



**HEMODİYALİZ HASTALARININ DİYALİZ SÜRESİ BOYUNCA
ZAMANI ETKİLİ KILMAYA YÖNELİK İHTİYAÇLARININ
ARAŞTIRILMASI: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

Bünyamin ÇAKAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

Yüksek Lisans Tezi- 2026

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

**HEMODİYALİZ HASTALARININ DİYALİZ SÜRESİ BOYUNCA ZAMANI
ETKİLİ KILMAYA YÖNELİK İHTİYAÇLARININ ARAŞTIRILMASI: NİTEL
BİR ÇALIŞMA**

Bünyamin ÇAKAR

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ
Dr. Öğr. Üyesi Gürkan ÖZDEN
Dr. Öğr. Üyesi Cihat DEMİREL**

**MALATYA
2026**

KABUL ONAY



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum” Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Süresi Boyunca Zamanı Etkili Kılmaya Yönelik İhtiyaçlarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 28/01/2026

Bünyamin ÇAKAR

İTHAF

Tezimi beni bugüne kadar çok büyük fedakârlıklarla büyüten, yetiştiren; beni ben yapan ve benim üstümde sonsuz emeği olan biricik annem Gülseren ÇAKAR' a ithaf etmek istiyorum.

Bünyamin ÇAKAR

İÇİNDEKİLER

ÖZET	x
ABSTRACT	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Akut Böbrek Yetmezliği	4
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	4
2.3. Son Dönem Böbrek Yetmezliği	4
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi	5
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	5
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	8
2.7. Kronik Böbrek Yetersizliğinin En Belirgin Klinik Bulguları.....	9
2.8. Kronik Böbrek Hastalığı Fizyopatolojisi	10
2.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı.....	11
2.9.1. Tanıda Kullanılan Belirteçler.....	12
2.10. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri	13
2.10.1. Böbrek Transplantasyonu	13
2.10.2. Diyaliz Tedavisi(Periton Diyalizi ve Hemodiyaliz).....	14
2.10.3. Hemodiyaliz Endikasyonları.....	16
2.10.4. Hemodiyalizde İstenmeyen Yan Etkiler	17
2.11. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Yönetimi	20
2.12. Zaman kavramı ve Zaman yönetimi	21
2.13. Hemodiyaliz ve zaman yönetimi.....	22
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Araştırma Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	26

3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Bireysel Bilgi Formu.....	26
3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	27
3.4.3. Ses Kayıt Cihazı.....	27
3.5. Araştırmanın Uygulanması	28
3.5.1. Araştırmanın Ön Hazırlığı	28
3.5.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	28
3.6. Verilerin Toplanması	28
3.7. Verilerin Analizi	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Nicel Bulgular	31
4.2. Nitel Bulgular (Temalar).....	32
4.2.1. Makinaya Bağlı Olmanın Etkileri Temasına İlişkin Bulgular	37
4.2.2. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar Temasına İlişkin Bulgular....	42
4.2.3. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları Temasına İlişkin Bulgular.....	49
4.2.4. Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler Temasına İlişkin Bulgular.....	52
5. TARTIŞMA	58
5.1. Hemodiyaliz Hastalarının Makineye Bağımlı Olmanın Etkilerinin Tartışılması	58
5.2. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananların Tartışılması	60
5.3. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları ve Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Önerilerin Tartışılması	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	68
EKLER.....	79
Ek-1. Özgeçmiş	79
Ek-2. Etik Kurul Onayı	80
Ek-3. Kurum İzni	81
Ek-4. Online Nitel Araştırma Yöntemleri Kurs Katılım Belgesi.....	82

Ek-5. Bireysel bilgi formu	83
Ek-6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	85
Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	86



TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu yana hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve sabrıyla her zaman yanımda olan bana akademik anlamda yeni bir bakış açısı sunan, yürüdüğüm ve yürüyeceğim bu yolda bana daima ışık tutacağını bildiğim, kendisini tanımaktan ve onun öğrencisi olmaktan gurur duyduğum benim için çok kıymetli olan biricik ve saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ’a

Hayatım boyunca bu zamana kadar aldığım her kararda yanımda olan maddi ve manevi tüm desteklerini bana hissettiren, çok büyük fedakârlıklar ile beni bugüne kadar yetiştiren biricik ailem’e,

Çalışma sürecinde araştırmama katılmayı kabul edip bu araştırmanın var olmasını sağlayan değerli hastalarım,

Sonsuz teşekkür ediyor, şükranlarımı sunuyorum.

Bünyamin ÇAKAR

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Süresi Boyunca Zamanı Etkili Kılmaya Yönelik İhtiyaçlarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma

Amaç: hemodiyaliz tedavisi alan hastaların HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarını nitel ve fenomenolojik desende incelemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma Mart– Ağustos 2025 tarihleri arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemodiyaliz Ünitesinde tedavi alan 28 hasta birey ile ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak yürütüldü. Veriler bireysel bilgi formu ve yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplandı. Hastaların demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin verileri tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde), nitel veriler ise MAXQDA Analytics Pro yazılımı ile analiz edildi.

Bulgular: Katılımcıların yüzde 89.29’u hemodiyaliz sürecinde sıkılma yaşamaktadır. Görüşmelerden dört ana tema elde edildi: (1) Makineye Bağlı Olmanın Etkileri, (2) Hemodiyaliz Sürecinde Yaşananlar, (3) Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları, (4) Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmei İçin Öneriler. En büyük frekansa sahip kodlar “sıkılma(n=54)”, “psikolojik yıpranma(n=31)” ve “zorunluluk hissetme(n=18)” olarak belirlendi.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda hemodiyaliz makinesine bağımlı olmak bireyde sadece fiziksel zorlukların beraber duygusal ve davranışsal açıdan çok boyutlu etkileri olan bir durumdur. Hastalar zamanlarının belirli kısımlarını hemodiyaliz ünitesinde geçirmektedirler. Buradaki zamanlarını daha verimli ve eğlenceli geçirdikleri zaman psikolojik olarak hastalar kendini daha dinç, mutlu ve huzurlu hissettiklerini, hemodiyaliz ünitesinden çıktıktan sonraki zamanlarında bile onlara olumlu olarak bir katkı sağladığı görülmektedir. Hemodiyaliz makinesine bağlı olmak tıbbi olduğu kadar psikososyal bir deneyimdir; hasta destek sistemlerinin güçlendirilmesi, önerilerin dikkate alınması ve pozitif duyguların artırılması hastaların daha olumlu duygularla zamanlarını geçirmelerini sağlayacağı vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Zaman, Gereksinimler, Nitel, Hemşire

ABSTRACT

Investigating the Needs of Hemodialysis Patients to Make Effective Use of Time During Dialysis: A Qualitative Study

Aim: The aim of this study is to explore, within a qualitative and phenomenological design, the needs of patients undergoing hemodialysis (HD) in relation to making their time during HD sessions more effective.

Materials and Methods: The research was conducted between March and August 2025 at the Hemodialysis Unit of Şanlıurfa Training and Research Hospital with 28 patients selected through criterion sampling. Data were collected using an individual information form and a semi-structured interview form. Demographic and disease-related characteristics of the patients were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage), while qualitative data were analyzed with MAXQDA Analytics Pro software.

Results: A total of 89.29 of participants reported experiencing boredom during the hemodialysis process. Four main themes were identified from the interviews: (1) Effects of Being Connected to the Machine, (2) Experiences During the Hemodialysis Process, (3) Outcomes of an Enjoyable Hemodialysis Experience, and (4) Recommendations for Making the Hemodialysis Process More Efficient. The codes with the highest frequencies were “boredom (n = 54),” “psychological strain (n = 31),” and “sense of obligation (n = 18).”

Conclusion: The findings indicate that dependence on the hemodialysis machine is not only a physical burden but also a multidimensional experience with emotional and behavioral consequences. Patients spend a significant portion of their time in the hemodialysis unit. When this time is perceived as more productive and enjoyable, patients report feeling psychologically more energetic, happy, and peaceful, with positive effects extending beyond the unit into their daily lives. Hemodialysis dependence is therefore both a medical and psychosocial experience; strengthening patient support systems, considering patient suggestions, and enhancing positive emotions are emphasized as strategies to help patients spend their time more constructively and with greater well-being.

Keywords: Hemodialysis, Time, Needs, Qualitative, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACR	: Albümin-Kreatinin Oranı
AER	: Albümin Atılım Oranı
ABH	: Akut Böbrek Hasarı
ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFH	: Glomerül Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KDOQI	: Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
KDIGO	: Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TX	: Böbrek Transplantasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Türkiye' de renal replasman tedavisi gerektiren SDBH prevalansı ve insidansı.....	8
Şekil 4.1. Kod Matrisi.....	36
Şekil 4.2. Kod Haritası	37
Şekil 4.3. Makinaya Bağlı Olmanın Etkileri Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli	38
Şekil 4.4. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli	42
Şekil 4.5. Kod Bulutu	43
Şekil 4.6. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli	49
Şekil 4.7. Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli	52

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. GFR hızı değeri aralıkları ve evrelendirilmesi.....	5
Tablo 2.2. Albümin değeri aralıkları ve evrelendirilmesi	5
Tablo 2.3. Kronik böbrek yetmezliği risk faktörleri	9
Tablo 2.4. Türkiye’de diyalize yeni başlayan hastalarda etiyolojik nedenlerin zamanla değişimi	9
Tablo 2.5. Kronik böbrek yetersizliğinin en belirgin klinik bulguları	10
Tablo 2.6. Kronik böbrek hastalığı kriterleri	12
Tablo 2.7. GFH ve albüminüri düzeyine göre KBH evreleri ve ilerleme hızı	13
Tablo 2.8. Hemodiyalizde istenmeyen yan etkiler.....	19
Tablo 4.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri	31
Tablo 4.2. Hemodiyaliz hastalarının hastalık özellikleri	32
Tablo 4.3. Veri analizi sonucunda oluşturulmuş temalar ve elde edilen kodlar	33
Tablo 4.4. Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Süresi Boyunca Zamanı Etkili Kılmaya Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Yapılan Görüşmelerden Çıkan Temalar ve Kodlar.....	34

1. GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (1) ve aylar, yıllar süren bununla beraber bu süreçte böbrek fonksiyonlarının geri döndürülemez kaybına yol açan ilerleyici bir hastalık olduğundan, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur (2). Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve obezitenin artan yaygınlık oranı nedeniyle, 2030 yılına kadar tüm dünyada bu ölümcül hastalığa yakalanma riski taşıyan kişi sayısında önemli bir artış olması beklenmektedir. Dahası, dünya çapında nüfusun %11'i bu hastalıktan etkilenmektedir (3). Tüm dünyada olduğu gibi KBH Türkiye'de de önemli bir toplum sağlığı sorunu olup, diyaliz tedavisindeki ölüm oranı genel nüfusa göre %10-30 daha fazladır. Türk Nefroloji Derneği 2021 Kayıt Defteri verilerine göre; 2020 yılı sonu itibariyle toplam 83.350 son dönem böbrek hastalığı olan hasta bulunmaktadır (4). Hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastaların hayatta kalmaları için böbrek fonksiyonlarına alternatif olarak düşünülmüş tedavi seçenekleridir (3). Ancak HD dünya çapında en yaygın olan ve SDBY olan hastaların %70'inden fazlası tarafından hayatta kalmak için tercih edilen renal replasman tedavisidir (5). Türk Nefroloji Derneği 2021 Kayıt Defteri verilerine göre; 2020 yılı sonu itibariyle ülkemizdeki SDBY hastalarının %72,7'si HD, %4,1'i periton diyalizi ve %23,3'ü ise transplantasyon tedavisini tercih etmiştir (4).

Son dönem böbrek yetmezliği, kronik periyodik hemodiyalize giren hastaların yaşamı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. HD hastalar için hem zaman alıcı hem de yorucu olduğundan sosyal, ekonomik ve aile durumlarını ve özellikle de psikolojik iyilik hallerini olumsuz yönde etkilemektedir (6,7). Hastalar, diyaliz sürecini sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkileyen ağır bir yük olarak algılamaktadır (8). HD hastalarının belirli zaman aralıklarında belirli bir hemodiyaliz merkezinde sürekli tedavi seansları almaya ihtiyaçları vardır (9). HD rejimleri hastalar arasında farklılık gösterebilir ancak kronik HD hastalarında geleneksel tedavi genellikle haftada üç seanstır ve her diyaliz seansı üç ile beş saat sürmektedir (10), bu çok sınırlayıcı olabilmekte ve hayatlarının sosyal ve profesyonel yönlerini etkileyebilmektedir (8). HD hastalarının, haftalık HD seanslarında uzun zaman geçirdiklerinden dolayı arkadaş ve akrabalarıyla dışarı çıkamadıkları için zayıf sosyal ilişkiler yaşadıkları belirtilmektedir (11). HD hastalarının haftada üç gün, günde yaklaşık dört saat diyalize tabi olmalarının, onların zamanlarının büyük bir bölümünü aldığı ve genellikle zamanın geçmesinin uzun sürdüğü, rahatsızlığın yanı sıra

onları sıkıcı bir deneyimle karşı karşıya bıraktığı bildirilmektedir (12). Shouket ve arkadaşlarının çalışmalarında, hastaların tedavi sırasında zaman geçirmeyi zor buldukları için hemodiyalizin zaman alıcı doğasını sinir bozucu olarak deneyimlediklerini belirtmişlerdir (13). Aynı çalışmada hastaların bir HD seansına katılmanın tüm deneyimi 3 ila 4 saatlik tedaviyle sınırlı olmadığını, ayrıca her seanstan önce ve sonra HD merkezine gidip gelmek ve HD makinesine hazırlık ve bağlanmayı beklemek için ek zaman gerektirdiğini, bu da tedaviye ve seyahat süresine ek olarak 15 ila 30 dakika daha zaman aldığını saptamışlardır. Bir başka çalışmada da hastaların, HD tedavisiyle ilgili ciddi sorunlardan birinin, seanslarının zaman alıcı doğası olduğunu ve dört saatlik hemodiyalizi tolere etmenin kendileri için çok zor olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, katılımcılar diğer hastalarla konuşmak, uyumak, radyo ve müzik dinlemek, TV, video veya film izlemek gibi farklı aktiviteler gerçekleştirerek zamanı daha hızlı geçirmeyi yavaş yavaş öğrendiklerini ifade etmişlerdir (14). Taylor ve arkadaşları ise çalışmalarında, hastaların HD sırasında zamanın yavaş geçtiğini, HD’ de geçirilen zamanın “boş” zaman veya “yaşamdan uzak zaman” olduğunu belirttiklerini bulmuşlardır (15).

Hemodiyaliz hastaları, genellikle haftalık hemodiyaliz seanslarına katıldıkları süre boyunca daha uzun zaman geçirmek zorunda olduklarından, bu durumun sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmektedirler. Bu seanslar, onların arkadaşları ve akrabaları ile dışarı çıkma fırsatlarını önemli ölçüde azalttığı için, zayıf sosyal ilişkiler geliştirdiklerini ve bu durumun kendilerini yalnız hissettirdiğini belirtmişlerdir. Bu sosyal izolasyon, hem ruhsal sağlıklarını hem de genel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (11). Hemodiyalizdeki hastalar diyaliz merkezinde önemli miktarda zaman geçirdiklerinden, orada sağlanan bakım, hemşirelerle birlikte tüm sağlık profesyonellerinden (hekim, paramedikal personel, teknisyenler ve yöneticiler) alınan memnuniyet, psikolojik destek, yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve hasta sonuçlarını iyileştirmede önemlidir. Personelin hastalarla daha iyi iletişim kurması, daha iyi sonuçlar için önemli bir rol oynar. Dahası, eğitim düzeyi, kazanç ve aile desteği, yaş, medeni durum, hastaların tedaviye uyumunu ve memnuniyetini etkiler (1). Bu nedenle HD seansı sürecindeki zamanı geçirmeyi kolaylaştırıcıların ve zorlaştırıcıların niteliksel ve bilgi açısından zengin bir şekilde belirlenmesi, hastaların HD seansını daha rahat geçirmeye, zamanı daha etkili bir şekilde değerlendirmeye ve hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaya yardımcı olacaktır. Literatür incelendiğinde daha önce

hemodiyaliz hastalarında “zaman” kavramına yönelik bir araştırmaya rastlanmadı. Bu araştırma ile ülkemizde ilk defa, HD hastalarının HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylelikle hastaların, HD seansı sürecindeki zamanı geçirmeyi kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara ilişkin görüş ve deneyimlerinin incelenmesi sağlanacaktır.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarını nitel ve fenomenolojik desende incelemektir.

Araştırma Soruları

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya ilişkin ihtiyaçları nelerdir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya ilişkin görüş ve deneyimleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akut Böbrek Yetmezliği

Akut böbrek yetmezliği (ABY), modern tıbbi terminolojide sıklıkla "akut böbrek hasarı" (ABH) olarak adlandırılmakta olup, böbreklerin ani işlev kaybını ifade eden kritik bir durumdur. Glomerüler filtrasyon hızında (GFH) yaşanan bu ani azalmaya bağlı olarak, kan dolaşımında azot içeren atık ürünlerin, özellikle kan üre azotu (BUN) ve kreatinin gibi maddelerin birikimi gözlemlenir. Özellikle ABH hastaların genel sağlık durumu üzerine önemli olumsuz etkiler yapabilir ve tedavi edilmediği takdirde kalıcı böbrek yetmezliğine yol açabilir (16). ABH, böbrek yetmezliğinde geri dönüşümlü olan ani azalmadır (17).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrekler, vücudun sıvı ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi, metabolik atıkların (üre, ürik asit ve kreatinin) kandaki konsantrasyonunun azaltılması, kan basıncının düzenlenmesi ve hormon üretimi gibi hayati işlevlerden sorumludur(18). Kronik böbrek hastalığı (KBH), vücudun metabolik ve elektrolit dengesini sürdürme yeteneğinin kaybolması ile sonuçlanan böbrek işlevinin ilerleyici ve geriye dönüşsüz biçimde kaybedilmesidir (19). Ayrıca kronik böbrek yetmezliği sinsi bir hastalık olmakla beraber etkilenen bireylerin çoğunda asemptomatiktir (20,21).

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızındaki azalma ile böbreğin sıvı ve elektrolit dengesini düzenleme ile metabolik fonksiyonlarının kalıcı olarak bozulması ve hiçbir sebebe bakılmaksızın böbreğin 3 ay ve daha uzun süren fonksiyon kaybı veya yapısal hasarlanması olarak literatürde tanımlanmaktadır (22). KBY, GFH azalması sonucu böbreklerin sıvı ve elektrolit dengesini düzenleme ile metabolik ve endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz bir şekilde bozulmasıdır. Hastalarda GFH' nın 35-50 ml/dakika seviyesinin altına inmediği sürece, hastalık semptomsuz bir seyir izlemektedir (23,24).

2.3. Son Dönem Böbrek Yetmezliği

Böbrek yetmezliği geleneksel olarak kronik böbrek hastalığının en ciddi sonucu olarak kabul edilir ve semptomlar genellikle azalmış böbrek fonksiyonunun komplikasyonlarından kaynaklanır. Semptomlar şiddetli olduğunda, sadece diyaliz ve

transplantasyon ile tedavi edilebilir. Bu şekilde tedavi edilen böbrek yetmezliği son dönem böbrek hastalığı olarak bilinir (25).

Ayrıca başka bir kaynakta GFH'nın 15ml/dk'nın altına indiği, endojen böbrek fonksiyonunun geri dönüşsüz kaybıyla karakterize durum, kronik böbrek hastalığının beşinci evresi olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) şeklinde tanımlanmaktadır (26). Böbrek yetmezliği kronik bir durumdur ve SDBY'ye yol açarsa, hastanın genel sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde yıkıcı etkileri olabilir (27).

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı, (Kidney Disease: Improving Global Outcomes / KDIGO) proteinüri ve glomerüler filtrasyon hızını belirleyen belirteçleri kullanarak KBH'nı 6 kategoride sınıflandırmıştır (KDIGO, 2024). Üç albüminüri düzeyine (A1, A2 ve A3) dayalı evrelenmedirme sistemini içerir ve KBH'ın her aşaması, (mg/gr) veya (mg/mmol) cinsinden idrar albümin-kreatinin oranına göre alt kategorilere ayrılır (28). 2024 yılı KDIGO kılavuzuna göre Kronik Böbrek Hastalığının evrelendirilmesin'de kullanılan kategoriler Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. GFR hızı değer aralıkları ve evrelendirilmesi

GFH Hızı Değer Aralıkları	GFH/ml/dk/1.73 m2	Tanım
G1	≥ 90	GFH normal veya yüksek
G2	60-89	GFH hafif derecede azalma
G3a	45-59	GFH'de hafif orta derecede azalma
G3b	30-44	GFH'de orta şiddetli derecede azalma
G4	15-29	GFH'de şiddetli azalma
G5	<15	Böbrek yetmezliği

Tablo 2.2. Albümin değer aralıkları ve evrelendirilmesi

ALBÜMİN EVRELERİ	AER (mg/gün)	TANIM
A1	<30 mg/g	Normal yüksek
A2	30-300 mg/g	Yüksek
A3	>300 mg/g	Çok yüksek

AER: Albumin Excretion Rate (Albümin Atılım Hızı / Oranı)

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı, dünyada 800 milyondan fazla kişide görülmektedir. Diğer bir deyişle, dünyada yaklaşık 8 milyar insanın yaşadığı düşünüldüğünde, her 10

kişiden biri bu hastalıktan muzdariptir (29). Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünya genelinde ve ülkemizde giderek artan önemli sağlık problemlerinden biridir. Yapılan çalışmalar, KBH'nin küresel prevalansının yaklaşık %13,4 olduğunu göstermektedir. Hill ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği meta-analizde, KBH prevalansının bölgesel farklılıklar gösterdiği ortaya konmuştur. Evre 1'den 5'e kadar olan KBH vakaları Güney Afrika, Senegal ve Kongo gibi Afrika ülkelerinde en düşük seviyede (%8.66) iken, Avrupa ülkelerinde en yüksek oranlara (%18.38) ulaşmaktadır (30). Benzer bir şekilde, evre 3-5 arasındaki KBH prevalansı Hindistan ve Bangladeş gibi Güney Asya ülkelerinde düşük düzeyde (%6.76) seyrederken, ABD ve Kanada gibi gelişmiş kuzey Amerika ülkelerinde daha yüksek oranda (%14.44) görülmektedir. Bu veriler, KBH'nin coğrafi ve sosyoekonomik faktörlerin etkisi altında değişiklik gösterdiğini ve ilerleyen dönemlerde sağlık politikalarının bu farklılıkları göz önünde bulundurarak oluşturulmasının önemini ortaya koymaktadır (30).

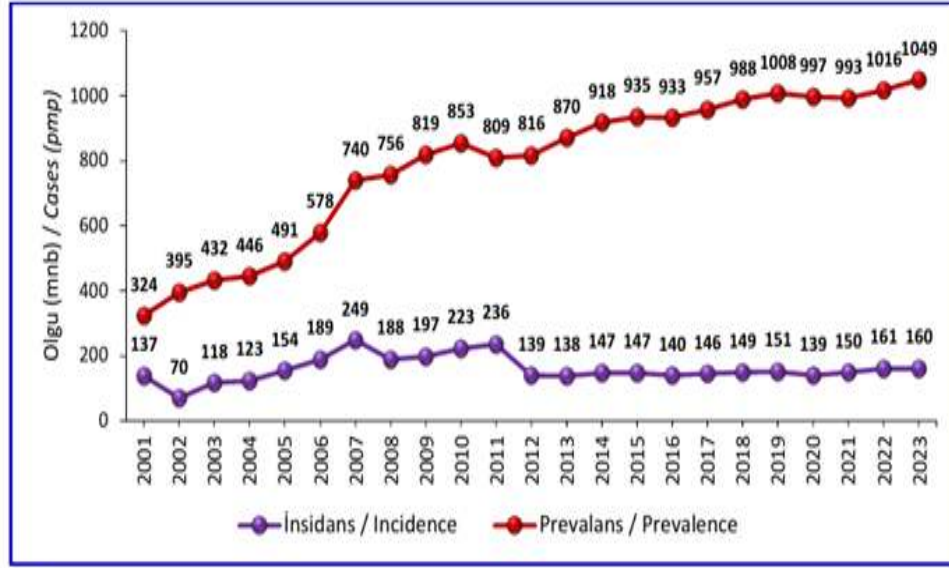
Türkiye'deki erişkinlerde KBH görülme sıklığı ise %15.7'dir. Bu sonuçlara göre ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde KBH olduğu, en yaygın görüldüğü bölgelerin Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri, en az görülen bölgelerin Akdeniz ve İç Anadolu bölgeleri olduğu, KBH sıklığının ise kadınlarda, yaşlılarda, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olanlar ile kırsal bölgede yaşayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (29). Ayrıca dünyada 2016 yılında KBH'ye bağlı ölüm sayısının 1.186.560 olduğu bilinmekle beraber 2040'ta ise KBH'ye bağlı ölüm sayısının 3.087.910 kişi olacağını; yani KBH'nin bütün ölümler içindeki payının %2.17' den %4.10'a çıkacağını tahmin etmektedir (31).

2040 yılına kadar kronik böbrek hastalığının beşinci sırada olacağı tahmin edilmektedir. Genel olarak, kronik böbrek hastalığının prevalansı yaşla birlikte artar ve yüksek gelirli ülkelerde obezite, diyabet ve hipertansiyonu olan kişilerde daha sık görülür (20). Kronik böbrek yetmezliği, SDBY ve kardiyovasküler komplikasyonlara yol açan küresel bir sağlık sorunudur. Türkiye'deki prevalans verilerine göre, yaklaşık 2.5 milyon insan KBY'den etkilenmektedir (11). KBY sıklığındaki artışın arkasında yatan en önemli iki faktör şunlardır: Birincisi, toplumun yaş ortalamasının giderek yükselmesi, bu durum daha yaşlı bireylerin sayısının artmasına yol açmakta ve bu da sağlık sorunlarının sıklığını artırmaktadır. İkincisi ise, ülkemizde diyabetin belirgin bir şekilde epidemi haline gelmesi, bu durum da birçok insanın kronik sağlık sorunları yaşamasına neden olmakta ve KBY'nin yaygınlık oranını yükseltmektedir (18).

