

Y.BOZAT

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMODİYALİZ HASTALARININ DEPRESYON,
ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİ, KRONİK HASTALIK
ÖZ YÖNETİMİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

YAKUP BOZAT

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN
2024

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

**HEMODİYALİZ HASTALARININ DEPRESYON,
ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİ, KRONİK HASTALIK
ÖZ YÖNETİMİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

YAKUP BOZAT

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YELİZ MERCAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2024**

ETİK BEYAN

Kırklareli 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.

Yakup BOZAT

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Yakup BOZAT tarafından Doç.Dr.Yeliz MERCAN'ın danışmanlığında hazırlanan “Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri, Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 10/06/2024 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Ülken Tunga BABAOĞLU

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri (Danışman)

Doç. Dr. Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL

Kırklareli Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İTHAF

Bütün tez sürecimde yanımda olan eşim Büşra Bozat'a ve tezimle birlikte hediye gelen biricik kızıma...



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bana her zaman sabır, hoşgörü ve nezaketle davranan, çıktığım bu yolda örnek alacağım tez danışmanın Sayın Doç. Dr. Yeliz MERCAN'a,

Tez sürecince her zaman yanımda olan, beni her zaman destekleyen ve bu zorlu süreci kolaylaştıran değerli eşim Büşra Bozat'a, hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma sürecinde de yanımda olan aileme, bana desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli iş arkadaşlarıma ve anket çalışmamda katılım sağlayan tüm hastalarımıza sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yakup BOZAT

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	İİ
TEZ ONAYI.....	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET.....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	3
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi	5
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Yaklaşımları	6
2.2. Hemodiyaliz	7
2.2.1. Hemodiyalizin Endikasyonları.....	7
2.2.2. Hemodiyalizin Epidemiyolojisi.....	8
2.2.3. Hemodiyaliz Hastalarının Sıklıkla Karşılaştığı Sorunlar	10
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Halk Sağlığı Boyutu	11
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi.....	12
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Kronik Hastalık Öz Yönetimi İlişkisi.....	13
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.3. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri	16
3.4. Veri Toplama Yöntemi	16
3.5. Veri Toplama Araçları	17
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	17

3.5.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği.....	17
3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği.....	18
3.5.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu	18
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	19
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	19
3.6.2.1. Sosyodemografik Özellikler.....	19
3.6.2.2. Sosyoekonomik Özellikler	19
3.6.2.3. Bazı Yaşam Biçimi İle İlgili Özellikler.....	19
3.6.2.4. Hastalık Durumu İle İlgili Özellikler	20
3.6.2.5. Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri.....	20
3.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	21
3.8. Verilerin Analizi.....	21
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	22
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.11. Araştırma Takvimi	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1. Sonuçlar.....	75
6.2. Öneriler.....	77
KAYNAKLAR	78
EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ	97

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.2. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 4.3. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 4.4. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 4.5. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puan ortalamalarının dağılımı	29
Tablo 4.6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	30
Tablo 4.7. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	32
Tablo 4.8. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	33
Tablo 4.9. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	34
Tablo 4.10. Katılımcıların Özellikleri İle Anksiyete, Depresyon, Stres Düzeylerinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	37
Tablo 4.11. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	39
Tablo 4.12. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	40
Tablo 4.13. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	41
Tablo 4.14. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması	42
Tablo 4.15. Katılımcıların Özellikleri İle Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	45

Tablo 4.16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması	47
Tablo 4.17. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması	49
Tablo 4.18. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması	50
Tablo 4.19. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması	51
Tablo 4.20. Katılımcıların Özellikleri İle Yaşam Kalitesinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	54
Tablo 4.21. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin Kronik Hastalık Öz Yönetimi ile İlişkisi	55
Tablo 4.22. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ile Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	56
Tablo 4.23. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres, Kronik Hastalık Öz Yönetimi Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi	57
Tablo 4.24. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres, Kronik Hastalık Öz Yönetimi Düzeyleri ile Yaşam Kalitesinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	58

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BRT	: Böbrek Replasman Tedavisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
LUSS	: Leicester Üremik Semptom Skalası
PD	: Periton Diyalizi
PRIME- MD	: Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri, Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin kronik hastalık öz yönetimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Şubat-Ekim 2023 tarihleri arasında Karaman’da 18 yaş ve üzeri araştırmaya katılmaya gönüllü 112 hemodiyaliz hastası ile yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21), Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (KHÖYÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (QoL SF-12) yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. Yaş ortalaması $59,39 \pm 14,86$ (Min: 19, Maks: 83) olan katılımcıların %63,4’ü erkektir. Oluşturulan çok değişkenli linner regresyon analizlerine göre; KHÖYÖ alt boyutlarından Sağlık Bakım Etkinliği (B: 0,280, $p=0,001$) ve Tedavi Uyumu (B: 0,217, $p=0,016$) düzeyleri arttıkça; DASS-21 alt boyutlarından Depresyon (B: -0,267, $p=0,032$) ve Anksiyete düzeyi azaldıkça (B: -0,540, $p=0,000$), QoL SF-12 alt boyutlarından Fiziksel Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Stres, Kendini Damgalama ve Damgalamayla Baş Etme düzeyleri ile Fiziksel Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlememiştir ($p>0,05$). Sağlık Bakım Etkinliği (B: 0,226, $p=0,015$) düzeyi arttıkça ve Anksiyete düzeyi azaldıkça (B: -0,424, $p=0,000$) Mental Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Depresyon, Stres, Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme ve Tedavi Uyum düzeyleri ile Mental Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlememiştir ($p>0,05$). Sonuç olarak depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik durumlar hemodiyaliz hastalarının kronik hastalık öz yönetimi becerilerini zayıflatabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Zayıf kronik hastalık öz yönetimi becerileri de yaşam kalitesindeki azalmayı daha da derinleştirebilir. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal durumlarının periyodik olarak değerlendirilmesi ve uygun müdahalelerin planlanması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Yaşam kalitesi, Kronik hastalık öz yönetimi, Depresyon, Anksiyete, Stres, Hemodiyaliz.

ABSTRACT

The Relationship between Depression, Anxiety, Stress Levels, Chronic Disease Self-Management, and Quality of Life of Hemodialysis Patients

The present study aimed to investigate the relationship between depression, anxiety and stress levels of hemodialysis patients and chronic disease self-management and quality of life. This descriptive and cross-sectional study was conducted in Karaman between February and October 2023 with a total of 112 hemodialysis patients who were aged 18 and over who volunteered to participate in the study. The data of the study were collected face to face with the help of Personal Data Form, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Chronic Disease Self-Management Scale (CDSMS), and Quality of Life Scale-Short Form (QoL SF-12). A total of 63.4% of the participants were male and had an average age of 59.39 ± 14.86 (Min: 19, Max: 83). According to the Multivariate Linear Regression Analysis, among the sub-dimensions of the CDSMS, as Healthcare Effectiveness (B: 0.280, $p=0.001$) and Treatment Compliance (B: 0.217, $p=0.016$) levels increased, and among the sub-dimensions of the QoL, as Depression (B: -0.267, $p=0.032$) and Anxiety levels decreased (B: -0.540, $p=0.000$), Physical Component levels increased. No statistically significant relationships were detected between Stress, Self-Stigmatization and Coping with Stigmatization levels and Physical Component scores ($p>0.05$). Mental Component levels increased as the Health Care Effectiveness (B: 0.226, $p=0.015$) levels increased and Anxiety levels decreased (B: -0.424, $p=0.000$). No statistically significant relationships were detected between Depression, Stress, Self-Stigmatization, Coping with Stigmatization, and Treatment Compliance levels and Mental Component scores ($p>0.05$). In conclusion, psychological conditions such as depression, anxiety and stress can weaken the chronic disease self-management skills of hemodialysis patients and reduce their quality of life. Poor chronic disease self-management skills can deepen the decline in quality of life. It is of great importance to evaluate the psychosocial status of hemodialysis patients periodically and plan appropriate interventions.

Keywords: Quality of life, Chronic disease self-management, Depression, Anxiety, Stress, Hemodialysis.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi, yüksek tedavi maliyeti ve kötü prognostik seyri nedeniyle dünya genelinde ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Biçer vd., 2013; Kara, 2012). KBY, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz bir şekilde kaybedilmesi durumudur (Chen vd., 2019). KBY'nin prevalansı ve insidansı her geçen gün hızla artmaktadır (Jager vd., 2019). Türkiye'de KBH'nın prevalansın yüksek seyrettiği rapor edilmiştir (SB, 2018).

Toplumun önemli sağlık sorunları arasında yer alan bu hastalık sık görülmesi, işten kalmalara neden olması ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Küçük, 2005; Cockwell ve Fisher, 2020). Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve yaşam standardının olabilecek en üst düzeyde sürdürülmesi amacıyla hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon yöntemleri kullanılmaktadır (Vadakedath & Kandi, 2017; Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018).

Hemodiyaliz hastalarının sıklıkla deneyimlediği sorunlar arasında diyetle uyum sorunları, sıvı kısıtlaması, fiziksel sağlık değişiklikleri, kormorbidite, bakım yükü artışı, engellilik, damgalanma, tedaviye uyum sorunları, ruhsal sorunlar yer almaktadır (Karadeniz vd., 2005).

Genel toplumda da yüksek bildirilen depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri KBY hastaları arasında da yüksek seyretmektedir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021a). Yürütülen çalışmalarda depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça, özbakım ve öz yeterlilik azaldıkça yaşam kalitesi fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Alshelleh vd., 2023; Nguyen vd., 2022).

Hemodiyaliz hastalarının kronik hastalık öz yönetimini gerçekleştirmesi bakımda önemli bir rol oynamaktadır ve yaşam kalitesinin artırılması da sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (Doğan vd., 2022a). Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı sorunlar ile birlikte hastaların kronik hastalık öz yönetimi becerileri zayıflayabilmekte ve genel sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve

sağlık sistemleri üzerindeki yükünü artırmaktadır (Doğan vd., 2022a; Shlipak vd., 2021). Hastalık ile birlikte yaşanan sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar hemodiyaliz hastalarında psikososyal sorunları da beraberinde getirmekte ve hastalığın yönetimini güçleştirmektedir (Doğan vd., 2022a; Yürügen, 2001; Ak vd., 2015; Shlipak vd., 2021). Bütün bu gerekçelerden yola çıkarak bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini, kronik hastalık öz yönetimi düzeylerini ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek, bunları etkileyen faktörleri saptamak ve hemodiyaliz hastalarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin kronik hastalık öz yönetimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrekler tüm vücut homeostazında en önemli rolü üstlenmiş sistemin ayrılmaz parçasıdır. Böbreklerin vücuttaki en önemli görevi hücre dışı su ve elektrolitleri düzenlemektir. Ayrıca protein metabolizmasından ve iskelet kasından salınmakta olan kreatinden azotlu ürünleri uzaklaştırmaktadır. Kronik böbrek hastalığı (KBH) ise böbrek yapısında metabolik-endokrin fonksiyonlarında zamanla yavaş ve istikrarlı bir kayıpla ortaya çıkan böbreğin işlevlerini yerine getirememesi durumudur. Bu hastalıkta artan kardiyovasküler sorunlar, komplikasyonlar ve ölüm önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır (Johnson vd., 2004).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbreğin işlevlerinin ve glomerül filtrasyon hızının azaldığı, biriken üremik toksinlerin tüm vücudun sistemini etkilediği klinik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Süzen, 2018). Başka bir tanımlamaya göre KBY böbreğin yapısında ve işlevlerinde üç aydan daha fazla süren anormalliklerin ortaya çıkması nefronların çeşitli sebeplere bağlı olarak ilerleyici ve düzelmesi mümkün olmayan harabetiyle sonuçlanan klinik bir vakadır (İlçin vd., 2005: 13-14).

KBY ilerleyici bir seyir izlemesi nedeni ile olumsuz klinik bir tablo oluşmaktadır. Sağlıklı bir birey ile KBY yaşayan bir bireyin su atımı birbirinden farklılık göstermektedir. Sağlıklı bireyler gün içerisinde tüketilen sıvıları vücuttan atması normal bir seyrinde gerçekleşirken, KBY hastalarında hipervolemi gerçekleşmektedir. Aynı şekilde sağlıklı bir bireye göre KBY hastalarının beslenmelerinde de farklılıklar görülmektedir. Bu hastalığa sahip bireylerin beslenme ile gelen tuz kayıpları hipoanetremiye neden olabilmektedir (Scales vd., 2016).

Ulusal Böbrek Vakfı (*National Kidney Foundation- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative- NKF-KDOQI*) tarafından KBY; böbrekte üç aydan daha fazla süren yapısal veya fonksiyonel anormallikler olması, böbrek hasarı olsun yada olmasın Glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 3 aydan daha uzun süre ve 60 ml/dk/1.73 m²’ den daha düşük olması olarak tanımlanmıştır (NKF, 2002). 2012 yılında yayınlanan rapora göre ise KBY tanımında bazı değişiklikler gerçekleşmiştir.

KBY üç aydan daha uzun süredir GFH'nin 60 ml/dk/1.73 m²'nin altına düşmesi ya da ürin sedimantasyon anormallikleri, tübül bozuklukları ve elektrolit bozukluklarına ilişkin anormallikler, anormal böbrek yapısı, albuminüri, anormal böbrek histolojisi ve böbrek transplantasyon geçmişinden en az birinin olması KBY'yi tanımlamaktadır (KDOQI, 2013: 1-5). NKF-KDOQI'nın 2023 raporuna göre ise KBY tüm bunlara ek olarak fibroz ve atrofi gibi böbrek patolojik bulgular, böbrek boyutunda azalma ve kortikalde azalma gibi bulgular, bu hastalığa neden olduğu ya da katkıda bulunduğu düşünülen belirtiler gibi nedenler dahil edilmiştir (KDOQI, 2023: 28).

KBH hastalık şiddetine göre beş evrede tanımlanmaktadır. Bunlar: Evre-I normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı (GFH $\geq$ 90 ml/dk/1.73 m²); Evre-II hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı (GFH 60-89 ml/dk/1.73 m²); Evre-III orta derecede böbrek yetmezliği (GFH 30-59 ml/dk/1.73 m²); Evre-IV şiddetli böbrek yetmezliği (GFH 15-29ml/dk/1.73 m²); Evre-V son dönem böbrek yetmezliği (GFH <15 ml/dk/1.73 m²) (SB, 2018: 7).

KBY dünyada ve Türkiye'de yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalığın ilk ve orta evreleri genellikle klinik ve biyokimyasal bulgularla ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de hastalığın yaygınlığını belirlemek amacı ile toplum temelli belirlenen çalışmalar yürütülmekte ve uluslararası kayıt sisteminde kayıt altına alınmaktadır. Bu işlemi yapmak için kamu görevini üstlenen kurum ise Türk Nefroloji Derneği (TND)'dir. TND, böbrek hastalığı ve tedavi verilerini toplayarak Avrupa Böbrek Birliği, Avrupa Diyaliz ve Nakil Birliği, ABD Böbrek Veri Sistemi ve Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi ile düzenli olarak paylaşmakta, verilen bilgiler bu sistemlerin raporlarına dahil edilmektedir (SB, 2014: 5-7).

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBH) dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bugün dünya erişkin nüfusunun %10'unda böbrek yetmezliği bulunduğu tahmin edilmektedir (Bıçakçı ve Sezer 2020). Kısmen obezite ve diyabet gibi risk artışındaki artışa bağlı olarak KBH'dan etkilenen kişilerin sayısı da artmaktadır. 2017 yılında dünyada 843,6 milyon kişide gözlenen KBH, günümüzde dünyada 600 milyondan fazla insanı

etkilemektedir (Jager vd., 2019). KBY giderek küreselleşen dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Garcia ve Jha, 2015).

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Raporuna göre Türkiye’de TND tarafından 23 ilde gerçekleştirilen CREDIT çalışmasında genel erişkin popülasyonda KBH prevalansı %15,7, GFH düşük (<60 ml/dk) hasta oranı %5,1 olarak bildirilmiştir. Bu oranlara göre KBH’nın ülkemizde yaklaşık 9 milyon erişkini etkilediği ve bunlardan 3 milyonunun 60 ml/dk’nın altında GFH’na (evre 3-5) sahip olduğu tahmin edilmektedir. Yetişkinlerde böbrek hasarının göstergesi olan mikroalbuminüri oranı %10,2, makroalbuminüri oranı ise %2 bulunmuştur. Kadınlarda KBH prevalansının (%18,4) erkeklerden (%12,8) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu rapor edilen bu çalışmada, yaş ile birlikte KBH sıklığının giderek arttığı rapor edilmiştir. 40 yaş altında %10’dan düşük olan prevalansın 80 yaş üzerinde %50’nin üzerine çıktığı saptanmıştır. KBH prevalansının Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde en yüksek, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde ise en düşük olduğu, kırsal bölgede yaşayanlarda ve hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (SB, 2018).

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

KBY böbrek hastalığının son evresidir. Hastalığın kökenleri çeşitlidir. Birçok vakada hastalık hipertansiyon ve diyabet ile yakından ilişkilidir. Primer böbrek hastalığından kaynaklanan KBY nadir bir durumdur. KBY’nin nedenleri arasında hipertansiyon, diyabet, glomerulonefrit, taş, polikistik böbrek hastalığı, enfeksiyonlar, piyelonefrit, konjenital nedenler, amiloidoz ve bilinmeyen nedenler yer almaktadır (Tokgöz, 2005). KBY gelişimi ve süreçleri ülkelere, coğrafyalara göre değişiklik gösterse de hastaların öncül olarak belirlenen nedenleri içerisinde hipertansiyon, glomerulonefrit ve diyabet yer almaktadır. Irk, yaş, cinsiyet de etki eden diğer sebeplerdendir. Bunun yanında hastalık diğer sağlık sorunları ile yakından bağlantılıdır (Seyahi vd., 2015).

KBY’nde sıvı-elektrolit dengesinin sağlanamaması, endokrin ve metabolik fonksiyonların yerine getirelememesi vücudun diğer sistemlerinde de hasara neden olduğu için bir çok klinik sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sonuçlar

arasında sıvı- elektrolit bozuklukları, sinir, kardiyovasküler, metabolik-endokrin, gastrointestinal sistem ile ilgili semptom veya hastalıklar, kemik, hematoloji-immünoloji, cilt hastalıkları ve psikolojik sorunlar bildirilmektedir (Tokgöz, 2005; Çetinkaya vd., 2008).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Yaklaşımları

KBY bulunan ve tespiti gerçekleştirilen hastada tedavi hemen başlanmalıdır. Hastalığın ortaya çıkarmış olduğu böbrek kayıplarının telafisi mümkün değildir. Ancak hastalığa bağlı komplikasyonları azaltmaya ve böbrek yetmezliğinin ilerlemesini yavaşlatmaya yönelik tedaviler uygulanabilir. KBY’de tedavi yaklaşımları beslenme ve tıbbi tedavi, hemodiyaliz, periton diyalizi ya da böbrek naklidir (Çetinkaya vd., 2008).

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) aşamasına henüz gelmemiş KBY’i hastalarının koruyucu tedavi uygulanarak hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması ya da durdurulması hedeflenmektedir. Komplikasyonlar belirlendikten sonra diyet ve ilaç tedavisine başlanılıp istenilen hedefe ulaşmak amaçlanmaktadır. Ancak böbrekler tümüyle işlevlerini yerine getiremez duruma geldiğinde yani koruyucu tedavi olarak adlandırılan ilaç ve beslenme tedavi yöntemiyle bulguların kontrol edilemediği safhada hemodiyaliz, periton diyaliz ve böbrek nakli devreye girmektedir. Hangi tedavinin hayata geçirileceği konusunda çok fazla belirsizlik bulunmakla birlikte hayatın devamlılığı için bu tedavilerin uygulanması da gerekliliktir. Bu tedavilerde amaçlanan ise hayatın devamlılığı ve hastanın hayat kalitesinin artırılmasıdır (Ersoy, 2005).

KBY hastaları için önerilen en iyi tedavi yöntemi böbrek nakli işlemidir. Ancak uygun donörün bulunması için belirli bir zamana ihtiyaç vardır (Ersoy, 2005). Bu süre içerisinde böbrek hastalığı olan hastalarda böbreğin fonksiyonlarını yerine getirmek için kullanılan yöntem diyalizdir. Diyaliz vücut sıvısını dengede tutmayı, kanı temizlemeyi ve elektrolit dengesini sağlamaktadır. Hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır (Başer, 2018).

KBY hastalarının tedavinin hangi aşamasında diyaliz tedavisine başlanacağı labaratuvar verilerinin yanı sıra klinik bulguların ışığında karar verilmektedir (SB, 2014: 9). Günümüzde KBY için en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemi hemodiyalizdir (Şanlıtürk vd., 2018).

2.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz difüzyon yöntemi ile gerçekleştirilen kan temizleme yöntemidir. Kanda biriken atıkların makine yardımı ile yarı geçirgen zardan geçirilerek diyalizat ile karşılaştırılması sağlanıp diyaliz makinası aracılığı ile tekrar dolaşıma verilme işlemidir. Yarı geçirgen zar olarak adlandırılan zar suyun geçişine izin verir ancak kanın şekilli elamanları ve protein (üre, kreatinin ve potasyum) gibi büyük moleküllerin geçişine izin vermez. Yani hemodiyaliz kandaki atıkları ve fazla suyu uzaklaştırma işlemidir (Ersoy, 2005). Bu işlemde fazladan birikmiş suyun çekilmesi ile tansiyon yüksekliği de tedavi edilmektedir. Diyaliz seansları haftada 2 yada daha fazla gün olarak ve her hemodiyaliz yaklaşık 4 saat sürecek şekilde gerçekleşmektedir. Diyaliz seansında kan sayısız kez diyaliz makinasından geçmekte ve her geçişinde fazla sıvı ve atıklar kandan temizlenmektedir. Normal damarlar ile hemodiyaliz işlemi yapılamamaktadır. Bu nedenle hemodiyaliz işlemi için kanın alınabileceği uygun bir damar yolu (fistül, greft veya katater) bulunmak zorundadır (Rizqallah, 2006: 22-23).

2.2.1. Hemodiyalizin Endikasyonları

Hemodiyaliz hastalarında tedaviye başlamak için kullanılan en objektif parametre glomerüler filtrasyon değeridir. Erken diyalize başlamanın yaşam kalitesini arttırdığı, morbiditeyi azalttığı yönünde kanıtların olmasının yanında bazı çalışmalarda da farklı bulgular elde edilmiş; bu nedenle diyaliz hastalarının tedavisine başlamaya karar vermeden önce laboratuvar değerlerinin yanında klinik tablosu ve böbrek fonksiyonları kişiye özel olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. KBY hastalarında diyalize endikasyonu gerektiren durumlar aşağıda belirtilmiştir (Rizqallah, 2006: 24):

- Sıvı yüklenmesi

- Yaşam kalitesinde düşme
- Tedaviye dirençli hiponatremi
- Metabolik asidoz (tedaviye rezistans)
- Refrakter hiperkalemi (tedaviye rezistans, > 6,6 mEq/l)
- SDBY bulguları yani; GFR<10 ml/dk olması
- Kreatin klirensi <10 ml/dk
- Diabetiklerde Kreatin klirensi <15 ml/dk
- Kreatin düzeyinin 12 mg/dl üzerinde olması
- Tedaviye rağmen semptomatik üremi
- Intoksikasyonlar ve yüksek doz ilaç alımı

Diyaliz tedavisinin kesin bir kontrendikasyonu yoktur. Bazı hastalıkları eşliğinde ortaya çıkan kontrendikasyon vardır. Bunlar Alzheimer, ilerlemiş kanser, hepatorenal sendrom, multi-infarkt demans ve sirozdur. Bu hastalıkların ortak noktası kronik olması ve tedavisinin olmamasıdır (Erek vd., 1997: 72).

2.2.2. Hemodiyalizin Epidemiyolojisi

Tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan renal replasman yöntemi hemodiyalizdir. 2019 yılı itibari ile dünyada yaklaşık olarak 3 milyon SDBH bulunmakta; bunun 2 milyonu hemodiyaliz ile hayatta kalmaktadır. Türkiye’de yaklaşık 80 bin SDBH bulunmaktadır ve bunun 61.341’i hemodiyaliz hastasıdır. Türkiye’de renal replasman tedavisi gören hastaların yaklaşık %77’si hemodiyaliz tedavisini tercih etmektedir. Türkiye neredeyse tüm SDBY olan hastalara renal replasman tedavisi sunabilen ülkelerden biridir. Dünyadaki hemodiyaliz hastalarının %90’ından fazlası hemodiyaliz merkezlerinde haftada 3 kez, 4 saatlik seanslar şeklinde diyalize girmektedir (Ok, 2019: 383).

Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (SB ve TND) Ortak Raporunda Türkiye’de 2022 yılında böbrek replasman tedavisi (BRT) gerektiren SDBH insidansı milyon nüfus başına (mnb) 160,9 olarak rapor edilmiştir. BRT gerektiren

SDBH'nın yıllık insidansı hemodiyaliz için 121,2 mnb, periton diyalizi için 16 mnb ve transplantasyon için 23,7 mnb olarak saptanmıştır. SDBH'nın yıllık insidansı erkeklerde (190,6 mnb) kadınlardan (131,2 mnb) yüksek bildirilmiştir. Hemodiyaliz ve transplantasyonla tedavi edilen SDBH insidansı erkeklerde kadınlardan belirgin olarak daha yüksek olduğu; ancak periton diyalizi ile tedavi edilen SDBH insidansı ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Hemodiyaliz ile tedavi edilen SDBH insidansı yaş ile birlikte giderek arttığı rapor edilmiş; bu artışın periton diyalizi için daha düşük olduğu bildirilmiştir. Transplantasyonun yıllık insidansının 42,5 mnb olduğu ve transplantasyonla tedavi edilen SDBH insidansının genç ve orta yaş gruplarında en yüksek düzeyde gözlemlendiği rapor edilmiştir. Çalışmanın devamında 2022 yılı sonu itibariyle Türkiye'de BRT gerektiren SDBH'nın nokta prevalansı 1016,2 mnb olarak bulunmuş, bir önceki yıla göre arttığı bildirilmiştir. Prevalans, erkeklerde (1142,5 mnb) kadınlardan (889,6 mnb) yüksek bulunmuş olup, yaş ilerledikçe arttığı gözlemlenmiştir. BRT gerektiren SDBH'nın prevalansı merkezlerde hemodiyaliz için 709 mnb, ev hemodiyaliz için 14,7 mnb, periton diyalizi için 41,7 mnb ve transplantasyon için 250,8 mnb olarak saptanmıştır. Periton diyalizi ile tedavi edilen SDBH prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Diğer BRT yöntemlerinde ise erkeklerdeki prevalans kadınlardan belirgin olarak daha fazla saptanmıştır (SB ve TND, 2022).

Mesbahi vd. (2021) çalışmasında hemodiyalize başlama sırasında son evre böbrek hastalığı (SEBH) olan hastaların epidemiyolojisi ve ilk yıl içindeki mortalite risklerini incelemiş, hemodiyaliz tedavisine başlanan hastaların sayısının her yıl arttığını ve özellikle ilk yıl içinde yüksek mortalite riskinin bulunduğunu ortaya koymuştur (Mesbahi vd., 2021).

Hemodiyaliz ile ilgili dünyadaki bir diğer gelişme ise hastalıkta tedaviye erişim ve uygulama kalıplarının adil olmamasıdır. Bununla ilgili Htay vd. (2021)'nin 160 ülkede gerçekleştirdiği çalışmalarında dünya genelinde hemodiyaliz tedavisine erişimde ciddi eşitsizlikler olduğunu ve dünyanın bazı bölgelerinde bu tedaviye ulaşmanın zor olduğunu ve hatta bazı bölgelerde ise imkansız olduğunu ortaya koymuşlardır (Htay vd., 2021). Bu durumu destekler şekilde Tunus'da yapılan bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören diyabet hastalarının hayatta kalma oranlarının

gelişmiş ülkelere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak ölüm oranlarının yükseldiği, hemodiyaliz kullanan diyabetik hastaların hayatta kalma oranlarının düşük olması nedeniyle de diyabetik KBH hastalığının önlenmesi, erken tespiti ve tedavisi için ileri teknolojilerin kullanılması gerektiği bildirilmiştir (Jebali vd. 2018).

2.2.3. Hemodiyaliz Hastalarının Sıklıkla Karşılaştığı Sorunlar

Homodiyaliz hastaların yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi sürecidir. Ancak bu süreç hastanın sadece fiziksel sağlığını değil psikolojik sağlığını da olumsuz yönde etkileyen bir süreçtir. Fiziksel aktivitenin azalması, çalışma kapasitesinin azalması, aile içerisinde oluşan sorunlar, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, cinsel sorunlar bunlar arasında sıralanabilmektedir. Ek olarak, kuruma ve makinaya bağlı olarak yaşamı ikame ettirmek zorunda kalmak hastanın birtakım alışkanlıklarını terketmesine neden olmakta; hasta mental olarak yorgun düşmektedir. Bu durum tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarının sıklıkla yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorunlar şunlardır (Karadeniz vd., 2005):

- Diyetle uyum, sıvı ve gıda alınımında kısıtlama getiren diyetle uyum
- Fiziksel durumda meydana gelen değişimler, bazı yaşam biçimi alışkanlıkları (sigara, alkol fiziksel aktivite vb.)
- Fiziksel sorunlara bağlı olarak iş ve sosyal hayatta verimin düşmesi,
- Eşlik eden hastalıklar/Kormorbidite
- Ekonomik yük ve bakım yükü
- Tedaviye uyum süreci
- Bakım gereksinimi ve ve bunun ortaya çıkardığı psikolojik baskı,
- Kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme süreci,
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması, iletişim sorunları,
- Engellilik, damgalanma,

- Depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal sorunların ortaya çıkması.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ağır fiziksel ve psikolojik sorunlarla yaşamak zorunda kalmaktadır. Ayrıca kronik bu hastalığın ortaya çıkardığı sorunlar hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalığın en temel gerçeği makinaya bağlı yaşamak zorunda kalınmasıdır. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük yaşanmaktadır (Küçük, 2005).

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Halk Sağlığı Boyutu

Kronik hastalıklar sık görüldüğü, yeti kaybına, iş kaybına neden olduğu ve sık öldürdüğü için halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Görülme sıklığının giderek artması ve yaşam kalitesinin ciddi bir şekilde etkilenmesi nedeni ile sağlık bakanlığı tarafından toplum sağlığı açısından öncelikli hedeflere alınmış ve Türk Nefroloji Derneğinin katkılarıyla “*Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı*” başlatılmıştır (Küçük, 2005).

KBY teşhisi koyulan hastalar sağlıklı bireyden kronik bir hastalığa geçiş evresi yaşamaktadırlar. Bu evre birey yeni yaşamına alışma süreci geçirerek yaşam tarzını değiştirmektedir (Sarı, 2016).

KBH prevalansı veya insidansı birçok çalışmada yüksek olarak rapor edilmiştir. Liyanage vd. (2022)’nin Asya’da yaptığı sistematik incelemede KBY’nin bölgede yaygın olduğunu ve diyabet ve hipertansiyon gibi temel risk faktörlerinin hastalığın yaygınlaşmasında büyük rol oynadığını göstermiştir (Liyanage vd., 2022). Aynı zamanda, KBY’nin yüksek morbidite ve mortalite oranlarına yol açtığı özellikle kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı belirtilmiştir (Cockwell ve Fisher, 2020).

Sessiz seyreden hastalıktan korunmak, erken teşhis, ilerlemenin önlenmesi için uygulanması gereken sürdürülebilir önlemler alınması gerekmektedir. KBY’nin erken tanı ve müdahalesinin halk sağlığı üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir. KBY’nin erken evrelerinde tanınmasının ve tedavi edilmesinin hastalığın ilerlemesini yavaşlatabileceğini ve sağlık sistemleri üzerindeki yükünü azaltabileceği belirtilmektedir (Shlipak vd., 2021). Sağlıklı beslenme, vücut ağırlığının korunması, tuz kullanımının en aza indirilmesi, yeterli sıvı tüketimi, sigara ve alkol

kullanılmaması, ağrı kesici ilaçlar kullanılmaması, kan şekeri ve kan basıncının düzenli olarak ölçülmesi hastalık yönetiminde önemli faktörler arasında bildirilmiştir (Nelson vd., 2019).

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi

Depresyon sürekli üzüntü ve ilgi kaybı ile karakterize edilirken, anksiyete sürekli endişe ve korku durumu olarak, stres ise bireyin başa çıkma kapasitesini aşan durumlarla karşılaştığında ortaya çıkan psikolojik bir tepki olarak tanımlanır. Bu üç durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021a). Yapılan çalışmalarda depresyon, anksiyete ve stres sıklığı yaklaşık %23-%60 oranlarında bulunmuştur (Üstün vd., 2015; Barutçu Ataş vd., 2017; Tunç ve Yapıcı, 2019; Demiroğlu ve Bülbül, 2021b; Iqbal, 2015).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar fiziksel semptomlar yaşadıkları gibi ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlarla da karşılaşabilmektedirler. Bu sorunlarından en önemlileri psikolojik olanlardır. Çünkü psikolojik sorunlar günlük yaşamda derin değişikliklere yol açabilmekte, depresyon ve anksiyeteye neden olmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çoklu duygusal ve psikolojik bozukluklardan etkilenebilmektedirler (Kavala ve Şahin Tokathoğlu, 2023). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yürütülen bir çalışmada hastaların 2/3'ünde depresyon, yaklaşık 9/10'unda anksiyete ve yaklaşık 1/3'ünde stres belirlenmiştir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021c). Bu hastalığa sahip kişilerde hastalığın getirdiği sosyal (arkadaş ve aileyle olan ilişkiler), ekonomik (maddi zorluklar, tedavi maliyetleri, işten ayrılma vb.) ve psikolojik (ruhsal çöküntü, depresyon, kaygı) sorunlar ağır bir şekilde yaşanmaktadır (Yürüngen, 2001; Ak vd., 2015). Bu sorunlar beraberinde uyku sorunları, ağrı, diyet kısıtlamaları, metabolik değişiklikler, dispne, yorgunluk, kramp, emosyonel sorunlar, performans yeteneğinde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, enerji seviyesinin düşmesi gibi durumlara yol açabilmektedir (Sert vd., 2015; Hintistan, 2018).

Hemodiyalize giren hastalarda anksiyete ve depresyonun farmakolojik tedavi, bilişsel-davranışçı terapi, gevşeme yöntemleri ve egzersiz eğitim programları ile

azaltılabileceği bildirilmiştir. Ek olarak, aile ve sosyal çevrenin sağladığı sosyal destek sistemleri de katkı sunan diğer öğelerdir (Gerogianni vd., 2019).

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Kronik Hastalık Öz Yönetimi İlişkisi

Öz yönetim hastaların kronik durumlarıyla mümkün olan en iyi yaşam kalitesine ulaşmayı desteklemektedir. Öz yönetimi öğrenen hastalar problemleri çözmeyi başardıklarında öz-yeterlikleri artar (Bodenheimer vd., 2002; Perez-Benzo vd., 2020). Öz yönetim eğitimi programları ile hastaların semptomlarını yönetme, uyku alışkanlıklarını iyileştirme, stresi azaltma ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme için gerekli becerileri kazanması sağlanabilir (CDC, 2020). Kronik hastalığı olan hastaların reçeteli ilaç yönetimi, uygun bir diyet planının takibi ve egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarının kendi kendine yönetimi için teşvik etmenin ve desteklemenin, hastalık semptomlarını azaltmada ve sağlık ve refahı iyileştirmede yararlı olduğu bildirilmiştir (Lederle ve Blitzer, 2019). Ayrıca sağlık okuryazarlığı ve hastanın iradesini artırmak halk sağlığı stratejisi açısından önem oluşturmaktadır (Ko vd., 2018; López-López vd., 2021). Bu hastalıkların sağlık hizmetleri sistemleri üzerinde de önemli bir etkisi vardır. Çünkü hastalar sağlık hizmeti kaynaklarının sık kullanıcılarıdır ve durumlarını bir ömür boyu yönetmek için genellikle karmaşık müdahaleler ve tedaviye ihtiyaç duyarlar (Wu vd., 2020).

Hastalar kişisel duygularla ilgili değerlerle (kendi kendine yönlendirme ve sağlıklı olma) veya yaşam koşullarıyla (sağlıklı bir yaşam tarzı ve finansal dengeyi sürdürme) ilgili değerlerle öz bakım için motive edilebilir (Karimi ve Clark, 2016). Özellikle öz bakım konusunda aile üyeleri tarafından sağlanan katkılar ile hastaların ilaç tedavisine uyumunu iyileştirebilir, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını teşvik edilebilir. Bu sayede de acil servis kullanımını azaltılabilmektedir (Iovino vd., 2020).

Küresel düzeyde artan yaygınlığı önemli bir sağlık sorunu haline gelen kronik hastalıkların kendi kendine yönetimi hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede de destekleyici bir unsurdur (Ngai vd., 2020). Bu bağlamda, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarını yönetme düzeylerinin tespit edilmesi önem oluşturmaktadır. Ömür boyu yaşam biçimi değişikliği gerektiren kronik hastalıkların yönetiminde bireylerin hastalıklarına ilişkin öz yönetimlerinin artırılması en etkili sağlık

politikalarının başında gelmektedir. Kronik hastalıkların yönetimi, tıbbi tedavilerin yanı sıra hastalığa bağlı gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemlerin de yönetilmesini ve kronik hastalıklarla baş etme becerilerinin kazandırılmasını içeren çok boyutlu ve dinamik bir süreçtir (Kalender vd., 2014; İncirkuş vd., 2015).

Kronik hastalıkların öz yönetiminde bireylerin sağlık profesyonelleriyle birlikte hastalık semptomlarını yönetebilmesi, hastalığa uyum sağlayarak gerekli davranış değişikliklerini geliştirebilmesi, hastalığının tedavisine aktif katılımları amaçlanmaktadır (Karakadovan vd., 2017; Koşar vd., 2015). Yapılan çalışmalarda öz yönetimi yüksek olan hastalarda tedaviye uyumun arttığı, anksiyete, uyku problemleri, hastalıkla ilgili stres gibi durumların azaldığı, bireyin kendi hastalığıyla ilgili öz bakım araçlarını (glukometre, tansiyon aleti vb.) daha etkin kullandığı ve hastalık semptomlarını daha iyi yönettiği bildirilmiştir (Adalıoğlu vd., 2016; Vainauskiene vd., 2021). Öz yönetimi düşük olan bireylerin ise hastalık bakımında sürekliliği sağlayamadığı, sağlık profesyonelleriyle iş birliği içerisinde hastalığını yönetemediği, riskli davranışları sürdürmeye devam ettiği, hastalık sonuçlarında kötüleşmelerin görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca bu hastaların verimli kaynak seçimi yaparak profesyonel sağlık arama davranışlarını tercih etmediği ve bakımın sürekliliğini sağlayamadığı da vurgulanmıştır. Bu nedenlerle kronik hastalıkların tedavi ve bakımında öz yönetim stratejilerinin bakıma dâhil edilmesi önemlidir (Ngai vd., 2020; Yazıcıoğlu vd., 2022). Ancak öz yönetim bireyin hastalıkla ilgili bilgisi, inançları, sosyokültürel özellikleri, baş etme stratejileri ve sosyal destek sistemleri gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir. Bu açıdan bireylerin özellikleri, çevresi ve ihtiyaçları doğrultusunda öz yönetim stratejilerinin bakıma dâhil edilmesi önerilmektedir (Kalender vd., 2014; Yazıcıoğlu vd., 2022).

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

İnsanların yaşamlarını mutlu, kendileri ve çevreleri ile uyum içinde sürdürebilmeleri için nitelikli bir yaşama sahip olmaları gerekir. Böylelikle yaşamı tüm yönleriyle değerlendirmeyi amaçlayan hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin, toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına giren yaşam kalitesi kavramı ön plana çıkmıştır (Arpacı, 2008). Yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri açısından,

yaşamdaki durumlarını algılama şekli olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Çağlayan, 2016). Kısacası bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, sosyal ve duygusal iyilik halini içeren, insan faktörü ve onun öznel değerlendirme sistemini kapsayan geniş bir terimdir. Bireyin ekonomik durumu, eğitimi, aile yapısı, barınma koşulları, sağlıklı olması, kendi yaşamını ve öz bakımını sürdürebilmesi ve kendi yaşamını değerlendirmesi sonucunda aldığı doyum gibi değişkenler yaşam kalitesinin göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Eriş ve Anıl, 2016).

Hemodiyaliz tedavisi, SDBY'li hastalarının yaşam kalitesini etkileyebilecek uzun süreli bir tedavidir (Al Kasanah vd., 2021). Hemodiyalize bağlı ortaya çıkan sorunlar hastaların fonksiyonel kısıtlılık ve kognitif bozukluk yaşamalarına neden olabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Tran vd., 2022). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sık görülen semptomlar arasında hipertansiyon, bulantı, kusma, kas krampları, kaşıntı, yorgunluk, güçsüzlük, uyku sorunları, enfeksiyon ve depresyon-anksiyete yer almaktadır (Şanlıtürk vd., 2018; Rehman vd., 2019; Himmelfarb vd., 2020). Uzun vadeli bir süreç olan hemodiyaliz tedavisinde diyet programları ile sıvı ve gıda alımları önemli ölçüde kısıtlanmakta ve aynı zamanda hastalar hastalık nedeniyle yaşam tarzlarının sınırlamalarıyla da yüzleşmektedirler (Kaya vd., 2012; Lii vd., 2007). Dolayısıyla tedavi süresinin uzunluğu, beslenme problemleri, tedavi sonrası gelişen semptomlar, KBY'ne eşlik eden bazı hastalıkların varlığı gibi faktörler hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Jung ve Kim, 2020; Rosa vd., 2020; Worboys vd., 2022). Hastaların yaşam kalitesine etki eden faktörlerin minimize edilmesi KBY hastalığının iyileştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlayacağından KBY hastalık yönetiminde yaşam kalitesi önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Hoang vd., 2022; Vaishnav vd., 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın verileri Şubat-Ekim 2023 tarihleri arasında Karaman ilinde toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu ve özel kurumlardan Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Karaman Özel Ünal Diyaliz Merkezi olmak üzere iki diyaliz merkezi bulunmaktadır. Veri toplanması planlanan bu sağlık kurumundan alınan araştırma öncesinde bilgilere göre 2-31 Ocak 2023 tarihleri arasında kayıtlı hasta sayısı toplam 160 olarak bildirilmiştir. Ancak Karaman Özel Ünal Diyaliz Merkezi'nden araştırma için izin alınamamıştır. Bu nedenle araştırmanın evrenini 02.02.2023- 04.10.2023 tarihleri arasında Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesine kayıtlı 132 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Araştırmada örnek seçimine gidilmemiş tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri araştırmaya katılmaya gönüllü 122 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada dahil edilme kriterlerini karşılamayan psikiyatrik tanı almış ve/veya psikiyatrik ilaç kullanan 10 kişi araştırmada kapsam dışı bırakılmış, araştırma sonunda 112 hemodiyaliz hastası ile çalışma yürütülmüştür. Araştırmada katılım oranı %84,9 olarak bulunmuştur.

3.3. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesine kayıtlı, 18 yaş ve üzerinde olan, araştırmaya katılmaya gönüllü ve iletişim sorunu olmayan hemodiyaliz hastaları araştırmaya dahil edilmiştir. Bir hekim tarafından psikiyatrik tanı almış ve/veya psikiyatrik ilaç kullanan kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı tarafından görüşmeci aracılığı ile görüşme yöntemi kullanılarak Anket Formu yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. Veri toplamadan önce katılımcılara

araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü onayları alındıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu yardımıyla yazılı olarak da gönüllü olurları alınmıştır. Veriler gündüz mesai saatleri içerisinde toplanmış, anket formunun doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Anket Formu kullanılmıştır (Ek 5). Anket Formu Kişisel Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21), Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (SF-12) olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form dört bölümden oluşmaktadır (Demiroğlu, & Bülbül, 2021a; Muz ve Eğlence, 2013; Kurbun ve Metin Akten, 2018; Turgut vd., 2023; Çiriş Yıldız vd., 2023; Alshelleh vd., 2023; Nagy vd., 2023; Marthoenis vd., 2021; Qalawa vd., 2022; Floria vd., 2022). İlk bölüm hemodiyaliz hastasının cinsiyet, yaş, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı; ikinci bölüm meslek, algılanan gelir durumu gibi özelliklerin sorgulandığı; üçüncü bölüm sigara içme durumu, alkol kullanma durumu gibi bazı yaşam biçimi özelliklerin sorgulandığı; dördüncü bölüm KBY hariç kronik hastalık varlığı, bu hastalıklar için ilaç kullanma durumu, hemodiyaliz hastalığı ile ilgili hastalık durumu ile ilgili özelliklerin sorgulandığı bölümdür.

3.5.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS) Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından ilk olarak 42 madde (DASS-42) şeklinde geliştirilmiştir. Daha sonra Henry Crawford (2005) ve Mahmoud vd. (2010) çalışmalarında bu ölçeği 21 maddeye (DASS-21) indirmişlerdir. DASS-21 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yılmaz vd. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek dörtlü likert tiptedir ve derecelendirme bana uygun değil (0), bana biraz uygun (1), bana genellikle uygun (2), bana tamamen uygun (3) şeklindedir. DASS-21 Ölçeğinde son 1 haftadaki durum sorgulanmakta

olup, Anksiyete (7 madde), Depresyon (7 madde) ve Stres (7 madde) olup üç boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin her boyutu için alınan puanlar 0 ile 21 arasında değişmektedir. İlgili boyuttan alınan puan artışı anksiyete, depresyon ve stres düzeyinin yüksekliğini ifade etmektedir. Yılmaz vd. (2017) çalışmasında Anksiyete, Depresyon ve Stres boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarını sırasıyla 0,808, 0,819 ve 0,755 olarak bildirmiştir. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayıları aynı sırayla 0,567, 0,800 ve 0,777 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Ngai vd. (2020) tarafından geliştirilen Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Öztürk vd. (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 madde 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipindedir ve derecelendirme asla (1), nadiren (2), ortalama (3), oldukça sık (4) ve her zaman (5) şeklindedir. Ölçeğin boyutları Kendini Damgalama (7 madde), Damgalamayla Baş Etme (5 madde), Sağlık Bakım Etkinliği (4 madde) ve Tedavi Uyumu (5 madde)'ndan oluşmaktadır. Ölçekte Tedavi Uyumu boyutunda yer alan maddeler ters kodlanmaktadır. Madde puanı kullanılan ölçekte Kendini Damgalama alt boyutundan alınan puan azaldıkça; Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu alt boyutundan puanlar arttıkça öz yönetimin arttığı ifade edilmektedir. Öztürk vd. (2021) çalışmasında Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarını sırasıyla 0,876, 0,850, 0,820 ve 0,789 olarak bildirmiştir. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayıları aynı sırayla 0,898, 0,870, 0,934 ve 0,866 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu

Ware vd. (1993) tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen 36 maddelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36- SF-36), Ware vd. (1995) tarafından 12 maddeye (SF-12) indirilmiştir. Bu SF-12'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soylu ve Kütük (2022) yapılmıştır. SF-12 son dört hafta içindeki yaşam kalitesini değerlendiren, 12 sorudan oluşan ölçek derecelendirmesi likert tipi değildir ve yanıtlar 2 ile 6 arasında seçenekli olarak değişmektedir. Toplam skor kullanılmayan SF-12'nin Fiziksel Bileşen ve Mental Bileşen boyutu olmak

üzere iki alt boyutu vardır ve yüksek puanlar ilgili bileşende yaşam kalitesi iyilik halinin arttığını ifade etmektedir. Soylu ve Kütük (2022) çalışmasında Fiziksel Bileşen ve Mental Bileşen boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarını sırasıyla 0,73 ve 0,72 olarak bildirmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmada kronik hastalık öz yönetimi ve yaşam kalitesi bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği için alt boyutlarını oluşturan Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu ile SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği için alt boyutlarını oluşturan Fiziksel Bileşen ve Mental Bileşen puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

3.6.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik özellikler ile ilgili değişkenlerden cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi ve hanehalkı sayısı bağımsız değişkenlerdir. Bunlardan yaş ve hanehalkı sayısı açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında kategorize edilmiştir.

3.6.2.2. Sosyoekonomik Özellikler

Sosyoekonomik ile ilgili değişkenlerden meslek, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sosyal güvence varlığı bağımsız değişkenlerdir. Bunlardan meslek açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında kategorize edilmiştir.

3.6.2.3. Bazı Yaşam Biçimi İle İlgili Özellikler

Sigara içme durumu, sigara içme süresi, günlük sigara içme sayısı, alkol kullanım durumu, besin desteği alma durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ve beden kütle indeksi (BKİ) bağımsız değişkenlerdir. Bu değişkenlerden sigara içme

süresi, günlük sigara içme sayısı, BKİ için boy ve kilo açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında uygun şekilde kategorize edilmiştir.

Sigara içenlerin paket/yıl hesabı “Paket/ yıl= (Günlük içilen sigara sayısı/ 20) * Toplam içilen yıl” formülüne göre hesaplanmıştır. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu haftada 3-5 kez ve 20-30 dakika sürecek şekilde yapma durumu olarak tanımlanmıştır. BKİ hesabı kilo/ boy² formülü ile hesaplanmış, DSÖ’nün yetişkinler için BKİ sınıflamasına göre kategorize edilmiştir. Buna göre <18,50 zayıf, 18,50-24,99 normal, 25,00-29,99 fazla kilolu ve $\geq 30,00$ obez olarak gruplandırılmıştır (WHO, 2023).

3.6.2.4. Hastalık Durumu İle İlgili Özellikler

KBY hariç, kronik hastalık varlığı, bu hastalıkları ve bu hastalıklara yönelik sürekli ilaç kullanma durumu, KBY hastalık süresi, hemodiyalize girme süresi, hemodiyalize giriş sıklığı, daha önce periton diyalizine girme durumu, daha önce böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, diyalize bağlı yaşanan akut ve kronik komplikasyonlar, ailesinde başka KBY hastası olma durumu, ailesinde başka diyalize giren hasta olma durumu, KBY hakkında eğitim alma durumu, KBY hakkında eğitim aldığı kişiler, hastalığı ile ilgili bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu, diyalize girmek için ulaşımında zorluk yaşama durumu bağımsız değişkenlerdir. Bu değişkenlerden KBY hastalık süresi ve hemodiyalize girme süresi açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında uygun şekilde kategorize edilmiştir. Ek olarak, KBY hastalık süresi ve hemodiyalize girme süresinin başlangıç tarihleri sorulmuş, veri toplandığı tarih dikkate alınarak süre hesaplanmıştır.

