanımlanabilir (98). Tedavi programının karmaşıklığına bir örnek olarak, KBH hastaları günde ortalama on beş ilaç almaktadır (99). KBH'nin artan yaygınlığıyla, bu tür hastaları tedavi etme ve yönetme yükü, sağlık sistemi kaynaklarının yetersizliği nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Tıbbi tedavideki gelişmelere rağmen, özellikle KBH hastalarının klinik olarak kötüye gitmesinin nedeni tedavi önerilerine uymama oranlarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (100). Bu nedenle, kronik hastalık yönetiminin en iyi şekilde yapılması ve modern sağlık hizmeti modelleri birleştirilmesi gerekmektedir. Kronik böbrek hastalığında tedavinin vazgeçilmez bir parçası olan hemodiyaliz tedavisinin neden olduğu sorunlar hastaların hayatında ciddi değişikliklere neden olmaktadır. Öz yönetim, KBH hastasının yiyecek seçimi yapmaktan reçeteli ilaçları almaya kadar günlük olarak karşılaştığı kaçınılmaz ve önemli bir görev haline gelir. KBH hastalarının, bakıcılarının ve sağlık ekibinin öz yönetimle ilgili deneyimleri hakkında nispeten az şey bilinmektedir (101,102). Ancak KBH’lı bireylerin hastalığın seyri sırasında erken öz yönetim davranışlarına dahil etmenin ilerlemeyi geciktirmeye ve genel sağlık durumunda olumlu durumlara yol açabileceği düşünülmektedir (103). Bu hasta popülasyonunun tedavi önerilerine uymama düzeylerinin yüksek olduğu ve KBH komplikasyonlarının ve komorbiditelerinin gelişmesine yol açtığı bilindiğinden, öz yönetim programlarının uygulanması hasta sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olabilir. KBH hastalarına göre uyarlanmış yakın tarihli bir çalışma öz yönetim programları sayesinde tahmini glomerüler filtrasyon hızı ve diğer KBH klinik parametrelerinin ilerlemesinde gecikmeler olduğunu bildirmektedir (104,105). Öz yönetim programlarının uygulanmasında kaynak kullanımının zorluğu ve KBH’nin bakımının karmaşıklığı

nedeniyle yaygın değildir. Örneğin, Chen ve arkadaşları tarafından açıklanan bir müdahale, bire bir danışmanlık artı takip ve destek kullanarak, mevcut sağlık sistemi kaynak kısıtlamaları göz önüne alındığında uygulanması zor olabilir (106). Birkaç merkez, cep telefonlarından, kişisel dijital asistanlara, CD'lere ve web sitelerine kadar çeşitli teknolojik çözüm biçimlerini günlük hasta bakımına dahil etmeye çalışmıştır (107,108). Kronik öz yönetim programlarını içeren sistematik bir inceleme, başarılı öz yönetim programlarının şu temel bileşenleri içerdiğini ortaya koymuştur: eğitim, izleme, iş birliği ve hedef belirlemedir (109). Günlük yaşamda kronik hastalıklarla aktif başa çıkma süreci olarak tanımlanan hastalığın öz yönetimi, etkili başa çıkmada ve hastaların genel yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir bileşendir. Kronik böbrek hastalığını kendi kendine yönetmeyi başarabilen hastalar, mevcut veya olası sorunlarla baş ederek sağlıklarını yönetebilmekte ve hastalığa ilişkin komplikasyonlara daha az maruz kalmaktadır (110). Mevcut çalışma hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin öz yönetimi inceleyerek katkı sağlamıştır.

2.10. KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TEDAVİ UYUMU

Kronik böbrek hastalığı (KBH) dünya çapında sık karşılaşılan önemli bir halk sağlığı sorunudur (111). Hastalar için en yaygın tedavi yöntemi hemodiyalizdir. Başarılı bir hemodiyaliz tedavisi, hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır çünkü hastalar, hastalıkla ilgili zorluklar ve hayata devam etme umudunun kaybı nedeniyle çeşitli komplikasyonlar ve sorunlarla karşılaşabilirler (112). Bu durum, tedaviye uyumsuzluk ve yüksek mortalite oranlarına yol açabilir. Tedaviye uyum, bir kişinin ilaç alma, diyete uyma ve yaşam tarzı değişiklikleri yapma davranışlarının sağlık hizmeti sağlayıcısının önerileriyle ne kadar örtüştüğünü ifade eder. Tedaviye yetersiz uyum, artan mortalite ve morbidite ile ilişkilidir ve SDBH gibi kronik hastalıkları olan bireylerde yaygın olarak görülür (113). Uyumsuzluk, kasıtlı veya kasıtsız olabilir ve hasta, hastalık ve tedavi ile ilgili çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin

tedaviye uyumlarını artırmak amacıyla yapılan müdahaleler, genellikle diyet, sıvı alımı, diyaliz tedavisi ve ilaç kullanımı gibi dört ana alanı kapsar. Hemodiyaliz uyumu, düzenli diyaliz merkezine gitme, reçeteli ilaçları düzenli olarak alma ve diyet

değişikliklerine uyma gerektirir. Bu öz yönetim görevlerinden herhangi birine uyulmaması bağımsız riskler taşır. Örneğin, sıvı kısıtlamasına uymayan hastalar sıvı yüklenmesi riski altındadır; bu durum öksürük, ödem, konjestif kalp yetmezliği, göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi olumsuz etkiler yaratabilir. Ayrıca, tedavi sırasında güvenli bir şekilde çıkarılabilecek sıvı miktarının bir sınırı vardır; yüksek hacimlerde sıvı çıkarmak, hipotansiyon, kramp, mide bulantısı, baş ağrısı ve kardiyak komplikasyonlar gibi ciddi yan etkiler riskini artırabilir (114,115) . SDBH ile yapılan çalışmalarda bireylerin tedaviye uyumları diyaliz seanslarını aksatmama ve diyaliz saatini tamamlamaları ile değerlendirilmektedir (116) Hemodiyaliz, haftada en az 3 gün, 4 saat süreyle yapılan, ciddi sıvı ve diyet kısıtlaması getiren, birçok ilacın tedavi sırasında ve günlük düzenli bir şekilde alınması gereken ve ayrıca çeşitli komplikasyonları olan bir tedavi yöntemidir(117) .Kronik böbrek hastalığı ve tedavisine bağlı gelişen birçok komplikasyon hastaların bu sürece uyumunu zorlaştırmaktadır. Hastalar bu tedavi rejiminin gerekliliklerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Bu aşamada ise tedavinin devam ettirilebilmesi için hastanın tedavi şekline uyum sağlaması gerekir (118,119). Haftanın belirli günlerinde ve belirli saatlerinde üç gün diyalize gelmek zorundadırlar. Hatta diyaliz merkezinde tedavi oldukları saat aralıkları da belirlidir. Saatler merkezden merkeze değişmekle birlikte ortalama günde üç seans yapılmaktadır. Diyaliz yeterliğinin sağlanabilmesi için her diyaliz seansının an az dört saat olması gerekmektedir [119) Ayrıca hastaların iki diyaliz seansı arasında alınacak sıvı miktarına dikkat etmesi gerekmektedir. Aksi takdirde diyaliz tedavisi sırasında hipotansiyon ve kramp gibi komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Beslenme ise uyulması gereken diğer önemli bir konudur. Diyaliz tedavisiyle birlikte vücuttan uzaklaştırılması gereken atık ürünlerin tamamı uzaklaştırılamamaktadır. Bu durum da hastaların diyetlerine uyumunu gerektirmektedir.

2.11. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE HEMŞİRELİK

Kronik Böbrek Hastalığı, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz şekilde kaybedilmesiyle karakterize edilen ve ileri evrelerinde hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için diyaliz veya böbrek nakli gibi tedavilere ihtiyaç duyduğu bir durumdur. Bu hastaların hemodiyaliz tedavisinde hemşireler, çeşitli kritik rolleri

üstlenirler. Hemşirelik sürecinin etkili bir şekilde yürütülmesi, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedavi sürecindeki komplikasyonları önlemek için büyük önem taşır (120). Hemşireler, hastaların diyaliz makinesine bağlanmasından, uygun diyalizer ve diyalizatın hazırlanmasından, tedavi planının uygulanmasından ve kan örneklerinin doğru zamanda alınmasından sorumludurlar. Ayrıca, hemşireler, enfeksiyon riski, elektrolit dengesizliği, sıvı fazlalığı ve psikososyal sorunlar gibi hemodiyalize bağlı komplikasyonların önlenmesi ve yönetilmesi konularında da kritik bir rol oynarlar (121). Hemşirelik uygulamaları, hastaların diyaliz uyumunu artırmada etkili olup, bireysel ihtiyaçlara uygun eğitim ve bilgilendirme, sıvı ve diyet yönetimi, ilaç yönetimi, psikososyal destek ve palyatif bakım gibi çeşitli müdahaleleri içerir. Eğitim ve bilgilendirme, hastaların ve ailelerinin tedavi süreçleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlar, böylece tedaviye uyumlarını artırır ve komplikasyonları önler. Sıvı ve diyet yönetimi, hastaların sıvı alımını ve diyetlerini düzenleyerek komplikasyon riskini azaltır. İlaç yönetimi, hipertansiyon, anemi ve mineral metabolizma bozukluklarının kontrolü için gereklidir. Psikososyal destek, hastaların tedavi sürecinde yaşadığı psikolojik ve sosyal zorlukları yönetmelerine yardımcı olur. Palyatif bakım ise ağrı ve semptom yönetimi, ileri bakım planlaması ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedefler (122,123). Sonuç olarak, hemşireler, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların bakımında hayati bir rol oynar. Eğitim, destek ve uygun müdahalelerle, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukları en aza indirmek mümkündür. Hemşirelik tanıları hem bireysel hem de bütüncül bir yaklaşım ile hastaların ihtiyaçlarını belirlemek ve gerekli müdahaleleri planlamak açısından kritik öneme sahiptir. (124,125).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