Karşı karşıya olduğumuz üçüncü pandemi, dünya çapında tahmini prevalansı %8-16 arasında olan kronik böbrek hastalığıdır. Dünyada obeziteye paralel olarak, diyabet prevalansı artmaktadır, bununla beraber obezite ve diyabetin uzun dönem komplikasyonlarında beklenen artışa bağlı olarak dünyada aşırı morbidite ve mortalite yüküne yol açmaktadır. Obezite ve diyabetteki bu artış, böbrek hastalığının ilerlemesinde rol oynayan risk faktörlerinin (hipertansiyon, metabolik sendromu, diyabet, leptin/adiponektin değişiklikleri, peri-renal ve sinüs yağının genişlemesi vb.) artmasına sebep olmakta bu da KBH prevalansındaki artışa öncülük etmektedir (32).

Farklı bir açıdan bakıldığında bir ülkedeki insidans ve prevalans, altta yatan hastalık oranlarındaki farklılıklar ve devlet destekli tedavinin mevcudiyeti nedeniyle değişmektedir (25). KBH önemli bir halk sağlığı sorunu olarak bilinmesine rağmen, KBH hakkında farkındalık düşük kalmaktadır. KBH riski, ekonomik kalkınma düzeyinden etkilenir. Yoksulluk, kronik böbrek hastalığının oluşmasına, ilerlemesine sebep olan riskleri artırır ve KBH olan kişilerde sonuçları daha da kötüleştirir. Kronik böbrek hastalığı olan kişilerin sayısının dünyanın en yoksul olan bölgelerinde en hızlı oranda artması beklenmektedir. Ayrıca düşük ekonomik gelişme seviyeleri ile renal replasman tedavisinin azalması arasında doğru bir orantı görülmektedir (33).

2023 yılında Türkiye’de böbrek replasman tedavisi (BRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığının (SDBH) insidansı, milyon nüfus başına (mnb) 159.8 olarak belirlenmiştir. Yıllık insidans, erkeklerde (190.9 mnb) kadınlara (128.6 mnb) kıyasla daha yüksek seyrederken, yaş ilerledikçe bu oran artış göstermektedir (34). Türkiye 2023 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu’ndan yararlanılarak Türkiye’de renal replasman tedavisi gerektiren SDBY olan hastarın insidans ve prevalans sayılarının yıllar içindeki değişimi Şekil 2.1’de gösterilmiştir (34).



Şekil 2.1. Türkiye' de renal replasman tedavisi gerektiren SDBH prevalansı ve insidansı

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kronik böbrek yetmezliği risk faktörleri arasında hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), kalp yetmezliği (KY) veya bireyin ailesinde böbrek yetmezliği öyküsü bulunması, kişinin hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır (35). Hipertansiyon ve diyabet KBH'nın en sık nedenleridir (36,37). Gelişmiş ülkelerde KBY gelişmesinin ne büyük riski diyabetik nefropatidir. Ayrıca diyabetik hastalarda KBY görülme riski, olmayan hastalara göre 2.5 kat daha fazladır (38,39). Başka bir çalışmada ise obezite, kronik böbrek hastalığı ile ilişkili bulunmuştur(40).

Aslında obezite, altta yatan patolojiden bağımsız olarak KBH'nın ilerlemesi ile ilişkilidir. Obezitenin IgA nefropatisinin progresyonu ve otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı ile ilişkili olduğu da belgelenmiştir (32).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından 2017 yılında hazırlanan rapora göre, SDBY'nin başlıca etiyolojik etmenleri hem hemodiyaliz (HD) hem de periton diyalizi (PD) gören hastalar arasında diyabet (%38.1 ve %27.9), hipertansiyon (%27.5 ve %27) ve kronik glomerulonefrit (%6.01 ve %12.3) olarak öne çıkmaktadır(41). Diyabet, glomerulonefrit ve kistik böbrek hastalıkları gibi yaygın ve iyi araştırılmış olanlar da dâhil olmak üzere kronik böbrek hastalığının birçok nedeni vardır, ancak KBH'daki nedensellik henüz tam olarak anlaşılamamıştır (20).

Kronik böbrek yetmezliği için risk oluşturabilecek olan sebepler Tablo 2.3'te gösterilmiştir (19,22,25,37,42,43).

Tablo 2.3. Kronik böbrek yetmezliği risk faktörleri

RİSK FAKTÖRLERİ				
Ailede KBY öyküsü	Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü	Hipertansif nefroskleroz	Diyabetik glomerüloskleroz	Diyabetik nefropati
Diabetes mellitus	Yaşlılık	Böbrek kütlelerinde azalma	Düşük doğum ağırlığı	Etnik köken
Hipertansiyon	Düşük sosyo-ekonomik durum	Düşük eğitim seviyesi	Otoimmün hastalıklar	Sistemik enfeksiyonlar
Obezite	Üriner enfeksiyonlar	Üriner sistem taşları	Üriner sistem obstrüksiyonu	Proteinüri
Kötü glisemik kontrol	Dislipidemi	Sigara kullanımı	İlaç toksisitesi	Polikistik böbrek hastalıkları
Obstrüktif nefropati				

Türkiye’de diyalize girme sebepleri yıllar içinde büyük bir değişim göstermiştir. Bu değişimde 1995 yılında en büyük sebep glomerülonefrit iken 2016 yılına gelindiği zaman ise en büyük sebep diyabetes mellitus olmaktadır bununla beraber bu sebeplerin yıllar içindeki değişimi Tablo 2.4’te gösterilmiştir (29).

Tablo 2.4. Türkiye’de diyalize yeni başlayan hastalarda etiyolojik nedenlerin zamanla değişimi

Yıl	1995	2001	2006	2011	2016
Diabetes mellitus	15.3	25.3	28.9	36.2	38.5
Hipertansiyon	9.2	17.2	23.3	28.3	24.6
Glomerülonefrit	28.1	22.3	6.6	5.9	6.3
Tübülointerstisyel nefrit	12.0	4.0	3.9	2.0	0.9
Kistik böbrek hastalıkları	5.2	5.8	5.3	3.1	4.2
Bilinen diğer nedenler	4.4	13.3	10.7	11.1	8.6
Nedeni bilinmeyenler	18.2	12.1	15.2	13.4	16.9

2.7. Kronik Böbrek Yetersizliğinin En Belirgin Klinik Bulguları

Hastaların klinik belirtileri ve bulguları, böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızıyla sıkı bir ilişki içindedir. GFH 35-50 ml/dk’nın altına düşmediği sürece hastalar genellikle semptomsuz kalabilir. İlk belirtiler genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. GFH 20-25 ml/dk’ya düştüğünde ise hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (42,35). Kronik böbrek hastalığı, semptomların sinsi bir şekilde başlaması ve ardından böbrek fonksiyonu azaldıkça semptomların görülme sıklığının ve şiddetinin giderek artması ile karakterizedir (44). Etkilenen sistemlerin klinik durumuna baktığımızda, yüksek kan üre nitrojeni (BUN) değerinin birçok belirtiyi beraberinde

getirdiği ve diğer sistemleri de etkilediği açıktır. Etkilenen bu sistemler ve bu sistemlerde meydana gelen klinik bulgular Tablo 2.5’te gösterilmiştir (35,45,46). Ayrıca ortaya çıkan her bir sorun, zincirleme etkilere yol açarak daha fazla sorun yaratmaktadır (23).

Tablo 2.5. Kronik böbrek yetersizliğinin en belirgin klinik bulguları

Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
Sinir Sistemi	Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal Sistem	Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özofajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit, peptik ülserasyon
Hematoloji-İmmünoloji	Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşıyla sağlanan immünitede azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Kardiyovasküler Sistem	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı miyokard disfonksiyonu
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem, Üremik akciğer, restirktif tip solunum bozukluğu, dispne, azalmış göğüs ekspansiyonu, cheyne-stokes ve/veya kussmaul solunumu, akciğer konjestiyonu, pleuritis sicca, plevra efüzyonu, reaktivasyon tüberkülozu, viral ve fungal pnömoni.
Cilt	Kaşınıtı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik-Endokrin Sistem	Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi, impotans, hiperprolaktinemi, frijidite
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
Nöromusküler Semptomlar	Üremik ensefalopati, periferik sensorimotor nöropati, kramp, kas seyirmeleri, fasikülasyonlar, ince tremor, asterixis, myoklonus, korea, latent tetani, tip II kas liflerinde atrofi.
Diğer	Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktür

2.8. Kronik Böbrek Hastalığı Fizyopatolojisi

Her gün vücuttan atılması gereken metabolik toksinler vardır. Sağlıklı bir bireyde bu toksinler yaklaşık iki milyon nefronla atılır. Ancak nefrotoksinler, hipertansiyon, diyabet, dehidratasyon, sigara, alkol ve hiperlipidemi gibi durumlar böbrek

fonksiyonlarını bozarak bazı glomerüllerin devre dışı kalmasına ve diğer nefronların yükünün artmasına yol açar (47). Bu nefronlar üzerinde yapılan gözlemler, bu yapılar içinde ilk olarak belirgin bir hipertrofi geliştiğini gösterir. Bu durum, her bir nefrona ulaşan plazma akımının artmasıyla ilişkilidir ve bu olaya hiperperfüzyon adı verilmektedir. Nefron plazma akımındaki bu artış, glomerüler filtrasyon oranının artmasıyla sonuçlanmakta olup, bu sürece de hiperfiltrasyon denmektedir. Her bir glomerüle ulaşan kan hacminin artışı, sonuç olarak intraglomerüler hipertansiyona sebep olur. Bu hipertansiyon, glomerül kapillerleri içerisinde endotel hasarlarının meydana gelmesine neden olmaktadır. Endotel hasarları, koagülasyon mekanizmalarını tetikler ve bu süreç, intraglomerüler tromboz, fibroz ve glomerüloskleroz gibi durumların ortaya çıkmasına yol açar. Skleroza uğramış glomerüller devre dışı kalırken, geride kalan ve işlevselliğini sürdüren glomerüller üzerindeki yük daha da artar. Bu tekrarlayan olaylar, bir kısır döngü oluşturur ve sonunda böbrek hastalığının gelişimine zemin hazırlar. Bu döngü, bir taraftan işlev kaybı ile diğer taraftan geride kalan glomerüllerin aşırı yüklenmesi şeklinde kendini göstermekte ve süregeldikçe böbrek sağlığını olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir hastalık sürecini tetiklemektedir (17). Dolayısıyla, bu mekanizmaların anlaşılması, böbrek hastalıklarının önlenmesinde ya da tedavisinde kritik önem taşımaktadır (48,49,50,51,52).

2.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı

Böbrek hastalığının tanı süreci, öncelikle kapsamlı bir anamnez alınmasını gerektirmektedir. Bu anamnez sırasında, hastanın mevcut kronik hastalıkları hakkında ayrıntılı bilgi toplanmalı, aile bireylerinde böbrek hastalığına dair herhangi bir öykü olup olmadığı araştırılmalıdır. Ayrıca, hastanın kullandığı ilaçlar hakkında da detaylı sorular yöneltilmeli ve önceki böbrek fonksiyonlarının durumu dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu bilgilerin tümü, böbrek sağlığı hakkında önemli ipuçları sağlamaktadır ve tanının doğru bir şekilde konulmasında büyük rol oynamaktadır. Anamnez sonrası, fiziksel muayene ile birlikte deneyimli bir sağlık profesyoneli, hastanın genel sağlık durumu ve böbrek fonksiyonları hakkında daha fazla bilgi edinmek için gereken testleri planlayabilir. Fiziksel muayenede kan basıncı, nabız ve ağırlık ölçülmeli; ödem, akciğer raller, kalp gallop, mesane distansiyonu ve suprapubik dolgunluk değerlendirilmelidir. Böbreklerin temel işlevi metabolizma sonucu oluşan toksinleri temizlemektir. Kanda bu maddelerin birikmesi böbrek hastalığını gösterir. Bu nedenle böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için üre ve kreatinin düzeyleri ölçülmelidir. Üre, karaciğerde amonyak

ve aminoasitlerden üretilirken, sağlıklı bireylerde kan üre nitrojeni (BUN) 8-18 mg/dl'dir. Kreatinin kaslardaki kreatin ve fosfokreatin yıkımıyla oluşur; serum kreatinin normalde 0,7-1,3 mg/dl'dir. Böbrek fonksiyonlarının %50'si kaybolana kadar kanda üre ve kreatinin artmaz. Bu nedenle son yıllarda serum sistatin-C düzeyi ölçümü önem kazanmıştır; çünkü erken evre böbrek hastalığında bile artış gösterir. Bu yüzden, kreatinine göre daha duyarlıdır ama rutin olarak kullanılmaz. Böbrek fonksiyonları hakkında detaylı bilgi için GFH ölçülmelidir. GFH, 24 saatlik idrarla kreatinin klirensine bakılarak belirlenir (47,50). Tüm yukarıda bahsedilen belirteçler Tablo 2.6'da toplu bir şekilde sıralanmıştır (29).

Kronik böbrek yetmezliğinde kesin tanı genellikle zordur. En doğru tanı böbreği GFH ve albüminüriye bakılarak konulmaktadır. KBY'de tipik olarak böbrek fonksiyonunda bir azalma, 1.73 m²'de 60 ml/dk'dan daha az tahmini GFH veya laboratuvar testleri veya görüntüleme yoluyla tespit edilen ve en az 3 aydır mevcut olan albüminüri, hematüri veya abnor maliteleri gibi böbrek hasarı belirteçleri olarak tanımlanır(20). GFH, sağlık ve hastalıkta böbrek fonksiyonunun en iyi genel indekssidir. Genç erişkin sağlıklı bir bireyde normal GFH 1.73 m² başına yaklaşık 125 ml/dk'dır; 1.73 m²'de GFR<15 ml/dk böbrek yetmezliği olarak tanımlanır. Genç erişkinlerde normal idrar ACR 10 mg / g'nin altındadır. Bununla beraber böbrek hasarının belirteçleri olarak albüminürinin olması, artmış glomerüler geçirgenlik olması, idrar ACR değerininin 30 mg / gr'dan yüksek olması şeklinde sıralanabilmektedir (25).

Tablo 2.6. Kronik böbrek hastalığı kriterleri

KBH Kriterleri: En az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı	
Böbrek Hasarının Belirteçleri	• Albüminüri (AER $\geq$ 30 mg/24 saat; ACR $\geq$ 30mg/gr) • İdrar sediment anormallikleri • Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler • Histolojik olarak saptanmış anormallikler • Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler • Böbrek nakli öyküsü
GFR azalması	• GFR <60ml/dk/1.73 m²

2.9.1. Tanıda Kullanılan Belirteçler

- Anamnez
- Fizik muayene

- 1.73 m²'de GFH<15 ml/dk
- İdrar ACR >30 mg /gr
- 3 aydır mevcut olan albüminüri, hematüri
- Görüntüleme yöntemi olarak ultrason, kontrastlı veya kontrastsız BT

(Bilgisayarlı tomografi) ve MRI (Manyetik rezonans görüntüleme), izotop taramaları, anjiyografi (25).

2024 KDIGO kılavuzu esas alınarak glomerül filtrasyon hızı ve albüminüri düzeyine bakılarak KBH'nın evresini ve ilerleme hızını belirlemek amacıyla Tablo 2.7'de değer aralıklarının belirlendiği kategoriler sıralanmıştır (29,34,37,53).

Tablo 2.7. GFH ve albüminüri düzeyine göre KBH evreleri ve ilerleme hızı

				Persistan Albüminüri Kategorileri		
	Yeşil: düşük risk Sarı: orta derecede artmış risk Turuncu: yüksek risk Kırmızı: çok yüksek risk			A1	A2	A3
				NORMAL	YÜKSEK	ÇOK
				YÜKSEK		YÜKEK
				<30 Mg/Gr	3-30 Mg /Gr	>30 Mg /Gr
GFH Hızı Değer Aralıkları	G1	Normal Veya Yüksek	≥ 90			
	G2	Hafif Azalmış	60-89			
	G3a	Hafif Orta - Derecede Azalmış	45-59			
	G3b	Orta -Şiddetli Derecede Azalmış	30-44			
	G4	Şiddetli Azalmış	15-29			
	G5	Böbrek Yetmezliği	<15			

2.10. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri

SDBY, tüm dünyada sağlık sorunu olan ve sosyal ya da kişilerarası iletişim sorunlarına bağlı olmayıp, fizyolojik bir bozuklukluğa bağlı olan bir hastalıktır (54). GFH 15 ml /dk /1.73 m²'nin altına düştüğünde renal replasman tedavisi (diyaliz veya transplantasyon) gereklidir (52).

2.10.1. Böbrek Transplantasyonu

En etkili tedavi şekli böbrek transplantasyonudur (52). Tahmini GFH, 1,73 m² başına dakikada 30 ml'nin altına düştüğünde bir nakil programına sevk edilmesi önerilir, çünkü diyalize ihtiyaç duyulmadan önce nakil almak sağkalımı artırır (55). Böbrek transplantasyonu SDBH olan hastalar için tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir ve son 20 yılda gelişme göstermiştir. Böbrek transplantasyonu, böbrek yetmezliği olan hastalara sağlıklı bir böbreğin nakledilmesidir. Amacı, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve normal böbrek fonksiyonlarını yeniden kazandırmaktır (56).

Tarihteki ilk başarılı böbrek nakli, genetik kimlikleri tamamen aynı olan tek yumurta ikizi kardeşler arasında gerçekleştirilmiştir. Monozigotik ikizlerde donör ve alıcı arasındaki tam genetik uyum, allogreft reddi riskini minimuma indirerek immünosupresif ilaç kullanımını gereksiz kılmıştır. Bu bulgu, transplantasyon alanında immünolojik uyumun ne kadar kritik olduğunu göstermiştir. Takip eden yıllarda, canlı donör böbrek transplantasyonları çoğunlukla genetik olarak ilişkili bireyler arasında, örneğin ebeveynlerden çocuğa veya kardeşler arasında yaygınlaşmıştır. Bu tür nakillerde hasta ve greft sağkalımı, ölen donörlerden alınan böbreklerle yapılan nakillerin sonuçlarını net biçimde aşmıştır. Son dönemde, daha etkili immünosupresif ilaçların kullanıma girmesiyle birlikte, genetik bağı bulunmayan canlı donörlerden, örneğin eşten alınan böbreklerde de eşit derecede başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu gelişmeler, böbrek transplantasyonunda donör kaynağı açısından seçeneklerin genişlemesine ve hastaların tedavi başarısının artmasına önemli katkılar sağlamıştır (57).

KBY hastalarında organ transplantasyonu ile tam tedavi mümkün iken, ülkemizde organ bağıışı ve nakli yasaları ve yetersiz organ bağıışı nedeniyle SDBY hastalarının ihtiyacına cevap verilememektedir. TX (Böbrek Transplantasyonu) olamayan hastalar hayatlarını devam ettirebilmek için diyaliz tedavisi almaktadır (53).

2.10.2. Diyaliz Tedavisi(Periton Diyalizi ve Hemodiyaliz)

Renal replasman tedavisindeki ilerlemeler, SDBY olarak da bilinen Evre 5 KBH'li hastaların daha uzun yaşamasına ve daha sonraki yaşamlarında diyalize başlamasına neden olmuştur (44). Diyaliz, kanın istenmeyen maddelerinin filtrelenebilmesi ve çıkarılması sürecidir; bu, ortalama olarak haftada üç kez, 4 saatlik seanslarla gerçekleşir. Bu nedenle, hastalar hayatlarının birçok saatini diyaliz makinesine bağılı olarak geçirirler ve genellikle bunun sıkıcı bir deneyim olduğunu, zamanın sanki yavaş geçtiğini söylerler. Ayrıca, oturum sırasında bazen onları etkileyen ağırı gibi olumsuz etkilerin rahatsızlığı da vardır (58). Şu anda, SDBY için yaygın olarak kullanılan tedavi hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizini (PD) içermektedir (59). Ülkeler arası çeşitliliğe rağmen tüm dünyada yüzde doksan oranında kronik böbrek yetmezliğinde HD tedavisi uygulanmaktadır (60).

Diyaliz veya böbrek transplantasyonu renal replasman tedavisi olarak bilinmekte olup böbrek yetmezliği olan kişiler için yaşamlarını sürdürmek için kullanılan tedavi yöntemleridir. Böbrek vericilerinin yetersizliği ve yaşla birlikte gelişen ve genellikle böbrek naklini engelleyen komorbiditeler nedeniyle diyaliz, böbrek yetmezliği olan çoğu insan için geçerli tedavi seçeneğı olmaya devam etmektedir (61,62).

Periton diyalizi, renal replasman tedavisinin (RRT) bir diğer önemli yöntemidir. Bu teknik, periton zarının diyaliz membranı olarak kullanılması esasına dayanır. Periton zarı, karın boşluğunda bulunan doğal bir zar olup, diyaliz sürecinde sıvıların ve atık maddelerin aktarımını sağlar. Bu yöntemle, peritoneal kapillerdeki kan ile diyaliz sıvısı arasında su ve çözülmüş maddelerin değişimi gerçekleşir. Bu süreç, hastaların böbrek fonksiyonlarının desteklenmesi amacıyla önemli bir rol oynamaktadır. Periton diyalizi, ayrıca hastaların evde tedavi olabilmeye imkanı sunarak yaşam kalitelerini artırmada da etkili bir yöntemdir (56). PD, sürekli bir tedavi yöntemi olarak su ve çözücülerini uzaklaştırarak daha az kısıtlayıcı bir diyet sağlar ve rezidüel böbrek fonksiyonunu korur. Ancak, PD uygulaması günlük olarak yapılmalıdır ve enfeksiyon riskini azaltmak için hasta veya yakınları uygulama tekniğine dikkat etmelidir (63). Periton diyalizi, hastanın periton zarı aracılığıyla diyalizat ve kan arasında madde ve su değişimini içerir (64). Karın duvarına çift yönlü akış sağlayan bir kateter yerleştirilir; bu kateter esnek silikon bir tüptür ve pelvik bölgede konumlandırılmalıdır (51,63). Diyaliz solüsyonu şeffaf torbalarda paketlenir ve hasta, steril teknikle evde tedaviyi gerçekleştirir. Periton boşluğu genellikle iki litre solüsyonla doldurulur ve gün boyunca dört kez değiştirilir. Değişim, yerçekimi etkisiyle Y-parçası aracılığıyla gerçekleşir. Sistem, toksinli sıvıyı boşaltan boş bir torba ile yeni solüsyonu infüze eden asılı torbadan oluşur. Hasta, önce solüsyonu boşaltır, ardından yenisini infüze eder ve günlük aktivitelerine devam eder (51,65).

Periton diyalizinin temel amacı, yeterli oranda üremik toksinlerin ve istenmeyen sıvıların atılımını gerçekleştirerek hastaların sağlık durumunu iyileştirmektir. Bu süreçte, vücutta biriken zararlı maddelerin temizlenmesi ve aşırı sıvının uzaklaştırılması sağlanarak, hastanın yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (66). PD'nin en önemli avantajlarından biri, elbetteki taşınabilirliği olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem, tedavinin hasta veya hasta yakınları tarafından, ev ortamında çok basit bir prensiple uygulanabilmesi sayesinde, hastaların günlük yaşamlarını önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak, hemodiyalize kıyasla daha fazla seyahat özgürlüğü elde edilirken, aynı zamanda sağlık profesyonellerine olan bağımlılık da en aza indirgenmiş olmaktadır. Böylece, hastalar kendi programlarına uygun bir şekilde hareket edebilir, istedikleri zaman istedikleri yerlerde buluşmalar yapabilir ve sosyal yaşamlarını sürdürebilirler. Bu yönüyle PD, hastaların günlük rutinlerini daha esnek bir şekilde yönetmelerine olanak tanıırken, HD tedavisine göre sunduğu bu bağımsızlık da oldukça değerli bir göz ardı edilmemelidir (67).

Hemodiyaliz, böbrek yetmezliği olan hastalarda üre, kreatinin, fazla sıvı, potasyum ve fosfor gibi zararlı maddelerin vücuttan geçirilmesi için zar aracılığıyla kesin ve etkin bir şekilde temizlenme sürecidir (26). Diyaliz ekibi, hastanın bireysel durumuna göre seans sayısını, süresini, diyaliz sıvısını ve filtreyi net olarak belirler. HD tedavisi tipik olarak haftada 12 saat sürer ve hasta durumuna bağlı olarak haftada 2-3 kez 4-6 saatlik seanslar halinde uygulanır. Bu yöntem, böbrek hastalarının yaşam kalitesini doğrudan destekleyen kritik bir tıbbi müdahaledir (68).

Kronik böbrek hastalığında diyaliz tedavisinin başlama zamanı, hastanın prognozu ve yaşam kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Buna göre, glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 6 ml/dakika/1,73 m²'nin altına düşmeden önce diyalize başlanması gerekmektedir. Bu sınır, diyalize başlama için kritik bir eşik olarak kabul edilmektedir. Ancak pratikte, GFH değeri 6 ml/dakika seviyesine inmeden önce diyalize başlanmasının garantilenmesi adına, tedaviye GFH 8-10 ml/dakika aralığında iken başlanması düşünülmelidir. Bu yaklaşım, hastaların diyalize zamanında ve etkin şekilde geçiş yapmasını sağlayarak komplikasyon risklerini azaltmakta ve tedavi başarısını artırmaktadır (69).

Hemodiyaliz, vücutta birikmiş zararlı maddelerin (su, üre, kreatinin) bir membran aracılığıyla dışarı atılmasını sağlamanın yanı sıra bozulan böbrek işlevlerini kısmen düzeltmek ve böbrek hastalarının yaşam süresini uzatmak amacıyla kullanılan önemli bir tedavi yöntemidir (70). HD, hastadan alınan kanın (300-450 ml/dk) bir makine aracılığıyla sıvı ve solüt içeriğinin düzenlenmesidir. Yarı geçirgen membran, su ve küçük moleküllerin geçmesini sağlarken, büyük yapıların geçişine izin vermez. Yeterli kan akımı (erişkinde 200-600 ml/dk) için uygun bir damar yolu olmalıdır. HD hastaların çoğunda genellikle arteriyovenöz erişim (AV fistül, greft veya kateterler) tercih edilir (55). Acil durumlarda çift lümenli kateter femoral, subklaviyan veya internal juguler vene yerleştirilir. Uzun süreli HD için AV fistül tercih edilir (71). Geçici vasküler giriş için en yaygın yöntem, çift lümene sahip bir kataterin yerleştirilmesidir (72). HD, ülkemizde en sık uygulanan böbrek replasman tedavi yöntemidir (73).

