



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERCAN ÜNSAL

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. EYLEM TOPBAŞ**

**AMASYA
OCAK-2024**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Mercan ÜNSAL

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ**

**AMASYA
OCAK 2024**

MERCAN ÜNSAL tarafından hazırlanan “**Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında İç Hastalıkları Hemşireliği programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Doç. Dr. Selda ARSLAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: 03/01/2024

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Neşe YAKŞI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Canım anneannem Gülhatun YILDIZ'a,



ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Mercan ÜNSAL

03/01/2024

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim-öğretim ve tez dönemi boyunca bilgi, birikim ve deneyimleriyle bana ışık tutan, her zaman daha iyiye ulaşabilmem için beni destekleyip yanımda duran, kişisel ve mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, kendisinden ilham aldığım değerli danışmanım Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ'a,

Tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Rümeysa Kazancıoğlu, Sayın Prof. Dr. Nermin YAZICI, Sayın Prof. Dr. Nuri Doğan, Sayın Doç. Dr. Gülşen Taşdelen Teker, Sayın Doç. Dr. Selda Yaralı Arslan, Sayın Doç. Dr. Can Hüzmeli, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Elif Bülbül, Sayın Sevim Güler, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma İltuş, Sayın Öğretim Görevlisi Sevdâ Tüzün Özdemir, Sayın Uzm. Hem. Nermin Erdoğan, Sayın Hem. Melike Ünver, Sayın Hem. Mehmet Kırçalı, Sayın Hem. Mualla Karaman'a, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'ne,

Yaşamım boyunca attığım her adımda yanımda olup beni destekleyen, her zaman başarıya ulaşacağıma inanan canım anneme, sen yaparsın kızım ben sana inanıyorum lafını hiç eksik etmeyen biricik babama ve en iyi arkadaşım, sırdaşım olan canım ablama çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Kronik böbrek hastalığı sınıflandırılması	4
2.1.3. Kronik böbrek hastalığının tedavisi.....	5
2.2. Ev Hemodiyalizi	7
2.2.1. Tanım.....	7
2.2.2. EHD tarihçesi.....	7
2.2.3. Türkiye’de ev hemodiyalizi	7
2.2.4. Avantajları	7
2.2.5. EHD engeller, korkular, dezavantajları	9
2.2.6. Diyalizde Tedaviye Uyum.....	12
2.3. Sağlık İnanç Modeli.....	13
2.3.1. Sağlık inanç modelinin temel bileşenleri.....	14
2.3.1.1. Duyarlılık algısı.....	15
2.3.1.2. Ciddiyet algısı	16
2.3.1.3. Yarar algısı	16
2.3.1.4. Engel algısı.....	16
2.3.1.5. Öz yeterlilik algısı	17
2.3.1.6. Sağlığın önemi.....	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Nitel veri toplama araçları	22
3.5.2. Nicel veri toplama araçları.....	22
3.6. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği Taslağı, Ölçek Geliştirme Aşamaları	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.7.1. Nitel verilerin değerlendirilmesi.....	27
3.7.2. Nicel verilerin değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	29
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
4. BULGULAR	30
4.1. Araştırmanın Nitel Aşamasında Elde Edilen Bulgular	30
4.2. Araştırmanın Nicel Aşamasında Elde Edilen Bulgular	32
4.2.1. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin geçerlik sonuçları.....	32
4.2.1.1. Kapsam (içerik) geçerliği	32
4.2.1.2. Yapı geçerliği	34
4.2.2. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin güvenirlik sonuçları.....	39
4.2.3. İç tutarlılık	39
4.2.4. Test-tekrar test/değişmezlik analizleri	42
4.2.5. Nicel verilere ilişkin bulgular	43
4.2.6. Ev hemodiyalizine uyumda sağlık inanç ölçeği'ne ilişkin bulgular	44
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	50
5.2. Ev Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.2.1. Sağlık inancı	53
5.2.2. Ciddiyet algısı.....	53
5.2.3. Duyarlılık algısı	53
5.2.4. Semptoma yönelik engel algısı.....	54

5.2.5. Makineye yönelik engel algısı	54
5.2.6. Yarar algısı.....	55
5.2.7. Öz yeterlilik algısı.....	56
5.3. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuç	59
6.2. Öneriler	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER	75
Ek-1. Bireysel Hasta Görüşme Formu	76
Ek-2. Bireysel Hemşire Görüşme Formu	79
Ek-3. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	82
Ek-4. Ev Hemodiyalize Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği	83
Ek-5. Etik Kurul Kararı	85
Ek-6. Tematik Analiz Hasta Gönüllü Olur Formu	87
Ek-7. Tematik Analiz Hemşire Gönüllü Olur Formu	89
Ek-8. Bilgilendirilmiş Hasta Gönüllü Olur Formu	91
ÖZGEÇMİŞ	93

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Sağlık İnanç Modeli	15
Şekil 3.1.	Ölçek Geliştirme Çalışmasının Aşamaları	27
Şekil 4.1.	DFA Modeli	38



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler	29
Tablo 4.1.	Tematik Analiz Aşamaları	31
Tablo 4.2.	Uzmanların Taslak “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği” Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı (N:15)	33
Tablo 4.3.	KMO Değerleri	34
Tablo 4.4.	KMO ve Bartlett Sonuçları	34
Tablo 4.5.	Ölçek Faktörleri.....	36
Tablo 4.6.	Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı.....	39
Tablo 4.7.	Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri	40
Tablo 4.8.	Ölçek ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	42
Tablo 4.9.	Hastaların Demografik Özellikleri (N:202)	43
Tablo 4.10.	Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları.....	44
Tablo 4.11.	EHDUSİÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastaların Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması	45
Tablo 4.12.	EHDUSİÖ Alt Boyutlarının Cevaplandırma Oranları	47

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AVF	Arteriyovenöz Fistül
CFI	Comparative Fit Indices (Karşılaştırılması Uyum İndeksi)
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EHD	Ev Hemodiyaliz
EHDUSİÖ	Ev Hemodiyaline Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum iyiliği indeksi)
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
IFI	Incremental Fit Index (Artan Uyum İndeksi)
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı)
KGI	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KHD	Klinik Hemodiyaliz
KMO	Kasiyer Meyer Olkin
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
RMSEA	Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
RRT	Renal Replasman Tedavi
Sd	Serbestlik Derecesi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SİM	Sağlık İnanç Modeli
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
SRMR	Standardized-Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü)
SS	Standart Sapma
USRD	Ulusal Böbrek Veri Tabanı
X²	Bartlett's küresellik testi sonucu (ki-kare testi)



ÖZET

EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Mercan ÜNSAL

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Aralık/2023
Danışman: Doç. Dr. Üyesi Eylem TOPBAŞ

Bu çalışmanın amacı evde hemodiyaliz uygulayan hastaların diyaliz sorunlarına yönelik tutum ve inançlarının güvenilir ve geçerli biçimde değerlendirilebilecek Sağlık İnanç Modeline dayalı bir ölçeğin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerini incelenmesidir.

Metodolojik ve tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırmanın evren ve örneklemi Kasım 2021-Ağustos 2023 tarihleri arasında tüm Türkiye genelinde ev hemodiyalizi uygulayan hasta ve hemşireler oluşturmuştur. Türkiye'deki hasta sayısı Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji derneğinin ortak 2022 raporuna göre 1107'dir. Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma tasarımının kullanıldığı birinci aşamada ev hemodiyalizi uygulayan 10 hasta ve 10 hemşire ile derinlemesine bireysel görüşmeler yapılmış 34 maddelik taslak ölçek madde havuzu geliştirilmiştir. Nicel araştırma tasarımının kullanıldığı ikinci aşamada ise 202 hasta ile "Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği Taslağı"nın geçerlilik ve güvenilirlik analizleri uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS® Statistics 23, IBM SPSS AMOS programlarına aktararak tamamlanmıştır.

Beşli likert tipte 34 maddelik taslak ölçek, kapsam geçerlilik indeksi 0,67 olarak saptanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonrası 7 adet madde çıkartılarak toplam 27 madde ve 7 alt boyutlu (Sağlık İnanç/Eyleme Geçiriciler, Ciddiyet Algısı, Duyarlılık Algısı, Yarar Algısı, Semptom Yönelik Engel Algısı, Makineye Yönelik Engel Algısı, Özyeterlilik Algısı) ölçeğe son hali verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum iyiliği değeri χ^2/sd : 1,856, iyilik uyum indeksi 0,829, açımlayıcı faktör analiz Kasiyer Meyer- Olkin 0,85, artan (incremental) uyum indeksi 0,902, normlaştırılmış uyum indeksi 0,809, karşılaştırılmalı uyum indeksi 0,900, yaklaşık hataların ortalama karekökü 0,065, Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü 0,077 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0,848 olduğu, alt boyutlarının güvenilirlik katsayısının 0,680- 0,895 arasında değiştiği bulunmuştur.

Sonuç olarak geliştirilen Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ev hemodiyalizi, Hemşirelik, Ölçek, Ölçek Geliştirme, Tedaviye Uyum

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF THE HEALTH BELIEF SCALE IN ADAPTATION TO HOME HEMODIALYSIS AND EXAMINING ITS PSYCHOMETRIC PROPERTIES

Mercan ÜNSAL

Amasya University, Institute of Health Sciences
Nursing Department, MSc, December/2023
Supervisor: Assoc. Prof. Eylem TOPBAŞ

The aim of this study was to develop a scale based on the Health Belief Model that can reliably and validly evaluate the attitudes and beliefs of home hemodialysis patients towards dialysis problems and examine its psychometric properties.

This methodological and descriptive study was conducted between November 2021 and August 2023. The population and sample consisted of patients undergoing home hemodialysis and nurses throughout Turkey. Number of patients in Turkey is determined jointly by the Ministry of Health and the Turkish Nephrology Association was 1107 according to the 2022 report. The research was carried out in two stages. In the first stage, in which the qualitative research design was used, in-depth individual interviews were held with 10 patients undergoing home hemodialysis and 10 nurses, and a draft scale item pool consisting of 34 items was created. In the second stage, in which the quantitative research design was used, validity and reliability analyses of the “Draft Health Belief Scale for Compliance with Home Hemodialysis” were performed with 202 patients. The data obtained were transferred to the IBM SPSS® Statistics 23 and IBM SPSS AMOS programs.

The 5-point Likert-type draft scale consisting of 34 items was obtained with a content validity index of 0.67. After exploratory factor analysis, 7 items were removed, and the scale was finalized with a total of 27 items and 7 subscales (Health Belief/Activators, Perception of Seriousness, Perception of Sensitivity, Perception of Benefits, Perception of Symptom-Related Barriers, Perception of Machine-Related Barriers, and Perception of Self-Efficacy). In confirmatory factor analysis, the goodness of fit value of the scale was χ^2/sd : 1.856; goodness of fit was 0.829; exploratory factor analysis Kaiser-Meyer-Olkin value was 0.85; incremental fit index was 0.902; normed fit index was 0.809; comparative fit index was 0.900; root mean square error of approximation value was 0.065; standardized root mean square residual value was 0.077. The Cronbach alpha reliability coefficient of the scale was 0.848 and the reliability coefficients of the subscales ranged between 0.680 and 0.895.

In conclusion, it was determined that the Health Belief Scale for Compliance with Home Hemodialysis is a valid and reliable scale.

Keywords: Home hemodialysis, Nursing, Scale, Scale Development, Treatment Compliance

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) bireyin yaşam biçiminde geri dönüşümsüz değişikliklere yol açan, çok yönlü kayıplara neden olan ve başkasına veya makineye bağımlı olması sebebiyle hastada uyum sorunlarına neden olabilen bir hastalıktır [1- 3]. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Böbrek Veri Tabanı (USRD-The United States Renal Data System) 2022 raporuna göre 2021 yıl sonu itibariyle 6 220 182 son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastası bulunmaktadır. USRD'ye göre Türkiye verisine baktığımızda ise SDBY hasta sayısının dünya da 18. sırada yer aldığı görülmektedir [4]. Giderek artış gösteren hasta oranları ve SDBY hastalarının hastaneye yatış oranlarının da yüksek olması sebebiyle tedavi seçenekleri büyük önem taşımaktadır [5]. SDBY'nin tedavisinde renal replasman tedavi (RRT)'leri olarak tanımlanan böbrek transplantasyonu ve diyaliz yer almaktadır. Diyaliz ise periton diyalizi ve hemodiyaliz (HD) şeklinde ikiye ayrılır [6]. KBY'li hastalarda RRT'lerin hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini kısmen düzelttiği gösterilmiştir [7 ve 8]. HD, SDBY tedavisinde en yaygın kullanılan RRT yöntemlerinden birisidir ve böbrek hastalarının yaşam kalitesinde iyileşme sağlayan, yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur [9 ve 10]. HD hasta özelliklerine uygun olarak klinik HD (KHD), kısa günlük HD, gece (noktürnal) HD ve ev hemodiyaliz (EHD)'i şeklinde yapılabilmektedir [11]. EHD, RRT seçeneği olarak 1960'lardan beri çeşitli ülkelerde kullanılmaktadır [9]. EHD, kişilerin günlük yaşantısında daha sosyal olmasını, sıkı diyet kısıtlamalarının olmaması ve bireysel olarak yapılabilen bir tedavi seçeneği sunması nedeniyle hastalar tarafından tercih edilmektedir [12]. Çalışmalar gece yapılan EHD'nin küçük, orta ve büyük moleküllü toksinleri temizlemede KHD'dan daha etkili olduğunu göstermektedir [13]. Başka bir çalışmada ise HD tedavisi alan hastaların konfor seviyesinin düşük olması diyaliz sonrasında yaşanan komplikasyonlardan, diyaliz merkezine ulaşımın zorluğundan, bireysel bağımsızlığın azalmasından ve sosyal ilişkilerin bozulmasından kaynaklandığı görülmektedir [14 ve 15]. Bu anlamda EHD hastalarının konfor seviyelerinin yüksek olması beklenmektedir. Konforun yüksek olması yaşam kalitesi ve tedaviye uyum açısından önemlidir [16]. Evde hemodiyalizin özellikle etkili olduğu alanlar uzun vadede psikososyal olarak fayda sağlaması ve buna bağlı olarak uyumlarının artmasıdır [17]. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin birlikte hazırladığı 2022 raporuna göre EHD uygulayan hasta sayısı 1107'dir [18]. Ülkemizde de yıllar içinde artış gösteren bir tedavi modalitesi olduğu

için hastaların bu süreçte uyumları, sorunları ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Giderek artan hasta sayısı ile önemli bir halk sağlığı sorunu olan SDBY'nin bireylerin yaşam beklentisinde azalma, yaşam kalitesinde bozulma ve umutsuzluk duygusuna neden olduğu bildirilmektedir [19-23]. SDBY olan hastalarla yapılan farklı bir çalışmada ise EHD yapan hastaların, merkezde hemodiyaliz uygulananlara oranla daha iyi yaşam kalitesi ve uzun yaşam süresi gösterdikleri tespit edilmiştir [24]. Günümüzde HD hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanması, sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından önemlidir. Umutsuzluk duygusu bireyin tedaviye ve hastalığa karşı adaptasyonunu etkilemektedir [19]. Tedaviye uyumlu bir hastanın, hastalığı için ilaçlarının vaktinde alması ve uygun şekilde kullanması veya gerek kalmadığını düşünerek tavsiye edilen ilaçları alması, klinik kontrollerini aksatmaması ve hastalığıyla ilgili bilgi edinme davranışında bulunması beklenir. Tedaviye uyum da hasta için aile, sağlık personelinin davranışı, hastalığın akut veya kronik olması ve tedavi şekli uyum sürecinde büyük etki göstermektedir [9 ve 25]. Tedaviye uyumsuzluk HD hastalarında %50 ve üzerinde olduğu görülmektedir [9]. KBY bireylerin tedaviye uyumlarının incelendiği bir çalışmada diyet ve sıvı kısıtlaması hakkında sağlık personelinin bilgi alan kadınların tedavi rejimine uyumlarının iyi olduğu bulunmuştur [26]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastalığa uyumu; bireyin ilaç kullanımına ve diyetine sadık kalmasını, sağlık çalışanının önerilerini dinlemesi ve dikkatle uygulaması, davranış haline getirmesi ve yaşam biçimindeki değişiklikleri devam ettirmesi olarak tanımlamaktadır [27]. Diyaliz tedavisinde hastanın uyumunu etkileyen faktörler; diyaliz tedavi sürecinin karmaşık olması, diyaliz makinasına bağlı olma, sıvı ve diyet kısıtlamalarının olması, kombine ilaç tedavisinin olması, diyaliz esnasında yaşanan komplikasyonlar ve tedavi boyunca olumsuz sağlık davranışları sergilemesi veya yaşamına diyalizi adapte etmemesidir [28 ve 29]. Bu anlamda tedaviye uyumsuzluk yaşayan hastalarda hastaneye yatış oranlarında artma, morbidite ve mortalite oranları yükselmekte, bununla birlikte iş hayatlarında ve aile hayatlarında sorunlar yaşanmakta, hastanın yaşam kalitesi olumsuz anlamda etkilenmektedir [30-32]. Hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için sağlık ekibinin bireye olan yaklaşımı ve iletişiminin, bireyin sağlık davranışını değiştirmesi için bireysel modellerin kullanılmasının gerekli olduğu bilinmektedir [33]. Bireylerin tutum ve davranışlarının sebebini gösteren Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu olumlu ya da olumsuz etkisini gösteren yeterli bir rehber olarak kullanılmaktadır [34]. Kronik hastalığa sahip bireye SİM'e dayalı verilen eğitimlerin hastalığa yönelik inançları olumlu etkilediği ve hemşirelere hastalık

yönetimi konusunda yarar sağladığı belirtilmektedir [35]. Ev hemodiyalizi uygulayan hastaların tedaviye uyumlarını ölçen uluslararası ve ulusal bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada, Evde hemodiyaliz uygulayan hastalarda diyaliz sorunlarına yönelik davranış ve inançlarının güvenilir ve geçerli şekilde değerlendirilebilecek SİM'e dayalı bir ölçeğin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu sayede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının geliştirilmesi hastaların uyumları değerlendirilerek gerekli hemşirelik bakımına yön verilmesinde, ölçüm aracının uluslararası uyarlama çalışmalarının yapılarak farklı kültürdeki hastalarının da uyumunu değerlendirilmede kullanılmasıyla literatüre önemli derecede katkı sağlayacağı görülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, evde hemodiyaliz uygulayan hastaların diyaliz sorunlarına ait tutum ve inançlarının güvenilir ve geçerli şekilde değerlendirilebilecek SİM'le ilgili bir ölçeğin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerini incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

- Ev hemodiyalize Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği (EHDUSİÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının tedavi uyumları nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Sağlık İnanç puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Ciddiyet Algısı puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Duyarlılık Algısı puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Engel Algısı puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Yarar Algısı puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının Özyeterlilik Algısı puanlarının dağılımı nasıldır?
- Ev hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özellikleri ile tedaviye uyumları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama süreci Covid-19 pandemisi ve alınan önlemler gereği nedeniyle araştırma verileri online ortamda ve Google form aracılığı ile elde edilmiştir. Araştırmada geçerlik güvenirlik çalışması yapılan ölçek kamu hastanelerinde EHD uygulayan hastaları kapsamakta olup, özel diyaliz merkezlerinde EHD uygulayan hastaların

üzerinde test edilememiştir. Araştırma sonuçlarının katılan hastaların bildirimine dayanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

2.1.1. Tanım

Kronik böbrek hastalığı (KBH), böbrek fonksiyonunda 3 aydan daha fazla süren bozulmalara yol açan, ilerleyici ve böbrek parankiminde geri dönüşümsüz bir hasarlanma şeklinde tanımlanabilir [34 ve 35]. KBY yaşamı olumsuz etkileyen, önemli derecede iş gücü kaybına ve farklı semptomlara neden olan, genellikle genç bireyleri etkileyen sıklıkla görülen bir hastalıktır [2].

2.1.2. Kronik böbrek hastalığı sınıflandırılması

Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesinde glomerüler filtrasyon hızı (GFR)'na bakılır. Kronik böbrek yetersizliği için bu değer 60 ml/ dk/1,73 m²'dir [36]. GFR'nin 1.73 m²'de 60 ml/dk altında olması sonucunda renal replasman tedavisine ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır [36]. KBH sınıflandırılması Böbrek Hastalıkları-Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (Kidney Disease: Improving Global Outcomes-KDIGO) konferansında güncellenerek GFR dışında KBH sebebi ve albüminüri de eklenerek 3 ayrı başlık altında toplanmıştır. Ayrıca KDIGO 2012 kılavuzu incelendiğinde GFH sınıflandırılmasında 5 evre içeren sınıflamada evre 3, 3a ve 3b şeklinde ikiye ayrılmıştır [36, 39 ve 40].

Böbrek fonksiyonlarını değerlendirmede sıklıkla bakılan yöntem olan GFH'ne göre sınıflama aşağıda yer almaktadır (Tablo 2.1) [36].

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Sınıflaması [36]

GFH kategori	GFR (ml/dk/1.73 m ²)	İsimlendirme
1	≥90	Normal ya da yüksek
2	60-89	Hafif azalmış
3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
3b	30-44	Orta-ağır derecede azalmış
4	15-29	Ağır derecede azalmış
5	<15	Son dönem böbrek yetersizliği

2.1.3. Kronik böbrek hastalığının tedavisi

KBH'nın tedavisinde öncelikle hastalığın seyrini olumlu anlamda değiştirmek ve böbrek hasarlarını en aza indirmek hedeflenmektedir [41]. Tanıya dayalı özgün tedavide, eşlik eden sekonder hastalığın değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması, böbrek fonksiyonlarını iyileştirmesi ve son olarak böbrek yetmezliği olan ve üremi semptomları var ise RRT konusunda hastanın desteklenmesini dahil eden plan oluşturulması önerilmektedir [42].

Sağlık bakanlığının 2019'da yayınladığı KBH izlem kılavuzunda yer alan bilgilere dayanarak öncelikle bireye özgü yaşam tarzı değişiklikleri konusunda öneriler verilir. Bunlar; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkolü kullanımını bırakma, kalsiyum ve fosforun kontrolü için diyetisyen desteğinin sağlanmasıdır. Hastalara ilgili sağlık profesyonellerinden (diyetisyen, fizyoterapist, psikolog) de destek alması konusunda yönlendirilmesi sağlanır. İkinci adım olarak ilaç tedavisinin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu maddeler aşağıda belirtilmiştir.

- Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg olduğunda antihipertansif ilaç verilir ve renin anjiotensin sistem blokörlerine öncelik tanınır.
- Hastanın risk düzeyine göre LDL hedefine ulaşılacak şekilde antihiperlipidemik tedavisi düzenlenir. LDL Kolesterol >100 mg/dl olduğunda antihiperlipidemik ilaç önerilir.
- Diyabet tanılı hastalarda antidiyabetik ilaç verilir.
- Kronik vasküler hastalığı olan hastaların genelinde asetil salisilik asit ve antihiperlipidemik ilaç tedavisi düşünülür.
- Kalsiyum, fosfat ve paratiroid hormonunun sonuçlarına uygun olarak kemik mineral döngüsünü korumaya yönelik tedavi düzenlenir.
- Hemogram sonucuna uygun olarak anemi tanısı konmuş hastalarda etyolojiye yönelik destek tedavisi (Demir, Vitamin B12, Folat desteği vb.) düzenlenir.
- Mevcut kronik böbrek hastalığı olan kişilerde akut solunum yolu enfeksiyonları (özellikle influenza virüsü) hastalık progresyonunu olumsuz etkileyebilir. Bu kişilerde yıllık influenza aşısı uygulanması önerilir.
- KBH evrelerine uygun nefrolojiye yönlendirilmesi önerilir. Evre 1-3a'ya kadar persistan albüminüri A3 kategorisinde ise nefroloji değerlendirmesi, Evre 3b'den itibaren albüminüri kategorisine bakmaksızın düzenli nefroloji değerlendirmesi, kalıcı serum elektrolit dengesizliklerinin saptanması halinde nefroloji

değerlendirmesi ve destek tedavisine rağmen hemoglobin seviyesi 10 g/dl'nin altında olan hastaların ileri inceleme ve eritropoetin tedavisi için sevk edilmesidir [43].

Tablo 2.2. GFR ve albüminüriye göre yıllık takip önerileri [43]

			Persistan albuminüri kategorileri		
			A1	A2	A3
			<30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >300 mg/mmol
GFR Kategorileri	Evre 1	≥90 ml/dk	Kronik böbrek hastalığı YOK. Böbrek hasarını gösteren belirteçlerin olmadığı durumlarda düzenli takip gerekli değildir.	Yılda 1 kez takip et	Yılda 2 kez takip et ve eş zamanlı olarak nefroloji kontrolü için yönlendir
	Evre 2	60-89 ml/dk	Böbrek hasarını gösteren belirteçlerin olduğu durumlarda yılda 1 kez düzenli takip et.	Yılda 1 kez takip et	Yılda 2 kez takip et ve eş zamanlı olarak nefroloji kontrolü için yönlendir.
	Evre 3a	45-59 ml/dk	Yılda 1 kez takip et	Yılda 2 kez takip et	Yılda 3 kez takip et ve eş zamanlı olarak nefroloji kontrolü için yönlendir
	Evre 3b	30-44 ml/dk	Yönlendir	Yönlendir	Yönlendir
	Evre 4	15-29 ml/dk	Yönlendir	Yönlendir	Yönlendir
	Evre 5	< 15 ml/dk	Yönlendir	Yönlendir	Yönlendir

GFR hızlarına göre Evre 5 tanısı konulan hastaların yaşamlarını sürdürebilmek RRT'ye gereksinimleri vardır. Türk Nefroloji Derneği 2022 raporuna göre, RRT'lerinden hemodiyaliz tedavisi alan 58.944 (%70,06) hasta, periton diyalizi tedavisi alan 3.417 (%4,06) hasta ve transplantasyon olan 20.660 (%24,56) hasta bulunmaktadır [18]. Dünyada ve ülkemizde sıklıkla başvuru SDBY tedavi şekli hemodiyalizdir [44]. HD ise KHD, kısa günlük HD, gece (nokturnal) HD ve EHD şeklinde hasta özelliklerine göre şekillenmektedir [11].

2.2. Ev Hemodiyalizi

2.2.1. Tanım

EHD, vücut dışına alınan kanın yapay böbrek işlevi gören diyalizör eşliğinde kandaki üremik maddeleri filtrelemesine yarayan tedavi şeklidir [43]. EHD tedavisinde bireye kendi evinde diyaliz yapma seçeneği sunan uzun saatlerde düşük pompa hızında hasta veya bakım vericisi tarafından uygulanan HD çeşididir [46 ve 47].