3.6.2.5. Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri

DASS-21 ölçeğinin alt boyutlarını oluşturan Anksiyete, Depresyon ve Stres düzeyi puan ortalamaları bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0A}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilememektedir.

H_{1A}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilemektedir.

H_{0B}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri kronik hastalık öz yönetimini etkilememektedir.

H_{1B}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri kronik hastalık öz yönetimini etkilemektedir.

H_{0C}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri yaşam kalitesini etkilememektedir.

H_{1C}: Katılımcıların sosyodemografik, sosyoekonomik, bazı yaşam biçimi ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri yaşam kalitesini etkilemektedir.

H_{0D}: Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile kronik hastalık öz yönetimi puanları arasında ilişki yoktur.

H_{1D}: Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile kronik hastalık öz yönetimi puanları arasında ilişki vardır.

H_{0E}: Katılımcıların depresyon, anksiyete, stres ve kronik hastalık öz yönetimi düzeyleri ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki yoktur.

H_{1E}: Katılımcıların depresyon, anksiyete, stres ve kronik hastalık öz yönetimi düzeyleri ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki vardır.

3.8. Verilerin Analizi

Çözümlemede tanımlayıcı testlerden sayı (n), yüzde (%), ortalama (Ort.) ve standart sapma ($\pm$ ss)'dan yararlanılmıştır. Verilerin güvenilirliği için Güvenirlilik Analizi yapılmış, sonuçlar Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Dağılımın normalliği Kolmogorov-Smirnov Testi ile sınanmıştır. Parametrik dağılım gösteren veriler için iki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında Student t Testi

kullanılmıştır. Nonparametrik dağılım gösteren veriler için iki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında Mann–Whitney U Testi ve üç ve daha fazla bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında Kruskal–Wallis H Testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup ortalamasının karşılaştırmasında fark anlamlı bulunduğu farkın kaynağı post hoc testlerden Dunnet T3 testi ile araştırılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki nonparametrik dağılımlar için Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon katsayıları 0,25 ve daha düşük düzeyde ise çok zayıf, 0,26-0,49 arasında ise zayıf, 0,50-0,69 arasında ise orta düzey, 0,70-0,89 arasında ise kuvvetli, 0,90 ve daha fazla ise çok kuvvetli olarak değerlendirilmiştir (Karagöz, 2021). Normal dağılım göstermeyen veriler için z transformasyonu yapılmıştır. İleri analizler için Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. Enter metodu ile oluşturulan modellere $p < 0,05$ olan değişkenler alınmıştır. Modellerin açıklayıcılığı düzeltilmiş R^2 (Adjusted R-square: *Adj. R²*) ile gösterilmiştir. Veriler SPSS 26.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada katılımcıların verdiği yanıtların beyana dayalı olması ve araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması kısıtlılığdır. Ek olarak, Karaman Özel Ünal Diyaliz Merkezi'nden araştırma için izin alınamamış olması nedeniyle tüm hemodiyaliz hastalarına ulaşamaması sonuçların evrene genellenebilirliğini etkilemiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'ndan etik kurul onayı alınmıştır (23/01/2023- PR0439R0) (Ek 1). Araştırmada verilerin toplanabilmesi için Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınmıştır (Ek 2). Ölçeklerin araştırmada kullanılabilmesi için ilgili yazarlardan izin alınmıştır (Ek 3). Katılımcılardan araştırma öncesinde yazılı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu alınmıştır (Ek 4).

3.11. Araştırma Takvimi

- Literatür taranması: Aralık 2022- Mayıs 2024
- Araştırmanın planlanması: Aralık 2022- Ocak 2023
- Verilerin elde edilmesi: Şubat 2023- Ekim 2023
- Verilerin analizi: Kasım 2023- Ocak 2024
- Tezin yazımı: Ocak 2023-Mayıs 2024



4. BULGULAR

Karaman’da yürütülen bu araştırmada 112 hemodiyaliz hastasının verileri incelenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Cinsiyet		
Kadın	41	36,6
Erkek	71	63,4
Yaş (Ort±ss: 59,39±14,86; Min: 19, Maks: 83 yıl)		
<45	18	16,1
45-54	21	18,8
55-64	27	24,1
65-74	29	25,9
≥75	17	15,1
Yaşanılan yer		
Kent	98	87,5
Kır	14	12,5
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	11	9,8
Okuryazar	7	6,3
İlkokul mezunu	59	52,7
Ortaokul ve lise mezunu	31	27,6
Üniversite mezunu ve üzeri	4	3,6
Medeni durum		
Evli	79	70,5
Bekar	12	10,7
Boşanmış	4	3,6
Eşi vefat etmiş	17	15,2
Aile tipi		
Çekirdek	108	96,4
Geniş	2	1,8
Parçalanmış	2	1,8
Hanehalkı sayısı (Ort±ss: 2,57±1,24; Min: 1, Maks: 7 kişi)		
0	19	17,0
1	47	42,0
≥ 2	46	41,0

Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Yaş ortalaması 59,39±14,86 (Min: 19, Maks: 83) olan araştırma grubunun %63,4’ü erkek, %87,5’i kentlerde yaşamaktadır. Grubun %52,7’si ilkokul mezunu, %70,5’i evli, %96,4’ü çekirdek aileye sahiptir. Hanehalkı sayısı ortalaması 2,57±1,24 (Min: 1, Maks: 7) olan katılımcıların %17,0’ı yalnız yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Meslek		
Emekli	47	42,7
Ev hanımı	39	35,5
İşçi	16	14,6
Çiftçi	4	3,6
Öğrenci	3	2,7
Esnaf	1	0,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	20	17,9
Çalışmıyor	92	82,1
Algılanan gelir durumu		
İyi	12	10,7
Orta	95	84,8
Kötü	5	4,5
Sosyal güvence varlığı		
Hayır	10	8,9
Evet	102	91,1

Tablo 4.2’de katılımcıların sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %42,7’si emekli, %82,1’i gelir getiren herhangi bir işte çalışmamakta, %84,8’i gelirini orta düzeyde algılamakta ve %91,1’inin sosyal güvencesi vardır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Sigara içme durumu		
Hayır	74	66,1
Bıraktım	17	15,1
Evet (Ort±ss: 17,83±24,22; Min: 0,25, Maks: 106,67 paket/yıl)	21	18,8
Alkol kullanma durumu		
Ara sıra	1	0,9
Hayır	111	99,1
Vitamin desteği alma		
Hayır	110	98,2
Evet	2	1,8
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Hayır	53	47,3
Ara sıra	52	46,4
Evet	7	6,3
BKİ		
Zayıf	11	9,8
Normal	53	47,3
Fazla kilolu	29	25,9
Obez	19	17,0

Tablo 4.3’te katılımcıların bazı yaşam biçimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun %18,8’i halen sigara kullanmaktadır ve sigara

içenler yılda ortalama $17,83 \pm 24,22$ paket (Min: 0,25, Maks: 106,67 paket/yıl) sigara tüketmektedir. Grubun %99,1'i daha önce hiç alkol kullanmamıştır. Katılımcıların %98,2'si vitamin desteği almamaktadır. Hastaların %47,3'ü düzenli egzersiz yapmamakta ve %17,0'ının BKİ'si obez sınıflamasındadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
KBY hariç, hastalık varlığı		
Hayır	37	33,0
Evet	75	67,0
Komorbidite		
0	37	33,0
1	38	34,0
≥ 2	37	33,0
Hastalıklar* (n=75)		
Hipertansiyon	58	77,3
Diyabet	38	50,7
Kalp hastalıkları	12	16,0
KOAH/Astım	5	6,7
Kanser	2	2,7
Romotoid artrit	2	2,7
Diğer (FMF, hepatit B, tiroit hastalığı vb.)	5	6,7
KBY hariç, hastalıkları için ilaç kullanma durumu		
Hayır	40	35,7
Evet	72	64,3
KBY süre (Ort$\pm$ss: 8,29$\pm$8,02; Min: 0,00, Maks: 45,75 yıl)		
<1	8	7,1
1-3	33	29,5
4-6	24	21,4
7-9	21	18,8
≥ 10	26	23,2
Hemodiyaliz süre (Ort$\pm$ss: 6,47$\pm$5,21; Min: 0,33, Maks: 23,75 yıl)		
<1	11	9,8
1-3	34	30,4
4-6	30	26,8
7-9	19	17,0
≥ 10	18	16,0
Hemodiyaliz sıklık		
Haftada 1 kez	1	0,9
Haftada 2 kez	9	8,0
Haftada 3 kez	100	89,3
Haftada 4 kez	2	1,8
Daha önce periton diyalizine girme durumu		
Hayır	108	96,4
Evet	4	3,6
Daha önce böbrek nakli olma durumu		
Hayır	107	95,5
Evet	5	4,5
KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu		
Hayır	9	8,0
Evet	103	92,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4. Devamı. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
KBY hastalığı ile ilgili sorun sayısı		
0	9	8,0
1	46	41,1
≥2	57	50,9
KBY hastalığı ile ilgili sık karşılaşılan sorunlar* (n=103)		
Baş ağrısı, bulantı, uykusuzluk, kaşıntı gibi yakınmalar	82	79,6
Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe	68	66,0
Diyete uyumda zorluklar	20	19,4
Kişilerarası ilişkilerde bozulma	8	7,8
İlaçları düzenli kullanmama	5	4,9
Böbrek hastalığı dışında başka bedensel hastalık	1	1,0
Diyalize bağlı akut komplikasyon yaşama durumu		
Hayır	41	36,6
Evet	71	63,4
Akut komplikasyon sayısı		
0	41	36,6
1	39	34,8
≥ 2	32	28,6
Akut komplikasyonlar* (n=71)		
Kramp, bulantı, baş ağrısı	54	76,1
Hipotansiyon	35	49,3
Hipertansiyon	8	11,3
Ateş	7	9,9
Aritmi	4	5,6
Diyalize bağlı kronik komplikasyon yaşama durumu		
Hayır	108	96,4
Evet	4	3,6
Kronik komplikasyon sayısı		
0	108	96,4
1	4	3,6
Kronik komplikasyonlar* (n=4)		
Ateroskleroz	3	75,0
Hepatit B enfeksiyonu	1	25,0
Ailede başka KBY hastası olma durumu		
Hayır	101	90,2
Evet	11	9,8
Ailede başka diyalize giren hasta olma durumu		
Hayır	106	94,6
Evet	6	5,4
KBY hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu		
Hayır	0	0,0
Evet	112	100,0
KBY hastalığı ile ilgili eğitim alınan kişiler* (n=112)		
Hekim	111	99,1
Hemşire	109	97,3
Hastalığı ile ilgili bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu		
Hayır	95	84,8
Evet	17	15,2
Diyalize girmek için ulaşımda zorluk yaşama durumu		
Hayır	110	98,2
Evet	2	1,8

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4'te katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma grubunun %67,0'ında KBY dışında ek herhangi bir hastalık bulunmaktadır. Komorbitide sayısı 2 ve üzeri olanların oranı %33,0'dır. Araştırma grubunda ek hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon (%77,3), diyabet (%50,7) ve kalp hastalıkları (%16,0) yer almaktadır. Katılımcıların %64,3'ü KBY dışındaki bu hastalıklar için ilaç kullanmaktadır. Araştırma grubun ortalama $8,29 \pm 8,02$ (Min:0,00, Maks: 45,75) yıldır KBY hastasıdır ve ortalama $6,47 \pm 5,21$ (Min:0,33, Maks: 23,75) yıldır hemodiyalize girmektedir. Grubun %89,3'ü haftada 3 kez diyalize girmektedir. Araştırma grubunda 4 kişi (%4,5) daha önce periton diyalizine girmiş ve 5 kişi (%4,5) böbrek nakli olmuştur (Tablo 4.4).

Araştırma grubunun %92,0'ı KBY hastalığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşamaktadır ve bunların %50,9'u iki veya daha fazla sayıda sorun yaşadığı görülmektedir. En sık karşılaşılan sorunlar arasında baş ağrısı, bulantı, uykusuzluk, kaşıntı gibi yakınmalar (%79,6), günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe (%66,0) ve diyetle uyumda zorluklar (%19,4) yer almaktadır (Tablo 4.4).

Katılımcıların %63,4'ü diyalize bağlı herhangi bir akut komplikasyon yaşamış ve bunların %28,6'sı iki ve daha fazla sayıda sorun bildirmiştir. En çok karşılaşılan akut komplikasyon %76,1 ile kramp, bulantı ve baş ağrısıdır. Hastalardan 4 kişi (%96,4) diyalize bağlı herhangi bir kronik komplikasyon yaşamıştır ve bunların 4 kişisi (%3,6) bir kronik komplikasyon bildirmiştir. En sık yaşanan kronik komplikasyon %75,0 ile aterosklerozdur (Tablo 4.4).

Araştırma grubunun %9,8'inin ailesinde KBY hastalığı olan vardır ve bunların 6 kişisi (%5,4) diyalize girmektedir. Grubun tamamının KBY hastalığı ile ilgili eğitim aldığı (%100,0) ve bu eğitimleri en fazla hekimlerden aldığı (%99,1) bulunmuştur. Katılımcıların %15,2'si hastalığı ile ilgili bir başkasından bakım ihtiyacı olmakta, 2 kişi (%1,8) diyalize girmek için ulaşımında zorluk yaşamaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puan ortalamalarının dağılımı

	Madde sayısı	N	Ort±ss	Min.	Maks.	Ölçeğin Min.-Maks.
DAS ölçeği						
Depresyon	7	112	2,08±2,35	0,00	13,00	0-21
Anksiyete	7	112	3,96±2,36	0,00	11,00	0-21
Stres	7	112	1,66±2,18	0,00	10,00	0-21
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği						
Kendini Damgalama	7	112	1,34±0,51	1,00	3,14	1-5
Damgalamayla Baş Etme	5	112	3,06±0,68	1,20	4,40	1-5
Sağlık Bakım Etkinliği	4	112	3,23±0,68	2,00	5,00	1-5
Tedavi Uyumu	5	112	4,56±0,56	2,40	5,00	1-5
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Fiziksel Bileşen	—	112	41,38±8,36	21,40	55,91	—
Mental Bileşen	—	112	47,77±6,61	29,31	62,95	—

Tablo 4.5’de katılımcıların ölçeklerden aldığı puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. DAS Ölçeği Depresyon, Anksiyete, Stres boyutlarında puan ortalamalarının dağılımları sırasıyla 2,08±2,35 (Min: 0,00, Maks:13,00), 3,96±2,36 (Min: 0,00, Maks:11,00) ve 1,66±2,18 (Min: 0,00, Maks: 10,00)’dir.

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği, Tedaviye Uyum boyutlarında puan ortalamalarının dağılımları sırasıyla 1,34±0,51 (Min: 1,00, Maks: 3,14), 3,06±0,68 (Min: 1,20, Maks: 4,40), 3,23±0,68 (Min: 2,00, Maks: 5,00) ve 4,56±0,56 (Min: 2,40, Maks: 5,00)’dır (Tablo 4.5).

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Bileşen alt boyut puan ortalaması 41,38±8,36 (Min: 21,40, Maks: 55,91) ve Mental Bileşen alt boyut puan ortalaması 47,77±6,61 (Min: 29,31, Maks: 62,95)’dir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Anksiyete</i>		<i>Depresyon</i>		<i>Stres</i>	
		<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>
Cinsiyet							
Kadın	41	3,88±2,57	54,07	2,46±2,56	63,39	1,90±2,46	59,88
Erkek	71	4,01±2,25	57,90	1,86±2,21	52,52	1,52±2,00	54,55
<i>z</i>		-0,609		-1,753		-0,876	
<i>p</i> [†]		0,543		0,080		0,381	
Yaş							
< 55 ^a	39	3,13±1,79	45,78	2,10±1,71	61,18	1,38±1,76	53,17
55-64 ^b	27	3,93±2,59	53,87	2,15±2,77	55,91	1,85±2,41	59,26
≥ 65 ^c	46	4,70±2,45	67,13	2,02±2,59	52,88	1,78±2,37	57,71
χ^2		9,601		1,468		0,734	
<i>p</i> ^{††}		0,008**		0,480		0,693	
Yaşanılan yer							
Kent	98	3,97±2,46	56,03	2,04±2,37	55,46	1,69±2,20	56,84
Kır	14	3,93±1,49	59,79	2,36±2,27	63,79	1,43±2,03	54,11
<i>z</i>		-0,410		-0,922		-0,309	
<i>p</i> [†]		0,682		0,356		0,758	
Eğitim durumu							
OY değil ve OY	18	5,11±3,08	67,67	3,22±3,25	72,03	2,83±2,71	75,31
İlkokul	59	3,75±2,35	53,63	1,71±2,13	50,75	1,25±1,84	50,19
Ortaokul ve üzeri	35	3,74±1,79	55,60	2,11±2,04	58,21	1,74±2,23	57,47
χ^2		2,686		6,405		9,099	
<i>p</i> ^{††}		0,261		0,041*		0,011*	
Medeni durum							
Evli	79	4,01±2,45	56,96	2,04±2,49	54,92	1,62±2,24	54,81
Evli değil	33	3,85±2,17	55,39	2,18±2,02	60,27	1,76±2,03	60,55
<i>z</i>		-0,236		-0,817		-0,892	
<i>p</i> [†]		0,813		0,414		0,372	
Aile tipi							
Çekirdek	108	3,92±2,32	55,97	2,00±2,30	55,26	1,59±2,11	55,73
Diğer	4	5,25±3,50	70,75	4,25±3,20	90,00	3,50±3,42	77,38
<i>z</i>		-0,905		-2,159		-1,371	
<i>p</i> [†]		0,365		0,031*		0,170	
Hanehalkı sayısı							
0	19	3,53±2,59	48,16	1,21±1,23	43,32	0,68±0,75	41,39
≥ 1	93	4,05±2,31	58,20	2,26±2,49	59,19	1,86±2,32	59,59
<i>z</i>		-1,245		-1,996		-2,330	
<i>p</i> [†]		0,213		0,046*		0,020*	

[†]Mann-Whitney U Testi. ^{††}Kruskal-Wallis H Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01. Dunnet T3 testi: Anksiyete: Yaş: *a*<*c*. Depresyon: Eğitim durumu: *p*>0,05. Stres: Eğitim durumu: *p*>0,05.

Tablo 4.6’da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Araştırma grubunda Anksiyete düzeyi puan ortalamaları ile yaş kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (*p*=0,008). Farkın kaynağı araştırıldığında; 55 yaşından küçük olan hastaların Anksiyete skoru ortalamaları 65 yaş ve üzerinelere göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,003$). Cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi ve hanehalkı sayısı ile Anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Depresyon düzeyi puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,041$). Farkın kaynağı araştırıldığında; eğitim durumu ile Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Depresyon düzeyi puan ortalamaları aile tipi çekirdek olanların ($p=0,031$) ve hanesinde yalnız yaşayanların ($p=0,046$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, yaşanılan yer ve medeni durum ile depresyon düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Stres düzeyi puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,011$). Farkın kaynağı araştırıldığında; eğitim durumu ile Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Stres düzeyi puan ortalamaları hanesinde en az 1 kişi ile yaşayanlara göre hanesinde yalnız yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,020$). Cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum ve aile tipi ile stres düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Anksiyete</i>		<i>Depresyon</i>		<i>Stres</i>	
		<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>
Meslek							
İşçi, esnaf, çiftçi	21	3,43±1,89	50,21	1,57±1,75	47,76	1,33±2,08	47,79
Emekli	47	4,34±2,38	61,66	2,02±2,42	53,57	1,68±2,21	56,35
Ev hanımı, öğrenci	42	3,74±2,55	51,25	2,45±2,57	61,52	1,76±2,26	58,40
χ^2		3,159		3,061		1,774	
p^{**}		0,206		0,216		0,412	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	20	3,60±2,04	52,93	1,75±1,71	53,70	1,25±2,12	44,68
Çalışmıyor	92	4,04±2,43	57,28	2,15±2,47	57,11	1,75±2,19	59,07
z		-0,550		-0,437		-1,882	
$p^{\dagger}$		0,582		0,662		0,060	
Algılanan gelir							
Yeterli	107	3,94±2,35	56,27	1,94±2,21	54,73	1,51±2,03	54,59
Yetersiz	5	4,40±2,70	61,50	5,00±3,54	94,40	4,80±3,03	97,30
z		-0,357		-2,744		-3,010	
$p^{\dagger}$		0,721		0,006**		0,003**	
Sosyal güvence							
Hayır	10	4,50±2,64	63,35	2,70±3,13	64,30	1,90±2,42	59,95
Evet	102	3,91±2,34	55,83	2,02±2,27	55,74	1,64±2,16	56,16
z		-0,708		-0,818		-0,369	
$p^{\dagger}$		0,479		0,413		0,712	

† Mann-Whitney U Testi. ** Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Tablo 4.7’de katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Anksiyete düzeyi puan ortalamaları ile meslek, çalışma durumu, algılanan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Depresyon düzeyi puan ortalamaları gelirini yeterli bulanlarda, yeterli bulmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,006$). Meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile depresyon düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Stres düzeyi puan ortalamaları gelirini yeterli bulanlarda yeterli bulmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük belirlenmiştir ($p=0,003$). Meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile depresyon düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Anksiyete</i>		<i>Depresyon</i>		<i>Stres</i>	
		<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>
Sigara içme							
Evet	21	4,05±2,40	57,67	2,62±2,91	64,14	2,38±2,62	66,83
Hayır, bırakmış	91	3,95±2,36	56,23	1,96±2,21	54,74	1,49±2,04	54,12
<i>z</i>		-0,185		-1,230		-1,694	
<i>p</i> [†]		0,853		0,219		0,090	
Vitamin desteği							
Hayır	110	3,96±2,37	56,49	2,08±2,37	56,35	1,66±2,19	56,25
Evet	2	4,00±2,83	57,25	2,00±1,41	65,00	1,50±0,71	70,00
<i>z</i>		-0,033		-0,384		-0,621	
<i>p</i> [†]		0,973		0,701		0,534	
Düzenli egzersiz							
Evet, ara sıra	59	3,88±2,47	53,97	2,24±2,50	57,49	1,97±2,51	58,32
Hayır	53	4,06±2,25	59,31	1,91±2,19	55,40	1,32±1,68	54,47
<i>z</i>		-0,880		-0,350		-0,656	
<i>p</i> [†]		0,379		0,726		0,512	
BKİ							
Zayıf	11	2,64±1,57	37,09	1,64±1,29	54,82	0,82±0,75	46,32
Normal	53	4,21±2,17	61,00	1,85±1,74	55,97	1,57±1,80	57,67
Fazla kilolu	29	4,24±2,80	59,22	2,62±3,26	59,34	2,21±3,02	59,84
Obez	19	3,63±2,39	51,03	2,16±2,69	54,61	1,58±2,09	54,03
χ^2		5,841		0,349		1,719	
<i>p</i> ^{††}		0,120		0,951		0,633	

[†]Mann–Whitney U Testi. ^{††}Kruskal–Wallis H Testi.

Tablo 4.8’de katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Anksiyete, Depresyon ve Stres düzeyi puan ortalamaları ile sigara içme durumu, vitamin desteği alma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Anksiyete</i>		<i>Depresyon</i>		<i>Stres</i>	
		<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Ort±ss</i>	<i>Sıra ort.</i>
KBY hariç, hastalık							
Hayır	37	3,11±1,97	45,01	1,95±1,73	57,58	1,54±1,83	56,68
Evet	75	4,39±2,43	62,17	2,15±2,61	55,97	1,72±2,33	56,41
<i>z</i>		-2,664		-0,254		-0,042	
<i>p</i> [†]		0,008**		0,799		0,966	
KBY hariç, hastalıkları için ilaç kullanma							
Hayır	40	3,38±1,97	49,84	2,05±1,97	57,91	1,70±1,96	60,21
Evet	72	4,29±2,50	60,20	2,10±2,55	55,72	1,64±2,30	54,44
<i>z</i>		-1,639		-0,353		-0,944	
<i>p</i> [†]		0,101		0,724		0,345	
KBY süre							
< 5 yıl	52	3,83±2,28	55,00	2,23±2,55	57,69	1,65±2,20	55,85
≥ 5 yıl	60	4,08±2,44	57,80	1,95±2,18	55,47	1,67±2,18	57,07
<i>z</i>		-0,461		-0,372		-0,208	
<i>p</i> [†]		0,645		0,710		0,835	
Hemodiyaliz süre							
< 5 yıl	56	3,80±2,22	54,91	2,13±2,49	55,96	1,57±2,14	54,39
≥ 5 yıl	56	4,13±2,50	58,09	2,04±2,22	57,04	1,75±2,23	58,61
<i>z</i>		-0,525		-0,179		-0,719	
<i>p</i> [†]		0,600		0,858		0,472	
Hemodiyaliz sıklık							
Haftada 1-2 kez	10	7,00±3,46	85,10	5,10±4,53	78,95	4,40±3,72	83,95
Haftada 3-4 kez	102	3,67±2,01	53,70	1,78±1,81	54,30	1,39±1,78	53,81
<i>z</i>		-2,956		-2,354		-2,933	
<i>p</i> [†]		0,003**		0,019*		0,003**	
Periton diyalizine girme							
Hayır	108	3,99±2,36	56,95	2,04±2,36	55,58	1,59±2,15	55,38
Evet	4	3,25±2,63	44,25	3,25±2,06	81,38	3,50±2,38	86,63
<i>z</i>		-0,778		-1,603		-1,978	
<i>p</i> [†]		0,436		0,109		0,048*	
Böbrek nakli olma							
Hayır	107	3,92±2,37	55,66	2,10±2,39	56,60	1,64±2,18	55,90
Evet	5	5,00±2,12	74,50	1,60±1,34	54,30	2,20±2,28	69,30
<i>z</i>		-1,285		-0,159		-0,944	
<i>p</i> [†]		0,199		0,873		0,345	
KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama							
Hayır	9	3,78±1,86	55,33	3,33±3,35	72,17	2,78±2,73	70,67
Evet	103	3,98±2,40	56,60	1,97±2,23	55,13	1,56±2,11	55,26
<i>z</i>		-0,114		-1,551		-1,429	
<i>p</i> [†]		0,909		0,121		0,153	

[†]Mann-Whitney U Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01.