2.10.3. Hemodiyaliz Endikasyonları

- Hipervolemi, kritik hastalarda gerekli sıvı ve ilaçların uygulanması sonucu böbreğin sıvı dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkar. Bu durum kalp yetmezliğini kötüleştirip pulmoner ödem yaratabilir. Aşırı sıvı yüklenmesi ve diüretiklere direnç söz konusu olduğunda endikedir (50).

- Asit-Baz Anormallikleri: Şiddetli asidozu olan hastalar için aralıklı veya sürekli HD uygulanır. Hemodiyaliz başlatmak için genellikle pH < 7,1-7,2 veya serum bikarbonat < 12-15 mmol/L değerleri önerilir (74).
- Ciddi Elektrolit Anormallikleri: Şiddetli hiperkalemi, yaşamı en fazla tehdit eden durumdur ve acil tedavi gerektirir. Potasyum düzeyi > 6,5 mmol/L olan hastalarda hemodiyaliz başlanmalıdır. Ayrıca, şiddetli hiponatremi, hipernatremi ve hiperfosfatemi de hemodiyaliz kararını etkileyebilir (51).
- Üremi: Ensefalopati ve perikardit gibi üremik semptomların tedavisi için hemodiyalizin kullanımı etkilidir (Üremi belirtileri veya semptomları, tat veya koku alma duyusundaki değişiklikler, amenore ve anoreksiya kanama, morarma, bilinç bulanıklığı, ensefalopati, hıçkırık, ünsülin direnci, uyuşukluk, yorgunluk, kas krampları, mide bulantısı, kaşıntı (55).
- KDOQI (Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi) klinik uygulama kılavuzlarına göre, KBH, Evre 5 (GFR <15 ml /dk / 1.73 m2) olan hastalarda HD endikedir (75).
- İlaç ve Toksin Uzaklaştırma: Toksik etkilere sahip alkoller ile birlikte, lityum, salisilat, valproik asit ve metformin gibi çeşitli zararlı maddeler ve ilaçlar mevcut. Bu tür ajanlarla yaşanan zehirlenme olayları ve ilaç intoksikasyonları, hemodiyalizin etkin bir şekilde ve zamanında uygulanması durumunda, ciddi sağlık komplikasyonlarının önüne geçilmesine yardımcı olabilir. HD, vücuttaki toksinlerin ve zararlı maddelerin hızlı bir biçimde uzaklaştırılmasını sağlayarak, hastaların durumu üzerinde olumlu bir etki yaratır ve acil müdahale gerektiren durumlarda hayati önem taşır. Bu nedenle, bu tür toksik maddelerle zehirlenmelerde; tedavi yöntemlerinin zamanında devreye alınması, hastanın sağlık durumunu düzeltmek açısından kritik bir rol oynamaktadır (50).
- Kalıcı / İlerleyici Akut Böbrek Hasarı (76).

2.10.4. Hemodiyalizde İstenmeyen Yan Etkiler

HD kendisiyle beraber bireye ve aileye psikolojik sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirir (60). Bununla beraber HD tedavisi, hastaların makineye bağımlı olmasına, iş gücü kaybına, sosyal izolasyon yaşamasına, yaşam biçiminin değişmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (19). HD tedavisi gören hastalar, fiziksel

ve psikolojik birçok semptomla etkili bir şekilde başa çıkmak zorundadır. HD tedavisi sırasında, genellikle; yorgunluk (%81), nefes darlığı (%71), uykusuzluk (%67), iştahsızlık (%67), bulantı-kusma (%67), baş dönmesi (%57), kuru ve kaşıntılı cilt (%52), ishal/kabızlık (%48), ağrı (%48), baş ağrısı (%43), kas krampları (%38), uyuşukluk (%38), zayıflık (%33), göğüs ağrısı (%33) ve ödem (%33) gibi ciddi bir risk oluşturmeyen semptomlar görülmektedir. Hayatı tehdit eden komplikasyonlar arasında diyaliz nedeniyle oluşan Disequilibrium sendromunun, diyalizer reaksiyonları, aritmi, kalp tamponadı, kafa içi ve gastrointestinal sistem kanamaları, konvülsiyon, hemoliz, hava embolisi, diyalizerin yırtılması, kanın diyalizerde pıhtılaşması, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, diyalizat ısısındaki değişiklikler ve hipoksemi bulunmaktadır. Bu komplikasyonlar nadiren görülse de, zamanında müdahale yapılmadığında ciddi sonuçlar doğurabilir ve bu durum kişinin yaşamını tehdit edebilir. Ayrıca hastalar bu semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar yaşayabilir, sosyal ve eğlence etkinliklerinde kısıtlamalarla karşılaşabilir. Bunun sonucunda bağımlılıkların artması, erken emeklilik, ekonomik sorunlar, rol değişimleri, aile yaşamında bozulmalar ve beden imajında ile benlik saygısında değişimler ortaya çıkabilir (23,77,78).

Hemodiyaliz tedavisinde istenmeyen yan etkiler hayatı tehdit eden ve hayatı tehdit etmeyen şeklinde iki kategoriye ayrılmıştır. Bu yan etkiler ve kategoriler Tablo 2.8'de gösterilmiştir (23,43,77,78,79,80).

Hemodiyaliz tedavisi alan kadınların erkeklere göre deneyimledikleri semptomların ve semptom şiddetlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre tüm semptom yüklerinin ve semptom şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. HD tedavisi alan kadınlarda semptom yükü ve şiddetinin daha fazla olması, kadınların sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarının devam etmesi ve eğitim düzeyi, meslek gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen özelliklerin sınırlı olması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük olan ve bekar olan insanların ve ek bir kronik hastalığa sahip olan ayrıca eritropoetin hormonu kullanan hastaların ve diyaliz seanslarına düzenli gelmeyen hastaların semptomları daha sık ve şiddetli yaşadıkları belirlenmiştir (80).

Hemodiyaliz hastaları tarafından yukarıda belirtilen semptomların yönetiminde mevcut tedavi yöntemlerinden yeterince doyum alamama, tedavi maliyetlerinin daha düşük olması, uygulanan farmakolojik tedavilere göre yan etkilerinin daha az olması, manevi olarak iyi hissetme, hastalıkları kontrol altında tutma ve bağışıklık sistemini

güçlendirme gibi nedenlerle tamamlayıcı ve integratif yöntemler sıklıkla tercih edilmeye başlanmıştır. Literatür incelendiğinde, son yıllarda hastaların HD tedavisine bağlı gelişen semptomların hafifletilmesinde aromaterapi, masaj, meditasyon, müzik terapi, gevşeme egzersizleri, akupunktur ve refleksoloji gibi farklı tamamlayıcı ve integratif yaklaşımlar kullandığı görülmektedir (Tablo 2.8) (19,81,82,83)

Tablo 2.8. Hemodiyalizde istenmeyen yan etkiler

Hayatı Tehdit Etmeyen Komplikasyonlar		Hayatı Tehdit Eden Komplikasyonlar	
Hipotansiyon	Ateş Ve Titreme	Disequilibrium Sendromunun	Hava Embolisi
Kramp	Yorgunluk	Diyaliz Reaksiyonları	Diyaliz Yırtılması
Bulantı Ve Kusma	Nefes Darlığı	Aritmi	Kanın Diyalizde Pıhtılaşması
Baş Ağrısı	Uykusuzluk	Kalp Tamponadı	Sıvı-Elektrolit Dengesizlikleri
Göğüs Ağrısı	İshal/Kabızlık	Kafa İçi ve Gastrointestinal Sistem Kanamaları	Diyalizat Isısındaki Değişiklikler
Sırt Ağrısı	Ağrı	Konvülsiyon	Hipoksemi
Kaşıntı	Ödem	Hemoliz	Uyuşukluk
Huzursuz Bacak Sendromu	Cinsel İşlev Bozukluğu		

Hemodiyalizin Avantajları

- Hızlı atık temizleme,
- Diğer hastalarla etkileşim
- Haftada 2-3 uygulama
- Daha az hastaneye yatış
- Malnütrisyon riski azalması
- Karın komplikasyonları olmaması (84).

Hemodiyalizin Dezavantajları

- Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir.
- Her uygulamada damarlara özel iğne ve kateterle giriş gerektirmektedir.
- Diyet ve sıvı kısıtlaması gerektirir.
- Hastayı diyaliz merkezine bağımlı kılar.
- Özel makine, araç- gereç ve özel yetişmiş personel gereksinimi vardır.

- Anemiye neden olan artmış kan kaybı vardır.
- Diyaliz sırasında hipotansiyon, kas krampları görülebilmektedir.
- Fistül için minör cerrahi bir girişim gerekmektedir (85,86).

2.11. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Yönetimi

KBY'deki semptom sayısı ve bu semptomların hastalar üzerindeki etkisi, terminal malign kanser tanısı almış bireylerin deneyimlediği zorluklarla benzerlik göstermektedir. Ancak, bu semptomların türleri ve ortaya çıkış paternleri açısından önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Özellikle, semptomların ciddiyeti, sıklığı ve hastaların genel sağlık durumları ile ilişkili olarak değişkenlik göstermekte. Bu durum, hem fiziksel hem de duygusal açıdan önemli sonuçlar doğurmaktadır. Dolayısıyla, her hasta bireysel olarak değerlendirilmelidir ve semptom yönetimi stratejileri, bu farklılıkları dikkate alarak geliştirilmelidir. Hem hastaların yaşam kalitesini artırmak hem de tedavi süreçlerini desteklemek amacıyla multidisipliner bir yaklaşım benimsemek büyük önem taşımaktadır (44).

Hemodiyalizin komplikasyonlarını ve yan etkilerini azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmak için hemşireler önemli sorumluluklar taşımaktadır (87). Kronik durumların yönetimi, sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psiko-sosyal ihtiyaçların da dikkate alınmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda, düzenli hasta görüşmeleri, sosyal programlar ve aile desteğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hastaların duygularını ifade edebilmelerine yönelik destek sunulması, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu bütünsel yaklaşım, hem bireylerin yaşam kalitesini artıracak hem de tedavi süreçlerini olumlu yönde etkileyecektir (21).

Hemodiyaliz sürecinde başarılı sonuçlar, profesyonel ve multidisipliner bir ekip anlayışıyla mümkündür. Hemşireler, hemodiyaliz öncesi hazırlık, sürecin yönetimi ve hasta takibi konusunda kritik bir rol oynamaktadır. Örneğin; sürecin yönetimi ile alakalı olarak hemşire hemodiyaliz seansları sırasında sessiz, rahat ve güvenli bir çevrenin sağlanması için gerekli ortamı ve konforu sağlamalıdır (88). Ayrıca hemodiyaliz hemşiresi, bilgi ve becerileriyle hasta ve ailesinin tüm biyopsikososyal sorunlarının çözümünde destek sağlayarak hastaların bu süreçle baş etmelerine yardımcı olur (46).

Kronik böbrek hastalığı olan kişilere hemşirelik bakımı olarak bir dizi kilo verme müdahalesi önerilebilir. Kalori kısıtlaması, bitki baskın, düşük proteinli bir diyetle birlikte, obezite ve kronik böbrek hastalığı olan çoğu insanda kademeli kilo kaybına yol

açabilir (89,90). Böbrek nakli yapılmayan SDBY'li hastaların çoğu için sınırlı yaşam beklentisi göz önüne alındığında, bu hastalarda rutin kanser taraması önerilmemektedir. SDBY'li kişiler, protein-enerji israfı ve diğer yetersiz beslenme bozuklukları açısından yüksek risk altındadır ve kayıtlı bir diyetisyenden beslenme danışmanlığı almalıdır. Çoğu diyaliz hastasında hipertansiyon bulunmaktadır. Kan basıncı kontrolü, hacim durumu ile yakından ilişkili olduğundan, normovolemi sağlamak için diyaliz seanslarını değiştirmek, kan basıncı kontrolünü iyileştirebilir. Son Dönem Böbrek Hastalığı ve diyabeti olan hastalarda dikkatli glukoz takibi önemlidir çünkü insülin ihtiyaçları tahmin edilmesi zor ve bu hastalarda hipoglisemi riski artmaktadır (55). Yapılan bir çalışmada son dönem böbrek hastalığı olan kişilerin çoğu diyabet ve hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, bu hastalıkların erken evrelerinde kan basıncı ve kan şekeri seviyesinin uygun kontrolü ile erken teşhis ve tedavi, böbrek hasarının ilerlemesini yavaşlatabilir ve hatta önleyebilir. Ayrıca, genç yaşta sağlık eğitimi ve spesifik koruma ile birincil önleme, hastalık prevalansını önemli ölçüde azaltabilir (91).

HD hastalarında ağrı, yorgunluk, kramplar, anksiyete, kaygı, depresyon, kaşıntı, uyku bozuklukları gibi birçok semptomun yönetiminde çok farklı yöntemler kullanılmaktadır. Elde edilen sonuçlarda aromaterapi, akupunktur, akupresür, masaj, refleksoloji müzik terapi gibi var olan uzak doğu yöntemlerinin ve alternatif tıbbın bu semptomlar üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşireler, hastaların HD'ye bağlı sıklıkla yaşadığı semptomları ile başa çıkmalarında onlara danışmanlık yaparak kullanabilecekleri kanıta dayalı yöntemler hakkında hastaları bilgilendirmelidir (19).

2.12. Zaman kavramı ve Zaman yönetimi

Zaman, olayların geçmişten bugüne gelip, geleceğe doğru birbirini takip ettiği kesintisiz bir süreç olup, harekete anlam kazandıran temel unsurdur (92). Zaman hayatta en önemli olan buna karşılık en kötü kullanılan ve harcanan kaynaktır. Bundan dolayı da zaman bizler için vazgeçilmez ve çok iyi değerlendirilmesi gereken bir hazine olmaktadır (93). Bu nedenle zaman, insanların etkili bir şekilde yönetmeleri gereken en önemli kaynaklardan biri haline gelmektedir. Zamanınızı etkili bir şekilde yönetebilmek, yalnızca basit bir beceri değil, aynı zamanda özel yetenekler de gerektiren karmaşık bir süreçtir. Zamanın verimli kullanılması, hem kişisel hem de profesyonel yaşam kalitesini artırmak için kritik bir öneme sahiptir. Bu yüzden, insanın kendi ile ilgili bildiklerini daha etkili bir şekilde kullanabilmek ve hayatta istediğiniz başarıları elde edebilmek adına

kesinlikle etkin bir zaman yönetimi stratejisi geliştirmeniz gerekmektedir. Zamanınızı planlamak ve yönetmek, yalnızca ruh halini değil, aynı zamanda sağlığını ve genel üretkenliği de olumlu yönde etkileyecektir (94).

Zaman, herkes için son derece değerli bir kaynak olup eşit şekilde dağıtılmıştır. Her bireyin günde 24 saati ve haftada 7 günü bulunmaktadır. Maddi durumun bu bağlamda bir önemi yoktur; daha fazla zaman satın almak, başkalarından ödünç almak veya zamanı çalmak mümkün değildir. Yapabilecek en önemli şey, sahip olunan zamanı en verimli şekilde değerlendirmektir. Sahip olunan kaynaklar arasında zaman, en az anlaşılanı, en yanlış yönetileni ve en fazla israf edilenidir. Zamanın, hayatın kendisi olduğunu bilmeli ve eğer yaşamaktan keyif almak isteniyorsa, zamana gereken önemi vermelidir (93).

Bireylerin zamanı daha etkili ve verimli bir şekilde kullanma gerekliliği, zaman yönetimi kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Günümüz dünyasında, insanların her alanda gerçekleştirdiği çeşitli aktivitelerin başarılı olabilmesi, temel olarak zamanlarını iyi bir şekilde yönetmeleriyle doğrudan bağlantılı olduğu düşüncesi oldukça yaygın bir kabul görmektedir. Zaman yönetimi, bireylerin hem kişisel hem de profesyonel yaşamlarında hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olan önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, etkin bir zaman yönetiminin sağlanması, bireylerin potansiyellerini maksimum düzeyde kullanabilmeleri için kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, zamanın doğru ve etkili kullanımı, bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir yaklaşım haline gelmiştir (95).

2.13. Hemodiyaliz ve zaman yönetimi

Son dönem böbrek yetmezliği, kronik periyodik hemodiyalize giren hastaların yaşamı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. HD hastalar için hem zaman alıcı hem de yorucu olduğundan sosyal, ekonomik ve aile durumlarını ve özellikle de psikolojik iyilik hallerini olumsuz yönde etkilemektedir (6,7). Hastalar, diyaliz sürecini sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkileyen ağır bir yük olarak algılamaktadır (8). HD hastalarının belirli zaman aralıklarında belirli bir hemodiyaliz merkezinde sürekli tedavi seansları almaya ihtiyaçları vardır (9). HD rejimleri hastalar arasında farklılık gösterebilir ancak kronik HD hastalarında geleneksel tedavi genellikle haftada üç seanstır ve her diyaliz seansı üç ile beş saat sürmektedir (10). Bu çok sınırlayıcı olabilmekte ve hayatlarının sosyal ve profesyonel yönlerini etkileyebilmektedir (8). HD hastalarının, haftalık HD seanslarında uzun zaman geçirdiklerinden dolayı arkadaş ve akrabalarıyla dışarı çıkamadıkları için

zayıf sosyal ilişkiler yaşadıkları belirtilmektedir (11). HD hastalarının haftada üç gün, günde yaklaşık dört saat diyalize tabi olmalarının, onların zamanlarının büyük bir bölümünü aldığı ve genellikle zamanın geçmesinin uzun sürdüğü, rahatsızlığın yanı sıra onları sıkıcı bir deneyimle karşı karşıya bıraktığı bildirilmektedir (12). Shouket ve ark. (2022) çalışmalarında, hastaların tedavi sırasında zaman geçirmeyi zor buldukları için HD'nin zaman alıcı doğasını sinir bozucu olarak deneyimlediklerini belirtmişlerdir (13). Aynı çalışmada, hastaların bir HD seansına katılmanın tüm deneyimi 3 ila 4 saatlik tedaviyle sınırlı olmadığını, ayrıca her seanstan önce ve sonra HD merkezine gidip gelmek, HD makinesine hazırlık ve bağlanmayı beklemek için ek zaman gerektirdiğini, bu da tedaviye ve seyahat süresine ek olarak 15 ila 30 dakika daha zaman aldığını saptamışlardır. Bir başka çalışmada da hastaların, HD tedavisiyle ilgili ciddi sorunlardan birinin, seanslarının zaman alıcı doğası olduğunu ve dört saatlik hemodiyalizi tolere etmenin kendileri için çok zor olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, katılımcılar diğer hastalarla konuşmak, uyumak, radyo ve müzik dinlemek, TV, video veya film izlemek gibi farklı aktiviteler gerçekleştirerek zamanı daha hızlı geçirmeyi yavaş yavaş öğrendiklerini ifade etmişlerdir (14). Taylor ve arkadaşları çalışmalarında, hastaların HD sırasında zamanın yavaş geçtiğini, HD' de geçirilen zamanın “boş” zaman veya “yaşamdan uzak zaman” olduğunu belirttiklerini bulmuşlardır (15).

Hemodiyalizdeki hastalar diyaliz merkezinde önemli miktarda zaman geçirdiklerinden, orada sağlanan bakım, hemşirelerle birlikte tüm sağlık profesyonellerinden (hekim, paramedikal personel, teknisyenler ve yöneticiler) alınan memnuniyet, psikolojik destek, yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve hasta sonuçlarını iyileştirir. Personelin hastalarla daha iyi iletişim kurması, daha iyi sonuçlar için önemli bir rol oynar. Dahası, eğitim düzeyi, kazanç ve aile desteği, yaş, medeni durum, hastaların tedaviye uyumunu ve memnuniyetini etkiler (1). Bu nedenle HD seansı sürecindeki zamanı geçirmeyi kolaylaştırıcıların ve zorlaştırıcıların niteliksel ve bilgi açısından zengin bir şekilde belirlenmesi, hastaların HD seansını daha rahat geçirmeye, zamanı daha etkili bir şekilde değerlendirmeye ve hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaya yardımcı olacaktır.

Yapılan bir çalışmada ise hastaların çoğunluğu boş zaman vakitlerini yataklarında gerçekleştirmeyi tercih ettiler ve bu boş vakitlerinde dergi, kitap okumak, uyumak, akrabaları ile telefon görüşmesi yapmak, dini inançlara sahip olanları zamanlarının çoğunu dua etmek ile geçirmekte olduğu ayrıca diğer bazı hastalar ise internette gezinme,

televizyon izleme ve radyo dinleme gibi aktiviteleri yerine getirmişleridir. Başka bir hastayla yapılan görüşmede ise hasta boş vaktinin kendisine yapılan ayak mesajıyla daha iyi geleceği ve bu boş vaktinin daha etkili geçeceği düşüncesindeydi (96).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırmada, nitel araştırma desenlerinden biri olan fenomenolojik yaklaşım kullanıldı. Fenomenolojik çalışmaların odağı, çalışmanın odaklandığı olguyu çalışma kapsamındaki katılımcıların bakış açıları ile yaşam deneyimlerini anlamaktır (97). Bu yaklaşım, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hemodiyaliz tedavisi süresince zamanı geçirmeyi kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik öznel deneyimleri derinlemesine anlamak, bu deneyimlere eklenen anlam, yorum, düşünce ve bakış açılarını ortaya çıkarmak amacı ile tercih edildi. Derinlemesine görüşmenin amacı, görüşmeci kişinin deneyimlerini, düşüncelerini ve algılarını belirlemek, bilinmeyenleri gün yüzüne çıkarabilmektir. Nicel araştırma yöntemleriyle karşılaştırıldığında nitel araştırma daha derinlemesine veri toplanmasına katkıda bulunur ve bireyin duygu ve tecrübelerini öğrenmek esastır (98). İçerik analizi, araştırma kapsamında tanımlanan belirli kavramların tarafsız şekilde değerlendirilmesi ve yorumlanmasıdır (99). Bu nedenle yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen veriler içerik analizi ile çözümlendi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2024-Aralık 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri, Mart - Ağustos 2025 tarihleri arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinin hemodiyaliz (HD) ünitesinde düzenli tedavi alan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise, Mart-Ağustos 2025 tarihleri arasında, bu hastanede HD tedavisi alan, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 28 kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalığı olan bireyler oluşturdu. Nitel araştırmalarda belirli bir örneklem sayısı yoktur (100). Ayrıca örneklem büyüklüğüne karar vermede doyum noktası önemlidir. Görüşmeler sırasında duyulanlar, önceden yapılan görüşmeler sırasında tekrar edildiğinde doyum noktasına ulaşılmış demektir (97). Veri doygunluğu kavramı, örneklem büyüklüğünü belirlemede yol gösterici ilke olarak benimsendi. Bu nedenle bu araştırmada veri toplama işlemi, görüşmeden sonra doyum noktasına ulaşıncaya kadar

ve yeni anlamlı bulgular ortaya çıkmayana kadar devam edildi ve doyum noktasına ulaşıldığında görüşmelere son verildi ve veri toplama işlemi sona erdi.

Araştırmacının hemodiyaliz ünitesi sorumlu hemşireyi çalışma hakkında bilgilendirmesi sonrasında, hemodiyaliz tedavisi alan hastalar araştırma örneklem kriterlerine göre görüşme için seçildi. Katılımcılar, ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlendi. Ölçüt örnekleme yöntemi, araştırmacıların önceden belirlenmiş kriterleri karşılayan bireyleri seçmesine olanak sağlamaktadır (101). Hastalara kendilerinden alınan bilgilerin en üst düzeyde gizlilikle ele alınacağı ve kendilerinden alınan bilgilerin yayınlanacağı güvencesi verildi ve çalışmaya katılmak için yazılı onam alındı.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- KBY tanısı almış olmak
- En az 6 aydır HD tedavisi alıyor olmak,
- Bilinci açık, oryante ve koopere olmak
- Türkçe'yi anlayıp konuşabiliyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Karar verme yeteneğini etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmak (demans, psikolojik bozukluk vb.)
- Görüşmelerin yapılmasına engel olacak bir iletişim problemine sahip olmak
- Çalışmaya devam etmemek

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, “Bireysel Bilgi Formu” (Ek-5) ile “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” (Ek-6) ile toplandı. Bunun yanı sıra, derinlemesine görüşmelerin kayıt altına alınabilmesi amacıyla bir ses kayıt cihazı kullanıldı.

3.4.1. Bireysel Bilgi Formu

Bireysel bilgi formu, literatürde daha önce yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlandı (2,7-9)ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla uygulandı. Form, hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin verilerini içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu,

Çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, sağlık güvencesi vb. içeren sorulardan oluşurken; hastalığa ilişkin veriler ise; KBY tanı süresi, diyaliz süresi, haftalık diyaliz sayısı, hastalık nedeni, başka hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, diyaliz esnasında zamanı geçirmeye zorluk yaşama durumu vb. içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı yapılandırılmış görüşme formu, literatür de daha önce yapılan çalışmalar incelenerek hazırlanan sorulardan türetildi (7,9,12-14) ve görüşme formundaki sorular konuyla ilgili uzmanlar tarafından değerlendirildi. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, HD hastalarını, HD süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlamak amacıyla seans sürecindeki “zamanı” geçirmeyi kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara ilişkin görüş, düşünce ve deneyimlerinin anlaşılmasına yönelik sorulardan oluştu. Taslak form üzerinde iki akademisyen ve alandan bir uzman hemşire ile görüşüldü, anlam bozuklukları ve eksiklikler giderildi. Açık uçlu yedi (7) sorudan oluşan formda yer alan sorular şunlardır: 1) Hemodiyaliz tedavisi için makineye bağımlı olmak nasıl bir şey?, 2) Hemodiyaliz tedavisine başladığınızdan beri hemodiyaliz tedavisi seansı sırasında geçen “dört saatlik zaman” ile ilgili hangi his ve duyguları yaşıyorsunuz?, 3) Hemodiyaliz süresince (4 saat süre boyunca) geçen zaman size zorlayıcı ya da sıkıcı geliyor mu?, 4) Haftalık hemodiyaliz seanslarındaki bu dört saatlik uzun zaman sürecini geçirmeye yönelik ne tür güçlükler yaşadığınızı söyler misiniz?, 5) Bu dört saatlik hemodiyaliz seanslarında zamanı nasıl geçiriyorsunuz?, 6) Hemodiyaliz seanslarında zamanın daha keyifli ve eğlenceli geçmesi için ne tür hazırlıklara ya da yöntemlere ihtiyaç duyuyorsunuz?, (rneğin ortam koşulları, uygulamalar, faaliyetler vb.), 7) Hemodiyaliz süresince zamanınızı keyifle ve olumlu geçirmenin size nasıl bir faydası olabileceğini düşünüyorsunuz?.