2.2.2. EHD tarihçesi

EHD'nin, özellikle İngiltere'de, ABD'nin bazı bölgelerinde, Avustralya'da ve Yeni Zelanda'da yaygın olarak uygulandığı görülmektedir [46]. 2000'lerin başında, Avustralya'da tüm diyalizin yaklaşık %11,1'i, Yeni Zelanda'da %13,7'si ve Türkiye'de %11,1 oranında EHD uygulanmakta olduğu bildirilmiştir [48]. EHD uygulanan ülkelere bakıldığında gelir seviyesi yüksek olanların tercih ettiği görülmektedir [49]. Örneğin, Kanada, Danimarka, Finlandiya gibi bazı gelişmiş ülkelerde hastaların EHD kullandıkları görülmektedir [50]. HD hastalarının diyaliz merkezine gitmeleri uzun zaman aldığı için EHD tercih ettikleri bilinmektedir [51]. Fakat diyaliz tesislerinin yaygınlaşması ve HD makinelerinin ve ilgili teknolojinin artan karmaşıklığı ile EHD'de dünya çapında düşüş gösterdiği bildirilmiştir [48]. 2000'lerin başından beri, EHD bir ölçüde yeniden canlandığı belirtilmektedir [51].

2.2.3. Türkiye'de ev hemodiyalizi

Türkiye'de EHD 2006 yılında Ege Üniversitesi'nin çalışmalarıyla İzmir'de dört hasta ile başlamıştır [9]. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı'nın 27615 sayılı Resmî Gazete'de yürürlüğe giren "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik"te renal replasman tedavisi olarak EHD yer verilmesiyle sayısı giderek artmıştır [18, 52]. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2022 raporuna göre Türkiye'de EHD uygulayan hasta sayısı 1107'dir [18]. Geçen yıllardaki artışa bakıldığında 2019 verilerinde EHD uygulayan hasta sayısı ise 678'tir [18]. Bu 429 kişilik artış dikkat çekicidir. Pandemi nedeniyle evde diyaliz seçenekleri daha fazla tercih edilmiş olabileceği düşünülmektedir [18].

2.2.4. Avantajları

EHD tedavisinin avantajlarının; tedavi saatlerinin esnekliği, kardiyovasküler instabilite riskini azaltması, hastanın özgürlüğünü ve yaşam kalitesini artırması, mortaliteyi azaltması, elektrolit, β -2 mikro-globülin ve fosfor klirensini pozitif etki sağlaması, daha iyi

kan basıncı ve volüm kontrolü sağlaması, sol ventrikül hipertrofisini azaltması, sol ventrikül sistolik fonksiyonu, anemi, malnütrisyon, bilişsel durum, uyku apnesi ve kardiyak otonom sinir sistemi anormalliklerinde düzelme ile inflamasyonda azalma, fertilité, beslenme durumunu iyileştirme ve maliyet-etkin olması, ilaç kullanımında ve hospitalizasyon oranlarında azalma olarak belirtilmiştir [9, 49, 51, 53]. Ayrıca diğer avantajlarının gebelik ve sağlıklı bebek doğurma olasılığını arttırma, fetal ve maternal semptomları azaltma olduğu bildirilmektedir [54]. Lockridge vd. [55]'nin çalışmasında, EHD tedavisinin hastaların refahının artmasında, tükenmişlik sendromunun görülme sıklığını azalmasında, hastaların enerji seviyelerinin yükselmesinde katkı sağladığı ve hastaların tedavilerine ilişkin daha umutlu oldukları, ayrıca hastaların diyaliz sonrasında bulantı ve baş ağrısı semptomlarının görülme sıklığının azaldığı ya da hiç olmadığı ve hastaların iştahının artmasına katkı sağladığı saptanmıştır. EHD ve KHD'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğinin altı ay boyunca incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada EHD'nin yaşam kalitesinin artmasında istatistiksel anlamlılıkla katkı sağladığı belirtilmiştir [53]. Benzer şekilde Japonya'da EHD hastası ve KHD hastası karşılaştırıldığı bir çalışmada EHD uygulanan grupta yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur [56]. EHD (haftada 5-6 gece) uygulanan hastalar ile canlı veya kadavradan böbrek nakil olan hastaların hayatta kalma sürelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada EHD hastalarının kadavradan böbrek nakli olan hastalarla benzer hayatta kalma sürelerinin olduğu vurgulanmıştır [57]. Haftalık 12-15 saatlik HD tedavisinin yeterli olduğu belirtilse de biyokimyasal parametreler ve yaşam kalitesinde iyileşmenin sağlanmasında, diyet ve sıvı tüketiminde esnekliğin sağlanmasında haftalık 50 saatlik diyalizin daha iyi olacağı bildirilmiştir [58]. Bu durum daha uzun süre yapılan EHD'nin olumsuz gibi görünen yararlarından bir tanesidir. KHD'de merkezin belirlediği günlerde ve saatlerde diyaliz tedavisi olması gerekirken EHD tedavisinde kişinin kendi günlük yaşantısına göre planlanabilir. Daha sık diyaliz yapıldığından her seferinde daha az sıvı alımı gerçekleşir ve bu tedavi sonrası komplikasyonların azalmasında etkilidir [59].

KHD, aletli periton diyalizi ve EHD uygulanan hastaların uyku bozuklukları ve huzursuz bacak sendromunun değerlendirildiği bir çalışmada; KHD hastalarının huzursuz bacak sendromu, uyku apnesi, uykusuzluk, gündüz uyuma gibi çeşitli uyku sorunları yaşadıkları ve bu sorunların hastaların yaşam kalitesini etkilediği, EHD tedavisinin hastaların uyku apne sendromunu iyileştirdiği fakat verilerin sınırlı olduğu ve bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır [60]. Her ne kadar EHD tedavisinin

yaşam kalitesinin artırılmasında katkı sağladığı çalışmalarla gösterilse hastaların tedaviye ilişkin korkuları, uyku kalitelerine etkisine yönelik ulusal ve uluslararası çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmektedir [52]. Soyaltın vd. [61]'nin çalışmasında, EHD uygulanan çocuk hastanın bir yıllık takibini yaptıkları olgu sunumu sonucunda; çocuk hastanın yaşam ve uyku seviyesinde artma, eğitiminde başarılı olma, kilo alımının olması, büyüme persentilinde düzelme, hiperfosfatemi ve hiperkalemiye gerileme, çoklu ilaç kullanımında azalma, asidoz ve anemide düzelme, kan basıncının düzelmesi gibi birçok yararının olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle çocuk hastaların okula düzenli gidebilme ve başarı oranlarının arttırılmasında tercih edilir bir renal replasman tedavi yöntemi olarak önerilmektedir [61]. 12 haftalık EHD eğitiminin etkisinin incelendiği bir çalışmada; eğitim sürecinden sonra hastaların tüm öz bakım prosedürlerini uygulayabildikleri ve özellikle eğitimin sonunda hastaların kendi kendine kanülasyon gibi zor becerileri başarıyla tamamladıkları, EHD'nin uygulanabilir ve güvenli bir tedavi olduğu vurgulanmıştır [62]. Ayrıca pandemi gibi olağanüstü süreçlerde EHD uygulamanın Covid-19 bulaşını azaltmada da katkı sağlayabilir [63 ve 64].

EHD'de kullanılan arteriyovenöz fistül (AVF) girişlerinden olan buttonhole tekniğinde iğne sabit tutularak fibröz bir yolun oluşması sağlanır. Bu lifli yolun oluşumu hastalar için iğne girişimini kolaylaştırmakla beraber eğitim süresini azaltabileceği görülmektedir [65 ve 66]. Buttonhole tekniğinin diğer faydası ise daha az iğne infiltrasyonu, daha az müdahale ve anevrizma oluşumunda azalma sağlamasıdır [67].

EHD hastalarının uygun su, kanalizasyon ve elektrik altyapısına ek olarak evlerinde ayrılmış bir alana sahip olmasını gerekir. EHD tedavisinde altyapısal yüke ve işgücüne bakıldığında KHD tedavisine kıyasla maliyet açısından uygun ve sürdürülebilir olduğu vurgulanmaktadır. Kamu kurumlarında veya diyaliz merkezlerinde işgücü giderlerinin fazla olması, hemşire sayısının yeterli düzeyde olmaması, diyaliz hemşirelerinin görev ve yetkilerinin ellerinden alınarak kısıtlanması ve yerlerine iki yıllık diyaliz teknikerlerinin yerleştirilmesinden dolayı EHD sıklıkla gündeme gelmektedir [68 ve 69].

2.2.5. EHD engeller, korkular, dezavantajları

Hastayla ilgili engellere baktığımızda hasta veya yakınlarının işlemi öğrenmek için isteksizliği (*motivasyonun olmaması, evde olmasından kaynaklı hastalığı sürekli hatırlatması ve tedavinin yükünden kaçamamaya bağlı olarak günlük yaşamın normalleşmesi hissini kesintiye uğrayacağı endişesi*), kendi kendine kanülasyon yapma korkusu, evde diyaliz işlemini yapamama korkusu (*özgüvenin olmaması*), evde kendi

kendine bakımın kalitesine ilişkin endişe yaşaması (*KHD'den memnun olma, profesyonel sağlık bakımına güvenme, 'amatörlerden' değil 'profesyonellerden' sağlık hizmeti alma isteği*), aileye yük olma hissi, sağlık personeli ve başka hastaların desteğinden yoksun kalmaya bağlı izolasyon endişesi ve sosyal desteğinin kaybetmesidir [51 ve 70]. Ayrıca hastalarda hemodiyaliz için kullanılabilir damar yolunun açılmaması veya hastanın kendi kendine kanülasyon yapmak için uygun olmaması; kontrolsüz aritmi ve epilepsi gibi sorunlar nedeniyle klinik durumun stabil olmaması, kontrolsüz psikiyatrik hastalığa sahip olması, ciddi demans, ensefalopati veya anksiyete varlığı, alkol ve kötü ilaç alımı, tedaviye uyumsuz olması, HD'de antikoagülasyonun kontrendike olması, ani bilinç kaybına neden olan ciddi ve stabil olmayan intradiyalitik hipotansiyon varlığı, kötü el becerisi ve görme keskinliğinde azalma EHD uygulaması için olumsuz bir durum olarak görülmektedir [70 ve 71].

EHD hastalarının kanülasyonlarının değerlendirildiği çalışmada evde sık ve uzun saatler yapılan HD'nin AVF komplikasyonları riski ile ilişkisi olduğu saptanmıştır [72 ve 73]. Farklı bir çalışmada ise noktürnal EHD yapan ve KHD alan hastaların kıyaslandığı çalışmada noktürnal EHD uygulayan hastalarda hiperfosfatemi ve sistolik kan basıncında iyileşmeler olduğu fakat vasküler komplikasyonlarda artma eğilimi gösterdiği saptandı. Bu durum kanülasyon üzerine daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğunu belirtmektedir [74].

EHD'nin önündeki en yaygın olarak algılanan engellerin hasta motivasyon eksikliği, klinik modaliteden vazgeçme isteksizliği ve kendi kendine kanülasyon korkusu olduğunu bildirmiştir [64]. Bu anlamda hastaların EHD açısından yeterliliklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, bu tedavinin nispeten yüksek bir oranına sahip bir ülkede bile, sağlık personeline ulaşmanın zor olması EHD'nin önündeki en büyük engel olduğunu ortaya koymuştur [71].

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik"te ev hemodiyalizi için bazı şartlardan bahsedilmektedir. Ev hemodiyalizi alacak kişinin su sistemi kurulması açısından evin alt yapısının uygun olması, su numune örneklerinin uygunluğu, cihazın en fazla yedi yaşında olması, teknik servis veya teknisyen tarafından cihazın çalışır durumda olduğunu gösterir belgenin olması gerekmektedir. Ayrıca cihazın konumlandırıldığı odaya hasta yatağının konulması da gerekmektedir [74]. Wong vd. yaptıkları çalışmada EHD için en önemli engelin karmaşık tıbbi teknolojiyi yönetmenin zorluğu olduğunu ifade ettikleri tedavinin psiko-sosyal boyutlarının, hastaların öğrenme ve

öz bakım sorumluluğunu üstlenme yeteneklerinin tedavi seçimini etkileyen başlıca faktörler olduğu tespit edilmiştir [75].

Seyahat ve tatiller birçok diyaliz hastası için problem olarak görülmektedir. EHD hastaları için ise makineye bağlı olmak ve taşınır olmaması sebebiyle seyahat açısından zorluk yaratabilir [76 ve 77]. Seyahatler esnasında farklı kurumlardan alınan HD tedavisi enfeksiyon açısından risk oluşturabilir [78 ve 79]. Seyahat planlarına uyum sağlamak için sık ve gece yapılan EHD tedavilerinden haftada üç kez diyaliz seanslarına geçen EHD hastalarının bu rejim için gerekli olan diyet kısıtlamalarını dikkate almaları gerekmektedir [80]. Bu anlamda hastaların seyahat özgürlüğünün tam anlamıyla gerçekleşebilmesi için mobil şekilde taşınabilecek özel olarak tasarlanan küçük ev hemodiyalizi makinelerinin tasarlanması kişilerin bağımsız seyahat etmelerini sağlayabilecek cihazların geliştirilmesine ihtiyaç olduğu bildirilmektedir [81].

Diebel vd. [82] yaptıkları çalışmada hastaların EHD tercihinin önündeki engelleri, elektrik faturalarında artış olması (%65), evde karşılaşılabilecek komplikasyonlardan korkma (%59), evin tıbbileştirilmesi (%54) ve tedavi yöntemlerine yönelik bilgi eksikliği (%54) olarak sıralanmıştır. Ek maliyetleri karşılayamamaları, EHD'nin risk ve yararlarından habersiz olmaları, eğitimin uzun zaman alacağını düşündükleri için EHD'yi tercih etmedikleri ve ayrıca hastalar KHD daha memnun oldukları (%91) için KHD tercih ettikleri belirtilmiştir [82]. İspanya'da EHD seansları sırasında verilen hemşire destek programının hastaneye yatışların azaltılmasında ve komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir [83].

EHD'nin bazı potansiyel dezavantajları; denetim eksikliği (*birçok kişi tarafından dezavantaj olarak görülmüştür fakat uzun süredir evde bakım uygulayan kişiler açısından bakıldığında problem yaşanmadığı gözlemlenmiştir*) [51], teknik sorunlar (*müdahale etme zahmetli olabilir ancak iyi eğitim programları bununla ilişkili tehlike ve endişenin çoğu önlenebilmektedir*) [51], kanülasyon sorunları (*sıklıkla hemşirelik müdahalesi için kliniğe geri dönüş anlamına gelmektedir fakat hemşireler tarafından yapılacak olan ev ziyaretlerinin arttırılması yararlı olacaktır*) [51], maliyet (*EHD, KHD göre uygun maliyetlidir*) [84] Ancak bazı maliyetler (*makine ve su arıtma sistemi, elektrik ve su kullanımı, ilaçlar, diyaliz sarf malzemeleri, diyaliz koltukları, pansuman malzemeleri, tartı ve tansiyon aletleri hastaya kalabilmekte*) gibi dezavantajlar hastaların EHD seçimi için bir engel olarak algılanmaktadır [66, 85]. EHD dezavantajlarından biri de hasta seçiminin olmasıdır. Hasta seçiminde dikkat edilmesi gereken unsurlara bakıldığında; okuryazar veya

hızlı öğrenebilen, iyi el becerisine sahip, öz yönetimi iyi olan, bağımsız olarak diyalize girebilen veya bakıcı tarafından desteklenen fiziksel ve bilişsel olarak deneyimli olan kişilerin seçilmesi gerekmektedir [86].

Görme bozukluğu veya körlüğü olan hastalarda EHD'nin başarılı olması için aile üyelerinin veya başka bir bireyin yardımına ihtiyacı vardır. Demansı olanlar, inme, kısa süreli hafıza kaybı, nöbet bozukluğu ve evde bakım kaynakları olmayanlar EHD için uygun hasta popülasyonunu sağlamayabilirler [87 ve 88]. Bireyin yaşının da EHD üzerinde etkisi vardır [89]. Genç yaş grubundaki kişilerin devamlılık, bazı teknik sorunlarla baş etmesi ve teknolojiye ayak uydurması açısından yaşlı popülasyondaki bireylere göre daha uygunluk gösterdiği görülmektedir [89]. EHD çoğunlukla yaşam kalitesi, tedaviyi yönetme, tedavi esnekliği sağlama ve klinik faydalara odaklanır [89]. Diyaliz popülasyonunun yüksek çoğunluğunu oluşturan yaşlı kesim için önemli olan bu değişkenler üzerinde çalışma görülmemektedir [89]. Yaş arttıkça gözlemlenen kısmen görme kaybı, ellerde titremelerin olması el becerilerini etkilemektedir. Bu durum vasküler erişim sorunlarına yol açabilir [89]. Yaşlı popülasyondaki diyaliz hastaları için EHD alanında çalışmaların ve iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Bu anlamda yaş grubu kısmen dezavantaj sağlamaktadır [89].

EHD başarılı olabilmesi için hastaların veya bakım vericinin ve sağlık hizmetini sağlayan EHD hemşiresinin birlikte uyum içerisinde çalışması gerekmektedir. En önemlisi EHD hemşiresinin hastanın veya bakıcının evde diyaliz yapabilecek kapasitede ve yeterlilikte olduğunu değerlendirmesi ve güvenmesi gerekmektedir [71]. Literatür araştırılırken EHD hemşirelerinin eğitim konuları arasına seyahat edecek ve süreç boyunca KHD tedavisi alacak olan EHD hastalarına diyet kısıtlamaları özellikle potasyum kısıtlamalarına değinmeleri önerilmektedir [80]. Farklı bir çalışmanın sonucunda ise EHD yaşanan sorunlara bakıldığında en yaygın görülen komplikasyonun kan kaybı olduğu hava embolisinin ise daha nadir görüldüğü bildirilmiştir [86]. Haftanın belirli günlerinde en az dört saat diyaliz makinesine bağlı olmak ve aile bireylerinin desteği olmadan hareket edememek kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir [90].

2.2.6. Diyalizde Tedaviye Uyum

Hemodiyaliz tedavisi haftada üç gün ve dört saat sürmesi, diyet kısıtlamalarının olması, çoklu ilaç kullanımının olması gibi sebeplerden dolayı karışık ve uyulması zor bir tedavi şeklidir. Kişinin yaşamına uyarlaması zorunlu olması nedeniyle de uyum sürecini etkilemektedir. [91 ve 92]. Chiu vd., SDBY olan ve diyaliz uygulayan hastalar ile yaptıkları

araştırmalarında, hastaların günde yaklaşık 19 ilaç kullandıklarını ve %25'inin günde 25'ten fazla ilaç kullandıkları bulunmuştur [93]. Bailie vd., ise hastalığın erken dönemlerinde, hastaların yaklaşık 6-12 ilaç ile tedavi oldukları görülmüştür. Bu kompleks tedavi şekli içinde hastanın tedaviye uyum içinde çalışması ve sadık olması büyük önem göstermektedir [94]. EHD uygulayan hastaların düzenli ve ayın ilk haftası olan rutin kontrollerinin olması da uyumları açısından önemlidir. Bireye sağlık hizmeti sunan kişi tarafından ilgili davranışlar sergilenmesi ve iyi iletişim kurulması hastanın uyumunu arttırdığı gözlemlenmiştir. Hastaların rutin olarak katılım sağladıkları ve geri bildirim aldıkları kontrollerindeki memnuniyet düzeyleri ile uyumları arasında doğru orantılı artış bulunmuştur [95].

Yapılan bir çalışmada eğitim durumu, erkek cinsiyet, santral venöz kateter kullanımı ve hemodiyaliz süresinin kısa olması tedaviye uyumsuzluk için risk faktörleri olarak saptanmıştır [96]. Sosyodemografik ve biyokimyasal parametrelerin yanı sıra psikososyal durumların da uyumsuzluğu etkilediği bilinmektedir [96]. Farklı bir çalışmada hastaların kontrollere ve ilaç kullanımlarına uyumlarının yüksek olduğu fakat diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir [97]. Başka bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum sağlayamadığı görülmüştür [98].

2.3. Sağlık İnanç Modeli

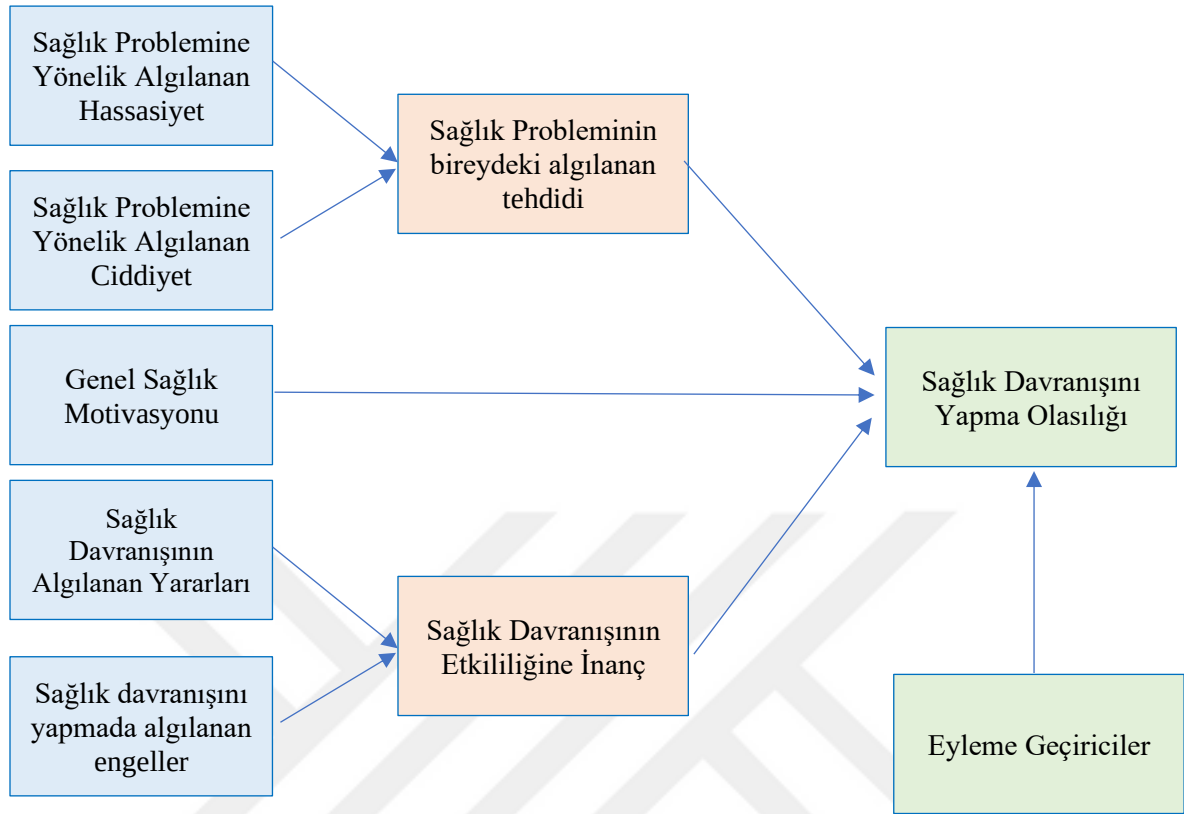
Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Servis'inde çalışan davranış bilimcileri tarafından, 1950'lerde geliştirilen SİM bugün, sağlık eğitimcileri, diğer sağlık uzmanları ve psikologlar tarafından kullanılan en yaygın sağlık davranış modellerinden biridir [99]. SİM, bir hastalığın varlığı veya hastalanma riskine yönelik kişinin davranışını açıklayan bir modeldir [100-102]. Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili çeşitli modeller geliştirilmiştir. SİM bireyin inanç ve davranışları arasında bağlantılı olduğunu gösteren bir modeldir [34, 103]. Kişinin inancı ve davranışı arasında bir bağ vardır. İnançlar, davranışlara yön veren ve kalıcı olmasını sağlayan özelliklerdir. İnançlar değişime uğrayabilir. İkna edici tekniklerin uygulanmasıyla inançlar dolayısıyla davranışlar değişime uğrayabilir [104]. Bu model olumlu faktörlerin sağlık davranışlarını pozitif yönde arttırdığını olumsuz faktörlerin ise azalttığını veya engellediğini öne sürer [105]. Sağlığı koruyucu davranışları geliştiren tutumların yanı sıra birçok sağlık sorununda hastanın tedaviye uyumunu neyin olumlu ya da olumsuz etkilediğini açıklamada ve ölçmede yeterli bir rehber olarak uygulanmaktadır [106]. SİM, sağlıkla ilgili davranışları algılamada ve

tahmin etmede, hastaların sağlıklarıyla ilgili nasıl tutum sergileyeceklerini açıklamada kullanılmaktadır [107]. Ayrıca SİM hasta özellikleri, demografik yapı ve belirli bilgiler ile doğrudan kişinin inancını etkilediği ve bu doğrultuda davranışının değiştirdiği de öne sürmektedir [108]. Örneğin eğitim düzeyi kişinin öz yeterlilik, ciddiye, yarar ve engel algılarına etki etmekte sonucunda olumlu veya olumsuz davranışları etkilediği düşünülmektedir [109]. Bireyler sağlıklarına yönelik olumsuzluğu gidermek için davranışlarını değiştirmenin yararlarını değerlendirirler ve davranışlarını değiştirip değiştirmeme kararını vermektedirler [110]. SİM sağlık hizmeti veren kişilerin, tedaviyle ilgili riski azaltan davranışları belirlemesi, davranışları hakkında ipuçlarını tespit etmesi ve tedaviyi engelleyici konularda hastalara yardımcı olması olarak da tanımlanmaktadır [111]. SİM seçilmesindeki en önemli faktör davranışı ve sonucunda ortaya çıkacak eylemi açıklamasının yanı sıra önleyici sağlık araştırmalarına odaklanan en eski ve pratik modellerden olması sebebi ile tercih edilmiştir [108, 112].

SİM'e dayalı beslenme eğitimi verilen ve KHD uygulayan hastalarla yapılan bir çalışmada duyarlılık, ciddiye, engeller, faydalar ve öz-yeterlilik alt boyutlarında anlamlı artışların gözlemlendiğini görülmüştür. SİM'e dayalı verilen eğitimle beslenme bilgilerinde iyileşmelerin olduğu bulunmuştur [113]. Hastanın hastalığının derecesine ve sonuçları sonrası ortaya çıkan komplikasyonları algılayışı SİM'in önleyici sağlık davranışı geliştirmesinde önemlidir [114].

2.3.1. Sağlık inanç modelinin temel bileşenleri

SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin olumlu etkilediğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanılmaktadır. SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine ilişkin yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiye, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu saptanmıştır [115]. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan eklenmiştir [50]. SİM için altı bileşen vardır. Bunlar; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiye, yarar, engel, öz yeterlilik ve sağlığın önemidir [116 ve 117].



Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli [117]

2.3.1.1. Duyarlılık algısı

Bireyin riski hissettiğinde ve bu davranışı azaltmasını veya yapmamasını içermektedir [107, 116]. Bireyin sağlıklı davranışı kabullenmesinde etkili olan algılardan bir tanesidir. Bu tanının kabul edilmesini ve hastalığa yakalanma ihtimalini içermektedir. Duyarlılık algısının artışı ile riski düşürmek için sağlıklı davranışı yapma olanağı da çoğalmaktadır [118]. Khodaveisi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SİM temelli verilen eğitim sonucunda duyarlılık algısında artış gözlemlenmiştir [119]. Bu anlamda farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi yüksek bulunan duyarlılık algısının doğru orantılı şekilde önleyici sağlık davranışında bulunması ile ilişkilendirilmiştir [120-123]. Duyarlılık algısında, SDBY olan hastalarda uygulanan yöntemlerden bir tanesi olan EHD'nin KHD'ye göre daha iyi yaşam kalitesine ve yaşam süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır [9]. Bu nedenle hemşireler EHD yapan hastaların yaşadıkları zorluklarla baş etmesini sağlamalı ve KHD'ye geri dönüşü azaltmak için eğitimler vererek sorunları gözden geçirilmelidir.