Tablo 4.9. Devamı. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Anksiyete		Depresyon		Stres	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Akut komplikasyon							
Hayır	41	3,66±2,29	52,66	1,73±2,24	48,01	1,68±2,26	54,61
Evet	71	4,14±2,40	58,72	2,28±2,41	61,40	1,65±2,14	57,59
z		-0,964		-2,160		-0,490	
p [†]		0,335		0,031*		0,624	
Kronik komplikasyon							
Hayır	108	3,87±2,21	55,87	1,95±2,06	56,08	1,54±1,96	55,60
Evet	4	6,50±4,80	73,63	5,50±6,14	67,88	5,00±4,69	80,75
z		-1,088		-0,733		-1,593	
p [†]		0,277		0,463		0,111	
Ailede KBY hastası							
Hayır	101	3,84±2,29	55,01	1,93±2,10	55,19	1,51±1,96	54,85
Evet	11	5,09±2,77	70,14	3,45±3,88	68,50	3,09±3,39	71,68
z		-1,486		-1,326		-1,710	
p [†]		0,137		0,185		0,087	
Ailede diyalize giren hasta							
Hayır	106	4,00±2,38	57,05	2,02±2,23	56,20	1,65±2,13	56,89
Evet	6	3,33±1,97	46,83	3,17±4,07	61,83	1,83±3,13	49,58
z		-0,759		-0,425		-0,562	
p [†]		0,448		0,671		0,574	
Bakım ihtiyacı							
Hayır	95	3,67±2,08	53,28	1,95±2,10	55,70	1,47±1,99	53,43
Evet	17	5,59±3,14	74,47	2,82±3,43	60,97	2,71±2,85	73,65
z		-2,510		-0,633		-2,475	
p [†]		0,012*		0,527		0,013*	
Ulaşımında zorluk							
Hayır	110	3,85±2,21	55,53	2,01±2,21	56,16	1,60±2,04	56,36
Evet	2	10,50±0,71	109,75	6,00±7,07	75,25	5,00±7,07	64,25
z		-2,371		-0,847		-0,357	
p [†]		0,018*		0,397		0,721	

[†]Mann-Whitney U Testi. **p*<0,05.

Tablo 4.9’da katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre DAS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Anksiyete düzeyi puan ortalamaları KBY hariç herhangi bir kronik hastalığı olanlarda (*p*=0,008), hemodiyalize haftada 3-4 kez girenlerde (*p*=0,003), bir başkasından bakım ihtiyacı olmayanlarda (*p*=0,012), ulaşımında zorluk yaşamayanlarda (*p*=0,018) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY

hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ile Anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Depresyon düzeyi puan ortalamaları ile hemodiyalize haftada 3-4 kez girenlerde ($p=0,019$) ve akut komplikasyon yaşamayanlarda ($p=0,031$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı, bakım ihtiyacı olma durumu ve ulaşımında zorluk yaşama durumu ile Depresyon düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Stres düzeyi puan ortalamaları ile hemodiyalize haftada 3-4 kez girenlerde ($p=0,003$) ve daha önce periton diyalizine girmeyenlerde ($p=0,048$) ve bir başkasından bakım ihtiyacı olmayanlarda ($p=0,013$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ve ulaşımında zorluk yaşama durumu ile Stres düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Katılımcıların Özellikleri İle Anksiyete, Depresyon, Stres Düzeylerinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

	B	SE	β	t	p	95 Confidence Interval	
						Lower	Upper
Anksiyete							
Yaş	0,005	0,006	0,070	0,771	0,442	-0,007	0,017
KBY hariç, hastalık (evet)	0,370	0,185	0,175	1,998	0,048*	0,003	0,736
Hemodiyaliz sıklık	-0,562	0,231	-0,201	-2,436	0,016*	-1,019	-0,105
Bakım ihtiyacı (evet)	0,672	0,234	0,242	2,875	0,005**	0,209	1,135
Ulaşımında zorluk (evet)	2,774	0,608	0,369	4,564	0,000***	1,569	3,979
Adj.R ²	0,295						
F	10,299***						
Depresyon							
Aile tipi (geniş ve parçalanmış)	0,077	0,525	0,014	0,146	0,884	-0,965	1,119
Hanehalkı sayısı	0,214	0,069	0,264	3,093	0,003**	0,077	0,351
Algılanan gelir (yetersiz)	1,302	0,460	0,270	2,827	0,006**	0,389	2,214
Hemodiyaliz sıklık	-0,836	0,242	-0,300	-3,447	0,001**	-1,316	-0,355
Akut komplikasyon (evet)	0,208	0,179	0,101	1,163	0,248	-0,147	0,564
Adj.R ²	0,207						
F	6,787***						
Stres							
Hanehalkı sayısı	0,207	0,066	0,256	3,143	0,002**	0,077	0,338
Algılanan gelir (yetersiz)	1,552	0,398	0,322	3,902	0,000***	0,764	2,341
Hemodiyaliz sıklık	-0,874	0,233	-0,314	-3,749	0,000***	-1,337	-0,412
Periton diyalizine girme (evet)	1,016	0,435	0,189	2,335	0,021*	0,153	1,878
Bakım ihtiyacı (evet)	0,210	0,234	0,076	0,894	0,373	-0,255	0,674
Adj.R ²	0,277						
F	9,487***						

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.10’da katılımcıların özellikleri ile anksiyete, depresyon, stres düzeylerinin çok değişkenli lineer regresyon analizi verilmiştir. Anksiyete düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %29,5’i açıklanmıştır. KBY hariç kronik hastalığı olma (B:0,370, SE:0,185, $p=0,048$), bir başkasından bakım ihtiyacı olma (B:0,672, SE:0,234, $p=0,005$), ulaşımında zorluk yaşama (B:2,774, SE:0,608, $p=0,000$) ile Anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ile arasında negatif yönlü (B:-0,562, SE:0,231, $p=0,016$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Anksiyete düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Depresyon düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %20,7'si açıklanmıştır. Hane halkı sayısı (B:0,214, SE:0,069, $p=0,003$), gelirini yetersiz düzeyde algılama (B:1,302, SE:0,460, $p=0,006$) ile Depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ile arasında negatif yönlü (B:-0,836, SE:0,242, $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyon düzeyi ile aile tipi ve akut komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Stres düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %27,7'si açıklanmıştır. Hane halkı sayısı (B:0,207, SE:0,066, $p=0,002$), gelirini yetersiz düzeyde algılama (B:1,552, SE:0,398, $p=0,000$) ve daha önce periton diyalizine girmiş olma (B:1,016, SE:0,435, $p=0,021$) ile Stres düzeyleri arasında pozitif yönlü; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ile arasında negatif yönlü (B:-0,874, SE:0,233, $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Stres düzeyi ile bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Cinsiyet									
Kadın	41	1,43±0,53	63,90	2,97±0,63	52,16	3,18±0,68	54,55	4,57±0,56	57,68
Erkek	71	1,30±0,49	52,23	3,11±0,70	59,01	3,25±0,68	57,63	4,55±0,56	55,82
<i>z</i>		-1,917		-1,094		-0,522		-0,306	
<i>p</i> [†]		0,055		0,274		0,602		0,760	
Yaş									
< 55 ^a	39	1,27±0,39	52,83	3,09±0,70	58,92	3,45±0,71	65,77	4,69±0,38	61,81
55-64 ^b	27	1,42±0,65	56,35	3,12±0,58	59,78	3,28±0,60	60,07	4,56±0,65	59,89
≥ 65 ^c	46	1,36±0,51	59,70	2,99±0,72	52,52	3,01±0,65	46,54	4,44±0,61	50,01
χ^2		1,031		1,224		9,133		3,462	
<i>p</i> ^{††}		0,597		0,542		0,010*		0,177	
Yaşanılan yer									
Kent	98	1,36±0,53	57,77	3,02±0,70	54,58	3,21±0,71	55,31	4,55±0,57	56,28
Kır	14	1,20±0,33	47,64	3,29±0,42	69,93	3,34±0,46	64,86	4,63±0,44	58,04
<i>z</i>		-1,141		-1,683		-1,112		-0,198	
<i>p</i> [†]		0,254		0,092		0,266		0,843	
Eğitim durumu									
OY değil ve OY	18	1,60±0,65	71,17	1,34±0,51	59,81	3,08±0,77	49,33	4,42±0,77	53,94
İlkokul	59	1,29±0,46	54,38	3,01±0,70	53,93	3,22±0,70	55,72	4,59±0,53	57,88
Ortaokul ve üzeri	35	1,31±0,48	52,53	3,10±0,68	59,13	3,31±0,62	61,50	4,58±0,47	55,49
χ^2		4,861		0,812		2,030		0,275	
<i>p</i> ^{††}		0,088		0,666		0,362		0,871	
Medeni durum									
Evli	79	1,34±0,51	56,40	3,03±0,68	55,11	3,26±0,70	58,03	4,57±0,55	57,59
Evli değil	33	1,36±0,50	56,74	3,13±0,66	59,83	3,16±0,65	52,85	4,52±0,59	53,89
<i>z</i>		-0,053		-0,714		-0,831		-0,573	
<i>p</i> [†]		0,957		0,475		0,406		0,566	
Aile tipi									
Çekirdek	108	1,32±0,48	55,54	3,06±0,69	56,38	3,22±0,69	55,93	4,58±0,52	56,77
Diğer	4	1,96±0,89	82,50	3,05±0,34	59,75	3,38±0,25	72,00	4,10±1,23	49,13
<i>z</i>		-1,705		-0,207		-1,050		-0,483	
<i>p</i> [†]		0,088		0,836		0,294		0,629	
Hanehalkı sayısı									
0	19	1,17±0,27	45,68	3,18±0,65	64,21	3,25±0,68	57,00	4,64±0,41	58,45
≥ 1	93	1,38±0,54	58,71	3,03±0,68	54,92	3,22±0,69	56,40	4,54±0,58	56,10
<i>z</i>		-1,666		-1,156		-0,080		-0,300	
<i>p</i> [†]		0,096		0,248		0,937		0,764	

[†]Mann-Whitney U Testi. ^{††}Kruskal-Wallis H Testi. **p*<0,05. Dunnet T3 testi: Sağlık Bakım Etkinliği: Yaş: *c*<*a*.

Tablo 4.11’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Araştırma grubunda Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (*p*=0,010). Farkın kaynağı araştırıldığında; 65 yaş ve üzerindeki hastaların Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları 55 yaşından

küçük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,013$). Cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, hane halkı sayısı ile Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme ve Tedavi Uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Meslek									
İşçi, esnaf, çiftçi	21	1,22±0,40	46,38	3,02±0,74	54,86	3,39±0,71	61,69	4,71±0,37	61,48
Emekli	47	1,34±0,56	53,69	3,13±0,70	58,41	3,21±0,68	54,43	4,49±0,62	52,14
Ev hanımı, öğrenci	42	1,39±0,51	62,08	3,00±0,63	52,56	3,19±0,68	53,61	4,58±0,55	56,27
χ^2		4,018		0,786		1,168		1,408	
p^{**}		0,134		0,675		0,558		0,495	
Çalışma durumu									
Çalışıyor	20	1,23±0,41	47,83	3,08±0,72	59,45	3,34±0,79	60,63	4,65±0,40	58,45
Çalışmıyor	92	1,37±0,53	58,39	3,05±0,67	55,86	3,20±0,66	55,60	4,54±0,58	56,08
z		-1,378		-0,456		-0,677		-0,310	
$p^{\dagger}$		0,168		0,648		0,498		0,757	
Algılanan gelir									
Yeterli	107	1,32±0,47	55,26	3,07±0,68	56,67	3,21±0,66	55,77	4,58±0,52	57,14
Yetersiz	5	1,94±0,85	83,10	2,88±0,58	52,90	3,55±1,07	72,10	4,08±1,06	42,90
z		-1,959		-0,258		-1,187		-1,001	
$p^{\dagger}$		0,050		0,796		0,235		0,317	
Sosyal güvence									
Hayır	10	1,36±0,36	61,45	2,90±0,56	47,25	2,93±0,37	42,60	4,32±0,52	40,30
Evet	102	1,34±0,52	56,01	3,07±0,69	57,41	3,26±0,70	57,86	4,58±0,56	58,09
z		-0,528		-0,960		-1,532		-1,727	
$p^{\dagger}$		0,597		0,337		0,126		0,084	

† Mann-Whitney U Testi. ** Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.12’de katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Araştırma grubunun sosyoekonomik özellikleri ile Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Sigara içme									
Evet	21	1,36±0,55	56,36	3,10±0,72	56,90	3,24±0,65	57,38	4,58±0,67	60,17
Hayır, bırakmış	91	1,34±0,50	56,53	3,05±0,67	56,41	3,23±0,69	56,30	4,55±0,53	55,65
<i>z</i>		-0,023		-0,064		-0,149		-0,600	
<i>p</i> [†]		0,981		0,949		0,882		0,549	
Vitamin desteği									
Hayır	110	1,34±0,51	56,01	3,06±0,68	56,85	3,24±0,68	57,07	4,55±0,56	56,20
Evet	2	1,50±0,10	83,50	2,70±0,42	37,50	2,50±0,71	25,25	4,90±0,14	73,00
<i>z</i>		-1,241		-0,849		-1,483		-0,757	
<i>p</i> [†]		0,215		0,396		0,138		0,449	
Düzenli egzersiz									
Evet, ara sıra	59	1,38±0,50	58,64	2,99±0,74	53,38	3,21±0,65	56,36	4,57±0,54	56,20
Hayır	53	1,31±0,52	54,11	3,13±0,59	59,97	3,25±0,72	56,66	4,55±0,58	56,83
<i>z</i>		-0,771		-1,091		-0,054		-0,107	
<i>p</i> [†]		0,441		0,275		0,957		0,915	
BKİ									
Zayıf	11	1,31±0,53	51,50	2,98±0,62	52,59	3,09±0,50	49,23	4,71±0,27	60,32
Normal	53	1,25±0,34	52,66	3,05±0,76	56,04	3,15±0,68	52,25	4,51±0,59	53,85
Fazla kilolu	29	1,52±0,69	63,36	3,05±0,59	57,09	3,34±0,77	61,78	4,62±0,52	60,86
Obez	19	1,35±0,53	59,63	3,13±0,62	59,16	3,37±0,63	64,50	4,51±0,65	55,03
χ^2		2,704		0,318		3,938		1,165	
<i>p</i> ^{††}		0,440		0,957		0,268		0,761	

[†]Mann–Whitney U Testi. ^{††}Kruskal–Wallis H Testi.

Tablo 4.13'te katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Araştırma grubunun bazı yaşam biçimi özellikleri ile Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
KBY hariç, hastalık									
Hayır	37	1,31±0,38	59,03	3,06±0,70	57,55	3,43±0,69	66,01	4,69±0,41	62,88
Evet	75	1,36±0,56	55,25	3,06±0,67	55,98	3,13±0,66	51,81	4,49±0,61	53,35
<i>z</i>		-0,605		-0,245		-2,352		-1,525	
<i>p</i> [†]		0,545		0,806		0,019*		0,127	
KBY hariç, hastalıkları için ilaç kullanma									
Hayır	40	1,34±0,39	60,61	3,10±0,71	59,59	3,42±0,74	64,22	4,63±0,45	59,28
Evet	72	1,35±0,57	54,22	3,04±0,66	54,78	3,12±0,63	52,21	4,52±0,60	54,96
<i>z</i>		-1,045		-0,763		-2,027		-0,704	
<i>p</i> [†]		0,296		0,445		0,043*		0,481	
KBY süre									
< 5 yıl	52	1,37±0,55	57,48	3,09±0,67	57,45	3,25±0,68	58,38	4,62±0,54	60,79
≥ 5 yıl	60	1,32±0,47	55,65	3,03±0,68	55,68	3,21±0,69	54,88	4,50±0,57	52,78
<i>z</i>		-0,311		-0,294		-0,614		-1,359	
<i>p</i> [†]		0,756		0,769		0,539		0,174	
Hemodiyaliz süre									
< 5 yıl	56	1,35±0,53	56,95	3,09±0,65	57,77	3,25±0,68	58,60	4,63±0,53	61,13
≥ 5 yıl	56	1,34±0,49	56,05	3,03±0,71	55,23	3,20±0,69	54,40	4,49±0,58	51,87
<i>z</i>		-0,152		-0,420		-0,739		-1,578	
<i>p</i> [†]		0,879		0,674		0,460		0,115	
Hemodiyaliz sıklık									
Haftada 1-2 kez	10	2,10±0,79	90,50	2,80±0,28	42,60	2,95±0,61	43,90	4,34±0,86	51,05
Haftada 3-4 kez	102	1,27±0,41	53,17	3,08±0,70	57,86	3,25±0,69	57,74	4,58±0,52	57,03
<i>z</i>		-3,628		-1,443		-1,389		-0,581	
<i>p</i> [†]		0,000***		0,149		0,165		0,561	
Periton diyalizine girme									
Hayır	108	1,34±0,51	56,22	3,09±0,65	57,75	3,24±0,68	57,04	4,57±0,52	56,41
Evet	4	1,36±0,44	64,13	2,20±0,78	22,63	3,00±0,74	41,88	4,30±1,27	59,00
<i>z</i>		-0,500		-2,162		-0,991		-0,164	
<i>p</i> [†]		0,617		0,031*		0,322		0,870	
Böbrek nakli olma									
Hayır	107	1,35±0,51	56,70	3,09±0,67	58,06	3,23±0,67	56,77	4,58±0,53	57,15
Evet	5	1,31±0,46	52,30	2,40±0,47	23,20	3,10±0,95	50,70	4,16±1,03	42,50
<i>z</i>		-0,309		-2,387		-0,441		-1,030	
<i>p</i> [†]		0,757		0,017*		0,659		0,303	
KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama									
Hayır	9	1,56±0,64	74,78	2,82±0,43	45,67	3,14±0,75	53,83	4,38±0,63	48,11
Evet	103	1,33±0,49	54,90	3,08±0,69	57,45	3,24±0,68	56,73	4,57±0,55	57,23
<i>z</i>		-1,841		-1,062		-0,277		-0,844	
<i>p</i> [†]		0,066		0,288		0,781		0,399	

[†]Mann-Whitney U Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01, ****p*<0,001.

Tablo 4.14. Devamı. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Akut komplikasyon									
Hayır	41	1,40±0,48	64,41	3,08±0,64	58,15	3,29±0,71	57,91	4,60±0,60	61,72
Evet	71	1,31±0,52	51,93	3,05±0,70	55,55	3,19±0,67	55,68	4,53±0,53	53,49
<i>z</i>		-2,049		-0,415		-0,378		-1,350	
<i>p</i> [†]		0,040*		0,678		0,705		0,177	
Kronik komplikasyon									
Hayır	108	1,32±0,48	55,83	3,06±0,67	56,85	3,22±0,69	56,06	4,58±0,54	57,51
Evet	4	1,89±0,98	74,63	3,00±0,97	47,00	3,44±0,66	68,50	3,95±0,77	29,25
<i>z</i>		-1,189		-0,606		-0,813		-1,785	
<i>p</i> [†]		0,235		0,544		0,416		0,074	
Ailede KBY hastası									
Hayır	101	1,33±0,50	54,69	3,08±0,67	57,65	3,26±0,68	57,74	4,57±0,53	56,20
Evet	11	1,51±0,61	73,09	2,84±0,75	45,91	2,95±0,71	45,14	4,49±0,80	59,27
<i>z</i>		-1,866		-1,159		-1,320		-0,312	
<i>p</i> [†]		0,062		0,247		0,187		0,755	
Ailede diyalize giren hasta									
Hayır	106	1,35±0,52	55,90	3,06±0,68	56,37	3,24±0,68	56,92	4,56±0,56	56,42
Evet	6	1,31±0,21	67,08	3,07±0,65	58,83	3,04±0,71	49,08	4,60±0,49	58,00
<i>z</i>		-0,858		-0,184		-0,621		-0,121	
<i>p</i> [†]		0,391		0,854		0,535		0,903	
Bakım ihtiyacı									
Hayır	95	1,29±0,45	53,60	3,13±0,66	60,32	3,23±0,67	57,12	4,65±0,46	61,06
Evet	17	1,65±0,70	72,71	2,66±0,65	35,18	3,21±0,75	53,03	4,02±0,72	31,03
<i>z</i>		-2,336		-2,991		-0,517		-3,668	
<i>p</i> [†]		0,019*		0,003**		0,605		0,000***	
Ulaşımda zorluk									
Hayır	110	1,32±0,48	55,63	3,07±0,68	57,16	3,24±0,68	57,07	4,56±0,56	56,56
Evet	2	2,50±0,91	104,25	2,40±0,28	20,25	2,50±0,71	25,25	4,50±0,71	53,25
<i>z</i>		-2,194		-1,621		-1,483		-0,149	
<i>p</i> [†]		0,028*		0,105		0,138		0,881	

[†]Mann-Whitney U Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01, ****p*<0,001.

Tablo 4.14’de katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması gösterilmiştir. Kendini Damgalama puan ortalamaları haftada 3-4 kez diyalize girenlerde (*p*=0,000), akut komplikasyon yaşayanlarda (*p*=0,040), bir başkasından bakım ihtiyacı olmayanlarda (*p*=0,019) ve ulaşımında zorluk yaşamayanlarda (*p*=0,028) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma

durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu ve ailede diyalize giren hasta varlığı ile Kendini Damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Damgalamayla Baş Etme puan ortalamaları daha önce periton diyalizine girmeyenlerde ($p=0,031$), daha önce böbrek nakli olmayanlarda ($p=0,017$), bir başkasından bakım ihtiyacı olmayanlarda ($p=0,003$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, hemodiyaliz sıklık, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ve ulaşımında zorluk yaşama durumu ile Damgalamayla Baş Etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları KBY hariç kronik hastalığı olmayanlarda ($p=0,019$) ve KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanmayanlarda ($p=0,043$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. KBY süre, hemodiyaliz süre, hemodiyaliz sıklığı, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı, bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu ve ulaşımında zorluk yaşama durumu ile Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tedavi Uyumu puan ortalamaları bir başkasından bakım ihtiyacı olmayanlarda, bakım ihtiyacı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$). KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, hemodiyaliz sıklığı, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede KBY hastası olma durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ve ulaşımında zorluk yaşama durumu

ile Tedavi Uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Katılımcıların Özellikleri İle Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

	B	SE	β	t	p	95 Confidence Interval	
						Interval	
						Lower	Upper
Kendini Damgalama							
Hemodiyaliz sıklık	-0,773	0,239	-0,277	-3,233	0,002**	-1,246	-0,299
Akut komplikasyon (evet)	-0,320	0,174	-0,155	-1,843	0,068	-0,664	0,024
Bakım ihtiyacı (evet)	0,612	0,240	0,220	2,551	0,012*	0,136	1,087
Ulaşımında zorluk (evet)	2,594	0,628	0,345	4,130	0,000***	1,349	3,839
Adj.R ²	0,237						
F	9,633***						
Damgalamayla Baş Etme							
Periton diyalizine girme (evet)	-1,039	0,485	-0,194	-2,142	0,034*	-2,000	-0,077
Böbrek nakli olma (evet)	-0,952	0,437	-0,198	-2,179	0,032*	-1,819	-0,086
Bakım ihtiyacı (evet)	-0,716	0,247	-0,258	-2,897	0,005**	-1,206	-0,226
Adj.R ²	0,130						
F	6,541***						
Sağlık Bakım Etkinliği							
Yaş	-0,013	0,007	-0,191	-1,891	0,061	-0,026	0,001
KBY hariç, hastalık (evet)	-0,285	0,213	-0,135	-1,336	0,184	-0,707	0,138
Adj.R ²	0,058						
F	4,429*						
Tedavi uyumu							
Bakım ihtiyacı (evet)	-1,135	0,241	-0,409	-4,702	0,000***	-1,613	-0,657
Adj.R ²	0,160						
F	22,107***						

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 4.15’de katılımcıların özellikleri ile kronik hastalık öz yönetiminin çok değişkenli lineer regresyon analizi sunulmuştur. Kendini Damgalama düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %23,7’si açıklanmıştır. Bir başkasından bakım ihtiyacı olma (B:0,612, SE:0,240, $p=0,012$) ve ulaşımında zorluk yaşama (B:2,594, SE:0,628, $p=0,000$) ile Kendini Damgalama düzeyi arasında pozitif yönlü; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ile arasında negatif yönlü (B:-0,773, SE:0,239, $p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kendini Damgalama düzeyi ile akut

komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Damgalamayla Baş Etme düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %13,0'ı açıklanmıştır. Daha önce periton diyalizine girme ($B:-1,039$, $SE:0,485$, $p=0,034$), daha önce böbrek nakli olma ($B:-0,952$, $SE:0,437$, $p=0,032$) ve bir başkasından bakım ihtiyacı olma ($B:-0,716$, $SE:0,247$, $p=0,005$) ile Damgalamayla Baş Etme düzeyleri arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15).