3.4.3. Ses Kayıt Cihazı

Araştırmada gerçekleştirilen bireysel görüşmelerin kayıt altına alınabilmesi amacıyla 64 GB belleğe ve android bir işletim sistemine sahip olan, 3 metreye kadar net ses kaydı sağlayabilen ses kayıt cihazı kullanıldı. Görüşme kayıtları ses kayıt cihazından bilgisayar ortamına USB aracılığıyla aktarılarak yazılı hale getirildi.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Araştırmanın Ön Hazırlığı

Araştırmacı araştırmaya başlamadan önce 2-3-4 Mayıs 2025 tarihinde düzenlenen ve İstar Araştırma Eğitim ve Danışmanlık tarafından verilen “Online Nitel Araştırma Yöntemleri” kursuna katıldı (Ek-4).

3.5.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinin HD ünitesinde düzenli tedavi alan 3 hastayla önceden hazırlanmış görüşme formu ile görüşmelerin ön uygulaması yapıldı. Yapılan ön uygulama sonucunda anlaşılamayan sorular düzeltildi. Bu pilot çalışma, veri toplama sürecinin uygulanabilirliğini ve görüşme formunun geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapıldı ve pilot çalışmadan sonra hastaların soruları anladığından emin olunarak çalışmaya devam edildi. Ancak pilot çalışmadan elde edilen veriler analize dâhil edilmedi. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra araştırmanın örneklem grubu ile görüşmelere başlandı.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler hemodiyaliz ünitesinde ve hastaların HD seansları sırasında yüz yüze toplandı. Yüz yüze görüşmelerin başında, HD hastalarına araştırmanın amacı, kapsamı, etik yönleri ve veri toplama süreci hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-7). Hastalara bilgilerin gizli kalacağı ve hastaların isimlerinin hiçbir yerde ifade edilmeyeceği konusunda güvence verildi. Tüm görüşmelerin araştırmacı tarafından ses kaydı ile kayıt altına alınacağı katılımcılara bildirildi. Veri toplama süresince hastaların kendilerini daha rahat ifade etmesini sağlamak ve dikkatinin dağılmasını önlemek amacıyla gürültü, mümkün olduğunca en aza indirilmeye çalışıldı.

Hemodiyaliz hastalarına ilk olarak Bireysel Bilgi Formu dolduruldu ve ardından yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşmeler gerçekleştirildi. Görüşmeler yüz yüze, bireysel ve derinlemesine gerçekleştirildi ve ses kayıt cihazı ile kaydedildi. Yapılan görüşmeler ortalama 25-35 dakika sürdü. Görüşmeler sırasında katılımcıların deneyimlerini, duygu ve düşüncelerini samimi bir biçimde ifade etmeleri için fırsat verildi. Görüşmeler, veri doygunluğu sağlandığında (katılımcıların ifadeleri birbirine benzemeye başladığında) sonlandırıldı. Her görüşme sonrası ses kayıtları dikkatli şekilde dinlendi, hastaların ifadeleri değiştirilmeden yazı programına (Microsoft Office Word)

aktarıldı. Görüşmeleri yürütmek için temel beceriler, ifadeleri yeniden ifade etme, açıklama, özetleme ve duyguları özgürce yansıtmaktır. Görüşmeler sırasında, örneğin "Bu ifadeyle ne demek istiyorsunuz?", "Lütfen bir örnek verin", "Neden?" veya "Lütfen açıklayın veya ayrıntılandırın" gibi, netleştirme amacıyla sınırlı sayıda araştırma sorusu soruldu.

3.7. Verilerin Analizi

Hastaların demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin verileri tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde) kullanılarak analiz edildi. Yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilen nitel veriler ise MAXQDA Analytics Pro yazılımı kullanılarak analiz edildi. Veri analizi süreci, tümevarımcı (inductive) yaklaşım çerçevesinde yürütüldü, katılımcı ifadelerinden hareketle anlamlı temalar ve kodlar oluşturuldu. Bu doğrultuda analiz üç aşamalı olarak gerçekleştirildi: (1) veri organizasyonu ve ilk kodlama, (2) hiyerarşik kod yapısının oluşturulması, (3) görsel analiz teknikleriyle temaların desteklenmesi.

İlk aşamada, görüşme dökümleri satır satır incelendi, katılımcı görüşlerini yansıtan anlamlı ifadeler belirlenerek açık kodlama yapıldı. Kodların içerik bakımından benzerlik ve farklılıkları esas alınarak ikinci aşamada kategoriler oluşturuldu, kategorilerin kavramsal yakınlığına göre üst temalar belirlendi. Bu süreç sonunda çalışma için uygun hiyerarşik kod sistemi (tema → kategori → kod) ortaya kondu. Hiyerarşik yapının oluşturulması, verinin sistematik biçimde sınıflandırılmasını sağladı ve analizde bütüncül bir bakış açısına olanak tanıdı. Analizin üçüncü aşamasında, MAXQDA'nın sunduğu görsel fonksiyonlardan yararlanıldı. Kodların görüşmeler içindeki dağılımı ve yoğunluk düzeylerini incelemek amacıyla kod matrisi oluşturuldu, böylece tematik örüntülerin katılımcılar arasında nasıl değişim gösterdiği ortaya kondu. Ayrıca kod bulutu, yüksek frekanslı kodların görsel olarak öne çıkarılmasını sağlayarak çalışma temasının hangi kavramsal alanlarda yoğunlaştığını gösterdi. Kodlar arası ilişkilerin gücünü ve etkileşim yönünü analiz edebilmek amacıyla kod haritası kullanıldı, bu harita aracılığıyla temalar arasındaki bağlantı dereceleri ve kavramsal bütünlük ortaya çıkarıldı.

Bu kapsamlı analiz süreci, araştırmanın yöntemsel sağlamlığını artırdı, katılımcı görüşlerine dayalı olarak geliştirilen temaların hem içerik hem de ilişkisellik temelinde kanıtlarla desteklenmesine olanak sağladı. Böylece nitel verinin doğasına uygun olarak, derinlikli ve yapılandırılmış bir tematik analiz gerçekleştirilmiş oldu.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (14.01.2025 tarih ve 2025/7054 sayılı) izin alındı (EK-2). Araştırmanın yürütülmesi için Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğünden ve Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alındı (EK-3). Araştırmaya katılan hastalara çalışmanın amacı, ses kaydının alınacağı ve alınma nedeni, verilerin sadece bu araştırmada kullanılacağı hakkında bilgi verildi, sözlü ve yazılı onamları alındı. Hastaların araştırmanın ilk aşamasından itibaren katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri belirtildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, yalnızca verilerin toplandığı kurumda, hemodiyaliz ünitesinde HD tedavisi alan KBY hastalarının görüşleri ve yorumları ile sınırlıdır. Örneklem, ölçüt örnekleme yöntemiyle belirlenmiş olup, sadece belirlenen kriterleri karşılayan bireyleri kapsamaktadır. Bu nedenle elde edilen bulgular ülkeye genellenemez.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Bulgular

Tablo 4.1’de sunulan bilgilere göre araştırmaya dahil edilen hastaların 13’ü (%46.4) erkek, 15’i (%53.5) ise kadındır. Katılımcıların 14’ü (%50.00) 40 yaş ve üzerinde, 18’i (% 64.2) evli, 11’i (% 39.2) lise mezunu, 22’si (%78.5) il merkezinde yaşamakta, 27’sinin (%25.00) sağlık güvencesi bulunmamakta, sadece 1’nin (%3.5) gelir düzeyi yüksek ve 24’ü (%85.7) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bununla beraber 22’si (%78.5) ise hiçbir düzenli aktivite ve spor yapmamaktadır

Tablo 4.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Değişkenler	n	%
Yaş	40 yaş ve altı	14	50.0
	40 yaş üstü	14	50.0
Cinsiyet	Erkek	13	46.4
	Kadın	15	53.5
Medeni durum	Bekar	9	35.7
	Evli	18	64.2
Eğitim durumu	Lise	11	39.2
	Okuryazar Değil	9	32.1
	İlköğretim	8	28.5
Yaşadığı yer	Köy	6	21.4
	İl Merkezi	22	78.5
Sağlık güvencesi	Var	21	75.0
	Yok	7	25.0
Gelir düzeyi	Düşük	5	17.8
	Orta	22	78.5
	Yüksek	1	3.5
Çalışma durumu	Emekli	2	7.1
	Çalışmıyor	24	85.7
	Çalışıyor	2	7.1
Düzenli spor/aktivite	Evet	6	21.4
	Hayır	22	78.5

Araştırmaya dahil edilen hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de sunuldu. Buna göre katılımcıların 15’i (%53.5) ise 2014 ile 2024 tarihleri arasında tanı almıştır. Katılımcıların hemodiyaliz alma sürelerine bakıldığında zaman 24 (%85.7) katılımcının bir yıldan fazla süredir hemodiyaliz belirlendi. Hastalardan 26’sının (% 92.8) haftada üç gün diyalize geldiği ve 27’sinin (%96.4) üç buçuk-dört saat arasında hemodiyaliz makinesine bağlı olduğu saptandı. Hastaların 13’nün (%46.4) KBY dışında bir hastalığı olduğu, 10’unun (%35.7) sigara kullandığı, 25’inin (%89.2) hemodiyaliz sürecinde sıkıldığı ve 21’nin (%75.0) hemodiyaliz giriş yolunun fistül olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Hemodiyaliz hastalarının hastalık özellikleri

Özellikler		n	%
Tanı koyulma tarihi	2000-2012 arası	13	46.4
	2014-2024 arası	15	53.5
Hemodiyaliz süresi	3,5-4 saat	27	96.4
	4 saat ve üzeri	1	3.5
Hemodiyaliz alma süresi	1 yıl ve üstü	24	85.7
	1 yıldan az	4	14.2
Hemodiyalize devam etme sıklığı	Haftada 2 Gün	2	7.1
	Haftada 3 Gün	26	92.8
Hemodiyaliz giriş yolu	Fistül	21	75.0
	Greft	2	7.1
	Geçici katater	2	7.1
	Kalıcı katater	3	10.7
Kronik böbrek yetmezliği nedeni	Diyabet	2	7.1
	Hipertansiyon	5	17.8
	Diğer (doğuştan, idiyopatik, enfeksiyon, genetik, proteinüri)	21	75.0
Kronik böbrek yetmezliği dışında hastalık	Var	13	46.4
	Yok	15	53.5
Sigara kullanımı	Evet	10	35.7
	Hayır	18	64.2
Hemodiyaliz sürecinde sıkılma	Evet	25	89.2
	Hayır	3	10.7

4.2. Nitel Bulgular (Temalar)

Çalışmanın bu bölümünde temalara yer verildi. HD hastalarının gizliliğini korumak için hastalar K1-K28 olarak nitelendirildi. Çalışma kapsamında yer alan hastaların görüşmelerinden elde edilen veriler doğrultusunda dört tema, 22 kod elde edildi. Tablo 4.3’te elde edilen 22 kod gösterilmektedir. Bulgular bu tema ve kodlar doğrultusunda sunuldu.

- “Makineye Bağlı Olmanın Etkileri” temasına ilişkin bulgular,
- “Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar” temasına ilişkin bulgular,

- “Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları” temasına ilişkin bulgular,
- “Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler” temasına ilişkin bulgular.

Tablo 4.3. Veri analizi sonucunda oluşturulmuş temalar ve elde edilen kodlar

TEMALAR	Makineye Bağlı Olmanın Etkileri	Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar	Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları	Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler
KODLAR	*Psikolojik Çöküş *Zorunluluk Hissetme *Kısıtlı Hayat	*Kitap Okuma *Korku Yaşama *Telefonla İlgilenme *Psikolojik Yıpranma *Sohbet Etme *Uyumak *Sıkılma *Üzüntü Yaşama	*Dinç Hissetme *Psikolojik Rahatlama *Neşeli Olma	*Sohbet Edecek Birilerinin Olması *Bilgilendirici Eğitim Faaliyetleri *Hasta Sayısının Azalması *Konforlu Ortam *Toplu Etkinliklerin Yapılması *Şarkı Çalınması *İnternet Bağlantısının Olması *Masaj Yapılması

Tablo 4.4’te hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarına ilişkin yapılan görüşmelerden çıkan temalar ve kodlar sunuldu. Şekil 4.1’de ise temalar ve alt kodlar arasındaki dağılımı gösteren kod matrisi gösterildi. Sunulan kod matrisi incelendiğinde, temalar ve alt kodlar arasındaki dağılım nitel yoğunluk bakımından dengeli ancak belirli temalarda kümelenmiş bir yapı sergilenmektedir. Toplam 237 kodlamadan oluşan bu yapı, hemodiyaliz sürecinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini çok boyutlu biçimde yansıtmaktadır.

En yüksek kod yoğunluğu “Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar” temasında gözlemlendi. Bu tema, toplam 130 kodlama ile diğer temaların belirgin biçimde önüne geçmektedir. Özellikle “Sıkılma (54)” ve “Psikolojik Yıpranma (31)” kodlarının yüksek frekansları, hemodiyaliz seanslarının bireyler üzerinde yarattığı duygusal yorgunluk ve monotonluk etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Bu iki kodun yüksekliği, sürecin psikolojik baskınlığını ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz yansımalarını göstermektedir (Tablo 4.4, Şekil 4.1).

İkinci yüksek yoğunluk “Makineye Bağlı Olmanın Etkileri” temasında görülmektedir. Bu temada toplam 36 kodlama yapılmış olup, “Zorunluluk Hissetme (18)” ve “Kısıtlı Hayat (12)” kodları öne çıkmaktadır. Bu bulgu, hemodiyaliz sürecinin yalnızca fizyolojik bir zorunluluk değil, aynı zamanda bireyde sürekli bir bağımlılık hissi yarattığını göstermektedir (Tablo 4.4, Şekil 4.1).

Diğer yandan, “Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları” teması toplam 34 kodlama ile daha az yoğunluk göstermektedir. Bu temada “Psikolojik Rahatlama (25)” kodu dikkat çekmekte, keyifli geçen seansların bireysel moral ve motivasyonu artırdığını göstermektedir. Ancak bu olumlu kodların düşük toplam frekansı, tedavi sürecinde pozitif deneyimlerin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır.

“Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler” teması ise toplam 37 kodlama ile dikkat çekici düzeyde yapıcı içerik barındırmaktadır. En sık önerilen unsurlar “Sohbet Edecek Birilerinin Olması (9)”, “Toplu Etkinliklerin Yapılması (7)” ve “İnternet Bağlantısının Olması (7)” olarak öne çıkmıştır. Bu durum, hastaların sosyal ve çevresel iyileştirmelere yönelik farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir.

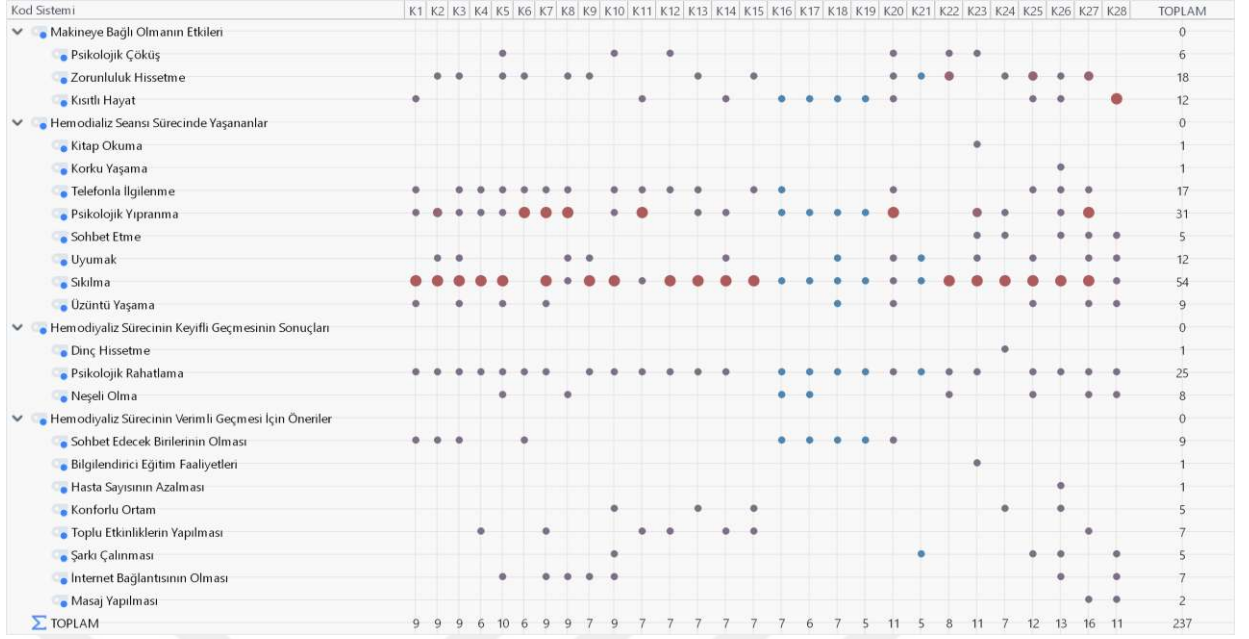
Genel olarak, kod matrisi tematik olarak değerlendirildiğinde psikolojik etkiler (örneğin sıkılma, yıpranma, zorunluluk) olumsuz deneyimleri temsil ederken; psikolojik rahatlama, sosyal etkileşim ve çevresel öneriler olumlu boyutu yansıtmaktadır. Bu tablo, hemodiyaliz sürecinin genel olarak duygusal yıpranma ile tanımlandığını, ancak uygun sosyal ve çevresel düzenlemelerle bu sürecin iyileştirilebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, toplam frekanslar üzerinden değerlendirildiğinde veriler, hemodiyaliz sürecinin yalnızca tıbbi değil; psikososyal bir deneyim olduğunu, dolayısıyla hasta destek sistemlerinin bütüncül yaklaşımlarla güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Tablo 4.4, Şekil 4.1).

Tablo 4.4. Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Süresi Boyunca Zamanı Etkili Kılmaya Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Yapılan Görüşmelerden Çıkan Temalar ve Kodlar

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	n
Makineye bağlı olmanın etkileri	Psikolojik Çöküş	K5, K10, K12, K20, K22, K23	6
	Zorunluluk Hissetme	K2, K3, K5, K6, K8, K9, K13, K15, K20, K21, K22, K22,K24, K25, K25, K26, K27, K27	18
	Kısıtlı Hayat	K1,K11,K14,K16,K17, K18,K19,K20,K25,K26, K28, K28,	12
	Kitap Okuma	K23	1
	Korku Yaşama	K26	1
	Telefonla İlgilenme	K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K10, K11, K12, K13, K15, K16, K20, K25, K26, K27,	17

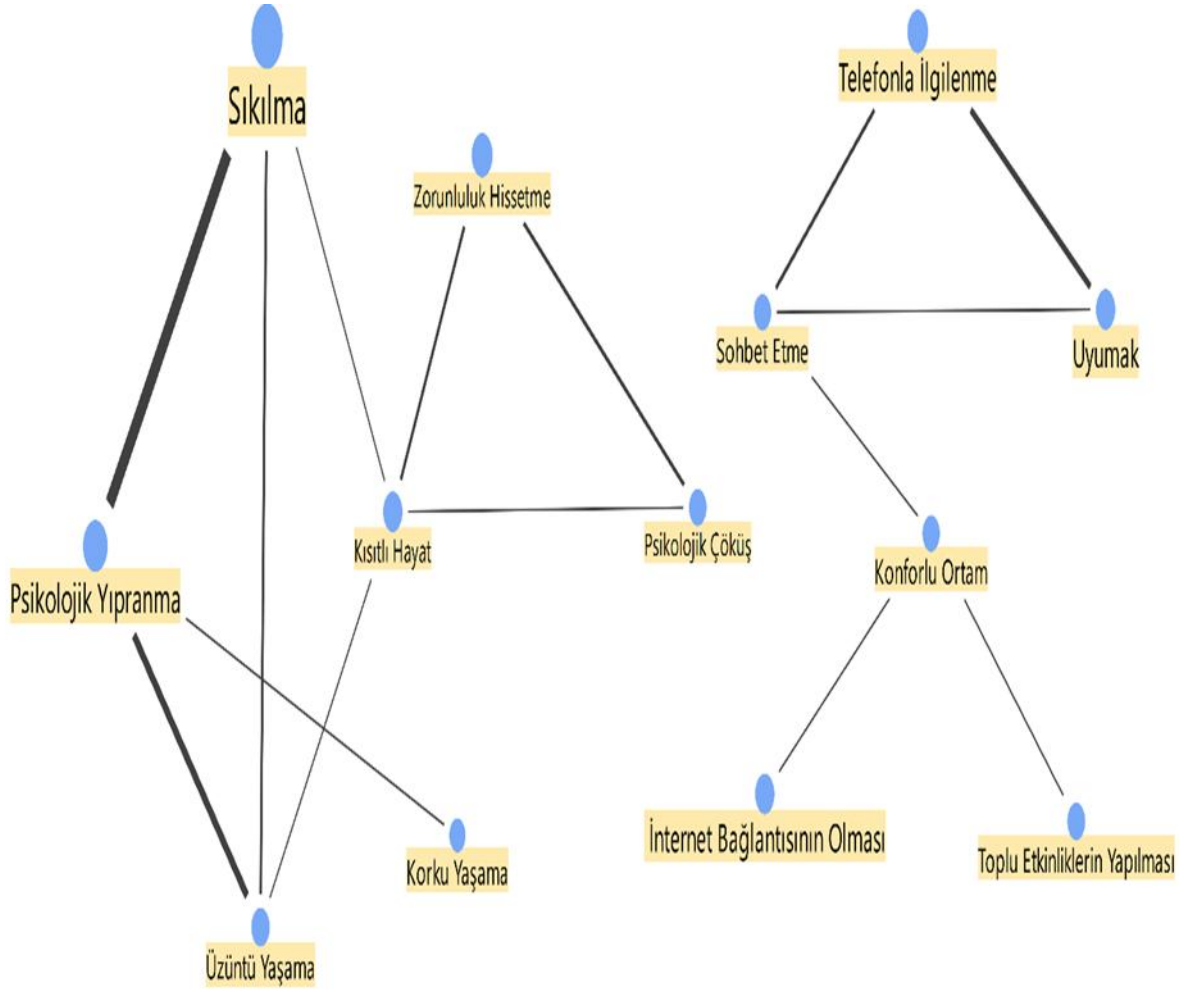
Hemodiyaliz seansı sürecinde yaşananlar	Psikolojik Yıpranma	K1, K2, K2, K3, K4, K5, K6, K6, K7, K7, K8, K8, K8, K10, K11, K11, K13, K14, K16, K17, K18, K19, K20, K20, K23, K23, K24, K26, K27, K27, K27	31
	Sohbet Etme	K23, K24, K26, K27, K28,	5
	Uyumak	K2, K3, K8, K9, K14, K18, K20, K21, K23, K25, K27, K28,	12
	Sıkılma	K1, K1, K2, K2, K2, K3, K3, K4, K4, K5, K5, K7, K7, K8, K9, K9, K9, K10, K10, K11, K12, K12, K12, K13, K13, K14, K14, K15, K15, K15, K16, K17, K18, K19, K20, K21, K22, K22, K22, K23, K23, K23, K24, K24, K25, K25, K25, K26, K26, K27, K27, K27, K28,	54
	Üzüntü Yaşama	K1, K3, K5, K7, K18, K20, K25, K27, K28	9
Hemodiyaliz sürecinin keyifli geçmesinin sonuçları	Dinç Hissetme	K24,	1
	Psikolojik Rahatlama	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K16, K17, K18, K19, K20, K21, K22, K23, K25, K26, K27, K28	25
	Neşeli Olma	K5, K8, K16, K17, K22, K25, K27, K28,	8
Hemodiyaliz sürecinin verimli geçmesi için öneriler	Sohbet Edecek Birilerinin Olması	K1, K2, K3, K6, K16, K17, K18, K19, K20,	9
	Bilgilendirici Eğitim Faaliyetleri	K23	1
	Hasta Sayısının Azalması	K26	1
	Konforlu Ortam	K10, K13, K15, K24, K26	5
	Toplu Etkinliklerin Yapılması	K4, K7, K11, K12, K14, K15, K27,	7
	Şarkı Çalınması	K10, K21, K25, K26, K28	5
	İnternet Bağlantısının Olması	K5, K7, K8, K9, K10, K26, K28	7
	Masaj Yapılması	K27, K28	2



Şekil 4.1. Kod Matrisi

Şekil 4.2’de sunulan kod haritası incelendiğinde, katılımcı ifadelerinden türetilen kavramlar arasındaki ilişkiler, duygusal deneyimler ile davranışsal başa çıkma stratejileri arasındaki etkileşimi ortaya koymaktadır. Görselde çizgilerin kalınlığı, kodlar arasındaki ilişki gücünü temsil etmekte; bu bağlamda “Sıkılma” ve “Psikolojik Yıpranma” arasındaki güçlü bağlantı dikkat çekmektedir. Bu iki kodun yakın ilişkisi, hemodiyaliz sürecinde bireylerin yaşadığı psikolojik zorlanmanın temelini oluşturan monotonluk ve duygusal tükenmişlik unsurlarını vurgulamaktadır.