2.3.1.2. Ciddiyet algısı

Bireyin sağlık bilgisinden etkilenen ve riskli durumlarla karşılaştığında bilgisi dahilinde sağlığıyla ilgili endişesinin buna bağlı olarak değişmesidir [116]. Bu anlamda kişinin sağlıklarını değerlendirmesine yönelik ciddiyetine ve ilgisine odaklıdır [124]. Birey eğer tedaviyi reddederse ortaya çıkacak sonuçların tamamını içermektedir [125]. Bireyler bazı beslenme şekillerinin sağlıklarını olumsuz anlamda etkilediğine inandıklarında bu durumu değiştirmek için istekli davranışlar sergilemelerine neden olabilir [126].

Ciddiyet algısında, hastalar seyahat veya tatil yapması durumunda diyaliz makinesini yanında taşıyamayacağından gittikleri şehirde diyaliz merkezinde tedavi modalitesine göre haftada üç gün diyaliz tedavisine geçmeleri gerekmektedir. Bu nedenle sıkı diyet kısıtlaması yapmaları gerekli olacaktır. Potasyum yüksekliği gibi durumların yaşanabileceğini ve ciddi bir durum olduğu için hemşiresiyle beraber tatil öncesi diyet planlaması yapmaları gerekmektedir [80].

2.3.1.3. Yarar algısı

Bireyin koruyucu sağlık davranışlarının gereğine inanması ve bu davranışların sonucunda sağlığı ile ilgili elde ettiği pozitif sonuçlardır [116, 127]. Yarar Algısı alt boyutunda tarama programlarının koruyucu davranışların pekiştirilmesinde etkili olduğu [127] vurgulanmaktadır. Bireylerin koruyucu sağlık davranışları geliştirmelerinin sağlanması yaşam kalitesinin ve ortalama yaşam süresinin artmasında etkili olmaktadır [128]. Yarar Algısında, Hemşireler, EHD yapan hastaların daha az ilaç kullandıkları, diyaliz sonrası komplikasyonlar yaşamamaları, sıkı diyet kısıtlamalarının olmaması, sosyal yaşantılarına devam etmeleri ve son olarak daha iyi yaşam kalitesine sahip olmaları gibi yararları konusunda hastaları bilgilendirmelidir. Gebe kalmak isteyen kadın hastalar için ve KHD haftanın altı günü gelmenin zor olması nedeniyle hemşireler hastaları EHD kullanımına yönlendirmelidir. Yararlarına bakıldığında ise gebe sıklığını arttırması, sağlıklı bebek doğma olasılığını arttırması önemlidir [54].

2.3.1.4. Engel algısı

Bireyin sağlık davranışının hastalığın oluşumunu azaltmada etkili olacağına inanması fakat bu sağlık davranışının sergilemekte çeşitli nedenlerle zorlanması ya da kendisine engel olarak görmesidir [107, 129]. Engel algısı alt boyutunun davranış değişikliği sağlamada en önemli yapı olduğu [130], algılanan engel alt boyutunun davranış sergileme de önemli

olduğu bulunmuştur [107, 116]. Engel algısı, davranışın kişiye uygun olup olmadığını ifade etmektedir. Bireyin davranışı benimsemesini zorlaştırmakta ve engellemektedir [126].

Yapılan bir çalışmada SİM'in en önemli bileşeni olduğu vurgulanmıştır. Gereğesi ise Engel Algısının Yarar Algısından daha fazla olması durumunda davranışın ortaya çıkma ihtimalinin düşük olduğu ifade edilmiştir [131]. Engel algısında, hastalar ve bakım vericiler için dinlenme, EHD başarısını ya da başarısızlığını belirleyebilir. Hem hastalar hem de bakım verici kişiler için eğitim sırasında ve sonrasında bakım konusunda bilgilendirilmeli ve istendiğinde veya ihtiyaç duyulduğunda (bakım vericinin hastalanması veya seyahat etmesi) diyaliz görevine yerine getirebilecek geçici olarak ev hemodiyaliz hemşiresi veya ücretli bakım verici önerilebilir [132]. Hastalar fistül için iğne girişlerinde bazı problemlerle karşılaşabilirler. EHD yapmalarına engel olabilir. Bu anlamda hastalara 7/24 ulaşım hakkında bilgilendirilmeli, hastanın becerisine uygun olan stilin hemşiresiyle birlikte belirlenmesi gerekmektedir [71].

2.3.1.5. Öz yeterlilik algısı

Bireyin belli bir davranışı yapabilmesi veya kontrol altında tutabilmesi, belli bir işi başarabilme yeteneğine ilişkin karardır [133]. Öz etkililik/yeterlilik algısı yüksek olan kişiler düşük olanlara kıyasla yeni bir davranışı öğrenmek ve sürdürmek için daha çok emek harcadıkları bildirilmiştir [116, 133]. Kronik hastalıklar da eğitim amacıyla SİM kullanan çalışmalarda bireylerin öz yeterliliklerinde artış olduğu görülmüştür [134 ve 135]. Birey'in öz yeterlilik algısının artması sağlığını olumlu anlamda değiştiren davranışlarını kazanmasına ve devam ettirmesine aynı zamanda karar verme süreçlerinde öz benliklerine olan inançlarını arttıracaktır. Birey 'in bakım uygulamalarını yapma konusunda istekli, tutarlı ve mantıklı karar almalarını sağlayacaktır [136].

Yapılan bir çalışmada benlik algısı düşük olan kişilerin yüksek olan kişilere oranla karar verme sürecinde sorun yaşadıkları görülmüştür [137]. Bu anlamda birey bir problemle karşılaştığında çözebileceğine inanması ve çözmeye karar vermesi ve bu konuda davranışlar sergilemesi öz yeterliliğin karar verme sürecinde etkili olduğunu ve öz yeterlilik algısının yüksek olmasının hastalık yönetiminde başarı sağlayacağı anlamına gelmektedir [138 ve 139]. Öz yeterlilik, Kanülasyon sorunları sıklıkla hemşirenin müdahale etmesini gerektirebilir [51]. Hemşireler tarafından yapılacak ev ziyaretleri, uzaktan gözlemler kayıt altına alınarak hastanın ihtiyacı olan konularda sürekli eğitimler planlanması hastalar için iğne girişlerinde daha özgür olmalarını sağlayabilir.

2.3.1.6. Sağlının nemi

Bireyin sağlık davranışı göstermesini destekleyen tüm uyaranlardır. Sağlının nemi algısında; bireyin sağlık arayışına girmesinde algılanan hassasiyet ve ciddiyyet etkili iken eyleme geçmek için tetikleyici faktörün fiziksel belirtiler, çevresel uyaranlar veya medya olduğu saptanmıştır [116]. Sağlının nemi, hemşireler hastaların olumlu sağlık davranışı göstermesini sağlayan uyaranları bulmasında yardımcı olmakla beraber ailesine de bu konuyu önem göstermelerinin gerekliliği anlatılabilir [9].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Metodolojik ve tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden Türkiye genelinde evde hemodiyaliz uygulayan hastalar ve ev hemodiyaliz hemşireleri ile online şekilde yürütülmüştür. Çalışmanın birinci aşamasında Kasım 2021- Eylül 2022 tarihleri arasında hasta ve hemşirelerle bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında geliştirilen taslak ölçek Mayıs- Ağustos 2023 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de yaşayan EHD hastaları (N:1107) ve EHD sertifikası olan diyaliz hemşireleri (N:90) oluşturmuştur. Araştırmanın ilk aşaması olan nitel araştırmalarda örneklem sayısının fazla olması yerine araştırmanın hedeflerini karşılayacak ve detaylı şekilde veri elde edilmesini sağlayacak örneklemelerin oluşturulması gerekmektedir [140-142]. Nitel veri toplama sürecinde yeni bir bilgi girişi olmadığı durumlarda yani doyum noktasına ulaşıldığında örnekleme dahil etmeler bitirilir. Verilerin yeniden ortaya çıkması örnekleme dahil etmede önemli bir ölçüttür [143 ve 144]. Bu tekrarların devam etmesi durumunda veri toplama aşaması durdurulması ve örnekleme eklemelerin son bulması sağlanacaktır [145]. Fenomenolojik tipte yürütülen bu çalışmada araştırmacılar konuya hâkim ve deneyimi olan kişilere ihtiyaç duyduğundan amaca yönelik örnekleme yöntemi kullanılmıştır [146]. Amaca yönelik örnekleme yönteminden ise kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kartopu örnekleme yönteminden iletişim becerileri daha iyi olan kişilere ulaşmak için kaynak olan kişilerden önerilerle örnekleme kişiler dahil edilmiştir [147 ve 148]. Literatüre bakıldığında örneklem sayısının 5-25 arasında değişebileceği belirtilmektedir [146, 149, 150, 151]. Bu çalışmada örnekleme alınacak katılımcı sayısının belirlenmesinde verilerin doygunluğu ilkesi esas alınmıştır. Bireysel görüşme hasta ve hemşireler için, tekrar eden temalar ortaya çıktığında 10’dan az hasta ve hemşire ile yapılması, temalar çıkmaya devam ederse de 10’dan fazla hasta ve hemşire ile yapılması planlanmıştır. Taslak ölçek maddelerinin oluşturulması için hasta ve hemşirelerle bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan hasta ve hemşirelere kod ataması yapılmıştır

ve analiz edilme sürecinde bu kodlar kullanılmıştır. Hastalar H1'den H10'a, hemşireler ise HEM1'den HEM10 şeklinde kodlamalar yapılmıştır. Bu anlamda araştırmanın nitel boyutunda toplam 10 ev hemodiyaliz hemşiresi ve 10 ev hemodiyalizi uygulayan hastalar ile online şekilde yürütülmüştür.

Hastaların Dahil Edilme Kriterleri;

- Görüşme sırasında online üzerinden görüşmeyi kayıt altına alınmasına izin veriyor olma,
- 18 yaş üstünde olma,
- Türkçe anlıyor olma,
- En az üç aydır EHD tedavisi alıyor olma,
- Zihinsel, işitsel ve görsel engeli olmama.

Hemşirelerin Dahil Edilme Kriterleri;

- Ev hemodiyaliz hemşiresi olma ve görüşme sırasında online üzerinden görüşmeyi kayıt altına alınmasına izin veriyor olma,
- 18 yaş üstünde olma,
- Türkçe anlıyor olma,
- Zihinsel, işitsel ve görsel engeli olmama.

Faktör analizinde örneklem büyüklüğü, küçük örneklem kullanılarak ilişki katsayıları kestirildiyse daha az güvenilir olma eğilimindedir. Bu yüzden, ilişkilerin güvenilir bir şekilde gösterilmesi için örneklemin uygun büyüklükle olması önemlidir. Literatürde, değişken sayısı fazla büyük olmadığında, faktörler güçlü ve belirgin olduğunda 100 ile 200 arasındaki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu belirtilmektedir [138]. Yaygın bir fikre göre, çalışma grubunu faktör analizi tekniğinin kullanımı için önerilen madde sayısı veya gözlenen değişken sayısının beş katı örneklem büyüklüğü olması gerektiği ifade edilmektedir [139]. Örneklem büyüklüğü değişken sayısından fazla olmaması koşuluyla az sayıda belirgin faktör ve güçlü, güvenilir ilişkiler varsa 50 olabileceği belirtilmiştir [152]. Fakat literatür de bu konuda faktör analizi için örneklem büyüklüğünün 100=zayıf, 200=yeterli, 300=iyi, 500=çok iyi, 1000 ve üzeri ise mükemmel olarak değerlendiren kaynak da vardır [152]. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ölçme aracındaki madde sayısını temel alan görüşler de vardır [152]. Açıklayıcı faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğünün madde başına 4:1 veya 5:1 oranının iyi olduğu söylenmektedir [152]. Bu oranın 2:1, 5:1 ve 10:1 arasında olması gerektiğini ifade eden fikirlerde mevcuttur [152 ve

153]. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Derneği 2022 raporuna göre Türkiye’de toplam EHD uygulayan hasta sayısı 1107’dir [18]. Çalışmanın yapıldığı sürede pandemi koşullarının olması nedeniyle oluşturulan ölçek madde sayısı ve literatürde yukarıda belirtildiği üzere verilen güvenilirlik testleri doğrultusunda taslak ölçek madde sayısının 5 ila 10 katının örneklem için yeterli olduğu belirtildiğinden [154, 155], bu çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenirken geliştirilen ölçekteki madde sayısının en az 5 katı olacak şekilde planlanmıştır [155]. Araştırma kapsamında geliştirilen “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği” taslağı 34 madde olması en az 170 hastaya ulaşılması hedeflenmiş olup, online ortamda gönderilen araştırma davetine onam veren ve anketleri yanıtlayan toplam 202 hastaya ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Test Tekrar Test Analizi ise 15 gün ara ile 50 hasta ile yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri “Bireysel Hasta Görüşme Formu (Ek-1)” ve “Bireysel Hemşire Görüşme Formu (Ek-2)” aracılığıyla, Nicel veriler; “Hasta Tanıtım Formu (EK-3)” ve “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği” (Ek-4) aracılığı ile elde edilmiştir.

Nitel veri toplama aşamasında bireysel fenomenolojik görüşme tekniği kullanılmıştır. Fenomenolojik görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (EK-1 ve EK-2). Hemşire ve hastalarla bireysel görüşmelere başlamadan önce her bir katılımcıya araştırma süreciyle ilgili bilgi verilmiş, onamları alındıktan sonra görüşmeler online şekilde, video kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler her bir katılımcı için uygun gün ve saatte ayrı ayrı herhangi bir sıra gözetmeksizin planlanmıştır. Literatüre bakıldığında nitel çalışmalarda görüşme süreleri 15-45 dakika arasında değişmektedir [156-159]. Bu çalışmada görüşmeler ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Araştırmada veri toplama süreci verilerin doygunluğa ulaştığı 10. hasta ve 10. hemşire görüşmesinden sonra sonlandırılmıştır.

Araştırmanın nicel verileri araştırmacı aracılığıyla literatür taraması sonucunda [5, 9, 12, 16, 21] hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu (EK-3)” ve “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği (EK-4)” taslağı uygulanarak veriler elde edilmiştir. “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği (EK-4)” 7 kişiden oluşan bir hasta grubunda pilot uygulama yapılarak ölçülmüş ve anlaşılabilirliği tespit edildikten sonra veri toplama formuna son şekli verilmiş ve Google form aracılığıyla anket şekline dönüştürülmüştür. Hastalara gönderilen anket formu linkine ulaşıldığında önce aydınlatılmış onam formu daha sonra anket soruları yer almıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 15-20 dakikada tamamlanabilmektedir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Nitel veri toplama araçları

3.5.1.1. Hasta bireysel görüşme formu

Hasta bireysel görüşme formunda SİM alt boyutlarını (Sağlık İnancı, Duyarlılık Algısı, Ciddiyet Algısı, Engel Algısı, Yarar Algısı, Öz-Yeterlilik Algısı) ölçmeye yönelik 38 sorudan oluşmaktadır (EK-1). SİM alt boyutlarına bakılarak altı alt başlık altında sorular toplanmıştır.

3.5.1.2. Hemşire bireysel görüşme formu

Hemşire bireysel görüşme formunda hastaların EHD'ye yönelik sağlık inançları, tedaviye karşı duyarlılıkları, engel ve ciddiyet algıları, tedavinin yararı ve öz yeterlilik algılarını nasıl gördüklerine ilişkin SİM'in altı alt boyutlarını içeren toplam 38 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.5.2. Nicel veri toplama araçları

3.5.2.1. Hasta tanıtıcı bilgi formu

Literatür taramasından sonra hazırlanan ölçek hastaların tanıtıcı özelliklerin bulunduğu [39] "*cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşanan yer, daha önce böbrek nakli olma durumu, ev hemodiyalize başlama süresi*" 8 soru yer almaktadır [EK-3].

3.5.2.2. Ev hemodiyalizine uyumda sağlık inanç ölçeği taslağı

İlgili literatür ve nitel veriler doğrultusunda oluşturulan taslak ölçek madde havuzu 34 madde yer almaktaydı [5, 9, 12, 16, 21]. Taslak ölçek aşağıda belirtilen ölçek geliştirme aşamalarından geçtikten sonra "sağlık inancı/eyleme geçiriciler ile ilgili beş soru, ciddiyet algısı ile iki soru, duyarlılık algısı üç soru, semptomaya yönelik engel algısı ile üç soru, Makinaya Yönelik Engel Algısı dört soru, Yarar Algısı ile altı soru ve son olarak Öz Yeterlilik Algısı ile ilgili dört soru olmak üzere 27 maddelik bir ölçeğe dönüşmüştür (EK-4).

3.6. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği Taslağı, Ölçek Geliştirme Aşamaları

Bu araştırmada ölçülmek istenilen nitelik, EHD uygulayan hastaların tedaviye uyumlarının ve hangi aşamalarda uyum sorunları yaşadıklarının değerlendirilmesidir.

Araştırmacı tarafından ölçülecek özelliğin kapsamının belirlenmesi, önceki araştırmalarda dikkate alınan SİM boyutlarını belirlemek, madde havuzunu oluşturmak ve hasta ve hemşirelerle yapılacak bireysel görüşmeler için sorulabilecek temayı ortaya çıkartabilmek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması yapıldı. Literatür taraması ‘home dialysis, dialysis, health belief model, adaptation, adaptation to disease, patients adaptation to home dialysis’ “ev hemodiyaliz, diyaliz, sağlık inanç modeli, uyum, hastalık ve hastalığa uyum, ev hemodiyaliz hastalarında uyum” anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirildi. EK-1’de hastalar ve EK-2’de hemşireler için oluşturulan bireysel görüşme soruları bu literatür taramasına göre hazırlanmıştır.

Nitel veri analizinde bilgisayar programları sıklıkla kullanılmaktadır fakat nitel veri analizini programlardan ziyade araştırmacının kendisinin yapması daha anlamlı veri sağlamaktadır [160 ve 161]. Bilgisayar programları sadece verileri saklama, düzenleme ve kodlama gibi işlevleri yerine getirmektedir. Araştırmacı tarafından yapının nasıl oluşacağına, kodların hangisi olacağı ve neyin kategori olarak kalması gerektiğine karar vermektedir [160 ve 161]. Araştırmacı araştırma sürecinin her aşamasında içinde ve aktif olmak durumundadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sorular ve sorulara alınan yanıtlar içinden seçilen kısımlar analizi ve yorumlama kısmını belirlemektedir [162].

Çalışmanın verileri online olarak araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır. Araştırmacı kayıtlar sırasında notlar tutmuştur. Video kaydı alınan görüşmeler Transkriptor adlı program ile yazıya geçirilmesi sağlanmıştır. Kodlamaların oluşturulmasında çeşitli kağıtlar, renkli kalemler ile Excel tablosundan yararlanılarak tematik kodlar oluşturularak araştırmacı tarafından yapılmıştır [163]. Bu görüşmeler sonucunda alınan bilgiler araştırmacı tarafından tematik analiz yapılmıştır. Her bir maddeye doğrudan veya dolaylı olarak katkıda bulunan literatürdeki ve yapılan görüşmelerin tematik analiz sonuçlarına göre elde edilen maddeler birleştirilmiştir ve taslak ölçek soruları oluşturulmuştur.

Bu aşamada hazırlanan taslak ölçek soruları uzmanlara gönderilmiştir. Geliştirilen ölçek taslağı, yönergesi ve maddelerin dil ve ifade açısından anlaşılabilirliği, ülkemizde çeşitli ev hemodiyalizi konusunda deneyimli hemşirelere (7), hekimlere (4), akademisyen hemşirelere (3) gönderilmiştir. Sonrasında hazırlanan taslak ölçek, ölçek geliştirme/ölçme

değerlendirme uzmanı ve biyoistatistik alanında uzman (2) olmak üzere toplamda 16 uzmana gönderilmiştir, uzmanlardan 14'ü dönüş sağlamıştır. Uzmanların her bir ölçek maddesinin dil, içerik ve anlaşılabilirlik açısından uygunluk durumu (1=Uygun değil, 2= İfadenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor, 3= Uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor, 4= Çok uygun), Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. 14 uzman görüşleri doğrultusunda “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği Taslağı”nın ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır [164 ve 165].

Son olarak 14 uzmanın görüşleri ile düzenlenen taslak ölçek maddelerinin dil bilgisi yönünden değerlendirilmesi için üç Türk Dili ve Edebiyatı alanında uzman öğretim üyesine gönderilmiştir, ancak bir uzmandan geri dönüt alınmıştır. Ölçeğe son hali 15 uzmanın görüşü ile verilmiştir. Ayrıca taslak sorularının okunabilirlik düzeyi “Flesh Okuma Kolaylığı Testi” ile araştırmacı tarafından analiz edilmiştir [166]. Test sonucuna göre bulunan puanın yüksek olması anketin kolay okunabilir olduğunu, puanın düşüklüğü ise anlaşılabilirliğin zor olduğunu göstermektedir. Örneğin sonuç 90-100 arasında ise 10 yaşında bir çocuğun bile anlayabileceği bir içerik hazırlandığı, 60 ile 69 arasında ise 13–15 yaş aralığında bir gencin okuyabileceği, 0 ile 29 arasında ise içeriğin ancak üniversite mezunu kişilerin okuyabileceği şekilde olduğu düşünülmektedir. Bu testten alınacak 60-69 arasındaki puanın kabul edilebilir sınır olduğu bildirilmektedir [166]. Bu araştırmada analiz sonucunda 66,96 puan ile orta okunabilirlik seviyesinde olduğu görülmektedir.

Toplam 15 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) belirlenmiştir. Devamında, KGO’ların ortalamasından kapsam geçerliği indeksi (KGİ) değeri bulunmuştur. Bu indeks uzmanların maddeleri gerekli olup olmadıklarına karar verilmesinde kullanılmaktadır [164]. Bu değer maddelerin uygunluk seviyesi için gereklidir. Tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 1,00 olarak bulunduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir. $KGİ = 0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmektedir. Ölçek için $KGİ > 0,67$ olduğundan ölçek istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık inanç modeli ile çalışmalar yürüten akademisyen hemşirelerden (2) ölçeğin alt boyutlarına göre soruların uygun alt boyuta göre atamalarının yapıp yapılmadığının değerlendirmeleri de istenmiştir. Belirtilen önerilere yönelik düzenlemelerin yapılmasından sonra taslak ölçek 34 madde ile hazırlanmıştır (Ek-5). Taslak ölçeğin örneklem grubuyla

benzer özellikleri taşıyan yedi EHD hastası ile pilot çalışması uygulanarak anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmiştir.

Yedi alt boyutta geliştirilmiş olan ölçekte; Sağlık İnancı/Eyleme Geçiriciler alt boyutu: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 numaralı ifadelerden, Ciddiyet Algısı alt boyutu: B1, B2, numaralı ifadelerden, Duyarlılık Algısı alt boyutu: C1, C2, C3, C4 numaralı ifadelerden, Semptoma Yönelik Engel Algısı alt boyutu: D1, D2, D3, D7 numaralı ifadelerden, Makineye Yönelik Engel Algısı alt boyutu: D4, D5, D6, D8, D9 numaralı ifadelerden, Yarar Algısı alt boyutu: E1, E2, E3, E4, E5, E6, Öz Yeterlilik Algısı alt boyutu ise: F1, F2, F3, F4, F5 numaralı ifadelerden oluşmaktadır. 5'li likert tipi şeklinde geliştirilmiş olan ölçekte “Her zaman” 5 puan, “Çoğu zaman” 4 puan, “Seyrek olarak” 3 puan, “Ender olarak” 2 puan, “Hiçbir zaman” 1 puan olarak puanlanmıştır. 34 maddelik taslak ölçeğin Semptoma yönelik engel algısı (D1, D2, D3, D7) ve Makineye yönelik engel algısını (D4, D5, D6, D8, D9) içeren tüm sorular olumsuz anlam içerdiğinden ters puanlanmıştır.

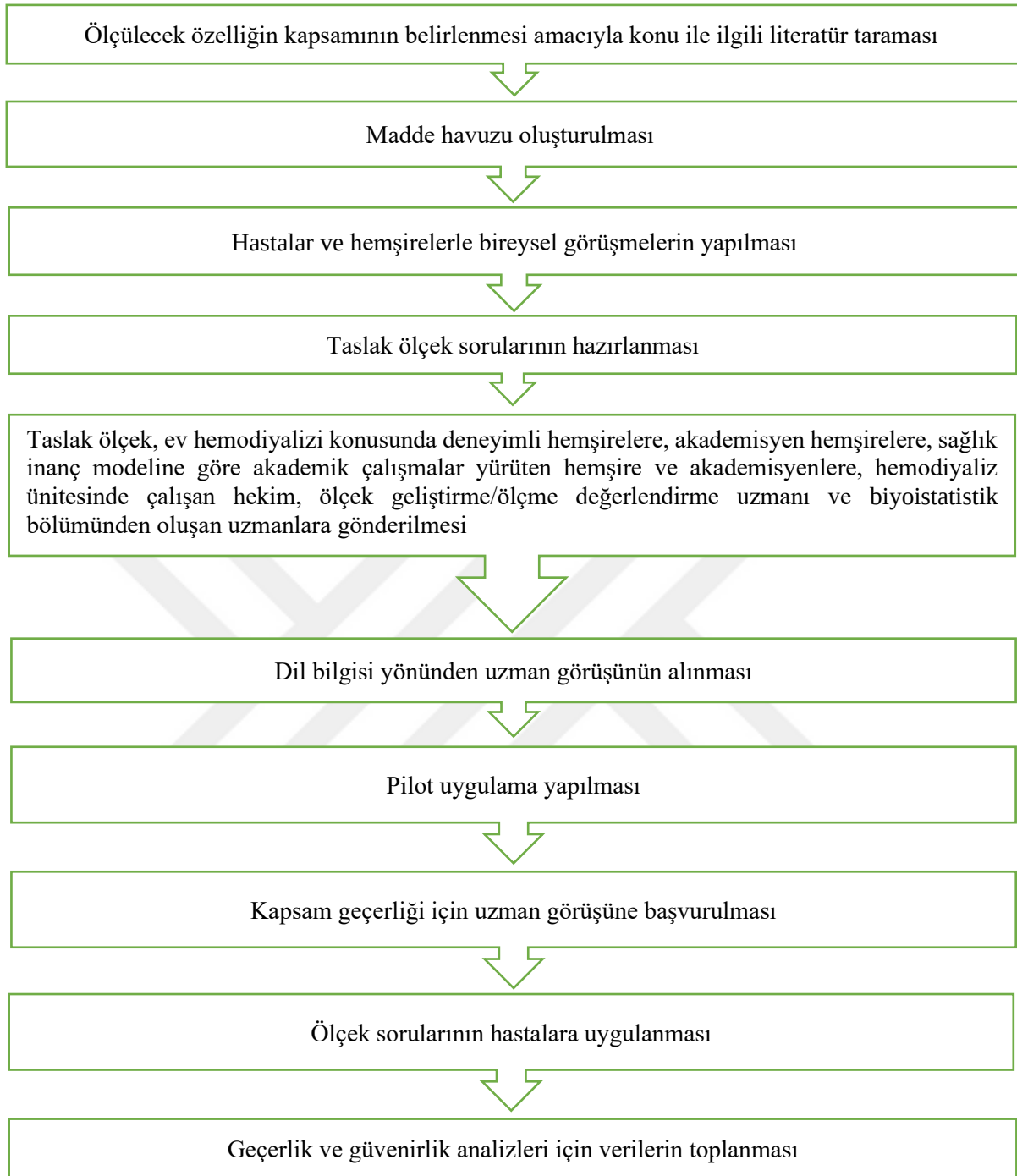
Bu araştırma için geliştirilen geçerlilik ve güvenilirliği belirlenen ölçek EHD uygulayan hastaların tedaviye uyum ölçeği kapsamında uyumlarının ölçülmesi nedeniyle uygulanmaktadır. Yapı geçerliliği sonrası 34 madde olan deneme ölçeğinin istatistiksel çalışması sonucunda ise 27 madde yer almaktadır. Ölçek likert tipte ve ‘hiçbir zaman, ender olarak, seyrek olarak, çoğu zaman ve her zaman’ şeklinde yanıtlama gerektirmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması EHD uygulayan hastaların tedavi uyumlarının iyi olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan toplam puan artıka, EHD uygulayan hastaların tedavi uyumlarının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Taslak ölçek örneklem grubuna uygulandıktan sonra geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış ve aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- Güvenirlik çalışması için, madde analizi yapılarak madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş ve düşük korelasyondaki maddeler toplam puan korelasyonu 0.30'un altında bulunmuştur fakat yapılan madde analizinde herhangi bir madde silindiğinde cronbach alfa değerini önemli derecede değıştirmedigi için ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verilmiştir.
- Maddelerin oluşturduğu gizil yapıların keşfi için açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır.
- Keşfedilen yapının uyumu için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir.