Sağlık Bakım Etkinliği düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %5,8'i açıklanmıştır. Sağlık Bakım Etkinliği düzeyi ile yaş ve KBY hariç kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tedavi Uyumu düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %16,0'ı açıklanmıştır. Bir başkasından bakım ihtiyacı olma ile Tedavi Uyumu düzeyleri arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($B:-1,135$, $SE:0,241$, $p=0,000$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Cinsiyet					
Kadın	41	39,57±9,25	—	46,81±6,84	50,66
Erkek	71	42,42±7,68	—	48,32±6,45	59,87
<i>t/z</i>		-1,757		-1,447	
<i>p</i>		0,082 [†]		0,148 ^{††}	
Yaş					
< 55 ^a	39	47,12±6,40	80,15	50,37±3,94	69,18
55-64 ^b	27	40,11±7,93	50,94	48,26±7,70	58,91
≥ 65 ^c	46	37,25±7,38	39,71	45,28±6,93	44,34
χ^2		33,800		12,553	
<i>p</i> ^{†††}		0,000***		0,002**	
Yaşanılan yer					
Kent	98	41,14±8,38	55,38	47,65±6,62	55,54
Kır	14	43,04±8,30	64,36	48,63±6,71	63,21
<i>z</i>		-0,968		-0,827	
<i>p</i> ^{††}		0,333		0,408	
Eğitim durumu					
OY değil ve OY ^a	18	38,62±9,50	46,14	46,13±8,00	48,36
İlkokul ^b	59	40,32±8,29	51,78	47,85±7,01	57,71
Ortaokul ve üzeri ^c	35	44,58±7,02	69,79	48,49±4,97	58,64
χ^2		8,941		1,366	
<i>p</i> ^{†††}		0,011*		0,505	
Medeni durum					
Evli	79	42,00±7,57	—	48,55±6,75	60,92
Evli değil	33	39,88±9,98	—	45,91±5,93	45,91
<i>t/z</i>		1,225		-2,231	
<i>p</i>		0,279 [†]		0,026 ^{††}	
Aile tipi					
Çekirdek	108	41,29±8,09	55,94	47,80±6,55	56,54
Diğer	4	43,66±15,61	71,50	47,05±9,08	55,50
<i>z</i>		-0,941		-0,063	
<i>p</i> ^{††}		0,347		0,950	
Hanehalkı sayısı					
0	19	40,97±9,39	53,42	45,57±5,41	42,74
≥ 1	93	41,46±8,19	57,13	48,22±6,76	59,31
<i>z</i>		-0,454		-2,028	
<i>p</i> ^{††}		0,650		0,043*	

[†]Student's *t* Testi. ^{††}Mann-Whitney U Testi. ^{†††}Kruskal-Wallis H Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01, ****p*<0,001. Dunnet T3 testi: Fiziksel Bileşen: Yaş: *a*>*b*; *a*>*c*. Eğitim durumu: *c*>*a*. Mental Bileşen: Yaş: *a*>*c*.

Tablo 4.16'da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Fiziksel Bileşen puan ortalamaları ile yaş kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,000). Farkın kaynağı araştırıldığında; 55 yaşından küçük olan hastaların Fiziksel Bileşen puan ortalamaları 55-64 yaş arasındakilere göre (*p*=0,001) ve 65 yaş ve üzerindekiilere göre (*p*=0,000) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Fiziksel Bileşen puan ortalamaları ile eğitim durumu

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,011$). Farkın kaynağı araştırıldığında; ortaokul ve üzeri eğitimlilerin ilkokul mezunlarına göre Fiziksel Bileşen puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,028$). Cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi ve hanehalkı sayısı ile Fiziksel Bileşen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Mental Bileşen puan ortalamaları ile yaş kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Farkın kaynağı araştırıldığında; 55 yaşından küçük olan hastaların Fiziksel Bileşen puan ortalamaları 65 yaş ve üzerindekiyle göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Fiziksel Bileşen puan ortalamaları medeni durumu evli olanlarda ($p=0,026$) ve hanesinde en az 1 kişi ile yaşayanlarda değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek saptanmıştır. Cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu ve aile tipi ile Mental Bileşen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Meslek					
İşçi, esnaf, çiftçi ^a	21	47,14±5,15	77,76	50,74±4,28	69,57
Emekli ^b	47	40,55±7,36	50,47	47,15±7,05	52,81
Ev hanımı, öğrenci ^c	42	40,05±9,27	50,00	47,29±6,80	51,48
χ^2		12,654		5,093	
p^{**}		0,002**		0,078	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	20	45,85±7,19	75,25	49,75±4,81	65,90
Çalışmıyor	92	40,41±8,31	52,42	47,34±6,88	54,46
z		-2,850		-1,429	
$p^{\dagger}$		0,004**		0,153	
Algılanan gelir					
Yeterli	107	41,44±8,29	56,50	47,73±6,58	56,15
Yetersiz	5	40,01±10,79	56,40	48,75±7,96	64,00
z		-0,007		-0,528	
$p^{\dagger}$		0,994		0,597	
Sosyal güvence					
Hayır	10	38,49±10,40	48,20	47,94±5,81	55,40
Evet	102	41,66±8,14	57,31	47,75±6,71	56,61
z		-0,847		-0,112	
$p^{\dagger}$		0,397		0,911	

[†]Mann-Whitney U Testi. ^{**}Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$. Dunnet T3 testi: Fiziksel Bileşen: Meslek: $a>b$; $a>c$.

Tablo 4.17’de katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Fiziksel Bileşen puan ortalamaları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Farkın kaynağı araştırıldığında; mesleği işçi, esnaf, çiftçi olanların Fiziksel Bileşen puan ortalamaları emeklilere göre ($p=0,000$) ve ev hanımı, öğrencilere göre ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Fiziksel Bileşen puan ortalamaları gelir getiren herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara göre yüksek saptanmıştır ($p=0,004$). Algılanan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı ile Fiziksel Bileşen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Mental Bileşen puan ortalamaları ile meslek, çalışma durumu, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Sigara içme					
Evet	21	44,43±8,47	68,60	49,16±6,38	64,88
Hayır, bırakmış	91	40,67±8,22	53,71	47,45±6,65	54,57
<i>z</i>		-1,894		-1,312	
<i>p</i> ^{††}		0,058		0,189	
Vitamin desteği					
Hayır	110	41,53±8,33	57,06	47,73±6,43	56,44
Evet	2	33,23±7,36	25,50	50,12±18,14	60,00
<i>z</i>		-1,363		-0,154	
<i>p</i> ^{††}		0,173		0,878	
Düzenli egzersiz					
Evet, ara sıra	59	42,67±7,73	—	48,52±6,57	60,03
Hayır	53	39,94±8,86	—	46,94±6,61	52,57
<i>t/z</i>		1,737		-1,215	
<i>p</i>		0,085 [†]		0,224 ^{††}	
BKİ					
Zayıf	11	46,42±6,04	76,45	49,97±3,65	66,91
Normal	53	40,37±8,19	52,20	48,38±6,59	58,56
Fazla kilolu	29	41,40±8,18	56,00	46,16±7,21	50,45
Obez	19	41,24±9,70	57,71	47,26±6,85	53,97
χ^2		5,119		2,466	
<i>p</i> ^{†††}		0,163		0,481	

[†]Student's *t* Testi. ^{††}Mann–Whitney *U* Testi. ^{†††}Kruskal–Wallis *H* Testi.

Tablo 4.18'de katılımcıların bazı yaşam biçimi özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması gösterilmiştir. Katılımcıların Fiziksel ve Mental Bileşen puan ortalamaları ile bazı yaşam biçimi özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler	N	Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
KBY hariç, hastalık					
Hayır	37	46,14±6,30	—	49,59±4,36	64,59
Evet	75	39,03±8,28	—	46,87±7,33	52,51
<i>t/z</i>		4,609		-1,853	
<i>p</i>		0,000***†		0,064††	
KBY hariç, hastalıkları için ilaç kullanma					
Hayır	40	44,94±7,26	—	49,43±4,71	63,90
Evet	72	39,40±8,32	—	46,85±7,32	52,39
<i>t/z</i>		3,530		-1,798	
<i>p</i>		0,001***†		0,072††	
KBY süre					
< 5 yıl	52	42,54±8,16	—	47,87±6,94	57,13
≥ 5 yıl	60	40,37±8,47	—	47,69±6,36	55,95
<i>t/z</i>		1,371		-0,193	
<i>p</i>		0,173†		0,847††	
Hemodiyaliz süre					
< 5 yıl	56	42,67±8,15	—	47,75±7,08	57,04
≥ 5 yıl	56	40,09±8,44	—	47,79±6,16	55,96
<i>z/t</i>		1,643		-0,178	
<i>p</i>		0,103†		0,859††	
Hemodiyaliz sıklık					
Haftada 1-2 kez	10	36,86±9,84	38,20	42,39±9,29	31,30
Haftada 3-4 kez	102	41,82±8,12	58,29	48,30±6,09	58,97
<i>z</i>		-1,868		-2,572	
<i>p</i> ††		0,062		0,010*	
Periton diyalizine girme					
Hayır	108	41,26±8,29	56,03	47,60±6,65	55,60
Evet	4	44,46±10,97	69,13	52,50±2,94	80,88
<i>z</i>		-0,792		-1,529	
<i>p</i> ††		0,428		0,126	
Böbrek nakli olma durumu					
Hayır	107	41,35±8,20	56,36	47,67±6,56	55,87
Evet	5	41,99±12,44	59,40	49,94±8,02	70,00
<i>z</i>		-0,204		-0,951	
<i>p</i> ††		0,838		0,341	
KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama					
Hayır	9	44,72±5,15	69,56	49,45±7,29	66,89
Evet	103	41,09±8,54	55,36	47,62±6,56	55,59
<i>z</i>		-1,258		-1,001	
<i>p</i> ††		0,208		0,317	

†Student's *t* Testi. ††Mann-Whitney *U* Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01, ****p*<0,001.

Tablo 4.19. Devamı. Katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		Ort±ss	Sıra ort.	Ort±ss	Sıra ort.
Akut komplikasyon					
Hayır	41	43,64±8,95	—	48,26±6,28	59,41
Evet	71	40,07±7,76	—	47,49±6,81	54,82
<i>t/z</i>		2,214		-0,722	
<i>p</i>		0,029**		0,470**	
Kronik komplikasyon					
Hayır	108	41,48±8,36	56,94	47,99±6,42	57,28
Evet	4	38,51±9,13	44,75	41,84±9,75	35,50
<i>z</i>		-0,737		-1,317	
<i>p</i>		0,461		0,188	
Ailede KBY hastası					
Hayır	101	42,17±8,12	59,42	47,65±6,33	55,84
Evet	11	34,07±7,20	29,73	48,90±9,10	62,55
<i>z</i>		-2,880		-0,650	
<i>p</i>		0,004**		0,515	
Ailede diyalize giren hasta					
Hayır	106	41,43±8,56	56,75	47,47±6,51	55,21
Evet	6	40,53±3,27	52,00	53,05±6,67	79,33
<i>z</i>		-0,349		-1,771	
<i>p</i>		0,727		0,077	
Bakım ihtiyacı					
Hayır	95	41,96±8,41	58,79	48,11±6,04	57,66
Evet	17	38,10±7,46	43,71	45,88±9,17	50,00
<i>z</i>		-1,764		-0,896	
<i>p</i>		0,078		0,370	
Ulaşımında zorluk					
Hayır	110	41,61±8,25	57,35	48,01±6,38	57,40
Evet	2	28,57±1,92	9,50	34,70±7,61	7,00
<i>z</i>		-2,066		-2,176	
<i>p</i>		0,039*		0,030*	

*Student's *t* Testi. **Mann–Whitney *U* Testi. **p*<0,05, ***p*<0,01.

Tablo 4.19'da katılımcıların hastalık durumu ile ilgili özelliklerine göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Fiziksel Bileşen puan ortalamaları KBY hariç herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda (*p*=0,000), KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanmayanlarda (*p*=0,001), akut bir komplikasyon yaşamayanlarda (*p*=0,029), ailesinde KBY hastası olmayanlarda (*p*=0,004) ve ulaşımında zorluk yaşamayanlarda (*p*=0,039) değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek belirlenmiştir. KBY süre, hemodiyaliz süre, hemodiyaliz sıklığı, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ve bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu ile

Fiziksel Bileşen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.19).

Mental Bileşen puan ortalamaları haftada 3-4 kez diyalize girenlerde ($p=0,010$) ve ulaşımında zorluk yaşamayanlarda ($p=0,030$) değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek bulunmuştur. KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç hastalıkları için ilaç kullanma durumu, KBY süre, hemodiyaliz süre, periton diyalizine girme durumu, böbrek nakli olma durumu, KBY hastalığı ile ilgili sorun yaşama durumu, akut ve kronik komplikasyon yaşama durumu, ailede diyalize giren hasta varlığı ve bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu ile Mental Bileşen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Katılımcıların Özellikleri İle Yaşam Kalitesinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

	B	SE	β	t	p	95 Confidence Interval	
						Lower	Upper
Fiziksel Bileşen							
Yaş	-0,022	0,007	-0,319	-3,177	0,002**	-0,035	-0,008
Eğitim (ortaokul ve üzeri)	0,070	0,184	0,033	0,381	0,704	-0,295	0,435
Meslek (emekli, ev hanımı, öğrenci)	-1,161	0,456	-0,467	-2,547	0,012*	-2,066	-0,257
Çalışma durumu (hayır)	0,898	0,460	0,355	1,952	0,054	-0,015	1,812
KBY hariç hastalık (evet)	-0,148	0,353	-0,071	-0,420	0,675	-0,848	0,552
KBY hariç ilaç kullanma (evet)	-0,290	0,327	-0,141	-0,886	0,378	-0,938	0,359
Akut komplikasyon (evet)	-0,425	0,158	-0,208	-2,684	0,009**	-0,740	-0,111
Ailede KBY hastası (evet)	-0,560	0,255	-0,172	-2,199	0,030*	-1,066	-0,055
Ulaşımında zorluk (evet)	-0,646	0,560	-0,088	-1,153	0,252	-1,758	0,466
Adj.R ²	0,396						
F	8,955***						
Mental Bileşen							
Yaş	-0,019	0,007	-0,287	-2,849	0,005**	-0,033	-0,006
Medeni durum (evli değil)	-0,444	0,193	-0,203	-2,304	0,023*	-0,827	-0,062
Hanehalkı sayısı	-0,059	0,080	-0,073	-0,737	0,463	-0,218	0,100
Hemodiyaliz sıklık	0,272	0,248	0,097	1,097	0,275	-0,219	0,763
Ulaşımında zorluk (evet)	-1,878	0,664	-0,250	-2,827	0,006**	-3,194	-0,561
Adj.R ²	0,160						
F	5,241***						

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.20’de katılımcıların özellikleri ile yaşam kalitesinin çok değişkenli lineer regresyon analizi gösterilmiştir. Fiziksel Bileşen düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %39,6’sı açıklanmıştır. Yaş (B:-0,022, SE:0,007, $p=0,002$), mesleğin emekli, ev hanımı, öğrenci olması (B:-1,161, SE:0,456, $p=0,012$), akut komplikasyon yaşama (B:-0,425, SE:0,158, $p=0,009$), ailede KBY hastası olması (B:-0,560, SE: 0,255, $p=0,030$) ile Fiziksel Bileşen düzeyi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel Bileşen düzeyi ile eğitim durumu, çalışma durumu, KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç ilaç kullanma durumu ve ulaşımında zorluk yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mental Bileşen düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %16,0'ı açıklanmıştır. Yaş (B:-0,019, SE:0,007, p=0,005), medeni durumun evli olmaması (B:-0,444, SE:0,193, p=0,023) ve ulaşımda zorluk yaşama (B:-1,878, SE: 0,664, p=0,006) ile Mental Bileşen düzeyi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Mental Bileşen düzeyi ile hanehalkı sayısı ve haftalık hemodiyaliz sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin Kronik Hastalık Öz Yönetimi ile İlişkisi

Ölçekler	N	Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği							
		Kendini Damgalama		Damgalamayla Baş Etme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
		r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]
DAS ölçeği									
Anksiyete	112	0,296	0,002**	-0,170	0,073	-0,118	0,217	-0,321	0,001**
Depresyon	112	0,221	0,019*	-0,104	0,273	0,032	0,741	-0,070	0,462
Stres	112	0,397	0,000***	-0,140	0,141	0,010	0,919	-0,080	0,402

[†]Spearman Korelasyon Analizi. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tablo 4.21’de katılımcıların depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin kronik hastalık öz yönetimi ile ilişkisi gösterilmiştir. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kendini Damgalama puanları ile DAS ölçeği Anksiyete skorları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü (r:0,296, p=0,002), Depresyon skorları ile arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü (r:0,221, p=0,019), Stres skorları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü (r:0,397, p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tedavi Uyumu puanları ile Anksiyete skorları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r:-0,321, p=0,001). Tedavi Uyumu puanları ile Depresyon ve Stres skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 4.21).

Damgalamayla Baş Etme ve Sağlık Bakım Etkinliği puanları ile DAS Ölçeği Anksiyete, Depresyon ve Stres skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ile Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

	B	SE	β	t	p	95 Confidence Interval	
						Lower	Upper
Kendini Damgalama							
Anksiyete	0,236	0,089	0,236	2,638	0,010*	0,059	0,413
Depresyon	-0,012	0,124	-0,012	-0,098	0,922	-0,257	0,233
Stres	0,478	0,126	0,478	3,809	0,000***	0,229	0,727
Adj.R ²	0,373						
F	22,990***						
Damgalamayla Baş Etme							
Anksiyete	-0,134	0,112	-0,134	-1,196	0,234	-0,357	0,088
Depresyon	-0,020	0,156	-0,020	-0,131	0,896	-0,329	0,288
Stres	-0,054	0,158	-0,054	-0,340	0,734	-0,367	0,259
Adj.R ²	0,007						
F	1,243						
Sağlık Bakım Etkinliği							
Anksiyete	-0,134	0,113	-0,134	-1,186	0,238	-0,359	0,090
Depresyon	0,017	0,157	0,017	0,107	0,915	-0,294	0,328
Stres	-0,006	0,159	-0,006	-0,038	0,970	-0,322	0,310
Adj.R ²	0,010						
F	0,606						
Tedavi uyumu							
Anksiyete	-0,433	0,103	-0,433	-4,213	0,000***	-0,636	-0,229
Depresyon	0,257	0,142	0,257	1,809	0,073	-0,025	0,539
Stres	-0,203	0,144	-0,203	-1,407	0,162	-0,489	0,083
Adj.R ²	0,171						
F	8,612***						

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.22’de katılımcıların depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile kronik hastalık öz yönetiminin çok değişkenli lineer regresyon analizi sunulmuştur. Kendini damgalama düzeylerinde modele alınan değişkenler ile modelin %37,3’ü açıklanmıştır. Anksiyete (B:0,236, SE: 0,089, $p=0,010$) ve stres (B:0,478, SE: 0,126, $p=0,000$) düzeyleri arttıkça kendini damgalama düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Depresyon düzeyi ile kendini damgalama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tedavi uyum düzeyinde modele alınan değişkenler ile modelin %17,1’i açıklanmıştır. Anksiyete düzeyi azaldıkça tedavi uyum düzeyinin arttığı saptanmıştır (B:-0,433, SE:0,103, $p=0,000$). Depresyon ve stres düzeyleri ile tedavi uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasında oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunamadığından değişkenler ile arasındaki ilişki incelenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres, Kronik Hastalık Öz Yönetimi Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Ölçekler	N	SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
		Fiziksel Bileşen		Mental Bileşen	
		r	p [†]	r	p [†]
DAS ölçeği					
Anksiyete	112	-0,498	0,000***	-0,405	0,000***
Depresyon	112	-0,033	0,734	-0,199	0,035*
Stres	112	-0,164	0,083	-0,129	0,175
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği					
Kendini Damgalama	112	-0,114	0,233	-0,066	0,488
Damgalamayla Baş Etme	112	0,067	0,480	0,043	0,649
Sağlık Bakım Etkinliği	112	0,347	0,000***	0,248	0,008**
Tedavi Uyumu	112	0,394	0,000***	0,324	0,000***

[†]Spearman Korelasyon Analizi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 4.23'te katılımcıların depresyon, anksiyete, stres, kronik hastalık öz yönetimi düzeylerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi gösterilmiştir. Fiziksel Bileşen puanları ile Anksiyete puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,498$, $p=0,000$). Mental Bileşen puanları ile Anksiyete puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r:-0,405$, $p=0,000$); Depresyon puanları ile arasında çok zayıf düzeyde negatif yönlü ($r:-0,199$, $p=0,035$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Fiziksel Bileşen puanları ile depresyon ve stres düzeyleri arasında ve Mental Bileşen puanları ile stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel Bileşen puanları ile Sağlık Bakım Etkinliği puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r:0,347$, $p=0,000$); Tedavi Uyumu puanları ile arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r:0,394$, $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Mental Bileşen puanları ile Sağlık Bakım Etkinliği puanları arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r:0,248$, $p=0,008$); Tedavi Uyumu puanları ile arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r:0,324$, $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Fiziksel ve Mental Bileşen puanları ile Kendini Damgalama ve Damgalamayla Baş Etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres, Kronik Hastalık Öz Yönetimi Düzeyleri ile Yaşam Kalitesinin Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

	B	SE	β	t	p	95 Confidence Interval	
						Interval	
						Lower	Upper
FİZİKSEL BİLEŞEN							
Model 1							
Anksiyete	-0,623	0,095	-0,623	-6,569	0,000***	-0,811	-0,435
Depresyon	-0,330	0,131	-0,330	-2,512	0,013*	-0,590	-0,069
Stres	-0,095	0,133	-0,095	-0,714	0,477	-0,359	0,169
Adj.R ²	0,294						
F	16,400***						
Model 2							
Kendini Damgalama	-0,019	0,090	-0,019	-0,208	0,836	-0,197	0,160
Damgalamayla Baş Etme	-0,142	0,091	-0,142	-1,555	0,123	-0,322	0,039
Sağlık Bakım Etkinliği	0,250	0,093	0,250	2,670	0,009**	0,064	0,435
Tedavi Uyumu	0,390	0,095	0,390	4,128	0,000***	0,203	0,578
Adj.R ²	0,228						
F	9,187***						
Model 3							
Anksiyete	-0,540	0,095	-0,540	-5,668	0,000***	-0,729	-0,351
Depresyon	-0,267	0,123	-0,267	-2,179	0,032*	-0,511	-0,024
Stres	-0,115	0,131	-0,115	-0,879	0,382	-0,375	0,145
Kendini Damgalama	0,120	0,097	0,120	1,239	0,218	-0,072	0,313
Damgalamayla Baş Etme	-0,153	0,080	-0,153	-1,903	0,060	-0,312	0,006
Sağlık Bakım Etkinliği	0,280	0,083	0,280	3,387	0,001**	0,116	0,443
Tedavi Uyumu	0,217	0,089	0,217	2,446	0,016*	0,041	0,392
Adj.R ²	0,403						
F	11,693***						
MENTAL BİLEŞEN							
Model 1							
Anksiyete	-0,461	0,099	-0,461	-4,673	0,000***	-0,656	-0,265
Depresyon	-0,150	0,136	-0,150	-1,098	0,275	-0,420	0,121
Stres	0,073	0,139	0,073	0,526	0,600	-0,202	0,348
Adj.R ²	0,236						
F	12,435***						
Model 2							
Kendini Damgalama	-0,172	0,097	-0,172	-1,781	0,078	-0,364	0,019
Damgalamayla Baş Etme	-0,117	0,098	-0,117	-1,202	0,232	-0,311	0,076
Sağlık Bakım Etkinliği	0,198	0,100	0,198	1,976	0,051	-0,001	0,396
Tedavi Uyumu	0,189	0,101	0,189	1,865	0,065	-0,012	0,390
Adj.R ²	0,113						
F	4,523**						
Model 3							
Anksiyete	-0,424	0,105	-0,424	-4,018	0,000***	-0,633	-0,215
Depresyon	-0,177	0,136	-0,177	-1,303	0,195	-0,446	0,092
Stres	0,064	0,145	0,064	0,443	0,658	-0,223	0,352
Kendini Damgalama	0,039	0,107	0,039	0,367	0,714	-0,173	0,252
Damgalamayla Baş Etme	-0,142	0,089	-0,142	-1,602	0,112	-0,318	0,034
Sağlık Bakım Etkinliği	0,226	0,091	0,226	2,469	0,015*	0,044	0,407
Tedavi Uyumu	0,081	0,098	0,081	0,832	0,408	-0,113	0,276
Adj.R ²	0,269						
F	6,839***						