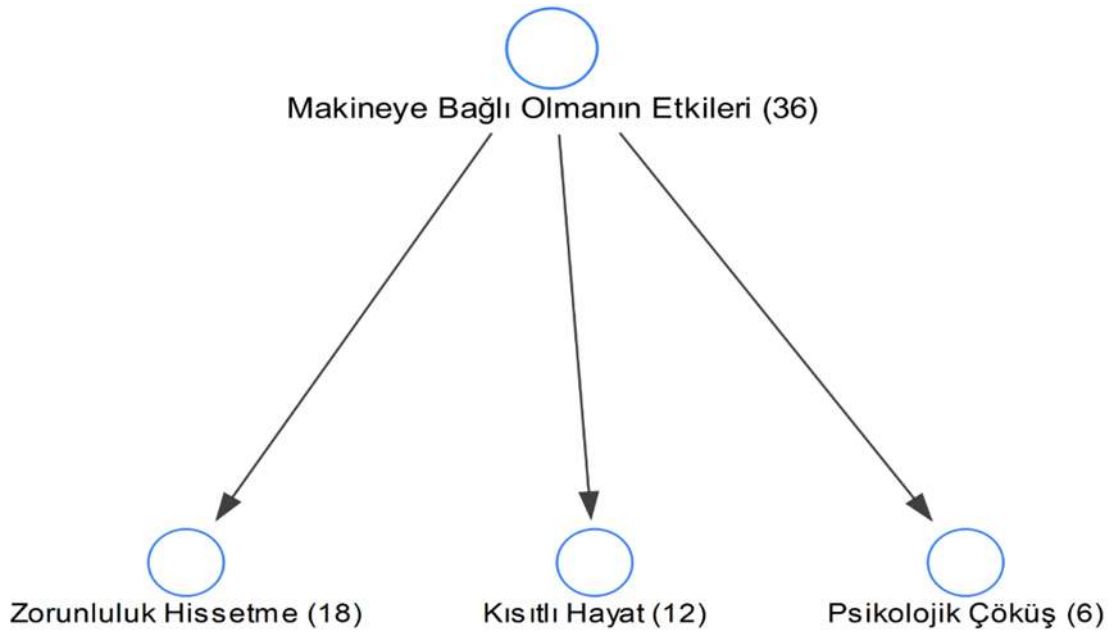
Benzer biçimde, “Sıkılma”, “Üzüntü Yaşama” ve “Psikolojik Yıpranma” arasındaki çok yönlü bağlar, sürecin duygusal yükünü destekleyen bir ağ yapısı oluşturmaktadır. Bu ağ, hemodiyaliz seanslarının yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda yoğun bir duygusal süreç olduğunu göstermektedir. “Korku Yaşama” ve “Kısıtlı Hayat” kodlarının bu küme etrafında yer alması ise, duygusal sıkışmışlığın ve yaşam alanı daralmasının, psikolojik yıpranmayı derinleştiren ikincil faktörler olduğunu göstermektedir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Kod Haritası

4.2.1. Makinaya Bağlı Olmanın Etkileri Temasına İlişkin Bulgular

Bu temada, katılımcıların makineye bağımlı yaşam sürecinde karşılaştıkları zorluklar ve bu durumun psikososyal yansımaları incelendi. Bu tema; Zorunluluk Hissetme (18), Kısıtlı Hayat (12) ve Psikolojik Çöküş (6) kodlarından oluşmaktadır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Makinaya Bağlı Olmanın Etkileri Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli

Katılımcıların büyük çoğunluğu, yaşamlarını sürdürebilmek için makineye bağlı olmayı **zorunlu bir durum** olarak tanımlamış, bu bağımlılığın bireysel özerkliklerini sınırlandırıldığını ve sürekli bir mecburiyet duygusu yarattığını belirtmiştir. Bu durum, kişinin kendi bedenine ve yaşamına dair kontrol hissini azaltmakta, bağımlılık algısını güçlendirmektedir.

Katılımcı K2 hemodiyaliz makinesine bağlı iken hareketsiz bir şekilde kaldıklarını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Makineye bağımlı olmak benim için çok zor bir şey, kendimi hareketsiz bir heykel gibi hissediyorum fakat makine olmasa biz de sağlığımızı devam ettiremeyiz.” (K2, Erkek, 59)

Katılımcı K3 hemodiyaliz makinesine bağımlı olduklarını ve makine olmadan yaşayamayacaklarını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Hemodiyaliz makinesine mecburuz ve mahkumuz, makine olmazsa biz nasıl yaşarız.” (K3, Erkek, 55)

“Gerçekten de çok zor bir şey, psikolojik boyutu çok daha kötü ama buna mecbursun ve katlanman gerekiyor, makineye bağımlı olmak normal bir insan gibi hayatını yaşamana engel olmakta ve kendini ölecekmiş gibi hissetmene sebep olmaktadır. İnsanlardan uzaklaşmış ve kendimi eve kapatmış olarak görüyorum hiç kimse ile

konuşmak istemiyorum ve evden de çıkmak istemiyorum. Kendimi hastalık psikolojisi içinde buluyorum ve bu hastalık psikolojisi bende kalıcı hale geldi.” (K5, Kadın, 43)

“Ben şöyle düşünüyorum, bir telefonun nasıl ki şarj olmaya ihtiyacı varsa, benimde bu makineye ihtiyacım var.” (K5, Kadın, 43)

Katılımcı K8 ise makineye bağımlı olmasının hayatını nasıl şekillendirdiğini şu ifadeleri ile anlatmıştır:

“Makineye bağımlı olmak zor bir şey ve hayatının tamamını kısıtlayan bir şey, hiçbir şekilde buradan uzaklaşamıyorsun hep makineye yakın olman gerekiyor.” (K8, Erkek, 62)

Katılımcı K13 ise makineye bağlanmadıkları zaman neler yaşadıklarını ve makineye bağlanmaları gerektiğinin ve bunun bir zorunluluk olduğunu şu sözleri ile ifade etmiştir.

“Normal şartlar altında iyi bir şey değil, fakat sağlık anlamında bakıldığı zaman bizim için çok iyi bir şey. Eğer makine olmazsa nefes daralması gibi çeşitli sorunlar yaşıyoruz ve mecburen gelmemiz gerekiyor.” (K13, Kadın, 30)

Katılımcı K21, K25 ve K27 makineye bağlanmanın kendileri için neyi ifade ettiklerini şu sözleri ile ifade etmişlerdir:

“Makineye bağlı olmak iyi bir şey değil ama makine olmadan da olmuyor, makineye bağlanınca kendimizi daha iyi hissettiğimiz için mutlu hissediyoruz ama diğer taraftan bakıldığı zaman ise makineye bağlı olmak hiç güzel bir şey değil.” (K21, Erkek, 38)

“Makineye bağımlı olmak hayatımızın bir gerçeği ve biz makineye bağlanmak zorundayız yoksa yaşayamayız.” (K25, Kadın, 42)

“İlk makineye bağlandığım süreçte zaman hiç geçmiyordu, çok kötü hissediyordum. Fakat zamanla makineye ve buna mecbur olduğum bilincimin gelişmesiyle beraber zaman eskisi kadar kötü ve sıkıcı gelmemeye başladı.” (K25, Kadın, 42)

“Makineye bağımlı olmak tabi ki zor bir şey ama iyi ki makineler var. Çünkü makineye bağlanmadığımız zaman ölecekmiş gibi zorlanıyoruz.” (K27, Kadın, 37)

“Hatta bazen makinenin varlığına şükrediyoruz. Aslında makineye bağlanıp rahatlayacağımız şeklinde bir bilinçle buraya geldiğimiz için kendimizi daha iyi hissediyoruz.” (K27, Kadın, 37)

İkinci alt kod olan kısıtlı hayat, katılımcıların gündelik aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve fiziksel hareket alanlarını sınırlayan faktörleri kapsamaktadır. Katılımcılar, makineye bağlı olmanın “hayatı daralttığını” ve özgürlük duygusunu önemli ölçüde zedelediğini ifade etmiştir.

Katılımcı K11 hemodiyaliz makinesine bağlı olmanın kendi hayatını nasıl etkilediğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Hemodiyaliz makinesine bağımlı olmak hiç iyi bir şey değil, çok kötü bir şey, ne çalışabiliyorsun ne doğru dürüst isteğin şeyleri yapabiliyorsun, istediğin zaman dışarı çıkıp rahat rahat dolaşamıyorsun sürekli buraya bağlı olman gerekiyor bayramda olsa seyrana da olsa buraya gelip makineye bağlanman gerekiyor. Hayatını kısıtlayan bir şey makineye bağımlı olmak.” (K11, Erkek, 35)

Katılımcı K14 ise makineye bağımlı olmanın kendi hayatı içinde kendisini nasıl hissettirdiğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Makineye bağımlı olmak çok kötü bir şey, insanı yoran fiziksel olarak ağrıya, yorgunluğa sebep olan ve her anlamda hastayı kısıtlayan bir şeydir. Makine benim özgürlüğümü elimden alan bir şey.” (K14, Erkek, 26)

Katılımcı K16 hemodiyaliz makinesine bağımlı olduğu için yapması gereken şeyleri yapamadığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Makine olmazsa zaten olmuyor yani iyi bir şey eğer makine olmasaydı biz ne yapacaktık fakat makineye bağlı olmak hayatında çeşitli şeylerini kısıtlıyor örneğin çalışmak gibi ayrıca burada dört saat hareketsiz kalmak zorunda kalıyorsun buda seni çok zorlayan bir şey oluyor.” (K16, Erkek, 28)

Katılımcı K18 hemodiyaliz makinesine bağlı olduğu için çalışması gereken işinden ayrıldığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Allah kimsenin başına vermesin çok zor ve kötü bir şey fakat insanın sağlığının kıymetini bilmesi gerekiyor insan sağlığı bir hazinedir. Makineye bağlı olunca işinden gücünden oluyorsun. Çoğu zaman hareketsiz kalman gerekiyor.” (K18, Erkek, 46)

Katılımcı K19 ve K26 hemodiyaliz makinesine bağımlı olmanın kendilerinin seyahat etme, gezme veya istediğin yemeği yeme gibi özgürlüklerini kısıtladığını şu sözleri ile ifade etmişlerdir:

“Makineye bağımlı olmak kötü bir şey, burada iken sürekli hareketsiz kalman gerekiyor herhangi bir şey yapamıyorsun, yatağa bağlı olma gerekiyor. Herhangi bir

şekilde evden çıkıp bir yere gidemiyorsun yani her anlamda seni kısıtlayan bir şeydir.” (K19, Erkek, 30)

“Makineye bağımlı olmak zor bir şey sürekli gidip gelmeniz gerekiyor. Makine bağılı olmak her anlamda sizi kısıtlayan bir şey doğru dürüst yemek yiyemiyorsunuz ya da seyahat edemiyorsunuz sürekli makineye yakın olmanız gerekiyor.” (K26, Kadın, 18)

Son olarak psikolojik çöküş kodu, uzun süreli bağımlılık sürecinin yarattığı duygusal tükenme, kaygı ve depresif eğilimlerle ilişkilidir. Bu bulgu, bireylerin makineye bağılı yaşam biçimini yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik bir mücadele alanı olarak da deneyimlediklerini göstermektedir.

Katılımcı K5 hemodiyaliz makinesine bağımlı olmasının kendinde oluşturduğu depresif davranışlarını şu şekilde ifade etmiştir:

“Gerçekten de çok zor bir şey, psikolojik boyutu çok daha kötü ama buna mecbursun ve katlanman gerekiyor, makineye bağımlı olmak normal bir insan gibi hayatını yaşamana engel olmakta ve kendini ölecekmiş gibi hissetmene sebep olmaktadır. İnsanlardan uzaklaşmış ve kendimi eve kapatmış olarak görüyorum, hiç kimse ile konuşmak istemiyorum ve evden de çıkmak istemiyorum. Kendimi hastalık psikolojisi içinde buluyorum ve bu hastalık psikolojisi bende kalıcı hale geldi.” (K5, Kadın, 43)

Katılımcı K12’nin şu sözleri hemodiyaliz makinesine bağımlı olacağının öğrenen bir insanın nasıl psikolojik olarak etkilendiğini göstermiştir.

“Makineye bağımlı olmak çok kötü bir şey, mevcut yan etkileri çok kötü, psikolojik olarak insanı yıpratan bir şey, ilk zamanlarda psikolojik olarak çok kötü zamanlar geçirdim ve inkâr ettim bununla beraber hemodiyaliz makinesine bağımlı olmak seyahat kısıtlılığımıza sebep oluyor.” (K12, Erkek, 55)

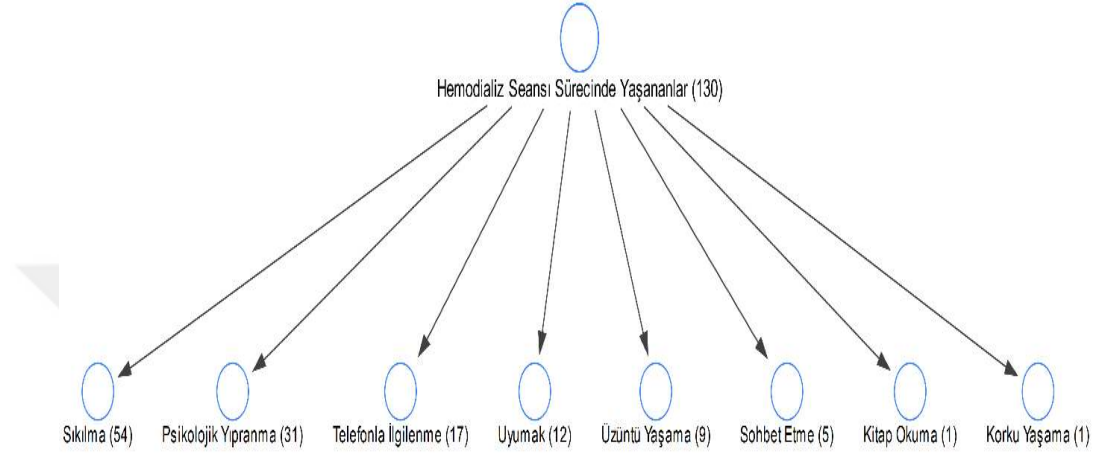
Katılımcı K22 hemodiyaliz makinesine bağımlı olmanın sonsuza dek süreceğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Makineye bağımlı olmak sonu olmayan bir şeymiş gibi geliyor fakat kendimi ölecekmiş gibi hissediyorum ve makineden kurtulmanın tek çaresinin ise ölmek olduğunu düşünüyorum.” (K22, Kadın, 56)

Genel olarak bu tema, katılımcıların makineye bağılı yaşamda hem fiziksel bağımlılıkla gelen zorunluluk hem de psikolojik direnç kaybı arasında sıkıştıklarını ortaya koymaktadır.

4.2.2. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar Temasına İlişkin Bulgular

Bu tema altında katılımcıların hemodiyaliz seansları sırasında yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimler incelenmiştir. “Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar” teması altında sekiz kod oluşmuştur: Sıkılma (54), Psikolojik Yıpranma (31), Telefonla İlgilenme (17), Uyumak (12), Üzüntü Yaşama (9), Sohbet Etme (5), Kitap Okuma (1) ve Korku Yaşama (1) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananlar Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli

Oluşturulan kodların yoğunluk düzeyine ilişkin elde edilen bulgulardan yararlanılarak Şekil 4.5’teki grafik oluşturuldu. Kod bulutu, katılımcı ifadelerinde en sık vurgulanan kavramları görsel olarak öne çıkararak tematik yoğunlukları ortaya koymaktadır. Görselde “Sıkılma” ve “Psikolojik Yıpranma” kavramlarının en büyük ve belirgin biçimde yer alması, hemodiyaliz sürecinde katılımcıların yaşadığı duygusal yükün ve zihinsel yorgunluğun ön plana çıktığını göstermektedir. Bu durum, tedavi sürecinin monotonluğu ve uzunluğu karşısında bireylerin psikolojik dirençlerinde azalma yaşadıklarını, dolayısıyla süreci çoğunlukla duygusal olarak zorlayıcı bulduklarını ortaya koymaktadır.



Şekil 4.5. Kod Bulutu

Katılımcıların büyük bir kısmı, seans süresinin uzunluğu ve hareket kısıtlılığı nedeniyle sıkılma duygusunu yoğun şekilde yaşadıklarını belirtmiştir. Bu duygu, zamanın geçmek bilmemesi ve monoton ortam koşullarının etkisiyle birleşerek zihinsel yorgunluk yaratmaktadır.

Katılımcılardan K1, K2, K3, K4, K5 hemodiyaliz seanslarının uzun olmasından dolayı canlarının sıkıldığını şu sözleri ile ifade etmişlerdir:

“Burada bulunduğum zaman ve ailemde yanımda olmadığı zaman canım çok sıkılıyor.” (K1, Kadın, 29)

“Zamanın uzun olması ve sıkıcı geçmesi kendimi kötü hissetmeme sebep olmaktadır. Burada dört saat boyunca durmak bana hayatımı sorgulamama sebep olmakta.” (K2, Erkek, 59)

“4 saat boyunca burada olduğumuz için ister istemez zaman zaman sıkıcı gelmektedir.” (K2, Erkek, 59)

“Zaman bana çok uzun geliyor bu bende üzüntüye ve can sıkıntısına sebep oluyor.” (K3, Erkek, 55)

“Zaman burada bana çok uzun geliyor ve çok sıkıcı geçiyor, stres yaşıyorum bununla beraber beni bir üzüntü kaplıyor kendimi mutsuz hissediyorum.” (K4, Kadın, 21)

“Zaman geçmediği için baya can sıkıntı yaşıyorum hatta saatleri dakikaları sayıyorum.” (K5, Kadın, 43)

“Zaman hiç bitmeyecekmiş gibi geliyor bu da bende zamanın geçmediği hissini uyandırıyor, sürekli olarak makineyi takip ediyorum bu da bende baş ağrısına sebep oluyor.” (K5, Kadın, 43)

Katılımcı K8 hemodiyaliz seansı sırasında can sıkıntısını gidermek için kullandığı baş etme yönteminin ifade etmiştir:

“Zamanın çok uzun olması burada kendimi kötü hissetmeme, moralimin daha da bozulmasına, strese ve sıkıntıya sebep oluyor. Burada ruhumun daraldığını hissediyorum. Burada bazı zamanlar canım o kadar sıkılıyor ve bunalıyorum ki bunu gidermek için ağrı kesici tarzında ilaç içme ihtiyacı duyuyorum.” (K8, Erkek, 62)

Katılımcı K12 hemodiyaliz seansı sırasında 4 saatlik sürenin uzun olmasının kendisindeki etkisini şu sözleri ile ifade etmiştir

“Dört saatlik zaman olarak yaşadığım his can sıkıntısının olmasıdır, burada zaman bana çok uzun geliyor, isterdim ki dört saat bana yarım saat gibi gelsin ve bu zamanın uzun ve sıkıcı geçmesi bende strese sebep oluyor. Moral ve motivasyonum düşüyor.” (K12, Erkek, 55)

Katılımcı K13’ün hemodiyaliz seansının kendisinde nasıl bir duygu durumun içine aldığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Buradaki dört saatlik zaman uzun olsa bile sabrediyorum ve zamanın geçmesini bekliyorum, burada bulunduğum zaman uzun ve çok sıkıcı geçtiği için ve ben böyle bir hastalığa yakalanmamış olsaydım dört saatimi daha eğlenceli ve güzel geçirebilirdim ve bunu düşünce zamanla alakalı pişmanlık duygusu yaşıyorum. Bununla beraber zamanımın dört saatini burada geçirdiğim için kendimi kötü ve mutsuz hissediyorum.” (K13, Kadın, 30)

Katılımcı K14 hemodiyaliz seansı sırasında zamanın kendisi için neden geçmediğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Yaşadığım en büyük sıkıntı yapacak hiçbir şeyin olmamasından kaynaklı zamanın geçmiyor olması çok sıkıcı. Sürekli ne kadar kaldı diye zamanı takip edip düşünüyorum.” (K14, Erkek, 26)

Katılımcı K16 hemodiyaliz makinesi bağlı olduğu sırada zamanın kendisi üzerindeki etkisini şöyle ifade etmiştir.

“İlk hemodiyalize başladığım aylarda zaman benim için durmuş gibi hissediyordum ve vakit hiç geçmiyordu ve kendimi mutsuz hissediyordum, canım çok sıkılıyordu.” (K16, Erkek, 28)

Katılımcı K19 hemodiyaliz seansının sonlarına doğru canının çok sıkıldığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Hemodiyalizin son saatlerine gelince canım çok sıkılıyor.” (K19, Erkek, 30)

İkinci olarak psikolojik yıpranma, seansların tekrarlayıcı doğası ve fiziksel yorgunlukla birlikte gelişen duygusal tükenmeyi ifade etmektedir. Katılımcılar, uzun süreli tedavinin ruhsal dayanıklılıklarını azalttığını ve umut duygularını zayıflattığını vurgulamıştır.

Hemodiyaliz seansının uzun olması ve tekrarlayıcı olmasından dolayı çeşitli duygu durumlarını da beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu duygu durumları karamsarlık, stres, umutsuzluk, kaygı, bunalım, moral bozukluğu, pişmanlık, üzüntü, özlem, korku vb. olmak üzere her katılımcıda farklılık göstermektedir. Katılımcılardan K2, K3, K5, K6, K7, K10, K11, K14, K18, K19, K20, K26 ve K27 yaşamış oldukları duygu durumlarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Zamanın uzun olması ve sıkıcı geçmesi kendimi kötü hissetmeme sebep olmaktadır. Burada dört saat boyunca durmak bana hayatımı sorgulamama sebep olmakta.” (K2, Erkek, 59)

“Burada zamanın geçmemesi ve dört saatlik süreninin de uzun olması nedeniyle sürekli bir şeyleri düşünme eğilimine geçiyorum, bu da beni kötü hissettiriyor. Ben Hepatit B hastası olduğum için tek başıma izole bir odada kalıyorum, bundan dolayı canım çok sıkılıyor ve ben kendimi kötü hissediyorum.” (K3, Erkek, 55)

“Zamanın uzun olmasından dolayı moralim bozuluyor ve üzüliyorum ve zaman hiç geçmeyecekmiş gibi bir hisse kapılıyorum. Bu dört saatlik zaman diliminde karamsar bir hale bürünüyorum.” (K5, Kadın, 43)

“Zamanın uzun olmasından ve çabuk geçmemesinden dolayı stres yaşıyorum ve sanki burada bir suyun içinde boğuluyorum, fakat çıkamıyorum gibi bir hisse kapılıyorum.” (K6, Kadın, 18)

“Bu dört saatlik zamanın uzun olması ve geçmemesi bende çeşitli duygulara sebep oluyor karamsarlıkta bunların başında gelmektedir.” (K7, Erkek, 45)

“Burada dört saat kaldıktan sonra bunalıma giriyorum ve çok sıkılıyorum bununla beraber strese giriyorum. Burada bulunduğum dört saat bana sekiz saatmiş gibi geliyor. Kendimi mutsuz hissediyorum.” (K10, Kadın, 42)

“Dört saat boyunca burada olduğumuz için zaman hiç geçmiyor gibi geliyor ve kendini kötü hissetmene sebep oluyor. Zamanın uzun olması bazen strese ve kaygıya sebep oluyor bende ve bu bende mutsuzluğa sebep oluyor.” (K11, Erkek, 35)

“Dört saatlik zaman bende çeşitli düşüncelerin mesela nakil olma düşüncesi ve hastaneden kurtulma isteği gibi şeylerin oluşmasına sebep olmakla beraber dört saatimi burada geçirmek bende bazı özlemlere sebep oluyor. İşte bende diğer arkadaşlarım gibi özgür olmayı, çalışsam evime gidip gelsem ve hayatıma makine olmadan devam edebilsem diyorum. Dolayısıyla zamanın uzun olması ve ben bunu hastanede geçiriyor olmam bende üzüntüye, hüznlenmeme sebep oluyor.” (K14, Erkek, 26)

“Zamanın çok uzun olmasından dolayı ve vaktimin dört saatini burada geçirmiş olmamdan dolayı sanki kendimi boşlukta hissediyorum gibi geliyor, herkesin işinde gücünde olduğunu görüyorum ve ben burada dört saatimi burada geçirdiğim için pişmanlık ve üzüntü hissediyorum.” (K18, Erkek, 46)

“Burada dört saat boyunca olmak ailemden uzak kalmama sebep oluyor aklım onlarda kalıyor, çoğu kez burada zaman geçmiyor ve aklımın ailemde de olması bende can sıkıntısına sebep oluyor. Zaman nasıl geçecek diye düşünüyorum ve zaman bende bazı şeyleri düşündürüyor, neden ben hasta oldum gibi, bu da bende üzüntüye sebep.” (K19, Erkek, 30)

“Zamanın uzun olması ve ailemin yanında değil de dört saati burada geçiriyor olmam bende üzüntüye, hastalığının hiç bitmeyeceği düşüncesine sebep oluyor.” (K20, Kadın, 28)

“Kendimi kötü hissetmeme sebep olan aslında burada fazla bir zaman geçiriyor olmakla beraber burada geçirdiğim zamanda bir daha nakil olamayacağım gibi düşüncelerin oluşması ve sürekli makineye bağlı olma endişesi bende strese ve korkuya sebep oluyor.” (K26, Kadın, 18)

“İlk süreçlerde dört saat burada bulunmak zorunda olmam çok ağır geliyordu ve bu durum beni yıpratıyordu.” (K27, Kadın,37)

“Günün dört saatini burada geçirmek bende ayrıca üzüntüye ve birazda pişmanlığa sebep oluyor, başkalarına bakınca ve dönüp kendime bakınca birazcık içerleniyorum.” (K27, Kadın,37)

Bunun yanında bazı katılımcılar, zamanı değerlendirmek ve dikkati başka yöne çekmek amacıyla telefonla ilgilenme (17) ya da uyumak (12) gibi davranışlara

yönelmiştir. Bu aktiviteler, seansın yarattığı pasif bekleme sürecinde baş etme stratejileri olarak değerlendirilebilir.