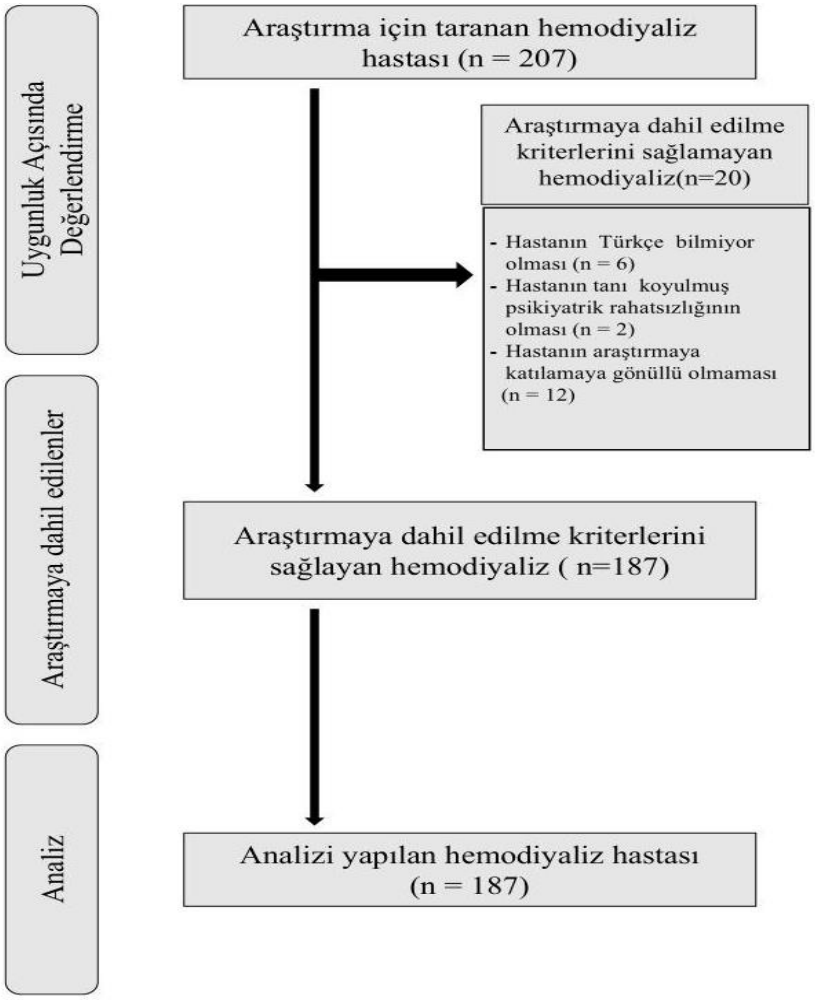
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Semt Polikliniği Diyaliz Merkezinde yapılmıştır. Diyaliz merkezi haftanın 6 günü (Pazartesi-Salı-Çarşamba-Perşembe-Cuma Cumartesi), 07:00- 17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Diyaliz hizmetinde 31 + 2 yedek olmak üzere toplam 33 adet cihaz kullanılmaktadır. Hepatit B virüsü tanısı ile izlenen hastalarda kullanılmak üzere 2 adet, Hepatit C virüsü tanısı ile izlenen hastalarda kullanılmak üzere 1 adet ayrı diyaliz cihazı mevcuttur. Diyaliz hizmeti günde 2 seans olarak verilmektedir. Diyaliz merkezinde toplam 10 hemşire ve 4 diyaliz teknikeri çalışmaktadır. Her yatak başında acil durumlar için hemşire çağrı sistemi mevcuttur. Araştırma Aralık 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Semt Polikliniği Diyaliz Merkezinde 187 diyaliz hastası ile yürütülmüştür. Bu merkezde kronik böbrek hastalarına yönelik tedavi uygulamaları yürütülmektedir. Bireyler hemodiyaliz tedavisine başladıkları zaman böbreklerin çalışma düzeyine göre haftada 3 gün ile haftada 2 gün olmak üzere diyaliz seanslarına katılım sağlamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Semt Polikliniği Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem yöntemine gidilmemiş olup, evrenin tamamı örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezinde 207 kayıtlı hemodiyaliz tedavisi gören birey bulunmaktadır. Bu bireylerden hastanın Türkçe bilmiyor olması (n=6), hastanın tanı koyulmuş psikiyatrik rahatsızlığının olması (n=2), hastanın araştırmaya katılamaya gönüllü olmaması (n=12) nedeniyle 20 hasta çalışmaya

katılamamıştır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden 187 bireyden toplanmıştır. Araştırma örneklemine ait akış şeması Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. Araştırma Akış Şeması

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Okur-yazar olma
2. 18 yaşın üstünde olma
3. Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
2. İletişim probleminin olması
3. Tanı almış psikiyatrik rahatsızlığı olması

3.4.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hastalar formları okumakta zorlandıkları için, araştırmacı bu hastalara hastaların anlayabilecekleri hız ve ses tonuyla soruları okumuş, hastalar veri toplama aracına işaretlemeleri kendileri ve araştırmacı yardımıyla yapmışlardır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.4.1.Hasta Tanılama Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form, kişisel tıbbi tanı, doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, bakımı ile ilgilenen kişi varlığı, eğitim durumu ek kronik hastalık varlığı, hemodiyaliz tedavi süresi, gibi bilgilerin sorgulandığı toplam 8 soru bulunmaktadır.

3.4.2.Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir (126). Ölçek Hastalık tipi/belirtileri, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutu olarak üç boyuttan oluşmaktadır. Hastalık belirtileri boyutu sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu, 38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve emosyonel temsiller olarak isimlendirilmiştir. Değerlendirmede, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kronikliğini, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu gösterir. Hastalık nedenleri boyutu, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren on sekiz maddeden oluşur, beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şanstır. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenebilmektedir. Kocaman ve ark. (2007) tarafından gerçekleştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında

hastalık tipi alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.89, hastalık hakkında görüşleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.69-0.77 ve hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.25-0.72 aralığında olduğu bulunmuştur (127).

3.4.3.Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Ngai ve arkadaşları tarafından kronik hastalığı olan bireylerin öz yönetim düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (128). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk, Y. ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmıştır (129). Ölçek 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde hazırlanmış olup 1 ile 5 (1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman) aralığında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan ise minimum 34, maksimum 86 puan şeklindedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça öz yönetim artmaktadır. Ölçekte ifadeler 1-5 arasında derecelendirilmekte olup; değerlendirmede yorumlamayı ve karşılaştırmayı kolaylaştırmak için (1=0 2=25, 3=50 ve 4=75 ve 5=100) 100'lük sisteme dönüştürülebilmektedir. Kendini Damgalama alt boyutunda yüksek skor kendini damgalanmanın yüksek olduğunu, Damgalanma ile Baş Etme alt boyutunda yüksek skor damgalanma ile baş edebilme yeteneğinin yüksek olduğunu, Sağlık Bakım Etkinliğinde yüksek skor sağlık bakım etkinliğinin yüksek olduğunu ve Tedavi Uyumda yüksek skor uyumun iyi olduğun göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alpha değeri Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Öztürk ve ark. tarafından yapılmış olup "kendini damgalama", "damgalamayla baş etme", "sağlık bakım etkinliği" ve "tedavi uyumu" alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,87; 0,85; 0,82 ve 0,78 olarak hesaplanmıştır (129).

3.4.4. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği Kim, Evangelista, Phillips ve ark. tarafından 2010 yılında geliştirilmiş olup, 5 bölüm ve 46 maddeden oluşmaktadır (130). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Ok ve Kutlu tarafından 2019 yılında

gerçekleştirilmiş olup, ölçek 4 alt boyut ve 9 maddeden oluşmaktadır. Hemodiyalize katılım (1-5. maddeler), ilaç kullanımı (6 ve 7. maddeler), sıvı kısıtlaması (8. madde) ve diyet tedavisine uyum (9. madde). Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 1200 arasında değişmektedir ve puan arttıkça tedaviye uyum düzeyi artmaktadır. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin genel Cronbach Alfa değeri hesaplanmamış; ancak madde toplam ölçek korelasyon analizleri yapılmış ve korelasyon katsayıları 0,48 ile 0,80 arasında değişmiştir (131).

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 24 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnov testi ve basıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin anormal dağılım göstermediği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde nonparametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki puan karşılaştırmalarda Mann Whitney U test, üç veya daha fazla değişkenler arasındaki farklılıkları karşılaştırmak amacıyla Kruskal Wallis test uygulanmıştır. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçek ve alt- boyutlarının güvenirlik katsayılarını hesaplanmasında Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri kabul edilmiştir.

Korelasyon katsayılarının değerlendirilmesinde 0,10-0,29 arası katsayısı düşük derecede; 0,30–0,49 arası katsayısı orta derecede ve 0,50'nin üzeri yüksek derecede ilişki olarak kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik kurul izni Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2023/137 numarası ile alınmıştır. Etik kurul ve kurum

izinleri alındıktan sonra, Aralık 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Semt Polikliniği Diyaliz Merkezinde araştırma kriterlerine uygun olan bireylere araştırmanın önemi, amacı ve alana katkıları hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmanın verilerini; araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplamıştır. Araştırmacı hasta ve bakım verenlerin kendilerinin veri toplama aracını doldurmaları istenmiştir ve herhangi bir sorularının olması ihtimaline karşı uygulama aşamasında yanlarında bulunmuştur.

3.7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi çalışma sonuçlarının hemodiyaliz tedavisi alan hasta popülasyonuna genellenmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütülmesi sırasında gürültü, hastaların yorgunluğu, çalışma hemodiyaliz ünitesinde gerçekleştirileceği için personelin müdahalesi hastaların sağlık okuryazarlığının düşük olması gibi bazı sınırlamalar ortaya çıkarmıştır.

3.8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmada diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören tüm bireylerin örnekleme dahil edilmesi güçlü yönü olarak kabul edilmiştir.

3.9. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu teze katkı sağlayan kişiler arasında tez çalışmasını etkileyebilecek nitelikte bir çıkar çatışması yaşanmamıştır.

4. BULGULAR

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalık algısı ve öz yönetiminin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Dağılımı (n=187)

Özellikler	**Ort±SS**	
Yaş	60,93±13,17	
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet		
Kadın	81	43,3
Erkek	106	56,7
Medeni Durum		
Evli	134	71,7
Bekar	53	28,3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar Değil	131	70,1
İlköğretim	39	20,8
Lise	12	6,4
Üniversite ve Üzeri	5	2,7
Ek Hastalık		
Var*	166	88,8
Yok	21	11,2
Ek Hastalıkları*		
Hipertansiyon	142	75,9
Diyabet	80	42,8
Kalp hastalığı	51	27,3
Diğer	42	22,5
Diyaliz Süresi		
1-6 ay	22	11,7
7-12 ay	21	11,2
13-18 ay	9	4,9
19-24 ay	50	26,7
24 ve üzeri	85	45,5

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma
* n değeri katlanmıştır

Tablo 1'de araştırmaya katılan son dönem böbrek yetmezliği hastalarının bazı tanımlayıcı özeliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 60,93±13,17 olup, hastaların %56,7'sinin erkek, %71,7'sinin evli, %70,1'inin okur-yazar olmadığı, %88,8' inin ek hastalığı olduğu, %42,8'inin ek hastalığının diyabet olduğu saptanmıştır. Hastaların %45,5' inde diyaliz süresi 24 ay ve üzeri olarak belirlenmiştir.

Tablo 2: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=187)

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği	**Ort±SS**	**Min-Maks**
Ölçek Toplam (1200-0)*	945,58±153,92	500-1200
Hemodiyalize katılım (600-0)*	529,27±92,82	300-600
İlaç tedavisine uyum (200-0)*	174,87±36,43	50-200
Diyet kısıtlamasına uyum (200-0)*	117,64±47,33	50-200
Sıvı kısıtlamasına uyum (200-0)*	125,40±49,56	50-200
*Ölçekten alınabilecek en yüksek - en düşük puan		

Tablo 2'de Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmiştir. Araştırmada hastaların Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması incelendiğinde ölçeğin toplam puan ortalaması 945,58±153,92'dır. Ölçeğin hemodiyalize katılım alt boyutunun puan ortalaması 529,27±92,82, ilaç tedavisine uyum alt boyutunun puan ortalaması 174,87±36,43, diyet kısıtlamasına uyum alt boyutunun puan ortalaması 117,64±47,33 ve sıvı kısıtlamasına uyum alt boyutunun puan ortalaması 125,40±49,56'dır.

Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu: Katılımcıların Yaşadıkları Hastalık Belirtileri ve Hastalıkla İlişkilendirmesinin Dağılımı (n=187)

	Hastalığın Başlangıcından Beri Yaşadım		**Bu Belirti Hastalığımla İlişkili**	
Belirtiler	**n**	**%**	**n**	**%**
Yorgunluk	159	85,0	158	84,5
Baş Ağrıları	120	64,2	119	63,6
Güç Kaybı	120	64,2	119	63,6
Bulantı	100	53,5	98	52,4
Uyku Güçlükleri	94	50,3	94	50,3
Kilo Kaybı	92	49,2	91	48,7
Ağrı	85	45,5	78	41,7
Sersemlik Hissi	66	35,3	64	34,2
Eklem Sertliği	54	28,9	54	28,9
Soluk Almada Güçlük	53	28,3	47	25,1
Mide Yakınmaları	46	24,6	40	21,4
Hırıltılı Soluma	35	18,7	30	16,0
Gözlerde Yanma	31	16,6	25	13,4
Boğazda Yanma	16	8,6	13	7,0

Tablo 3’te hastalık algısı alt boyutu olan hastalık tipi kısmında katılımcıların yaşadıkları hastalık belirtileri ve hastalıkla ilişkilendirmesinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların en fazla yorgunluk (%85,0), baş ağrısı (%64,2) ve güç kaybı (%64,2) belirtilerini yaşadıkları ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirlenmiştir. Yorgunluğun %84,5, baş ağrısının %63,6 ve güç kaybının %63,6 hastalıkla ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri ve Olası Nedenler Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=187)

Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Ort±SS**	**Min-Maks**
Süre (Akut-Kronik) (6-30)*	23,3±4,30	11-30
Süre (Döndüsel) (4-20)*	11,86 ±3,57	4-20
Sonuçlar (6-30)*	17,56 ±4,88	6-30
Kişisel kontrol (6-30)*	19,53±4,58	6-30
Tedavi Kontrolü (5-25)*	14,87±3,13	6-25
Hastalığı anlayabilme (5-25)*	19,20± 3,82	9-25
Duygusal temsiller (6-30)*	18,04 ±5,38	6-30
Hastalık Nedenleri		
Risk faktörleri	16,19±5,01	7-57
Psikolojik atıflar	8,10±4,11	5-23
Bağışıklık	4,65±2,20	3-16
Kaza veya şans	3,20±0,16	2-8
*Ölçekten alınabilecek en yüksek- en düşük puan		

Tablo 4 ’te Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarına yönelik bulgular sunulmuştur. Katılımcıların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlardan, hastalığı anlayabilme algısı 19,20±3,82 süre (akut/kronik) algısı 23,3±4,30, kişisel kontrol algısı 19,53±4,58 ve duygusal temsiller algısı 18,04 ±5,38, puan aldıkları bulunmuştur. Katılımcıların en çok risk faktörlerini 16,19±5,01 olası hastalık nedenleri olarak gördükleri tespit edilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı(n=187)

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	**Ort±SS**	**Min-Maks**
Kendini Damgalama (7-35)*	11,55±5,68	7-28
Damgalamayla Baş Etme (5-25)*	12,97±4,41	5-24
Sağlık Bakım Etkinliği (4-20)*	13,28 ±3,72	4-20
Tedavi Uyumu (5-25)*	21,08±4,52	10-25
*Ölçekten alınabilecek en yüksek - en düşük puan		

Tablo 5'de Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmiştir. Araştırmada Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde Ölçeğin Kendini Damgalama alt boyutunun puan ortalaması 11,55±5,68, Damgalamayla Baş Etme alt boyutunun puan ortalaması 12,97±4,41, Sağlık Bakım Etkinliği alt boyutunun puan ortalaması 13,28±3,72 ve Tedavi Uyumu alt boyutunun puan ortalaması 21,08±4,52'dir.

Tablo 6: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler Karşılaştırılması(n=187)

Tanıtıcı Bilgiler	**Hemodiyalize Katılım**		**İlaç Tedavisine Uyum**		**Sıvı Kısıtlamasına Uyum**		**Diyet Kısıtlamasına Uyum**	
	Ortanca (Q1-Q3)		Ortanca (Q1-Q3)		Ortanca (Q1-Q3)		Ortanca (Q1-Q3)	
Cinsiyet								
Kadın	600 (500-600)		200 (150-200)		150 (100-200)		100 (100-150)	
Erkek	600 (475-600)		200 (150-200)		100 (100-200)		100 (100-150)	
Test*/p	-0,743	0,457	-0,441	0,659	-0,780	0,436	-1,816	0,069
Medeni Durum								
Evli	600 (500-600)		200 (150-200)		100 (100-150)		100 (100-150)	
Bekar	525 (437-600)		200 (150-200)		150 (100-150)		100 (100-150)	
Test*/p	-1,711	0,087	-2,488	**0,013**	-0,124	0,901	-0,772	0,440

Tablo 6: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler Karşılaştırılması(n=187) (Devamı)

Eğitim Durumu								
Okur-yazar Değil	600 (500-600)		200 (150-200)		150 (100-150)		100 (100-150)	
İlköğretim	550 (500-600)		200 (150-200)		100 (100-150)		100 (100-150)	
Lise	475 (362-600)		200 (150-200)		150 (62-200)		150 (75-200)	
Üniversite ve Üzeri	500 (400-562)		150 (150-200)		100 (50-150)		100 (100-150)	
Test/p**	4,419	0,220	2,473	0,480	2,399	0,494	1,518	0,678
Ek Hastalık								
Var*	600 (475-600)		200 (150-200)		150 (100-150)		100 (100-150)	
Yok	600 (475-600)		200 (150-200)		100 (75-150)		100 (100-100)	
Test*/p	-0,176	0,861	-0,192	0,847	-1,952	0,051	-2,383	**0,017**
Diyaliz Süresi								
1-6 ay	512 (393-600)		200 (137-200)		150 (100-162)		100 (100-150)	
7-12 ay	500 (437-600)		200 (175-200)		100 (100-200)		100 (75-150)	
13-18 ay	600 (487-600)		150 (150-200)		150 (100-175)		150 (100-150)	
19-24 ay	600 (493-600)		200 (150-200)		100 (100-150)		100 (100-150)	
24 ve üzeri	600 (500-600)		200 (150-200)		100 (100-150)		100 (100-150)	
Test/p**	5,681	0,224	1,520	0,823	2,433	0,657	2,411	0,661

*Mann Whitney U test
** Kruskal Wallis test

Tablo 6'da son dönem böbrek yetmezliği uyum ölçeği alt boyut puanları ile sosyo-demografik ve tıbbi özellikler karşılaştırılmıştır. İlaç tedavisi uyum puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Z=-2,488; p=0,013). Evli olan grubun ilaç tedavisine uyum puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Diyet kısıtlamasına uyum puanı ile ek hastalığı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Z=-2,383, p=0,017). Ek hastalığı olan grubun diyet kısıtlamasına uyum puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Hastalık Algısı Ölçeği İlişkisi (n=187)

	Hemodiyalize Katılım		**İlaç Kullanımına Uyum**		**Diyete Uyum**		**Sıvı Kısıtlamasına Uyum**	
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	r	p	r	P	r	p	r	P
Kendini Damgalama	-0,176	**0,016**	0,108	0,141	0,050	0,495	-0,020	0,790
Damgalamayla Baş Etme	0,100	0,175	0,305	**0,000**	0,122	0,096	0,057	0,440
Sağlık Bakım Etkinliği	0,142	0,053	0,291	**0,000**	0,087	0,237	0,059	0,421
Tedavi Uyumu	0,220	**0,002**	0,264	**0,000**	0,110	0,134	0,069	0,345
Hastalık algısı ölçeği								
Süre (Akut-Kronik) Algısı	-0,107	0,145	0,175	**0,017**	-0,039	0,594	-0,036	0,623
Süre (Döngüsel) Algısı	-0,033	0,656	0,135	0,066	0,099	0,179	0,029	0,694
Sonuçlar Algısı	-0,032	0,667	0,173	**0,018**	0,113	0,123	0,130	0,075
Kişisel Kontrol Algısı	0,037	0,611	0,186	**0,011**	0,135	0,065	0,029	0,699
Tedavi Kontrolü Algısı	0,043	0,560	0,044	0,559	0,080	0,279	0,109	0,138
Hastalığı Anlayabilme Algısı	0,020	0,785	0,203	**0,005**	-0,065	0,379	-0,146	**0,046**
Duygusal Temsiller Algısı	-0,130	0,077	0,108	0,143	0,063	0,390	0,049	0,505
*Spearman Korelasyon Testi								

Tablo 7'de Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Hastalık Algısı Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği toplam puanı ile ilaç kullanımına uyum ($r=0,396$, $p\leq0,01$) ve diyete uyum ($r=0,156$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Kronik Hastalık Öz yönetim Ölçeği alt boyutu kendini damgalama ile hemodiyalize katılım ($r=-0,176$, $p<0,05$) düzeyleri arasında negatif yönde çok düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği alt boyutu damgalamayla baş etme ile ilaç kullanımına uyum ($r=0,305$, $p\leq0,01$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kronik Hastalık Öz yönetim Ölçeği alt boyutu sağlık

bakım etkinliği ile ilaç kullanımına uyum (r=0,291, p≤0,01) arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kronik Hastalık Öz yönetim Ölçeği alt boyutu tedavi uyumu ile hemodiyalize katılım (r=0,220, p<0,05) ilaç kullanımına uyum (r=0,264, p≤0,01) arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutu süre (akut-kronik) algısı (r=0,175, p≤0,01) sonuçlar algısı (r=0,173, p≤0,01), kişisel kontrol algısı (r=-0,186, p≤0,01) ve hastalığı anlayabilme algısı (r=0,203, p≤0,01) ile ilaç kullanımına uyum arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Ayrıca Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutu hastalığı anlayabilme algısı (r=-0,146 p≤0,01) ile sıvı kısıtlamasına uyum arasında negatif yönde çok düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir

Tablo 8. Hastalık Algısı ve Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi (n=187)

	ß	**SE**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
					Alt	**Üst**
Kendini Damgalama	-3,147	-0,193	2,094	0,038	-5,474	-0,821
Tedaviye Uyum	3,196	0,156	-2,669	0,008	0,185	6,207
*Bağımlı değişken=Hemodiyalize Katılım Toplam Puan F=4,068, R^2=0,082, p=0,003						
Damgalama ile baş etme	0,162	0,657	2,033	0,043	0,039	2,631
Medeni Durum (Bekar Olma)	-16,27	5,806	-2,802	0,006	-27,724	-4,816
*Bağımlı değişken=İlaç Kullanımına Uyum F=4,695, R^2=0,174, p=0,000						
Hastalığı Anlayabilme Algısı	-0,159	4,708	-2.197	0,029	-19,632	-1,055
*Bağımlı değişken= Sıvı Kısıtlamasına Uyum F=4,827, R^2=0,025, p=0,029						
Linear Regresyon Analizi						

Tablo 6'da araştırmaya katılan bireylerin tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin, regresyon analizi yer almaktadır. Analiz sonucuna göre hemodiyalize katılım düzeyindeki toplam değişim %8,2 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği

alt boyutu kendini damgalama ve tedaviye uyum tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,082). Kendini damgalama hemodiyalize katılım davranışlarını azaltmaktadır (ß=- 3,147). Tedaviye uyum hemodiyalize katılım davranışlarını artırmaktadır (ß= 3,196). İlaç kullanımındaki toplam değişim %17,4 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutu damgalama ile baş etme ve medeni durum tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,174). Damgalama ile baş etme ilaç kullanımına uyum davranışını artırmaktadır (ß=0,162). Medeni durum (bekar olma) ilaç kullanımına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-16,27). İlaç kullanımındaki toplam değişim %2,5 oranında damgalama ile baş etme tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,025). Hastalığı anlayabilme algısı sıvı kısıtlamasına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-0,159).