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.24’te katılımcıların depresyon, anksiyete, stres, kronik hastalık öz yönetimi düzeyleri ile yaşam kalitesinin çok değişkenli lineer regresyon analizi sunulmuştur. Fiziksel ve Mental Bileşenler için ayrı olarak üçer model oluşturulmuştur. Buna göre Fiziksel Bileşen için oluşturulan Model 1’de modele alınan değişkenler ile modelin %29,4’ü açıklanmıştır. Depresyon düzeyi (B: -0,330, SE: 0,131, $p=0,013$) ve Anksiyete düzeyi azaldıkça (B:-0,623, SE: 0,095, $p=0,000$) Fiziksel Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Stres düzeyi ile Fiziksel Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Fiziksel Bileşen için oluşturulan Model 2’de modele alınan değişkenler ile modelin %22,8’i açıklanmıştır. Sağlık Bakım Etkinliği (B: 0,250, SE: 0,093, $p=0,009$) ve Tedavi Uyum düzeyi (B: 0,390, SE: 0,095, $p=0,000$) arttıkça Fiziksel Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Kendini Damgalama ve Damgalamayla Baş Etme düzeyleri ile Fiziksel Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Fiziksel Bileşen için oluşturulan Model 3’de modele alınan değişkenler ile modelin %40,3’ü açıklanmıştır. Sağlık Bakım Etkinliği (B: 0,280, SE: 0,083, $p=0,001$) ve Tedavi Uyum (B: 0,217, SE: 0,089, $p=0,016$) düzeyleri arttıkça ve Depresyon (B: -0,267, SE: 0,123, $p=0,032$) ve Anksiyete düzeyi azaldıkça (B: -0,540, SE: 0,095, $p=0,000$) Fiziksel Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Stres, Kendini Damgalama ve Damgalamayla Baş Etme düzeyleri ile Fiziksel Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Mental Bileşen için oluşturulan Model 1’de modele alınan değişkenler ile modelin %23,6’sı açıklanmıştır. Anksiyete düzeyi azaldıkça Mental Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır (B: -0,461, SE: 0,099, $p=0,000$). Depresyon ve Stres düzeyleri ile Mental Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Mental Bileşen için oluşturulan Model 2’de modele alınan değişkenler ile modelin %11,3’ü açıklanabilmiştir. Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyum düzeyleri ile Mental Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Mental Bileşen için oluşturulan Model 3’de modele alınan değişkenler ile modelin %26,9’u açıklanmıştır. Sağlık Bakım Etkinliği (B: 0,226, SE: 0,091, $p=0,015$) düzeyi arttıkça ve Anksiyete düzeyi azaldıkça (B: -0,424, SE: 0,105, $p=0,000$) Mental Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Depresyon, Stres, Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme ve Tedavi Uyum düzeyleri ile Mental Bileşen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada DAS Ölçeği anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamaları ortalamanın altında belirlenmiştir. Bu araştırma ile benzer şekilde Doğan ve Doğan (2022b) son iki yılda karaciğer nakli olmuş hastalar ile yürüttükleri araştırmada, Doğan vd. (2022b) böbrek nakli olmuş hastalarda ortalamanın altında bulmuş iken; Guo vd., (2023) kemoterapi alan metastatik meme kanseri hastalarında, Saeidi vd. (2021) yoğun bakım ünitelerinden taburcu olan hastalarda orta düzey ve üzerinde belirlemişlerdir. Tsabedze vd. (2021) kronik kalp yetmezliği olan hastaların yarısında anksiyete, depresyon ve stres bulmuştur. Demiroğlu ve Bülbül (2021b) hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yürüttükleri çalışmalarında hastaların üçte ikisinde depresyon, yaklaşık onda dokuzunda anksiyete ve yaklaşık üçte birinde stres belirlenmiştir. Barutçu Ataş vd. (2017) İstanbul’da yürütülen bir araştırmada hemodiyaliz hastalarının dörtte birinde ve renal transplantasyon hastalarının yarıya yakınında orta düzey ve üzerinde anksiyete, hemodiyaliz hastalarının üçte birinde ve renal transplantasyon hastalarının üçte birinde orta düzey ve üzerinde depresyon belirlenmiştir. Sonucumuzun ulusal çalışmalar ile benzer olduğu, farklılıkların araştırılan örneklemelerin mevcut hastalık farklılıklarından ve araştırılan ölçme araçlarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada Anksiyete düzeyinde yaş belirleyici bulunmamıştır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yürütülen bir çalışmada depresyon ve stres düzeyleri ile yaş arasında bir ilişki bulamazken, yaş arttıkça anksiyete düzeyinin arttığını saptamıştır (Demiroğlu ve Bülbül, 2021b). Malatya’da böbrek nakli yapılan hastalar ile yürütülen çalışmada stres skorları ile yaş arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Doğan vd., 2022c). Batman’da yaş ortalaması 48,8 olan hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada yaş anksiyete düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır (Şanlı vd., 2023). Umman’da covid-19 pandemi döneminde hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada 31-40 yaş grubunda olmanın kaygı ve depresyonu etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir (Al Naamani vd., 2021). Ürdün’de diyaliz ünitesinde 66 hastayla yürütülmüş bir araştırmada yaş ile depresyon skorları arasında pozitif korelasyon, anksiyete skorları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Alshelleh vd., 2023). Mısır’da hemodiyaliz hastalarıyla

yürütülen bir araştırmada yaş depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır (Nagy vd., 2023). Vietnam’da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada yaş azaldıkça depresyonun arttığı saptanmıştır (Nguyen vd., 2022). Araştırma sonucumuzun Malatya, Batman, Mısır’da yapılan çalışmalarla benzer olduğu, bazı çalışma sonuçlarıyla ortaya çıkan farklılıkların ölçme araçları ve diğer sosyodemografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada Depresyon ve Stres puanlarının gelirini yetersiz düzeyde algılayanlarda arttığı saptanmıştır. Demiroğlu ve Bülbül (2021b) hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yürüttükleri çalışmalarında depresyon ve stres düzeyi ile gelir durumu arasında bir ilişki olmadığını göstermiş, ancak çalışmayanların depresyon durumlarının çalışanlara göre yüksek olduğunu bildirmiştir. Barutçu Atas vd. (2017) İstanbul’da hemodiyaliz ve renal transplantasyon hastaları ile yürüttükleri araştırmada sosyoekonomik düzey ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Doğan vd. (2022b) Malatya’da böbrek nakli yapılan hastalar ile yürüttükleri çalışmada ekonomik durumun depresyon ve stres için bir belirteç olmadığı bulunmuştur. Turgut vd. (2023) Muş’ta Beck Depresyon Ölçeği kullanarak hemodiyaliz tedavisi alan yetişkinlerle yürüttüğü çalışmalarında depresyon ile hastalık öncesi çalışma durumunun arasında bir fark olmadığı bulunmuştur. Şanlı vd. (2023)’nin Batman’da hemodiyaliz hastalarıyla yürüttüğü araştırmada gelir düzeyi anksiyete düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır. Yılmaz Karabulutlu ve Karasu (2024) covid-19 pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan düşük gelirli hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Nagy vd. (2023)’nin Mısır’da hemodiyaliz hastalarıyla yürüttüğü bir araştırmada çalışmayanlarda çalışanlara göre depresyon ve anksiyete oranları daha yüksek saptanmış; ancak sosyoekonomik durum belirleyici bulunmamıştır. Sonucumuzu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte, farklılıklar gelir düzeylerinde algılanan gelir düzeyinin göreceli olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada Depresyon ve Stres puanları hane halkı sayısı arttıkça arttığı saptanmış; ancak Depresyon düzeyinde aile tipi belirleyici bulunamamıştır. Medeni durum ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda da bir ilişki belirlenmemiştir (Turgut vd., 2023; Alshelleh vd., 2023). Bu durum yalnız yaşama

veya en az bir kiři ile yařama gibi dūřınıldūđında hane halkı sayısını yansıtabilir. Bu aıdan Mısır'da hemodiyaliz hastalarıyla yūřıtūlen bir arařtırmada da yalnız yařama durumu depresyon ve anksiyete dūzeylerinde belirleyici bulunmadıđı gōsterilmiřtir (Nagy vd., 2023). Tūrkiye'de hemodiyaliz hastalarıyla yūřıtūlen arařtırmalarda ise birlikte yařadıđı kiřiler ve aile tipinin anksiyete dūzeylerinde belirleyici olmadıđı gōsterilmiřtir (řanlı vd., 2023; Yılmaz Karabulutlu ve Karasu, 2024). Dođan vd. (2022b) Malatya'da bōbrek nakli yapılan hastalar ile yūřıttıkları ıalıřmada aile yapısının depresyon ve stres iıin, medeni durumun stres iıin bir belirteı olmadıđı bulunurken, ıetinkaya vd. (2008)'nin ıalıřmasında hemodiyaliz hastalarının aile dūzeninin bozulması durumunda anksiyete dūzeylerinin daha da arttıđı belirlenmiřtir. Bulgumuz aile tipi deđiřkeni aıısından literatūřu desteklediđi gōzlenmiř ve farklı olan hane halkı sayısı ile ilgili bulgunun bu arařtırmalarda aynı řekilde sorgulanmamıř olmasıyla iliřkilendirilmiřtir.

Bu araştırmada Anksiyete puanları KBY hariı herhangi bir kronik hastalığı olanlarda yūksek saptanmıştır. Barutıu Atař vd. (2017), Demirođlu ve Būlbūl (2021c) ve şanlı vd. (2023)'ūn hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yūřıttıkları ıalışmalarda anksiyete dūzeyi ile kronik hastalık varlığı arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Mısır'da hemodiyaliz hastalarıyla yūřıtūlen bir araştırmada komorbidite depresyon ve anksiyete dūzeylerinde belirleyici bulunmamıştır (Nagy vd., 2023). ıetinkaya vd. (2008) yaptıkları ıalışmada hemodiyaliz hastalarında komplikasyonların ortaya ııkması durumlarında anksiyete dūzeylerinin daha da arttığı belirlenmiştir. Eray vd. (2024) ıalışmalarında hastalığa eşlik eden ağır hastalıkların depresyon prevalansının artmasına katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. ıin şanghai'da %68,9'unda depresyon ve %36,9'unda anksiyete bulunan hemodiyaliz hastalarında yūksek Charlson Komorbidite İndeksi ve ıoklu ağızdan ilaı kullanımı depresyon ile; ıoklu ağızdan ilaı kullanımı anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (Ye vd., 2022). Bulgumuzun uluslararası ve ulusal literatūřdeki birıok ıalışmayla uyumlu olduğu gōzlenmiřtir.

Bu araştırmada haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttııa Anksiyete, Depresyon ve Stres skorlarının azaldığı saptanmış; daha ōnce periton diyalizine girenlerde Stres puanları artarken; akut komplikasyon yaşama durumu Depresyon dūzeyinde belirleyici bulunmamıştır. Barutıu Atař vd. (2017) İstanbul'da ve şanlı vd. (2023)

Batman’da hemodiyaliz süresi ile hemodiyaliz anksiyete ve/veya depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış; Mısır’da hemodiyaliz süresi arttıkça depresyon ve anksiyete oranlarının; Çin’de ve Endonezya’da depresyon düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Nagy vd., 2023; Marthoenis vd., 2021; Ye vd., 2022). Yılmaz Karabulutlu ve Karasu (2024) covid-19 pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların haftalık seans sayısı ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur. Çetinkaya vd. (2008) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarında makineye bağımlılık, diyalize girilen sürenin uzamasının anksiyete düzeylerini daha da arttırdığı belirlenmiştir. Çin Şanghay’da yaş ortalaması 70 olan 167 hemodiyaliz hastasında en yüksek puanlara sahip semptom yükleri cilt kuruluğu, ağız kuruluğu, kaşıntı ve uykuyu sürdürmede zorluk olarak bulunmuş ve bu semptomların sinirli hissetme ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (Zhou vd., 2023). Aksöz ve Arslan (2017) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda kronik hastalığı olan hastaların olmayanlara göre diyalize bağlı semptomlarının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Literatürden farklı olan bu bulgumuzda daha fazla diyalize girmenin hastaları fiziksel olarak rahatlatmasının tedaviye olumlu katkı sağlamış olabileceğinden ve periton diyalizinin tam olarak bilinmiyor olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kendini Damgalama puan ortalamaları ortalamanın altında; Damgalamayla Baş Etme ve Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları orta düzeyde; Tedavi Uyumu puan ortalamaları ortalamanın üzerinde belirlenmiştir. Çetinkaya ve Karadovan (2023) Öz yeterlik Ölçeği kullanarak 65 yaş ve üstü diyabet hastaları ile yürüttüğü araştırmasında öz yeterlilik düzeyini orta düzey belirlemiştir. Kurbun ve Metin Akten (2018) Kırklareli’nde 149 hemodiyaliz hastası ile yürüttükleri çalışmada ilaç kullanımı, diyet, hijyenik bakım, ruhsal durum ve kendi kendine izlem boyutlarından oluşan öz bakım gücü puan ortalamalarını orta düzey ve daha üzerinde bildirmiştir. Alemdar ve Çınar Pakyüz (2015)’ün 162 kronik hemodiyaliz hastasının öz bakım gücü puanını ortalamanın üzerinde belirlemiştir. Doğan vd. (2022a) Malatya’da böbrek nakli yapılan hastalarda İmmüsupresif Tedaviye Uyum Ölçeği kullanarak yürüttükleri çalışmada tedavi uyumun yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız ile diğer yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte bulunmuştur. Küçük farklılıkların ölçme araçları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Bu araştırmada Sağlık Bakım Etkinliği düzeyinde yaş belirleyici bulunmamıştır. Alemdar ve ınar Pakyüz (2015)'ün 162 kronik hemodiyaliz hastasının öz bakım gücü puanları yaş arttıkça düştüğü belirlenmiştir. Çiriş Yıldız vd. (2023) kronik hastalığı olanlar ile yaptıkları çalışmada yaşın öz yeterlilik üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Doğan vd. (2022a) Malatya'da böbrek nakli yapılan hastalarda İmmünsupresif Tedaviye Uyum Ölçeği kullanarak yürüttükleri çalışmada tedavi uyumu ile yaş arasında bir farklılık bulunmamıştır. Bakır ve Zengin (2023) diyabetli bireylerde öz yönetim ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile diyabetli 200 hasta ile yürütölen araştırmada Sağlık Bakım Etkinliği puanlarının yaş gruplarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Mısır'dan 95 ve Suudi Arabistan'dan 115 hemodiyaliz hastası ile yürütölen bir araştırmada Mısırlı katılımcılar arasında 50 yaş üzeri olanların kronik hastalık özbakım gücü oranları düşük iken; Suudi katılımcılarda kronik hastalık özbakım gücü skorlarında yaş belirleyici bulunamamıştır (Qalawa vd., 2022). Bakır ve Zengin (2023) ve Qalawa vd. (2022)'nin çalışmalarıyla uyumlu olan bu bulgumuzda ortaya çıkan farklılıkların hastalığı hakkındaki belirsizlikler ve sosyal belirleyicilerdeki değişikliklerden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada Sağlık Bakım Etkinliği düzeyinde KBY hariç kronik hastalığı olma durumu; Kendini Damgalama düzeyinde akut komplikasyon yaşama durumu belirleyici bulunmamıştır. Kurbun ve Metin Akten (2018) Kırklareli'nde hemodiyaliz hastası ile yürüttükleri araştırmada özbakım gücü puanlarının eşlik eden hastalık olma durumuna göre farklılaşmadığı gösterilmiştir. Muz ve Eğlence (2013) hemodiyaliz tedavisi alan 117 birey ile yürüttükleri çalışmalarında bir başka kronik hastalığı olanların hem öz yeterlilik hem de öz bakım gücü puanlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Çiriş Yıldız vd. (2023) kronik hastalığı olanlar ile yaptıkları çalışmada kronik hastalık sayısının öz yeterlilik üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bulgumuza yönelik tam olarak uygun veri bulunamasa da beklenenin kronik hastalık veya akut komplikasyonlar ile özbakım gücü arasında karşılıklı bir ilişki olduğu yönündedir. Bu açıdan düşünöldüğünde sonucumuzun olumsuz durumun aksine uygun olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada Kendini Damgalama puanlarının haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttıkça azaldığı saptanmıştır. Muz ve Eğlence (2013) öz yeterlilik ve özbakım

gücünün araştırıldığı hemodiyaliz hastaları ile yürüttükleri çalışmalarında hastalık ve hemodiyaliz süresi 13 yıl ve üzeri olanların hem öz yeterlilik hem de özbakım gücü puanlarının daha düşük olduğunu; haftada 2 kez diyalize girenlerin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Mısır'dan 95 ve Suudi Arabistan'dan 115 hemodiyaliz hastası ile yürütülen bir çalışmada 5 yıldan daha fazla süredir KBY olanların, haftada 3 ve daha fazla diyalize girenlerin kronik hastalık özbakım gücü oranları düşük saptanmıştır (Qalawa vd., 2022). Farklı olarak, Kurban ve Metin Akten (2018) Kırklareli'nde hemodiyaliz hastası ile yürüttükleri çalışmada hemodiyaliz tedavi süresinin öz bakım gücünde belirleyici olmadığı gösterilmiştir. Genellikle hemodiyalize daha kısa süre önce başlayanlarda ve daha az sıklıkta hemodiyalize girenlerde kendini damgalma düzeylerinin yüksek olması beklenir. Bu açıdan düşünüldüğünde sonucun hastalığını kabulleniş durumu ve hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada Damgalamayla Baş Etme puanlarının daha önce periton diyalizine girenlerde ve daha önce böbrek nakli olanlarda azaldığı saptanmıştır. Alemdar ve Çınar Pakyüz (2015)'ün 162 kronik hemodiyaliz hastasının öz bakım gücü puanları ile diyaliz yılı arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Bektaş ve Uysal (2023) kronik hastalığı olan kişilerde yürüttükleri çalışmada, ilkokul mezunu olan bireylerin kronik hastalıklarıyla baş edebilme, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin diğer eğitim düzeylerinden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç eğitim seviyesinin artmasıyla bireylerin hastalığı ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olması, sorumluluk alması, hastalık yönetimine ilişkin gerekli davranışları sürdürmesi, etkin baş etme mekanizmaları geliştirerek yaşama uyum sağlaması ve sağlık hizmetlerini etkili kullanması ile ilişkili olabilir. Araştırmamızın bu sonucunun diğer çalışma sonucuyla ilişkisi eğitim düzeyi olarak gösterilebilir. Eğitim düzeyinin artması ile hastalık ile baş edebilmenin arttığı ve sağlık hizmetinin etkin kullanılmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesi Fiziksel ve Mental Bileşen puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Turgut vd. (2023) Muş'ta 92 hemodiyaliz tedavisi alan yetişkinlerle yürüttüğü çalışmalarında 65 yaş ve üzerindeki bireylerin Fiziksel ve Mental Bileşen Boyut puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Barutçu Ataş vd. (2017)

İstanbul’da 40 yaş üstündeki hemodiyaliz hastalarında fiziksel rol güçlüğü puanı düşük bulunmuştur. Alemdar ve Çınar Pakyüz (2015)’ün 162 kronik hemodiyaliz hastasında yaş arttıkça hastaların yaşam kalitesi azaldığını göstermiştir. Kurban ve Metin Akten (2018) Kırklareli’nde yaklaşık yarısının 65 yaş ve üzeri olduğu hemodiyaliz hastası ile yürüttükleri araştırmada Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık puanlarını ortalamanın üzerinde saptarken; Genel Sağlık puanlarını orta düzeyde bulunmuştur. Yanmış ve Mollaoğlu (2021)’nin Erzincan’da 125 hemodiyaliz hastasıyla yürüttükleri bir araştırmada yaş arttıkça yaşam doyumu azaldığı gözlenmiştir. Yunanistan’da 105 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada ileri yaşta olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi düzeyleri olduğu saptanmıştır (Floria vd., 2022). Peru’da 207 hemodiyalize giren kronik böbrek hastası ile yürütülen bir araştırmada ileri yaş fiziksel sağlık skorlarını düşürürken, mental sağlık skorları ile arasında ilişki belirlenmemiştir (Machaca-Choque vd., 2024). Kim vd. (2021) Ethiopia’da yaş ortalaması 50,3 olan hemodiyaliz hastalarıyla yürüttükleri araştırmada yaşam kalitesi skorlarının yaş gruplarına göre farklılaşmadığını bildirmiştir. Tayvan’da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada yaş yaşam kalitesinin fiziksel ve mental bileşen boyutlarında belirleyici bulunmamıştır (Wu vd., 2022). Vietnam’da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada yaş ile mental bileşen puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Nguyen vd., 2022). Araştırma sonucumuz yürütülmüş çoğu araştırma ile benzer şekilde yaşın artmasına bağlı fiziksel ve mental sağlık durumunun azaldığı yönünde doğru orantılı bulunmuştur. Farklılıkların araştırılan örneklemdeki psikososyal değişkenlerin farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Fiziksel Bileşen düzeyinde eğitim durumu belirleyici bulunmamıştır. Yanmış ve Mollaoğlu (2021) Erzincan’da neredeyse dörtte üçünün ortaokul ve daha düşük eğitilmiş olduğu hemodiyaliz hastalarıyla yürüttüğü bir araştırmada yaş arttıkça yaşam doyumu azaldığını bulmuştur. Yunanistan’da 105 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların daha düşük yaşam kalitesi düzeyleri belirlenmiştir (Floria vd., 2022). Tayvan’da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada 12 yıl ve daha fazla süre eğitim alanların yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen boyut puanları yüksek saptanmıştır (Wu vd., 2022). Ürdün’de diyaliz ünitesinde 66 hastayla yürütülmüş bir

araştırmada üniversitede okuyan hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon puanları sadece okul eğitimi almış olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Alshelleh vd., 2023). Peru'da 207 hemodiyalize giren kronik böbrek hastası ile yürütülen bir araştırmada eğitim düzeyi ile fiziksel ve mental sağlık skorları arasında ilişki belirlenmemiştir (Machaca-Choque vd., 2024). Vietnam'da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada eğitim durumu ile yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Nguyen vd., 2022). Araştırmanızın bu sonucu diğer bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Erzincan, Yunanistan, Peru ve Ürdünde eğitim seviyesinin arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi doğru orantılı iken bizim çalışmada ilişkili bir sonuç belirlenmemiştir. Bu durum düşük eğitilmiş hemodiyaliz hastalarının hastalığı ile ilgili bilgiye daha çok sahip olması yeni hemodiyaliz eğitimlerinin tam olarak verilmesi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Fiziksel Bileşen puanları mesleği emekli, ev hanımı, öğrenci olanlarda azaldığı; ancak çalışma durumunun belirleyici olmadığı bulunmuştur. Turgut vd. (2023) Muş'ta Fiziksel ve Mental Bileşen Boyut puanları ile hemodiyaliz hastalarının hastalık öncesi çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Barutçu Ataş vd. (2017) İstanbul'da ve Yanmış ve Mollaoğlu (2021)'nin Erzincan'da hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmalarında sosyoekonomik düzey veya gelir düzeyi ile arasında yaşam kalitesi arasında ilişki belirlenmemiştir. Ethiopia'da hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada çalışmayan hastaların çalışanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; ancak yaşam kalitesi skorlarının aylık gelir düzeyine göre farklılaşmadığı bildirilmiştir (Kim vd., 2021). Yunanistan'da 105 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada düşük gelir düzeyine sahip hastaların daha düşük yaşam kalitesi düzeyleri olduğu saptanmıştır (Floria vd., 2022). Tayvan'da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada çalışanların ve gelir düzeyi yüksek olanların yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen boyut puanları yüksek saptanmıştır (Wu vd., 2022). Peru'da 207 hemodiyalize giren kronik böbrek hastası ile yürütülen bir araştırmada finansal durumu düşük olanların fiziksel ve mental sağlık skorları düşük bulunmuştur (Machaca-Choque vd., 2024). Vietnam'da 127 hemodiyaliz hastasıyla