Katılımcılardan K1, K3, K4, K8 ve K26 boş zamanlarını değerlendirmek için telefonla ilgilendiğini şu sözleriyle ifade etmişlerdir:

“Cep telefonum ile uğraşıyorum, şarkı dinliyorum, sosyal medya hesaplarıma girip zaman geçiriyorum, telefonumdan çeşitli videolar izliyorum.” (K1, Kadın, 29)

“Telefonla ilgilenip vakit geçiriyorum, başka hastalarla muhabbet ediyorum ve uyuyorum ara sıra da kendime hayal kuruyorum.” (K3, Erkek, 55)

“Telefon ile ilgileniyorum sürekli video izliyorum ve ortamda şarkı çalarsa onu dinliyorum.” (K4, Kadın, 21)

“Televizyon izliyorum ara sıra telefonumla ilgileniyorum ve nadirde olsa uyuyorum.” (K8, Erkek, 62)

“Televizyon izliyorum, telefonda oyun oynuyorum.” (K11, Erkek, 35)

“Vaktimin çoğunu telefonum ile ilgilenerek geçiriyor ya sosyal medyaya giriyorum ya da telefonda oyun oynuyorum. Hasta ve hemşirelerle ile sohbet ediyorum” (K26, Kadın, 18)

Katılımcılardan K3, K13, K15 ve K25 boş zamanlarını uyuyarak veya yatakların için uzanarak geçirdiklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Telefonla ilgilenip vakit geçiriyorum, başka hastalarla muhabbet ediyorum ve uyuyorum ara sıra da kendime hayal kuruyorum.” (K3, Erkek, 55)

“Burada iken telefon ile ilgileniyorum, arkadaşlarım ile sohbet ediyorum ve zamanımın çoğunu yapacak bir şey olmadığı için uyuyarak geçiriyorum.” (K13, Kadın, 30)

“Burada iken kitap okuyorum, telefonla ilgileniyorum ve uzanarak geçiriyorum, ara sıra da müzik dinliyorum.” (K15, Erkek, 44)

“Zamanımın çoğunu yatakta uzanarak ve etrafımdaki giden gelen diğer insanları ve hemşireleri izleyerek geçiriyorum. Bazen uyuyorum ya da telefonum ile ilgileniyorum ara sıra da sohbet ediyorum.” (K25, Kadın, 42)

Daha düşük frekanslarda görülen üzüntü yaşama, sohbet etme, kitap okuma ve korku yaşama kodları, bireylerin duygusal tepkilerinin çeşitliliğini göstermektedir. Özellikle korku yaşama ve üzüntü ifadeleri, tedaviye dair belirsizlik ve kaygının seans esnasında da devam ettiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcılardan K1, K5, K18, K20, K25 ve K27 hemodiyaliz seansı uzun olmasından dolayı yaşamış oldukları üzüntü pişmanlıklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

“Geliyor ve geçmiyor, zamanın geçmemesinden dolayı üzüliyorum sıkıntı yaşıyorum ayrıca çok fazla düşüncelere dalyorum ve kendi durumum hakkında sürekli düşünüyorum ve her şeyi kafama takıyorum bundan dolayı kendimi huzursuz hissediyorum. Yine hastaneye gelip makineye bağlı olarak 4 saat burada olma düşüncesi beni kötü bir ruh haline büründürüyor.” (K1, Kadın, 29)

“Zamanın uzun olmasından dolayı moralim bozuluyor ve üzüliyorum ve zaman hiç geçmeyecekmiş gibi bir hisse kapılıyorum. Bu dört saatlik zaman diliminde karamsar bir hale bürünüyorum.” (K5, Kadın, 43)

“Zamanın çok uzun olmasından dolayı ve vaktimin dört saatini burada geçirmiş olmamdan dolayı sanki kendimi boşlukta hissediyorum gibi geliyor herkes işinde gücüne olduğunu görüyorum ve ben burada dört saatimi burada geçirdiğim için pişmanlık ve üzüntü hissediyorum.” (K18, Erkek, 46)

“Zamanın uzun olması ve ailemin yanında değil de dört saati buda geçiriyor olmam bende üzüntüye, hastalığının hiç bitmeyeceği düşüncesine sebep oluyor.” (K20, Kadın, 28)

“Bu durum insanda ister istemez zamanla alakalı olarak bende üzüntüye sebep olmaktadır. Bunun dışında stres ve moral düşüklüğüne sebep oluyor.” (K25, Kadın, 42)

“Günün dört saatini burada geçirmek bende ayrıca üzüntüye ve birazda pişmanlığa sebep oluyor başkalarına bakınca ve dönüp kendime bakınca birazcık içerleniyorum.” (K27, Kadın, 37)

“Var olan değerli zamanımın dört saatini burada geçiriyor olmak tabi ki bende üzüntüye sebep oluyor.” (K28, Kadın, 25)

Katılımcılardan K24, K26, K28 hemodiyaliz seansı sırasında zamanlarını sohbet ederek geçirdiklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Ara sıra yanımda yatan diğer hastalar ile sohbet ediyorum.” (K24, Kadın, 65)

“Burada vaktimin çoğunu telefonum ile ilgilenerek geçiriyor ya sosyal medyaya giriyorum ya da telefonda oyun oynuyorum. Hasta ve hemşirelerle ile sohbet ediyorum.” (K26, Kadın, 18)

“Telefon ile ilgilenerek, televizyon izleyerek veya sohbet ederek geçiriyoruz, fakat zamanın en büyük kısmını uyuyarak geçiriyorum.” (K28, Kadın, 25)

Katılımcılardan K23 hemodiyaliz seansı sırasında zamanı kitap okuyarak geçirdiğini ifade etmiştir:

“Genelde zamanımı burada kitap okuyarak geçiriyorum.” (K23, Kadın, 40)

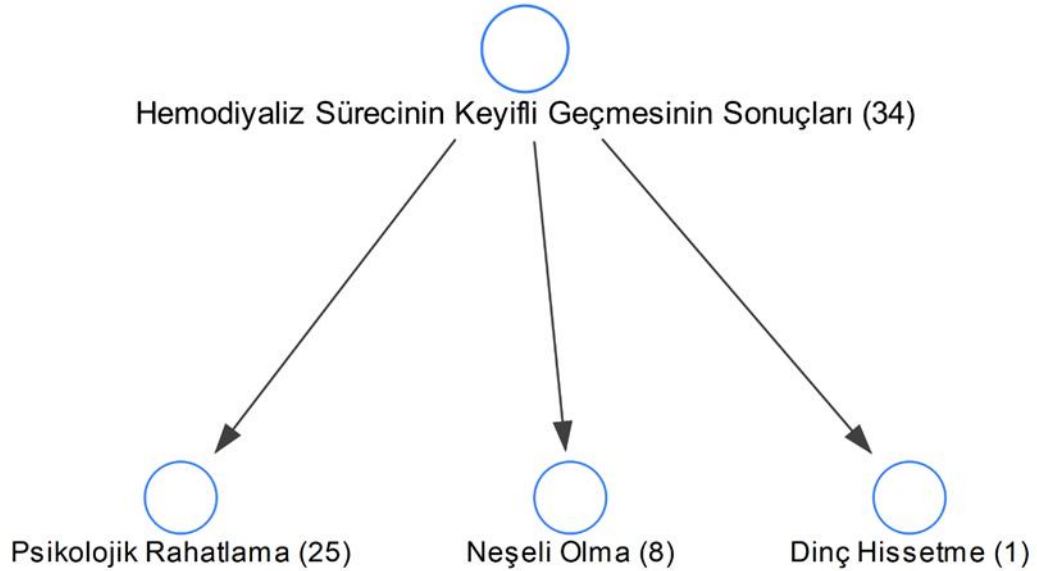
Katılımcılardan K26 hemodiyaliz seansı sırasında ileriye yönelik var olan belirsizliğin kendisinde korku ve strese sebep olduğunu şu şekilde ifade etmiştir:

“Burada geçirdiğim zamanda bir daha nakil olamayacağım gibi düşüncelerin oluşması ve sürekli makineye bağlı olma endişesi bende strese ve korkuya sebep oluyor.” (K26, Kadın, 18)

Genel olarak bu tema, hemodiyaliz seanslarının katılımcılar üzerinde yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda duygusal ve davranışsal düzeyde çok boyutlu etkiler yarattığını göstermektedir. Süreç boyunca sıkılma ve psikolojik yıpranma gibi duyguların baskın olması, hastaların psikososyal destek ihtiyacını da açıkça ortaya koymaktadır.

4.2.3. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları Temasına İlişkin Bulgular

Bu tema altında katılımcıların hemodiyaliz sürecinde olumlu deneyim yaşadıkları durumlar ve bu süreçte ortaya çıkan duygusal iyileşme biçimleri ele alınmıştır. “Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları” teması altında üç alt kod oluşmuştur ve bu kodlar şekil 4.6’da sunuldu: Psikolojik Rahatlama (25), Neşeli Olma (8) ve Dinç Hissetme (1).



Şekil 4.6. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli

Katılımcıların çoğu, seans sürecinin keyifli geçtiği zamanlarda belirgin bir psikolojik rahatlama yaşadıklarını ifade etmiştir. Özellikle sosyal destek, olumlu iletişim veya dikkat dağıtıcı etkinliklerin (örneğin sohbet etme, müzik dinleme) bu rahatlamayı kolaylaştırdığı görülmüştür. Bu durum, hemodiyaliz sürecinin yalnızca tıbbi bir tedavi değil, aynı zamanda duygusal bir dengeleme süreci olarak da işlev görebildiğini göstermektedir.

Katılımcılardan K1, K2, K5 hemodiyaliz seansı sırasında zaman onlar için daha iyi geçerse psikolojik olarak kendilerini nasıl hissedeceklerini şu şeklide ifade etmişlerdir:

“Var olan sağlığım ve ruh halim üzerinde olumlu bir etki oluşturur.” (K1, Kadın, 29)

“Burada daha iyi vakit geçirirsem ruhen ve manevi açıdan kendimi iyi hissederim.” (K3, Erkek, 55)

“Burada bulunduğum zaman içinde canım o kadar çok sıkılmaz, kendimi daha mutlu ve keyifli hissederim ve buda psikolojik olarak kendimi daha iyi hissederim.” (K5, Kadın, 43)

Katılımcılardan K6 hemodiyaliz seansı sırasında eğer zamanını daha iyi geçirdiği takdir de hem psikolojik olarak hem de fiziksel olarak olumlu anlamda etki edeceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Burada geçirdiğim zaman daha keyifli ve eğlenceli olası bende hem fiziksel hem de psikolojik olarak iyi geleceğini düşünüyorum.” (K6, Kadın, 18)

Katılımcılardan K11, K12, K14, K21, K22, hemodiyaliz seansını daha iyi geçirirlerse nasıl bir etki oluşturacağını şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Sağlığım üzerinde olumlu bir etki oluşturur moral ve motivasyonum artar.” (K11, Erkek, 35)

“Zamanın geçmemesinden dolayı oluşan stres durumu ortadan kalkar, zaman farkına varmadan zaman çok hızlı geçer ve kendimi iyi hissederim.” (K12, Erkek, 55)

“Hemodiyalizden çıktığım zaman kendimi daha iyi ve mutlu hissederim, bu bana çok daha iyi gelir.” (K14, Erkek, 26)

“Burada zamanımı iyi geçirirsem kafam rahat bir şekilde diyalizden çıkıp evime gitmiş olurum.” (K21, Erkek, 38)

“Kendimi sağlık açısından daha iyi hissederim, keyfim yerine gelir, moralim yükselir kendimi mutlu hissederim.” (K22, Kadın, 56)

Katılımcılardan K23 ve K25 hemodiyaliz ünitesinden çıktıktan sonra neler hissedeceklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bana çok faydası olacağını düşünüyorum, burada bulunduğum zaman zarfı içinde vaktim çok çabuk geçecektir, psikolojik olarak kendimi daha iyi hissedirim kafam rahat bir şekilde evime giderim.” (K23, Kadın, 40)

“Burada bulunduğumda eğer zamanı keyifli ve eğlenceli geçirirsem bana iyi anlamda bir faydası olacağını düşünüyorum. Buradan çıkarken mutlu bir şekilde ayrılırım.” (K25, Kadın, 42)

Neşeli olma kodu, seans esnasında pozitif duygu hâlinde olmayı ve çevreyle olumlu etkileşim kurmayı temsil etmektedir. Katılımcılar, moral düzeylerinin yüksek olduğu günlerde tedaviye daha kolay uyum sağladıklarını ve zamanın daha hızlı geçtiğini belirtmiştir. Bu bulgu, hastaların ruhsal durumunun tedavi deneyimini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Katılımcılardan K8, K16, K17, K22, K27 ve K28 hemodiyaliz seansı sırasında eğer güzel bir zaman geçirirlerse bu durumun kendilerini hangi yönde ve nasıl bir etki oluşturacağını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

“Kendimi moral olarak daha da iyi hissedirim ve buradan çıktığım zaman daha da keyifli olarak çıkarım ve zaman burada çok çabuk geçtiği için herhangi bir can sıkıntısı da yaşamamış olurum.” (K8, Erkek, 62)

“Elbette ki bana olumlu bir faydası olur, kendimi daha iyi, huzurlu, mutlu ve sağlıklı hissedirim” (K16, Erkek, 28)

“Kendimi iyi hissedirim, moral ve motivasyonum yükselir, kendimi huzurlu hissedirim.” (K17, Erkek, 74)

“Kendimi sağlık açısından daha iyi hissedirim keyfim yerine gelir moralim yükselir kendimi mutlu hissedirim.” (K22, Kadın, 56)

“Hemodiyalizden çıktığım zaman daha rahatlamış, neşeli olarak çıkarım kendimi psikolojik ve sağlık açısından daha iyi hissedebilirim.” (K27, Kadın, 37)

“Hemodiyalizden çıkınca kendimi keyifli neşeli ve mutlu olarak hissedirim ve psikolojik anlamda kendimi daha iyi hissedirim.” (K28, Kadın, 25)

Daha az sıklıkta dile getirilen dinç hissetme kodu ise, seans sonrasında bedensel olarak hafifleme ve yenilenme duygusuyla ilişkilendirilmiştir. Bu ifade, fiziksel rahatlamamanın duygusal iyilik hâlini destekleyici bir unsur olarak ortaya çıktığını göstermektedir.

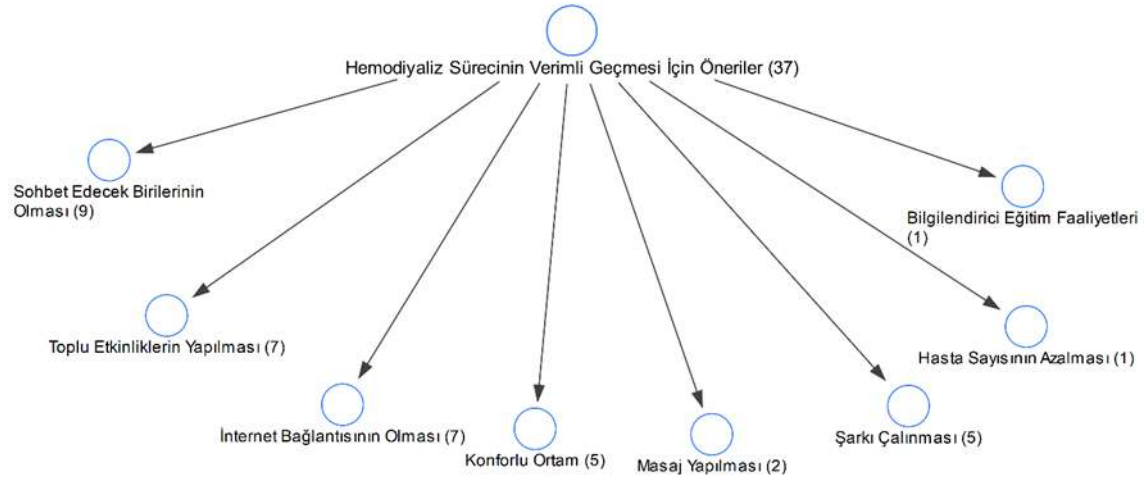
Katılımcılardan K24 hemodiyaliz makinesine bağlı iken zamanını olumlu ve iyi geçirirse, hemodiyaliz makinesinden ayrıldıktan sonra kendisini nasıl etki edeceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Bana olumlu anlamda bir faydası olacağını düşünüyorum kendimi daha iyi dinç ve sağlıklı hissederim.” (K24, Kadın, 65)

Genel olarak bu tema, hemodiyaliz sürecinde pozitif duyguların güçlendirilmesinin hastaların psikolojik dayanıklılığını artırabileceğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların deneyimleri, moral ve sosyal etkileşimin tedavi sürecinin algılanış biçimini dönüştürmede önemli rol oynadığını göstermektedir.

4.2.4. Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler Temasına İlişkin Bulgular

Bu tema altında katılımcıların hemodiyaliz seanslarının daha verimli, keyifli ve rahat geçmesine yönelik önerileri incelenmiştir. “Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler” teması altında sekiz alt kod oluşmuştur. Oluşturulan bu kodlar şekil 4.7’de sunulmuştur: Sohbet Edecek Birilerinin Olması (9), Toplu Etkinliklerin Yapılması (7), İnternet Bağlantısının Olması (7), Konforlu Ortam (5), Şarkı Çalınması (5), Masaj Yapılması (2), Bilgilendirici Eğitim Faaliyetleri (1) ve Hasta Sayısının Azalması (1).



Şekil 4.7. Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Öneriler Kod Hiyerarşik Alt Kod Modeli

Katılımcıların büyük çoğunluğu, hemodiyaliz sürecinde yaşanan uzun bekleme ve hareketsizlik durumunun sosyal etkileşimle hafifletilebileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda, sohbet edecek birilerinin olması (9) ve toplu etkinliklerin yapılması (7)

kodları, sosyal destek ve paylaşımın tedavi sürecinde psikolojik rahatlama sağladığını göstermektedir. Katılımcılar, bu tür etkileşimlerin moral düzeyini yükselttiğini ve seansların daha kısa algılanmasına yardımcı olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan K1 hemodiyaliz seansı sırasında zamanı daha iyi değerlendirmek ve hemodiyaliz ünitesinde hangi çevresel düzenlemeler yapılırsa kendini daha iyi hissedeceğini şu sözlerle belirtmiştir:

“Birinin gelip hastaların moral ve motivasyonumuzu arttıracak konuşmalar yapması ve hastaların var olan dertlerini dinlemesi ve beni rahatlatacak bir sohbetin olması beni iyi hissettirir. Ayrıca bulunduğumuz ortamda şarkı çalınmasını ve bulunduğumuz ortamda hasta sayısının daha az olmasını da isterdim, bulunduğumuz ortamda sinema salonu tarzında bir ortam oluşturulmasını öneririm.” (K1, Kadın, 29)

Katılımcılardan K2 hemodiyaliz seansı sırasında zamanı daha iyi değerlendirmek ve hemodiyaliz ünitesinde hangi çevresel düzenlemeler yapılırsa kendini daha iyi hissedeceğini şu sözlerle belirtmiştir:

“Ben burada dört saatlik zaman diliminde eğer yanıma dini sohbetler yapmak için birileri gelirse, ben bu konuda sohbet etmek isterim. Bulunduğumuz ortamın daha sık temiz hava ile havalandırılması cam sayısının arttırılmasını isterdim.” (K2, Erkek, 59)

Katılımcılardan K3 bulunan ortamdaki teknolojik cihazlar hakkında görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Ortam olarak ben tek değil de birkaç hasta ile beraber aynı ortamda olmayı isterdim, bulunduğumuz ortamda teknolojik cihazların daha yeni hale getirilmesi ve bireyselleştirilmesi ve ayrıca bu cihazlara film, belgesel gibi tarzında farklı şeyler yüklenmesi isterdim. Tanıdığım ve bildiğim bir insanla muhabbet etmek iyi olurdu.” (K3, Erkek, 55)

Katılımcılardan K6 sohbet edebilecek, kendisini hastalığı konusunda bilgilendirecek kişilerin olmasının ve durum kendisine nasıl etki edeceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Ben hemşireler ile daha çok sohbet etmeyi şakalaşmayı isterdim. Toplu bir şekilde diğer hastalar ile ilgi çekebilecek bir konuda örneğin benim hastalığım konusunda bilgilendirmek amacıyla sohbet edilmesini isterdim. Hastalığım ile bununla nasıl baş edilebileceğine yönelik bilgilendirici açıklamalar yapan kişilerin gelip sohbet ederek desteklenmeyi isterdim. Psikolojik olarak bana iyi gelecek sohbetlerin olmasını isterdim.” (K6, Kadın, 18)

Katılımcılardan K16 hemodiyaliz seansı sırasında hemşirelerden beklentilerini ve hemodiyaliz seansı daha iyi olması için neler yapılabileceğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Bulunduğum yerde hemşirenin gelip benle daha çok ilgilenmesi bana çok iyi gelecektir. Hemodiyaliz seansları sırasında yaşadığımız krampları ve hareketsizliğimizi giderecek birinin bize gelip masaj yapmasını isterdim. Ayrıca wifi ağının olmasını isterdim ve rahat bir erişimin olmasını isterdim. Var olan televizyonların daha geliştirilmiş olanları ile değiştirilmesi güzel olur.” (K16, Erkek, 28)

Katılımcılardan K18 ve K20 hemodiyaliz ortamı ile alakalı olarak ve hemodiyaliz seansını daha iyi nasıl geçebileceğini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Tanıdığım bir insanın gelip beni ziyaret etmesini isterim ve o kişi ile bolca sohbet etmeyi isterdim ayrıca ben burada dinlenmeyi ve uyumayı seven bir insanım bundan dolayı ortamın daha sessiz olmasını bekliyorum.” (K18, Erkek, 46)

“Tanıdığım bir kişinin gelip benle sohbet etmesi çok hoşuma giderdi, el işi becerilerim olduğu için burada bulunduğum zamanlarda el işi yapmak isterdim.” (K20, Kadın, 28)

Katılımcılardan K4, K7, K12, K14, K27 hemodiyaliz seansları sırasında toplu etkinliklerin yapılması gerektiği konusundaki önerilerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bulduğumuz alanlarda satranç gibi oyunlar oynayabilmeyi isterim, toplu bir şekilde gerçekleştirilen etkinliklerin olmasını isterim. Güler yüzlü ve ilgili hemşirelerin olmasını ve benimle daha fazla sohbet etmesini isterim.” (K4, Kadın, 21)

“Toplu yapılabilecek etkinliklerin olmasını öneriyorum, tiyatro, gösteri, eğlenceli oyunların olması.” (K7, Erkek, 45)

“Zamanın geçmesini sağlayacak oyunlar satranç, dama gibi oyunlar için ortam oluşturulması hiç fena olmazdı.” (K11, Erkek, 35)

“Toplu bir şekilde eğlence tarzında gösteri ve faaliyetlerin mesela toplu sohbet edilmesi, birilerinin gelip şarkı türkü söylenmesi, hikâye anlatılması ve tanınmış ve unvan sahibi insanların gelip hastalığımız hakkında bilgilendirici eğitimlerin yapılmasını isterdim.” (K12, Erkek, 55)

“Bulduğum ortamda çeşitli filmleri izlemeye olanak sağlayacak alternatiflerin oluşturulmasını önerirdim. Toplu bir şekilde bize eğitici hikâye gibi şeylerin anlatılması ve bunun adına konuşulmasını önerirdim.” (K14, Erkek, 26)

“Toplu faaliyetlerin yapılmasını tavsiye ediyorum, toplu sohbetler, toplu eğitimler gibi şeylerin yapılması güzel olurdu.” (K27, Kadın, 37)

İnternet bağlantısının olması (7) ve konforlu ortam (5) kodları, hastaların teknolojik erişim ve fiziksel rahatlık beklentilerini yansıtmaktadır. Katılımcılar, çevrimiçi etkinliklere katılabilmenin veya dijital içeriklerle vakit geçirmenin sıkılmayı azalttığını, aynı zamanda modern bir tedavi ortamının tedaviye uyumu artırabileceğini belirtmiştir.

Katılımcılardan K5, K8, K10 ve K27 hemodiyaliz ünitesinde rahat erişebilecekleri bir internet ağının olması gerektiği konusundaki önerilerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bulunan televizyonların daha yenileri ile değiştirilmesi ve daha kullanışlı hale getirilmesini tavsiye ediyorum, bulunduğumuz ortamda hastaların rahat bir şekilde internete erişiminin sağlanması önemli bir şey.” (K5, Kadın, 43)

“Rahat bir şekilde erişim sağlayabileceğimiz bir internet ağının olmasını isterdim.” (K8, Erkek, 62)

“Oyun tarzı gösterilerin yapılmasını isterdim, ortamda rahatlatıcı müziklerin çalınması güzel olurdu ve diyalizin sonlarında sessiz bir ortamın olmasını isterdim. Kolayca internete erişebileceğimiz wifi ağının olması önemlidir bence.” (K10, Kadın, 42)

“Bununla beraber film izleyebilecek daha sessiz ve güzel bir ortamın olmasını öneririm. Ayrıca internete rahat girebileceğimiz bir wifi ağının olmasını isterdim.” (K26, Kadın, 18)

Katılımcılardan K13, K15, K24 ve K26 hemodiyaliz ünitesinin ortamı ile alakalı olarak önerilerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Kendi adıma sessiz ve daha sakin bir ortamın olmasını, mümkünse ortamdaki gürültünün olmamasını tavsiye ederim.” (K13, Kadın, 30)

“Ayrıca mevcut diyaliz süresinin 2 saat indirilmesini isterim, çok daha geniş ve farklı kitapların ve kitaplığın olmasını, benimle sohbet edecek birilerin olmasını isterdim. Mevcut bulunduğumuz ortamlarda oyun alanlarının oluşturulması iyi olurdu, satranç, dama gibi.” (K15, Erkek, 44)

“Ben uyumayı, dinlenmeyi seven biriyim. Bundan dolayı bulunduğumuz ortamda konfor seviyesinin daha da artırılmasını, sessiz bir ortamın ve dinlendirici bir ortamın olmasını önerirdim.” (K24, Kadın, 65)

“Ayrıca ortamla alakalı olarak daha sessiz ve konforun daha fazla olduğu bir ortamın olması daha güzel olurdu.” (K26, Kadın, 18)

Daha düşük frekansta dile getirilen şarkı çalınması (5) ve masaj yapılması (2) önerileri, duygusal rahatlamaya ve fiziksel gevşemeye yönelik ihtiyaçları göstermektedir.