5.TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde hastalık algısı ve öz yönetimin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; hemodiyalize katılım düzeyindeki toplam değişim %8,2 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutu kendini damgalama ve tedaviye uyum tarafından açıklanmaktadır (R2=0,082). Kendini damgalama hemodiyalize katılım davranışlarını azaltmaktadır (ß=- 3,147). Tedaviye uyum hemodiyalize katılım davranışlarını artırmaktadır (ß= 3,196). İlaç kullanımındaki toplam değişim %17,4 oranında kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutu damgalama ile baş etme ve medeni durum tarafından açıklanmaktadır (R2=0,174). Damgalama ile baş etme ilaç kullanımına uyum davranışını artırmaktadır (ß=0,162). Medeni durum (bekar olma) ilaç kullanımına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-16,27). İlaç kullanımındaki toplam değişim %2,5 oranında damgalama ile baş etme tarafından açıklanmaktadır (R2=0,025). Hastalığı anlayabilme algısı sıvı kısıtlamasına uyum davranışını azaltmaktadır (ß=-0,159).

Çalışmalar incelendiğinde hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin oldukça değişken olduğu, ancak araştırmaların büyük bölümünde hastaların düşük düzeyde uyum gösterdiği görülmektedir (132,133,134,135,136). Ayrıca bu çalışmada ilaç tedavisi ve hemodiyalize uyumun diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumdan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda, bizim çalışmamıza benzer şekilde ilaç tedavisine uyumun, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyuma göre daha iyi düzeyde olduğudur (133,137,138).

Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlama bireylerin yaşamlarına sınırlılıklar getiren, ilaç kullanma ise sınırlılık gerektirmeyen bir durumdur. Bu nedenle hastalarımızın diyet ve sıvı kısıtlamasına göre ilaç tedavisine uyumlarının daha iyi düzeyde olduğu değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, hemodiyalize katılım puanlarının yüksek olmasının sebebi, kurumun hastaları evlerinden alıp kuruma

ulaştıran servis imkanına sahip olmasıdır. Kişisel ulaşım kullanan hastaların diyaliz seanslarına uyma olasılığının, diğer ulaşım araçlarını (taksi) kullananlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (139).

Literatürde, kişisel ulaşımın diyaliz seanslarına uyma üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamış olsa da kişisel ulaşımın mevcudiyeti ile sağlık hizmetlerine erişim arasında önemli ve olumlu ilişkiler bulunmuştur (140).

Çalışmada evli olan grubun ilaç tedavisine uyumları bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde evli olmanın ilaç kullanımına uyum davranışını artırdığı bulunmuştur (130,141,142). Sosyal destek, aile üyeleri tarafından sağlanan fiziksel ve duygusal destek ile profesyonel yardım veya toplum destek gruplarının sağladığı yardımı kapsamaktadır (143). Bu bağlamda evli olan son dönem böbrek yetmezliği hastalarının, ilaca uyumlarının yüksek olmasının sebebi, hastalığa ilişkin sosyal destek gereksinimlerinin fazla olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada en sık görülen ek hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olarak belirlenmiştir. Ek hastalığı olanlarda diyet tedavisine uyum daha yüksek bulunmuştur. Ahrari ve ark. (2014) hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde uyumu tanı alınmış ek hastalıkları kategorize edilerek değerlendirilmiş, hipertansiyon ve kalp yetmezliği varlığına rağmen sıvı kontrolüne uyum, ilaca uyum, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin daha iyiyken, diyabeti olan hastalarda tam tersini bulmuştur (144). Bu bulguların aksine Acar (2018), ek kronik hastalık varlığının diyet, sıvı kontrolü ve ilaç uyum düzeylerini etkilemediğini saptamıştır (137). Opiyo ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada hipertansiyon en yaygın eşlik eden hastalık olmasına rağmen, hipertansiyon ile diyet reçetelerine uyum arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (145). Bununla birlikte, nitel bulgular böbrek hastalığının şiddetinin ve ilişkili eşlik eden hastalıkların, kısıtlı yiyecekleri tüketmenin sonuçlarından biri olduğunu göstermiştir. Bizim hastalarımızda ek hastalık varlığının diyet kısıtlamasına uyum davranışını arttırmasının nedeni diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklarda kliniklerde hastalara verilen eğitimlerden kaynaklı olabileceği değerlendirilmiştir.

Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi: Kronik hastalıklarla yaşayan hastalar, sağlıklarını ve günlük yaşamlarını sürdürmekte zorluk çekmelerinin yanı sıra, hastalıklarıyla ilgili damgalanma ile de karşılaşırlar. Damgalanma, hastaların diğerlerinden olumsuz stereotiplere dayalı ayrımcılığa uğramaları ve bu stereotipleri içselleştirmeleri olarak tanımlanır (146). Bu durum, hastaların öz saygılarını etkileyerek sosyal izolasyona yol açabilir ve hastaların sağlık hizmetlerine başvurma konusunda isteksizlik yaşamalarına neden olabilir (147). Hemodiyaliz hastaların yaşamlarını uzatırken aynı zamanda hastaların diyaliz tedavisine bağımlı olmaları, sürekli tıbbi tedavi almaları ve yaşam tarzlarını değiştirmeleri gerektiği anlamına da gelmekte ve hastaların damgalanmış hissetmelerine neden olmaktadır (148). Lu ve ark. 2024 yılında hemodiyaliz hastalarında damgalama ile ilişkili faktörler üzerine yaptıkları meta analizde, hastaların belirgin bir damgalamaya sahip olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarda diyet yönetimi, sıvı alımı kısıtlamaları, diyalize bağımlılık nedeniyle seyahat edememe, özgürlüğün kaybedileceği, hastaların yaşam tarzlarını değiştirmeleri ve diğerlerinden farklı olmalarını gerektireceğini göstermektedir. Bu faktörler hastalığın doğasına bağlı olarak hastanın gizleme, dikkat çekmeme isteğini artırabilmektedir (148,149,150). Başka bir çalışmada ise damgalanma, başkalarının olumsuz değerlendirilmesinden kaynaklanan azalan öz saygı ve öz yeterlilik yoluyla tedavi uyumunun azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (151). Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler ile damgalamanın etkileri hakkında yapılan niteliksel çalışmalarda, diyet ve sıvı kısıtlamasına uymanın hastalarda zorluk yarattığı, hastaların damgalanmamak için başkaları ile yemek yemekten kaçındığı, sıvı kısıtlamasını ve yemek yemeyi reddettiği bildirilmiştir (152,153,154). Literatürle benzer bir şekilde bu çalışmada kendini damgalama azaldıkça ve tedaviye uyum arttıkça hemodiyalize katılım davranışı arttığı, damgalamayla baş etme arttıkça ilaç kullanımına uyum davranışının arttığı bulunmuştur. Bu durum etkili sosyal destek alan hastalar toplum tarafından daha az damgalanacağını düşündürerek tedaviye uyumlarının daha iyi olacağını öngörmemize neden olabilmektedir (155). Etkili sosyal destek, hastaların kendi öz yönetimlerini anlama ve güçlendirme isteklerini artırabilir.

Hastalık Algısının Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi: Hastalığın anlaşılabilirliği, hastaların hastalık kontrolü ve tedavi uyumunu olumlu yönde etkiler.

Ancak, mevcut çalışmada hastalığı anlama algısı arttıkça sıvı kısıtlamasına uyumun azaldığı bulunmuştur. Gündüz ve Yılmaz Karabulutlu (2016), hastalığı anlama düzeylerinin ve tedavinin yararına olan inançların tedavi devamlılığında önemli olduğunu vurgulamaktadır (156).Benzer çalışmalar, hastalığı anlamayan hastaların tedaviye uyumda daha başarısız olduğunu göstermektedir. Acar (2018) ve Broadbent ve arkadaşlarının (2006) çalışmaları, hastalığı anlama algısı yüksek olan hastaların sıvı kısıtlamasına daha iyi uyum sağladığını göstermektedir (138,157). Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı semptomlar ve sıvı kısıtlaması, yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesini iyileştirmek için sıvı kısıtlamasına uyumun artırılması gereklidir (158). Kronik hastalıklarda hastalığı anlama algısı, hastaların tepkilerini ve ruhsal girişimlerini anlamada önemlidir(159).Hastalığın pozitif algılanması, benlik saygısını ve otonomiyi olumlu etkilerken, özellikle son dönem böbrek hastalığında tedaviye uyumun önemli bir belirleyicisidir(160). Uzun süre diyaliz tedavisi gören bireylerde, tedavi sonuçlarına ilişkin algı daha olumsuz olabilmekte ve tedavi uyumsuzluğu ile ilişkilendirilmektedir. Bu bulguların doğruluğunu test etmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedaviye uyum, öz yönetim ve hastalık algısı değerlendirilip aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

Tedaviye uyumu yordayan faktörler incelendiğinde;

• Evli olan bireylerin ilaç kullanımına uyum davranışı yüksektir.

• Ek hastalığı olanların olmayanlara göre, tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür.

• Damgalamaya maruz kalan hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hemodiyalize katılım davranışları azalmaktadır.

• Damgalama ile baş etme yetenekleri yüksek olan hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin ilaç kullanımına uyumları artmaktadır.

• Tedaviye uyumu yüksek olan hastaların hemodiyalize katılım davranışları artmaktadır.

• Hastalığı anlayabilme algısı sıvı kısıtlamasına uyum davranışını azaltmaktadır.

6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler;

• Hemodiyaliz tedavisi gören bireylere hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında kapsamlı bilgi ve eğitim sağlamalıdır.

• Eğitimler, hastalık algısını olumlu yönde etkileyerek tedavi uyumluluğunu artırabilir.

• Hastalığı anlayabilme algısının tedaviye uyum ile ilişkili faktör olması nedeniyle hastalık algısı ile ilgili verilerin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

• Hemşireler, hastaların öz yönetim becerilerini geliştirmek için öz yönetim programları hazırlamalı ve psikolojik destek sunmalıdır.

• Tedavi planları, bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmalı ve düzenli izlenmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Süleymanlar G., Utaş C., Arınsoy T. Et Al. (2011), Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı İle İlgili Toplum Temelli Bir Araştırma—Credıt Çalışması. Nefroloji Diyaliz Nakli , 26.6: 1862-1871.
2. https://www.turkjnephrol.org/ *Erişim Tarihi 20.09.2024*
3. Liyanege T., Ninomiya T., Jha V., Et Al. Worldwide Access To Treatment For Endstage Kidney Disease: A Systematic Review. The Lancet, 2015, 385.9981: 1975- 1982
4. Jesus, Nm, Souza, Gfd, Mendes-Rodrigues, C., Almeida, Opd, Rodrigues, Ddm Ve Cunha, Cm (2019). Diyalize Giren Kronik Böbrek Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam 2Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L. Y., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., ... & Shahinian, V. (2019). US renal data system 2018 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. American journal of kidney diseases, 73(3), A7-A8
5. Levin A ,Stevens Beden Eğitimi. KDIGO 2012 CKD kılavuzunun özeti: perde arkası, rehberliğe ihtiyaç ve ileriye doğru hareket etmek için bir çerçeve . Kidney Int 2014 ; 85 : 49 – 61 .doi:10.1038/ki.2013.444pmidhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24284513
6. Li PK-T ,Garcia-Garcia G ,Lui S-F ve diğerleri. Her yerde herkes için böbrek sağlığı - önlemeden tespite ve bakıma eşit erişime kadar . Blood Purif 2021 ;Kaliteleri. Brezilya Nefroloji Dergisi , 41 , 364-374
7. Lopez-Vargas PA ,Tong A ,Howell M ve diğerleri. CKD'li Hastalar İçin Eğitimsel Müdahaleler: Sistematik Bir İnceleme . Am J Kidney Dis 2016 ; 68 : 353 – 70 .doi:10.1053/j.ajkd.2016.01.022 pmid: http://ww Clarke AL, Yates T, Smith AC,

8. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Et Al. (2015) A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Brief İllness Perception Questionnaire. Psychology & Health 30:1361–1385

9. Tasmoc, A., Hogas, S., & Covic, A. (2013). A longitudinal study on illness perceptions in hemodialysis patients: changes over time. Archives of medical science, 9(5), 831-836.

10. Kim S, Kim E, Ryu E, Illness Perceptions. Self-Care Management, and Clinical Outcomes According to Age-Group in Korean Hemodialysis Patients. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(22). Epub 2019/11/27. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph16224459. PubMed PMID: 31766240; PubMed Central PMCID: PMCPMC6888085.

11. Kale, M. S., Federman, A. D., Krauskopf, K., Wolf, M., O'Conor, R., Martynenko, M., ... & Wisnivesky, J. P. (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. PloS one, 10(4), e0123937

12. van der Have, M., Brakenhoff, L. K., van Erp, S. J., Kaptein, A. A., Leenders, M., Scharloo, M., ... & Fidder, H. H. (2015). Back/joint pain, illness perceptions and coping are important predictors of quality of life and work productivity in patients with inflammatory bowel disease: a 12-month longitudinal study. Journal of Crohn's and Colitis, 9(3), 276-283.

13. Ng, J. H., Vialet, J., & Diefenbach, M. A. (2021). Illness perception in patients with chronic kidney disease and kidney failure: a scoping review protocol. BMJ open, 11(2), e042

14. Lukoševičiūtė J, Šmigelskas K. Causal item of brief illness perception Questionnaire (BIPQ) scale: the main categories. Health Psychol Res. 2020;8(1):8485. https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8485. Epub 2020/06/13

15. Knowles, S., Swan, L., Salzberg, M., Castle, D., & Langham, R. (2014). Exploring the relationships between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity in a chronic kidney disease cohort. The American journal of the medical sciences, 348(4), 271-276

16. Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. Journal of psychosomatic research, 68(2), 203-21

17. Seyyedrasooli, A., Parvan, K., Rahmani, A., & Rahimi, Z. (2013). Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial.298. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042298

18. Jansen, D. L., Heijmans, M. J., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W., ... & Groenewegen, P. P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions?. British journal of health psychology, 18(2), 244-262.

19. Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. (2010). An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital-vs. home-based dialysis modalities. Journal of psychosomatic research, 69(4), 363-370.

20. Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. PloS one, 11(7), e0154299.

21. Meuleman, Y., De Goeij, M. C., Halbesma, N., Chilcot, J., Dekker, F. W., Van Dijk, S., & PREPARE-2 Study Group. (2015). Illness perceptions in patients on predialysis care: associations with time until start of dialysis and decline of kidney

22. Fowler C, Baas LS(2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. Nephrol Nurs J;33:173-4, 179-86–173-4, 79-86. [PubMed] [Google Scholar]

23. Van Smoorenburg, A. N., Hertroijs, D. F., Dekkers, T., Elissen, A. M., & Melles, M. (2019). Patients' Perspective On Self-Management: Type 2 Diabetes İn Daily Life. Bmc Health Services Research, 19, 1-8.

24. Office Of Disease Prevention And Health Promotion. (2000). Us Department Of Health And Human Services: Healthy People 2010. Http://Www/Health/Gov/Healthypeople/

25. Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., ... & Owolabi, M. O. (2020). Global, Regional, And National Burden Of Chronic Kidney Disease, 1990–2017: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2017. The Lancet, 395(10225), 709-733.

26. Gilbert, S. F., & Weiner, D. E. (Eds.). (2022). National Kidney Foundation Primer On Kidney Diseases, E-Book. Elsevier Health Sciences

27. Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic Kidney Disease. The Lancet, 379(9811), 165-180.

28. Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions To Support Behavioral Self-Management Of Chronic Diseases. Annual Review Of Public Health, 40, 127–146. Https://Doi.Org/10.1146/Annurev-Publhealth-040218-044008

29. Özkurt, S., Sağlan, Y., Gölgeli, H., Sağlan, R., Balcıoğlu, H., Bilge, U., & Ünlüoğlu, İ. (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 17(4).

30. Topbaş, E., & Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu Ile Diyaliz Tedavisi Ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 12(1), 36-42.

31. Süleymanlar, G. (2007). Kronik Böbrek Hastalığı Ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri Ve Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences, 3(38), 1-7.

32. KDIGO,2013; Levey As Et Al. The Definition, Classification, And Prognosis Of Chronic Kidney Disease: A Kdıgo Controversies Conference Report. Kidney Int. 2011 Jul;80(1):17-28

33. Hill Nr , Fatoba St, Oke Jl, Et Al. Global Prevalence Of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review And Meta-Analysis. Plos One 2016; 11: E0158765.

34. 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., … Murray, C. J. L. (2018). Forecasting Life Expectancy, Years Of Life Lost, And AllCause And Cause-Specific Mortality For 250 Causes Of Death: Reference And Alternative Scenarios For 2016-40 For 195 Countries And Territories. Lancet (London, England), 392(10159), 2052–2090. Https://Doi.Org/10.1016/S0140-6736(18)31694

35. Tuot Ds, Plantinga Lc, Hsu C, Et Al. Chronic Kidney Disease Awareness Among İndividuals With Clinical Markers Of Kidney Dysfunction. Clin J Am Soc Nephrol 2011; 6: 1838-44. 3

36. Süleymanlar G., Utaş C., Arınsoy T. Et Al.2011, Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı ile İlgili Toplum Temelli Bir Araştırma—Credıt Çalışması. Nefroloji Diyaliz Nakli,26.6: 1862-1871.

37. Https://Nefroloji.Org.Tr/Tr/Icerik/Haberler-1/Turk-Nefroloji-Dernegi-2017-KayitSistemi-Verileri-173 Erişim Tarihi :18.08.2024

38. Bankur, M. Ve Ağırbaş, İ. (2023). Diyaliz Tedavisi Maliyetlerinin Karşılaştırılması. Sosyal Güvence (22), 880-905. Https://Doi.Org/10.21441/Sosyalguvence.1187468

39. Seyahi N, Ates K, Suleymanlar G (2018). Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2016 Yılı Özet Raporu. Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi, 27(2), 133 – 139

40. Demiralp, İ. (2023). Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ile Semptom Şiddeti Ilişkisi (Master's Thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).

41. Güngör, Ö (2021)Nefroloji Kitabi (Doctoral Dissertation, Ankara Üniversitesi).

42. Özcan, G. (2016). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Beyaz Cevher Değişikliklerinin Beyin Diffüzyon Tensör Görüntüleme Ile Değerlendirilmesi

43. Erkmen, P. E. (2018). Böbrek Nakli Alıcılarında Sitomegalovirus Enfeksiyonu Ve Hastalığının Araştırılması: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi (Doctoral Dissertation, Dokuz Eylul Universitesi (Turkey)).

44. Akdemir N.,Birol L,2022,İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı

45. Tanrıverdi,Mh. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi, 2(2), 27-32

46. Yalçin, A. U., & Akpolat, T. (2019). Kronik Böbrek Yetmezliği

47. Griva, K., Yoong, R. K., Nandakumar, M., Rajeswari, M., Khoo, E. Y., Lee, V. Y., ... & Newman, S. P. (2020). Associations Between Health Literacy And Health Care

48. Taş, D., & Akyol, A. (2017). Egzersiz Ve Kronik Böbrek Yetmezliği. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 12(1), 10-19.

49. Süleymanlar, G., Ateş, K., Ve Seyahi, N. (2020). Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon- Registry 2019. Türk Nefroloji Derneği- Tnd .01.02.2024 Tarihinde Http://Www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Registry_2019.Pdf Adresinden Erişildi

50. Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. The Lancet, 389(10075), 1238-1252

51. Chronic Kidney Disease: A Kdıgo Controversies Conference Report. Kidney Int. 2011 Jul;80(1):17-28

52. Gbd Chronic Kidney Disease Collaboration (2020). Global, Regional, And National Burden Of Chronic Kidney Disease, 1990-2017: A Systematic Analysis For The Global

53. https://shgm.saglik.gov.tr/TR-73672/kronik-bobrek-hastaligi-klinik-protokolu.html *Erişim Tarihi:20.09.2024*

54. KDIGO ,2017; Levey As Et Al. The Definition, Classification, And Prognosis Of CKD

55. Ammirati, A. L. (2020). Chronic Kidney Disease. Revista Da Associação Médica Brasileira, 66(Suppl 1), S03-S09.

56. Bayram, M. T., Yıldız, G. (2021). Böbrek Hastalıklarının Tanısında Kullanılan Laboratuvar Yöntemleri. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi , 30(1), 69 - 79.

57. Rhee, C. M. Ve Kovesdy, C. P. 2015. Spotlight On Ckd Deaths—İncreasing Mortality Worldwide. Nature Reviews Nephrology, 11(4), 199-200.