- Analizler sonucunda oluşan alt boyutların güvenirlik açısından iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır.

Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği son haliyle 27 maddeden oluşmaktadır. Yedi alt boyutta tasarlanmış olan ölçekte; Sağlık İnancı/Eyleme Geçiriciler alt boyutu: A1, A2, A3, A6, A8, A9 numaralı ifadelerden, Ciddiyet Algısı alt boyutu: B1, B2, numaralı ifadelerden, Duyarlılık Algısı alt boyutu: C1, C2, C3 numaralı ifadelerden, Semptoma Yönelik Engel Algısı alt boyutu: D1, D2, D3 numaralı ifadelerden, Makineye Yönelik Engel Algısı alt boyutu: D4, D5, D6 numaralı ifadelerden, Yarar Algısı alt boyutu: E1, E2, E3, E4, E5, E6, Öz Yeterlilik Algısı alt boyutu ise: F1, F2, F3, F4 numaralı ifadelerden oluşmaktadır. 5’li likert tipi şeklinde hazırlanmış olan ölçekte “Her zaman” 5 puan, “Çoğu zaman” 4 puan, “Seyrek olarak” 3 puan, “Ender olarak” 2 puan, “Hiçbir zaman” 1 puan olarak puanlanmıştır. 27 maddelik taslak ölçeğin Semptoma yönelik engel algısı (D1, D2, D3, D7) ve Makineye yönelik engel algısını (D4, D5, D6, D8, D9) içeren tüm sorular olumsuz anlam içerdiğinden ters puanlanmıştır. Şekil 3.1’de ölçek geliştirme çalışmasının aşamalarına yer verilmiştir.



Şekil 3.1. Ölçek Geliştirme Çalışmasının Aşamaları

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Nitel verilerin değerlendirilmesi

Nitel veri analizinde yaygın kullanım yöntemlerinden bir içerik analizidir. İçerik analizinde kod şeması oluşturulmaktadır. İçerik analizde yapılan işlemler şu şekilde sıralanabilir; görüşme verilerinin yazıya aktarılması, verilerin düzenlenmesi, anlamlı

verilerin bulunması, analiz matrisi oluşturulması ve analiz süreci ve sonuçlarının rapor edilmesini içermektedir. Veriler yazıya aktarılırken hasta ve hemşire isimleri kullanılmamıştır. Analizde kolaylık sağlamak amacıyla hastalara H1 ila H10, hemşirelere ise HEM1 ila HEM10 arasında numaralandırmalar yapılmıştır.

Tüm görüşme verileri detaylı olarak incelenmiş ve benzer kodlar arasında ilişki kurulmuş olup bir araya getirilmiştir. Verilerin tamamı benzer şekilde kodlandıktan sonra kod listesi oluşturulup temalar ve alt temalar ortaya çıkmıştır. Veri güvenliği sağlamak amacıyla araştırmacı haricinde danışman öğretim üyesi tarafından kontrol edilmiştir.

3.7.2. Nicel verilerin değerlendirilmesi

Veriler, Windows için IBM SPSS® Statistics 23, sürüm 23.0 için IBM SPSS AMOS programlarına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Ölçek geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik için ise cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır. Ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Kullanılan istatistik yöntemler Tablo 3.1’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler

İncelenen özellik	İstatistiksel yöntemler
Bireysel görüşme formlarının kodlanmasının yapılması	Tematik analiz
Taslak ölçeğin kapsam geçerliği; uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Davis tekniği
Örneklem büyüklüğü ve uygunluğu testleri	Kaiser Meyer Olkin örneklem yeterlilik testi Barlett's Küresellik Testi
Taslak ölçek alt boyutlarının yapı geçerliği	Doğrulamalı faktör analizi
Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach alfa katsayısı
Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler	Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma
EHDUSİÖ alt boyut puan ortalamalarının hastaların demografik özellikleri ile karşılaştırılması	One Way ANOVA Levene testi Bonferroni Tamhane's T2

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Tedaviye uyum.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb), hastalığa ve tedaviye özgü (haftalık diyaliz, damar erişim yöntemi, diyaliz sonrası komplikasyonları, diyet ve sıvı kısıtlamaları vb) özellikleri.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için “Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (Karar No: 2021/265) (EK-5) alınmıştır. Bireysel görüşme formları için hasta (EK-6) ve hemşirelerden (EK-7) gönüllü olur formu okunduktan sonra sözel onam ve yazılı onam alınmıştır. Ayrıca ölçek çalışmasına katılan hastalara gönüllü olur formu (EK-8) okunduktan sonra sözel ve yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bulgular iki alt başlık altında sunulmaktadır:

1. Araştırmanın nitel aşamasında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular
2. Araştırmanın nicel aşamasında gerçekleştirilen ölçek geliştirme çalışmasından elde edilen bulgular

İkinci bölümde geliştirilen ölçeğe ilişkin bulgular üç aşamada verilmiştir. Birinci bölümde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik sonuçları, ikinci bölümde katılımcıların demografik verileri, üçüncü bölümde ise ölçek toplam puanı ve alt boyutları ile demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırma sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Nitel Aşamasında Elde Edilen Bulgular

Bu çalışmada, içerik analizi türlerinden tematik içerik analizi kullanılmıştır. Tematik analizde verilerdeki temalar iki yol kullanılarak çözümlenir. Bunlar tümevarım ve tümdengelimselemdir. Tümevarımsal çözümlemede verilerle arasında yoğun bir bağlantı olduğu anlamına gelirken, tümdengelimsele de ise veriler analiz yapan kişiye bağlı ve verinin bazı taraflarına ilişkin derin bir analiz sunulmaktadır [167]. Bu çalışmada tümevarımsal yaklaşım kullanılmıştır. Analiz süreci Braun ve Clarke'ın tematik analiz yapan araştırmacılar için hazırladıkları analiz aşamaları takip edilerek yapılmıştır. Tablo 4.1'de çalışmanın analizinde izlenen tematik analiz süreçleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Tematik Analiz Aşamaları [167]

Aşama	Süreç Açıklaması
1. Araştırmacının veriye aşına olması	Verinin deşifre edilmesi (gerektiğinde), verinin tekrar tekrar okunması, ilk fikirlerin not edilmesi.
2. İlk kodların oluşturulması	Tüm veri seti boyunca verinin dikkat çeken özelliklerinin sistematik bir şekilde kodlanması, her bir kodla alakalı olan verilerin bir araya toplanması
3. Temaların aranması	Kodların potansiyel temalar altında toplanması, tüm verilerin ilişkili oldukları olası temaların altında toplanması
4. Temaların gözden geçirilmesi	Temaların, kodlanmış veri içeriğiyle (1. Düzey) ve tüm veri setiyle (2. Düzey) uyumunun kontrol edilmesi, analize ilişkin tematik ‘haritanın’ oluşturulması
5. Temaların tanımlaması ve isimlendirilmesi	Her temaya ait özelliklerin sadeleştirilmesi ve analizde anlatılan hikâyenin bütününe tanımlanması için analize devam edilmesi, her bir temanın açık bir şekilde tanımlanması ve isimlendirilmesi.
6. Raporun hazırlanması	Analiz için son fırsat. Somut, çarpıcı ve inandırıcı doğrudan alıntı örneklerinin seçilmesi, kodlanan veri içeriklerinin son kez analiz edilmesi, analiz sonuçlarının araştırma sorusu ve alan yazınla tekrar ilişkilendirilmesi, analizin akademik bir dille raporlaştırılması.

Ev hemodiyaliz hasta ve ev hemodiyaliz hemşireleri ile yapılan çalışmaların derinlemesine incelenmesi ve tedaviye uyumun belirlenmesi amaçlandığından içerik analizi tercih edilmiştir. Bu doğrultuda her görüşme incelenerek ve analiz süresince tekrar tekrar okunup ayrı ayrı kodlanmıştır. Bireysel görüşmelerin kodlanma süreci birinci yazar tarafından yapılmıştır. Kodlamalar herhangi bir veri kaybı yaşanmaması adına ikinci yazar tarafından teyit edilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen verilerin çözümlenmesinde içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizi sürecinde matris doğrultusunda elde edilen verilerden iki araştırmacının ortak çalışması ile kod ve temalara indirgenmiştir. Bu kapsamda toplam 6 tema ve 19 kod belirlenmiştir. Elde edilen bulguların sunumunda frekans değerinden yararlanılmıştır.

4.2.Araştırmanın Nicel Aşamasında Elde Edilen Bulgular

4.2.1. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin geçerlik sonuçları

Bu araştırmada yorumsal geçerliğin alt başlığından 'kapsam geçerliği' ve 'yapı geçerliği' analizleri ölçek geçerliliğin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

4.2.1.1. Kapsam (içerik) geçerliği

Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin değerlendirilmesini ve her maddenin amaca uygunluğunu ölçmektedir. Ülkemizde çeşitli uzmanlardan, ev hemodiyalizi konusunda deneyimli yedi hemşireye, dört hekime, üç akademisyen hemşire, ölçek geliştirme/ölçme değerlendirme uzmanı ve biyoistatistik uzmanı olmak üzere iki uzmana toplamda 14 uzmana gönderildi. 14 uzmandan gelen önerilerle şekillenen ölçek dil bilgisi yönünden maddelerin değerlendirilmesi için son olarak Türk Dili ve Edebiyatı alanında bir uzmana gönderildi. Toplam 15 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 puan ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ait KGO hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Uzmanların Taslak “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği” Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı (N:15)

	Çok uygun	Uygun	Uygun ama düzeltilmesi gerekiyor	Uygun değil	KGO
Sağlık İnanıcı 1	11	3	1	0	0,9
Sağlık İnanıcı 2	12	3	0	0	1,0
Sağlık İnanıcı 3	13	2	0	0	1,0
Sağlık İnanıcı 4	12	2	1	0	0,9
Sağlık İnanıcı 5	9	3	2	1	0,7
Sağlık İnanıcı 6	9	3	2	1	0,7
Sağlık İnanıcı 7	9	3	2	1	0,7
Sağlık İnanıcı 8	13	2	0	0	1,0
Ciddiyet Algısı 9	6	8	1	0	0,9
Ciddiyet Algısı 10	11	3	1	0	0,9
Duyarlılık Algısı 11	14	1	0	0	1,0
Duyarlılık Algısı 12	14	1	0	0	1,0
Duyarlılık Algısı 13	14	1	0	0	1,0
Duyarlılık Algısı 14	13	1	1	0	0,9
S.Y. Engel Algısı 15	11	1	2	1	0,7
S.Y. Engel Algısı 16	12	1	1	1	0,8
S.Y. Engel Algısı 17	12	1	2	0	0,8
M.Y. Engel Algısı 18	11	2	2	0	0,8
M.Y. Engel Algısı 19	10	3	2	0	0,8
M.Y. Engel Algısı 20	10	3	2	0	0,8
S.Y. Engel Algısı 21	13	2	0	0	1,0
M.Y. Engel Algısı 22	11	1	0	3	0,7
M.Y. Engel Algısı 23	9	0	3	3	0,6
Yarar Algısı 24	13	2	0	0	1,0
Yarar Algısı 25	12	3	0	0	1,0
Yarar Algısı 26	13	2	0	0	1,0
Yarar Algısı 27	14	1	0	0	1,0
Yarar Algısı 28	14	1	0	0	1,0
Yarar Algısı 29	13	2	0	0	1,0
Öz Yeterlilik 30	14	1	0	0	1,0
Öz Yeterlilik 31	14	1	0	0	1,0
Öz Yeterlilik 32	14	1	0	0	1,0
Öz Yeterlilik 33	14	1	0	0	1,0
Öz Yeterlilik 34	14	1	0	0	1,0

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Ardından, hesaplanan KGO’ların ortalaması alınarak KGİ bulunmuştur. Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır. Bu çalışmada tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 1,00 olarak bulunduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir.

KGI:0,05 düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmektedir. Ölçek için KGI>0,67 olduğundan ölçek 'in istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). 34 maddelik hazırlanan taslak “Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği”nin ev hemodiyalizi uygulayan yedi hasta ile anlaşılabilirliğinin test edilmesi için pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamada ölçeğin anlaşılır olduğu belirlenmiştir. Kapsam geçerliliği sonucunda çıkarılan madde olmamıştır.

4.2.1.2. Yapı geçerliği

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi, elde edilen verilerin faktör analizi için uygulanabilir olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılırken analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Barlett Küresellik testi analizlerinden yararlanılmaktadır. Araştırmamızda Ev hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği Taslağının KMO değeri 0,85 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.3. KMO Değerleri [168]

Değerler	Yorum
0,5'ten küçük ise	Uygun olmadığı söylenmektedir
0,50-0,60 arasında ise	Kötü
0,60-0,70 arasında ise	Zayıf
0,70-0,80 arasında ise	Orta
0,80-0,90 arasında ise	İyi
0,90 üzerinde ise	Mükemmel

İyi bir faktör analizi için KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması ve 1'e yaklaşması istenir. Bartlett testi sonucunun $p < 0,05$ düzeyinde olması ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu belirtmektedir [164 ve 165].

Tablo 4.4. KMO ve Bartlett Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)	0,85
	X^2 (ki-kare testi)
	2760,13
Bartlett Sphericity Testi	Sd (serbestlik derecesi)
	351
	P(anlamlılık düzeyi)
	0,000

Tablo 4.4'e göre, KMO değerinin 0,85 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir.

Barlett Küresellik testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı bulunması verilerin faktör analizi için uygun olduğuna ve değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna işaret etmektedir ($X^2:2760,13$, sd:351, $p < 0,001$) (Tablo 4.5).

Faktör analizinde faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmemiştir. Faktör yükü ise 0,40 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlanmıştır. Uygulanan faktör analizi sonucunda 34 olan madde sayısı 27'ye düşmüştür.

AFA ile çıkarılan maddeler;

A4-Doktorumun önerdiği şekilde ultrafiltrasyon (sıvı çekilmesi) değerimi diyaliz makinasında ayarlayabilirim. *(Sağlık İnancı/Eyleme Geçiriciler)*

A5-Sağlık kontrollerime düzenli olarak giderim. *(Sağlık İnancı/Eyleme Geçiriciler)*

A7-Diyetimde dikkat etmem gereken kuralları bilirim. *(Sağlık İnancı/Eyleme Geçiriciler)*

C4-Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce nabzımı mutlaka ölçerim. *(Duyarlılık Algısı)*

D7-Ev hemodiyaliz tedavim boyunca uyku problemleri yaşarım. *(Semptoma Yönelik Engel Algısı)*

D8-Ev hemodiyaliz tedavisinin maliyetini karşılamakta güçlük yaşarım. *(Makineye Yönelik Engel Algısı)*

F4-Diyetimde dikkat etmem gereken kurallara uyarım. *(Öz-Yeterlilik Algısı)*

Bu 27 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda 7 faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,40'ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu 7 faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Ölçek Faktörleri

	Sorular	Yükler	Öz değer	Varyans açıklama oranı
Yarar algısı	E3	0,88	4,19	15,51
	E2	0,88		
	E1	0,82		
	E4	0,68		
	E6	0,68		
	E5	0,46		
Sağlık inancı	A3	0,76	3,47	12,86
	A8	0,73		
	A2	0,73		
	A6	0,69		
	A1	0,64		
Özyeterlilik algısı	F1	0,68	2,44	9,03
	F3	0,66		
	F4	0,65		
	F2	0,52		
Semptomaya yönelik engel algısı	D2	0,75	2,31	8,56
	D1	0,68		
	D3	0,66		
	D9	0,53		
Duyarlılık algısı	C1	0,74	2,18	8,07
	C3	0,69		
	C2	0,53		
Makinaya yönelik engel algısı	D6	0,86	1,89	7,01
	D5	0,83		
	D4	0,56		
Ciddiyet algısı	B2	0,84	1,84	6,83
	B1	0,83		

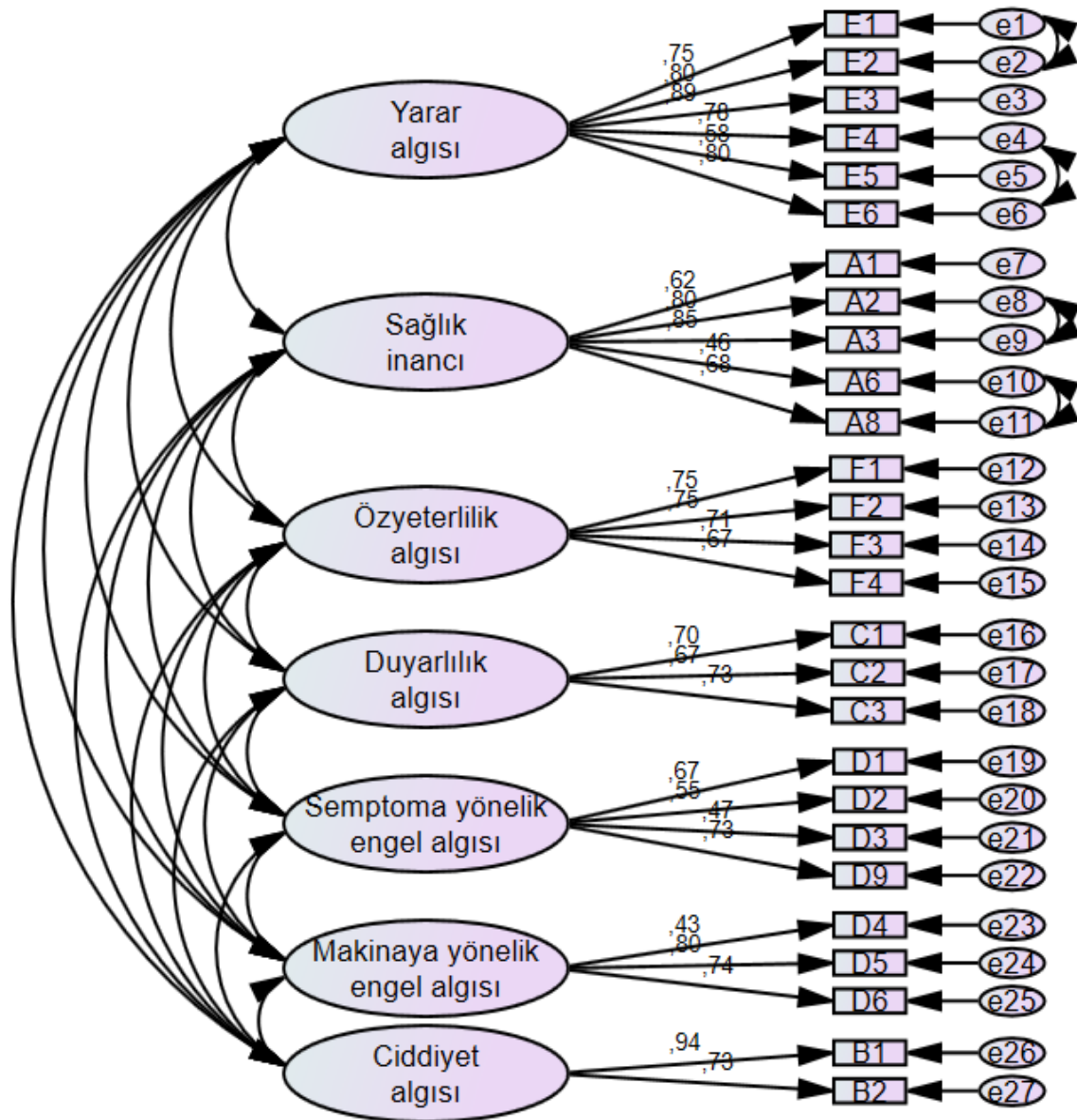
Yarar Algısı alt boyutu toplam varyansın %15,51's'ini, Sağlık İnancı alt boyutu toplam varyansın %12,86's'ını, Özyeterlilik Algısı alt boyutu toplam varyansın %9,03'ünü, Semptomaya Yönelik Engel Algısı alt boyutu toplam varyansın %8,56'ını, Duyarlılık Algısı alt boyutu toplam varyansın %8,07'ini, Makinaya Yönelik Engel Algısı alt boyutu toplam varyansın %7,01'ini, Ciddiyet Algısı alt boyutu toplam varyansın %6,83'ünü ve EHDUSİÖ toplam varyansın %67,91'ini açıklamaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında açıklanan toplam varyansın %41'in üzerinde olmasının gerektiğini ifade edilmiştir [169]. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans da yükselir [170 ve 171]. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplam her boyut için 1'den büyük olması bu boyut

altında toplanan soruların birlikte bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. Boyutlara ait öz değerlerin 1'den büyük olduğu görülmektedir. En yüksek öz değer Yarar Algısında görülürken (4,19) en düşük ciddiye algısında (1,84) görülmektedir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı yapıyı-faktörü ölçtüğü anlamına gelir. Faktör yük değeri en yüksek makineye yönelik engel algısında D6 (0,86) “*Ev hemodiyaliz tedavim sırasında su kesintisi yaşarım.*” maddesindedir. Faktör yük değeri en düşük yarar algısında E5 (0,46) “*Ev hemodiyalizi sırasında acil durumlarda ulaşabileceğim birilerinin olması beni rahatlatır.*” maddesindedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

İlk aşamada, 7 faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 4.1’de oluşturulmuştur. Gizil değişken metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1’e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır [172].

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren *maximum likelihood* yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modification indices değerine sahip olan “Yarar Algısı” alt boyutundaki “E1” ve “E2”, “E4” ve “E6”, “Sağlık İnancı” alt boyutundaki “A2” ve “A3”, “A6” ve “A8” sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur.



Şekil 4.1. DFA Modeli

Son aşamada ise 7 boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin 27 ifadeden oluşan 7 faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 4.6. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	1,856
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,829
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,882
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,900
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,902
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,809
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,065
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,077

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df (ki-kare testi/serbestlik derecesi), IFI (Incremental Fit Index- Artan Uyum İndeksi), CFI (CFI: Comparative Fit Index- Karşılaştırılması Uyum İndeksi), RMSEA (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation-Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü) ve SRMR (SRMR: Standardized Root Mean Square Residual-Standardlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü) değerlerinin iyi olduğu [169-173] görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

4.2.2. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin güvenilirlik sonuçları

Ölçme aracının güvenilirliği, ölçülecek değişkenin ne tutarlılıkla ölçtüğünü ya da ölçüm yapılacak değişkenin sonuçlarının hatasız olma derecesi şeklinde tanımlanmaktadır [174]. Ölçme aracının güvenilirlik için aynı koşullarda birden çok tekrarlanması ve elde edilen değerlerin benzer olması kararlılığının göstergesidir [165].

Araştırmamızda güvenilirliği değerlendirmek için iç tutarlılık, düzeltilmiş madde-alt ölçek korelasyonu ve test-tekrar test yapıldı.

4.2.3. İç tutarlılık

İç tutarlılık, maddeler ve alt ölçek arasındaki korelasyonları değerlendirilmiştir. Yüksek bir korelasyon katsayısı ve iki ölçüm arasında benzer bir ortalama puanın yüksek güvenilirliği gösterdiği kabul edilmektedir [175].

İç tutarlılık, en sık başvuru olan güvenilirlik ölçütüdür. Ölçüm aracının bütün maddelerinin kendi aralarında eşit puanlamaya sahip olduğunu ifade eden bir kavramdır [175]. Güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha katsayısı ve maddeler arası korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Cronbach α katsayısı, kabul gören değer aralıkları ise şöyledir;

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ arasında ise ‘ölçek güvenilir değil’,
 $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ise ‘ölçek düşük güvenilirlikte’,
 $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ise ‘ölçek oldukça güvenilir’,
 $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise ‘ölçek yüksek derecede güvenilir’ şeklindedir [175].

Tablo 4.7. Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri

Boyutlar	Sorular	Madde- toplam korelasyon	Madde çıkarıldığında Cronbach's Alfa	Cronbach's alfa	
Yarar Algısı	E1	0,580	0,837	0,895	0,848
	E2	0,526	0,839		
	E3	0,586	0,839		
	E4	0,665	0,837		
	E5	0,497	0,840		
	E6	0,632	0,837		
Sağlık İnancı	A1	0,322	0,845	0,804	
	A2	0,532	0,839		
	A3	0,528	0,839		
	A6	0,340	0,845		
	A8	0,506	0,840		
Özyeterlilik Algısı	F1	0,436	0,842	0,810	
	F2	0,576	0,838		
	F3	0,535	0,839		
	F4	0,479	0,840		
Duyarlılık Algısı	C1	0,464	0,841	0,738	
	C2	0,498	0,840		
	C3	0,481	0,840		
Semptomaya Yönelik Engel Algısı	D1	0,224	0,848	0,685	
	D2	0,227	0,849		
	D3	0,273	0,847		
	D9	0,249	0,851		
Makinaya Yönelik Engel Algısı	D4	0,286	0,846	0,680	
	D5	0,192	0,849		
	D6	0,204	0,848		
Ciddiyet Algısı	B1	0,187	0,854	0,809	
	B2	0,143	0,857		

Tablo 4.7’de yer alan bulgulara göre; madde analizi sonucunda,

“Yarar Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “Ev hemodiyalizi sırasında acil durumlarda ulaşabileceğim birilerinin olması beni rahatlatır.

(E5) ” maddesine ait olduğu ($r=0,497$), Yarar Algısı alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,665- 0,497 arasında olduğu tespit edilmiştir.

“Sağlık İnancı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*Ev hemodiyalizine başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığının hangileri olduğunu bilirim. (A1)*” maddesine ait olduğu ($r=0,322$), “Sağlık İnancı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,322- 0,532 arasında olduğu saptanmıştır.

“Özyeterlilik Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*İğne girişiminden önce fistül/ kateter bölgesinin antiseptiklerle temizliğini yaparım. (F1)*” maddesine ait olduğu ($r=0,436$), “Özyeterlilik Algısı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,436- 0,576 arasında olduğu bulunmuştur.

“Duyarlılık Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce ellerimi yıkamaya dikkat ederim. (C1)*” maddesine ait olduğu ($r=0,464$), “Duyarlılık Algısı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,464- 0,498 arasında olduğu görülmektedir.

“Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*Ev hemodiyaliz tedavim sırasında nefes darlığı yaşarım. (D1)*” maddesine ait olduğu ($r=0,224$), “Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,224- 0,273 arasında olduğu anlaşılmaktadır.

“Makineye Yönelik Engel Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*Ev hemodiyaliz tedavim sırasında elektrik kesintisi yaşarım. (D5)*” maddesine ait olduğu ($r=0,192$), “Makineye Yönelik Engel Algısı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,192- 0,286 arasında olduğu tespit edilmiştir.

“Ciddiyet Algısı” alt boyutu en düşük madde toplam puan korelasyon değerinin “*Ev hemodiyaliz tedavim boyunca iğnemin çıkmasından korkarım. (B1)*” maddesine ait olduğu ($r=0,143$), “Ciddiyet Algısı” alt boyutu madde toplam korelasyon değerlerinin 0,143- 0,187 arasında olduğu belirtilmektedir.

Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.30’un altında ise bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Ölçekte yer alan maddeler arası korelasyon katsayısı için kabul edilir minimum değer 0,20’dir [176]. Madde toplam puan korelasyon katsayısının 0.30 ve üzeri olması güvenilirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değer altında bulunan maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin Cronbach alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir [177 ve 178]. Bu çalışmada bazı maddelerin madde toplam puan korelasyonu 0.30’un altında

bulunmuştur fakat yapılan madde analizinde maddelerden biri silindiğinde Cronbach alfa değerine etki edecek şekilde değiştirmedeği için ölçekten hiçbir maddenin eksiltilmemesi yönünden karar verilmiştir.

4.2.4. Test-tekrar test/değişmezlik analizleri

Test-tekrar test yöntemi ise ölçüm aracının farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerde aynı veya benzer sonuçların ortaya çıkmasını sağlama yöntemidir. Belirli bir zaman aralığında yapılan iki farklı ölçümün benzer sonuçlar çıkarması öngörülmektedir. İki ölçüm arasındaki süre önemlidir. Bu sürenin ideali 15 günden kısa ve 30 günden uzun olmayacak şekilde olması tavsiye edilmektedir [179]. Literatürde test tekrarı için örneklem büyüklüğünün 30 olduğu bildirilmektedir [175 ve 180].

Bu araştırmada test-tekrar test yöntemi ile 15 gün ara ile 50 hasta ile yapılmıştır. Ölçek toplam puanı için test-tekrar test korelasyonu ($r:0,517$, $p<0,001$) bulunmuştur.

Tablo 4.8. Ölçek ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Yarar Algısı	Sağlık İnancı	Özyeterlilik Algısı	Duyarlılık Algısı	Semptoma Yönelik Engel Algısı	Makinaya Yönelik Engel Algısı	Ciddiyet Algısı	Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnancı Ölçeği
Yarar Algısı	r	1	0,404	0,559	0,505	0,232	0,110	0,023	0,764
	p		0,000	0,000	0,000	0,001	0,120	0,744	0,000
Sağlık İnancı	r		1	0,587	0,544	-0,100	0,117	-0,027	0,661
	p			0,000	0,000	0,158	0,098	0,703	0,000
Özyeterlilik Algısı	r			1	0,628	-0,033	0,127	-0,115	0,696
	p				0,000	0,642	0,072	0,103	0,000
Duyarlılık Algısı	r				1	0,016	0,129	-0,112	0,666
	p					0,827	0,066	0,111	0,000
Semptomaya Yönelik Engel Algısı	r					1	0,243	0,438	0,457
	p						0,000	0,000	0,000
Makinaya Yönelik Engel Algısı	r						1	0,060	0,381
	p							0,399	0,000
Ciddiyet Algısı	r							1	0,311
	p								0,000
Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnancı Ölçeği	r								1
	p								

Ev hemodiyaliziyle tedaviye uyum ölçeği ile alt boyutlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

4.2.5. Nicel verilere ilişkin bulgular

Tablo 4.9. Hastaların Demografik Özellikleri (N:202)

		Ort±SS	Min-Max
Yaş		35,78±10,57	(18-67)
		n	%
Cinsiyet	Erkek	116	57,4
	Kadın	86	42,6
Medeni Durum	Bekar	87	43,1
	Evli	115	56,9
Eğitim Durumu	İlkokul	53	26,3
	Lise	80	39,6
	Üniversite	69	34,1
Ekonomik Durum	Geliri giderinden az	32	15,8
	Geliri giderine denk	145	71,8
	Geliri giderine fazla	25	12,4
Yaşanılan Yer	İl	146	72,3
	İlçe	56	27,7
Daha Önce Böbrek Nakli Olma Durumu	Evet	69	34,2
	Hayır	128	63,4
	Çıktı ama istemedim	5	2,4
Ev Hemodiyalizine Başlama Süresi	12 aydan az	45	22,3
	1-5 yıl	69	34,2
	5-10 yıl	69	34,2
	10 yıl ve üstü	19	9,3

Hastaların %57,4'ü erkek, yaş ortalaması 35,78±10,57, %56,9'u evli, %39,6'sı lise mezunu, %71,8'inin geliri giderine denk ve %72,3'ü ilde yaşamaktadır. Ayrıca %34,2'si daha önce böbrek nakli olmuşken %22,3'ünün ev hemodiyalizine başlama süresi 1 yıldan az, %34,2'sinin 1-5 yıl, %34,2'sinin 5-10 yıl ve %9,4'ünün 10 yıl ya da daha fazla süre olmuştur.

4.2.6. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'ne ilişkin bulgular

Tablo 4.10. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları

EHDUSİÖ Alt Boyutları	Ort	SS	Min	Maks
Yarar algısı	28,13	3,34	6	30
Sağlık inancı	21,58	3,07	5	25
Özyeterlilik algısı	18,01	2,29	4	20
Duyarlılık algısı	13,02	1,91	3	15
Semptoma yönelik engel algısı	16,74	2,74	8	20
Makinaya yönelik engel algısı	11,78	1,77	4	15
Ciddiyet algısı	7,52	2,31	2	10
EHDUSİÖ Toplam puanı	116,79	10,09	57	132

Tablo 4.10'da elde edilen bulgulara göre hastaların elde ettiği en yüksek puan ortalaması yarar algısı alt boyutunda ($28,13 \pm 3,34$), en düşük puan ortalaması ise ciddiyet algısı alt boyutunda ($7,52 \pm 2,31$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. EHDUSİÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastaların Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

	Yarar Algısı	Sağlık İnancı	Özyeterlilik Algısı	Duyarlılık Algısı	Semptoma Yönelik Engel Algısı	Makinaya Yönelik Engel Algısı	Ciddiyet Algısı	EHDUSİÖ Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet								
Erkek	28,63±2,05	21,57±2,42	18,15±1,56	13,13±1,48	17,16±2,50	11,94±1,66	7,83±2,11	118,40±6,82
Kadın	27,47±4,47	21,59±3,78	17,83±3,00	12,88±2,37	16,17±2,96	11,57±1,91	7,12±2,51	114,63±13,02
t/p	2,248/0,027*	-0,052/0,959	0,905/0,367	0,846/0,399	2,548/0,012*	1,470/0,143	2,128/0,035*	2,447/0,016*
Medeni durum								
Bekar	28,11±2,89	21,03±2,77	18,18±1,97	12,97±1,70	16,23±2,94	12,02±1,75	7,20±2,39	116,75±8,87
Evli	28,15±3,66	21,23±3,24	17,88±2,50	13,07±2,06	17,12±2,53	11,60±1,78	7,77±2,23	116,83±10,96
t/p	-0,069/0,945	1,847/0,066	0,941/0,348	-0,383/0,702	-2,314/0,022*	1,686/0,093	-1,772/0,078	-0,055/0,956
Eğitim durumu								
İlköğretim	28,34±3,51	20,91±3,24	17,34±2,60b	12,85±2,08	17,19±2,25a	11,68±1,72	7,47±2,46	115,77±10,86
Lise	28,59±2,61	21,99±2,21	18,08±1,73	13,21±1,69	17,19±2,44a	11,78±1,59	7,81±2,07	118,64±8,25
Üniversite	27,45±3,87	21,62±3,67	18,45±2,49a	12,94±2,02	15,87±3,20b	11,87±2,02	7,23±2,44	115,43±11,18
F/p	2,312/0,102	2,016/0,136	3,682/0,027*	0,674/0,511	5,486/0,005*	0,172/0,842	1,192/0,306	2,261/0,107
Ekonomik durum								
Geliri giderinden az	27,22±5,03	20,97±4,15	17,22±3,57	12,28±2,48b	16,44±2,83	11,28±2,54	7,28±2,52	112,69±15,64b
Geliri giderine denk	28,37±3,03	21,70±2,94	18,08±1,97	13,11±1,83a	16,85±2,80	11,89±1,50	7,61±2,28	117,61±8,80a
Geliri giderinden fazla	27,92±2,14	21,68±1,97	18,64±1,68	13,48±1,26a	16,48±2,28	11,80±2,02	7,32±2,25	117,32±6,76
F/p	1,629/0,199	0,752/0,473	2,985/0,053	3,359/0,037*	0,418/0,659	1,552/0,214	0,381/0,683	3,225/0,042*
Yaşanılan yer								
İl	28,02±3,13	21,48±3,11	18,10±2,18	13,02±1,85	16,32±2,74	11,62±1,84	7,29±2,37	115,85±9,37
İlçe	28,43±3,85	21,84±2,95	17,79±2,56	13,04±2,06	17,82±2,45	12,21±1,53	8,13±2,04	119,25±11,49
t/p	-0,776/0,439	-0,746/0,457	0,863/0,389	-0,050/0,960	-3,580/*0,000*	-2,164/0,032*	-2,475/0,015*	-2,164/0,032*
Daha önce böbrek nakli olma durumu								
Evet	28,57±2,08	21,64±2,24	18,00±1,63	12,87±1,46	17,42±2,05	11,83±1,60	8,04±1,99	118,36±7,12
Hayır	27,91±3,83	21,55±3,43	18,02±2,57	13,11±2,10	16,38±2,99	11,76±1,86	7,26±2,42	115,98±11,27
t/p	1,324/0,187	0,222/0,825	-0,044/0,965	-0,831/0,407	2,901/0,004*	0,253/0,801	2,473/0,021*	1,599/0,111
Ev hemodiyalizine başlama süresi								
12 aydan az	28,20±3,67	21,31±3,72	18,07±2,63	13,24±2,00	17,31±2,61	12,40±1,64	6,84±2,29b	117,38±11,05
1-5 yıl	28,03±3,86	21,26±3,11	18,04±2,42	12,83±2,13	16,35±2,97	11,61±1,58	7,33±2,29	115,45±10,59
5-10 yıl	28,09±2,87	22,00±2,67	17,90±2,05	13,04±1,59	16,94±2,42	11,68±1,90	8,10±2,14a	117,75±9,38
10 yıl ve üzeri	28,53±2,06	21,84±2,52	18,16±1,83	13,16±1,95	16,05±3,12	11,32±2,03	7,74±2,66	116,79±8,41
F/p	0,119/0,949	0,841/0,473	0,094/0,963	0,477/0,699	1,660/0,177	2,614/0,052	3,036/0,030*	0,664/0,575

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama), F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: $p < 0,05$

EHDUSİÖ toplam puanı ve “Yarar Algısı”, “Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, erkeklerde EHDUSİÖ ve “Yarar Algısı”, “Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksektir.

“Sağlık İnancı”, “Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyut puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, evli olanlarda “Sağlık İnancı”, “Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyut puanları bekar olanlara göre daha yüksektir.

Eğitim durumları arasında “Özyeterlilik Algısı”, “Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, üniversite mezunu olanlarda “Özyeterlilik Algısı” alt boyut puanı ilköğretim mezunu olanlara göre ve lise ve altı mezun olanlarda ve “Semptoma Yönelik Engel Algısı” alt boyut puanı üniversite mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Gelir durumları arasında EHDUSİÖ ve “Duyarlılık Algısı” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, geliri giderine denk ya da fazla olanlarda EHDUSİÖ puanı geliri giderinden az olanlara göre ve geliri giderine denk olanlarda “Duyarlılık Algısı” alt boyut puanı geliri giderinden az olanlara göre daha yüksektir.

EHDUSİÖ ve “Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Makinaya Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanlarının yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ilçede yaşayanlarda EHDUSİÖ ve “Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Makinaya Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanları ilde yaşayanlara göre daha yüksektir.

“Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanlarının daha önce böbrek nakli olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, daha önce böbrek nakli olanlarda “Semptoma Yönelik Engel Algısı”, “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanları böbrek nakli olmayanlara göre daha yüksektir.

Ev hemodiyalizine başlama süreleri arasında “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ev hemodiyalizine 5-10 yıl önce başlayanlarda “Ciddiyet Algısı” alt boyut puanı 12 aydan az süre önce başlayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.12. EHDUSİÖ Alt Boyutlarının Cevaplandırma Oranları

	Hiçbir zaman		Ender olarak		Seyrek olarak		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A. Sağlık inancı/Eyleme geçiriciler										
1. Ev hemodiyalizine başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığının hangileri olduğunu bilirim.	3	1,5	5	2,5	4	2,0	84	41,6	106	52,5
2. Ev hemodiyaliz öncesi kayıt yapmam gereken tıbbi ölçümlerimin (tansiyon, nabız, kilo) hangileri olduğunu bilirim.	2	1,0	2	1,0	10	5,0	62	30,7	126	62,4
3. Ev hemodiyaliz sonrası kayıt yapmam gereken tıbbi ölçümlerimin (tansiyon, nabız, kilo) hangileri olduğunu bilirim.	2	1,0	3	1,5	8	4,0	68	33,7	121	59,9
4. Doktorumun önerdiği şekilde ultrafiltrasyon (sıvı çekilmesi) değerimi diyaliz makinasında ayarlayabilirim.	3	1,5	1	0,5	7	3,5	43	21,3	148	73,3
5. Sağlık kontrollerime düzenli olarak giderim.	2	1,0	2	1,0	9	4,5	77	38,1	112	55,4
6. Ev hemodiyaliz tedavisi ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederim.	2	1,0	28	13,9	39	19,3	70	34,7	63	31,2
7. Diyetimde dikkat etmem gereken kuralları bilirim.	3	1,5	12	5,9	27	13,4	72	35,6	88	43,6
8. Ev hemodiyaliz sırasında makine alarm verirse baş etme yöntemlerini bilirim.	2	1,0	0	0,0	21	10,4	85	42,1	94	46,5
B. Ciddiyet algısı										
9. Ev hemodiyaliz tedavisi öncesi iğne girişiminde başarılı olamamaktan korkarım.	10	5,0	20	9,9	36	17,8	42	20,8	94	46,5
10. Ev hemodiyaliz tedavim boyunca iğnemin çıkmasından korkarım.	15	7,4	32	15,8	43	21,3	44	21,8	68	33,7
C. Duyarlılık algısı										
11. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce ellerimi yıkamaya dikkat ederim.	3	1,5	0	0,0	13	6,4	95	47,0	91	45,0
12. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce kilomu mutlaka ölçerim.	2	1,0	1	0,5	18	8,9	66	32,7	115	56,9
13. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce tansiyonumu mutlaka ölçerim.	4	2,0	4	2,0	20	9,9	85	42,1	89	44,1
14. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce nabzımı mutlaka ölçerim.	44	21,8	47	23,3	44	21,8	18	8,9	49	24,3
D. Engel algısı										
15. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında nefes darlığı yaşarım.	145	71,8	37	18,3	18	8,9	1	0,5	1	0,5
16. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında kas krampları yaşarım.	92	45,5	69	34,2	33	16,3	6	3,0	2	1,0
17. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında tansiyon düşüklüğü yaşarım.	51	25,2	82	40,6	53	26,2	15	7,4	1	0,5
18. Ev hemodiyaliz makinemde teknik hata sorunları yaşarım.	46	22,8	107	53,0	45	22,3	3	1,5	1	0,5
19. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında elektrik kesintisi yaşarım.	39	19,3	108	53,5	45	22,3	9	4,5	1	0,5
20. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında su kesintisi yaşarım.	43	21,3	113	55,9	41	20,3	4	2,0	1	0,5
21. Ev hemodiyaliz tedavim boyunca uyku problemleri yaşarım.	53	26,2	64	31,7	55	27,2	21	10,4	9	4,5
22. Ev hemodiyaliz tedavisinin maliyetini karşılamakta güçlük yaşarım.	143	70,8	25	12,4	18	8,9	11	5,4	5	2,5
23. Ev hemodiyaliz yapmak tatil/seyahat planlarımı etkiler.	116	57,4	29	14,4	30	14,9	16	7,9	11	5,4

Tablo 4.12. EHDUSİÖ Alt Boyutlarının Cevaplandırma Oranları (devamı)

	Hiçbir zaman		Ender olarak		Seyrek olarak		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E. Yarar algısı										
24. Ev hemodiyalizi sosyal hayatımı kolaylaştırır.	4	2,0	2	1,0	8	4,0	51	25,2	137	67,8
25. Ev hemodiyalizi iş yaşamımı kolaylaştırır.	3	1,5	2	1,0	7	3,5	39	19,3	151	74,8
26. Ev hemodiyalizi konforlu bir tedavidir.	2	1,0	1	0,5	4	2,0	27	13,4	168	83,2
27. Ev hemodiyaliz makinasının sadece bana ait olması enfeksiyonlara karşı kendimi güvende hissettirir.	2	1,0	1	0,5	4	2,0	24	11,9	171	84,7
28. Ev hemodiyalizi sırasında acil durumlarda ulaşabileceğim birilerinin olması beni rahatlatır.	2	1,0	1	0,5	15	7,4	40	19,8	144	71,3
29. Ev hemodiyaliz tedavisini ne zaman başlatabileceğime kendimin karar vermesi beni mutlu eder.	3	1,5	1	0,5	3	1,5	26	12,9	169	83,7
F. Öz yeterlilik algısı										
30. İğne girişiminden önce fistül/ kateter bölgesinin antiseptiklerle temizliğini yaparım.	3	1,5	2	1,0	6	3,0	106	52,5	85	42,1
31. Ev hemodiyalize başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığı ve diğer kullanılacak malzemeleri hazırlarım.	2	1,0	1	0,5	6	3,0	48	23,8	145	71,8
32. İğne girişimi bana öğretilen teknik ile yaparım.	3	1,5	0	0,0	9	4,5	37	18,3	153	75,7
33. Ev hemodiyaliz sırasında acil bir durum gelişirse (hipotansiyon, makine alarmları, kanama, iğnenin yerinden çıkması, kramp) yapılması gerekenleri uygularım.	1	0,5	2	1,0	25	12,4	68	33,7	106	52,5
34. Diyetimde dikkat etmem gereken kurallara uyarım.	2	1,0	19	9,4	69	34,2	65	32,2	47	23,3

“Ciddiyet Algısı”nda yer alan “*Ev hemodiyaliz tedavisi öncesi iğne girişiminde başarılı olamamaktan korkarım.*” sorusuna her zaman cevabının (n:94) oranı %46,5 iken, çoğu zaman cevabı (n:42) %20,8 vermiştir. Hastaların çoğunluğu fistül girişiminde başarılı olamamaktan korktukları görülmektedir.

“Duyarlılık Algısı”nda yer alan “*Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce nabzımı mutlaka ölçerim.*” sorusuna her zaman cevabının (n:49) oranı %24,3 iken, ender olarak cevabı (n:47) %23,3 ve hiçbir zaman cevabı (n:44) %21,8’dir.

“Engel Algısı”nda yer alan “*Ev hemodiyaliz makinemde teknik hata sorunları yaşarım.*” sorusuna ender olarak cevabı (n:107) %53,3, “*Ev hemodiyaliz tedavim sırasında elektrik kesintisi yaşarım.*” sorusuna ise ender olarak cevabı (n:108) %53,0, “*Ev hemodiyaliz tedavim boyunca uyku problemleri yaşarım.*” sorusuna ise ender olarak cevabı (n:64) %31,7, “*Ev hemodiyaliz tedavim sırasında su kesintisi yaşarım.*” sorusuna ender olarak cevabı (n:113) %55,9’dur.

5. TARTIŞMA

Araştırılan literatürde ev hemodiyaliz uygulayan hastalara ilişkin geliştirilmiş bir aracın olmadığı görülmüştür. Tedaviye uyum ise kronik hastalıklarda kişinin tedaviye olan bağlılığı önem taşımaktadır. Ev hemodiyaliz hastalarının tedaviyi kendilerinin yönetmeleri ve bunu evlerinde yapmaları nedeni ile tedaviye uyum üzerinde araştırma yapmanın gerekli olduğu düşünülmektedir.

5.1. Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Ölçek geliştirme çalışmalarında öncelikle “ne ölçülmek istendiği” belirlenmesi gerekmektedir. Ölçülecek özelliğin kuramsal ve kavramsal tanımlamalarının olması gerekmektedir. Literatür taraması yapıldıktan sonra madde havuzu oluşturulmalıdır. Ölçek geliştirme çalışmalarında madde sayısından birkaç kat fazla madde hazırlanması analizler sırasında faydalı olacağı bilinmektedir [181-183]. Literatürde ev hemodiyaliz alanında yeterli kaynak bulunmaması ve bu alanla ilgili ölçek olmaması nedeniyle ön görüşme yapılmasının gerekli olduğunu düşünülmüştür. 34 maddelik taslak ölçek formu hazırlanmıştır. Geçerlik katsayısı ölçekten alınan bilgilerle ve ölçeğin amacına uygun olarak tanımlanan veriler bütünü ile ilişki katsayısıdır [165]. İlişki katsayısı ne kadar yüksek çıkar ise amacına uygun bir ölçek geliştirilmiş olur [152]. Kapsam geçerliliği, ölçeğin tamamının değerlendirilmesini ve maddelerin her birinin amaca uygunluğunu ölçmektedir. Kapsam geçerliği için en sık başvuru yöntem konunun uzmanlarından görüş alınmasıdır [169]. Kapsam geçerliği için görüşüne başvurulacak uzmanların 3 ila 20 kişiden oluşması belirtilmektedir [184 ve 185]. Kapsam geçerliliği için toplam 15 uzmana “ölçek değerlendirme formu” gönderilmiş ve görüşlerine başvurulmuştur. 15 uzmandan geri bildirim alınmıştır. Davis tekniğine göre uzmanlardan maddeleri değerlendirmeleri istenmiştir. Dil, içerik ve anlaşılabilirlik açısından incelenerek değerlendirilmiştir. 3 ve 4 ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak maddelerin her birinin KGO belirlenmiştir. Devamında, KGO'ların ortalamasından KGİ değeri bulunmuştur. Bu indeks uzmanların maddeleri gerekli olup olmadıklarına karar verilmesinde kullanılmaktadır [165]. Bu değerler maddelerin uygunluk seviyelerini ölçmek için bakılmaktadır. Tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 1,00 olarak bulunduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir. KGİ =0,05 düzeyinde anlamlı olan ve nihai

forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilir. Ölçek için $KGI > 0,67$ olduğundan ölçek istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Uzmanlardan alınan önerilere yönelik düzenlemelerin yapılmasından sonra taslak ölçek 34 maddeden oluşmaktadır.

Literatürde pilot çalışma örneklemini için çoğunluğun fikri örnek büyüklüğünün az olması yönündedir [186]. Bu sayılarına araştırmacıya bağlı değişkenlik göstereceği ve genellikle 5-10 ile 50-100 arasında olduğu görülmektedir [187]. Bu çalışmada 34 maddelik ölçek pilot uygulama ile anlaşılabilirlik açısından 7 hasta ile test edilmiştir. Taslak ölçek son şekline getirilmiştir.

Ölçme aracının güvenilirliği, ölçülecek değişkenin ne tutarlılıkla ölçtüğünü ya da ölçüm yapılacak değişkenin sonuçlarının hatasız olma derecesi şeklinde tanımlanmaktadır [169 ve 188]. Ölçme aracının güvenilirlik için aynı koşullarda birden çok tekrarlanması ve elde edilen değerlerin benzer olması kararlılığının göstergesidir [169]. Araştırmamızda güvenilirliği değerlendirmek için iç tutarlılık, düzeltilmiş madde-alt ölçek korelasyonu ve test-tekrar test yapıldı. Çalışmanın ölçek sorularının test edilmesi ölçek madde sayılarına ve literatürdeki güvenilirlik düzeyi de göz önüne alındığında ölçek soruları hazırlandıktan sonra 202 hasta ile Google form aracılığı ile uygulandı. Test Tekrar Test Analizi ise 15 gün ara ile 50 hasta ile yapıldı. Çalışmaya alınan hasta sayıları literatürdeki önerilen örneklem sayısını karşıladığı görülmektedir [169 ve 180].

İç tutarlılık, en sık başvuru olan güvenilirlik ölçütüdür. Ölçüm aracının bütün maddelerinin kendi aralarında eşit puanlamaya sahip olduğunu ifade eden bir kavramdır [165]. “Madde toplam puan güvenilirliği ise her maddenin güvenilirliği hakkında bilgi verir” [182, 184, 189]. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.30’un altında ise bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Ölçekte yer alan maddeler arası korelasyon katsayısı için kabul edilir minimum değer 0,20’dir [188]. Bu çalışmada bazı maddelerin madde toplam puan korelasyonu 0.30’un altında bulunmuştur fakat yapılan madde analizinde herhangi bir madde silindiğinde Cronbach’s alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği için ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verilmiştir. “Cronbach alfa katsayısı 0,40’tan küçük ise güvenilir değil, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlik, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir” [182]. Cronbach’s alfa tüm boyutlar incelendiğinde 0,848 arasında ‘ölçek yüksek derecede güvenilir’ olarak değerlendirilmiştir.

Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde en sık kullanılan yöntem faktör analizidir. DFA, belirlenen bu faktörler arasında yeterli düzeyde ilişkinin olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için kullanılır [153]. DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, ev hemodiyaliziyle tedaviye uyum ölçeğinin 27 ifadeden oluşan 7 faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir. Bu 27 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda 7 faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,400'ün üstünde olduğu görülmüştür. Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , IFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu [170-173] görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında ev hemodiyaliziyle tedaviye uyum ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir. İyi bir faktör analizi için KMO değerinin 0,60'nün üzerinde olması ve 1'e yaklaşması istenir. Bartlett testi sonucunun $p < 0,05$ düzeyinde olması ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu belirtmektedir [161 ve 174]. KMO değerinin 0,85 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2:2760,13$, sd:351, $p < 0,001$).

EHDUSİÖ'nin geçerlik güvenirlik sonucuna bakıldığında ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin yeterli seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.2. Ev Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum İlişkin Bulguların Tartışılması

Günümüzde teknolojinin yaygınlaşmasıyla beraber kronik hastalıklar da artış olmuştur. EHD, RRT seçeneği olarak 1960'lardan beri çeşitli ülkelerde kullanılmaktadır [9]. Kronik hastalıklar uzun süreli, yavaş gelişen ve tıbbi müdahalelerin etkisiz olduğu hastalıklar olmasından dolayı hastaların hastalığa ve tedaviye karşı uyumlarında problemler yaşanabilmektedir. Kişi uyum sağlayabilmek için kronik hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmek zorundadır. Kronik hastalıklara uyumda kişi, aile, hastalık ve sağlık hizmetlerinin özellikleri önem taşır. Kronik hastalık tanısı alan bireyde görülen 'umutsuzluk' duygusu bireyin tedaviye ve hastalığa karşı adaptasyonunu etkilemektedir. Sadece umutsuzluk değil birçok değişken bu süreci etkileyebilir. Bunlar kısaca sosyodemografik özellikler, hastalığın seyri, hasta-sağlık hizmeti sunucusu ilişkisi, hasta aktivasyonu, tedavi rejimi şeklinde ifade edilebilir. EHD, kişilerin günlük yaşantısında daha sosyal olmasını, sıkı diyet

kısıtlamalarının olmaması ve bireysel olarak yapılabilen bir tedavi seçeneği sunması nedeniyle hastalar tarafından tercih edilmektedir [12].

5.2.1. Sağlık inancı

Çalışmamızda erkek hastaların çoğunluklu olması (%57,4) ve sağlık kontrollerine düzenli gittikleri görülmektedir. Bozbay vd. yaptığı çalışmada hastaların kronik hastalıklara uyumu ve uyum seviyesinin bazı değişkenler ile ilişkisi araştırılmıştır. Çoğunluğunu erkek bireyin oluşturduğu, sağlık algısının orta-kötü olduğu, kişisel bakımını kendisinin yapabildiği ve hastalığa yönelik düzenli kontrole gittiği ifade edilmiştir [190]. Farklı bir çalışmada ise bireyin yaşının da EHD üzerinde etkisi vardır [89]. Genç yaş grubundaki kişilerin devamlılık, bazı teknik sorunlarla baş etmesi ve teknolojiye ayak uydurması açısından yaşlı popülasyondaki bireylere göre daha uygunluk gösterdiği görülmektedir [89].

5.2.2. Ciddiyet algısı

Çalışmamızda B1 *“Ev hemodiyaliz tedavisi öncesi iğne girişiminde başarılı olamamaktan korkarım.”* ve B2 *“Ev hemodiyaliz tedavim boyunca iğnemin çıkmasından korkarım.”* sorularına hastaların verdikleri cevap ilgi çekicidir. B1 sorusuna 94 hasta hiçbir zaman seçeneğini işaretlerken 20 hasta çoğu zaman yaşadığını 10 hasta ise her zaman yaşadığını belirtmiştir. B2 68 hasta hiçbir zaman, ender olarak 44, seyrek olarak 43, çoğu zaman 32 ve her zaman cevabını 15 kişinin verdiği gözlemlenmektedir. Hastaların belirli bir şık arasında tam cevap vermemeleri bu konuların üzerinde durulması gerektiğini açıkça belirtmektedir. 12 haftalık EHD eğitiminin etkisinin incelendiği bir çalışmada; eğitim sürecinden sonra hastaların tüm öz bakım prosedürlerini uygulayabildikleri ve özellikle eğitimin sonunda hastaların kendi kendine kanülasyon gibi zor becerileri başarıyla tamamladıkları, EHD’nin uygulanabilir ve güvenli bir tedavi olduğu vurgulanmıştır [62].

5.2.3. Duyarlılık algısı

C1 maddesinde *“Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce ellerimi yıkamaya dikkat ederim.”* çoğunluk her zaman (n:91) ve çoğu zaman (n:95) cevapları verdikleri görülmüştür. Hastaların enfeksiyondan korunmak için el hijyenine önem verdiklerini göstermektedir.

5.2.4. Semptoma yönelik engel algısı

Semptoma yönelik engel algısı maddesinde yer alan D1, D2 ve D3 maddelerine bakıldığında; D1 *“Ev hemodiyaliz tedavim sırasında nefes darlığı yaşıyorum.”* 143 hasta hiçbir zaman yaşamadığını, D2 *“ Ev hemodiyaliz tedavim sırasında kas krampları yaşıyorum.”* 92 hastanın hiçbir zaman yaşamadığını 69 hastanın ise ender olarak durumla karşılaştıkları, D3 *“Ev hemodiyaliz tedavim sırasında tansiyon düşüklüğü yaşıyorum.”* 82 hasta ender olarak yaşadıklarını, 53 hasta seyrek olarak yaşadığını ve 51 hastanın hiçbir zaman tansiyon düşüklüğü yaşamadığını ifade ettiği görülmüştür. Bu sonuç EHD uygulamasının daha uzun sürede etkili UF sağladığını göstermektedir. KHD’de merkezin belirlediği günlerde ve saatlerde diyaliz tedavisi olması gerekirken EHD tedavisinde kişinin kendi günlük yaşantısına göre planlanabilir. Daha sık diyaliz yapıldığından her seferinde daha az sıvı alımı gerçekleşir ve bu tedavi sonrası komplikasyonların azalmasında etkilidir [59].

5.2.5. Makineye yönelik engel algısı

EHD hastalarının uygun su, kanalizasyon ve elektrik altyapısına ek olarak evlerinde ayrılmış bir alana sahip olmasını gerektirir. EHD tedavisinde altyapısal yüke ve işgücüne bakıldığında KHD tedavisine kıyasla maliyet açısından uygun ve sürdürülebilir olduğu vurgulanmaktadır [68 ve 69]. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı *“Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik”*’te ev hemodiyalizi için bazı şartlardan bahsedilmektedir. Ev hemodiyalizi alacak kişinin su sistemi kurulması açısından evin alt yapısının uygun olması, su numune örneklerinin uygunluğu, cihazın en fazla yedi yaşında olması, teknik servis veya teknisyen tarafından cihazın çalışır durumda olduğunu gösterir belgenin olması gerekmektedir. Ayrıca cihazın konumlandırıldığı odaya hasta yatağının konulması da gerekmektedir [74]. Makineye yönelik engel algısı boyutunda yer alan D5 *“Ev hemodiyaliz tedavim sırasında elektrik kesintisi yaşıyorum.”* 108 hasta ender olarak yaşadığını, 45 hasta seyrek yaşadığını ve 39 hasta ise hiçbir zaman yaşamadığını ifade etmiştir. D6 *“ Ev hemodiyaliz tedavim sırasında su kesintisi yaşıyorum.”* 113 hasta ender olarak yaşadığını, 41 hasta seyrek yaşadığını ve 43 hasta ise hiçbir zaman yaşamadığını ifade etmiştir. Diebel ve ark. [82] yaptıkları çalışmada hastaların EHD tercihinin önündeki engelleri, elektrik faturalarında artış olması (%65), evde karşılaşılabilecek komplikasyonlardan korkma (%59), evin tıbbileştirilmesi (%54) ve tedavi yöntemlerine yönelik bilgi eksikliği (%54) olarak sıralanmıştır. Ek maliyetleri karşılayamamaları, EHD’nin risk ve yararlarından habersiz

olmaları, eğitimin uzun zaman alacağını düşündükleri için EHD'yi tercih etmedikleri ve ayrıca hastalar KHD daha memnun oldukları (%91) için KHD tercih ettikleri belirtilmiştir [82]. Bu anlamda hastaların elektrik ve su kesintisi ender de olsa yaşadıkları görülmektedir. Bu konunun çözümünün ise kesintilerin EHD hastalarına önceden bildirilmesi ve hastanın tedavisini buna göre planlaması elektirik ve su kesintisi problemlerini çözmelerine yardımcı olacaktır.

5.2.6. Yarar algısı

Yarar algısı alt boyutunda yer alan E5 maddesinde (n:144) *“Ev hemodiyalizi sırasında acil durumlarda ulaşabileceğim birilerinin olması beni rahatlatır.”* yer alır. Hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için sağlık ekibinin kişiye olan yaklaşımı ve iletişimi, kişinin sağlık davranışını değiştirmesi önemlidir [33]. Bireye sağlık hizmeti sunan kişi tarafından ilgili davranışlar sergilenmesi ve iyi iletişim kurulması hastanın uyumunu arttırdığı gözlemlenmiştir. Bu anlamda hastanın sağlık ekibine ulaşımının kolay olması olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde önemlidir.

Yarar algısı alt boyutunda E3 *“Ev hemodiyalizi konforlu bir tedavidir.”* maddesine 168 hasta her zaman cevabını verdikleri görülmüştür. E1 ve E2 sorularında yer alan iş hayatı (n:188) ve sosyal hayatı (n:170) kolaylaştırması da yaşam kalitesinin artmasına yarar sağlar. Başka bir çalışmada ise HD tedavisi alan hastaların konfor seviyesinin düşük olması diyaliz sonrasında yaşanan komplikasyonlardan, diyaliz merkezine ulaşımın zorluğundan, bireysel bağımsızlığın azalmasından ve sosyal ilişkilerin bozulmasından kaynaklandığı görülmektedir [16]. Konforun yüksek olması yaşam kalitesi ve tedaviye uyum açısından önemlidir [16]. Bu anlamda EHD hastalarının konfor seviyelerinin yüksek olması beklenmektedir. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun iş hayatı (n:188) ve sosyal hayatı (n:170) kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Skolasky vd. [191], diyaliz haricinde hastalığı bulunan 65 yaş üstü hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda diğerlerine nazaran daha aktif olan hastaların tedaviye daha uyumlu davranış sergiledikleri sonucuna ulaşmışlardır.

E6 (n:169) *“Ev hemodiyaliz tedavisini ne zaman başlatabileceğime kendimin karar vermesi beni mutlu eder.”* maddesinde tedavi saatlerinin esnek olması ve kişi tarafından ayarlanabilmesi yaşam kalitesi açısından önemlidir. Hemodiyaliz tedavisinin haftanın belirli günlerinde 4 saat sürmesi, diyet kısıtlamalarının olması, çoklu ilaç kullanımının olması gibi sebeplerden dolayı karışık ve uyulması zor bir tedavi şeklidir. Kişinin yaşamına uyarlaması zorunlu olması nedeniyle de uyum sürecini etkilemektedir. [91 ve 92]. Farklı bir çalışmada

ise SDBY olan hastalarla yapılan çalışmada EHD yapan hastaların, merkezde hemodiyaliz uygulananlara oranla daha iyi yaşam kalitesi ve uzun yaşam süresi gösterdikleri tespit edilmiştir [24].

E4 “*Ev hemodiyaliz makinasının sadece bana ait olması enfeksiyonlara karşı kendimi güvende hissettirir.*” maddesine 171 kişi her zaman cevabını vermiştir. Yapılan bir araştırmada enfeksiyon riskinin evde azaldığını görülmüştür. Hastaların enfeksiyonlara karşı kendini güvende hissetmeleri ve araştırmalarda da enfeksiyon bulgularının azalması önemlidir. Ev hemodiyaliz konusunda engellerde teknik hata, uyku problemleri, elektrik kesintisi ve su kesintilerinin yaşanma durumlarının bu örneklem için ender olduğu görülmektedir. Bu durum ev hemodiyalizini daha çok tercih edilmesine yardımcı olabilir.

5.2.7. Öz yeterlilik algısı

EHD başarılı olabilmesi için hastaların veya bakım vericinin ve sağlık hizmetini sağlayan EHD hemşiresinin birlikte uyum içinde çalışması gerekmektedir. En önemlisi EHD hemşiresinin hastanın veya bakıcının evde diyaliz yapabilecek kapasitede ve yeterlilikte olduğunu değerlendirmesi ve güvenmesi gerekmektedir [71]. F4 maddesinde (n:106) “*Ev hemodiyaliz sırasında acil bir durum gelişirse (hipotansiyon, makine alarmları, kanama, iğnenin yerinden çıkması, kramp) yapılması gerekenleri uygulayırım.*” yer alan bu soruya olumlu cevap vermişlerdir. Bu da çoğunluğunun sorunlarla baş edebildiklerini ve karşılaştıklarında çözeceklerine olan inançlarının göstergesidir. Yapılan bir çalışmada benlik algısı düşük olan kişilerin yüksek olan kişilere oranla karar verme sürecinde sorun yaşadıkları görülmüştür [137]. Bu anlamda birey bir problemle karşılaştığında çözebileceğine inanması ve çözmeye karar vermesi ve bu konuda davranışlar sergilemesi öz yeterliliğin karar verme sürecinde etkili olduğunu ve öz yeterlilik algısının yüksek olmasının hastalık yönetiminde başarı sağlayacağı anlamına gelmektedir [138 ve 139].

Ölçekte yer alan F3 maddeli soruya “*İğne girişimi bana öğretilen teknik ile yaparım.*” Her zaman cevabını veren 153 hasta olmuştur. Hastaların kanülasyonda sıkıntı yaşamadan kendilerinin yapabildikleri söylenebilir. 12 haftalık EHD eğitiminin etkisinin incelendiği bir çalışmada; eğitim sürecinden sonra hastaların tüm öz bakım prosedürlerini uygulayabildikleri ve özellikle eğitimin sonunda hastaların kendi kendine kanülasyon gibi zor becerileri başarıyla tamamladıkları, EHD’nin uygulanabilir ve güvenli bir tedavi olduğu vurgulanmıştır [62].

F2 maddesinde “*Ev hemodiyalize başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığı ve diğer kullanılacak malzemeleri hazırlarım.*” hastaların 145 her zaman cevabını 48’i ise çoğu zaman hazırlarım cevabını vermiştir. Hastaların bu davranışı bakımlarını önemsediklerini ve buna yönelik hazırlıklarını tamamladıkları göstermektedir. Wong ve ark. [75] yaptıkları çalışmada EHD için en önemli engelin karmaşık tıbbi teknolojiyi yönetmenin zorluğu olduğunu ifade ettikleri tedavinin psiko-sosyal boyutlarının, hastaların öğrenme ve öz bakım sorumluluğunu üstlenme yeteneklerinin tedavi seçimini etkileyen başlıca faktörler olduğu tespit edilmiştir [75]. EHD ile ilgili en büyük dezavantaj, diyalizat ve sarf malzemelerinin kapladığı alandır ancak dikkatli teslimat programları ile kesinti en aza indirilebilir [192]. Diyaliz popülasyonunun yüksek çoğunluğunu oluşturan yaşlı kesim için önemli olan bu değişkenler üzerinde çalışma görülmemektedir [89]. Yaş arttıkça gözlemlenen kısmen görme kaybı, ellerde titremelerin olması el becerilerini etkilemektedir. Bu durum vasküler erişim sorunlarına yol açabilir [89].

5.3. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek alt boyut puanları ile cinsiyet karşılaştırıldığında erkeklerin EHD tedavisine daha çok uyum sağladıkları, Yarar Algısı, Semptoma Yönelik Engel Algısı ve Ciddiyet Algı puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre erkek hastaların kadınlara oranla ev hemodiyalizini daha faydalı ve konforlu bir tedavi olarak buldukları ama diyalize bağlı daha fazla semptom yaşadıkları, kanülyasyon korkusu ve başarılı olamamaktan kadınlara göre daha fazla korktukları düşünülmüştür. Geleneksel Türk toplumunun aile yapısı göz önünde bulundurulduğunda erkek hastalara kadınların daha çok destek oldukları, ev içi sorumluluklarının daha az olması uyum sürecini arttırmış olabilir. Kendi kendine kanülyasyon işlemi hastalar açısından korkutucu bulunabilmektedir. Kanülyasyon tekniği gibi zor bir becerinin geliştirilmesinde 12 haftalık eğitimin etkili olduğu, eğitim sonrasında kanülyasyon tekniği ve özbakım uygulamalarının yerine getirilmesinde hastaların daha başarılı oldukları belirtilmektedir [62]. Diğer bir çalışmada ise kanülyasyon tekniği EHD uygulaması için bir engel olarak değerlendirilmiştir [70 ve 71].

Çalışmada evli olanların Sağlık İnancı ve Semptoma Yönelik Engel Algısı puanları bekar olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum evli olanların birlikte yaşadıkları kişilere karşı üstlenmiş oldukları rollerinden dolayı hastalıkla mücadelede sorumluluklarını (düzenli sağlık kontrollerine gittiklerini, sağlık ekibine danışmadan ilaç

kullanmama, yaşamsal bulgularını takip ettikleri, makine alarmlar verdiğinde baş etme yöntemlerini öğrenmeleri) yeri getirmelerinden kaynaklanmış olabilir. Evli olmak hastalığa uyumda olumlu bir etki yarattığı düşünülebilir.

Çalışmada üniversite mezunu olanların diğer eğitim düzeylerine göre Özyeterlilik Algısı yüksek iken, Semptoma Yönelik Engel Algısı puanları düşüktür. Bu durum eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin bilgiyi arama ve uygulamada daha başarılı oldukları, aldığı eğitimleri hayata geçirebildikleri, kendilerine bakım konusunda daha çok güvendikleri şeklinde yorumlanabilir. Kendilerine daha iyi bakabildikleri için semptomlara yönelik engel algıları da düşüktür, daha az semptomla karşılaştıkları düşünülebilir.

Çalışmada ilçede yaşayanlarda Semptoma Yönelik Engel Algısı, Makinaya Yönelik Engel Algısı, Ciddiyet Algısı puanları ilde yaşayanlara göre daha yüksektir. Bu durum ilçede yaşayanların elektrik kesintisi, su sistemine dair problemler veya teknik ekibe ulaşmada zorluk yaşama korkusundan kaynaklanabilir.

Daha önce böbrek nakli olanlarda Semptoma Yönelik Engel Algısı ve Ciddiyet Algısı puanları böbrek nakli olmayanlara göre daha yüksektir. Böbrek nakli sonrasında hastalar normal hayatlarına geri döndüklerinden tekrardan diyaliz tedavisi almaları semptom yaşamalarına ve kanülasyon da başarılı olamamaktan korktukları anlamına gelebilir.

Bu çalışmada 5-10 yıldır diyaliz tedavisi uygulayanların Ciddiyet Algısı puanları 12 aydan az süredir EHD uygulayanlara göre daha yüksektir. Bu sonuç ilgi çekicidir çünkü 5-10 yıl diyaliz tedavisi alan hastalarda kanülasyon ve iğnenin yerinden çıkmasından korkma konularında tedaviye daha uyum sağlamaları beklenirken, hastaların hala korku yaşamasının altında yatan nedenlerin derinlemesine incelenmesi gerekmektedir. Tedavinin kronik seyirli olması, iyileşme olmaması bıkkınlığa yol açmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizleri doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

-Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin EHD hastalarının tedaviye uyumlarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu,

- Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin 27 madde ve 7 (Sağlık İnanıcı, Ciddiyet Algısı, Duyarlılık Algısı, Yarar Algısı, Semptoma Yönelik Engel Algısı, Makineye Yönelik Engel Algısı, Özyeterlilik Algısı) alt boyuttan oluştuğu,

- Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nin toplam puanı $116,7 \pm 10,09$, alt boyutlarının sırasıyla Sağlık İnanıcı'nın $21,58 \pm 3,07$, Ciddiyet Algısı $7,52 \pm 2,31$, Duyarlılık Algısı $13,02 \pm 1,91$, Yarar Algısı $28,13 \pm 3,34$, Semptoma Yönelik Engel Algısı $16,74 \pm 2,74$, Makinaya Yönelik Engel Algısı $11,78 \pm 1,77$, Özyeterlilik Algısının $18,01 \pm 2,29$ olduğu görülmüştür.

- Ölçeğin KMO değerinin 0,85, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,848 olduğu,

- Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği'nde toplam puanı ve alt boyutlarından “Yarar Algısı, Semptoma Yönelik Engel Algısı, Ciddiyet Algısı, Duyarlılık Algısı ve Makinaya Yönelik Engel Algısını cinsiyet, gelir durumu ve yaşanan yer değişkenlerinin etkilediği,

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ölçeğin farklı toplum ve kültürlerde ölçek uyarlama çalışmasının yapılması,
- Yeni geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu için EHD uyumunu etkileyen diğer faktörlerle karşılaştırma çalışmalarının yapılması,
- Bu ölçeğin kullanıldığı randomize kontrollü ve tanımlayıcı başka çalışmaların yapılması,
- Uyumu etkileyen faktörleri uzun dönemi inceleyen çalışmaların yapılması,
- Hastaların vital parametrelerini tıpkı klinikte yapılan hemodiyalizde olduğu gibi işleme başlamadan önce yapmaları gerektiği konusunda desteklenmesi,

- Sağlık ekibine ulaşımın kolay olması sağlıklı davranış geliştirilmesinde EHD hastaları için önemlidir, hastaların hemşireler ve sağlık ekibi tarafından destelenmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., ve Çoban, S. (2010). Yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluklu hastaların tedaviye uyumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 7-12.
2. Çevik, A., İzmir, M. ve Kuzugüdenlioğlu D. (1996). Psikosomatik bozukluklar. *Medikomat*, 55-63.
3. Tuncay, Ö. F. ve Fertelli, K. T. (2020). Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörler. *Kocaeli Medical Journal*, 9(1), 32-40.
4. United States Renal Data System. (2022). 2022 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
5. Raphael, M. J., Nadeau-Fredette, A.-C., Tennankore, K. K. ve Chan, C. T. (2015). A Virtual Ward for Home Hemodialysis Patients – A Pilot Trial. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 2, 72. <https://doi.org.tr/10.1186/s40697-015-0072-7>.
6. Tokgöz, B. (2005). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(21), 82-87.
7. Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M. ve Özyurt B. (2013). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 23(3), 133-141.
8. Yüksel, E., Kaya, Ş. ve Günay, E. (2020). Hemodiyaliz hastalarında kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 47 (3), 665-670. <https://doi.org.tr/10.5798/dicletip.800259>
9. Kara, B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*. 49: 132-136.
10. Şentürk, A., Levent, B. ve Tamam, L. (2009). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 17 (3), 163-172.
11. Yılmaz, Z., Yıldırım, Y., Kadiroğlu, A. K., ve Yılmaz, M. E. (2013). Hemodiyaliz tedavileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology Special Topics*, 6(1), 1-8.
12. Soyaltın, E., Yavaşcan, Ö., Alparslan, C., Arslansoyu Çamlar, S., Alaykut, D., Öncel, E.P., Mutlubaş, F. ve Kasap Demir, B. (2018). Ev hemodiyalizinde çocuk hasta deneyimi: olgu sunumu. *Turkish Journal of Nephrology*, 27: 96-99.
13. Ranganathan, D. ve John, G. (2012). Nocturnal hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 22(5), 323.
14. Küçükünal, A., Kıvanç Altunay, İ., Salman, K. E. ve Atış, G. (2015). Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Turkderm – Arch Turk Dermatol Venerology*, 49(1), 23-27.

15. Kıran, F. (2016). *Hemodiyaliz hastaların hayat kalitesine etkilerinin ölçülmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
16. Gülay, T., Özdemir Eler, Ç., Ökdem, Ş. Ve Akgün Çıtak, E. (2020). Hemodiyaliz hastalarında konfor düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (2), 122-129. <https://doi.org.tr/10.31125/hunhemsire.763155>
17. Hawley, C. M., Jeffries, J., Nearhos, J. and Van Eps, C. (2008). Complications of home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 12, 21–S25.
18. Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (2022). YıllıkUSRDS Veri Raporu 2021 /USRDS Annual Data Report 2021. <https://nefroloji.org.tr/tr/tnd-kayit-raporlari> Son Erişim Tarihi: 22.11.2023
19. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
20. Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M. ve Özyurt, B. (2013). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 23(3), 133-141.
21. Mcfarlane, P. A., Bayoumi, A. M., Pierratos, A. and Redelmeier, D. A. (2003). The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. *Kidney International*, 64, 1004-1011.
22. Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G. and Humphreys, M. H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 12, 2797-2806.
23. Vestman, C., Hasselroth, M. and Berglund, M. (2014). Freedom and confinement: patients' experiences of life with home haemodialysis. *Nurs Res Pract*, 1-7.
24. Kara B., (2016). Ev Hemodiyalizine yönelik inançlar ve deneyimler: güncel kanıtların gözden geçirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25 (1), 17-23. <https://doi.org.tr/10.5262/tndt.2016.03>.
25. Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği Dergisi*, 6(1), 40-46.
26. Acar, D. (2018). *Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda tedaviye uyumla ilişkili faktörler: anksiyete, depresyon, hastalık algısı*. Yüksek lisans tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
27. World Health Organization (WHO). (2019). http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1 Erişim Tarihi: 13.10.2023.
28. Theofilou, P. (2011). Noncompliance with medical regimen in haemodialysis treatment: a case study. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Nephrology*, 1-4.

29. Kav, S. (2015). Onkoloji hemşireliğinde yeni paradigma: oral ajanlar, tedaviye uyum ve güvenli kullanımda hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-7.
30. Çakır, F., İlhem, C. ve Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 50–9.
31. Kousalya, K., Vasantha, J., Ponnudura, R. and Sumitkumar, G., (2012). Study on nonadherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 3(1), 102–9.
32. Çobanoğlu, Z. S.Ü., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunlar. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16, 211–8.
33. Uysal, H. ve Enç, N. (2012). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda uyum için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 3(3), 33–38.
34. Gözüm, S. ve Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230–237.
35. Yaralı, S. ve Hacıaloğlu, N., (2021). Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (4), 407-415.
36. Yavuz, Y., Sevinç, C., ve Koçyiğit İ., (2017). Kronik böbrek yetmezliği. İçinde *Böbrek Fizyopatolojisi*. Arınsoy T, Güngör Ö, Koçyiğit İ. (Edt.). Reaktif; 199-208.
37. Akchurin, O. M. (2019). Chronic kidney disease and dietary measures to improve outcomes. *Pediatric Clinics of North America*, 66(1), 247–267. <https://doi.org/tr/10.1016/j.pcl.2018.09.007>
38. Vaidya, S. R. and Aeddula, N. R. (2022). Chronic Kidney Disease. In *StatPearls*. Stat Pearls Publishing.
39. Bülbül, E., (2019). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda arteriyovenöz fistül değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
40. Levey, A. S., Eckardt, K. U., Dorman, N. M., Christiansen, S. L., Hoorn, E. J., Ingelfinger, J. R., Inker, L. A., Levin, A., Mehrotra, R., Palevsky, P. M., Perazella, M. A., Tong, A., Allison, S. J., Bockenhauer, D., Briggs, J. P., Bromberg, J. S., Davenport, A., Feldman, H. I., Fouque, D., Gansevoort, R. T. and Winkelmayer, W. C. (2020). Nomenclature for kidney function and disease: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney international*, 97(6), 1117–1129.