yürütülen bir araştırmada çalışanların ve yüksek gelir düzeyine sahip olanların yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen puanları yüksek belirlenmiştir (Nguyen vd., 2022). Meslek varlığı genellikle yükseköğrenim ile ilişkili olup, çalışma durumunu etkileyebilmektedir. Çalışma durumu ise gelir düzeyini etkileyerek daha fazla olanaklara erişimi sağlayabilir. Bu açıdan düşünüldüğünde sonucumuzun meslek değişkeninde literatür ile uyumlu olduğu, çalışma durumu için örneklemimizde yer alan emeklilerin yeterli düzeyde gelire sahip olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Mental Bileşen puanlarının evli olmayanlarda azaldığı ancak hanehalkı sayısının belirleyici olmadığı bulunmuştur. Durmaz Akyol (2016)'un Yaşam Kalitesi İndeksi Hemodiyaliz Versiyonu- III kullanılarak yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelediği 205 hemodiyaliz hastasında hemodiyaliz hastalarının genel yaşam kalitesi üzerinde medeni durum en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır. Turgut vd. (2023) Muş'ta evli hemodiyaliz hastalarının Fiziksel Bileşen Boyut puanlarının düşük olduğunu ancak Mental Bileşen Boyut puanları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Barutçu Ataş vd. (2017)'nin İstanbul'da, Yanmış ve Mollaoğlu (2021)'nin Erzincan'da ve Kim vd. (2021)'nin Ethiopia'da hemodiyaliz hastalarıyla yürüttükleri araştırmalarda yaşam kalitesi skorlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı bildirilmiştir. Yunanistan'da 105 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada medeni durum yaşam kalitesi düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır (Floria vd., 2022). Tayvan'da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada medeni durumu evli olanların yaşam kalitesinin fiziksel bileşen boyut puanları yüksek iken; mental bileşen boyut puanları ile arasında ilişki bulunmamıştır (Wu vd., 2022). Vietnam'da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada medeni durum ile yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Nguyen vd., 2022). Araştırma sonucumuz yapılan diğer ulusal ve uluslararası çalışmalarda benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda evli olmayanların mental olarak iyi hissetmedikleri, puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bir başkasından ziyade bir eşe ihtiyaç duyma durumu bu farklılığın en büyük nedeni olabilir. Hane halkı sayısının az veya fazla olmasının mental olarak etkilemediği bu durumun aileden öte bir kişiye ihtiyaç duyma durumu olarak da özetlenebilir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Fiziksel Bileřen düzeyinde KBY hariç kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanma durumu arasında ilişki bulunmazken; akut komplikasyon yaşayanlarda Fiziksel Bileřen puanlarının azaldığı saptanmıştır. Turgut vd. (2023) Muř'ta eşlik eden hastalığı olanların hemodiyaliz hastalarının Fiziksel ve Mental Bileřen Boyut puanlarının dūřuk olduğu; Yanmış ve Mollaođlu (2021) Erzincan'da ek kronik hastalığı olan hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu puan ortalamalarının dūřuk olduğu gözlenmiştir. Barutçu Atař vd. (2017) İstanbul'da hemodiyaliz ve renal transplantasyon hastaları ile yürüttüğu araştırmada yaşam kalitesi etiyoloji arasında anlamlı bir fark belirlememişken; Durmaz Akyol (2016)'un hemodiyaliz hastalarının genel sağlık algısının genel yaşam kalitesi üzerinde en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır. Kim vd. (2021) Ethiopia'da HRQOL ölçeği kullanarak hemodiyaliz hastalarıyla yürüttükleri araştırmada yaşam kalitesi skorlarının komorbiditeye göre farklılaşmadığı bildirilmiştir. Tayvan'da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütölen bir araştırmada 3 ve daha fazla komorbiditesi olanların yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen boyut puanları dūřuk saptanmıştır (Wu vd., 2022). Peru'da 207 hemodiyalize giren kronik böbrek hastası ile yürütölen bir araştırmada komorbidite fiziksel sağlık skorlarını dūřürürken, mental sağlık skorları ile arasında ilişki belirlenmemiştir (Machaca-Choque vd., 2024). Vietnam'da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütölen bir araştırmada komorbidite sayısı ile yaşam kalitesi fiziksel ve mental bileşen puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Nguyen vd., 2022). Araştırma sonucmuz ile ulusal yapılan çalışma sonuçları aynı doğrultudadır. Muř ve Erzincan'da yapılan çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşılmasının nedenleri arasında kültörel yaşam, sosyal destek, tedaviye uyum gibi nedenlerin belirleyici olabileceği dūřönlölmüřtür. Etiyopyada farklı bir ölçek kullanılarak yapılan çalışamada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine Vietnamda yapılan bir çalışmada anlamlı ilişki bulunmazken Tayvanda ve Peruda yapılan çalışmalarda ek hastalık varlığı ile fiziksel bileşen puanı azalmıştır. Bunların nedenlerin arasında yaşam koşulları, yař farklılıkları, ölme araçlarının farklılıkları gösterişmiştir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Mental Bileşen düzeyinde haftalık hemodiyalize giriş sıklığı belirleyici bulunmamıştır. Barutçu Ataş vd. (2017) renal transplantasyon hastalarında transplantasyon süresi 2 yıldan kısa olanların fiziksel fonksiyon

puanlarını, 2 yıldan uzun olanlara göre düşük saptanmıştır. Yanmış ve Mollaoğlu (2021) hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu ile hemodiyaliz süresi ve hemodiyalize girme sıklığı ile arasında ilişki belirlenmemiştir. Tayvan'da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada hemodiyaliz süresi arttıkça yaşam kalitesinin mental bileşen boyut puanlarının arttığı; fiziksel bileşen boyut puanları ile arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Wu vd., 2022). Peru'da 207 hemodiyalize giren kronik böbrek hastası ile yürütülen bir araştırmada 3 saatten fazla hemodiyaliz süresi mental sağlık skorlarını düşürürken, haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ve hemodiyalize giriş süresi ile fiziksel ve mental sağlık skorları arasında ilişki belirlenmemiştir (Machaca-Choque vd., 2024). Kim vd. (2021) Ethiopia'da hemodiyaliz hastalarıyla yürüttükleri araştırmada haftada 2 kez hemodiyalize giren hastaların 3 ve daha fazla girenlere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonucumuzu destekleyen çalışmalar bulunsa da hastalık şiddeti düzeyindeki hastalık hakkındaki farklılıklar ve sosyal destek sistemlerindeki farklılıklar sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi Fiziksel Bileşen puanları ailesinde KBY hastası olanlarda azaldığı bulunmuştur. Türkiye Batman'da yaş ortalaması 48,8 olan hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada ailesinde bir başka hemodiyaliz hastası olanların anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır (Şanlı vd., 2023). Mısır'dan 95 ve Suudi Arabistan'dan 115 hemodiyaliz hastası ile yürütülen bir araştırmada kronik hastalık özbakım gücü skorlarında ailesinde bir başka KBY olma ilişkili bulunmamıştır (Qalawa vd., 2022). Literatürde bulgumuza yönelik kaynak bulunamış olup, mevcut çalışmalar ışığında sonucumuzun sosyal desteği oluşturan aile bireylerinin de bakım gereksinimi olması ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada bir başkasından bakım ihtiyacı olanlarda Anksiyete puanlarının ve Kendini Damgalama puanlarının arttığı; Damgalamayla Baş Etme ve Tedavi Uyumu puanlarının azaldığı; ancak Stres düzeyinde belirleyici olmadığı bulunmuştur. Batman'da hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada bakım ihtiyacı olma durumu anksiyete düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır (Şanlı vd., 2023). Yürütülen bir araştırmada SDBH olanların ailesinde bakım vereni olan katılımcılar olmayanlara göre daha yüksek öz bakım puanları bulunmuştur (Lee ve Noh, 2021).

Kırklareli’nde 149 hemodiyaliz hastası ile yürütülen bir araştırmada yardımcı kişinin varlığının öz bakım gücünde belirleyici olmadığı gösterilmiştir (Kurbun ve Metin Akten, 2018). Malatya’da yürütülen bir çalışmada geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara göre tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Doğan vd., 2022b). Yaşlılar ile yürütülen bir araştırmada düzenli kontrole gidenlerin, kontrol sıklığı fazla olanların, glukometresi bulunanların, egzersiz yapanların beslenme programına uyanların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Çetinkaya ve Karadovan, 2023). Kanada Alberta’da yürütülen bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine erişimde güçlüğüne neden olduğu ve bunun öz yönetimi dezavantajlı duruma düşürdüğü ifade edilmiştir (Ibello vd., 2022). Yürütülmüş bir çalışmada hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi arttıkça ölüm kaygısının azaldığı, ancak sosyal desteğin ölüm kaygısı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Jaberi vd., 2022). Literatürde bulgularımıza yönelik doğrudan ilişkili araştırma sonuçlarına rastlanamamıştır. Ancak araştırmamızdan bazı değişkenler diğer çalışmalar ile ilişkili sonuçlar ortaya koymutur. Şanlı vd., (2023)’ de Batman’da yapılan araştırmada bakım ihtiyacı olanların anksiyete yaşama durumu ilişkisi saptanmamıştır. Başka bir çalışmada bakım verenleri olanların öz bakım puanı yüksektir. Kurbun ve Metin Akten (2018)’de Kırklareli’nde yapılan çalışmada ilişki saptanmamış olup; Doğan vd., (2022b)’ de Malatyada geniş ailede yaşamanın sosyal ve bakım gereksinimlerini sağlanmasıyla ilişkili tedaviye uyumu artırmış olabileceği düşünülmüştür. Çetinkaya ve Karadovan (2023)’te Yaşlılar ile ilgili yapılan bir çalışmada öz yeterliliklerinin yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde farklı bulgular içe çıkarım yapılmaya çalışılan bu sonuçların sorgulanan değişkenlerin, ölçme araçlarının, sosyal belirleyicilerin ve sosyal destek sistemlerinin farklılıklarıyla ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada ulaşımda zorluk yaşayanlarda Anksiyete, Kendini Damgalama puanlarının arttığı; Mental Bileşen puanlarının azaldığı; Stresin Fiziksel Bileşen düzeyinde belirleyici olmadığı bulunmuştur. Bir çalışmada ekonomik düzeyi yüksek kronik hastalıklı yetişkinlerin damgalamayla baş etme ve sağlık bakımı etkinliğinden yararlanma puanları daha yüksek bulunmuştur (Bektaş ve Uysal, 2023). Batman’da hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada bakım ihtiyacı olma durumu anksiyete düzeylerinde belirleyici bulunmamıştır, ancak okuryazar olanların lise

eğitilmişlere göre anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır (Şanlı vd., 2023). Hemodiyaliz hastaları ile yürütülen bir araştırmada Mısırlı katılımcılar arasında ilköğretim ve daha düşük eğitimli olanların kronik hastalık özbakım gücü oranları düşük iken; Suudi katılımcılarda bir fark bulunmamıştır (Qalawa vd., 2022). Umman'da ortaöğretim düzeyindeki hemodiyaliz hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Al Naamani vd., 2021). Çin Şanghay'da hemodiyaliz hastalarında düşük eğitim durumu depresyonla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Ye vd., 2022). Tayvan'da 120 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi arttıkça fiziksel ve mental bileşen boyut puanlarının arttığı saptanmıştır (Wu vd., 2022). Bulgularımıza özgü literatürde çalışmaya rastlanmamış olup çalışmalardan çıkarılan sonuca göre düşük eğitim düzeyinin ve düşük gelir düzeyinin, düşük özbakım gücünün ve yetersiz sosyal destek sistemlerinin sonuçlarımızı etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyum düzeyleri arttıkça; Depresyon ve Anksiyete düzeyi azaldıkça Fiziksel Bileşen düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ek olarak, Sağlık Bakım Etkinliği düzeyi arttıkça ve Anksiyete düzeyi azaldıkça Mental Bileşen düzeyinin arttığı bulunmuştur. Turgut vd. (2023) Muş'ta hemodiyaliz tedavisi alan yetişkinlerle yürüttüğü çalışmalarında depresyon düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin fiziksel boyut puanlarının arttığı belirlenmiştir. Durmaz Akyol (2016)'un hemodiyaliz hastalarının fonksiyonel performansı ve genel sağlık algısı arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ve anksiyetenin azaldığı saptanmıştır. Alemdar ve Çınar Pakyüz (2015)'ün kronik hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ve sağlık-işlevi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ve psikolojik durum-inançları arttıkça öz bakım gücünün arttığı bulunmuştur. Kurbun ve Metin Akten (2018) Kırklareli'nde hemodiyaliz hastalarının özbakım gücü skorları arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık puanlarının arttığını göstermiştir. Muz ve Eğlence (2013) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik düzeyi arttıkça özbakım gücünün önemli düzeyde yükseldiğini bildirmiştir. Brezilya'da 60 yaş ve üzeri 173 hemodiyaliz hastasında depresyon düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Alencar vd., 2020). Endonezyalı hemodiyaliz tedavisi gören toplam 213 hastada anksiyete azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Marthoenis vd., 2021). Ürdün'de diyaliz ünitesinde 66 hastayla yürütülmüş bir

araştırmada depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça yaşam kalitesi fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Alshelleh vd., 2023). Vietnam’da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada depresyon azaldıkça, özbakım ve öz yeterlilik arttıkça fiziksel ve mental bileşen puanlarının arttığı bulunmuştur (Nguyen vd., 2022). Sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu, ortaya çıkan farklılıkların demografik faktörler ve hastalık şiddeti ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada Fiziksel Bileşen düzeyinde Stres, Kendini Damgalama ve Damgalamayla Baş Etme düzeyleri; Mental Bileşen düzeyinde Depresyon, Stres, Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme ve Tedavi Uyum düzeyleri belirleyici bulunmamıştır. Turgut vd. (2023) Muş’ta hemodiyaliz tedavisi alan yetişkinlerin depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin mental boyut puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Akbolat vd. (2022)’nin Sakarya’da dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinden hizmet alan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça özbakım gücünün ve yaşam kalitesinin arttığı saptanmış; özbakım gücünü arttıkça da yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Doğan vd. (2022a) Malatya’da böbrek nakli yapılan hastalarla yürüttükleri çalışmada depresyon, anksiyete stres düzeyleri ile tedavi uyumu arasında bir ilişki saptamamıştır. Pakistan’da hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hastalık yükü ve fiziksel bileşen puanlarının anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Yaseen vd., 2021). Vietnam’da 127 hemodiyaliz hastasıyla yürütülen bir araştırmada pozitif tutum, azalan stres ve karar verme düzeyi arttıkça fiziksel ve mental bileşen puanlarının arttığı, özbakım ve öz yeterlilik puanlarının arttığı ve depresyon puanlarının azaldığı bulunmuştur (Nguyen vd., 2022). Literatürde bulgularımıza yönelik ilişkili olabilecek çalışmalara rastlanamamıştır. Ancak hemodiyaliz hastalarında yüksek sağlık okuryazarlığı, hastalık yükündeki azalma, pozitif tutum, gelişmiş karar verme yetisi sonuçlarımızda yer alan değişkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu durumun hemodiyaliz hastalarının sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinde belirleyici rol oynaması ile ilişkilendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Karaman’da 112 hemodiyaliz hastası ile yürütülen bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- DAS Ölçeği anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamaları ortalamanın altında belirlenmiştir.
- Anksiyete puanları KBY hariç herhangi bir kronik hastalığı olanlarda, bir başkasından bakım ihtiyacı olanlarda, ulaşımında zorluk yaşayanlarda artarken, haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttıkça anksiyete skorları azalmaktadır.
- Depresyon puanları gelirini yetersiz düzeyde algılayanlarda ve hane halkı sayısı arttıkça artarken; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttıkça depresyon skorları azalmaktadır.
- Stres puanları gelirini yetersiz düzeyde algılayanlarda, daha önce periton diyalizine girenlerde ve hane halkı sayısı arttıkça artarken; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttıkça stres skorları azalmaktadır.
- Anksiyete düzeyinde yaş; Depresyon düzeyinde aile tipi ve akut komplikasyon yaşama durumu; Stres düzeyinde bir başkasından bakım ihtiyacı olma durumu belirleyici bulunamamıştır.
- Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kendini Damgalama puan ortalamaları ortalamanın altında; Damgalamayla Baş Etme ve Sağlık Bakım Etkinliği puan ortalamaları orta düzeyde; Tedavi Uyumu puan ortalamaları ortalamanın üzerindedir.
- Kendini Damgalama puanları bir başkasından bakım ihtiyacı olanlarda ve ulaşımında zorluk yaşayanlarda artarken; haftalık hemodiyalize giriş sıklığı arttıkça Kendini Damgalama puanları azalmaktadır.

- Anksiyete ve stres düzeyleri arttıkça kendini damgalama düzeylerinin arttığı saptanmıştır.
- Damgalamayla Baş Etme puanları daha önce periton diyalizine girenlerde, daha önce böbrek nakli olanlarda ve bir başkasından bakım ihtiyacı olanlarda azalmaktadır.
- Tedavi Uyumu puanları bir başkasından bakım ihtiyacı olanlarda azalmaktadır.
- Anksiyete düzeyi azaldıkça Tedavi Uyum düzeyinin arttığı saptanmıştır.
- Kendini Damgalama düzeyinde akut komplikasyon yaşama durumu ve depresyon düzeyi; Sağlık Bakım Etkinliği düzeyinde yaş ve KBY hariç kronik hastalığı olma durumu; Tedavi Uyum düzeyinde depresyon ve stres düzeyleri belirleyici bulunamamıştır.
- Fiziksel Bileşen puanları yaş arttıkça, mesleği emekli, ev hanımı, öğrenci olanlarda, akut komplikasyon yaşayanlarda, ailesinde KBY hastası olanlarda azalmaktadır.
- Sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyum düzeyleri arttıkça; Depresyon ve anksiyete düzeyi azaldıkça Fiziksel Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır.
- Mental Bileşen puanları yaş arttıkça, medeni durumu evli olmayanlarda, ulaşımda zorluk yaşayanlarda azalmaktadır.
- Sağlık bakım etkinliği düzeyi arttıkça ve anksiyete düzeyi azaldıkça Mental Bileşen düzeylerinin arttığı saptanmıştır.
- Fiziksel Bileşen düzeyinde eğitim durumu, çalışma durumu, KBY hariç kronik hastalık varlığı, KBY hariç ilaç kullanma durumu ve ulaşımda zorluk yaşama durumu, stres, kendini damgalama ve damgalamayla baş etme düzeyleri; Mental Bileşen düzeyinde hanehalkı sayısı, haftalık hemodiyalize giriş sıklığı, depresyon, stres, kendini damgalama, damgalamayla baş etme ve tedavi uyum düzeyleri belirleyici bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

- Hemodiyaliz hastaları mevcut kronik hastalıkları nedeniyle dezavantajlı grubu oluşturmaktadır. Bunun dışında sosyal belirleyicilerden kaynaklanan dezavantajlı durum için psikososyal destek sistemleri harekete geçirilmeli ve fiziksel veya ruhsal sağlığın geliştirilmesine yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır.
- Hemodiyaliz tedavisi ulaşım, özbakım gibi ihtiyaçlarında gereksinimler nedenleriyle doğrudan veya dolaylı cepten sağlık harcaması gerektirmektedir. Bu durum hem fiziksel hem de ruh sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle dezavantajlı bu grupların gereksinimlerinin karşılanması önceliklendirilmelidir.
- Hemodiyaliz hastalarının sağlık bakım etkinlerini, hastalık ve komplikasyonların yönetimini, ilaç ve diyet yönetimini, tedavi uyumunu yeterli ve etkili düzeyde yürütebilmesi için periyodik aralıklarla eğitimler verilmeli ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri artırılmalıdır. Bu eğitimlere bakım verenlerinin katılımı sağlanmalı ve bu yolla aile içi sosyal desteğin artırılması için gerekli çaba harcanmalıdır.
- Hastaların ruh sağlığını iyileştirmeye ve geliştirmeye yönelik olarak arkadaş, yakın çevre ve bakımverenlerin de dahil edildiği sosyal etkinlikler planlanmalı, aktif yaşamını sürdürmesi için çalışma, okul, iş, etkinlik gibi faaliyetleri sürdürmesine yönelik teşvik edici motivasyonel destek sağlanmalıdır.
- Multidisipliner bir yaklaşımla ve profesyonellerin desteğiyle odak grup çalışmaları yapılarak hastanın yaşadığı duygusal baskı, yalnızlık, suçluluk, öfke, damgalanmışlık, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duyguların değişmesinde yönelik kontrol becerilerinin geliştirilebileceği ortamlar yaratılmalı ve katılımları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adadioğlu, Ö. & Oğuz, S. (2016). Epilepsi Ve Öz Yönetim. *Epilepsi*, 22(1), 1-4.
- Akbolat, M., Amarat, M., & Doğanıgıt, P. B. (2022). Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesine Etkisinde Özbakım Gücünün Aracı Rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 69-75. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.976062>
- Aksöz, N. & Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1 (12), 20-28.
- Al Kasanah, A., Umam, F. N., & Putri, M. A. (2021). Factors Related to Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(4), 709-714.
- Al Naamani, Z., Gormley, K., Noble, H., Santin, O. & Al Maqbali, M. (2021). Fatigue, Anxiety, Depression And Sleep Quality In Patients Undergoing Haemodialysis. *BMC Nephrol*, 22(1), 157. doi: 10.1186/s12882-021-02349-3.
- Alemdar, H. & Pakyüz, S. Ç. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10 (2), 19-30.
- Alencar, SBV., de Lima, FM., Dias, LDA., Dias, VDA., Lessa, AC., Bezerra, JM. et al.(2020). Depression And Quality Of Life In Older Adults On Hemodialysis. *Braz J Psychiatry*, 42(2), 195-200. doi:10.1590/1516-4446-2018-0345.
- Alshelleh, S., Alhawari, H., Alhour, A., Abu-Hussein, B. & Oweis, A.(2023). Level of Depression and Anxiety on Quality of Life Among Patients Undergoing Hemodialysis. *Int J Gen Med*. 16, 1783-1795. doi: 10.2147/IJGM.S406535.
- Arpacı, F. (2008). Ankara’da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 1-13.
- Bakır, G.G. & Zengin, N. (2023). Diyabetli Bireylerde Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 9-17.
- Barutçu Atas, D., Arıkan, H., Alışır Ecder, S. & Çiftçi, S. (2017). Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26 (2), 171-176.
- Başer, E. (2018). *Hemodiyaliz Hastalarında Eğitim Programının Sıvı Kontrolü ve Diyete Uyum Üzerindeki Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. . <http://tez.yok.gov.tr/> Ulusal Tez Merkezi sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 493470).
- Bektaş, G. & Uysal, N. (2024). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*,16(1), 207-218.
- Bıçakçı, Ş. & Sezer, M. (2020). 2014-2018 Yılları Arasında Ülkemizde Uygulanan Renal Replasman Tedavilerinin Genel Değerlendirmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(2), 79-89.
- Bıçer, S., Şahin, F. & Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi Ve Bu Konuda Eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3(3), 36-43.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H.. & Grumbach, K. (2002). Patient Self-Management Of Chronic Disease İn Primary Care. *JAMA*, 288(19), 2469-75.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *About chronic illness*. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>. pdf sayfasından erişilmiştir.
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. & Özdemir, D. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(3), 78-84.
- Çetinkaya, F. & Karadovan, A. (2023). 65 Yaş Ve Üstü Diyabet Hastalarının Öz Yeterlik Seviyelerinin İncelenmesi. *Türkiye Hemşireler Derneği Dergisi*, 4(1), 14-26.
- Chen, T.K., Knicely, D.H. & Grams, M.E. (2019). *Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review*. *JAMA*. 322(13), 1294-1304. doi: 10.1001/jama.2019.14745.
- Çiriş Yıldız, C., Yıldırım, D., Birinci, T. & Dokumacı, D. (2024). The Relationship Between Health Literacy, Self-Efficacy, Health Perception and Perceived Service Quality in Primary Care Patients with Chronic Disease. *BAUN Health Sci J*, 13(1), 51-59.
- Cockwell, P. & Fisher, L. A. (2020). The Global Burden Of Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. 395, 662-664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0).
- Demiroğlu, H. & Bülbül, S. (2021a). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 30(3), 245-256.
- Demiroğlu, S. & Bülbül, E. (2021b). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ve Diyaliz Semptomlarıyla İlişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 124-133.
- Demiroğlu, S. & Bülbül, E. (2021c). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Durumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 247-258.
- Doğan, A. & Doğan, R., (2022). Son İki Yılda Karaciğer Nakli Olmuş Hastalarda Depresyon Anksiyete Ve Stres Seviyesinin Belirlenmesi, *CBU-SBED*,9(3),397-407. DOI: 10.34087/cbusbed.1099712
- Doğan, N., Yıldız, T. & Bağcı, M. (2022a). Kronik Hastalık Öz Yönetimi. *Halk Sağlığı Araştırmaları*, 4(1), 128-140.
- Doğan, R., Yıldız, E. & Bağcı, N. (2022b). Böbrek Nakli Hastalarında Depresyon Anksiyete Stres Seviyeleri İle İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 539-55.
- Doğan, R., Yıldız, E. & Bağcı, N. (2022c). Hemodiyaliz Hastalarında Psikolojik Durumların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 75(2), 123-135.
- Durmaz Akyol, A. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 17-33.
- Eray, U. , Tunç, S. & Tütüncü, E. (2024). Depression, Anxiety, Sleep Quality, And Biological Rhythms Between Patients With Covid-19. *The Anatolian Journal Of Family Medicine*, 7(1), 21-30.
- Erek, E., Serdengeçti, K., Ataman, R. & Dalman, S. (1997). *Hemşireler İçin Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kitabı*. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Kliniği, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Cerrahpaşa-İstanbul.