58. Gounden, V., Bhatt, H., & Jialal, I. (2024). Renal Function Tests. In Statpearls [Internet]. Statpearls Publishing.

59. Tapper, M., Mcgrowder, D. A., Dilworth, L., & Soyibo, A. (2021). Cystatin C, Vitamin D And Thyroid Function Test Profile İn Chronic Kidney Disease Patients. Diseases (Basel, Switzerland), 9(1), 5. Https://Doi.Org/10.3390/Diseases9010005

60. Lee, W., Kim, Y., Chang, S., Lee, A. J., & Jeon, C. H. (2017). The İnfluence Of Vitamin C On The Urine Dipstick Tests İn The Clinical Specimens: A Multicenter Study. Journal Of Clinical Laboratory Analysis, 31(5), E22080. Https://Doi.Org/10.1002/Jcla.220

61. Denic, A., Glassock, R. J., & Rule, A. D. (2016). Structural And Functional Changes With The Aging Kidney. Advances İn Chronic Kidney Disease, 23(1), 19–28. Https://Doi.Org/10.1053/J.Ackd.2015.08.004

62. Biçer, H., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlik Düzeyleri Ve Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 3(2), 1-9.

63. Ku, E., Lee, B. J., Wei, J., & Weir, M. R. (2019). Hypertension İn Ckd: Core Curriculum 2019. American Journal Of Kidney Diseases, 74(1), 120-131

64. Pearce, N., & Caplin, B. (2019). Let's Take The Heat Out Of The Ckdu Debate: More Evidence İs Needed. Occupational And Environmental Medicine, 76(6), 357-359.

65. Cockwell, P., & Fisher, L. A. (2020). The Global Burden Of Chronic Kidney Disease. The Lancet, 395(10225), 662-664.

66. Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic Kidney Disease. Lancet (London, England), 398(10302), 786–802. Https://Doi.Org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5

67. Zarantonello, D., Rhee, C. M., Kalantar-Zadeh, K., & Brunori, G. (2021). Novel Conservative Management Of Chronic Kidney Disease Via Dialysis-Free İnterventions. Current Opinion İn Nephrology And Hypertension, 30(1), 97-107

68. Korkmaz, S. A.,Topbaş, E. (2023). Böbrek Sağlığının Korunması Ve Böbrek Hastalıklarının Önlenmesinde Ulusal Ve Uluslararası Eylem Planları/National And International Action Plans İn Protecting Kidney Health And Preventing Kidney Diseases. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 18(1), 45-61.

69. Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10(1), 53-59.

70. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017; 12(1): 20-28

71. Zhang, F., Bai, Y., Zhao, X., Huang, L., Wang, W., Zhou, W., & Zhang, H. (2022). Therapeutic Effects Of Exercise İnterventions For Patients With Chronic Kidney Disease: An Umbrella Review Of Systematic Reviews And Meta-Analyses. Bmj Open, 12(9), E054887.

72. Altıparmak, Ö. (2021). Kronik Böbrek Hastalarında Ilaç Kullanımının Değerlendirilmesinde Klinik Eczacının Rolü Ve Kronik Böbrek Hastalığı Öz-Yönetim Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Marmara Universitesi (Turkey).

73. Erdem, D., Erdem, M., Kayabaşı, H., Şit, D., Yetmiş, M., & Yüce, E. (2018). Evre V Aşamasına Gelen Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Diyaliz Başlangıcındaki Yaş, Etiyoloji ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turk Neph Dial Transpl, 27(2), 140-145.

74. Görgen, Ö., Topbaş, E. Ve Bingöl, G. (2018). Türkiye'de Hemşirelik Müfredat Programında Diyaliz Hemşireliğinin Yeri Ve Önemi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi , 13 (2), 62-70.

75. Abatay, S. N., & Akyol, A. (2024). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Sıvı Kontrolüne Uyum İle Hastalık Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 19(1), 1-17.

76. Sezen A. Hemodiyaliz. In: Diyaliz El Kitabı. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2013.P.56-71.

77. Özkan, Z. K., Ünver, S., Çetin, B., & Ecder, T. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kontrolüne Yönelik Uyumlarının Belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 14(1), 10-16.

78. Özşaker, E. (2021). Böbrek Nakli: Covid-19 Etkisi. Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3), 352-360. Https://Doi.Org/10.52976/Vansaglik.944910

79. Kalayci, M. (2019). MEDICAL BIOCHEMISTRY.

80. Wolfe, R. A., Mccullough, K. P., & Leichtman, A. B. (2009). Predictability Of Survival Models For Waiting List And Transplant Patients: Calculating Lyft. American Journal Of Transplantation, 9(7), 1523-1527.

81. Duranay, M. (2019). Hipertansiyon Diyaliz Ve Transplantasyon Vakfı

82. Axelrod, D. A., Schnitzler, M. A., Xiao, H., Irish, W., Tuttle-Newhall, E., Chang, S. H., ... & Lentine, K. L. (2018). An Economic Assessment Of Contemporary Kidney Transplant Practice. American Journal Of Transplantation, 18(5), 1168-1176

83. Kordan, Y., & Yavaşçaoğlu, İ. (2006). Canlı Verici Adayının Hazırlanması Ve Nefrektomi. Turkiye Klinikleri Journal Of Surgical Medical Sciences, 2(21), 21-25

84. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach Ma, Leventhal Ea, Patrick-Miller L, Et Al. Illness Representations: Theoretical Foundations. Kj Petrie, J Weinman (Eds), Perceptions Of Health And Illness: Current Research And Applications, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1997, P.19-45.

85. Chilcot J. Patient’s perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. Clin Kidney J. 2016;9(3):494–502. https://doi.org/10.1093/ckj/sfw014. Epub 2016/06/09w.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27020884ÇaprazRefPubMedGoogle Akademik

86. Karakuşak, H. (2022). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı Ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune Hastanesi Örneği) (Master's Thesis, Necmettin Erbakan University (Turkey)).

87. Sawyer, A. T., Harris, S. L., & Koenig, H. G. (2019). Illness Perception And High Readmission Health Outcomes. Health Psychology Open, 6(1), 2055102919844504

88. Yılmaz Karabulutlu, E., & Karaman, S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 2(3), 271-284. Https://Doi.Org/10.17681/Hsp.84549

89. Yildirim, N. K., Okanli, A., Karabulutlu, E. Y., Karahisar, F., & Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarinin Anksiyete Ve Depresyon Belirtilerine Hastalik Algisinin Etkisi: Çok Merkezli Bir Çalisma/Effects Of İllness Perception On Anxiety And Depressive Symptoms İn Hemodialysis Patients: A Multi-Center Study. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14(3), 252

90. Kim, Y., & Evangelista, L. S. (2010). Relationship Between İllness Perceptions, Treatment Adherence, And Clinical Outcomes İn Patients On Maintenance Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 37(3), 271–281.

91. Jansen, D. L., Heijmans, M. J., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Kaptein, A. A., & Groenewegen, P. P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions?. British journal of health psychology, 18(2), 244–262. https://doi.org/10.1111/bjhp.12002

92. Chilcot, J. J. (2010). Studies of depression and illness representations in end-stage renal disease (Doctoral dissertation). University of Hertfordshire, UK

93. Covic, A., Seica, A., Mardare, N., & Gusbeth-Tatomir, P. (2006). A longitudinal study on changes in quality of life and illness representations in long-term hemodialysis patients with low comorbidity. Medica – A Journal of. Clinical Medicine, 1, 12–19

94. Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. (2008). A longitudinal investigation of illness and treatment cognition pre to post kidney transplantation. Psychology & Health abstracts book 22nd annual conference of the European Health Psychology Society, 23(Suppl. 1), 134.

95. Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. P. (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. British Journal of Health Psychology, 14, 17–34. doi:10.1348/135910708X292355

96. Timmers, L., Thong, M., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Heijmans, M., Rijken, M., … Kaptein, A. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. Psychology & Health, 23, 679–690. doi:10.1080/14768320701246535

97. McGowan, P. (2005, September). Self-management: a background paper. In New perspectives: international conference on patient self-management (pp. 1-10

98. Sevick, M. A., Trauth, J. M., Ling, B. S., Anderson, R. T., Piatt, G. A., Kilbourne, A. M., & Goodman, R. M. (2007). Patients with complex chronic diseases: perspectives on supporting self-management. Journal of general internal medicine, 22, 438-444.

99. Ong, S. W., Fernandes, O. A., Cesta, A., & Bajcar, J. M. (2006). Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer. Annals of Pharmacotherapy, 40(3), 408-413

100. Kutner, N. G., Zhang, R., McClellan, W. M., & Cole, S. A. (2002). Psychosocial predictors of non- compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. Nephrology Dialysis Transplantation, 17(1), 93-99.

101. Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrology Nursing Journal, 35(2), 147.

102. Thomas-Hawkins, C., & Zazworsky, D. (2005). Self-Management of Chronic Kidney Disease: Patients shoulder the responsibility for day-to-day management of chronic illness. How can nurses support their autonomy?. AJN The American Journal of Nursing, 105(10), 40

103. Curtin, R. B., Walters, B. A., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. Advances in chronic kidney disease, 15(2), 191-205

104. Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An Educational Project for Patients On Hemodialysis to Promote Self-Management Behaviors of End Stage Renal Disease. Nephrology Nursing Journal, 38(6).

105. Thomas, N., Bryar, R., & Makanjuola, D. (2008). Development of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease (CKD). Journal of Renal Care, 34(3), 151-158

106. Chen, S. H., Tsai, Y. F., Sun, C. Y., Wu, I. W., Lee, C. C., & Wu, M. S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—a prospective randomized controlled trial. Nephrology Dialysis Transplantation, 26(11), 3560-3566.

107. Nakamoto, H. (2007). Telemedicine system for patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. Peritoneal dialysis international, 27(2_suppl), 21-26.

108. Murali, S., Arab, L., Vargas, R., Rastogi, A., Ang, A., & Shetty, N. (2013). Internet-based tools to assess diet and provide feedback in chronic kidney disease stage IV: a pilot study. Journal of Renal Nutrition, 23(2), e33-e42.

109. Solomon, M. R. (2008). Information technology to support self-management in chronic care: a systematic review. Disease Management & Health Outcomes, 16, 391-401.

110. Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions To Support Behavioral Self-Management Of Chronic Diseases. Annual Review Of Public Health, 40, 127–146. Https://Doi.Org/10.1146/Annurev-Publhealth-040218-044008:

111. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. Lancet. 2020;395(10225):662-664

112. Murali, K. M., & Lonergan, M. (2020, November). Breaking The Adherence Barriers: Strategies To İmprove Treatment Adherence İn Dialysis Patients. In Seminars İn Dialysis (Vol. 33, No. 6, Pp. 475-485

113. Tayaz, E., & Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarinda Semptom Yönetimi Ve Hemşirelik. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(1), 147-156.

114. Bakan, G., & Fh, I. (2021). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu Ve Sağlık Okuryazarlığı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 12(28), 81-7.

115. Tayebi A., Rahimi A., Einollahi B., Mirsadeghi A., Hashemi S. (2019). The Effect Of Continues Care Model On Adherence To Treatment İn Hemodialysis Patients. J. Crit. Care Nurs. 12, 42–47

116. Green JA, Mor MK, Shields AM, et al. (2011) Prevalence and demographic and clinical associations of health literacy in patients on maintenance hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol.;6(6):1354-1360

117. Alikari V, Tsironi M, Matziou V, et al (2019) The impact of education on knowledge, adherence and quality of life among patients on haemodialysis. Qual Life Res.;28(1):73-83

118. Barnett, T., Li Yoong, T., Pinikahana, J., & Si-Yen, T. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference?. Journal of advanced nursing, 61(3), 300–306. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04528.

119. Bülbül, E., & Demiroglu, S. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki. *Karya Journal of Health Science*, *4*(1), 1-5.

120. Biçer, S., Şahin, F., & Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz Hastalarinin Yeterli Diyaliz Hakkinda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi Ve Bu Konuda Eğitilmesi. Bozok Tıp Dergisi, 3(3),36-43

121. Wang, F., He, K., Wang, J., Zhao, M. H., Li, Y., Zhang, L., ... & Bragg-Gresham, J. L. 2018). Prevalence And Risk Factors For CKD: A Comparison Between The Adult Populations İn

122. Debone, M.C., Pedruncci, E.D.S.N., Candido, M.D.C.P., Marques, S., Kusumota, L. 2017). Nursing Diagnosis İn Older Adults With Chronic Kidney Disease On Hemodialysis. Revista Brasileira De Enfermagem, 70(4), 800-805

123. Akyol, A. (2013). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (Sdby) Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1), 32-41

124. Nurjannah, I., & Mailani, F. (2016). The Most Frequent Diagnosis On Patients Undergoing Hemodialysis. International Journal Of Research In Medical Sciences, 4(10), 4453-4457.

125. Kulaksız, A. T. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(6), 407-414.

126. Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing The Cognitive Representation Of Illness. Psychology And Health, 11(3), 431-445.

127. Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(4), 271-280.

128. Ngai, Ssy., Cheung, Ck., Ng, Yh., Tang, Hy., Ngai, Hl., Wong, Khc. Development And Validation Of The Chronic Illness Selfmanagement (Cism) Scale: Data From A Young Patient Sample In Hong Kong. Children And Youth Services Review,2020;114-105077. Https://Doi.Org/10.1016/J.Childyouth.2020.105077.

129. Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. & Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. Journal Of Academic Value Studies, 7(3), 375-381. Http://Dx.Doi.Org/10.29228/Javs.52376

130. Kim, Y., Evangelista, L. S., Phillips, L. R., Pavlish, C., & Kopple, J. D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (Esrd-Aq): Testing The Psychometric Properties In Patients Receiving In-Center Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal : Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 37(4), 377–393.85.

131. Ok, E. Ve Kutlu F. Y. (2019). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması Ve Psikometrik Özellikleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 427-437. Doi: 10.31067/0.2019.129

132. Zengin N, Ören B. Hemodiyaliz Hastalarının Tuzdan Kısıtlı Diyete Uyumlarının Incelenmesi.Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015, 2, 39-45.

133. Korkmaz Y. Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Ve Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Uyumsuzluk Ve Öz Etkililik Durumunun İncelenmesi, 2016, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 109.

134. Gökdoğan F, Kes D, Turgay G, Tuna D. Hemodiyaliz Hastalarının Hipertansiyon Yönetimine Ilişkin Evde Yaptıkları Uygulamalar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2017, 26(2), 196-203.

135. Günalay S, Taşkıran E, Mergen H. Hemodiyaliz Hastalarında Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi 2017, 3(1), 9-14

136. Naalweh KS, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Zyoud SH. Treatment Adherence And Perception In Patients On Maintenance Hemodialysis: A Cross – Sectional Study From Palestine. Bio Med Central Nephrology 2017, 18, 178187

137. Acar, D. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla Ilişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı (Master's Thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

138. Rambod M, Peyravi H, Shokrpour N, Sareban MT(2010) Dietary And Fluid Adherence In Iranian Hemodialysis Patients. The Health Care Manager, 29 (4), 359–364.

139. Alzahrani, A. M. A., & Al-Khattabi, G. H. (2021). Factors İnfluencing Adherence To Hemodialysis Sessions Among Patients With End-Stage Renal Disease İn Makkah City. Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation, 32(3), 763-773.

140. Mattson, J. (2011). Transportation, Distance, And Health Care Utilization For Older Adults In Rural And Small Urban Areas. Transportation Research Record, 2265(1), 192199.

141. Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D., & Zaidi, S. T. R. (2017). Medication Adherence Perspectives In Haemodialysis Patients: A Qualitative Study. BMC Nephrology, 18, 1-9

142. Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication Adherence Among Ambulatory Patients With Type 2 Diabetes In A Tertiary Healthcare Setting In Southwestern Nigeria. Pharmacy Practice, 9(2), 72

143. Doğan, B. K., & Öztürk, A. B. (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar İle Sosyal Destek Algısını Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 4(3), 28-36

144. Ahrari, S., Moshki, M., & Bahrami, M. (2014). The Relationship Between Social Support And Adherence Of Dietary And Fluids Restrictions Among Hemodialysis Patients In Iran. Journal Of Caring Sciences, 3(1), 11

145. Opiyo, R. O., Nyasulu, P. S., Olenja, J., Zunza, M., Nguyen, K. A., Bukania, Z., ... & Were, A. O. (2019). Factors Associated With Adherence To Dietary Prescription Among Adult Patients With Chronic Kidney Disease On Hemodialysis In National Referral

146. Capistrano, R. D. L., Sousa, A. R. D., Araújo, I. F. M., Almeida, E. S., Menezes, H. F. D., Silva, R. A., ... & Carvalho, E. S. D. S. (2022). Stigma Perceived By Men On Hemodialysis. Acta Paulista De Enfermagem, 35, Eape039008234.

147. Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining A Progressive Model Of Self-Stigma And Its Impact On People With Serious Mental Illness. Psychiatry Research, 189(3), 339-343.

148. Lu Wenwen, Huang Bihong, Cao Yanpei. Bakım Hemodiyaliz Hastalarında Damgalanmaya Ilişkin Araştırma Ilerlemesi [J] Journal Of Practical Clinical Medicine, 2024, 28(10): 145-148.DOI: 10.7619/Jcmp.20240140

149. Howren, M. B., Cozad, A. J., & Christensen, A. J. (2017). The Interactive Effects Of Patient Control Beliefs On Adherence To Fluid-Intake Restrictions In Hemodialysis: Results From A Randomized Controlled Trial. Journal Of Health Psychology, 22(13), 1642-1651.

150. Jia, S., Huang, B., Chu, Y., Lu, Y., & Mcarthur, A. (2016). Management Of NonAdherence To Fluid Intake Restrictions In Hemodialysis Patients In A Tertiary Hospital: A Best Practice Implementation Project. JBI Evidence Synthesis, 14(8), 309-322

151. Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. M. (2007). Measuring Self-Stigma Of Mental Illness In China And Its Implications For Recovery. International Journal Of Social Psychiatry, 53(5), 408-418

152. Griva, K., Ng, H. J., Loei, J., Mooppil, N., Mcbain, H., & Newman, S. P. (2013). Managing Treatment For End-Stage Renal Disease–A Qualitative Study Exploring Cultural Perspectives On Facilitators And Barriers To Treatment Adherence. Psychology & Health, 28(1), 13-29.

153. Manookian, A., Dehghan Nayeri, N., Yakubu, N. D., Tabari, F., Buunaaim, A. D. B. I., & Afoko, V. (2022). A Heideggerian Phenomenological Study Of The Lived Experiences Of Ghanaian Patients Living With End-Stage Renal Disease. Clinical Nursing Research, 31(4), 690-701.

154. Lee, E. J., Chang, A. K., & Chung, Y. C. (2021). Socioecological Factors Affecting Fluid Restriction Adherence Among Korean Patients Receiving Hemodialysis: A Qualitative Study. Journal Of Transcultural Nursing, 32(3), 239-247

155. Ma, L. -C., Liu, Y. -M., Lin, Y. -C., Liao, C. -T., Hung, K. -C., Chen, R., Lu, K. -C., Ho, K. -F., & Zheng, C. -M. (2022). Factors Influencing Self-Management Behaviors Among Hemodialysis Patients. Journal Of Personalized Medicine, 12(11), 1816. Https://Doi.Org/10.3390/Jpm12111816

156. Vélez-Vélez E, Bosch RJ,(2016)perception I. Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. J Adv Nurs;72:849–63. 10.1111/jan.12873 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

157. Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 60, 631–637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

158. Kaya, A. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Egzersiz Davranışı Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Ilişki (Master's Thesis, Balikesir University (Turkey)).

159. Karabulutlu, E. Y., & Gündüz, F. (2016). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalik Algisi, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(2)

160. Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness Representations Are Associated With Fluid Nonadherence Among Hemodialysis Patients. Journal Of Psychosomatic Research, 68(2), 203-212.

EKLER

EK -1

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1.TIBBİ TANI:	2.Doğum Tarihiniz:

3.Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐	4.Medeni Durum : Evli ☐ Bekar ☐

5.Bakımı ile İlgilenen kişi	
Çocuk	
Eş	
Bakıcı	
Diğer	

6.Eğim Durumu	
İlköğretim	
Lise	
Üniversite	
Üniversite ve üzeri	

7. Böbrek yetmezliği dışında kronik bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?

8..Ne zamandır diyaliz tedavisi alıyorsunuz? (Ay)

Hemodiyaliz (Ay)

EK 2.

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

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

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımım üzerinde ciddi etkileri var					

8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

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

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.
2.
3.

EK.3

Kendini Damgalama	1.Hastalığımdan dolayı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımdan dolayı kendimi diğerlerinden farklı	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımdan dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımdan dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımdan dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımdan bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalamayla Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sinirlendirmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakın Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim.*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

EK 4.

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ- UYUM ÖLÇEĞİ

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

1. Geçen ay boyunca kaç hemodiyaliz seansını tamamıyla kaçırdınız?

(a) Hiçbir hemodiyaliz seansını kaçırmadım

(b) Bir hemodiyaliz seansını kaçırdım

(c) İki hemodiyaliz seansını kaçırdım

(ç) Üç hemodiyaliz seansını kaçırdım

(d) Dört veya daha fazla hemodiyaliz seansını kaçırdım

2. Geçen ay hemodiyaliz seansınızı kaçırmanızın esas nedeni neydi?

(1) Hiçbir hemodiyaliz seansını kaçırmadım

(2) Ulaşım sorunları

(3) Başka işler yapmak zorundaydım(lütfen açıklayınız)

(4) Hemodiyaliz giriş yerinde(greft, fistül veya kateter) pıhtılaşma/ tıkanıklık

(5) Doktor randevusu

(6) Acil servise gitmek zorundaydım

(7) Hastanede yatıyordum

(8) Unuttum

(9) Gitmek istemedim veya gidemedim

(10) Diğer(Belirtiniz) _______

3. Geçen ay boyunca hemodiyaliz seansınızıkaç kez kısalttınız?

(a) Hemodiyaliz seansımı kısaltmadım

(b) 1 kez

(c) 2 kez

(ç) 3 kez

(d) 4-5 kez

(e) Diğer(sıklık belirtiniz)

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

(a) Hemodiyaliz süremi kısaltmadım

(b) 10 dakikadan az veya 10 dakika

(c) 11-20 dakika (d) 21- 30 dakika

(d) 31 dakikadan fazla

(e) Diğer(belirtiniz) _____

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

1. kısaltma: ……dakika

2. kısaltma: ……dakika

3. kısaltma: ……dakika

5. Hemodiyaliz seansınızı kısaltmanızın esas nedeni neydi?

(1) Hemodiyaliz süremi kısaltmadım

(2) Kramp

(3) Tuvalet kullanımı

(4) Huzursuzluk

(5) Düşük kan basıncı

(6) Hemodiyaliz giriş yerinde (greft, fistül veya kateter) pıhtılaşma/ tıkanıklık

(7) Doktor randevusu

(8) Kişisel iş ya da acil durum

(9) Çalışma programı

(10) Ulaşım sorunları

(11) Sağlık personelinin kararıydı (sebebini belirtiniz_____)

(12) Diyalizde kalacak gibi hissetmedim

(13) Diğer (Belirtiniz) _____

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

(a) Hiçbir zaman ilaçlarımı almayı unutmadım

(b) Çok nadir almadım

(c) Yaklaşık yarısını almadım

(ç) Çoğu zaman almadım

(d) Her zaman almadım

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

(1) İlaçları almayı unutmadım

(2) İlaçları almayı unuttum

(3) İlaçları aldırmayı unuttum

(4) İlaç maliyeti

(5) Kullanım zorluğu

(6) Hastanede yatıyordum

(7) Yan etkiler

(8) Diğer (Belirtiniz) _____

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

(a) Her zaman

(b) Çoğu zaman

(c) Yarı yarıya

(ç) Çok nadir

(d) Hiçbir zaman

9. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta diyet önerilerine uydunuz?

(a) Her zaman

(b) Çoğu zaman

(c) Yarı yarıya

(ç) Çok nadir

(d) Hiçbir zaman

EK -5

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında hastalık algısı ve öz yönetimin tedavi uyumuna etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2023/137

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Gülhane İç Hastalıkları Hemşireliği			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında hastalık algısı ve öz yönetimin tedavi uyumuna etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2023/137

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/137	Tarih: 07.06.2023	

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili sorumlu araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Berkay KILIÇ 'a ait belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekli, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Cantürk Taşçı	Göğüs Hastalıkları	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Nuri Karadurmuş	Tıbbi Onkoloji	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Gökhan Arslan	Kalp Damar Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Nesrin Öcal	Göğüs Hst	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Özhan Özdemir	Kadın Doğum	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Cumhur Artuk	Enfeksiyon Hst.	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Emin Lapsekili	Genel Cerrahi	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Gökhan Berktuğ Bahadır	Çocuk Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Saliha Ayşenur Çam Özünlü	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. İrem Medeni	Halk Sağlığı	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Aslıhan Burcu Kılıç	Biyomedikal	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Çiğdem Filiz Eker	Hukuk	Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Necmeddin Tekin	İmam-Sivil Üye	Ankara Atatürk Sanatoryum EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

EK-6

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

Bilgilendirme Bölümü

Bu araştırma: Pursaklar Devlet Hastanesi Hasköy Diyaliz Merkezinde Hemodiyaliz Tedavisi Gören Bireylerde Hastalık Algısı ve Öz Yönetiminin Tedaviye Uyum ile İlişkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Çalışmanın süresi max. 20/dk'dır. Bu çalışma sürecince sizlerden ivedilikle ve gönüllü olarak sorulara doğru bir şekilde cevap vermeniz beklenmektedir. Bilim dünyasına vereceğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç

Yüksek Lisans Öğrencisi Ece KAFADAR

İletişim Tel:

Gönüllü Oluru Bölümü

Bilgilendirme bölümündeki tüm açıklamaları okudum. Bana konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen kişiler tarafından yapıldı.

Gönüllü olarak, bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

EK-7

Hastalık Algısı Ölçeği; Ölçek Kullanım İzni



NY

Nazmiye Yıldırım

Kime: Siz

20.03.2023 Pzt 18:17

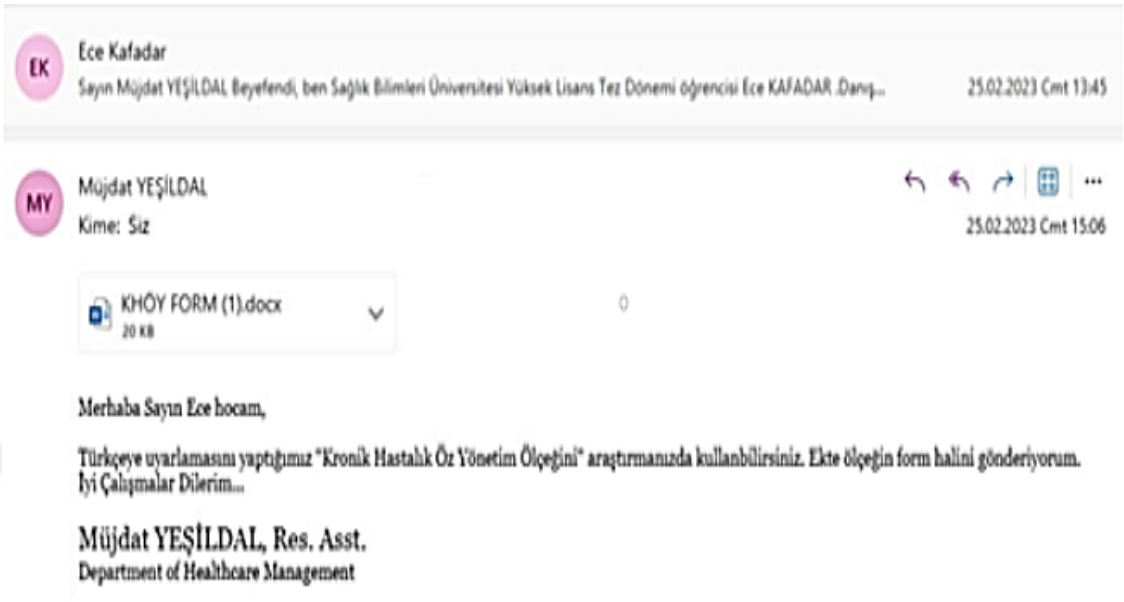
HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ.zip
370 KB

Sevgili Ece, ölçeği kullanmanızdan memnun oluruz. İhtiyacınız olabilecek bilgiler ekte yer almaktadır.
Kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi (BAİBÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) Dekan V.
SBF Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi

EK-8

Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Ölçeği; Ölçek Kullanım İzni



EK Ece Kafadar
Sayın Müjdat YEŞİLDAL Beyefendi, ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans Tez Dönemi öğrencisi Ece KAFADAR .Danış... 25.02.2023 Cmt 13:45

MY Müjdat YEŞİLDAL
Kime: Siz
25.02.2023 Cmt 15:06

KHÖY FORM (1).docx
20 KB

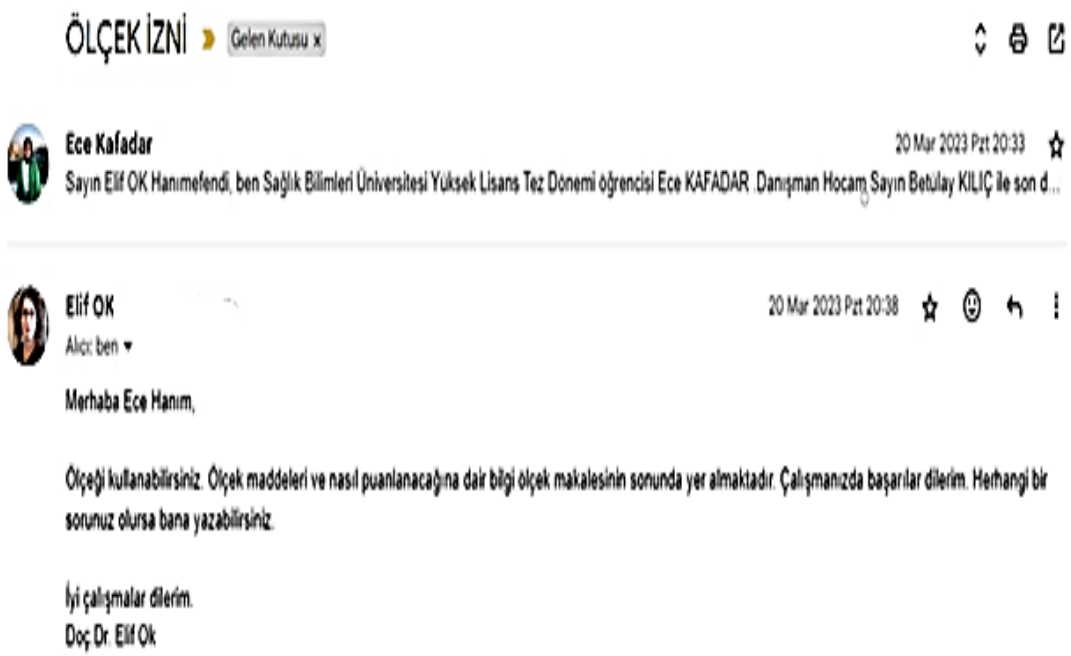
Merhaba Sayın Ece hocam,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanbilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini gönderiyorum.
İyi Çalışmalar Dilerim...

Müjdat YEŞİLDAL, Res. Asst.
Department of Healthcare Management

EK-9

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedaviye Uyum Ölçeği; Ölçek Kullanım İzni



ÖLÇEK İZNİ » Gelen Kutusu ×

Ece Kafadar 20 Mar 2023 Pzt 20:33

Sayın Elif OK Hanımefendi, ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans Tez Dönemi öğrencisi Ece KAFADAR. Danışman Hocam Sayın Betülay KILIÇ ile son d...

Elif OK 20 Mar 2023 Pzt 20:38

Alıcı: ben

Merhaba Ece Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek maddeleri ve nasıl puanlanacağına dair bilgi ölçek makalesinin sonunda yer almaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim. Herhangi bir sorunuz olursa bana yazabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.
Doç Dr. Elif Ok

EK-10

PURSAKLAR DEVLET HASTANESİ HASKÖY SEMT POLİKLİNİĞİ DİYALİZ MERKEZİ

Dr.Öğrt.Üyesi Betülay KILIÇ'ın sorumlu olduğu Ece KAFADAR' ın araştırmacı olduğu yüksek lisans bitirme tezi amaçla yapılacak olan **'Son Dönem Böbrek Hastalarında Hastalık Algısının ve Öz Yönetimin Tedavi Uyumuna Etkisi '** isimli çalışmanın diyaliz merkezinizde yapılmasına izin veriyorum.

Saygılarımla

Birim Sorumlusu

Ad-Soya

Tarih

İmza

ÖZGEÇMİŞ FORMU

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1. Adı soyadı: ECE KAFADAR

A.2. Unvanı:

A.3. Görev yeri:

A.4 İletişim bilgileri:

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1. Mezun olduğu üniversite / fakülte: Hacettepe Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi

B.2. Varsa uzmanlık Alanı: -

B.3. Varsa, akademik unvanları:-

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1. Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşlar:

Ankara Şehir Hastanesi / Pursaklar Devlet Hastanesi

D. AKADEMİK ÇALIŞMALAR İLE İLGİLİ BİLGİLER

D.1. Belirtmek istediğiniz önemli makaleleriniz (en fazla beş makale):-

D.2. Görev aldığınız projeler ve projedeki göreviniz (en fazla beş proje):