41. Charles, C. and Ferris, A. H. (2020). Chronic Kidney Disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*.
42. Topbaş, E., (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 10(1): 53-59.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kronik Böbrek Hastalığı İzlem Kılavuzu. 2019;7.
44. Momeni, A., Mardani, S., Kabiri, M. and Amiri, M., (2016). Comparison of Complications of Arteriovenous Fistula with Permanent Catheter in Hemodialysis Patients: A Six-month Follow-up. *Adv Biomed Res*. 28;6:106. <https://doi.org.tr/10.4103/2277-9175.213666>.
45. Bilgiç, N., (2020). Kronik böbrek hastalıkları ile diyaliz birimlerinde hemşirelerin maliyet-etkililik ve verimliliğe etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 15(1): 23-29.
46. Roberts, M. ve Daugirdas, J.T., (1990). Handbook of Dialysis. Daugirdas JT, Ing TS (eds). *Little, Brown and Company, Boston*. 198-217.
47. Blagg, C., (1996). Home hemodialysis and satellite hemodialysis. Replacement of renal function by dialysis. Jacobs C, Kjellstrand CM, Koch KM, Winchester JF (eds). *Kluwer Academic Publishers, Dordrecht*.1346-1357
48. US Renal Data System: Excerpts From the USRDS 2003 Annual Data Report. Chapter 12: İnternational Comparisons. *Amerikan Journal of Kidney Diseeases*, 42(5):1- 230.
49. Hawley, C. M., Jeffries, J., Nearhos, J., and Van Eps, C. (2008). Complications of home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 12, 21–25.
50. Saran, R., Li, Y., Robinson, B., Ayanian, J., Balkrishnan, R., Bragg-Gresham, J. and Abbott, K. C. (2015). US renal data system 2014 annual data report: epidemiology of kidney disease in the united states. *American Journal of Kidney Diseeases*, 66(1), A7.
51. Kerr, P., G. and Jaw, J., (2017). Home hemodialysis: what is old is new again. *Contributions to Nephrology*, 146–155.
52. Boz, E., Topbaş, E., (2021). Ev hemodiyalizinde yaşanan uyku sorunları, yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(2): 67-72.
53. Young, B.A., Chan, C., Blagg, C., Lockridge, R. and Golper, T. (2012). How to Overcome Barriers and Establish a Successful Home HD Program. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(12): 2023-2032.
54. Demirci, C., Demirci, M. S., Aşçı, G., Celtik, A., Seymen, P., Kırçelli, F. ve Colak, T. (2017). Gebeliğin Gece Ev Hemodiyalizinde Sıklığı ve Sonuçları. *Türk Nefroloji Derneği Dergisi*, 26(1)35-40.
55. Culleton, B. F., Walsh, M., Klarenbach, S. W., Mortis, G., Scott-Douglas, N., Quinn, R. R., Tonelli, M., Donnelly, S., Friedrich, M.G., Kumar, A., Mahallati, H., Hemmelgar, B.R. and Manns, B. J. (2007). Effect of Frequent Nocturnal Hemodialysis

vs Conventional Hemodialysis on Left Ventricular Mass and Quality of Life. *The Journal of the American Medical Association*, 298(11), 1291.

56. Watanabe, Y., Ohno, Y., Inoue, T., Takane, H., Okada, H. and Suzuki, H. (2014). Home Hemodialysis and Conventional In-Center Hemodialysis in Japan: A Comparison of Health-Related Quality of Life. *Hemodialysis International*, 18(1), 32-38.
57. Pauly, R.P., Gill, J.S., Rose, C.L., Asad, R.A., Chery, A., Pierratos, A. and Chan, C.T. (2009). Survival Among Nocturnal Home Hemodialysis Patients Compared To Kidney Transplant Recipients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24, 2915-2919.
58. Blogg, A., and Hyde, C. (2006). Enhancing lifestyle through home haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 32(4), 179–182.
59. İnternet: 2015 National Kidney Foundation. Home homedialysis. <https://www.kidney.org/atoz/content/homehemo> Erişim Tarihi: 24.10.2023.
60. Hanly, P. (2009). Sleep Disorders and Home Dialysis. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 16(3), 179–188.
61. Soyaltın, E., Yavaşcan, Ö., Alparslan, C., Arslansoyu Çamlar, S., Alaykut, D., Öncel, E.P., Mutlubaş, F. ve Kasap Demir, B. (2018). Ev Hemodiyalizinde Çocuk Hasta Deneyimi: Olgu Sunumu. *Turkish Journal of Nephrology*, 27, 96-99.
62. Yang, W, L., Zhang, F., He, L., Zhang, A.H., Wang, T., Suzie, B. and Lai, C. (2012). Experiences with Establishing The First Self-Care Hemodialysis Program in a Hospital in Mainland China. *Renal Failure*, 35(2), 257–261.
63. Tüzün Özdemir S. (2021). Covid-19 Pandemisi ve kronik böbrek hastalarına etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 16(2): 60-66.
64. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F. and Liu, X. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus– infected pneumonia in Wuhan, China. *The Journal American Medical Association*, 323(11):1061-1069.
65. Verhallen, A.M., Kooistra, M.P. and van Jaarsveld, BC., (2007). Cannulating in haemodialysis: Rope-ladder or buttonhole technique? *Nephrol Dial Transplant* 22: 2601–2604.
66. Pipkin, M., Eggers, PW., Larive, B., Rocco, MV., Stokes, JB., Suri, RS. and Lockridge, RS., Jr (2010). Frequent Hemodialysis Network Trial Group: Recruitment and training for home hemodialysis: Experience and lessons from the Nocturnal Dialysis. *Trial.ClinJAm SocNephrol*5: 1614–1620.
67. Huang, S.-H. S., MacRae, J., Ross, D., Imtiaz, R., Hollingsworth, B., Nesrallah, G. E., and Zimmerman, D. (2019). Buttonhole versus Stepladder Cannulation for Home Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, CJN. 08310718.

68. Birlik. H., Akbulut. Y., (2017). Sağlık kurumlarında maliyet analizi: diyaliz merkezinde bir uygulama. *Legal Mali Hukuk Dergisi*. 13 (147): 475-492.
69. Karçkay, A., (2016) *Diyaliz hemşirelerinin iş gücü verimliliğini etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Bitirme Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
70. Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J.C., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D.W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S. and Strippoli, G.F. (2013). The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *British Medical Journal Open*, 3(1), e002148.
71. Rioux, J.P., Marshall, M. R., Faratro, R., Hakim, R., Simmonds, R. and Chan, C. T. (2015). Patient selection and training for home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19,71-79.
72. Shurraw, S. and Zimmerman, D., (2005). Vascular access complicationsin daily dialysis: A systematic review oftheliterature. *Minerva Urol Nefrol*, 57: 151–163.
73. Suri, R.S., Nesrallah, G.E., Mainra, R., Garg, A.X., Lindsay, R.M., Greene, T. and Daugirdas, J.T., (2006). Daily hemodialysis: A systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 33–42.
74. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 01 Mart 2019 tarih ve 30701 sayılı Resmi Gazete, www.resmigazete.gov.tr, Erişim Tarihi: 24 Kasım 2022.
75. Wong, J., Eakin, J., Migram, P., Cafazzo, J.A. and Halifax, N.V. (2009). Patients' experiences with learning a complex medical device for the selfadministration of nocturnal home hemodialysis. *Nephrology Nurse Journal*. 36(1): 27- 32.
76. Bonner, A., Andrew, J., Nandkumar, J. and Au, C. (2013). Using İmages to Communicate the Hidden Struggles of Life on Dialysis. *Journal of Communication in Healthcare*, 6(1), 12–21.
77. Morton, R.L., Tong, A., Webster, A.C, Snelling, P. and Howard, K. (2011). Characteristics ff dialysis important to patients and family caregivers: a mixed methods approach. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 26:4038–4046.
78. Corbett, R.W., Prout, V., Haynes, D., Edwards, C. and Frankel, A.H. (2014). Problems associated with hemodialysis and travel. *Journal of Travel Medicine*. 21:255–259.
79. Thodis, E.D. and Oreopoulos, D.G. (2011). Home Dialysis First: A New Paradigm for New ESRD Patients. *Journal of Nephrology*. 24, 398–404.
80. Black, K. (2009). Travel and Dialysis: How Can Nurses Help? Educational supplement. *Renal Society of Australasia Journal*, 5(3):152–154.
81. Doss-McQuitty, S. (2013). Alternative dialysis therapies–why all the interest? *Nephrology Nursing Journal*, 40, 17–20.

82. Diebel, L., Jafari, M., Shah, S., Day, C., McNaught, C. and Prasad, B. (2020). Barriers to home hemodialysis across saskatchewan, canada: a cross-sectional survey of in-center dialysis patients. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 7: 1–10 2054358120948293.
83. Perez-Alba, A., Catalan, Navarrete, S., Renau, Ortells, E., García, Peris, B., Agustina, Trilles, A. and Cerrillo García, V., (2020). Nursing Program to Support Home Hemodialysis. Experience of a Center. *Nefrologia*. 41(3): 360–362.
84. Walker, R., Marshall, M., Morton, R.L., McFarlane, P. and Howard, K. (2014). The cost-effectiveness of contemporary home haemodialysis modalities compared to facility haemodialysis: a systematic review of full economic evaluations. *Nephrology*. 19:459–470.
85. McFarlane, P. and Komenda, P. (2011). Economic Considerations in Frequent Home Hemodialysis. *Seminars in Dialysis*, 24, 678– 683.
86. Home Hemodialysis. (2020). *Indian J Nephrol*. Jul;30(Suppl 1), S87-S88.
87. Jardine, M.J., Zuo, L., Gray, N.A., (2017). Hemodiyaliz saatlerini ve yaşam kalitesini uzatma denemesi. *J Am Soc Nephrol*. 28(6):1898-1911
88. Bakris, G.L., Burkart, J.M., Weinhandl, E.D., McCullough, P.A. and Kraus, M.A., (2016). Yoğun hemodiyaliz, tansiyon ve antihipertansif ilaç kullanımı. *J Böbrek Disiyim*. 68(5 ek 1):S15-S23.
89. Wu, H. H. L., Nixon, A. C., Dhaygude, A. P., Jayanti, A. and Mitra, S. (2021). Is home hemodialysis a practical option for older people? *Hemodialysis International*, 25(4), 416–423.
90. Kılavuz, İ. (2021). *Kronik böbrek yetmezliği tanılı hastalarda nötrofil lenfosit oranı ile yaşam kalitesi, anksiyete depresyon ilişkisi*. Manisa, Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi.
91. Orlandi, F.S., Pepino, B.G, Pavarini, S.C.I., dos, Santos, D.A. and de Mendiondo, M.S.Z., (2012). The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP*. 46: 897–901.
92. Topbaş. E. ve Bingöl. G., (2017). Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefrol Hem Derg*, 1:36– 42.
93. Chiu, Y. W., Teitelbaum, I., Misra, M., De Leon, E. M., Adzize, T. and Mehrotra, R. (2009). Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(6), 1089-1096.
94. Bailie, G. R., Eisele, G., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Finkelstein, F. and Saran, R. (2005). Patterns of medication use in the RRRKD study: focus on medications with cardiovascular effects. *Nephrol Dial Transplant*, 20(6), 1110–1115

95. Tuncer, M. and Khorshid, L., (2018). Böbrek nakli hastalarında immünosüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1): 26-31.
96. Ozen, N., Cinar, F.I., Askin, D., Mut, D. and Turker, T., (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *J Nurs Res*, Aug; 27(4):e36.
97. Bland, R.J., Cortrell, R.R. and Guyler, L.R., (2008). Medication compliance of hemodialysis patients and factors contributing to non-compliance. *Dial Transpl*, 37:174-8
98. Efe, D. ve Kocaöz, S., (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan J Nurs Sci*, 12:113-23.
99. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., and Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education and Behavior*, 15(2), 175-183.
100. Darvishpour, A., Vajari, S.M., Noroozi, S. (2018). Can health belief model predict breast cancer screening behaviors? *Open Access Maced J Med Sci*. 6(5):949-53.
101. Grodner, M. (1991). Using the health belief model for bulimia prevention. *J Am Coll Health*. 40(3):107-12.
102. Grosser, L.R., (1988). Health belief model aids understanding of patient behavior. *AORN J*, 35(6):1056-9.
103. Kılınç, E. ve Gür, K. (2018). Okul yaralanmalarını önlemede sağlık inanç modeli temelli girişimlerin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3):467-475.
104. Conner, M. and Norman, P. (2015). Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models, *UK Higher Education Psychology Psychology*. https://books.google.com.tr/books?id=pMkvEAAAQBAJ&dq=+The+health+bel%C4%B1ef+model&lr=&hl=tr&source=gbs_navlinks_s Erişim Tarihi: 30.09.2022.
105. Costa, M. F. (2020). Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Revista de Saúde Pública*, 54, 47.
106. Mccord, A.S. (1997). *Knowledge, attitudes, health beliefs and locus of control of males related to prostate cancer prevention*. Yüksek lisans Tezi, The University of Alabama. Alabama.
107. Glanz, K. (2008). The health belief model. *Health Behavior and Health Education*. 45-65, Jossey-Bass, San Francisco.
108. Mercadante, A. R. and Law, A. V. (2021). Will they, or Won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and COVID-19 using the Health Belief Model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(9), 1596-1605.

109. Bulduk, S., Seher, Y., Dinçer, Y. ve Ardiç, E., (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1): 28-34.
110. İnternet: Murphy, E. M. (2005). *Promoting Healthy Behavior. Vol. 2.* URL: <https://www.yumpu.com/en/document/read/25470016/promoting-healthy-behavior-population-reference-bureau>. Son Erişim Tarihi: 30.10.2023.
111. Grubs, L.M. and Tabano, M. (2000). Use of sunscreen in health care professionals: the health belief model. *Cancer Nursing*, 23: 164-167.
112. Goodpaster, B.H., DeLany, J.P., Otto. A.D., Kuller. L., Vockley. J. and South-Paul, J.E, (2016). Effects of diet and physical activity interventions on weight loss and cardiometabolic risk factors in severely obese adults: a randomized trial. *JAMA*, 304:1795–802
113. Nooriani, N., Mohammadi, V., Feizi, A., Shahnazi, H., Askari, G. and Ramezanzade, E., (2019). The effect of nutritional education based on health belief model on nutritional knowledge, health belief model constructs, and dietary intake in hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 24(5):372-378.
114. Orji, R., Vassileva. J. and Mandryk, R., (2012). Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online J Public Health Inform.* 4:1–31.
115. Conner, M. and Norman, P. (2005) *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Open University Press, Maidenhead.
116. Champion, V. L. and Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* 4, 45-65.
117. Rohleder, P. (2012). Critical issues in clinical and health psychology. London: SAGE Publications.
118. Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education theory, research, and practice. San Francisco, CA: Jossey Bass
119. Khodaveisi, M., Azizpour, B., Jadidi, A. and Mohammadi, Y., (2021). Education based on the health belief model to improve the level of physical activity. *Phys Act Nutr*, Dec;25(4):17-23.
120. Malak, M.Z. and Toama, Z.T., (2015). The effect of osteoporosis health education program based on health belief model on knowledge and health beliefs towards osteoporosis among Jordanian female teachers. *Et/r Sc/J*, 1:385–98.
121. Abood, D.A., Black, D.R. and Feral, D., (2003). Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. *J Nutr Educ Behav*, 35:260–7.
122. Amodeo. R., De. A.P., Sorbara. L., Avanzini. F., Di. Giulio. P. and De. Martini. M., (2009). How to increase patient knowledge of their coronary heart disease: impact of an educational meeting led by nurses. *G Ital*, 10:249–55.

123. Mulualem. D., Henry. C.J., Berhanu. G. and Whiting S.J., (2016). The effectiveness of nutrition education: applying the Health Belief Model in child-feeding practices to use pulses for complementary feeding in Southern Ethiopia. *Ecol Food Nutr*, 55:308–23.
124. Çevik, C. (2022). Obez ve fazla kilolu çocuklarda kaledo oyununun ve sağlık inanç modeline göre hazırlanmış beslenme eğitiminin kilo vermeye etkisinin karşılaştırılması [Bildiri sunumu]. 8. *Uluslararası Beslenme Obezite ve Toplum Sağlığı Kongresi*, İstanbul, Türkiye.
125. Janz, N.K., Champion, V.L. and Strecher, V.J., (2002). The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss;. 45-66.
126. Wang, Y., Wen, X., Zhu, Y., Xiong, Y. and Liu, X., (2022). Chinese residents' healthy eating intentions and behaviors: based on an extended health belief model. *Int J Environ Res Public Health*, 19(15):9037.
127. Baranowski, T., Perry, C. L. And Parcel, G. S. (2002). How individuals, environments, and health behavior interact. *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*, 2002;3, 165-184.
128. Ersin, F., ve Bahar, Z. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1), 28-38.
129. Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 1974, 2: 328–35.
130. Hayden, J. (2019). *Introduction to health behavior theory* (Third Edution). New Jersey, Wayne.
131. Mardani, Hamuleh, M., Shahraki, V.A. and Piri, A.R., (2010). Effects of education based on health belief model on dietary adherence in diabetic patients. *J Diabetes Metab Disord*, 9:1–6.
132. Peterson K.J. (1985). Psychosocial adjustment of the family caregiver: home hemodialysis as an example. *Social Work in Health Care*, 10:15–32.
133. Adıbelli, D. (2016). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Elâzığ, Anadolu Nobel Tıp kitapçıları, p;231-241.
134. Akpunar, D., (2012). *Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine ve Diyabet Yönetimine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Erzurum.
135. Olgun, N. ve Altun, Z., (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 46–57.

136. Aydoğar Takcı, M. ve Yıldırım, G. (2021). Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11 (1), 73-82.
137. Göçmen Baykara, Z., (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
138. Aksayan, S. ve Gözümlü, S., (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2(1): 35-42.
139. Bandura, A., (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*; 31 (2):143-164.
140. Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.
141. Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
142. Baltacı, A. (2017). Nitel veri analizinde miles-huberman modeli. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 3(1), 1-15.
143. Shenton, A. K. (2004). Strategies For Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.
144. Morgan, D. L. and Morgan, R. K. (2008). *Single-Case Research Methods For The Behavioral and Health Sciences*. SAGE Publications.
145. Onwuegbuzie, A. J. and Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
146. Rubin, A. and Babbie, E. R. (2016). *Empowerment series: research methods for social work*. Boston: Cengage Learning.
147. Erdoğan, S., Nahçıvan, N. ve Esin, N. (2015). *Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
148. Polit, D. F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing research principles and methods* (7 th Edition). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
149. Creswell, J. W. (2013). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. New York: Sage.
150. Neuman, L. W. (2014). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (Seventh Ed.). Essex: Pearson Education Limited.

151. Patton, M. Q. (2005). *Qualitative research*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
152. Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamalarda Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.
153. Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. Continuum, London.
154. Aksu, G., Eser, M. ve Güzeller, C.O. (2017). *Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile Yapısal eşitlik modeli uygulamaları*. Ankara: I.B. Detay Yayıncılık. 1-40.
155. O'Rourke, N., Psych, R. and Hatcher, L. (2013). *Faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi için SAS'ın kullanılmasına yönelik adım adım bir yaklaşım*. Sas Enstitüsü.
156. Arslan, B. Ş. ve Buldukoğlu, K. (2021). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire olmak: niteliksel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 67-75.
157. Baltacı, Ö, Akbulut, Ö.F. ve Zafer, R. (2020). COVID19 Pandemisinde Problemlerli İnternet Kullanımı: Bir Nitel Araştırma. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 126-140.
158. Bilgin, N.Ç. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin doğuma ilişkin algıları: nitel bir çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 348-356.
159. Turan, N. ve Özkan, B. (2017). Yoğun bakım ünitelerinde ağrı ve hemşirelik: fenomenolojik çalışma. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 8(3), 65-70.
160. Corbin, J. And Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory* (third edition). Los Angeles, USA: Sage
161. Patton, M. Q. (2014). *Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri* (M. Bütün & S. B. Demir, Çev. Ed.) Ankara: Pegem Akademi.
162. Çelik, H., Başer Baykal, N. ve Kılıç Memur, H. N. (2020). Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 8(1), 379-406.
163. Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley & Sons.
164. Yurdugül, H. (2005). “Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması”. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*. Erişim: 30.10.2023.
165. Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39-49.
166. The Flesch Reading Ease Readability Formula. <http://www.readabilityformulas.com/flesch-reading-ease-readability-formula.php>. Erişim Tarihi: 16.03.2023.

167. Braun, V. ve Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli (Çev.). *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898.
168. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
169. Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2010). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (6. bs.). Ankara: Pegem Akademi.
170. Tabachnick, B.G. ve Fideli, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (Fourth Edition). Boston: Allyn and Bacon.
171. Tatlıdil, H. (1992). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel analiz*. Ankara: Akademi Matbaası.
172. Hair, J.F., Anderson, R., Tatham, R. and Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (4th Edition). New Jersey: Prentice-Hall International Inc, 612.
173. Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
174. Hu, L. T. and Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
175. Kalaycı, Ş., (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (5. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
176. Briggs, S.R. and Cheek, J.M., (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54,106148.
177. Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
178. Alpar, R. (2012). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlilik- güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
179. Erefe, İ., (2002). *Veri toplama araçlarının niteliği. İçinde Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. (Ed. Erefe İ). İstanbul, Odak Ofset, ss. 169-188.
180. Seçer, İ., (2015). *SPSS VE LISREL ile pratik veri analizi*. Ankara: Anı Yayıncılık; p. 211-58.
181. Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 16-58.
182. Tezbaşaran, A. (2008). *Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu*. üçüncü sürüm e-kitap. https://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu (Erişim 30.10.2023).

183. Erkuş, A. (2016). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I: temel kavramlar ve işlemler*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 30-64.
184. Esin, N. (2014). “Veri toplama yöntem ve araçları & Veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği”. İçinde *Hemşirelikte Araştırma* (ss. 195-226). Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N. (Eds.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
185. Kubilay, G. (2004). *Veri toplama yöntem teknik ve araçları* (3. Baskı). İçinde *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemler* (ss. 139-167). Erefe, İ. (Ed.). Ankara: Odak Ofset.
186. Altunışık, R. (2008). Anketlerde veri kalitesinin iyileştirilmesi için öntest pilot test yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 1 (2), 1-17.
187. Reynolds, N., A. Diamantopoulos and B. Schlegelmilch (1993), Pretsting in questionnaire design: A review of the literature and suggestionf for further research. *Journal of the Market Research Society*, 35(2), 171-182
188. Arıkan, R., (2011). *Araştırma yöntem ve teknikleri* (1. Basım). Ankara: Nobel Yayınevi. 6:93-97.
189. Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (3), 339-344.
190. Bozbay, D. S., Yıldırım, A. B., Dönmez, L. (2019). Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği’nde Yatan Hastaların Kronik Hastalık Uyumu Ve İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi.3. *International 21. National Public Health Congress*.
191. Skolasky, R. L., Green, A. F., Scharfstein, D., Boulton, C., Reider, L. and Wegener, S. T. (2011). Psychometric properties of the patient activation measure among multimorbid older adults. *Health Services Research*, 46(2), 457-478.
192. Corbett, R.W., (2023). Home dialysis therapies. *Clin Med (Lond)*. 23(3):259-261. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-RM4>.



Ek-1. Bireysel Hasta Görüşme Formu

EV HEMODİYALİZ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE TÜRK TOPLUMUNDA PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ BİREYSEL HASTA GÖRÜŞME FORMU

Görüşmeye katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Bu görüşmenin amacı, evde hemodiyaliz hastalarının neler yaşadığını, korkularından, yaşadıkları problemleri, ev hemodiyalizine yönelik duygu ve düşüncelerini belirlemektir. İsmim Mercan Ünsal ve Diyaliz hemşiresiyim. Bugün ki yapacağımız görüşmeye bireysel görüşme adı verilir. Daha önce hiç bireysel görüşmede bulunmadıysanız tanımını yapmak istiyorum. Bireysel görüşme, belirli bir konu hakkında katılımcıların nasıl hissettiklerini, nasıl düşündüklerini tartışmak için soruları yönelten bir moderator ve cevap veren bireylerin bir araya gelmesidir. Bugün ki görüşme ev hemodiyalizinin hastalar üzerine etkileri hakkında değerli bilgiler verecektir. Size yöneltilecek olan soruları cevaplarken doğru ya da yanlış bir cevap yoktur, sadece hissettiklerinizi ve uygulamalar sırasında karşılaştığınız güçlükleri bahsetmeniz beklenmektedir. Endişelerinizi, deneyimlerinizi ve tedavi uygulamalarını iyileştirecek düşüncelerinizi paylaşmanız için bir fırsattır. Herkesin duyguları ve deneyimleri farklıdır. Vurgulamak istediğiniz bir konu olduğunda konuşmaktan çekinmeyiniz. Bir soruyu anlamadığınızda rahatlıkla bunu dile getirebilir, ek açıklamalar isteyebilirsiniz, lütfen çekinmeyiniz. Eğer yorulursanız ara verebiliriz ve ikinci hafta kaldığımız yerden devam edebiliriz. Yorumlarınızın hiçbirini kaçırmak istemediğimiz için görüşmeyi izninizle kaydedeceğiz. Raporlarda isim bulunmayacak ve araştırmacılar bugün tartışılan tüm bilgilerin gizli kalmasını sağlayacaklardır. Bu görüşme yaklaşık yarım saat sürecektir. İsterseniz yarısında beş dakikalık mola verebiliriz. İstedığınız zaman görüşmeyi sonlandırabiliriz.

Şimdi sizin de izninizle kaydı başlatıyorum.

Merhaba, ben Hemşire Mercan Ünsal. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesinde Diyaliz Hemşiresi olarak görev yapmaktayım. Amasya Üniversitesinde dahiliye alanında Yüksek lisans öğrencisiyim. Bu görüşmeleri ise Evde hemodiyaliz hastalarına daha yararlı olmak için yapıyorum. Gönüllü olduğunuz için teşekkür ederim. Artık kendimizi tanıttığımıza göre, size kendinizi tanıtmanız için bir söz vermek istiyorum. Sakıncası yoksa, adınızı ve kısaca kendinizden bahsedebilir misiniz?

Ne kadar süredir diyalizde olduğunuzu, Evde hemodiyalize ne zaman başladığınızı, Hangi makinayı kullandığınızı, birincil Damar Erişim yönteminizi ve Damar Erişim yönteminizi zamanla değiştirip değiştirmediğinizi ve eğer öyleyse hangi yöntemleri kullandığınızdan bahseder misiniz? Sanırım artık başlamaya hazırız.

Teşekkür ederim!

SAĞLIK INANCI

1-) Sağlığınızla ilgili nelere dikkat edersiniz?

- Düzenli olarak sağlık kontrollerine gider misiniz? Hayır ise nedenini öğrenebilir miyim?
- Hastalığınız ile ilgili gelişmeleri takip ediyor musunuz? Evet ise nereden?