Bu öneriler, hemodiyaliz sürecinin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda duyuşsal ve psikolojik konfor açısından da desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Katılımcılardan K25 ve K26 bulundukları hemodiyaliz ortamında şarkı çalınmasının kendilerini daha iyi hissedeceklerini ve güzel olabileceğini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bulunduğumuz ortamlarda ara ara şarkı çalınması güzel olurdu.” (K25, Kadın, 42)

“Şarkı çalınmasını isterdim, en azından makineye bağlanınca veya makineden ayrılmaya yakın olursa çok güzel olur.” (K26, Kadın, 18)

Katılımcılardan K27 ve K28 hemodiyaliz seansı sırasında çeşitli semptomlar yaşadıklarını ve bu yaşadıkları semptomlardan birinin de kramplar olduğunu ve bu kramplara yönelik rahatlatıcı bir masajın olması kendilerine iyi geleceğini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Ayrıca bu dört saatlik zaman diliminde kramplarımız oluyor, bunlara yönelik rahatlatıcı bir masajın yapılmasını isterdim.” (K27, Kadın, 37)

“Hemodiyaliz sırasında oluşan kramplara iyi gelecek herhangi bir masajın yapılmasını isterdim.” (K28, Kadın, 25)

Son olarak, bilgilendirici eğitim faaliyetleri (1) ve hasta sayısının azaltılması (1) kodları, hastaların farkındalık düzeyini artırma ve bireysel ilgi beklentilerini ortaya koymaktadır. Katılımcılar, sağlık personeliyle daha fazla iletişim ve birebir bilgilendirme süreçlerinin tedavi sürecine güveni artırabileceğini ifade etmiştir.

Katılımcılardan K23 hemodiyaliz ünitesinde seans sırasında bilgilendirici eğitim faaliyetlerin olması, 4 saatlik hemodiyaliz zamanlarını daha iyi değerlendirebileceklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bize herhangi bir konu hakkında eğitim verebilecek birinin gelip eğitim vermesini, bilgilendirici eğitici faaliyetlerin yapılmasını isterdim.” (K23, Kadın, 40)

Katılımcılardan K26 hemodiyaliz ünitesinde konfor hakkındaki önerisini şu şekilde ifade etmiştir:

“Genel anlamda ortamdaki hasta sayısının daha da az olmasını isterdim.” (K26, Kadın, 18)

Genel olarak bu tema, hemodiyaliz seanslarının verimliliğini artırmak için sosyal, teknolojik ve çevresel düzenlemelerin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Katılımcı önerileri, hem psikososyal destek hem de hasta memnuniyetini artırmaya yönelik çok boyutlu bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.



5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının araştırılmasını ele alan ve nitel bir yaklaşım kullanılarak derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak elde edilen bulgular literatürde konuyla alakalı çalışmalar göz önünde bulundurularak tartışıldı. Araştırma bulguları sonucunda dört ana tema ve 22 kod elde edilmiştir.

5.1. Hemodiyaliz Hastalarının Makineye Bağımlı Olmanın Etkilerinin Tartışılması

HD hastalarının belirli zaman aralıklarında belirli bir hemodiyaliz merkezinde sürekli tedavi seansları almaya ihtiyaçları vardır (9). HD rejimleri hastalar arasında farklılık gösterebilir ancak kronik HD hastalarında geleneksel tedavinin genellikle haftada üç seans ve her seansın üç ile beş saat sürmesi (10), hastaların yaşamlarının önemli bir bölümünü tedaviye ayırmalarına neden olmakta ve bu durum sosyal ve günlük yaşamlarını sınırlandırmaktadır (8). Bu çalışmada elde edilen ilk tema, hemodiyaliz hastalarının makineye bağımlı olmasının etkileridir. Bu tema kapsamında zorunluluk hissetme, kısıtlı yaşam ve psikolojik çöküş kodları belirlendi. Katılımcı ifadeleri, hastaların yaşamlarını sürdürebilmek için makineye bağlı olmayı kaçınılmaz bir zorunluluk olarak algıladıklarını göstermektedir. Örneğin; K3'ün "*Hemodiyaliz makinesine mecburuz ve mahkumuz, makine olmazsa biz nasıl yaşarız*" ve K5'in "*Ben şöyle düşünüyorum, bir telefonun nasıl ki şarj olmaya ihtiyacı varsa, benimde bu makineye ihtiyacım var*" ifadeleri makineye bağımlılığın bireysel özerkliği sınırlandıran ve sürekli mecburiyet duygusu yaratan bir durum olarak deneyimlendiğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde K2'nin "*Makineye bağımlı olmak benim için çok zor bir şey kendimi hareketsiz bir heykel gibi hissediyorum fakat makine olmasa da bizde sağlığımızı devam ettiremeyiz*" ifadesi hemodiyaliz makinesine bağımlılığın yalnızca fiziksel değil, sosyal ve günlük yaşam düzeninde de kısıtlayıcı olduğunu göstermektedir. Katılımcı Katılımcı K11'in "*Hemodiyaliz makinesine bağımlı olmak hiç iyi bir şey değil, çok kötü bir şey ne çalışabiliyorsun ne doğru dürüst isteğin şeyleri yapabiliyorsun, istediğin zaman dışarı çıkıp rahat dolaşamıyorsun sürekli buraya bağlı olman gerekiyor bayram da olsa seyrana da olsa buraya gelip makineye bağlanman gerekiyor. Hayatını kısıtlayan bir şey makineye bağımlı olmak*" şeklindeki ifadesi, hemodiyaliz tedavisine bağlı olmanın,

günlük aktivitelerini, sosyal yaşantısını ve hareket özgürlüğünü kısıtlayan bir durum olarak deneyimlendiğini düşündürmektedir. Nitekim literatürde de HD hastalarının, haftalık HD seanslarında uzun zaman geçirdiklerinden dolayı arkadaş ve akrabalarıyla dışarı çıkamadıkları için zayıf sosyal ilişkiler yaşadıkları belirtilmektedir (11). Mevcut bulgular, hemodiyaliz tedavisinin zaman alıcı ve kısıtlayıcı yapısının hastalar tarafından olumsuz deneyimlendiğini gösteren çalışmalarla paralellik göstermektedir. HD hastalarının haftada üç gün, günde yaklaşık dört saat diyalize girmelerinin onların zamanlarının büyük bir bölümünü aldığı ve genellikle zamanın geçmesinin uzun sürdüğü, rahatsızlığın yanı sıra onları sıkıcı bir deneyimle karşı karşıya bıraktığı belirtilmektedir (12). George ve arkadaşları, hastaların yaşamlarının en verimli saatlerini makineye bağlı geçirdiklerini ve bunun toplumdan kopma ile izolasyon hissini artırdığını ve bu durumun da hastalar tarafından hoş karşılanmadığını vurgulamıştır (102). Gebrie ve arkadaşları ise hastaların hemodiyaliz makinesini istenmeyen bir bağımlılık, özgürlük kaybı ve aşağılık duygusu ile ilişkilendirdiklerini ve bu nedenle sosyal yaşama katılmaktan uzak durmayı tercih ettiklerini bildirmiştir (103). Benzer biçimde Al-Ghabeesh ve arkadaşları diyaliz sürecinin hastaların çalışma, ziyaret, spor ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını (104), Monaro ve arkadaşları ise tedavi sırasında hareketsizlik ve tedavi sonrası yorgunluk nedeniyle hastaların özgürlüklerini elinden aldığını, istedikleri gibi hareket edemediklerini belirtmiştir (105). Yılmaz Karabulutlu ve arkadaşlarının bulguları da hemodiyaliz makinesine bağımlılık, kısıtlamalar ve gelecek hakkında belirsizliğin hastalarda üzüntü, korku ve umutsuzluk gibi duygusal zorluklar deneyimleyebileceğini göstermektedir (106).

Psikolojik çöküş kodu kapsamında, hastaların uzun süre makineye bağlı bir yaşam sürmelerinin; üzüntü, kaygı, çaresizlik gibi duygularla ve zaman zaman ölümle ilişkilendirilen düşüncelerle birlikte deneyimlediği görülmektedir. Bu durumun zamanla oluşturduğu duygusal sıkıntılar ise söz konusu kodun ortaya çıkmasında en önemli etkenlerden biri olmuştur. Bu durumu en açık biçimde yansıtan katılımcı ifadelerinden biri K5'e aittir: *“Gerçekten de çok zor bir şey, psikolojik boyutu çok daha kötü ama buna mecbursun ve katlanman gerekiyor, makineye bağımlı olmak normal bir insan gibi hayatını yaşamana engel olmakta ve kendini ölecekmiş gibi hissetmene sebep olmaktadır. İnsanlardan uzaklaşmış ve kendimi eve kapatmış olarak görüyorum, hiç kimse ile konuşmak istemiyorum ve evden de çıkmak istemiyorum. Kendimi hastalık psikolojisi içinde buluyorum ve bu hastalık psikolojisi bende kalıcı hale geldi.”* Bu ifade,

hemodiyalize bağımlılığın katılımcı için yalnızca fiziksel değil, yaşamını olumsuz etkileyen zor bir deneyim olarak yaşandığını göstermektedir. K22 ise “*Makineye bağımlı olmak sonu olmayan bir şeymiş gibi geliyor fakat kendimi ölecekmiş gibi hissediyorum ve makineden kurtulmanın tek çaresinin ise ölmek olduğunu düşünüyorum*” ifadesiyle, makineye bağımlı yaşamı zaman zaman ölüm düşüncesiyle birlikte algıladığını ifade etmektedir. Araştırmamızdaki bu ifadeler, hemodiyalize bağımlı yaşamın katılımcılarda yoğun sıkıntı ve çaresizlik duygularıyla birlikte yaşanabildiğini göstermektedir. Mevcut bulgular literatürle paralellik göstermektedir. Burrai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; hemodiyaliz tedavisi gören hasta, kaygı ve korku gibi duyguların sürekli içinde bulunur ve birçok olumsuz düşünce ve endişeden oluşan bir bilişsel dünyaya sahiptir. Kaygı ve korku ayrıca hemodiyaliz tedavilerine uyumu da olumsuz etkileyebilir. Hemodiyalizin sürekli ve tekrarlayan seanslarının yarattığı rahatsızlık, psikolojik sıkıntı ve stres, psikolojik dengesizlik, kaygı ve ıstırap durumlarına yol açabileceği sonucuna varmıştır (107). Bunun yanında Alshammari ve arkadaşları, özellikle genç hemodiyaliz hastalarında yaşam tarzı kısıtlamaları, tedaviye bağlı stres ve hastalığın gidişatına ilişkin belirsizlik nedeniyle psikolojik sıkıntının daha yaygın olduğunu bildirmiştir (108). Literatür bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde, bu araştırmada hastaların makineye bağımlı yaşamı yalnızca fiziksel bir zorunluluk olarak değil, duygusal açıdan zorlayıcı bir süreç olarak deneyimleyebildikleri anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz hastalarının, yaşamlarını sürdürebilmek için gerekli olan fiziksel bağımlılık ile bunun oluşturduğu duygusal yük arasında zorlayıcı bir durum yaşadıkları ve bu deneyimin psikolojik açıdan olumsuz etkilenme ile ilişkili olabileceği görülmektedir.

5.2. Hemodiyaliz Seansı Sürecinde Yaşananların Tartışılması

Araştırmamızdaki bulgular ışığında elde ettiğimiz ikinci tamamımız hemodiyaliz seansı sürecinde yaşananlardır ve bu tema altında psikolojik yıpranma, telefonla ilgilenme, uyumak, üzüntü yaşama, sohbet etme, kitap okuma ve korku yaşama olmak üzere 7 kod oluşmuştur.

Bu tema kapsamında belirlenen deneyimlerin literatürde de benzer biçimde tanımlandığı görülmektedir. Alsingh ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların seans sırasında kendi aralarında sınırlı etkileşimde bulundukları; genellikle yemek yeme, televizyon izleme veya uyuma gibi etkinliklerle zaman geçirdikleri ve daha çok kendi bireysel alanlarında kaldıkları vurgulanmıştır (109). Bu araştırmada da katılımcı ifadeleri,

seans sırasında korku, üzüntü ve belirsizlik duygularının yoğun biçimde yaşandığını ortaya koymaktadır. K26'nın *"Burada geçirdiğim zamanda bir daha nakil olamayacağım vb. düşüncelerin oluşması ve sürekli makineye bağlı olma endişesi bende strese ve korkuya sebep oluyor"* ve K20'nin *"Zamanın uzun olması ve ailemin yanında değil de dört saati burada geçiriyor olmam bende üzüntüye, hastalığımın hiç bitmeyeceği düşüncesine sebep oluyor"* ifadeleri, tedavi sürecine ilişkin belirsizlik ve kaygının seans esnasında da sürdüğünü, özellikle korku yaşama ve üzüntü ifadeleri, tedaviye dair belirsizlik ve kaygının seans esnasında da devam ettiğini göstermektedir. Bu bulgular, hemodiyaliz sürecinin yalnızca fiziksel değil, eş zamanlı olarak duygusal yük de oluşturan bir deneyim olduğunu desteklemektedir. Literatürde de benzer biçimde hemodiyaliz hastalarının diyaliz ünitesine çoğu zaman depresif bir duygu durumu ile girdikleri ve makineye bağımlılık nedeniyle depresyon, kaygı, korku ve öfke yaşadıkları bildirilmektedir. Achempim-Ansong ve arkadaşları, hastaların büyük çoğunluğunun diyaliz ünitesine girerken depresif bir durumda girdiklerini, sosyal etkinliklerden bilinçli olarak uzaklaştıklarını ve aile ile arkadaş ilişkilerinde gerilim yaşadıklarını belirtmiştir (110). Diyaliz tedavisinin planlı ve zaman alıcı yapısının istihdam, tatiller ve sosyal etkinlikler için fırsatları sınırladığı; makineye bağımlılığın ise istenilen yaşamı sürdürme konusunda yeni fiziksel ve duygusal zorluklar yarattığı da vurgulanmaktadır (111). Ayrıca Alvarez ve arkadaşları, hemodiyaliz sırasında yaşanan semptomların tedavilerin kısaltılmasına veya atlanmasına yol açabildiğini ve bunun olumsuz sonuçlara ve olaylara neden olabileceğini belirtmiştir (112). Zhang ve arkadaşları ise hemodiyaliz hastalarında suçluluk, pişmanlık, korku, kaygı, yalnızlık, depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncelerine kadar uzanan çeşitli olumsuz duygular yaşadığı sonucuna varmışlardır (113, 114).

Araştırmamızdan elde edilen bulgular, seansların tekrarlayıcı yapısı, uzun süreli hareketsizlik ve fiziksel yorgunluğun, hastalar tarafından psikolojik açıdan zorlayıcı bir deneyim olarak algılanabildiğini göstermektedir. K2'nin *"Zamanın uzun olması ve sıkıcı geçmesi kendimi kötü hissetmeme sebep olmaktadır. Burada dört saat boyunca durmak bana hayatımı sorgulamama sebep olmakta"* ifadesi, hemodiyaliz seansı süresince yaşanan zamanın yavaş ve tekdüze algılanmasının, katılımcıda olumsuz duygular ve yaşamına ilişkin sorgulamalarla birlikte deneyimlenebildiğini düşündürmektedir. Yine K18'in *"Zamanın çok uzun olmasından dolayı ve vaktimin dört saatini burada geçirmiş olmamdan dolayı sanki kendimi boşlukta hissediyorum gibi geliyor herkes işinde gücüne"*

olduğunu görüyorum ve ben burada dört saatimi burada geçirdiğim için pişmanlık ve üzüntü hissediyorum” ifadesi, hemodiyaliz seanslarının uzun sürmesinin zamanın boşa geçiyormuş gibi hissedilmesine ve kişinin kendini günlük yaşamdan uzak kalmış hissetmesine neden olduğunu göstermektedir. Bu süreçte pişmanlık ve üzüntü duygularının da eşlik ettiği görülmektedir. Literatürde de hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarıyla yapılan görüşmelerde depresyon, azalmış sosyal destek, tükenmişlik, umutsuzluk ve anksiyete gibi durumların yaygın olduğu; tedaviye bağlı kısıtlamalar nedeniyle hastaların geleceğe yönelik plan yapmakta zorlandıkları ve umutsuz bir bakış geliştirdikleri belirtilmiştir (114). Shouket ve arkadaşları hastaların tedavi sırasında zaman geçirmeyi zor bulduklarını ve HD’nin zaman alıcı yapısını sinir bozucu olarak algıladıklarını belirtmiştir (13). Benzer şekilde diğer çalışmalarda hastaların dört saatlik hemodiyalizi tolere etmekte zorlandıkları (14) ve HD’de geçirilen zamanı “boş zaman” ya da “yaşamdan uzak zaman” olarak belirttikleri saptanmıştır (15). Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, bu tema kapsamında elde edilen bulguların literatürdeki sonuçlarla tutarlılık gösterdiği görülmektedir. Genel olarak hemodiyaliz seanslarının katılımcıları yalnızca fizyolojik değil, duygusal açıdan da etkileyebildiği; seans sürecinin uzunluğu ve günlük yaşamdan uzak kalma hissinin boşlukta kalmışlık, pişmanlık ve üzüntü gibi duygularla birlikte yaşanabildiği görülmektedir.

5.3. Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları ve Hemodiyaliz Sürecinin Verimli Geçmesi İçin Önerilerin Tartışılması

Araştırma sonucunda elde ettiğimiz bir diğer tema, hemodiyaliz sürecinin keyifli geçmesinin hastalar üzerindeki olumlu yansımalarıdır. Bu tema kapsamında katılımcıların hemodiyaliz sürecinde yaşadıkları olumlu deneyimler ve buna eşlik eden duygusal iyileşme biçimleri ele alınmıştır. “Hemodiyaliz Sürecinin Keyifli Geçmesinin Sonuçları” teması altında psikolojik rahatlama, neşeli olma ve dinç hissetme olmak üzere üç alt kod belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen dördüncü temamız hemodiyaliz sürecinin verimli geçmesine yönelik hasta önerileridir. Bu tema kapsamında; sohbet edecek birilerinin olması, toplu etkinliklerin yapılması, internet bağlantısının olması, konforlu ortam, şarkı çalınması, masaj yapılması, bilgilendirici eğitim faaliyetleri ve hasta sayısının azalması olmak üzere sekiz kod belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hemodiyaliz sürecinin verimli geçmesine yönelik hasta önerileri ile sürecin keyifli

geçmesinin hastalar üzerindeki olumlu yansımalarını içeren temalar kavramsal olarak birbiriyle ilişkili olduğundan tartışma bölümünde birlikte ele alınmıştır.

Bulgular, hastaların hemodiyaliz sürecinde yalnızca tıbbi bakım değil, aynı zamanda psikososyal ve çevresel iyileştirmelere ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Katılımcılar özellikle müzik, sosyal etkinlikler ve ortam düzenlemesinin hemodiyaliz seans süresini daha keyifli ve katlanılabilir hale getireceğini vurgulamıştır. K10'un "*Oyun tarzı gösterilerin yapılmasını isterdim, ortamda rahatlatıcı müziklerin çalınması güzel olurdu ve diyalizin sonlarında sessiz bir ortamın olmasını isterdim. Kolayca internete erişebileceğimiz wi-fi ağının olmasının isterdim*" ifadesi, hemodiyaliz ortamında yapılacak küçük çevresel düzenlemelerin ve sosyal etkinliklerin hastaların zaman algısını ve duygusal durumunu olumlu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu ifadeden anlaşılağı üzere ortamda hafif müzik çalınması, etkinliklerin yapılması ve internet erişiminin sağlanması, hastaların canlarının sıkılmasının önüne geçmekle beraber hemodiyaliz ünitesine bağılı oldukları sırada zamanlarının daha verimli ve keyifli geçmesini sağlayacaktır. Literatürde de müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarında ağrı ve kaygıyı azaltabildiğı ve yaşam kalitesini artırabildiğı belirtilmektedir (115). Benzer şekilde müzik terapisinin algılanan psikososyal ve fizyolojik stresi azaltarak hem psikolojik hem fiziksel rahatlama sağladığı bildirilmektedir (116). Bu doğrultuda müzik dinlemenin seans süresini daha katlanabilir hale getirdiğı ve tedavi ortamına ilişkin deneyimi olumlu yönde etkilediğı ifade edilmektedir.

Araştırmada hastaların önerdiği bir diğere uygulama masajdır. K27'nin "*Ayrıca bu dört saatlik zaman diliminde kramplarımız oluyor bunlara yönelik rahatlatıcı bir masajın yapılmasını isterdim*" ifadesi, fiziksel rahatsızlıkların azaltılmasına yönelik beklentiyi yansıtmaktadır. Literatürde masajın kas gevşetici etkisi ve parasempatik sistemi uyarıcı özelliğı sayesinde rahatlatıcı, enerji artırıcı ve psikosedatif etki oluşturabildiğı; yorgunluk hissini azaltabildiğı belirtilmektedir (117).

Katılımcıların büyük çoğunluğu ayrıca, hemodiyaliz sürecinde yaşanan uzun bekleme ve hareketsizlik durumunun sosyal etkileşimle hafifletilebileceğini belirtmiştir. Sohbet edecek birilerinin olması ve toplu etkinliklerin yapılması kodları, sosyal destek ve paylaşımın tedavi sürecinde psikolojik rahatlama sağladığını göstermektedir. K1'in "*Birinin gelip hastaların moral ve motivasyonunu arttıracak konuşmalar yapması ve hastaların var olan dertlerini dinlemesi ve beni rahatlatıcı bir sohbetin olması beni iyi*

hissettirir ayrıca bulunduğumuz ortam da şarkı çalınması ve bulunduğumuz ortamda hasta sayısının daha az olmasını da isterdim, bulunduğumuz ortamda sinema salonu tarzında bir ortam oluşturulmasını isterdim” ve K1’in “Birinin gelip hastaların moral ve motivasyonumuzu arttıracak konuşmalar yapması ve hastaların var olan dertlerini dinlemesi ve beni rahatlatacak bir sohbetin olması beni iyi hissettirir...” ifadeleri, moral verici konuşmaların ve sohbetlerin hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve seans süresini daha rahat geçirmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir. Literatürde de aile, arkadaş ve sağlık personelinin alınan sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının duygusal dayanıklılığı ve tedaviye uyumu üzerinde önemli rol oynadığı, diyaliz personeliyle iyi bir ilişkiler kurduğunda ve nazik bir şekilde bakım aldıklarında, bu durumun rutin tedaviye geldiklerinde onları rahatlattığı bildirilmektedir (103). Bu durum katılımcı ifadelerinde de görülmektedir. K16’nın “Bulduğum yerde hemşirenin gelip benle daha çok ilgilenmesi bana çok iyi gelecektir...” ifadesinde olduğu gibi hemşirenin daha fazla ilgi göstermesinin kendisine iyi geleceğini belirtmesi ve K6’nın “Ben hemşireler ile daha çok sohbet etmeyi şakalaşmayı isterdim... Hastalığım ile bununla nasıl baş edilebileceğine yönelik bilgilendirici açıklamalar yapan kişilerin gelip sohbet ederek desteklenmeyi isterdim...” ifadesinde olduğu gibi hemşirelerle sohbet etme, bilgilendirilme ve desteklenme isteğini ifade etmesi birlikte değerlendirildiğinde, hemodiyaliz sürecinde hemşirelerin ilgisi, iletişimi ve bilgilendirici desteğinin hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve süreci daha rahat geçirmelerine katkı sağlayabildiği görülmektedir. Ayrıca Zhang ve arkadaşlarının araştırmasında, ciddi duygusal sıkıntı yaşayan hemodiyaliz hastalarında duyguların ifade edilmesini destekleyen psikolojik danışmanlık ve öz düzenleme becerilerini güçlendiren yaklaşımların önemli olduğu vurgulanmıştır. Mizah terapisi, farkındalık temelli stres azaltma ve bilişsel-davranışçı terapi gibi müdahalelerin olumsuz duyguları hafifletmeye ve başa çıkma becerilerini geliştirmeye katkı sağladığı; ayrıca resim, kaligrafi ve hafif egzersiz dersleri gibi etkinliklerin hastaların sosyal entegrasyonunu destekleyebileceği belirtilmiştir (113).

Teknolojik olanakların artırılması da hastalar tarafından önemli bir gereksinim olarak ifade edilmiştir. K8’in “Rahat bir şekilde erişim sağlayabileceğimiz bir internet ağının olmasını isterdim” ve K5’in “Bulduğumuz ortamda bulunan televizyonların daha yenileri ile değiştirilmesi ve daha kullanışlı hale getirilmesini isterdim bulunduğumuz ortamda hastaların rahat bir şekilde internete erişiminin sağlanması” ifadeleri, hemodiyaliz ünitesinde internet erişimi ve güncel teknolojik araçların

bulunmasının zamanın daha verimli geçirilmesine katkı sağlayacağını göstermektedir. Gullick ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; diyaliz ünitelerinde kablosuz internet, tablet gibi kişisel mobil cihazların sağlanmasının hastaların zamanı anlamlı etkinliklerle geçirmesine ve sosyal bağlantılarını sürdürmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (118).

Bulgular ayrıca bazı hastaların dini içerikli sohbet ve manevi desteği de yararlı gördüğünü ortaya koymuştur. K2'nin *“Ben burada dört saatlik zaman diliminde eğer yanıma dini sohbetler yapmak için birileri gelirse, ben bu konuda sohbet etmek isterim...”* ifadesi, dini sohbetlerin hastalığın kabullenilmesini kolaylaştırabileceğini ve seans sürecini daha anlamlı hale getirebileceğini göstermektedir. Nitekim Nisa ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; dini inanç ve dindarlığın duygusal dayanıklılığı güçlendirmede önemli bir rol oynadığını vurgulanmıştır (119).