- Eriş, H. M. & Anıl, D. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(3), 491-504.
- Ersoy, F. F. (2005). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(21), 88-92.
- Floria, I., Kontel, I., Grammatikopoulou MG., Sergeantanis, TN. & Vassilakou, T. (2022). Quality of Life of Hemodialysis Patients in Greece: Associations with Socio-Economic, Anthropometric and Nutritional Factors. *Int J Environ Res Public Health*, 19(22), 15389. doi: 10.3390/ijerph192215389.
- Garcia, G.G. & Jha, V. (2015). Chronic Kidney Disease in Disaduentaged Populations. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 17(1), 1-5.
- Gerogianni, G., Babatsikou, F., Polikandrioti, M. & Grapsa, E. (2019). Management Of Anxiety And Depression İn Haemodialysis Patients: The Role Of Non-Pharmacological Methods. *Int Urol Nephrol*. 51(1), 113-118. doi: 10.1007/s11255-018-2022-7.
- Guo, Y., Ju, Q., You, M., Liu, Y., Yusuf, A. & Keng Soon, L. (2023). Depression, Anxiety And Stress Among Metastatic Breast Cancer Patients On Chemotherapy İn China. Guo et al. *BMC Nursing*, 22, 33.
- Henry, J.D. & Crawford, J.R. (2005). The Short-Form Version Of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239.
- Himmelfarb, J., Vanholder, R., Mehrotra, R., & Tonelli, M. (2020). The Current And Future Landscape Of Dialysis. *Nature Reviews Nephrology*, 16(10), 573-585.
- Hintistan, S. & Deniz, A.(2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi. *Bezmialem Science*, 6(2),112-8.
- Hoang, V.L., Green, T. & Bonner, A. (2022). Examining Social Support, Psychological Status, And Healthrelated Quality Of Life İn People Receiving Haemodialysis. *J Ren Care*, 48, 102-111.
- Htay, H., Bello, A. K., Levin, A., Lunney, M., Osman, M. A., Ye, F. et al. (2021). Hemodialysis Use and Practice Patterns: An International Survey Study. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 77(3), 326–335. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.030>
- Ibello, U., Green, T., Thomas, B., Reilly, S. & King-Shier, K. (2022). Ethnic Differences in Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Management in Patients Treated With Maintenance Hemodialysis. *Can J Kidney Health Dis.* 9, 20543581221086685. doi: 10.1177/20543581221086685.
- İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar, G. & Ünal, S. (2005). *İç hastalıkları* (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.
- İncirkuş, K. & Nahcivan, NÖ.(2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli [Guide For Chronic Disease Management: The Chronic Care Model]. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75
- Iovino, P., Lyons, K.S., De Maria, M., Vellone, E., Ausili, D., Lee, C.S. et al. (2020). Patient And Caregiver Contributions To Self-Care İn Multiple Chronic Conditions: A Multilevel Modelling Analysis. *IJNS*, 116, 103574.
- Iqbal, S.(2015.)Stress, Anxiety & Depression among Medical Undergraduate Students & Their Socio-Demographic Correlates. *Indian J Med Res.* 141(3), 354–357.

- Jaberi, M., Mohammadi, TK., Adib, M., Maroufizadeh, S. & Ashrafi, S. (2022). The Relationship of Death Anxiety With Quality of Life and Social Support in Hemodialysis Patients. *Omega (Westport)*, 24, 302228221129672. doi: 10.1177/00302228221129672.
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., & Zoccali, C. (2019). A Single Number For Advocacy And Communication-Worldwide More Than 850 Million Individuals Have Kidney Diseases. *Kidney international*, 96(5), 1048–1050. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.07.012>
- Jebali, H., Laifi, M., Mami, I., Khadhar, M., Chirmiti, M., Beji, S. et al. (2018). Mortality Of Diabetic On Chronic Dialysis In Tunisia. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 29(6), 1386–1394. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.248283>
- Johnson, C. A., Levey, A. S., Coresh, J., Levin, A. & Eknoyan, J. G. L. (2004). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Adults: Part 1. Definition, Disease Stages, Evaluation, Treatment, and Risk Factors. *American Family Physician*, 70(5), 869-876.
- Jung, H.M. & Kim, H.Y. (2020). A Health Related Quality Of Life Model For Patients Undergoing Haemodialysis, *J Clin Nurs*, 29, 613-625.
- Kalender, N. & Sütçü Çiçek, H.(2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 6(1), 46-53.
- Kara, B. (2012). Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Öncelikli Sorunlardan Biri: Yaşam Kalitesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 631-638.
- Karakovan, A. & Aslan Eti, F. (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. İçinde *Kronik Durumlar. 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi*, s.91-104.
- Karadeniz, G., Altıparmak, S., Muslu, H. & Marul, G. (2005). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 21 (2), 29-36
- Karagöz, Y. (2021). *SPSS AMOS META Uygulamalı Biyoistatistik*. Güncellenmiş 3. Basım, Nobel akademik Yayıncılık, Ankara. Sy: 746. ISBN: 978-625-439-583-3.
- Karimi, M. & Clark, A. M. (2016). How Do Patients' Values Influence Heart Failure Self-Care Decision-Making?: A Mixed-Methods Systematic Review. *International journal of nursing studies*, 59, 89–104.
- Kavala, A., & Şahin Tokatlıoğlu, T. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Bireylerde Anksiyete ve Depresyonun Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Rolü: Bir Literatür Derlemesi. *Journal of Nephrology Nursing*, 18(2), 104-113. DOI: 10.47565/ndthdt.2023.73
- Kaya, B., Taşkapan, H., Ateş, F. & Erdoğan Taycan, S. (2012). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 15, 144-152.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2013). *Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. *Kidney Int Suppl*, 3, 1-150. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2023). *Kdigo 2023 Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*, 1-269. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2023-CKD-Guideline-Public-Review-Draft_5-July-2023.pdf

- Kim, S., Nigatu, Y., Araya, T., Assefa, Z. & Dereje, N. (2021). Health Related Quality Of Life (HRQOL) Of Patients With End Stage Kidney Disease (ESKD) On Hemodialysis In Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Kim Et Al. *BMC Nephrology*, 22, 280.
- Ko, D., Bratzke, L.C., & Roberts, T. (2018). Self-Management Assessment In Multiple Chronic Conditions: A Narrative Review Of Literature. *Int J Nurs Stud.* 83, 83-90.
- Koşar, C. & Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi [Patient Activation In Chronic Diseases: Concept Analyse]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51.
- Küçük, L. (2005). Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14 (4), 166-170.
- Kurbun, H. & Metin Akten, İ. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi.* 27(3), 277-287.
- Lederle, M. & Bitzer, E.M. (2019). A Close Look At Lay-Led Self-Management Programs For Chronic Diseases And Health Care Utilisation: A Systematic Review And Meta-Analysis. *GMS German Medical Science*, 19, 1-13.
- Lee, J. & Noh, D. (2021). Factors Associated With Self-Care Among Patients Receiving Hemodialysis: A Cross-Sectional Observational Study. *Res Theory Nurs Pract.*, RTNP-D-20-00042. doi: 10.1891/RTNP-D-20-00042.
- Lii, Y.C., Tsay, S.L. & Wang, T.J. (2007). Group Intervention To Improve Quality Of Life In Haemodialysis Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 268-275.
- Liyanage, T., Toyama, T., Hockham, C., Ninomiya, T. & Perkovic, V. (2022). Prevalence Of Chronic Kidney Disease In Asia: A Systematic Review and Analysis. *BMJ Global Health.* 7, 7525. doi:10.1136/bmjgh-2021-007525
- López-López, L., Ariza-Mateos, M.J., Rodríguez-Torres, J., Cabrera-Martos, I., Granados-Santiago, M., Torres-Sánchez, I. et al. (2021). Results Of A Self-Management Program Added To Standard Physical Therapy In Chronic Neck Pain. *PEC*, 104(6), 1438-1444.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Machaca-Choque, D., Palomino-Guerra, G., Flores-Cohaila, J., Parihuana-Travezaño, E., Taype-Rondan, A. , Gomez-Colque, S. et al.(2024). Quality Of Life And Its Associated Factors In Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis From A Peruvian City: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*, 19(5),e0300280. doi: 10.1371/journal.pone.0300280.
- Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandil, T.M.R., Putra, N., Laura, H. et al. (2021). Quality Of Life, Depression, And Anxiety Of Patients Undergoing Hemodialysis: Significant Role Of Acceptance Of The Illness. *Int J Psychiatry Med.*, 56(1), 40-50. doi: 10.1177/0091217420913382
- Mesbahi, T., Barbouch, S., Najjar, M., Fattoum, S., Jebali, H., Trabelsi, R. et al. (2021). End-Stage Renal Disease At Dialysis Initiation: Epidemiology And Mortality Risks During The First Year Of Hemodialysis. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 32(5), 1407–1417. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.344761>

- Muz, G. & Eglence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 2146-9601.
- Nagy, E., Tharwat, S., Elsayed, AM., Shabaka, SAE. & Nassar, MK. (2023). Anxiety and Depression In Maintenance Hemodialysis Patients: Prevalence and Their Effects On Health-Related Quality Of Life. *Int Urol Nephrol*, 55(11), 2905-2914. doi: 10.1007/s11255-023-03556-7.
- National Kidney Foundation (NKF). (2002). *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification*. New York: National Kidney Foundation. <https://kdigo.org/conference-reports/>
- Nelson, R.G., Grams, M.E., Ballew, S. H., Sang, Y., Azizi, F., Chadban, S.J. et al. (2019). Development of Risk Prediction Equations for Incident Chronic Kidney Disease. *JAMA*. 322(21), 2104–2114. doi:10.1001/jama.2019.17379
- Ngai, S.S.Y., Cheung, C.K., Ng, Y.H., Tang, H.Y., Ngai, H.L. & Wong, K.H.C. (2020). Development And Validation Of The Chronic Illness Self-Management (CISM) Scale: Data From A Young Patient Sample In Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 114, 105077. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2020.105077>
- Nguyen, T.T.N., Liang S.Y., Liu, C.Y. & Chien, C.H.(2022). Self-Care Self-Efficacy And Depression Associated With Quality Of Life Among Patients Undergoing Hemodialysis In Vietnam. *PLoS One*, 17(6), e0270100. doi: 10.1371/journal.pone.0270100.
- Ok, E. (2019). *Hemodiyaliz*, Ed. Yeniçerioğlu, Y., Güngör, Ö., Arıcı, M. Temel Nefroloji, Güneş Tıp Kitapevleri, s.383-391.
- Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. & Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 375-381. <http://dx.doi.org/10.29228/javs.52376>
- Perez-Benzo, GM., Muellers, K., Chen, S., Liu, B., Bagiella, E., O'Connor, R. et al. (2020). Identifying Behavioral Phenotypes in Chronic Illness: Self-Management of COPD and Comorbid Hypertension. *Patient Educ. Couns.*
- Qalawa, S.A., Eltahry, S.I. & Aly, A.A. (2022). Self-Efficacy Among Patients With Hemodialysis During The COVID-19 Pandemic. *J Med Life*, 15(6), 797-804. doi: 10.25122/jml-2021-0405.
- Rehman, I.U., Chan, K.G., Munib, S., Lee, L.H. & Khan, T.M. (2019). The Association Between Ckdassociated Pruritus And Quality Of Life In Patients Undergoing Hemodialysis In Pakistan: A STROBE Complaint Cross-Sectional Study, *Medicine*, 98, 36.
- Rizqallah A.M. (2006). *Adequacy of Hemodialysis among End Stage Renal Disease Patients et al-Watani Hospital*. Graduate thesis, An-Najah National University, Faculty of Graduate Studies, Palestine.
- Rosa, C.S.C., Giannaki, C.D., Krase, A., Mplekou, M., Grigoriou, S.S., Stefanidisi I. et al. (2020). Effects of 12 months of detraining on health related quality of life in patients receiving hemodialysis therapy, *International Urology and Nephrology*, 52, 1771-1778.
- Saeidi, M., Safaei, A., Sadat, Z., Abbasi, P., Sarcheshmeh, M.S.M., Dehghani, F. et al. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Patients Discharged from Critical Care Units. *The Journal of Critical Care Medicine*, 7(2), 113-122
- Şanlı, ME., Dinç, M., Öner, U., Buluş, M., Çiçek, İ. & Doğan, İ.(2023). The Role of Spirituality in Anxiety and Psychological Resilience of Hemodialysis Patients in Turkey. *J Relig Health*, 62(6), 4297-4315. doi: 10.1007/s10943-023-01855-y.

- Şanlıtürk, D., Ovayolu, N. & Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 17-25.
- Sarı, Ö. (2015). Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği. *BEU. SBE. Derg.* 4 (2), 71-80.
- Scales, C.D., Tasian, G.E., Schwaderer, A.L., Goldfarb, D.S., Star, R.A. & Kirkali, Z. (2016) Urinary Stone Disease: Advancing Knowledge, Patient Care, and Population Health. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 11, 1305-1312. <https://doi.org/10.2215/CJN.13251215>
- Sert, F., Demir, A.B., Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G., & Ersoy, A. (2015). Kronik Renal Yetmezlikli ve Böbrek Nakilli Hastalarda Uyku Bozukluğunun Araştırılması ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*. 2(1), 15-19.
- Seyahi, N., Altıparmak, MR., Ateş, K., Trabulus, S. & Süleymanlar, G. (2015). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*. 24(1), 10-16.
- Shlipak, M. G., Tummalaipalli, S. L., Boulware, L. E., Grams, M. E., Ix, J. H., & Jha, V. (2021). The Case For Early Identification And Intervention Of Chronic Kidney Disease: Conclusions From A Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney international*. 99(1), 34-47. doi: 10.1016/j.kint.2020.10.012
- Soylu, C. , & Kütük, B. (2022). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(2), 108-117. <https://doi.org/10.5080/u25700>.
- Süzen, B. (2018). Akut ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Bes. Diy. Dergisi*, 46, 36-47.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2014). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017)*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2018). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği (SB ve TND) (2023). *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Ortak Raporu*. Ankara, 2023. https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Tokgöz, B. (2005). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyoloji. *Türkiye Klinikleri, J Int Med Sci*. 1(21), 9-18.
- Tran, P. Q., Nguyen, N. T. Y., Nguyen, B., & Bui, Q. T. H. (2022). Quality of Life Assessment in Patients on Chronic Dialysis: Comparison between Haemodialysis and Peritoneal Dialysis at A National Hospital in Vietnam. *Tropical Medicine & International Health*. 27(2), 199-206. doi: 10.1111/tmi.13709.
- Tsabadze, N., Kinsey, J-L. H., Mpanya, D., Mogashoa, V., Klug, E. & Manga, P. (2021). The Prevalence of Depression, Stress and Anxiety Symptoms in Patients with Chronic Heart Failure. *Int Health Syst* 15, 44.
- Tunç, A.Y., & Yapıcı, G. (2019). Bir Tıp Fakültesindeki Öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, 17(2),153-168.
- Turgut, M., Fidan, C., Işıkçelik, F. & Ağırbaş, İ. (2023). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Depresyonun Değerlendirilmesi ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(2), 769-788.

- Ünüböl, H. & Sayar, G.H. (2019). *Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu* 2019. Üsküdar Üniversitesi Yayınları. <https://uuyayinlari.com/uploads/content/files/turbahar-turkiye-bagimlilik-risk-profil-ve-ruh-sagligi-haritasi-proje-sonuc-raporu-2019-47.pdf>
- Üstün A. & Bayar A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 36(1), 384-390.
- Vadakedath, S. & Kandi, V. (2017). Dialysis: A Review of the Mechanisms Underlying Complications in the Management of Chronic Renal Failure. *Cureus*. 9(8), e1603.
- Vainauskienė V. & Vaitkienė R.(2021). Enablers Of Patient Knowledge Empowerment For Self-Management Of Chronic Disease: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 18(5), 2247.
- Vaishnav, B.S., Hirapara, J.J. & Shah, M.K. (2022). Study Of Effect Of Guided Meditation On Quality Of Life İn Patients Of End Stage Renal Disease (ESRD) On Maintenance Hemodialysis-A Randomised Controlled Trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 22, 238-247.
- Varol, E., Karaca Sivrikaya, S. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 89-96.
- Vicdan, AK., Karabacak, BG. & Alpar, ŞE.(2015). 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Sınıflandırılması. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 1626-36.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1995). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Worboys, H.M., Cooper, N.J., Burton, J.O., Young, H.M.L.Y., Waheed, G., Fotheringham, J. et al. (2022). Measuring Quality Of Life İn Trials Including Patients On Haemodialysis: Methodological Issues Surrounding The Use Of The Kidney Disease Quality Of Life Questionnaire. *Nephrol Dial Transplant*, 37(12), 2538-2554. doi: 10.1093/ndt/gfac170.
- Wu,YH., Hsu, YJ. & Tzeng, WC.(2022). Physical Activity and Health-Related Quality of Life of Patients on Hemodialysis with Comorbidities: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(2), 811. doi: 10.3390/ijerph19020811.
- Wu, L.C., Lai, C.Y., Huang, C.J., Chou, F.H., Yu, C.Y. et al. (2020). Psychological Distress And Diabetes Self-Management İn Patients With Type 2 Diabetes And Comorbid Serious Mental İllness. *APN*, 34(4), 218-223.
- Yanmış, S. & Mollaoğlu, M. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 115-123.
- Yaseen, M., Jarullah, F.A., Yaqoob, S., Shakeel, H.A., Maqsood, H. & Naveed, S. (2021). Association of Quality of Life, Anxiety, and Depression with Restless Leg Syndrome in the Hemodialysis Patients. *BMC Res Notes*, 14(1), 284. doi: 10.1186/s13104-021-05701-w.
- Yazıcıoğlu, İ. & Bağçivan, G.(2022). Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(4), 1251-7.
- Ye, W., Wang, L., Wang, Y., Wang, C. & Zeng, J. (2022). Depression And Anxiety Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Hemodialysis: A Single Center Cross-Sectional Study. *BMC Nephrol*, 23(1), 417. doi: 10.1186/s12882-022-03051-8.

- Yılmaz Karabulutlu, E. & Karasu, Ş. (2024). COVID-19 Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Anksiyete, Hastalığa Uyum ve Öz Bakım Yönetiminin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(1), 10-22.
- Yılmaz, F. & Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Tarzının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 129-140.
- Yılmaz, Ö., Boz, H. & Arslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe Kısa Formunun-Güvenirlilik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 78-91.
- Yürüen B. (2001). *Kronik Böbrek Yetmezliği. Böbrek Hastalıkları*. Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı. Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayını. İstanbul; 2001, 39.
- Zhou, M., Gu, X., Cheng, K., Wang, Y. & Zhang, N. (2023). Exploration Of Symptom Clusters During Hemodialysis And Symptom Network Analysis Of Older Maintenance Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study. *BMC Nephrol*, 24(1), 115. doi: 10.1186/s12882-023-03176-4.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK 2. KURUM İZNİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK 3. ÖLÇEK İZİNLERİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma Yakup BOZAT tarafından, Doç. Dr. Yeliz MERCAN danışmanlığında yürütülen hemodiyaliz hastalarının depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, kronik hastalık öz yönetimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu formu doldurmak sadece 25-30 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ayrıca çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya yönelik sormak istediğiniz konu hakkında 0541 XXX XXXX (Yakup BOZAT) numaralı telefonda istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. İlgi ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven ve imzalı form kağıdının bir kopyası bana verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının:
Adı-Soyadı:
Tarih:
İmza:

Katılımcının:
Adı-Soyadı:
Tarih:
İmza:

Şahit:
Adı-Soyadı:
Tarih:
İmza:

EK 5. ANKET FORMU

I. Sosyodemografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız:

3. Şimdi nerede yaşıyorsunuz? ☐ İl merkezi ☐ İlçe merkezi ☐ Kasaba ☐ Köy

4. Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|--|---|
| ☐ Okuryazar değil | ☐ Lise mezunu |
| ☐ Okuryazar | ☐ Üniversite mezunu |
| ☐ İlkokul mezunu | ☐ Yüksek lisans ve üzeri |
| ☐ Ortaokul mezunu | |

5. Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat etmiş

6. Aile tipiniz nedir? ☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Parçalanmış

7. Kendiniz dahil, evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

II. Sosyoekonomik Özellikler

8. Mesleğiniz:

9. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

10. Size göre aylık hane gelir düzeyiniz nedir? ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

11. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Yok ☐ Var

III. Bazı Yaşam Biçimi İle İlgili Özellikler

12. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Bıraktım ☐ Evet

13. Yanıtınız evet ise, kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz/kullandınız?

14. Yanıtınız evet ise, günde kaç adet/ dal sigara içiyorsunuz/içtiniz?

15. Alkol Kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Ara sıra ☐ Evet ☐ Bıraktım

16. Vitamin mineral takviyesi gibi besin desteği alıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

17. Haftada 3-5 kez, 20-30 dakika sürecek şekilde düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Ara sıra ☐ Evet

18. Boyunuz: cm

19. Kilonuz: kg

IV. Hastalık Durumu İle İlgili Özellikler

20. Size hekim tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

21. Size hekim tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalığınız ile ilgili ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

22. Doktor tarafından tanı konmuş Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dışında herhangi bir hastalığınız var mı? ☐ Hayır (12. soruya geçiniz) ☐ Evet

23. Yanıtınız EVET ise hastalıklarınızı belirtiniz. (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|---|---|
| ☐ Kalp hastalıkları | ☐ KOAH |
| ☐ Damar hastalıkları | ☐ Astım |
| ☐ Şeker hastalığı | ☐ Tiroit hastalıkları |
| ☐ Yüksek tansiyon | ☐ Romotoid artrit |
| ☐ Kanser | ☐ Diğer, belirtiniz..... |

24. Yanıtınız EVET ise, bu hastalıklarınız ile ilgili sürekli olarak herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

25. Hangi tarihten beri KBY hastasıınız?

26. Hangi tarihten beri hemodiyalize giriyorsunuz?

27. Haftalık hemodiyalize giriş sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 kez ☐ Haftada 2 kez ☐ Haftada 3 kez ☐ Haftada 4 kez ☐ Haftada 5 kez

28. Daha önce periton diyalizine girdiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet

29. Daha önce böbrek nakli oldunuz mu? ☐ Hayır ☐ Evet

30. KBY tanısı almış bir diyaliz hastası olarak sık karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Baş ağrısı, bulantı, uykusuzluk, kaşıntı gibi yakınmalar
☐ Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremememe
☐ Kişilerarası ilişkilerde bozulma
☐ İlaçları düzenli kullanmama
☐ Diyetle uymada zorluklar
☐ Böbrek hastalığı dışında başka bedensel hastalık
☐ Diğer, belirtiniz.....

31. Diyalize bağlı aşağıdaki akut komplikasyonlardan hangisini yaşamaktasınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|---|
| ☐ Akut komplikasyon yaşamadım | ☐ Hava embolisi |
| ☐ Hipotansiyon | ☐ Hipertansiyon |
| ☐ Aritmi | ☐ Konfüzyon |
| ☐ Kramp, bulantı, baş ağrısı | ☐ Diğer, belirtiniz..... |
| ☐ Ateş | |

32. Diyalize bağlı aşağıdaki kronik komplikasyonlardan hangisini yaşamaktasınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|---|
| ☐ Kronik komplikasyon yaşamadım | ☐ Depresyon |
| ☐ Ateroskleroz | ☐ Wernicke Sendromu |
| ☐ Hepatit B enfeksiyonu | ☐ Renal osteodistrofi |
| ☐ Hepatit C enfeksiyonu | ☐ Nefrojenik asit |
| ☐ Seksüel disfonksiyon | ☐ Akkiz renal kist |
| ☐ İnfertilite | ☐ Diğer, belirtiniz..... |

33. Ailenizde başka KBY hastası var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

34. Ailenizde başka diyalize (hemodiyaliz/periton diyalizi) giren hasta var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

35. Hastalığınız konusunda eğitim aldınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet

36. Hastalığınız konusunda eğitimi kimden aldınız? ☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Diğer, ...

37. Hastalığınız ile ilgili bir bir başkasından bakım ihtiyacınız oluyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet

38. Diyalize gelirken ulaşım açısından zorluk yaşıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

DEPRESYON – ANKSİYETE – STRES ÖLÇEĞİ (DASS-21)

SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana genellikle uygun	Bana tamamen uygun
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.				
Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.				
Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.				
Soluk almada zorluk çektim (örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).				
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.				
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.				
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.				
Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.				
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
Panik haline yakın olduğumu hissettim				
Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
Alıngan olduğumu hissettim				
Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)				
Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				
Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım				

KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ

	Asla	Nadiren	Ortalama	Oldukça sık	Her zaman
Kendini Damgalama					
1. Hastalığımın dolaylı sosyal ortamlarda utanç duyarım					
2. Hastalığımın dolaylı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum					
3. Hastalığımın dolaylı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım					
4. Hastalığımın dolaylı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum					
5. Hastalığımın dolaylı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum					
6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten					

kaçınıyorum					
7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum					
Damgalamayla Baş Etme					
1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.					
2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlandırmekten kaçınabilirim.					
3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim					
4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.					
5.Arkadaşımdan ve ailemden destek isteyebilirim					
Sağlık Bakım Etkinliği					
1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum					
2.Kendime iyi bakabilirim.					
3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim					
4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim					
Tedavi Uyum					
1.İlacı/tedaviyi unuttur veya ihmal ederim.					
2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım.					
3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum.					
4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum.					
5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum.					

SF-12 YAŞAM KALİTESİ

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
2. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
3. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- | | EVET | HAYIR | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Y yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 8. <u>Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağır normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?</u> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| | Hiç olmadı | Biraz | Orta derecede | Epey | Çok fazla |

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

- | | Her zaman | Çoğu zaman | Epeyçe | Arada sırada | Çok ender | Hiçbir zaman |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Sakin ve huzurlu hissettiniz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 10. Çok enerjiniz oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 11. Mutsuz ve kederli oldunuz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |

12. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığımız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1	2	3	4	5
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman

ÖZGEÇMİŞ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.