- Doktorunuza veya diyaliz hemşirenize sormadan ilaç kullanımı yapar mısınız? Evet ise hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

CİDDİYET ALGISI

2-) Ev hemodiyaliziyle ilgili olarak ‘‘Ciddiyet Algısı’’ na odaklanacağız. Ciddiyet algısı dediğimiz ise diyaliz sonrası oluşabilecek sorunlara karşı sizde oluşan hastalığınıza karşı tutumunuz şeklinde ifade edebiliriz. Öyleyse hastalığınız ile ilgili ciddiye aldığınız konulardan bahsedebilir misiniz?

-Diyalizi hayatınızın bir parçası olarak görüyor musunuz?

-Diyalizi yapmadığınızda sizce neler olabilir?

-Size göre evde hemodiyalizini tercih etmenizin en önemli nedeni nedir?

-Kontrolleri aksatmanız durumunda ne gibi sıkıntılarla karşılaşabilirsiniz? Hiç böyle bir durum yaşadınız mı? Aksattığınızda ne gibi sorunlarla karşılaştınız?

-Sizce karşılaştığınız bu sorun ev hemodiyalizine devam etmenize engel olur mu?

DUYARLILIK ALGISI

3-) Duyarlılık Algısı, sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemli bir algıdır. Bu anlamda evde hemodiyalizde iken neler yapıyorsunuz?

- Diyaliz yapmadan önce kateter veya fistül bakımınızı yapar mısınız? Cevabınız evet ise neler yapıyorsunuz?

- Diyalize başlamadan önce tansiyonunuzu ölçüyor musunuz? Evet ise Düşüklük veya yükseklik olduğu durumlarında ne yapıyorsunuz?

- Diyaliz öncesi ödem kontrolü yapar mısınız?

- Diyalize başlamadan önce elinizi ve makinenizi temizliyor musunuz?

- Kilonuzu ölçüyor musunuz? Evet ise dikkat ettiğiniz bir şey var mı?

-UF değeri hesaplamada zorluklar yaşıyor musunuz? Evet ise bunlar nelerdir?

ENGEL ALGISI

4-) Evde hemodiyaliz esnasında yaşadığınız ve sizi diyaliz yapmaktan korkutan veya engelleyen durumlar oluyor mu? Varsa bunlar neler?

- HHD esnasında bilmediğiniz makine alarmı çaldığında ne yapıyorsunuz?

-HHD esnasında setinizde pıhtılaşma olduğunda nasıl bir yol izliyorsunuz? Eğer yaşıyorsanız tek başınıza set değiştirmek kolay oluyor mu?

-Evinize ilk defa gelen birinin sizi diyaliz esnasında görmesi sizde neler hissettiriyor ya da bu durumu gizleme ihtiyacı duyuyor musunuz?

-Ev hemodiyaliz uygulamasına yönelik çevrenizden nasıl bir tepki aldınız? Onların görüş ve düşünceleri sizde neler hissettirdi? Onların görüşleri sizin için önemli miydi?

-Gece diyalizi yaparken uyuya kalıp iğnenin yerinden oynaması gibi durumlar ile hiç karşılaştınız mı? Evet ise ne yaptınız?

-Diyaliz için iğne girişiminizi yaparken ne hissediyorsunuz?

-Diyaliz esnasında yaşadığınız sorunlar nelerdir? Kramplar, baş dönmesi sorunları yaşıyor musunuz?

YARAR ALGISI

5-) Klinikte diyalize göre evde hemodiyaliz yapıyor olmanın sizin için faydalı bulduğunuz yönleri neler? Size göre olumsuz olduğunu düşündüğünüz yanları neler?

-Evde kendinize ait bir makinenin olması hakkında ne düşünüyorsunuz?

-Her kateter veya fistül iğne girişiminden önce bölgenin temizlenmesi önemli midir?

- Evde diyaliz yapmanızın sosyal veya iş hayatınıza faydaları oldu mu? Olduysa bunlar nelerdir?
- Diyet veya sıvı kısıtlamaları yapmak diyaliz açısından yararı var mıdır? Eğer yapıyorsanız nasıl hissediyorsunuz?
- Diyalize başlamadan önce tansiyonunuza bakmanın yararı var mıdır? Varsa nelerdir?

ÖZ-YETERLİLİK

- 6-) Size ev hemodiyalizi ilk önerildiğinde neler hissettiniz? Nasıl bir tepki verdiniz?
- Diyalizde iğne girişiminizi siz mi yapıyorsunuz? Evet ise nasıl yapıyorsunuz anlatabilir misiniz?
 - İğne girimi esnasında nasıl hissediyorsunuz?
 - Diyaliz makine setlerini yardım almadan bağlayabiliyor musunuz? Eğer yardım bu size kendinizi nasıl hissettiriyor?
 - Diyaliz makinenizin alarm verdiği oldu mu? Kendinizi nasıl hissettiniz, o esnada neler yaptınız?
 - Diyalizle ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığınız da neler yapıyorsunuz?
- 7-) Son olarak eklemek istediğiniz bir şey var mı?
- Görüş ve düşüncelerinizi bizimle paylaştığınız için çok teşekkür ederim

Ek-2. Bireysel Hemşire Görüşme Formu

EV HEMODİYALİZ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE TÜRK TOPLUMUNDA PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ BİREYSEL HEMŞİRE GÖRÜŞME FORMU

Görüşmeye katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Bu görüşmenin amacı, evde hemodiyaliz hastalarının neler yaşadığını, korkularından, yaşadıkları problemleri, ev hemodiyalizine yönelik duygu ve düşüncelerini bakım vericisi olarak hemşire gözünden belirlemektir. İsmim Mercan Ünsal ve Diyaliz hemşiresiyim. Bugünkü yapacağımız görüşmeye bireysel görüşme adı verilir. Daha önce hiç bireysel görüşmede bulunmadıysanız tanımını yapmak istiyorum. Bireysel görüşme, belirli bir konu hakkında katılımcıların nasıl hissettiklerini, nasıl düşündüklerini tartışmak için soruları yöneltten bir moderator ve cevap veren bireylerin bir araya gelmesidir. Bugün ki görüşme ev hemodiyalizinin hastalar üzerine etkileri hakkında değerli bilgiler verecektir. Size yöneltilecek olan soruları cevaplarken doğru ya da yanlış bir cevap yoktur, sadece hissettiklerinizi ve hastalarınızın uygulamalar sırasında karşılaştığı güçlükleri bahsetmeniz beklenmektedir. Endişelerinizi, deneyimlerinizi ve tedavi uygulamalarını iyileştirecek düşüncelerinizi paylaşmanız için bir fırsattır. Herkesin duyguları ve deneyimleri farklıdır. Vurgulamak istediğiniz bir konu olduğunda konuşmaktan çekinmeyiniz. Bir soruyu anlamadığınızda rahatlıkla bunu dile getirebilir, ek açıklamalar isteyebilirsiniz, lütfen çekinmeyiniz. Eğer yorulursanız ara verebiliriz ve ikinci hafta kaldığımız yerden devam edebiliriz. Yorumlarınızın hiçbirini kaçırmak istemediğimiz için görüşmeyi izninizle kaydedeceğiz. Raporlarda isim bulunmayacak ve araştırmacılar bugün tartışılan tüm bilgilerin gizli kalmasını sağlayacaklardır. Bu görüşme yaklaşık yarım saat sürecektir. İsterseniz yarısında beş dakikalık mola verebiliriz. İstedığınız zaman görüşmeyi sonlandırabiliriz.

Şimdi sizin de izninizle kaydı başlatıyorum.

Merhaba, ben Hemşire Mercan Ünsal. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesinde Diyaliz Hemşiresi olarak görev yapmaktayım. Amasya Üniversitesinde dahiliye alanında Yüksek lisans öğrencisiyim. Bu görüşmeleri ise Evde hemodiyaliz hastalarına daha yararlı olmak için yapıyorum. Gönüllü olduğunuz için teşekkür ederim. Artık kendimizi tanıttığımıza göre, size kendinizi tanıtmanız için bir söz vermek istiyorum. Sakıncası yoksa, adınızı ve kısaca kendinizden bahsedebilir misiniz?

Ne kadar süredir diyaliz hemşiresi olduğunuzu, Evde hemodiyaliz hemşireliğine ne zaman başladığınızı, Evde hemodiyaliz hastanızı nasıl takip ettiğinizden bahsedebilir misiniz? Sanırım artık başlamaya hazırız.

Teşekkür ederim!

SAĞLIK İNANCI

1-) Hastalarınızın sağlıkları ile ilgili dikkat ettikleri unsurlar nelerdir?

-Hastalarınız düzenli olarak sağlık kontrollerine gelirler mi? Hayır ise nedenlerini biliyor musunuz?

-Hastalarınız hastalıkları ile ilgili gelişmeleri takip ettiklerini gözlemlediniz mi? Evet ise hangi kaynakları kullanmayı tercih ediyorlar?

-Hastalarınız size veya doktoruna sormadan ilaç kullandığını tespit ettiniz mi? Evet ise hangi ilaçları kullanıyorlar?

CİDDİYET ALGISI

2-) Ev hemodiyaliziyle ilgili olarak ‘‘Ciddiyet Algısı’’ na odaklanacağız. Ciddiyet algısı dediğimiz ise hastalarınızın diyaliz sonrası oluşabilecek sorunlara ve hastalıklarına karşı gösterdikleri tutumları şeklinde ifade edebiliriz. Öyleyse hastalarınızın hastalıkları ile ilgili ciddiye aldıkları konulardan bahsedebilir misiniz?

- Hastalarınız diyalizi hayatlarının bir parçası olarak görüyor mu?
- Hastalarınız diyaliz yapmadıkları takdirde neler olabileceğini biliyorlar mı?
- Hastalarınızın evde hemodiyalizi tercih etmelerinin en önemli nedeni nedir?
- Hastalarınız kontrolleri aksatması durumunda ne gibi sıkıntılarla karşılaşır? Böyle bir durumla karşılaştınız mı?
- Hastalarınızın kontrolleri aksatması ev hemodiyalizine devam etmesine engel olur mu?

DUYARLILIK ALGISI

3-) Duyarlılık Algısı, sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemli bir algıdır. Bu anlamda hastalarınız evde hemodiyalizde iken neler yapıyorlar?

- Hastalarınız diyalize başlamadan önce kateter veya fistül bakımını yaparlar mı? Cevabınız evet ise neler yapıyorlar?
- Hastalarınız diyalize başlamadan önce tansiyonunu ölçüyor mu? Evet ise düşüklük veya yükseklik olduğu durumlarda neler yapıyorlar?
- Hastalarınız diyaliz öncesi ödem kontrolü yaparlar mı?
- Hastalarınız diyalize başlamadan önce ellerini ve makinelerini temizliyor mu?
- Hastalarınız kilo ölçümü yapıyor mu? Evet ise dikkat ettikleri sizin gözlemlediğiniz bir davranış var mı?
- Hastalarınız UF değeri hesaplamada zorluklar yaşıyor mu? Evet ise bunlar nelerdir?

ENGEL ALGISI

4-) Hastalarınızın evde hemodiyaliz esnasında yaşadıkları ve hastalarınızı diyaliz yapmaktan korkutan veya engelleyen durumlar oluyor mu? Varsa bunlar neler?

- Hastalarınız HHD esnasında bilmedikleri makine alarmı çaldığında ne yapıyorlar?
- Hastalarınız HHD esnasında sette pıhtılaşma olması durumunda ne yapıyorlar?
- Hastalarınızın evde diyaliz esnasında ilk defa başkaları tarafından diyaliz yaparken görüldüklerinde ne hissettiklerini sizinle paylaştılar mı? (açıklar mısınız ne hissetmişler)
- Hastalarınızın ailelerinden veya çevresinden ev hemodiyaliz uygulamasına yönelik nasıl bir tepki aldıklarını gözlemlediniz? Hastalarınız için görüşleri önemli miydi?
- Hastalarınızın gece diyalizi yaparken uyuya kalıp iğnenin yerinden oynaması gibi durumlar ile karşılaştıkları oldu mu? Eğer olduysa size mi ulaştılar yoksa kendileri mi baş etti?
- Hastalarınız diyaliz için iğne girişi yaparken ne gibi ifadeler kullanıyorlar?
- Hastalarınızın diyaliz esnasında yaşadıkları sorunlar nelerdir? Size hangi komplikasyonlar yaşadıklarını ifade ediyorlar?

YARAR ALGISI

5-) Hastalarınız açısından baktığınızda klinikte diyalize göre evde hemodiyaliz yapıyor olmalarının faydalı bulduğunuz yönleri nelerdir? Sizce olumsuz olarak düşündüğünüz yanları nelerdir?

- Hastalarınızın evde kendilerine ait bir makinelerinin olması hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Hastalarınızın kateter veya fistül iğne girişiminden önce bölgenin temizlenmesini önemli buluyorlar mı?
- Hastalarınızın evde diyaliz yapmalarının sosyal veya iş hayatlarına faydaları oldu mu? Olduysa neler?
- Hastalarınızın diyet veya sıvı kısıtlamaları yapmalarının diyaliz açısından yararlı olduğuna inanıyorlar mı?
- Hastalarınızın diyalize başlamadan önce tansiyonuna bakmalarının yararı olduğunu düşünüyorlar mı? Varsa hastalar açısından bu yararlar nelerdir?

ÖZ-YETERLİLİK

6-) Hastalarınıza ev hemodiyalizini ilk önerdiğinizde tepkileri ne oldu?

- Hastalarınız diyalizde iğne girişimini kendileri mi yapıyorlar? Evet ise nasıl yaptıklarını anlatabilir misiniz?
- İğne girişimi yaparken hastalarınız ne gibi ifadeler kullanıyorlar?
- Hastalarınız diyaliz makine setlerini yardım almadan bağlayabiliyorlar mı? Eğer yardım alıyorlar ise sizce hastanız nasıl hissediyor?
- Hastanız makine alarmlarını kendi başına çözebiliyor mu? Makine alarm verdiğiindeki tepkileri nelerdir?
- Hastalarınızı genel olarak değerlendirdiğinizde diyaliz yeterlilikleri hakkında ne düşünüyorsunuz?

7-) Son olarak eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Görüş ve düşüncelerinizi bizimle paylaştığınız için çok teşekkür ederim

Ek-3. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu**1. Cinsiyetiniz**

- 1.Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız**3. Medeni Durumunuz**

1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

1. Okur yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul
4. Lise 5. Üniversite 6. Yükseköğrenim

5. Ekonomik Durumunuz

- 1.Geliri giderinden az 2.Geliri giderine denk 3. Geliri giderinden fazla

6. Yaşadığınız Yer

- 1.İl 2.İlçe 3.Köy

7. Daha önce böbrek nakli oldunuz mu?

- 1.Evet 2. Hayır 3. Çıktı ama istemedim

8. Ev hemodiyalizine başlama süresiniz nedir?

- 1.12 aydan az 2. 1-5 yıl 3. 5-10 yıl 4.10 yıl ve üstü

Ek-4. Ev Hemodiyalize Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği

	Ölçek Maddelerinin Likert Tipi Değerlendirme Seçenekleri				
	Hiçbir zaman	Ender olarak	Seyrek olarak	Çoğu zaman	Her zaman
A. Sağlık İnanıcı/Eyleme Geçiriciler					
1. Ev hemodiyalizine başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığının hangileri olduğunu bilirim.					
2. Ev hemodiyaliz öncesi kayıt yapmam gereken tıbbi ölçümlerimin (tansiyon, nabız, kilo) hangileri olduğunu bilirim.					
3. Ev hemodiyaliz sonrası kayıt yapmam gereken tıbbi ölçümlerimin (tansiyon, nabız, kilo) hangileri olduğunu bilirim.					
4. Ev hemodiyaliz tedavisi ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederim.					
5. Ev hemodiyaliz sırasında makine alarm verirse baş etme yöntemlerini bilirim.					
B. Ciddiyet Algısı					
6. Ev hemodiyaliz tedavisi öncesi iğne girişiminde başarılı olamamaktan korkarım.					
7. Ev hemodiyaliz tedavim boyunca iğnemin çıkmasından korkarım.					
C. Duyarlılık Algısı					
8. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce ellerimi yıkamaya dikkat ederim.					
9. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce kilomu mutlaka ölçerim.					
10. Ev hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce tansiyonumu mutlaka ölçerim.					
D. Semptoma Yönelik Engel Algısı					
11. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında nefes darlığı yaşarım.					
12. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında kas krampları yaşarım.					
13. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında tansiyon düşüklüğü yaşarım.					
E. Makineye Yönelik Engel Algısı					
14. Ev hemodiyaliz makinemde teknik hata sorunları yaşarım.					
15. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında elektrik kesintisi yaşarım.					
16. Ev hemodiyaliz tedavim sırasında su kesintisi yaşarım.					
17. Ev hemodiyaliz yapmak tatil/seyahat planlarımı etkiler.					

F. Yarar Algısı					
18. Ev hemodiyalizi sosyal hayatımı kolaylaştırır.					
19. Ev hemodiyalizi iş yaşamımı kolaylaştırır.					
20. Ev hemodiyalizi konforlu bir tedavidir.					
21. Ev hemodiyaliz makinasının sadece bana ait olması enfeksiyonlara karşı kendimi güvende hissettirir.					
22. Ev hemodiyalizi sırasında acil durumlarda ulaşabileceğim birilerinin olması beni rahatlatır.					
23. Ev hemodiyaliz tedavisini ne zaman başlatabileceğime kendimin karar vermesi beni mutlu eder.					
G. Öz Yeterlilik Algısı					
24. İğne girişiminden önce fistül/ kateter bölgesinin antiseptiklerle temizliğini yaparım.					
25. Ev hemodiyalize başlamadan önce gereken tıbbi malzeme, hijyen ve set hazırlığı ve diğer kullanılacak malzemeleri hazırlarım.					
26. İğne girişimi bana öğretilen teknik ile yaparım.					
27. Ev hemodiyaliz sırasında acil bir durum gelişirse (hipotansiyon, makine alarmları, kanama, iğnenin yerinden çıkması, kramp) yapılması gerekenleri uygularım.					

Ek-5. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.06.2021-18199



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-15386878-044-18199
Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ
Öğretim Üyesi

İlgi : 24.05.2021 tarihli ve E.17033 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde görev yapan Hemşire Mercan ÜNSAL ile işbirliğinizde, online olarak yapılması planlanan "Ev Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Türk Toplumunda Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği" konulu tez çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Recep KÜRKÇÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Kurul Kararı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS446TAYNZ Pin Kodu :96503

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/amasya-universitesi-ebys>

Adres: Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya

Telefon:0 (358) 211 50 15 Faks:0 (358) 260 00 59

e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web: <http://www.amasya.edu.tr/dani>

Kep Adresi:amasyauniversitesi@ta01.kep.tr

Bilgi için: Ebru GÜÇYETMEZ

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 2115015



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5. Etik Kurul Kararı-devam

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR
FORMU

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No
03 Haziran 2021	6	88

KARAR NO 88:

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde görev yapan Hemşire Mercan ÜNSAL'ın işbirliğinde, online olarak yapılması öngörülen *"Ev Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Türk Toplumunda Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Ev Hemodiyalizine Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği"* konulu tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN	Prof. Dr. Ilkay ÖZTÜRK ÇALI	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Bedirhan Sezer ÖNER	İZİMLİ	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ	OY KULLANMADI	
ÜYELER	Dr. Öğr. Üyesi Safiye ÖZKAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Fatma Zeynep ÖZEN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÇAPRAZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir ÇAKMAK	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Burak YAZGAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan KARPUZ DEMİR	İMZA	

Ek-6.Tematik Analiz Hasta Gönüllü Olur Formu

EV HEMODİYALİZ UYGULAYAN HASTALARDA DİYALİZ SORUNLARINA YÖNELİK TUTUM VE İNANÇLARININ İNCELENMESİ: SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NİN UYGULANMASI

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Hastalar için: Tematik Analize Katılacak Olan)

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Araştırmanın Amacı: Evde Hemodiyaliz uygulayan hastaların diyaliz sorunlarına yönelik tedavi uyumlarını incelemek amacıyla yapılan ölçek geliştirme çalışmasıdır. Nitel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışmayı kabul ettiğinizde ev hemodiyalizi uygulamasına yönelik sizlere sorular yöneltilecektir. Görüşmedeki sorulara verdiğiniz cevaplar doğrultusunda ölçek soruları oluşturmak için temalar belirleneceği için görüşmemiz kayıt altına alınacaktır. Bu kayıt sadece bilimsel amaçlı alınmakta olup sadece ölçek sorularının oluşturulması için tekrar dinlemek ve tedaviye uyumu değerlendirmek için uygun soruların ortaya çıkartılması aşamasındaki analiz için kullanılacaktır. Üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Ancak ilgili etik kurul istediğinde paylaşılabilir. Fakat gerekli analizler biter bitmez video kayıtları silinerek yok edilecektir. Bu görüşmemizin süresi yaklaşık 30 dakikayı geçmeyecek olup yorulduğunuz anda başka bir günde görüşme yapılabilecektir. Çalışmaya katılmak için evde hemodiyaliz uyguluyor olmanız, 18 yaş üstünde olmanız, evde HD tedavisi uygulaması, zihinsel, işitsel ve görsel engeli olmama, en az üç aydır ev HD tedavisi alıyor olma, Daha önce klinikte hemodiyaliz uygulanmış olma ve görüşme sırasında online görüşmeyi kayıt altına alınmasına izin veriyor olma ve araştırmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

Bu araştırma protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Tedavi uygulanmayacaktır.

Ek-6.Tematik Analiz Hasta Gönüllü Olur Formu-devam

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek Riskler: Pandemi süreci sebebi ile verilerin toplanmasında online görüşme yapılacak ve görüşmeler kayıt altına alınacaktır. Bu sebeple herhangi bir risk yaşanmayacaktır.

Araştırma süresince 24 saat Ulaşılabilecek Kişi Adı/ Soyadı / Telefonu: Mercan ÜNSAL, ... telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Hemşirenize verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret talep edilmeyecektir. Online gerçekleştirilecek olan araştırma için kameranızı açmak veya isminizi açıklamak zorunda değilsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Hasta Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek-7. Tematik Analiz Hemşire Gönüllü Olur Formu

EV HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA DİYALİZ SORUNLARINA YÖNELİK TUTUM VE İNANÇLARININ İNCELENMESİ: SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NİN UYGULANMASI

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Hemşireler İçin: Tematik Analize Katılacak Olan)

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Araştırmanın Amacı: Evde Hemodiyaliz uygulayan hastaların diyaliz sorunlarına yönelik tutum ve inançlarını incelemek amacıyla yapılan ölçek geliştirme çalışmasıdır. Nitel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışmayı Kabul ettiğinizde size; Evde hemodiyaliz uygulayan hastaların sizin gözlemlerinize dayanarak diyaliz sorunlarına yönelik bilgi formuna ait açık uçlu soruları cevaplamanız beklenecektir. Anketi cevaplama süreniz 30 dakikayı geçmemektedir. Çalışmaya katılmak için Evde hemodiyaliz uyguluyor olmanız, 18 yaş üstünde olmanız ve araştırmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

Bu araştırma protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek Riskler: Pandemi süreci sebebi ile verilerin toplanmasında online görüşme yapılacak ve görüşmeler kayıt altına alınacaktır. Kamera açmak zorunda değilsiniz. Bu sebeple herhangi bir risk yaşanmayacaktır.

Araştırma süresince 24 saat Ulaşılabilecek Kişi Adı/ Soyadı / Telefonu: Mercan ÜNSAL, ...telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Hemşirenize verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret talep edilmeyecektir. Online gerçekleştirilecek olan araştırma için kameranızı açmak veya isminizi açıklamak zorunda değilsiniz.

EK-7.Tematik Analiz Hemşire Gönüllü Olur Formu-devam

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Hemşire Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllü Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih

Açıklamayı Yapan Kişinin Adı/ Soyadı / İmzası/ Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı /Soyadı / İmzası/ Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı/ Soyadı /İmzası /Tarih

Ek-8. Bilgilendirilmiş Hasta Gönüllü Olur Formu

EV HEMODİYALİZ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE TÜRK TOPLUMUNDA PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: EV HEMODİYALİZİNE UYUMDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Araştırmanın Amacı: Evde Hemodiyaliz uygulayan hastaların diyaliz sorunlarına yönelik tedavi uyumlarını incelemek amacıyla ölçek geliştirmek için planlanmıştır. Bu çalışma ile evde diyaliz uygulayan hastaların tedaviye uyumunu etkileyen davranışlarını ölçmek için destek olacaktır. Nitel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışmayı kabul ettiğinizde ev hemodiyalizi uygulamasına yönelik sizlere Ev Hemodiyalizinde Uyumda Sağlık İnanç Ölçeği soruları yöneltilenilecektir. Görüşmedeki sorulara verdiğiniz cevaplar üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Ancak ilgili etik kurul istediğinde paylaşılabilir. Bu görüşmemizin süresi yaklaşık 30 dakikayı geçmeyecek olup yorulduğunuz anda başka bir günde görüşme yapılabilecektir. Çalışmaya katılmak için evde hemodiyaliz uyguluyor olmanız, 18 yaş üstünde olmanız, evde HD tedavisi uygulaması, zihinsel, işitsel ve görsel engeli olmama, en az üç aydır ev HD tedavisi alıyor olma ve araştırmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

Bu araştırma protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek Riskler: Pandemi süreci sebebi ile verilerin toplanmasında online görüşme yapılacak ve görüşmeler kayıt altına alınacaktır. Bu sebeple herhangi bir risk yaşanmayacaktır.

Araştırma süresince 24 saat Ulaşılabilecek Kişi Adı/ Soyadı / Telefonu: Mercan ÜNSAL, ... telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Hemşirenize verdiğiniz bilgiler kadar

EK-8. Bilgilendirilmiş Hasta Gönüllü Olur Formu-devam

klirik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütölmesini garantilemek üzere araştırmaya amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret talep edilmeyecektir. Online gerçekleştirilecek olan araştırma için kameranızı açmak veya isminizi açıklamak zorunda değilsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Hasta Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilereğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileereğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyör, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllölük içerisinde kabul ediyörüm.

Gönüllölünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiliorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiliorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Mercan ÜNSAL

Öğrenim durumu: Lisans mezunu

Görev yeri: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yabancı dil: İngilizce

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece: Lisans

Bölüm: Hemşirelik

Üniversite: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yıl: 2016-2020

Y. Lisans: Amasya Üniversitesi 2020-2024

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Görev Unvanı: Hemşire

Görev Yeri: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yıl: 2020-Halen devam ediyor

D. BİLİMSEL FAALİYETLER

a) Yayınlar

b) Bildiriler

- Ünsal M, Topbaş E. (2023). Ev Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumunun Belirlenmesinde Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Tematik Analizi: Nitel Çalışma, 4th International Acharaka Congress On Medicine, Nursing, And Health Sciences, 15-18 July 2023. Online, Türkiye. (Sözlü Bildiri)
- Dişsiz M., Akkurt Yalçıntürk A., Sümer G., Tavşan C., Dede S., Durmuş Ş., Ayaz K., Fulin G. & Ünsal M. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 51 (2), 78-83.