Genel olarak bu iki tema, hemodiyaliz sürecinde hastaların duygusal olarak zorlanabildiğini; bu süreçte hemşirelerle kurulan destekleyici iletişimin, sohbetin ve uygun ortam düzenlemelerinin hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve seansı daha rahat geçirmelerine katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Nitekim Okoronkwo ve arkadaşları da çalışmalarında, SDBY'nin klinik yönetiminin güçlü psikolojik ve sosyal destek sistemleriyle bütünleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (120). Bu da diyaliz sürecinin sadece tıbbi değil, psikolojik ve sosyal yönleri de olan bir deneyim olduğunu ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının araştırılmasını amaçlayan bu çalışmanın sonucunda

- Hastaların hemodiyaliz makinesine bağımlı olduğu bir yaşamın içinde hem fiziksel bağımlılıkla gelen zorunluluk hem de psikolojik direnç kaybı arasında sıkıştıklarını,
- Hemodiyaliz seanslarının katılımcılar üzerinde yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda hem duygusal hem de davranışsal düzeyde çok boyutlu etkiler yarattığını,
- Hastalarda süreç boyunca sıkılma ve psikolojik yıpranma gibi duyguların baskın olması hastaların gerçek anlamda psikososyal destek ihtiyacının da olduğunu,
- Hastaların deneyimleri, moral ve sosyal etkileşimin tedavi sürecinin algılanış biçimini dönüştürmede önemli rol oynadığını,
- Hemodiyaliz sürecinde katılımcılar en çok sıkılma ve psikolojik yıpranma yaşamakta; tedavinin monoton ve uzun yapısı bireylerin psikolojik direncini azaltarak süreci duygusal açıdan zorlayıcı hale getirdiğini,
- Hemodiyaliz sürecinin yalnızca tıbbi değil; psikososyal bir deneyim olduğunu, dolayısıyla hasta destek sistemlerinin bütüncül yaklaşımlarla güçlendirilmesi gerektiğini,
- Hastaların önerileri dikkate alındığı takdirde hem psikososyal desteğin hem de hasta memnuniyetinin artırmak için çok boyutlu bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini,
- Hemodiyaliz sürecinde olumlu(pozitif) duygularının güçlendirilmesinin hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılığını artırılabilceğini ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire hemodiyaliz ünitesinde hastaların konfor ve güvenliğinin sağlanması için gerekli düzenlemelerin yapılması için ilk adımı atması,
- Hastaların endişelerini ve duygularını ifade etmeleri için gerekli ortamın oluşturulması ve hastaların var olan kaygılarının giderilmesi,

- Hemodiyaliz seanslarının verimliliğini artırmak ve seansların daha keyifli, huzurlu, eğlenceli geçmesini sağlamak için sosyal, teknolojik ve çevresel düzenlemelerin birlikte ele alınması,
- Hastaların olumlu duygularının güçlendirilmesi,
- Hastaların sosyal destek ve psikososyal destek sistemlerin bütüncül ve çok boyutlu bir şekilde ele alınarak hastalara gerekli olan desteğin sunulması
- Hastaların hemodiyaliz makinesine olan bağımlılığı düşünülerek hastanın yaşamının makineye uyumlu olacak şekilde düzenlenmesi ve zamanını en verimli şekilde geçirmesi için bireyselleştirilmiş bir zaman çizelgesinin oluşturulması
- Literatürde bu konu hakkında yeteri kadar çalışmanın olmamasından kaynaklı farklı farklı bölgelerde ve farklı gruplarla daha kapsamlı, çok merkezli araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Iqbal M, Iqbal Q. Hemodialysis as long term treatment: Patients satisfaction and its impact on quality of life. *Pak J Med Sci.* (2021); 37(2): 398.
2. Desta BZ, Dadi AF, Derseh BT. Mortality in hemodialysis patients in Ethiopia: a retrospective follow-up study in three centers. *BMC Nephrol.* 2023; 24(1): 3
3. Raoofi S, Pashazadeh Kan F, Rafiei S, Hoseinipalangi Z, Rezaei S, Ahmadi S. Hemodialysis and peritoneal dialysis—health-related quality of life: systematic review plus meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2023;13:365-73.
4. Süleymanlar G, Ateş K, Seyhani N. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, <https://nefroloji.org.tr/tr/kilavuz-ve-kitaplar> Son Erişim Tarihi 25 Ekim 2025.
5. Asghar M, Ahsan M, Mal P, Tahir M, Medicine FY. Assessment of quality of life determinants in hemodialysis patients of a developing country: A cross-sectional study during ongoing COVID-19 pandemic. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(31):e29305.
6. Rikos N, Kassotaki A, Frantzeskaki C, Reports MFN. Investigation of Perception of Quality of Life and Psychological Burden of patients undergoing Hemodialysis—Quality of Life of Hemodialysis patients. *Nurs Rep.* 2023;13(3):1331-41
7. Ziegert K, Fridlund B, Lidell E. “Time for dialysis as time to live”: Experiences of time in everyday life of the Swedish next of kin of hemodialysis patients. *Nursing and Health Sciences.* 2009; 11(1): 45-50.
8. Aljawadi MH, Babaeer A A, Alghamdi AS, Alhammad A M, Almuqbil M, Alonazi KF. Quality of life tools among patients on dialysis: a systematic review. *Saudi Pharm J.* 2024; 101958.
9. Wen J, Fang Y, Su Z, Cai J, Chen Z. Mental health and its influencing factors of maintenance hemodialysis patients: a semi-structured interview study. *BMC Psychol.* 2023; 11(1): 84.

10. Chidiac C, Chelala D, Nassar D, Beaini C, Azar H, Finianos S, vd. Routine laboratory testing in hemodialysis: how frequently is it needed?. BMC Nephrol. 2022; 23(1): 344
11. Keskin Y A, Özpulat F. Kronik böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları güçlükler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2019;1:32-43.
12. Caminha LB, Silva MJPD, Leão ER. The influence of musical rhythms on the perception of subjective states of adult patients on dialysis. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43: 923-29.
13. Shouket H, Gringart E, Drake D, Steinwandel U. “Machine-Dependent”: the lived experiences of patients receiving hemodialysis in Pakistan. Glob Qual Nurs Res. 2022; (9): 23333936221128240
14. Borzou SR, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. undefined. Patients’ perception of comfort facilitators during hemodialysis procedure: a qualitative study. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(7).
15. Taylor F, Drennan VM, Turner ML, Jones J, Popoola J. “It gives you the skills of how you can cope”: Exploring the self-reported experience of patients receiving in-centre haemodialysis on participating in chosen art. Health Expectations. 2021; 24(6): 1979-87.
16. Coşkun Yavuz Y. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: Arınsoy T, Gök İ (editör). Böbrek Fizyopatolojisi. İstanbul: Türk Hemşireler Derneği. 2017: 191-7.
17. Goyal A, Daneshpajouhnejad P, Hashmi MF, Beşir K. Acute Kidney Injury <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441896/> son erişim tarihi 16 Ekim 2025.
18. Türker PF. Kronik böbrek yetmezliği gelişen diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2019; 47:74-81.
19. Büyükbayram Z, Aksoy M. Hemodiyaliz Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullanılan İntegratif Yöntemler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2021; 16(1):3 0-40.
20. Kalantar-Zadeh K. Chronic kidney disease. Lancet. 2021; 398(10302): 786-802.

21. Duran S, Güngör E. Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015; 41(2): 59-63.
22. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy TA. A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26: 1862-71.
23. Ackley JB. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Baskı. Akdemir N (editör). Ankara. Akademisyen Yayınevi, 2011; 578- 606 .
24. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekim El Kitabı 1. 3.Baskı. Samsun: Ceylan Ofset, 2008: 1-138.
25. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet*. 14 Ocak 2012; 379(9811): 165-80.
26. Eroğlu H, Gök Metin Z. Hemodiyaliz hastalarında semptom yönetiminde tamamlayıcı ve integratif yaklaşımlar: Sistematik bir derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021; 8(3): 252-68.
27. Gadia P, Koolwal GD, Awasthi A. Depression/Anxiety and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A study from Western Rajasthan. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2022; 38(1): 58-62.
28. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2024; 105: 117–314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
29. Irmak H, Yardım N, Temel F, Keklik K. “Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı(2018). Son erişim tarihi 16 Ekim 2025. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/>
30. Hill NR, Fatob ST, Oke JL, Hirst JA, O’Callaghan CA, Lasserson DS. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016 ;11(7).
31. Özbek M, Erbaydar NP. Kronik Böbrek Hastalığının Küresel Yükünün İncelenmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2024;9(3):354-65.
32. Hojs R, Ekart R, Bevc S, Nephron N. Chronic kidney disease and obesity. *Nephron* 2023; 147: 660-4.

33. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, vd. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013; 382(9888): 260-72.
34. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu(2024). Erişim adresi: https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2023_web.pdf son erişim tarihi 14 Aralık 2025.
35. Akpolat T, Utaş C. Genel Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Erişim adresi: <https://nefroloji.org.tr/tr/icerik/genel-5/hemodiyaliz-hekimi-el-kitabi-435> son erişim tarihi 16 Ekim 2025
36. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. JAMA. 2019; 322(13): 1294-304.
37. Gomariz-Ruiz J, Heliyon Pérez-Cruzado D, Gutiérrez-Sánchez D. Cluster of symptoms in kidney failure: A systematic review. Heliyon. 2025; 11: 1.
38. Akdemir N Birol L. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N Birol L, (editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Aydoğdu Ofset, 2005: 193-200.
39. 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Konuşma Metinleri ve Bildiri Özet Kitabı. Kongre Bildiri Kitapları | İç Hastalıkları Bildiri Kitapları Son Erişim Tarihi 18 ekim 2025
40. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. J Nephrol. 2017; 104(1); 1-14.
41. Süleymanlar G, Ateş K, Seyhani N. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Raporları (2019) https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/registry_2019.pdf Son Erişim Tarihi 12 Ekim 2025.
42. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi. 2010; 2(2): 27-32.
43. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2017; (12): 1.
44. Lockwood MB, Chung SY, Puzantian H, Bronas UG, Ryan CJ, Park C. Symptom cluster science in chronic kidney disease: a literature review. West J Nurs Res. 2019; 41(7): 1056-91.

45. Yavuz P. Hemodiyaliz hastalarında masajın uyku kalitesine etkisi.[Yüksek Lisans] Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2013.
46. Karabey T, Karagözoğlu Ş. Hemodiyaliz Sürecinde semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 1: 21-9.
47. Sever Mş. Kronik Böbrek Hastalığı. https://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_KBY.Etyopatogenez.ders.notlari.pdf Son Erişim Tarihi 16 Aralık 2025
48. Ammirati, AL. Chronic kidney disease. Rev Assoc Med Bras (1992), 2020; 6: 03-09.
49. Bindroo S. Renal Failure (Archived) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085554/> Son Erişim Tarihi 16 Ekim 2025
50. Vaidya SR, Aeddula NR. Chronic Kidney Disease. The Scientific Basis of Urology <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/> Son Erişim Tarihi 25 Ekim 2025
51. Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, 6.Baskı. Ankara, Akademisyen Yayın Evi, 2020: 1184
52. Hashmi MF, Benjamin O, Lappin SL. End-Stage Renal Disease. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499861/> Son Erişim Tarihi 16 Ekim 2025
53. Türkel N, Pehlivan S. Hemodiyaliz hastalarının egzersiz yararları ve engelleri algısının fiziksel aktivite düzeyine etkisi[yüksek lisans]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2022
54. Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N, Tiansaard J. Symptom Clusters in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2020 ; 13: 297-305.
55. Wouk N. End-stage renal disease: medical management. Am Fam Physician. 2021; 104(5): 493-99.
56. Kav S, Özdemir Eller Ç. Hemodiyaliz hastalarına verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın hemodiyaliz dayanıklılık ve tedavi uyumuna etkisi [Doktora]. Başkent Üniversitesi: Ankara; 2024

57. Hilbrands LB. Latest developments in living kidney donation Current Curr Opin Organ Transplant. 2020; 25(1): 74-9.
58. Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Cefaléia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. Arquivos De Neuro-Psiquiatria. 2002; 60: 614-18.
59. Hu Yao-Hua, Liu Ya-Li, Meng Ling-Fei, Zhang YX, Cui Wen-Peng. Selection of dialysis methods for end-stage kidney disease patients with diabetes. World J Diabetes. 2024; 15(9): 1862.
60. Okçin FA, Yeşilbalkan ÖU. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam deneyimlerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 6(1): 1-12.
61. Song MK. Quality of life of patients with advanced chronic kidney disease receiving conservative care without dialysis. Semin Dial. 2016; 29(2): 165-9.
62. Bello AK, Levin A, Lunney M, Osman MA, Ye F, Harden P, et al. Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: International cross sectional survey. BMJ. 2019; 367: 15873.
63. Sachdeva B ZH, Narothama R. Aeddula. Peritoneal Dialysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422574/> Son Erişim Tarihi 10 Kasım 2025
64. Ünsal A, Yıldız A, Karaçok A, Tokgöz B, Ok E, Ateş K. Diyaliz Tedavi Yöntemlerinin Seçimi Ve Değiştirilmesi Klinik Protokolü (2022). <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/tr-89880/diyaliz-tedavi-yontemlerinin-secimi-ve-degistirilmesi-klinik-protokolu.html> Son Erişim Tarihi 18 Aralık 2025
65. Andreoli MCC, Totoli C. Peritoneal Dialysis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2020; 66(1): 37-44.
66. Rajora N, Gregorio L De, Saxena R. Peritoneal dialysis use in patients with ascites: a review. Am J Kidney Dis. 2021; 78(5): 728-35.
67. Yaxley J, Scott T. Urgent-start peritoneal dialysis. Nefrologia 2023; 43(3): 293-301.
68. Ovayol N, Ovayol Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. İçinde: Ovayol N, Ovayol Ö (Editörler).

- Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. 1 Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2015: 213-38.
69. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2015; 10(1): 53-9.
70. Tuna D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2018; 13(1): 17-25.
71. Şahin A. Hemodiyaliz hastalarına yapılan ayak masajının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyine etkisi [doktora tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2022.
72. Turğut F. Hemodiyaliz hastalarında konfor ve yaşam kalitesi [yüksek lisans]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2022
73. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türkiye 2023 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu (2024). https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2023_web.pdf Son Erişim Tarihi 16 Aralık 2025.
74. Himani N. Murdeshwar, Ankit Agarwal, Fatima Anjum. Hemodialysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085443/> Son Erişim Tarihi 15 Aralık 2025.
75. Amanda M. Marsh, Rafaella Genova, Jessica L. Buicko Lopez. Dialysis Fistula <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644511/> Son Erişim Tarihi 16 Aralık 2025.
76. Saunders H, Rehan A, Sanghav DK, Hashmi MF. Continuous Renal Replacement Therapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310488/> Son Erişim Tarihi 10 Aralık 2025
77. Ahsen A. Hemodiyalizin akut komplikasyonları. Kocatepe Tıp Dergisi. 2011; 12(1): 54-60.
78. Flythe Jennifer E, Powell Jill D, Poulton Caroline J, Westreich Katherine D, Handler Lara, Reeve Bryce, et al. Patient-Reported Outcome Instruments for Physical Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. Am J Kidney Dis. 2015; 66(6): 1033-46.
79. Bağcı-Bosi T. Yaşlılarda Antropometri. Turkish Journal of Geriatrics. 201; 4(6): 147-51.

80. Hintistan S, Deniz A. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi. *Bezmialem science*. 2018; 6(2).
81. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Güngörmüş Z, Karadağ G. Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı Tedaviler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015; 10(1): 40-6.
82. Rao A, Aravapalli SM, Phaneendra D, Pavani Ch, Divya, Soundararajan. Usage of complementary and alternative medicine among patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *J Pharm Bioallied Sci*. 2016; 8(1): 52-7.
83. Jeon HK, Kim Bo Hye, Kim Oksoo. Illness uncertainty and complementary and alternative medicine use in patients undergoing hemodialysis. *Nurs Health Sci*. 2019; 21(3): 375-81.
84. Çakır S. Hemodiyaliz hastalarında tıbbi beslenme tedavisi eğitiminin yaşam kalitelerine ve bilgi düzeylerine etkileri [Doktora Tezi]. İzmir, Ege Üniversitesi; 2013
85. Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği, 6.Baskı. Ankara,Vehbi Koç Yayınları, 1997: 201-206.
86. Lewis SM, Dirksen SR, Heitkemper MM, O'Brien PG. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 4th ed. Louis Missouri ,Mosby, 1999. 1392-1402.
87. Tayaz E, Koç A. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(1): 147-56.
88. Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, GS Quirino, Pinheiro AKB, Caetano JÁ . Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, 2019; 72: 889-895.
89. Kalantar-Zadeh KJ, oshi S, Schlueter R. Plant-dominant low-protein diet for conservative management of chronic kidney disease. *Nutrients*. 2020; 12: 1931.
90. Joshi S, McMacken M, Kalantar-Zadeh K. Plant-based diets for kidney disease: a guide for clinicians. *Am J Kidney Dis*. 2021; 77: 287-96.
91. Rajbhandari A, Bhusal U, Shrestha DB, Yadav J, Singh S, Pant C. End-Stage Renal Disease among Patients Undergoing Haemodialysis at a Tertiary Care

- Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022; 60(249): 448.
92. Tutar H. Zaman Yönetimi, 2. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2007:344
93. Özer M. Çalışma Hayatında Zaman Tuzakları Ve Zamanı Etkin Yönetmek. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi. 2012; 1: 43-75.
94. M. Finley. Time Management for Leaders. [http://websrv.ewu.edu/groups/studentlife/Time Management for Leader. pdf](http://websrv.ewu.edu/groups/studentlife/Time%20Management%20for%20Leader.pdf). Son Erişim Tarihi 20 Ekim 2025
95. Gürbüz M, Aydın AH. Zaman kavramı ve yönetimi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 9(2): 1-20.
96. Chan ZCY, Wu CM, Yip CH, Yau KK. Getting through the day: exploring patients' leisure experiences in a private hospital. J Clin Nurs. 2012; 21(21-22): 67.
97. Çetinkaya A, Özsoy SA. Nitel araştırma yaklaşımları: İçinde: Özsoy SA. (editör). Nitel araştırma hemşirelik alanında örnekler, 1.Baskı Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2021: 35-82.
98. Uslu F, Demir E. Nitel bir veri toplama tekniği: Derinlemesine görüşme. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2023; 40(1): 289-99.
99. Ersoy AF, Çevik F. Lise Öğrencilerinde Okula Bağlılığın Okul Başarısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma. Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi. 2022; 6(2): 74-85.
100. Gill SL. Qualitative sampling methods. J Hum Lact. 2020; 36(4): 579-81.
101. Baltacı A. Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018; 7(1): 231-74.
102. George S, Nalini M, Kumar S, D'Silva F, Shenoy P. Physical and psychosocial burden experienced by women on maintenance hemodialysis. J Educ Health Promot. 2023; 12(1): 456.
103. Gebrie MH, Asfaw HM, Bilchut WH, Lindgren H, Wettergren L. Patients' experience of undergoing maintenance hemodialysis. An interview study from Ethiopia. PLoS One. 2023; 18(5): e0284422

104. Al-Ghabeesh S. The lived experience of patients' with end stage renal disease on hemodialysis: A phenomenological study. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2014; 47(1): 1423-29.
105. Monaro S, Stewart G, Gullick J. A "lost life": coming to terms with haemodialysis. *J Clin Nurs*. 2014; 23(21-22): 3262-73.
106. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 4(14):25-31
107. Burrai F, Magavern F, Micheluzzi A, Magnaghi M, Apuzzo M, Brioni, M. Effectiveness of music to improve anxiety in hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Holist Nurs Pract*. 2020; 34(6):324-33.
108. Alshammari B, Edison JS, Alkubati SA, Alrasheeday AM, Albagawi B, Alharbi LL. Effectiveness of exercise in reducing symptom burden among hemodialysis patients: a non-pharmacological intervention approach *Front Public Health*. 2025; 13: 1580689.
109. Alsing J, Bauer EH, Brandt F, Kampmann JD. Expectations and experiences of patients recently initiated to centre-based dialysis treatment. *Healthcare (Basel)*. 2022; 10(5): 897
110. Achempim-Ansong G, Donkor ES. Psychosocial and physical experiences of haemodialysis patients in Ghana. *Africa journal of nursing and midwifery*. 2012; 14(1): 38-48.
111. Reid C, Seymour J, Jones C. A thematic synthesis of the experiences of adults living with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(7):1206-18.
112. Alvarez L, Brown D, Hu D, Chertow GM, Vassalotti JA, Prichard S. Intradialytic Symptoms and Recovery Time in Patients on Thrice-Weekly In-Center Hemodialysis: A Cross-sectional Online Survey. *Kidney Med*. 2019; 2(2):125-30.
113. Zhang K, Teng Z, Li A, Zhang N, Wang R, Wei S, vd. Real experience of young and middle-aged hemodialysis patients: a qualitative meta-synthesis. *Front Med (Lausanne)*. 2025; 12: 1530465.
114. Avdal E, Ayvaz İ, Uran BNÖ, Yildirim JG, Sofulu F, Pamuk G. Opinions of hemodialysis and peritoneum patients regarding depression and

- psychological problems which they experience: A qualitative study. *J Infect Public Health*. 2020; 13(12): 1988-92.
115. Kassim MAK , Pantazi AC, Nori W, Tuta LA, Balasa AL, Mihai CM, Mihai L, et al. Non-pharmacological interventions for pain management in hemodialysis: A narrative review. *J Clin Med*. 2023; 12(16): 5390.
 116. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Ren Fail*. 2013; 35(1): 105-9.
 117. Çeçen S, Lafcı D. The effect of hand and foot massage on fatigue in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2021; 43: 101344.
 118. Gullick J, Monaro S, Stewart G. Compartmentalising time and space: a phenomenological interpretation of the temporal experience of commencing haemodialysis. *J Clin Nurs*. 2017; 26(21-22): 3382-95.
 119. Nisa CH, Hafifah, N. Emotional Resilience of Chronic Kidney Disease Patients: The Critical Role of Social Support Networks During Hemodialysis. *Jurnal Ilmiah Bimbingan Konseling Undiksha*. 2025; 16(2): 95-104.
 120. Okoronkwo IL. Understanding the dialysis journey: A qualitative study of patients' lived experiences. *World Journal of Medical and Health*. 2025; 1(1): 7-11.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş



Ek-2. Etik Kurul Onayı



Ek-3. Kurum İzni



Ek-4. Online Nitel Araştırma Yöntemleri Kurs Katılım Belgesi



Ek-5. Bireysel bilgi formu

SORU FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma hastalığınıza bağlı aldığınız hemodiyaliz tedavisi süresince zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Aşağıda size ve hastalığınıza yönelik sorular yer almaktadır. **Bu çalışmada, herhangi özel bir şey aranmamaktadır.** Elde edilen veriler **GİZLİ** tutulacak olup; araştırma dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımınız, işbirliğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Sosyo-Demografik Özellikler:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: 1() Kadın 2() Erkek
3. Medeni durumunuz: 1() Evli 2() Bekar 3() Diğer
4. Eğitim durumunuz: 1() Okuryazar değil 2() Okuryazar 3() İlköğretim 4() Lise 5() Üniversite
5. Gelir düzeyiniz: 1() Düşük 2() Orta 3() Yüksek
6. Yaşadığınız yer: 1() İl merkezi 2() İlçe 3() Köy
7. Sağlık güvencesi: 1() Var 2() Yok
8. Çalışma durumunuz: 1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor 3() Emekli
9. Düzenli olarak fiziksel aktivite/spor yapıyor musunuz? () 1.Evet () 2.Hayır

Hastalık Özellikleri:

10. Kesin kronik böbrek yetmezliği tanısı kaç yılında konuldu?
11. Kaç yıldır hemodiyalize giriyorsunuz?yıl.
12. Hemodiyalize devam etme sıklığınız ne kadar?
1() Haftada 1 gün 2() Haftada 2 gün 3() Haftada 3 gün 4() Haftada 4 gün
13. Hemodiyaliz seanslarınız kaç saat sürmektedir?.....saat
1() 2-3 saat 2() 3-3,5 saat 3() 3,5-4 saat 4() 4 saat ve üzeri
14. Hemodiyaliz giriş yolunuz nedir?
1() Kalıcı kateter 2() Geçici kateter 3() Fistül 4() Greft
15. Kronik böbrek yetmezliğinin nedeni nedir (hastanın kendi ifadesi ile)
1() Diyabet 2() Hipertansiyon 3() Nefrotoksik ajan (ilaç, kimyasal vb..) 4() Otoimmün hastalıklar 5() Glomerülonefrit 6() Diğer.....
16. Kronik böbrek yetmezliği dışında başka kronik bir hastalığınız var mı?

1() Yok 2() Var (Tanısı nedir?)

17. Sigara kullanıyor musunuz?: 1() Evet 2() Hayır

18. Hemodiyaliz seansı süresince zamanın geçmesinde zorluk veya can sıkıntısı yaşıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır



Ek-6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Hemodiyaliz tedavisi için makineye bağımlı olmak nasıl bir şey?

Cevap:

2. Hemodiyaliz tedavisine başladığınızdan beri hemodiyaliz tedavisi seansı sırasında geçen “dört saatlik zaman” ile ilgili hangi his ve duyguları yaşıyorsunuz?

Cevap:

3. Hemodiyaliz süresince (4 saat süre boyunca) geçen zaman size zorlayıcı ya da sıkıcı geliyor mu?

Cevap:

4. Hemodiyaliz seansı süresince özellikle zamanın geçmesiyle ilgili yaşadığınız sıkıntılar nelerdir?

Cevap:

5. Bu dört saatlik hemodiyaliz seanslarında zamanı nasıl geçiriyorsunuz?

Cevap:

6. Hemodiyaliz seanslarında zamanın daha keyifli ve eğlenceli geçmesi için neler yapılmasını isterdiniz? (Örneğin ortam koşulları, uygulamalar, faaliyetler vb.)

Cevap:

7. Hemodiyaliz süresince zamanınızı keyifle ve olumlu geçirmenin size nasıl bir faydası olabileceğini düşünüyorsunuz ?

Cevap:

Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi boyunca zamanı etkili kılmaya yönelik ihtiyaçlarının araştırılmasına yönelik bir çalışma yapılacaktır. Bu araştırma bireysel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılacaktır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan sorular size sözel olarak sorulacaktır ve bu sorulara verdiğiniz cevaplar ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınacaktır. Formlarda bulunan sorulara tam ve doğru bir şekilde cevap vermeniz araştırmanın sonucu açısından çok kıymetlidir. Bu çalışmaya, kendi rızaları ile katılmak isteyen bireyler dâhil edilecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararlarınızı verirken, gerek duyduğunuz bilgileri istemeye: doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya onay verip vermemekte özgürsünüz. Katılmamak yönündeki kararınız hastanızın tıbbi bakımını ve tedavisini hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Katılmaya karar vermeniz durumunda ise, istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz; bu kararınız da hastanızın tıbbi bakım ve tedavisinde hiçbir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Ayrıca çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan çalışmaya katıldıklarını bildirmek amacı ile aşağıda belirtilen yeri imzalamaları yeterli olacaktır.

Aşağıda imzası bulunan ben; bu çalışma hakkında yardımcı araştırmacı olan yüksek lisans öğrencisi Bünyamin ÇAKAR'dan tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim.

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası: