



T.C.

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERDEKİ HASTALIK
UYUM DÜZEYİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZARİFE EKİCİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE ÇAYIR YILMAZ

**AMASYA
OCAK 2023**

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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERDEKİ HASTALIK
UYUM DÜZEYİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ**

Zarife EKİCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ**

**AMASYA
OCAK 2023**

ETİK BEYAN

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

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

03/01/2023

Zarife EKİCİ

TEŞEKKÜR

Tez çalışması süresince büyük bir sabır ve titizlikle bana yardımcı olan, benden fikirlerini, emeğini ve desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ 'a,

Hayatım boyunca beni sonsuz emek, sevgi ve destekleriyle büyüten ve yetiştiren, bugünlere gelmemi sağlayan, benden hiçbir fedakarlığı esirgemeyen annem Reyhan EKİCİ ve babam Metin EKİCİ 'ye en içten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO DİZİNİ	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları... ..	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	4
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	4
2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri	5
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Belirti ve Bulguları.....	6
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği’nde Tanı	7
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği’nde Tedavi.....	8
2.7.1. Hemodiyaliz tedavisi	8
2.7.1.1. Hemodiyaliz tedavisinin komplikasyonları.....	9
2.8. Hemodiyaliz Tedavi Sürecinde Görülen Semptomlar ve Yönetimi	10
2.8.1. Ağrı ve yönetimi.....	10
2.8.2. Bulantı-kusma ve yönetimi	11
2.8.3. İştahsızlık ve yönetimi	12
2.8.4. Kas krampları ve yönetimi	13
2.8.5. Kaşıntı ve yönetimi	14
2.8.6. Konstipasyon ve yönetimi.....	15
2.8.7. Uyku sorunları ve yönetimi.....	15
2.8.8. Yorgunluk ve yönetimi.....	16
2.8.9. Hipotansiyon ve yönetimi	17
2.8.10. Cinsel işlev bozuklukları ve yönetimi.....	18

2.8.11. Depresyon-anksiyete ve yönetimi.....	19
2.9. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Uyum.....	20
2.10. Hemodiyalize Uyumda Hemşirenin Rolü	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.3.1.Dahil edilme kriterleri.....	24
3.3.2. Dışlama kriterleri	24
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu.....	24
3.5.2. Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ)	25
3.5.3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ).....	25
3.6. Ön Uygulama	26
3.7. Verilerin Toplanması	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	35
5.1. HD Tedavisi Alan Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum Düzeylerinin ve Uyum Etki Eden Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Tartışılması	35
5.2. HD Tedavisi Alan Bireylerin Diyaliz Semptomlarının ve Semptomlara Etki Eden Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Tartışılması.....	38
5.3. HD Tedavisi Alan Bireylerin Hastalığa Uyum Düzeyleri ile Diyaliz Semptom Yönetimi Arasındaki İlişkinin Tartışılması	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
6.1. Sonuçlar	41
6.2. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR.....	43
EKLER	60
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ...	61
EK-2. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	63

EK-3. Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	64
EK-4. Diyaliz Semptom İndeksi Kullanım İzni	65
EK-5. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni	66
EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	67
EK-7. Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu	69
EK-8. Diyaliz Semptom İndeksi.	70
EK-9. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	72
ÖZGEÇMİŞ	73



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.3.1. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri.....	5
Tablo 2.4.1. K/DOQI Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri.....	6
Tablo 4.1. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.2. KHUÖ ve DSİ Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 4.3. DSİ Frekans Analizi.....	30
Tablo 4.4. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre KHUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre DSİ Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.6. Yaş İle KHUÖ ve DSİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 4.7. DSİ, KHUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 4.8. KHUÖ Etki Eden Faktörler.....	35

KISALTMALAR DİZİNİ

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

Kısaltmalar	Açıklama
BUN	Kan Üre Nitrojeni
DM	Diyabetes Mellitus
ERA-EDTA	Amerika Böbrek Derneği- Avrupa Diyaliz ve Organ Nakli Derneği
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
HT	Hipertansiyon
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi
KDOQI	Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
PD	Periton Diyalizi
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TND	Türk Nefroloji Derneği
UF	Ultrafiltrasyon
URDRS	Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi

ÖZET

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERDEKİ HASTALIK UYUM DÜZEYİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ

Zarife EKİCİ

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans, Ocak/2023
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Hemodiyaliz tedavisinin başarısı bireylerin hastalık ve tedavi sürecine uyumları ile yakından ilişkilidir. Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerdeki hastalığa uyum düzeyi, semptom yönetimi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve hastalığa uyum ile semptom yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan 254 birey ile yürütülmüştür. Araştırma Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında Yozgat Şehir, Özel Yozgat Gökmedrese ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastaneleri diyaliz merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu, Diyaliz Semptom İndeksi ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $62,08 \pm 15,86$ 'dır. Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması $81,38 \pm 12,19$ bulunmuş olup ölçek alt boyutlarından en yüksek puan "Fiziksel Uyum" ($38,07 \pm 6,09$), en düşük puan "Sosyal Uyum" ($23,66 \pm 3,39$) alt boyutundan elde edilmiştir. Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puanlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, hemodiyaliz tedavi süresi, başka kronik hastalık olma durumu ve damara erişim yoluna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin Diyaliz Semptom İndeksi puan ortalaması $57,67 \pm 21,69$ 'dur. Bireylerin Diyaliz Semptom İndeksi puanının eğitim durumu, haftalık hemodiyaliz seansı, hemodiyaliz tedavi süresi, başka kronik hastalık olma durumu ve damara erişim yoluna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puanları ile Diyaliz Semptom İndeksi puanları arasında düşük düzeyli negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,155$; $p < 0,05$).

Sonuç olarak hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin genel hastalığa uyumlarının orta düzeyde, diyaliz semptomlarını deneyimleme düzeylerinin ise ortalamanın altında olduğu ve hastalığa uyumun artması ile diyaliz semptomlarının azaldığı saptanmıştır. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerdeki semptomların azaltılmasında, hastalığa uyumu arttıracak müdahalelerin önceliklendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hastalığa Uyum, Diyaliz Semptomları

ABSTRACT**LEVEL OF DISEASE ADAPTATION AND SYMPTOM MANAGAMENT IN INDIVIDUALS UNDERGOING HEMODIALYSIS****Zarife EKİCİ**

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing Program, Master's Degree, January/2023
Advisor: Instructor Asst. Prof. Dr. Merve ÇAYIR YILMAZ

The success of hemodialysis treatment is closely related to the adaptation of individuals to the disease and treatment process. This study was conducted to evaluate the level of compliance, symptom management and affecting factors in individuals receiving hemodialysis treatment, and to determine the relationship between disease compliance and symptom management.

This descriptive study was conducted with 254 individuals receiving hemodialysis treatment. The research was carried out in the dialysis centers of Yozgat City, Private Yozgat Gökmedrese and Kırşehir Training and Research Hospitals between July and September 2021. Research data were collected using Hemodialysis Patient Descriptive Form, Dialysis Symptom Index and Chronic Disease Adjustment Scale.

The mean age of the individuals participating in the study was 62.08 ± 15.86 years. The mean score of Individuals' Adjustment to Chronic Diseases Scale was 81.38 ± 12.19 , the highest score of the scale sub-dimensions was "Physical Adjustment" (38.07 ± 6.09), the lowest score was "Social Adjustment" (23.66 ± 3.39).) sub-dimension. It was determined that the total scores of the Individuals' Adjustment to Chronic Diseases Scale differ significantly according to gender, marital status, educational status, economic status, employment status, duration of hemodialysis treatment, having another chronic disease, and access to the vein ($p < 0.05$). The mean Dialysis Symptom Index score of the individuals participating in the study was 57.67 ± 21.69 . It was determined that the Dialysis Symptom Index scores of individuals differed significantly according to their education level, weekly hemodialysis session, duration of hemodialysis treatment, presence of another chronic disease, and vascular access ($p < 0.05$). It was determined that there was a low-level negative significant correlation between the scores of the Chronic Disease Adjustment Scale and the Dialysis Symptom Index scores ($r = -0.155$; $p < 0.05$).

As a result, it was determined that the compliance with the general disease of the individuals receiving hemodialysis treatment was moderate, the level of experiencing dialysis symptoms was below the average, and the dialysis symptoms decreased with the increase in compliance with the disease. It is recommended to prioritize interventions that will increase compliance with the disease in reducing symptoms in individuals receiving hemodialysis treatment.

Keywords: Hemodialysis, Adaptation to Disease, Dialysis Symptoms

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) dünyada ve ülkemizde sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur [1 ve 2]. KBY farklı hastalıklar temelinde ortaya çıkan, geri dönüşümsüz nefron kaybı ve glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma ile karakterize böbreğin fonksiyonlarını yerine getiremediği, sıvı-solüt dengesini ayarlayamadığı ilerleyici bir hastalıktır [3-5].

KBY erken evrede önlenabilir ve/veya ilerleme hızı yavaşlatılabilir bir hastalık olmakla birlikte, hastalığa ilişkin farkındalık düzeyinin ve erken dönem tanısının düşük olması hastalığın son evresi olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne kadar ilerlemesine neden olmaktadır. SDBY, KBY'nin son (beşinci) evresini tanımlamakta olup bu evrede GFH<15 mL/dk/1,73 m² olmaktadır [6]. SDBY tanısı alan bireylere diyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır. Hemodiyaliz (HD) en sık kullanılan RRT'dir [7].

SDBY'nin görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi (USDRS) 2019 raporuna göre; 134,608 yeni vaka ile toplam 809,103 bireyin SDBY'nin olduğu, bu bireylerin %62,34'ünün (504.339 kişi) HD tedavisi aldığı bildirilmiştir [8]. Türkiye'de ise 2021 yılında 12,661 yeni vaka ile toplam 84,128 bireyin SDBY tanısı aldığı, bu bireylerin %71,38'inin (60,051 kişi) HD tedavisi aldığı bilinmektedir [9].

HD tedavisi ile bireylerin yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Ancak yaşamı koruyucu tedavilerden olan HD'nin hedeflenen etkilerinin yanında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda istenmeyen birçok soruna sebep olduğu bilinmektedir. HD'ye giren bireylerde diyet ve sıvı kısıtlaması, iş kaybı, erken emeklilik, rol değişimleri ve rol kayıpları, aile yaşamında bozulma, cihaza ve sağlık kuruluşuna bağımlı olma, ölüm korkusu, depresyon, fiziksel işlev bozukluğu, cinsel fonksiyon bozukluğu, yaşam kalitesinin düşmesi, beden imajında ve benlik saygısında bozulma gibi pek çok sorunla karşılaşmaktadır. Ayrıca yorgunluk (%12-97), kaşıntı (%10-77), konstipasyon (%8-57), iştahsızlık (%25-61), ağrı (%8-82), uyku bozukluğu (%20-83), anksiyete (%12-52), dispne (%11-55), huzursuz bacak (%8-52) ve depresyon (%5-58) gibi fiziksel ve psikolojik alana ilişkin çok sayıda semptom da görülmektedir [7, 9-18]. Yaşanan tüm bu sorunlar HD tedavisi alan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir

[17]. Wang ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada HD tedavisi alan bireylerin yaşamış oldukları semptomların (uyku sorunları, ağrı, depresyon, halsizlik, kaşıntı vb.) hastaların yaşam kalitelerinin azalmasına neden olduğu saptanmıştır [19]. Benzer sonuçlar Pretto ve arkadaşlarının [15] yaptığı çalışmada da gözlemlenmiştir. HD tedavisi alan bireylerdeki düşük yaşam kalitesinin ise hastaneye yatış ve ölüm riskinde artışa neden olduğu belirtilmektedir [16, 17, 19]. Yaşam kalitesinin artırılması ve tedaviye bağlı yaşanan sorunların kontrolünde, bireylerin tedaviye uyumu önem taşımaktadır [18].

Kronik bir hastalığa uyumda hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler önemlidir. Özellikle, birey ve ailesinin yaşam tarzında değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan hastalıklara uyum zordur [20]. HD, birey ve ailesinin yaşamını bütünüyle etkilemektedir. Tedavinin olumlu etkilerinin yanında hastalık ve tedavi sürecinde gelişen semptomlar hastanın tedaviye uyumunun zaman almasına ve/veya zorlaşmasına neden olmaktadır. HD tedavisi alan bireylerde uyum, tedavi sürecinde dikkate alınan alanlara (ilaç kullanımı, seanslara katılım, diyet, alınan sıvı vb.) ve kullanılan ölçütlere göre farklı düzeylerde tespit edilebilmektedir. HD tedavisinin başarısı büyük ölçüde bireylerin tedaviye uyumu ile ilişkilendirilmektedir. Ancak HD tedavisi alan bireylerde genel olarak tedaviye uyum düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir. Özellikle uzun süredir HD tedavisi alan ve farklı hastalıklara sahip olan bireylerde uyumun daha düşük olduğu bildirilmiştir [11-14, 20]. Ibrahim, Hossam ve Belal'in (2015) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin %36'sının diyaliz seanslarına ve ilaç kullanımına uyumsuz olduğu saptanmıştır [21]. Yapılan diğer çalışmalarda HD tedavi programına uyumsuzluğun %50 veya daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır [22-24]. Saran ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada SDBY hastaları arasında diyet kısıtlamaları için %2,0-80,4, sıvı kısıtlamaları için %9,7-75,3, tıbbi reçeteler için %15,4-99,0, HD tedavisine katılım için %33,6 olarak değişen aralıklarda uyumsuzluklar tespit edilmiştir [25].

HD tedavisi alan bireylerde hastalığa, tedavi sürecine ve dolayısıyla yeni yaşam tarzına uyum zaman almaktadır. Uyumu arttırmak için uyuma etki eden faktörlerin belirlenmesi ve yönetimi önemlidir. Uyumu bireyin kendinden kaynaklı faktörler (bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, benlik saygısı, kendi tutum ve inançları vb.), tedaviden kaynaklı faktörler (yaşam şeklinin etkilenme durumu, tedavi sürecinin karmaşıklığı ve süresi, bireyin tedaviye uyum becerisi ve tedaviye yönelik algısı, sağlık personeli ve birey arasında görüş birliği vb.), sosyodemografik özellikler (yaşam yeri, tedavi merkezine ulaşım gibi yaşam yeri kaynaklı faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim

durumu, sigara veya alkol gibi alışkanlıklar, medeni durum vb.) ve psikososyal faktörler (depresyon, inkar, anksiyete, bireysel inanç ve tutumlar, başkalarına bağımlı olma vb.) olmak üzere birçok faktör etkilemektedir [18]. HD tedavisi alan bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin ele alınması ile tedavinin etkinliği arttırmakta ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmaktadır [18, 26-28]. Hastalık ve tedaviye uyumsuzluk ise HD tedavisi alan bireylerin genel durumlarını ve tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir [29-33].

Literatürde HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyum düzeylerini ve etkileyen faktörleri [29, 34-42] ve HD sürecinde bireylerin yaşadıkları semptomları [13, 43-48] inceleyen çalışmalar yer almakta olup HD tedavisi alan bireylerde hastalık uyum düzeyinin semptom yönetimine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bilimsel literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SDBY tanısı ve HD tedavisi alan birey sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak ve tedavi sonuçlarını iyileştirmek için hastalığa uyum düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Hastalığa uyumun artırılmasında uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması oldukça önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada; HD tedavisi alan bireylerdeki hastalığa uyum düzeyi, semptom yönetimi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve hastalığa uyum ile semptom yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları:

1. HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum düzeyi nedir ve etkileyen faktörler nelerdir?
2. HD tedavisi alan bireylerin deneyimledikleri semptomlar nelerdir, sıklığı nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
3. HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyumları ile semptom yönetimi arasındaki ilişki nasıldır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

HD tedavisi alan birey sayısındaki yetersizlik nedeniyle araştırmanın üç farklı merkezde gerçekleştirilmiş olması, hastalığa uyumun ve deneyimlenen semptomların prospektif olarak değerlendirilmemesi, bireylerin yaşadıkları sorunların yalnızca subjektif verilerle değerlendirilmiş olması bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) Vakfı'na göre KBY; böbrekte en az 3 ay hasar olması ve/veya GFH'nın dakikada 60 ml'nin altına inmesi sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarını sürdürmede bozulmalar ile karakterize klinik tablodur [12, 49]. KBY, bireyleri tıbbi, sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe, mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır [49-51].

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

KBY, dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı her geçen gün artan ciddi bir toplum sağlığı sorunudur. USDRS 2019 raporunda; 134,608 yeni vaka ile toplam 809,103 bireyin SDBY tanısı aldığı, SDBY olan bireylerin ise %62,34'ünün (504,339 kişi) HD tedavisi aldığı bildirilmiştir [8]. Avrupa Böbrek Derneği-Avrupa Diyaliz ve Organ Nakli Derneği'nin (ERA- EDTA) 2019 yılı raporunda ise 89,579 yeni vaka ile toplam 607,320 kişinin RRT aldığı, RRT'lerin %58'inin HD olduğu bildirilmiştir [52].

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından gerçekleştirilen CREDIT çalışması ile Türkiye'de genel yetişkin popülasyonunun %15,7'sinde kronik böbrek hastalığı (KBH) bulunduğu, yani her altı ve/veya yedi kişiden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığı olduğu saptanmıştır. GFH düşük (<60 ml/dk) olan hasta oranı ise %5,1 olup bu durum her 20 yetişkinden birinde kritik düzeyde KBH olduğunu göstermektedir. Bu oranlara göre, KBH'nin ülkemizde yaklaşık 9 milyon erişkini etkilediği ve bunlardan 3 milyonunun 60 ml/dk'nın altında GFH'a (evre 3-5) sahip olduğu tahmin edilmektedir [51, 53].

T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND ortak raporuna göre Türkiye'de SDBY'li hasta sayısı 2017 yılında 957/milyon, 2018 yılında 988/milyon, 2019 yılında 1008/milyon olmuştur. 2020 yılında SDBY insidansı 139/milyon, prevelansı 997/milyon iken 83,350 bireyin RRT aldığı ve RRT'lerin %72,66'nın (60,558 kişi) HD olduğu belirlenmiştir [9].

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

KBY'ye neden olan faktörler yaşanan ülkeye, etnik kökene, yaşa ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. USDRS'ye göre SDBY'ye 50 farklı etiyolojik değişkenin yol açtığı belirtilmiştir. USDRS 2019 yılı raporunda Amerika'da son yıllarda etiyolojide diyabetes

mellitus (DM) ve hipertansiyonun (HT) ilk sıralarda yer aldığı açıklanmıştır. ERA-EDTA 2019 yılı raporunda SDBY etyolojisinde DM insidans/prevelans oranları %15-%21 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde TND'nin (2020) raporuna göre SDBY'li hastaların yüzde 37'sinde etiyolojik etken DM veya HT iken %6'sında glomerulonefrittir [52 ve 53]. Diyabetik nefropatinin, bütün ırk ve etnik kökenlerde birinci sırada yer aldığı bilinmektedir [52 ve 53].

KBY'nin gelişimi ve olumsuz sonuçları açısından risk artışına yol açan durumlar ve etkenler "risk faktörleri" olarak tanımlanır. Böbrek hasarına yatkınlık yaratan 'duyarlılık faktörleri', böbrek hasarını doğrudan başlatan 'başlatıcı faktörler', oluşmuş böbrek hasarının ilerlemesine katkıda bulunan 'progresyon faktörleri' ve böbrek yetmezliğinde morbidite ve mortaliteyi arttıran 'son dönem faktörleri' olarak tanımlanabilmektedir [55]. Sık karşılaşılan risk faktörleri Tablo 2.3.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.3.1. Kronik böbrek hastalığı risk faktörleri [53]

İleri yaş	DM	Kardiyovasküler hastalıkları (KVH)
Siyah ırk	HT	Proteinüri
Ailede KBH öyküsü	Otoimmün hastalıklar	Obezite
Düşük doğum ağırlığı	Üriner enfeksiyonlar	Dislipidemi
Böbrek kitlesinde azalma	Üriner sistem taşları	İlaç toksisitesi
Düşük sosyoekonomik durum	Üriner sistemde tıkanıklıklar	Sigara kullanımı
Düşük eğitim düzeyi	Sistemik enfeksiyonlar	Ağır metal toksisitesi

2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

2002 yılında Ulusal Böbrek Derneği KBH'nin tanımının yapılması, değerlendirilmesi ve sınıflandırmalarını standardize edebilmek için KBH Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzunu (Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi / KDOQI) oluşturulmuştur. Kılavuz 2012 yılında Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) olarak güncellenmiştir ve KBH'nin tanımında değişiklikler yapılmıştır. KBH'nin tanımı; 3 aydan uzun süredir devam eden, sağlığa etkileri olan böbrek yapısında ve fonksiyonundaki anormallikler" olarak değiştirilmiştir. Ayrıca KBH'nin üçüncü evresindeki olgular G3a ve G3b olmak üzere iki alt gruba ayrılmış ve KBH sınıflamasında albüminüriye yer verilmiştir [49, 56-60].

KDOQI göre KBH, böbrek hasarı varlığına ve böbrek işlevlerinin etkilenme düzeyine göre 5 evrede incelenmektedir [61]. KBH evreleri Tablo 2.4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.4.1. KDOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri [53]

KBY Evresi	Tanım	GFH (ml/dk/1,73 m ²)
Evre 1	Böbrek hasarı (GFH normal)	≥90 + Hasar belirteçleri (+)
Evre 2	Hafif GFH azalması	60-89 + Hasar belirteçleri (+)
Evre 3a	Hafif-orta GFH azalması	45-59
Evre 3b	Orta-şiddetli GFH azalması	30-44
Evre 4	Şiddetli GFH azalması	15-29
Evre 5	Son dönem böbrek hastalığı	<15

Evre 1: Bu evrede belirti yoktur. GFH’da düşme dışında klinik ve laboratuvar bulgu yoktur. Tanı ve tedavide eşlik eden hastalıkların tedavisi, ilerlemenin yavaşlatılması ve KVH risk faktörlerinin belirlenmesi yer almaktadır.

Evre 2: Bu evrede böbrek hasarına rağmen GFH normal ya da artmış düzeyde olabilir. Böbrek hasarı olan bireyler, böbrek yetmezliği ve KVH açısından risk grubunu oluşturmaktadır. İlerlemenin kontrolünü sağlamak ve gelişen komplikasyonların tedavisi önemlidir.

Evre 3: Bu evrede böbrek işlevinde ciddi azalmalar görülmekte, üre ve serum kreatinin düzeyi artmakta, anemi, kalsiyum seviyesinde ve idrar konsantrasyonunda azalma görülmektedir. Komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi önemlidir.

Evre 4: GFH’da azalmanın devamı ile üremik semptomlar belirginleşmekte, hiperfosfatemi, hipokalsemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz gibi istenmeyen durumlar görülmektedir ve RRT hazırlığı yapılmaktadır.

Evre 5: Üremik semptomların şiddetlendiği, idrar miktarının azaldığı, tüm organ ve sistemlerin etkilendiği evredir. Sistemlerin etkilenmesi ile bulgular açığa çıkmakta, RRT’ye ihtiyaç duyulmaktadır [58-59, 62].

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Belirti ve Bulguları

KBY’de kan üre nitrojeninin (BUN) yükselmesi ile vücutta birçok sistem etkilenmekte ve etkilenen sistemlere özgü belirti ve bulgular açığa çıkmaktadır. Bireylerde görülen belirti ve bulgular, hastalığın etiyolojisine, gelişme hızına ve evresine göre farklılık göstermektedir. Hastalığın erken evresinde belirti görülmezken, böbreğin etkilenim düzeyi ve hastalığın ilerleyen süreçlerinde tüm organ ve sistemlerde belirtiler ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, tüm düzensizlikler semptomatik değildir ve semptomların şiddeti hastalar tarafından aynı düzeyde hissedilmeyebilir [1, 12]. KBY’nin belirti ve bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

Sıvı-elektrolit ve Asit-baz Dengesizlikleri: Hipervolemi, hipovolemi, hiperkalemi, hipokalemi, hipernatremi, hiponatremi, metastatik kalsifikasyonlar, hipermagnezemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz.

Sinir-Kas sistemi bozuklukları: Otonom sinirlerde hasar, istemsiz kasılmalar ve hareketler, huzursuz bacak sendromu, baş ağrısı, sersemlik, duyarlılık, kas krampı, dikkat sorunları, yorgunluk, diyaliz demansı, stupor, koma, konuşma sorunları, uyku sorunları.

Gastrointestinal sistem bozuklukları: Ağız içi iltihap, geçmeyen hıçkırık, mukoza ülserleri, pankreas iltihabı, kusma, farklı nedenlere bağlı hepatit, bulantı, iştahsızlık, gastrit, bağırsak tıkanıklığı.

Metabolik bozukluklar: Glikoz tolerans azlığı, diyabeti olanlarda hipoglisemi, hiperlipidemi, hiperürisemi, yetersiz beslenme, büyüme geriliği.

Hematopoetik sistem bozuklukları: Anemi, immün sistemin baskılanması, kanama, eritrosit kırılabilirliğinde artma, lenfosit sayısında azalma ve enfeksiyon.

Kardiyovasküler sistem bozuklukları: İskemik kalp hastalığı, HT, ritim bozukluğu, kardiyomiyopati, sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, perikardit, ödem.

Endokrin sistem bozuklukları: Hiperparatiroidi, hiperprolaktinemi, cinsel isteksizlik, impotans, tiroid fonksiyon bozukluğu.

Solunum sistemi bozuklukları: Kussmaul solunum, plevral effüzyon, akciğer ödemi, enfeksiyon.

Deri bozuklukları: Hiperpigmentasyon, kaşıntı, tırnaklarda farklılaşma ve kırılabilirlik.

Kas-İskelet sistemi bozuklukları: Kemik doku bozuklukları, kalsifikasyon, miyopati.

Psikiyatrik bozukluklar: Dikkat dağınıklığı, tedaviye ve çevreye uyum sorunu, gerginlik ve sinirlilik, depresyon, suisid.

Diğer bozukluklar: Ağız kokusu, kilo kaybı, karpal tünel sendromu, noktüri, vücut sıcaklığında düşme [51, 63].

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tanı

BUN 50 ml/dL ve serum kreatinin seviyesinin 5 mg/dL üzerinde olması tanılamada belirleyicidir. 24 saatlik idrarda kreatin klirensi ve protein değerlendirilmesi, böbrek boyutunu değerlendirmek amacıyla direkt üriner sistem grafisi, böbrek tıkanıklığı ve yer kaplayan lezyon değerlendirmesi için ultrasonografi, manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, renal scanning gerektiği durumlarda biyopsi tanıda yararlanılan yöntemlerdir. Kan

glikozu, BUN, ürik asit ve elektrolit değerlerinin incelenmesi de yer verilmesi gereken diğer tanı yöntemleridir [64-66].

2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tedavi

KBY'li bireylere uygulanan tedaviler ile morbidite ve mortalite düzeyi azalmakta ve bireylerin yaşam kalitesi artmaktadır [51]. Tedavide temel yaklaşım hastalığı önlemeye yönelik uygulamalar, destek sağlayıcı tedaviler, diyaliz ve RRT'ye hazırlıktır. Hastalığın ilerlemesini önlemek için primer hastalığın tedavisine ek olarak diyet düzenlemesi (tuz, su ve proteinden kısıtlı), kan basıncı kontrolü, egzersiz, hiperlipidemi takibi-kontrolü, sıvı-elektrolit dengesi, asidoz, hiperfosfatemi, böbrekler için zararlı olabilecek (nefrotoksik) ajanlardan uzak durulması, sigaranın bırakılması gibi sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi ve destek sağlayıcı tedavi olarak böbrek yetmezliği ile ilişkili HT, anemi, malnütrisyon, asidoz gibi sorunların tedavisi yer almaktadır [1, 51, 53]. Konservatif tedavi yöntemleri uygulandığı halde böbrek fonksiyonlarında iyileşme olmayan bireylere RRT uygulanmaktadır. RRT'ler HD, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonundan oluşmaktadır. TND'nin 2020 yılında yayınladığı raporda, Türkiye'de RRT uygulamalarının genel dağılımına bakıldığında; %72,66 ile HD ilk sırada, %23,28 ile transplantasyon ikinci sırada ve %4,06 ile periton diyalizi üçüncü sırada yer almaktadır [55].

2.7.1. Hemodiyaliz tedavisi

HD yarı geçirgen bir membran yardımı ile hastanın kanı ve diyalizör arasında sıvı ve solüt değişikliği prensibi ile çalışan bir tedavi şeklidir. Amacı, sıvı ve solüt değişimi ile bireyin kanındaki toksik maddelerin seyreltilmesi veya temizlenmesidir. Sıvı-solüt değişimi difüzyon ve ultrafiltrasyon (UF) ile sağlanmaktadır. Difüzyon, membranın iki tarafındaki yoğunluk farkına bağlı olarak yoğunluğun düşük olduğu alana solüt geçişidir. Difüzyonu membranın iki tarafındaki yoğunluk farkı, solütün molekül ağırlığı ve hızı, membran direci gibi değişkenler etkilemektedir. Diyalizörün bir tarafında hastanın kanı, diğer tarafında diyaliz solüsyonu vardır. Diyaliz solüsyonunda üre, kreatinin gibi artık ürünler olmadığı için üre ve kreatinin difüzyonu uygun şekilde gerçekleşmiş olur. UF ise, yapılan basınç ile diyalizörün bir tarafından karşı tarafına sıvı geçişinin olmasıdır. Sıvı geçişine, solüt geçişi eşlik etmekte (konveksiyon) ve böylece UF solüt değişimine de katkı sağlamaktadır. UF'yi gerçekleştiren basınç hidrostatik basınçtır [66].

HD işleminin gerçekleşebilmesi yeterli kan akımının (erişkilerde yaklaşık 300-600

ml/dk) ve uygun cihazın sağlanması gerekir. Yeterli kan akımının sağlanabilmesi için kalıcı ve geçici olmak üzere damar giriş yoluna ihtiyaç duyulmaktadır. Geçici damar erişim yolu olarak daha çok çift lümenli diyaliz katateri tercih edilirken, kalıcı damar erişim yolu olarak arteriovenöz greft, arteriovenöz fistül veya kalıcı katater tercih edilmektedir [66, 97]. Hastalığın klinik seyri, bireyin sahip olduğu hastalıklar, rezidüel renal fonksiyon ve kreatinin klirensine göre bireylere haftada iki-üç kez dört saatlik periyodlar ile diyaliz tedavisi uygulanmaktadır [64].

HD, normal böbrek işlevlerinin ancak %10'unu yerine getirmektedir [7, 75]. HD, akut böbrek yetersizliklerinde böbrek kendi işlevlerini yapabilecek düzeye gelene kadar hastayı rahatlatmak amacıyla belirli bir süre kullanılırken, böbrek hasarı irreversibl olduğunda sürekli kullanılması gerekir. Ayrıca böbrek nakli uygulanacak hastalara da nakil sürecine kadar diyaliz tedavisi uygulanmaktadır [75, 96, 99-103].

KBY'de HD endikasyonları; GFH<10 ml/dk, DM'li bireylerde kreatinin klirensi <15 ml/dk, serum kreatinin düzeyi >12, BUN 100 mg/dl ve kan üre düzeyi 200 mg/dl ve üzeri olması, ilaç tedavisine dirençli metabolik sorunlar, medikal tedaviye dirençli hipervolemi ve/veya akciğer ödemi, üremik perikardit, üremiye bağlı ciddi kanamalar, eritropoetin tedavisine dirençli anemi, üremik ensefalopati veya nöropati, inatçı bulantı ve kusma ve nedeni açıklanamayan genel durum bozukluğudur [69].

HD tedavisi morbidite ve mortaliteyi azaltmanın yanında, böbreğin tüm fonksiyonlarını karşılayamama ve tedavi sürecine bağlı olarak istenmeyen pek çok soruna da neden olmaktadır [70].

2.7.1.1. Hemodiyaliz tedavisinin komplikasyonları

HD tedavisi, hayat kurtarıcı bir tedavi olmakla birlikte istenmeyen çok sayıda komplikasyona da neden olmaktadır. HD'ye bağlı komplikasyonlar akut ve kronik komplikasyonlar olarak iki gruba ayrılmaktadır [64].

Akut Komplikasyonları: Hipotansiyon (%20-30), kramp (%5-20), bulantı-kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (%2-5), sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5), ateş-titrete (<%1), diyaliz dengesizlikleri (disequilibrium) sendromu ve nadir olarak hava embolisi gibi komplikasyonlar görülür [64].

Kronik Komplikasyonları: HT (%80-90), kardiyovasküler sorunlar, nörolojik sorunlar (üremik ensefalopati, diyaliz demansı vb), diyaliz amiloidozu (karpal tünel sendromu gibi), anemi-kanamaya yatkınlık, enfeksiyonlar, üremik kemik hastalığı görülmektedir [64].

2.8. Hemodiyaliz Tedavi Sürecinde Görülen Semptomlar ve Yönetimi

Hayat kurtarıcı bir tedavi olan HD, uzun süre uygulandığında bireyin yaşamında istenmeyen birçok soruna neden olarak bireyi kısıtlamaktadır. Bu nedenle HD, kabulü ve uyumu zor bir tedavidir. HD tedavisi, bireylerin ağrı, yorgunluk, kas krampları, mide bulantısı ve kusma, konstipasyon, ishal, kaşıntı-kuruluk, uyku sorunları, huzursuz bacak sendromu, cinsel işlev bozukluğu gibi çok sayıda semptom yaşamasına neden olmaktadır. Semptomların sıklığı ve şiddeti ise bireysel farklılıklar göstermektedir [71]. Bossola ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin semptom sayısı %35-50'sinin 4-10, %25-35'inin 10'un üzerinde olduğu bildirilmiştir [72]. Flythe ve arkadaşlarının (2015-2019) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerde görülen semptomların; yorgunluk (%60-97), nefes darlığı (%71), uykusuzluk (%40-85), iştahsızlık (%67), bulantı-kusma (%67), baş dönmesi (%57), kuru ve kaşıntılı cilt (%52), ishal/kabızlık (%48), ağrı (%48), baş ağrısı (%43), kas krampları (%33-78), uyuşukluk (%38), zayıflık (%33), göğüs ağrısı (%33), ödem (%33), hipotansiyon (%20-30) olduğu saptanmıştır [73]. Demir ve Özer'in (2022) çalışmasında ise HD tedavisi alan bireylerin en çok deneyimledikleri semptomların yorgunluk (%72,6), rahatsızlık (%56,5) ve kaygılı olma (%47,9); en az deneyimlediği semptomların kusma (%1), öksürük (%5,8) ve nefes darlığı (%6,3) olduğu belirlenmiştir [74]. Ayrıca başka bir kronik hastalık varlığının, yaşanan semptom sayısını ve şiddetini arttırdığı [13] ve semptomların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir [49].

2.8.1. Ağrı ve yönetimi

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne göre ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyum olup, HD tedavisi alan bireylerin sık deneyimledikleri semptomlardan biridir [75 ve 76]. Ağrı HD tedavisine, kas ve iskelet sistemindeki değişikliklere, periferik nöropatiye, sıvı elektrolit değişikliklerine, periferik damar hastalıklarına, karpal tünel sendromuna ve anjina gibi nedenlere bağlı olarak açığa çıkmaktadır [12, 77 ve 78]. Yapılan farklı çalışmalarda HD tedavisi alan bireylerin %33-96 oranlarında ağrı deneyimlediği ve %49 ile %95 arasında orta ve şiddetli düzeylerde ağrı hissettikleri bildirilmiştir [80-84]. Yapılan bir kohort çalışmasında; HD tedavisi alan bireylerde kronik ağrı prevalansı %33-82, akut ağrı prevalansı ise %21-92 arasında

belirlenmiştir [81]. Ghonemy ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların %52'sinin ağrıyı deneyimlediği, ağrısı olan hastaların %48'inde ağrı şiddetinin yüksek olduğu, daha çok kas-iskelet ve baş ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir [85]. HD tedavisi alan bireylerin yaşadıkları ağrı hastalık ile baş etme sürecini, uyku kalitesini ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir [50, 55, 86].

Hastalarla uzun süre zaman geçirmeleri dolayısıyla hemşireler, ağrının tanımlanması ve kontrolünde etkin rol oynamaktadır. Hemşireler tarafından ağrının şiddeti, özelliği, neden olan faktörler değerlendirilmeli ve ağrıyı azaltacak özellikte girişimler ile hastalar rahatlatılmalıdır. Ağrı yönetiminde non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemlerden yararlanılmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler; egzersiz, akupunktur, meditasyon, masaj, sıcak-soğuk uygulama, kahkaha terapisi ve müzik terapisi [27, 78, 86-89]. Farmakolojik tedavi uygulamalarında ise analjezik merdivenine uygun sıra izlenmektedir. Nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere göre daha az maliyete ve yan etkiye sahip olup ağrı yönetiminde öncelenmelidir [88]. İtişgen ve Kara'nın (2016) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerde ağrının uygun şekilde değerlendirilerek tedavi edilmediği belirlenmiştir [90]. Yeşil ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada bireylerin %75,7'sinin ağrı deneyimlediği, ağrı deneyimleyen hastaların %58,5'ine ağrıyı azaltmaya yönelik herhangi bir tedavi uygulanmadığı, bireylere ağrı ile ilgili sorular sorulmadıkça ağrılarını belirtmedikleri görülmüştür [86]. Ünver, Yıldırım ve Ünal'ın (2013) yaptığı çalışmada ise HD hemşirelerinin ağrı yönetiminde plasebo olarak salin enjeksiyonunu kullandıkları ve hemşirelerin bu uygulama ile bireylerin ifade ettikleri ağrı düzeyinde azalma olduğu belirtilmiştir [91]. HD tedavisi alan bireylerin ifade ettikleri ağrı düzeyi dikkate alınmalı ve uygun girişimler ile ağrı yönetimi sağlanmalıdır.

2.8.2. Bulantı-kusma ve yönetimi

HD sürecinde deneyimlenen bulantı-kusmanın en önemli nedenleri; yüksek UF dolayısıyla gelişen hipotansiyon, üremi, diyaliz yetersizliği ve hiperkalsemidir [12]. Bulantı-kusma, HD sırasında sık görülen semptomlardan biridir. Bahçecioğlu, Çelikkilek ve Özer'in (2020) yaptığı çalışmada bireylerin %9,8-25,8'i HD ile ilişkili bulantı ve kusma yaşamaktadır [76]. Habas ve arkadaşlarının (2019) 335 HD tedavisi alan birey ile yaptığı çalışmada HD seansının farklı zamanlarında 207 kişide (%61,8) kusma görülmüştür [92]. Asgari ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bulantı- kusma insidansı sırasıyla %11,7 ve %28,3 olup nispeten yüksek bir değer olarak ölçülmüştür [93]. Rhee ve arkadaşlarının (2020)

çalışmasında ise bulantı-kusma prevalansı %36 ve %43 olarak bulunmuştur [94]. HD sürecinde deneyimlenen bulantı-kusma, bireyleri fizyolojik ve psikososyal yönden etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır [7, 12, 80, 93].

Hipotansiyon nedeniyle ortaya çıkan bulantı-kusma, sıvı kontrolü ve HD tedavisinde sıvının hızla vücuttan uzaklaştırılmasını engelleyen seçenekler ile önlenabilir. HD tedavisi dışında gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde ise neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda farmakolojik (antikolinerjik, antidopaminerjik, antihistaminik vb.) ve/veya non-farmakolojik (akupressör, refleksoloji, müzik, hayal kurma vb) yöntemlerin kullanılması gerekmektedir [95]. Bulantı-kusmaya bağlı HD tedavisi yarıda kesilebilmekte ve diyaliz yeterliliği engellenmektedir [88].

HD tedavisinde kan akım hızı takibi yapılmakta, hipotansiyon oluşması durumunda uygun müdahale ve farmakolojik tedavi ile bulantı-kusma önlenmektedir. Kusmanın özelliğinin (sayısı, zamanı, miktarı gibi) belirlenmesi ve kaydedilmesi önemlidir. Bulantı-kusmayı arttıran ve azaltan faktörler belirlenmeli, gelişmesi durumlarında aspirasyon riskine karşı koruyucu önlemler (başı yan çevirmek veya başı yukarı kaldırmak, aspiratörü hazır bulundurmak gibi) alınmalıdır. Hemşireler eğitici ve rehberlik edici rollerini kullanarak bulantı-kusma yönetimi hakkında birey ve ailesine bilgi vermeli, bulantı-kusma semptomunu çok yönlü ele almalı, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavileri uygulayarak tedavinin etkinliğini değerlendirmelidir [12, 95].

2.8.3. İştahsızlık ve yönetimi

Yeme isteğinin azalması veya kaybolması olarak belirtilen iştahsızlık, protein ve enerji alımını azaltarak malnütrisyon ve kaşeksi gelişimine katkı sağlamaktadır. İştahsızlık, HD tedavisi alan bireylerde mortalite/morbidite için risk faktörü olup yaygın görülen ve sıklıkla gözden kaçan bir durumdur. HD tedavisi alan bireylerde iştahsızlığın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Üremik toksinlerin, inflamasyonun, orta molekül ağırlıklı madde birikiminin, hormonların (leptin ve grelin gibi) ve nöropeptitlerin HD tedavisi alan bireylerde iştahsızlık oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir [96 ve 97]. Kovesdy, Kopple ve Kalantar-Zadeh'in (2013) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerde iştahsızlık prevalansı %20- 25 bulunmuştur [98]. İştahsızlık, HD tedavisi alan bireylerin klinik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Raymond, Hakim ve Levin'in (1993) ciddi kilo kaybı bulunan hastaların hareket etme yeteneklerinin azaldığını, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşadıklarını, anksiyetelerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin

düştüğünü bildirmişlerdir [99].

HD tedavisi alan bireylerde iştahsızlığın yönetimi; HD seans sıklığını arttırmak, besin alımını desteklemek ve farmakolojik yöntemleri de içeren terapötik bir yaklaşım ile desteklenmektedir. Yapılan çalışmalarda malnütrisyon ve iştahsızlığı olan bireylerde HD seanslarının sıklığının artırılması, iştahsızlık yönetiminde kurtarıcı rol oynamaktadır [97]. Klinik olarak stabil olan HD tedavisi alan bireylerde diyetle protein alımı en az 1 g protein/kg/gün, önerilen enerji alımı da 35-40 kcal/kg/gün seviyesinde olmalıdır [89, 97]. HD tedavisi alan bireylerin beslenmesi desteklenmeli, gerekli durumlarda multidisipliner iş birliği ile oral-enteral veya parenteral beslenme ile takviye sağlanmalıdır. Girişimlerin yetersiz kaldığı bireylere oral aminoasit, steroid gibi farmakolojik tedaviler uygulanmalıdır [97]. Hemşireler, HD tedavisi alan bireylerin beslenme durumu ve iştahsızlık nedenlerini belirlemeli, bireylere diyet ile ilgili bilgi ve eğitimler vermelidir. Hemşirelik girişimlerine rağmen düzeltilemeyen olgular ise yardım alabilecekleri ilgili birimlere yönlendirilmelidir [97].

2.8.4. Kas krampları ve yönetimi

HD tedavisi alan bireylerin tedavi sürecinde sık karşılaştıkları semptomlardan birisi de kas kramplarıdır. Kas krampları genelde ani başlayan, istemsiz ve uzun süreli kas kasılması olarak tanımlanmakta olup şiddetli ağrıya yol açabilmektedir [7, 13, 80]. HD ile ilişkili kas kramplarının prevalansı %33-78'dir [100]. Dousdampanis ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin %5-20'sinde kas kramplarının görüldüğü saptanmıştır [101]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise HD tedavisi alan bireylerin %45,3'ünde kas krampları görülmüştür [13]. HD tedavi sürecinde kas kramplarına neden olan faktörler; kan basıncında düşme, volüm azlığı (bireyin, kuru ağırlığının altında olması), hızlı UF (fazla miktarda kilo alma) ve diyaliz solüsyonu sodyumunun az olmasıdır. Bu faktörler vazokonstriksiyona neden olup kas perfüzyonunu azalmakta ve kas gevşemesini engellemektedir [102 ve 103]. HD tedavisi alan bireyler için kas krampları oldukça rahatsız edici olup HD seanslarının yarıda kesilmesine, tedavinin sonlandırılmasına, HD süresinin kısaltılmasına ve yetersiz diyalize neden olmaktadır [7]. Kas krampları ayrıca uyku düzensizliklerine, anksiyeteye, günlük yaşam aktivitelerinde aksamalara ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır [100, 104].

HD tedavisi sırasında kas krampları gelişimini önlemek için; UF miktarının kontrol edilmekte, hipotansiyon ile birlikte görülen kas kramplarında salin içeren solüsyonlar

verilmekte (izotonik NaCl solüsyonu gibi) ve hipertonic glikoz kullanılmaktadır [7]. HD sırasında kas krampları gelişirse; HD tedavi süresi uzatılmalı, HD boyunca giderek azalan bir sodyum konsantrasyonu kullanılmalı, karnitin, E ve C vitamini kullanılmalı ve masaj-germe egzersizleri uygulanmalıdır. HD tedavisine bağlı kas kramplarının yönetiminde farmakolojik (kinin, gabapentin, baclofen) ve non-farmakolojik (refleksoloji, masaj, germe egzersizleri soğuk uygulama vb.) yöntemlerden yararlanılmalıdır [7, 105].

2.8.5. Kaşıntı ve yönetimi

KBY tanısı alan bireylerin yaklaşık yarısı HD sırasında ya da sonrasında kaşıntıdan yakınmaktadır [99]. HD'in SDBY tedavisinde kullanıma girmesinden önce kaşıntı prevalansı %15-49 iken HD ile birlikte kaşıntı prevalansı %20-90 olarak belirtilmiştir [7, 107-109]. Çalışkan ve Çınar'ın (2019) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin %50,8'inde, HD tedavisi almayan bireylerin %40,6'sında kaşıntı şikayeti olduğu, HD tedavisi alan bireylerin %16,8'inin, almayan bireylerin ise % 11,3'ünün kaşıntı nedeniyle yaralarının olduğu ve HD tedavisi alan bireylerin %7,9'u, almayan bireylerin %4,7'sinin kaşıntı yüzünden özgürce giyinemediği saptanmıştır [110]. Kaşıntının şiddeti bireyden bireye ve zamana göre farklılık göstermektedir. HD tedavi sürecinde kaşıntıya neden olan faktörler; üremi, ciltte kuruluk, yetersiz diyaliz, nöropati, anemi, kullanılan ilaçlar, HD sırasında kullanılan aletler, diyalizata karşı hassasiyet, hiperfosfatemi, hipermağnezemi ve hiperparatiroidizm gibi metabolik değişikliklerdir [7, 12, 106]. Yapılan bir çalışmada kaşıntı prevalansı %49,3 bulunmuş olup, günlük süre 6–12 h (%40,3), yön "biraz daha iyi ama yine de mevcut" (%38,7) ve dağılım "sırt, üst kollar, göğüs ve karın üzerindedir" şeklinde ifade edilmiştir. ≥ 65 yaş, ≥ 15 yıl HD tedavisi gören ve öğleden sonra HD uygulanan bireylerde kaşıntı skoru daha yüksek bulunmuş olup, çalışan bireylerde kaşıntı süresinin daha kısa olduğu bulunmuştur [110]. Tuncay ve Fertelli'nin (2020) yaptığı çalışmada kaşıntı yaşama durumunun, bakım bağımlılığını arttırdığı belirlenmiştir [111]. Kaşıntı bireyin anksiyete düzeyini artırarak başta uyku düzeni olmak üzere konfor düzeyi ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [110, 112].

Kaşıntı kontrolünde sıklıkla nemlendirici kremler ve vücut losyonları, antihistaminikler kullanılmaktadır. Sürekli ve şiddetli kaşıntısı olan bireylere kortikosteroid, aspirin, sedatif ve antidepresanlar kullanılmaktadır. Kaşıntının yönetiminde diyet, mentol, bitkisel tedaviler, hipnoz, nefes egzersizleri, soğuk uygulama, aromaterapi, müzik terapi, akupunktur ve akupresör gibi farmakolojik olmayan tedaviler de kullanılmaktadır [12].

Hemşirelik bakımında; bireyin vücudu yara, nem, ve döküntü yönünden değerlendirilmeli, kaşıma sonucu ciltte yaralara sebep olabileceğinden tırnakların kısa olması gerekliliği anlatılmalı, bireysel temizliğe dikkat edilmesi ve kaşıntının artması durumunda kişinin kendini kaşımaması gerekliliği anlatılmalı, kaşıntı sebebiyle yara gelişmişse yaranın olduğu bölgeler enfeksiyon yönünden takip edilmeli ve yara bakımı yapılmalı, farmakolojik tedavi etkinliği takip edilmeli, yeterli diyaliz ve diyetle uygun beslenme sağlanmalıdır. [7, 12, 113].

2.8.6. Konstipasyon ve yönetimi

Konstipasyon; ıkınma ve çaba gerektiren, yoğun kıvamda ya da sert defekasyon, boşaltım hissinde azalma gibi ifadeleri de içeren bir terimdir [114]. Konstipasyon, HD tedavisi alan bireylerde yaygın olarak görülen çok faktörlü bir gastrointestinal bozukluktur. HD tedavisi alan bireylerde konstipasyon prevalansı %36,3-66,7 olarak belirtilmiştir [115]. Dos Santos ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin yaklaşık üçte birinde (%30,5) kabızlık şikayeti tespit edilmiştir [116]. Yapılan çalışmalar konstipasyonun; ileri yaştaki bireylerde, kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde, sıvı ve lif içeriği yüksek besin alımı yetersiz olan, fiziksel aktiviteleri azalmış özellikle yatağa bağımlı ve riskli/çoklu ilaç kullanımı olan bireylerde daha fazla olduğunu göstermektedir [117 ve 118].

HD tedavisi alan bireylerde konstipasyon sık görülmekte olup bu duruma sıvı kısıtlaması, posa bakımında düşük diyet, yüksek potasyum içeren meyve ve sebzelerin diyet ile alımının kısıtlanması, hareketsizlik, demir preparatları kullanımı neden olmaktadır [119-121]. HD tedavisi alan bireylerde konstipasyon riski/varlığı değerlendirilirken öncelikle ayrıntılı bir anemnez alınmakta ve fizik muayene yapılmaktadır. Konstipasyonun yönetiminde; gelişiminin önlenmesi (lifli beslenme, bol sıvı, egzersiz vb.), non-farmakolojik yöntemler (masaj, akupunktur, refleksoloji vb.), laktasif veya lavman uygulaması ve cerrahi girişimler kullanılmaktadır. HD hemşireleri en az haftada 1 kez bireyi konstipasyon açısından değerlendirmelidir [114].

2.8.7. Uyku sorunları ve yönetimi

HD tedavisi alan bireylerin %60-%85'inde uyku sorunları görülmekte olup bireylerin uykusuzluk nedeniyle yaşam kalitesi bozulmakta ve mortalite oranı artmaktadır [7, 14, 122-124]. Taylan ve Özkan'ın (2020) çalışmasında HD tedavisi alan bireylerin uyku kalitesinin

düşük ve %41,2'sinin çok kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir [71]. Uyku problemleri içinde uykuya dalma zamanında uzama, uyku sırasında bölünmeler, gündüz şekerlemeleri ve huzursuz bacak sendromu yer almaktadır [7, 14, 125]. Kaşıntı, anemi, ağrı, üremik toksinler, ilaçlar, huzursuz bacak sendromu, HD seanslarında uyuma ve anksiyete gibi faktörler uyku sorunlarının önemli nedenleridir [7, 14]. Uyku sorunları bireylerin gün içindeki aktivitelerini, kendine bakma yeterliliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [7, 13 ve 14, 80, 124, 126].

Uyku sorunlarının tedavisinde farmakolojik (antipsikotikler, antidepresanlar vb.) ve non-farmakolojik (uyku hijyeni, gevşeme egzersizi, müzik terapisi vb.) yöntemlerden yararlanılmaktadır [7, 127 ve 128]. HD tedavisi alan bireylerin uyku ile ilgili yaşadıkları problemler belirlenmelidir. Bireyin uyku örüntüsüne dair anamnez alınmalı, kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaçlar, stres varlığı ve çevre şartları, uyku kalitesi değerlendirilmeli, uyku problemine yönelik planlamalar yapılmalıdır. Uyku düzenini sağlamak için multidisipliner bir ekip ile çalışılmalıdır. Hemşireler, uykusuzluk sebebiyle ortaya çıkabilecek problemleri erken belirleyebilme ve oluşabilecek sorunları önlemede anahtar role sahiptir. Gerçekleştirilen bireysel hemşirelik bakım planları ile bireylerin uyku düzeninin farkına varılmakta ve uyku sorunlarına neden olan faktörler birey ve hemşire birlikteliğiyle belirlenebilmektedir [12, 129].

2.8.8. Yorgunluk ve yönetimi

Önüme geçilemeyen tükenme duygusu olarak tanımlanan yorgunluk, HD tedavisi alan bireyler tarafından yoğun yaşanan bir semptomdur. Hindistan ve Deniz'in (2018) [80] çalışmasında HD tedavisi alan bireylerin %83,5'inde, Usta ve Demir'in [130] çalışmasında HD öncesi dönemde bireylerin %52,2'sinde, HD sırasında %43,3'ünde ve HD sonrasında %84,4'ünde, Ju A ve arkadaşlarının (2020) [131] yaptığı çalışmada bireylerin %60-97'sinde yorgunluk görülmüştür. KBY'de yorgunluk; sıvı-elektrolit dengesizliği, hematopoetik, endokrin ve metabolik fonksiyonların düzeltilmemesi nedeniyle gelişmektedir. Yorgunluk, HD tedavisi alan bireylerin bağımlılık düzeyinde artışa, fiziksel aktivite düzeyinde ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır [7, 132].

HD tedavisi alan bireylerin yorgunluk ile mücadelelerinde hemşireler önemli rol üstlenmektedir. Bireylerin yorgunluk seviyesini en aza indirmek, yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu arttırmak, hastalığın ve tedavinin istenmeyen etkilerini en aza indirmek hemşirenin sorumluluğundadır [133]. Hemşire, yorgunluğun nedenlerini ve bireyin

yorgunluğa cevabını belirlemelidir. Bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal olmak üzere birçok yönden iyi olması sağlanmalıdır. Bireylere aktivite planı yapılmalı, anemi durumu yaşayanlara order edilen tedavileri uygulanmalı ve ani HT, anjina, bayılma gibi yan etkiler (özellikle epoetin alfa kullananlar) yakından takip edilmelidir [12]. Ayrıca yorgunluğun yönetiminde akupunktur, akupressör, dikkati başka yöne çekme, yoga, masaj, müzik terapisi gibi integratif tedavi yöntemlerinden de yararlanılmalıdır [132].

2.8.9. Hipotansiyon ve yönetimi

Hipotansiyon, HD'nin en sık görülen komplikasyonudur. İntradiyalitik hipotansiyon HD sırasında sistolik kan basıncında 20 mmHg ve üzerinde düşme ya da ortalama kan basıncında 10 mmHg ve üzerinde düşme olarak tanımlanmaktadır. İntradiyalitik hipotansiyon, HD tedavisi alan bireylerin %20-30'unda görülmektedir [133 ve 134]. Büberci ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerde %41,3 oranında intradiyalitik hipotansiyon tespit edilmiştir [135]. İntradiyalitik hipotansiyon, bulantı-kusma, kas krampları, huzursuzluk, halsizlik, baygınlık gibi diğer semptomlara da neden olmaktadır. Hipotansiyon, sağlık ekibinin iş yükünü arttırmakta olup kan basıncının normale döndürülemediği durumlarda HD tedavisi erken sonlandırılmakta ve tedavinin etkinliği azalmaktadır. Yaşlılar, DM hastaları ve KVH'a sahip kişiler hipotansiyon açısından daha fazla risk altındadır [136].

HD tedavisi sırasında hipotansiyon gelişim nedenleri; UF takipli diyaliz cihazı kullanılmaması, diyet-sıvı-tuz kısıtlamasına uyulmaması, kuru ağırlığın iyi tespit edilmemesi, HD'de kullanılan solüsyonun sodyum miktarının düşük olması ve bikarbonatlı olmaması, HT ilaçlarının HD sırasında verilmesi, kullanılan solüsyonunun ısısının yüksek olması ve hematokrit değerinin %33'ün altında olması ve benzeridir [12, 137].

HD sırasında hipotansiyon gelişimini önlemek için; sodyum profilinin ve/veya UF profili uygulanması ve diyalizde beslenmenin kısıtlanması, karnitin ya da intravenöz mannitol gibi farmakolojik uygulamalar olmasına rağmen, kabul görmüş herhangi bir tedavi rehberi bulunmamaktadır.

Alınan önlemlere rağmen hipotansiyon gelişmesinin önüne geçilememektedir. Hipotansiyon gelişmesi durumunda; solunum sıkıntısı olmayan bireyler baş aşağı ayak yukarı pozisyonuna getirilmeli, bolus sodyumlu mayi verilmeli, UF hızı en az seviyeye çekilmeli, mümkünse kapatılmalı, solunum ile ilgili sıkıntı olan bireye oksijen verilmeli, kullanılan solüsyonun ısısı azaltılmalıdır. Yapılan uygulamalara rağmen kan basıncı normale

dönmeyen bireylere pozitif inotrop ilaçlar başlanmalı ve HD sonlandırılmalıdır [12, 136-138]. Hipotansiyon yönetiminde daha çok farmakolojik yöntemlerden yararlanılmakla birlikte akupunktur, akupres, refleksoloji ve aromaterapi gibi integratif tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır [139].

İntradiyalitik hipotansiyonun azaltılmasında sodyum profilinin ve/veya ultrafiltrasyon profili uygulanması ve diyalizde beslenmenin kısıtlanması etkili bulunmuştur [135]. Avcı (2019) 54 kişi ile yaptığı randomize kontrollü deneysel çalışmasında HD sırasında beslenmeye devam eden bireylerin %74.1'inde, HD sırasında beslenmeyen bireylerin ise %40.7'sinde intradiyalitik hipotansiyon görülmüştür [137]. Buna göre, HD tedavisi sırasında bireylerin besin tüketimi intradiyalitik hipotansiyon gelişimini etkilemektedir. Diyaliz sırasında besin tüketilmemesi, diyaliz sonrası beslenilmesi önerilmektedir.

2.8.10. Cinsel işlev bozuklukları ve yönetimi

Cinsel işlev bozuklukları, KBY'li bireylerde oldukça yaygın görülen bir sorundur. Cinsel işlev bozuklukları prevalansı %60 ile %87 arasında değişmektedir [138, 140 ve 141]. HD tedavisi alan bireylerde meydana gelen endokrin değişiklikler, psikososyal etkenler ve depresyon farklı oranlarda cinsel işlevleri etkilemektedir. Ayrıca güçsüzlük, anemi, üremi, kullanılan HT ilaçları, yorgunluk gibi çeşitli faktörler de cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır [71]. Cinsel işlev bozuklukları, kadınlarda; cinsel istekte azalma, cinsel uyarılma ve orgazm bozukluğu, disparanoya ve vajinismus, erkeklerde ise; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon, erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları gibi sorunlardan oluşmaktadır [141-143]. Savadi ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında HD tedavisi alan bireylerin %87,5'inde erektil disfonksiyon görülmüştür [144]. Taylan ve Özkan'ın (2020) yaptığı çalışmada, HD tedavisi alan bireylerin %91,5'inin cinsel işlev bozuklukları yaşadığı saptanmıştır [71]. DM ve KVB varlığı, yaşlılık ve ilaç kullanımı erektil disfonksiyon görülme oranını arttırmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada, HD tedavisi alan kadınların %89,7'sinin cinsel işlev bozuklukları yaşadığı cinsel işlevselliklerinin ölçüldüğü tüm alanlarda ya hiç cinsel aktifliklerinin olmadığı ya da cinsel işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (orgazm %75,1; uyarılma %64,0; yağlama %63,3; ağrı %60,7; memnuniyet %60,1; cinsel istek %58,0) [145]. Gatmiri ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise HD tedavisi alan kadınların cinsel işlev bozuklukları insidansı %25-64 olarak belirtilmiştir [146].

Böbrek nakli için bekleme listesine alınan bireylere daha yüksek cinsel işlevsellik

olup, yaşın ilerlemesi ile birlikte cinsel işlev düzeyinde azalmalar görülmektedir [147]. Cinsel işlev bozuklukları kişilerarası ilişkileri ( zellikle eşler arasındaki ilişkiyi) ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir [144]. Cinsel işlev bozuklukları, KBY’li bireylerde sık görülen ve stres yaratan bir komplikasyon/semptom olmasına rağmen çok fazla konuşulmayan ve ihmal edilen bir konudur [71].

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin dörtte üçü, HD tedavisi alan bireylerin yarısından azı ile cinsel işlev bozukluğunu tartışmaktadır [71]. Cinsel işlev bozuklukları hakkında tartışmaların önünde birçok engel bulunabilmektedir. Bunlar; dil, etnik köken, kültür, din ve hastanın yaşıdır. Hemşireler kendilerini sorumlu hissetmelerine rağmen cinselliği sürekli olarak ele almamaktadır. Bunun önünde; yetersiz bilgiye sahip olma düşüncesi, kültürel engeller ve örgütsel sorunlar olabilmektedir. HD tedavisi alan bireyler cinsellik ile ilgili konuşmaya teşvik edilmeli, varsa cinsel işlev bozuklukları belirlenmeli, konuya ilişkin eğitimler verilmeli ve gerek görülmesi durumunda diğer uzmanlara yönlendirmelidir [71, 142].

2.8.11. Depresyon-anksiyete ve yönetimi

Depresyon ve anksiyete HD tedavisi alan bireylerde sık karşılaşılan mortalite/morbiditeyi arttıran sorunlardır [7]. Depresyon, HD tedavisinde aksamalar ve/veya suisid ile sonuçlanabilir [148 ve 149]. Depresyon gelişimi böbrek fonksiyonlarının bozulmasıyla beraber HD tedavisi alan bireylerin fiziksel ve zihinsel yeteneklerini, cinsel işlevlerini, hayatındaki birçok rolünü kaybetmesi (iş, aile gibi) ile ilişkilidir. KBY’li bireylerde anksiyetenin semptomları olan nefes alamama hissi, kalp çarpıntısı, terleme ve ölüm korkusu görülebilir. HD tedavisi, bireyde endişe ve uyku bozuklukları ile birlikte anksiyeteye neden olabilir. Anksiyete ve depresyon, bireylerin zihinsel ve fiziksel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [148 ve 149]. Mollaoğlu ve Başer’in (2021) [27] çalışmasında HD tedavisi alan bireylerdeki anksiyete ve depresyon oranı sırasıyla %12,3 ve %17,1 iken Marthoenis ve arkadaşlarının (2021) [150] çalışmasında anksiyete ve depresyon prevalansı sırasıyla %30,5 ve %46 olarak tespit edilmiştir. Al-Shammari ve arkadaşlarının (2020)  alışmasında ise depresyon görülme oranının kadınlarda daha yüksek olduğu ve evli bireylerin anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [151].

KBY ve HD tedavisine bağlı yaşanan semptomlar; bireylerin anksiyete seviyesini arttırarak ve fiziksel ve psikososyal yönden bireyleri olumsuz etkileyerek konfor seviyesinde ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. HD hemşireleri, semptom kontrolünü

sağlayacak uygulamalar ile bireylerin konfor düzeyini ve yaşam kalitesini arttırmaktadır [12, 152]. Depresyon yönetimi için hemşire, birey ve ailesine sorun ve duygularını rahatça anlatabilecekleri ortam hazırlanmalı ve konuşmaya desteklemelidir. İhtiyacı olan birey ve aileye danışmanlık yapmalı ve desteklemelidir. Ayrıca progresif relaksasyon, derin solunum egzersizleri, akupunktur, aromaterapi, terapötik dokunuş ve müzik terapisi gibi integratif tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır [7].

2.9. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Uyum

Uyum; dinamik, göreceli, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Her birey, yaşamındaki sorunlara belli düzeyde uyum gösterme yeteneğine sahiptir. Hastalık ise bireyin uyumunu bozmaktadır [12, 37, 152 ve 153]. Çünkü hastalık; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşamı etkilemekte ve beden bütünlüğünü tehdit etmektedir. Birey bu dönemde anksiyete, korku, çaresizlik ve yalnızlık gibi duygular yaşayabilmektedir [12, 37, 152 ve 153]. Kronik bir hastalığa uyumda, hastalığın ve tedavinin özellikleri önemlidir [12, 37, 152 ve 153]. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha zordur [12, 37, 152 ve 153]. HD tedavi sürecinde başarı, büyük ölçüde hastaların tedaviye uyumuna bağlıdır [12, 37, 152 ve 153]. Tedaviye uyumsuzluk; depresyon, düşük yaşam kalitesi, morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilidir [12, 37, 152 ve 153].

Tedaviye uyum, bireylerin davranışları ve sağlık personelleri tarafından yapılan önerilere uygun hareket etme düzeyleri ile belirlenmektedir [18]. HD'ye uyum sürecini; hayatın devamı için HD tedavisinin zorunlu olması ve ertelenmesinin veya ara verilmesinin neredeyse imkânsız olması, tedavinin süresi, kullanılan ilaçlar, diyet ve sıvı kısıtlaması, tedaviye bağlı yan etkiler, makineye ve sağlık personeline bağımlı olma etkilemektedir [26, 35]. Kronik HD tedavisi alan bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklikler yapması, bireyle birlikte ailenin de bu düzenlemelere uyum göstermesi gerekmektedir [11]. HD tedavisi alan bireylerde uyum, tedavi programında ele alınan alanlara (diyet, sıvı alımı, ilaç kullanımı, atılan/ kısıtlanan seanslar, yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmek) ve kullanılan belirteçlere bağlı olarak farklı oranlarda belirlenebilmektedir [18, 26, 154 ve 155]. 101 HD tedavisi alan birey ile yapılan bir çalışmada bireylerin %23,4'ünün tedaviye iyi uyum sağladığı, %39,4'ünün tedaviye kısmi uyum sağladığı ve %37,2'sinin tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tedaviye uyumsuzluğun düşük sosyo-ekonomik ve entelektüel durum, komorbiditeler ve uzun süreli HD ile ilişkili olduğu ve üçüncü bir kişinin yardım

ettiği, ilaç sayısının az olduğu, yüksek entelektüel seviyeye sahip ve yaşlı bireylerde tedaviye uyumun yüksek olduğu belirlenmiştir [156]. Dünya genelinde HD tedavisine uyum oranlarının %8,5–86 arasında değişkenlik gösterdiği, uyumsuzluk oranlarının ilaç tedavisinde %15,4–50,2, sıvı kısıtlamasında %9,7–49,5 ve diyetle %9–22,1 oranlarında olduğu saptanmıştır [152]. Chan, Zalilah ve Hii'nin (2012) yaptığı çalışmada diyet, sıvı, ilaç ve diyaliz uyum oranları sırasıyla %27,7, %24,5, %66,5 ve %91,0 olup, gençlerde, erkeklerde, çalışan ve HD süresi daha uzun olanlarda ve santral venöz katatere sahip olanlarda tedaviye uyumsuzluğun daha yüksek bulunmuştur [157]. Günalay, Taşkiran ve Mergen (2017) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin %70'inde diyet kısıtlamasına uyumsuzluk ve %74'ünde sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk olduğu bulunmuştur [29]. Tedaviye bağlı yaşanan sorunların kontrol edilebilmesi, birey ve ailesinin eğitimi ve tedaviye yönelik alınan kararlarda bireyin katılımının sağlanması tedaviye uyumun artırılmasında oldukça önemlidir [11, 18, 38, 156 ve 157].

2.10. Hemodiyalize Uyumda Hemşirenin Rolü

HD tedavisi alan bireylere uygulanacak yeterli HD ve bireyin tedaviye uyumu ile komplikasyonlar önlenabilir, morbidite ve mortalite azaltılabilir ve bireyin yaşam kalitesi artırılabilir [35, 158 ve 159]. Erat ve Ceylan'ın (2020) yaptığı çalışmada motivasyonel görüşme tekniğinin HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyum ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir [160]. Hemşireler; bireylerin gelecek ile ilgili yaşadığı belirsizlikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin problemleri azaltacak, tedaviye uyum ve devamlılığı arttıracak ve problemlerle daha etkili mücadele etmesini sağlayacak güç olarak ifade edilen umudu desteklemede anahtar rol üstlenmektedir. Bu süreçte hemşirelerin bireyleri iyi tanınması, bireysel faktörlerin bilincinde olması, uyuma tehdit oluşturan unsurları bulması, aile içi destek sistemlerini aktive etmesi ve olumlu davranışı pekiştirmede bireylere destek olması büyük önem taşımaktadır [7, 27]. Wang ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmaya göre HD tedavisi alan bireylere uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastaların uyum düzeyinin %15 oranında arttığı saptanmıştır [161]. Başka bir çalışmada hemşirelik girişimleri ile bireylerin hastaneye yeniden yatış insidansının azaldığı saptanmıştır. Beyebach ve arkadaşları (2018) [163] tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin HD tedavisi alan bireylerle çözüm odaklı iletişiminin, bireylerin sıvı kısıtlamasına uyumunu iyileştirebileceği, Parker'ın (2019) [164] çalışmasında ise HD tedavisi alan bireylere verilen eğitimler ile bireylerin diyet ve sıvı yönetimi bilgilerinin

geliştirilebileceği ve böylece sıvı kısıtlamalarına uyumlarının artacağı saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireyler; hastalık ve tedavi sürecine bağlı istenmeyen birçok semptom ve komplikasyonla karşılaşmakta olup yaşanan tüm bu sorunlar bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda pek çok olumsuz durum ile karşı karşıya bırakmakta ve sonuçta hastalığa /tedaviye uyum bozulmaktadır. Hastalığa /tedaviye uyumsuzluk ise tedavinin etkinliği azaltarak, morbidite/mortalite düzeyinde artışa neden olmaktadır. Hastalık/tedaviye uyumda önemli roller üstlenen hemşireler; bireylere sağlayacakları destek, eğitim ve yönlendirmelerle uyumun gelişimine önemli düzeyde katkı sağlayacaktır [27, 38, 147, 156, 165]



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, Temmuz 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında Yozgat Şehir, Özel Yozgat Gökmedrese ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastaneleri diyaliz merkezlerinde yürütülmüştür. Yozgat Şehir Hastanesi diyaliz merkezi haftanın 6 günü 08.30- 17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ayrıca acil diyaliz vakalarına müdahale için 7 gün 24 saat nöbetçi hemşire bulundurulmaktadır. Diyaliz merkezinde 1 pratisyen hekim, 7 diyaliz teknikeri ve sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 3 hemşire görev yapmaktadır. Diyaliz merkezinde toplamda 20 hasta yatağı bulunmaktadır. Günde yaklaşık 60-80 arası bireye hizmet verilmektedir. Gökmedrese diyaliz merkezi haftanın 6 günü 08:30 – 16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. 1 dahiliye uzmanı, 1 nefrolog, 5 diyaliz teknikeri ve 1 hemşire görev yapmaktadır. Toplamda 28 hasta yatağı bulunmaktadır. Kayıtlı 65 bireye hizmet verilmektedir. Kırşehir eğitim araştırma hastanesi diyaliz merkezi haftanın 7 günü 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. 1 nefrolog, 2 pratisyen doktor, 13 diyaliz teknikeri ve diyaliz hemşiresi, 2 periton diyaliz hemşiresi, 1 tıbbi sekreter, 5 yardımcı personel görev yapmaktadır. Toplamda 21 hasta yatağı bulunmaktadır. Kayıtlı 90 HD tedavisi alan birey olmakla birlikte günde yaklaşık 30 kayıtlı olmayan bireye hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında Yozgat Şehir, Özel Yozgat Gökmedrese ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastaneleri diyaliz merkezlerinde HD tedavisi alan bireyler (n=284) oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bireylerin 13'ünün okuma yazma bilmemesi, 1'inin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 10'unun 6 aydan daha kısa süredir HD tedavisi alıyor olması, 2'sinin görme probleminin olması, 1'inin 18 yaş altı olması ve 3'ü ile iletişim kurulamaması sebebiyle araştırma 254 birey ile tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığının tespiti için post hoc (deneysel) güç analizi yapılmış olup, araştırmanın 0,05 anlamlılık seviyesinde, gücünün 0,855 ve etki büyüklüğünün 0,188 olduğu belirlenmiştir. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi

gereken power değeri 0,67'dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir ve veri sayısı yeterlidir.

3.3.1. Dahil edilme kriterleri

- Okuryazar olan,
- İş birliğine açık olan,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan,
- Psikiyatrik hastalığı bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.3.2. Dışlama kriterleri

- 18 yaş altı olan,
- 6 aydan daha az süredir HD tedavisi alan bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastalığa uyum düzeyi ve diyaliz semptom düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, bakıma destek olan kişilerin varlığı, bakıma destek olan kişiler, ailede HD tedavisi alan birey olma durumu, haftalık HD seansı, HD tedavi süresi, başka kronik hastalık olma durumu, var olan diğer kronik hastalıklar ve damara erişim yoludur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu, Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. HD hasta tanıtıcı formu

HD hasta tanıtıcı formu araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek [13,80,166] oluşturulmuştur. Formda HD tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve uyumunu etkileyebileceği düşünülen hastalık ile ilgili bilgileri içeren sorular (HD süresi, haftalık HD seansı, HD ile ilgili eğitim alma durumu, başka kronik hastalık durumu vb.) yer almaktadır.

3.5.2. Diyaliz semptom indeksi (DSİ)

Weisbord ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen ölçek Önsöz ve Yeşilbalkan (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. İndeks fiziksel ve emosyonel semptomları ve bu semptomların şiddetini belirlemeye yönelik 30 maddeden oluşmaktadır. Bireylere 1 hafta önce yaşadıkları semptomları evet/hayır biçiminde cevaplamaları istenmekte, ayrıca yaşadıkları semptomların kendilerini ne kadar etkilediği sorgulanmaktadır. Cevap hayır ise 0, evet ise 5'li likert tipi ölçeği (1= hiç rahatsız etmedi, 2= biraz rahatsız etti, 3= bazen rahatsız etti, 4= çok az rahatsız etti, 5= çok rahatsız etti) cevaplamaları istenmektedir. İndeksten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 150 olup puan arttıkça diyaliz semptomları da artmaktadır [167]. Önsöz ve Yeşilbalkan'ın (2013) çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur [26]. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değerinin 0,91 olduğu saptanmıştır.

3.5.3. Kronik hastalıklara uyum ölçeği (KHUÖ)

Atik ve Karatepe (2016) tarafından geliştirilen üç alt boyutlu (fiziksel, sosyal, psikolojik) ve 25 maddeli olan ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçekten alınan en düşük puan 25, en yüksek puan 125'tir. Ölçekten alınan yüksek puan, uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. [168]. Atik ve Karatepe'nin (2016) çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0,88 olarak hesaplanmıştır [26]. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Ön Uygulama

Veri toplama süreci öncesinde Yozgat Şehir Hastanesi diyaliz merkezinde dahil edilme kriterlerine uyan 5 birey ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan uygulama sonucunda HD hasta tanıtıcı formundan eğitim alma sorusunun çıkarılmasına karar verilmiştir. Ön uygulamaya katılan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak HD seansı esnasında toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakikadır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik

Araştırmalar Etik Kurul’undan onay alınmıştır (Tarih: 21.06.2021 Sayı: 19917) (EK-326). Ayrıca veri toplama işleminin gerçekleşeceği Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü’nden (Tarih: 20.04.2021, Sayı: E-92198657-772) ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alınmıştır (Tarih:27.05.2021, Sayı:E-42884709-020). HD tedavisi alan bireylere açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Böylece “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Bireylere diledikleri anda araştırmadan çıkabilecekleri söylenerek “Özerklik” ilkesi, kişisel verilerin araştırmacı ile paylaşıldığı andan itibaren muhafaza edileceği belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Edinilen verilerin ve yanıtlayanın kimliğinin gizli kalacağı ifade edilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS Paket programı Versiyon 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, minimum-maksimum değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olarak kontrol edilmiş olup verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış (ANOVA) ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Bağımlı değişkene etki eden faktörleri incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler için kukla değişken dönüşümü uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

HD tedavisi alan bireylerin yaş ortalaması $62,08 \pm 15,86$ 'dır. Bireylerin %53,50'sinin erkek, %75,20'sinin evli, %68,90'ının ilkokul-ortaokul mezunu, %52,00'sinin emekli ve %79,50'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Bireylerin %89,90'ının yaşamında bakımlarına destek sağlayan kişilerin olduğu ve en önemli destek kaynağının ise %43,70 ile eşler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %18,50'sinin ailesinde HD tedavisi alan başka bireylerin de olduğu, %73,20'sinin haftada 3 kez HD tedavisi aldığı, %42,10'unun 3-5 yıldır HD tedavisi aldığı, %83,86'sının başka bir kronik hastalığa sahip olduğu, kronik hastalığı bulunan bireylerin %76,52'sinde HT, %46,00'sinde DM, %21,12'sinde kalp hastalıkları olduğu saptanmıştır. Bireylerin %47,20'sinde damara erişim yolunun diyaliz katateri ve %52,80'inde ise fistül olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=254)

Değişkenler		$\bar{X}$	SS
Yaş (Min-Maks; 22-107)		62,08	15,86
		n	%
Cinsiyet	Kadın	118	46,50
	Erkek	136	53,50
Medeni Durum	Evli	191	75,20
	Bekâr	63	24,80
Eğitim Durumu	Okuryazar	44	17,30
	İlkokul-ortaokul	175	68,90
	Lise ve üstü	35	13,80
Ekonomik Durum	İyi	36	14,20
	Orta	202	79,50
	Kötü	16	6,30
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	92	36,20
	Çalışan (işçi/memur)	30	11,80
	Emekli	132	52,00
Bakıma Destek Olan Kişilerin Varlığı	Evet	228	89,80
	Hayır	26	10,20
Bakıma Destek Olan Kişiler*	Eş	111	43,70
	Çocuklar	83	32,70
	Anne ve veya baba	14	5,50
	Diğer	46	18,10

Tablo 4.1'in devamı

Değişkenler		n	%
Ailede HD Tedavisi Alan Başka Bireyin Olma Durumu	Evet	41	16,14
	Hayır	213	83,86
Haftalık HD Seans Sıklığı	1-2 kez	68	26,80
	3 kez ve daha fazla	186	73,20
HD Tedavi Süresi	6 ay-2 yıl	82	32,30
	3-5 yıl	107	42,10
	6-8 yıl	30	11,80
	9 yıl ve üzeri	35	13,80
Başka Kronik Hastalığın Varlığı	Evet	207	81,50
	Hayır	47	18,50
Var Olan Diğer Kronik Hastalıklar*	DM	98	46,00
	HT	163	76,52
	Kalp hastalıkları	45	21,12
	Diğer	58	27,23
Damara Erişim Yolu	Diyaliz katateri	120	47,20
	Fistül	134	52,80

*n katlanmıştır.

Tablo 4.2. KHUÖ ve DSİ Puan Ortalamaları

Ölçek ve Boyutları		Min	Max	X	SS
KHUÖ		40,00	112,00	81,38	12,19
KHUÖ Alt Boyutları	Fiziksel Uyum	19,00	52,00	38,07	6,09
	Sosyal Uyum	8,00	31,00	19,64	4,81
	Psikolojik Uyum	11,00	33,00	23,66	3,39
DSİ		0,00	108,00	57,67	21,69

X: Ortalama

SS: Standart sapma

Min: Minimum

Max: Maximum

KHUÖ: Kronik hastalıklara uyum ölçeği

DSİ: Diyaliz semptom indeksi

Tablo 4.2'de KHUÖ ve DSİ puan ortalamaları verilmiş olup; HD tedavisi alan bireylerin DSİ puan ortalaması $57,67 \pm 21,69$, KHUÖ toplam puan ortalaması $81,38 \pm 12,19$, “Fiziksel Uyum”, “Sosyal Uyum” ve “Psikolojik Uyum” alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla $38,07 \pm 6,09$, $19,64 \pm 4,81$, $23,66 \pm 3,39$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. DSİ Frekans Analizi

Semptomlar	Hayır		Evet		Biraz		Bazen		Çok az		Çok fazla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kabızlık	66	26,00	188	74,00	49	26,10	67	35,60	54	28,70	17	9,00
Bulantı	116	45,70	138	54,30	65	48,90	48	36,10	15	11,30	5	3,80
Kusma	151	59,40	103	40,60	45	45,50	43	43,40	10	10,10	1	1,00
İshal	125	49,20	129	50,80	60	46,90	55	43,00	10	7,80	3	2,30
İştahta azalma	73	28,70	181	71,30	53	29,30	61	33,70	51	28,20	16	8,80
Kas krampları	58	22,80	196	77,20	63	32,10	75	38,30	48	24,50	10	5,10
Bacaklarda şişlik	112	44,10	142	55,90	47	33,10	48	33,80	39	27,50	8	5,60
Nefes darlığı	112	44,10	142	55,90	68	47,90	44	31,00	22	15,50	8	5,60
Sersemlik/baş dönmesi	97	38,20	157	61,80	74	47,10	59	37,60	18	11,50	6	3,80
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	140	55,10	114	44,90	53	46,50	41	36,00	17	14,90	3	2,60
Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	63	24,80	191	75,20	50	26,20	64	33,50	58	30,40	19	9,90
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	13	5,10	241	94,90	26	10,80	54	22,40	114	47,30	47	19,50
Öksürme	128	50,40	126	49,60	77	61,60	29	23,20	14	11,20	5	4,00
Ağız kuruluğu	68	26,80	186	73,20	54	29,00	61	32,80	64	34,40	7	3,80
Kemik veya eklem ağrısı	73	28,70	181	71,30	59	32,60	69	38,10	39	21,50	14	7,70
Göğüs Ağrısı	131	51,60	123	48,40	70	56,90	34	27,60	16	13,00	3	2,40
Baş ağrısı	93	36,60	161	63,40	101	62,70	40	24,80	12	7,50	8	5,00
Kas ağrısı	99	39,00	155	61,00	64	41,30	70	45,20	16	10,30	5	3,20
Konsantre olmada zorluk	83	32,70	171	67,30	78	45,60	59	34,50	32	18,70	2	1,20
Deride kuruluk	52	20,50	202	79,50	56	27,70	69	34,20	61	30,20	16	7,90
Kaşıntı	65	25,60	189	74,40	51	27,00	71	37,60	54	28,60	13	6,90
Endişelenme	58	22,80	196	77,20	108	55,10	60	30,60	20	10,20	8	4,10
Sinirli hissetme	131	51,60	123	48,40	44	40,40	31	28,40	22	20,20	12	11,00
Uykuya dalmada zorlanma	61	24,00	193	76,00	46	23,80	96	49,70	37	19,20	14	7,30
Uykuyu sürdürmede zorlanma	66	26,00	188	74,00	55	29,60	88	47,30	31	16,70	12	6,50
Rahatsız hissetme	71	28,00	183	72,00	106	57,90	53	29,0	14	7,70	10	5,50
Üzgün hissetme	76	29,90	178	70,10	95	53,70	60	33,90	13	7,30	9	5,10
Kaygılı hissetme	65	25,60	189	74,40	108	57,10	61	32,30	15	7,90	5	2,60
Sekse ilgide azalma	84	33,10	170	66,90	25	14,70	33	19,40	12	7,10	100	58,80
Cinsel yönden uyarılmada zorluk	135	53,10	119	46,90	37	31,10	49	41,20	13	10,90	20	16,80

HD tedavisi alan bireylerin DSİ sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.3’de yer almaktadır. HD tedavisi alan bireylerin %74,00’ünün kabızlık, %54,30’unun bulantı, %40,60’ının kusma, %50,80’inin ishal, %71,30’unun iştahta azalma, %77,20’sinin kas krampları, %55,90’ının bacaklarda şişlik, %55,90’ının nefes darlığı, %61,80’inin sersemlik/baş dönmesi, %44,90’ının bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, %75,20’sinin ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma, %94,90’ının yorgun hissetme veya enerjide azalma, %49,60’ının öksürme, %73,20’sinin ağız kuruluğu, %71,30’unun kemik veya eklem ağrısı, %48,40’ının göğüs ağrısı, %63,40’ının baş ağrısı, %61’inin kas ağrısı, %67,30’unun konsantre olmada zorluk, %79,50’sinin deride kuruluk, %74,40’ının kaşıntı, %77,20’sinin endişelenme, %48,40’ının sinirli hissetme, %76’sının uykuya dalmada zorlanma, %74’ünün uykuyu sürdürmede zorlanma, %72’sinin rahatsız hissetme, %70,10’unun üzgün hissetme, %74,40’ının kaygılı hissetme, %66,90’ının sekse ilgide azalma, %46,90’ının cinsel yönden

uyarılmada zorluk semptomlarını yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine göre KHUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		KHUÖ			
		KHUÖ Toplam Puanı	Fiziksel Uyum	Sosyal Uyum	Psikolojik Uyum
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet	Kadın	83,03±9,83	39,13±5,04	19,94±4,51	23,97±2,78
	Erkek	79,94±13,8	37,16±6,77	19,38±5,06	23,4±3,84
	t testi/ p	2,076/ 0,039*	2,644/0,009*	0,922/ 0,358	1,364/ 0,174
Medeni Durum	Evli	82,27±12,5	38,41±6,2	19,93±4,92	23,93±3,44
	Bekar	78,68±10,87	37,06±5,7	18,78±4,42	22,84±3,13
	t testi/ p	2,036/0,043*	1,522/0,129	1,648/0,101	2,228/0,027*
Eğitim Durumu	Okuryazar ¹	77,77±13,83	35,55±6,81	19,2±5,79	23,02±3,88
	İlkokul-	81,17±11,48	38,3±5,73	19,29±4,51	23,58±3,28
	Ortaokul ²				
	Lise ve üstü ³	86,94±11,88	40,11±6,1	21,97±4,42	24,86±3,12
	F testi/p	5,804/0,003*	6,102/0,003*	4,904/0,008*	3,044/0,049*
Ekonomik Durum	Bonferroni	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2
	İyi ¹	86,31±12,57	40,11±4,94	21,83±5,49	24,36±3,70
	Orta ²	81,31±11,43	38,16±6,00	19,39±4,54	23,76±3,12
	Kötü ³	71,19±14,86	32,38±6,57	17,94±5,36	20,88±4,72
	F testi/p	9,072/0,000*	9,634/0,000*	5,183/0,006*	6,504/0,002*
Çalışma Durumu	Bonferroni	1,2>3	1,2>3	1,2>3	1,2>3
	Çalışmıyor ¹	82,53±10,84	38,12±5,49	20,46±4,33	23,96±3,57
	Çalışan	86,6±14,17	39,67±6,48	22,73±4,94	24,2±4,16
	(işçi/memur) ²				
	Emekli ³	79,39±12,24	37,68±6,39	18,37±4,7	23,33±3,06
Bakıma Destek Olan Kişilerin Varlığı	F testi/p	5,082/0,007*	1,302/0,274	13,273/0,000*	1,345/0,262
	Bonferroni	2>3	-	1,2>3	-
	Evet	81,46±11,81	38,19±5,97	19,58±4,7	23,69±3,28
	Hayır	80,65±15,46	37,08±7,15	20,15±5,78	23,42±4,32
	t testi/p	0,258/0,798	0,880/0,380	-0,485/0,631	0,377/0,706
Ailede HD Tedavisi Alan Başka Birey Olma Durumu	Evet	82,55±11,91	38,47±6,07	20,06±4,32	24,02±3,37
	Hayır	81,11±12,27	37,99±6,11	19,55±4,92	23,58±3,41
	t testi/p	0,731/0,465	0,489/0,625	0,665/0,507	0,804/0,422
	1-2 kez	80,62±12,7	37,37±6,64	19,5±4,8	23,75±3,24
	3 kez ve daha fazla	81,66±12,03	38,33±5,88	19,69±4,83	23,63±3,46
Haftalık HD Seans Sıklığı	t testi/p	-0,600/0,549	-1,118/0,265	-0,283/0,777	0,251/0,802
	6 ay-2 yıl ¹	79,06±12,88	37,13±6,34	18,67±4,84	23,26±3,79
	3-5 yıl ²	80,96±12,06	38,00±6,23	19,35±4,79	23,62±3,23
	6-8 yıl ³	85,7±13,5	39,27±6,23	21,9±5,16	24,53±3,78
	9 yıl ve üzeri ⁴	84,37±7,94	39,49±4,63	20,89±3,74	24,00±2,38
HD Tedavi Süresi	F testi/p	3,060/0,029*	1,676/0,173	4,396/0,005*	1,173/0,320
	Bonferroni	3>1	-	3>1	-
	Evet	80,82±11,19	38,09±5,7	19,18±4,61	23,55±3,05
	Hayır	83,83±15,81	38,02±7,67	21,66±5,23	24,15±4,64
	t testi/p	-1,236/0,221	0,055/0,956	-3,242/0,001*	-0,844/0,402
Başka Kronik Hastalığının Varlığı	Diyaliz katateri	77,92±13,02	36,72±6,61	18,12±4,83	23,08±3,56
	Fistül	84,48±10,53	39,29±5,34	21,01±4,39	24,18±3,16
	t testi/p	-4,385/0,000*	-3,390/0,001*	-4,999/0,000*	-2,597/0,010*

̄X: Ortalama

SS: Standart sapma

KHUÖ: Kronik hastalıklara uyum ölçeği

*p<0,05

Tablo 4.4’de HD tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre KHUÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ilişkin veriler yer almaktadır. HD tedavisi alan bireylerin cinsiyetlerine göre KHUÖ “Fiziksel Uyum” toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup (p<0,05), kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin medeni durumlarına göre KHUÖ “Psikolojik Uyum” alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), evli bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. HD tedavisi alan bireylerin eğitim durumlarına göre KHUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), eğitim durumu lise ve üstü olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin ekonomik durumlarına göre KHUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), ekonomik durumu iyi ve orta olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin çalışma durumlarına göre KHUÖ “Sosyal Uyum” alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), çalışan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin HD tedavi sürelerine göre KHUÖ “Sosyal Uyum” alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), HD tedavi süresi 6-8 yıl olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin KBY dışında başka kronik hastalığı olma durumlarına göre KHUÖ “Sosyal Uyum” alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), başka kronik hastalık olmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin damara erişim yollarına göre KHUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), fistülü olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine göre DSİ Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	DSİ	
	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet	Kadın	57,04 $\pm$ 21,5
	Erkek	58,21 $\pm$ 21,93
	t testi/p	-0,428/0,669

Tablo 4.5 'in devamı

Değişkenler		DSİ
		$\bar{X} \pm SS$
Medeni Durum	Evli	59,06±21,58
	Bekâr	53,46±21,69
	t testi/p	1,783/0,076
Eğitim Durumu	Okuryazar ¹	66,61±21,99
	İlkokul-ortaokul ²	56,51±21,3
	Lise ve üstü ³	52,2±20,72
	F testi/p	5,271/0,006*
Ekonomik Durum	Bonferroni	1>2,3
	İyi	50,42±19,81
	Orta	58,57±21,7
	Kötü	62,56±23,51
Çalışma Durumu	F testi/p	2,627/0,074
	Çalışmıyor	55,26±22,08
	Çalışan (işçi/memur)	54,73±22,19
	Emekli	60,02±21,21
Bakıma Destek Olan Kişilerin Varlığı	F testi/p	1,621/0,200
	Evet	58,04±21,54
	Hayır	54,38±23,21
	t testi/p	0,814/0,416
Ailede HD Tedavisi Alan Başka Birey Olma Durumu	Evet	54,64±22,61
	Hayır	58,36±21,48
	t testi/p	-1,061/0,290
Haftalık HD Seans Sıklığı	1-2 kez	65,37±18,8
	3 kez ve daha fazla	54,85±22,05
	t testi/p	3,494/0,001*
HD Tedavi Süresi	6 ay-2 yıl ¹	59,8±22,02
	3-5 yıl ²	59,8±20,55
	6-8 yıl ³	58,47±20,63
	9 yıl ve üzeri ⁴	45,46±22,12
	F testi/p	4,499/0,004*
	Bonferroni	1,2>4
Başka Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet	59,58±21,74
	Hayır	49,26±19,61
	t testi/p	2,991/0,003*
Damara Erişim Yolu	Diyaliz katateri	63,97±20,92
	Fistül	52,03±20,88
	t testi/p	4,544/0,000*

$\bar{X}$: Ortalama

SS: Standart sapma

DSİ: Diyaliz semptom indeksi

*p<0,05

Tablo 4.5’de HD tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre DSİ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. HD tedavisi alan bireylerin eğitim durumlarına göre DSİ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), eğitim durumu okuryazar olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin haftalık HD seansına göre DSİ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), haftalık HD seansı 1-2 kez olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin HD tedavi sürelerine göre DSİ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için

yapılan ileri analizde (Bonferroni post hoc testi), HD tedavi süresi 9 yıl ve üzeri olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin başka kronik hastalık olma durumu DSİ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), başka kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan bireylerin damara erişim yollarına göre DSİ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0,05$), damara erişim yolu diyaliz katateri olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Yaş ile KHUÖ ve DSİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçek ve Boyutları		Yaş	
		r	p
DSİ		0,201	0,001*
KHUÖ		-0,366	0,000*
KHUÖ Alt Boyutları	Fiziksel Uyum	-0,257	0,000*
	Sosyal Uyum	-0,404	0,000*
	Psikolojik Uyum	-0,280	0,000*

DSİ: Diyaliz semptom indeksi

KHUÖ: Kronik hastalıklara uyum ölçeği r: Pearson korelasyon analizi

* $p<0,01$

Yaş ile KHUÖ ve DSİ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları Tabloda 4.6' da verilmiştir. HD tedavisi alan bireylerin yaşları ile DSİ puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ($r=0,201$; $p<0,01$), KHUÖ toplam puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,366$; $p<0,01$).

Tablo 4.7. DSİ, KHUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler		KHUÖ			
		KHUÖ Toplam Puanı	Fiziksel Uyum	Sosyal Uyum	Psikolojik Uyum
DSİ	r	-0,155*	-0,188**	-0,117	-0,051
	p	0,014	0,003	0,063	0,414

DSİ: Diyaliz semptom indeksi

KHUÖ: Kronik hastalıklara uyum ölçeği

r: Pearson korelasyon analizi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

DSİ, KHUÖ alt boyut ve toplam puanlarının korelasyon analizi sonuçları Tablo

4.7’de verilmiştir. DSİ puanları ile KHUÖ toplam puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,155$; $p<0,05$).

DSİ puanları ile KHUÖ “Fiziksel Uyum” alt boyut puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,188$; $p<0,01$).

Tablo 4.8. KHUÖ Etki Eden Faktörler

Değişkenler		Hastalıklığa Uyum								
		B	SH	Beta	t	p	F	Model (p)	R ²	Durbin Watson
Sabit		80,612	3,876		20,796	0,000*	5,387	0,000*	0,217	1,854
DSİ		0,010	0,035	0,017	0,273	0,785				
Cinsiyet	Kadın (R)									
	Erkek	-4,671	1,800	-0,191	-20,595	0,010*				
Medeni Durum	Evli(R)									
	Bekâr	-2,847	2,104	-0,101	-10,353	0,177				
Eğitim Durumu	Okuryazar (R)									
	İlkokul-ortaokul	3,435	1,957	0,131	10,755	0,081				
	Lise ve üstü	9,217	2,743	0,261	30,360	0,001*				
Ekonomik Durum	İyi (R)									
	Orta	-1,082	2,097	-0,036	-0,516	0,606				
	Kötü	-10,898	3,673	-0,218	-20,967	0,003*				
	Çalışmıy or (R)									
Çalışma Durumu	Çalışan (işçi/memur)	3,357	2,510	0,089	10,337	0,182				
	Emekli	-1,693	1,910	-0,069	-0,886	0,376				
HD Tedavi Süresi	6 ay-2 yıl (R)									
	3-5 yıl	1,012	1,639	0,041	0,617	0,538				
	6-8 yıl	3,745	2,447	0,099	10,531	0,127				
	9 yıl ve üzeri	2,699	2,371	0,076	10,139	0,256				
	Diyaliz katateri									
Damara Erişim Yolu	Damara Erişim (R)									
	Fistül	4,657	1,498	0,191	30,109	0,002*				

* $p<0,05$

R: Referans kategori

Kronik hastalıklara uyum ölçeği üzerindeki etkisi bulunan faktörleri araştırmak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=5,387$; $p<0,05$). Kronik hastalıklara uyum üzerindeki değişimin %21,70’inin açıklandığı saptanmıştır (Düzenlenmiş $R^2=0,217$).

Bağımsız değişkene ait beta katsayısı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; KHUÖ ortalama puanının, erkeklerin kadınlara göre -4,67, ekonomik durumu kötü olan bireylerin iyi olanlara göre 10,89 ve damara erişim yolu fistül olan bireylerin kateteri olanlara göre 4,65 daha fazla olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

- HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin ve uyuma etki eden sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin tartışılması
- HD tedavisi alan bireylerin diyaliz semptomlarının ve semptomlara etki eden sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin tartışılması
- HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyumları ile semptom yönetimi arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. HD Tedavisi Alan Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum Düzeylerinin ve Uyuma Etki Eden Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Kronik hastalıkların görülme sıklığı her geçen gün artmakta, hastalıklar fiziksel ve psikolojik işlev kayıplarını beraberinde getirmekte ve hastalığa uyum güçleşmektedir [169]. HD tedavisi alan bireylerde uyum; karşılaşılan problemlerin etkin yönetiminde, tedavinin başarısında, yaşam kalitesinde, morbidite ve mortalite üzerinde doğrudan etkisi olan bir faktör olup bireylerin önemli bir kısmında tedaviye uyumsuzluk mevcuttur [170]. Bu çalışmada HD tedavisi alan bireylerin genel olarak hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel, en düşük uyumun ise sosyal alanda olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde hastalığa uyumun orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel boyutta olduğu belirlenmiştir [165, 171-174]. Kronik hastalığa uyum, hastalık sürecinin etkin yönetimi ve tedavi başarısının artırılmasında önemlidir [171]. Bu çalışmada HD tedavisi alan bireylerde uyumun istenilen düzeyde olmadığı ve özellikle uyumun sosyal alanda düşük olduğu görülmüş olup bu durumun HD tedavi süresinin uzun ve meşakkatli olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların %73,20'si haftada 3 ve daha fazla kez HD tedavisi almakta ve bu durum bireylerin sosyal yaşamlarına ayırdığı zamanı kısıtlamaktadır. Ayrıca katılımcıların %83,86'sında başka bir kronik hastalık varlığı da uyumu negatif yönde etkileyebilecek bir diğer faktör olarak görülmektedir.

HD tedavisi alan bireylerde yaş artışı ile birlikte hastalığa uyumun azaldığı saptanmıştır. Literatürde benzer sonucun elde edildiği çalışmalar yer almaktadır [169, 175]. Karatepe ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada yaş ile kronik hastalığa uyum arasında bir ilişki olmadığı [171], Mhammedi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise yaş artışı ile

birlikte tedaviye uyumun arttığı bulunmuştur [156]. Yaş artışı ile fiziksel aktivite azalmakta, sosyal kısıtlıklar ve bakım veren kişilere bağımlılık düzeyi ve ek kronik başka hastalıkların ve tedaviye bağlı istenmeyen semptomların sayısı artmakta, içe kapanma, depresyon ve ölüm korkusu ile daha sık karşılaşılmaktadır [176 ve 177]. Yaşın ilerlemesi ile gelişen bu değişikliklerin kronik hastalığa uyumu azalttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların kronik hastalığa genel ve fiziksel uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Kara'nın (2021) çalışmasında cinsiyet ile uyum arasında bir ilişki bulunamamıştır [169]. Yöney'in (2020) yaptığı çalışmada ise erkeklerin hastalığa uyum düzeylerinin daha iyi olduğunu belirlenmiştir [178]. Kadınların sağlık konusunda daha detaycı ve dikkatli olmaları, çalışmaya dahil edilen kadınların çoğunun evde daha fazla zaman geçiriyor olması yani kendilerine daha fazla zaman ayırmaları bu çalışmadaki kadınların uyum düzeylerini arttırmış olabilir.

Medeni durumun kronik hastalığa uyumu etkilediği, evli bireylerin genel ve psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bayram'ın (2022) yaptığı çalışmada bekar bireylerde kronik hastalığa fiziksel uyumun daha yüksek olduğu bulunmuştur [177]. Literatürde medeni durumun hastalığa uyuma etki etmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur [175, 179]. Bu çalışmanın sonucunu evliliğin yaşama getirdiği düzen ve bireylerin destek sistemlerini zenginleştiriyor olması etkilemiş olabilir. Çalışmamızda bireylerin en önemli destek kaynağının, %43,70'lik bir oranla eşler olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada lise ve üstü eğitime sahip bireylerin kronik hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karatepe ve Atik'in (2021) çalışmasında lisans eğitimine sahip bireylerin uyumu daha yüksek çıkmıştır [179]. Ergin'in (2021) yaptığı çalışmada ise lise ve üniversite mezunu olanların kronik hastalığa fiziksel uyumları daha yüksek bulunmuştur [20]. Artan eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını ve sağlık-hastalık farkındalığını arttırarak, uyumu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Ekonomik durumun hastalığa uyuma etki ettiği ve ekonomik durumu iyi olan bireylerin kronik hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Kara'nın (2020) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir [169]. KOAH'lı bireyler ile yapılan bir çalışmada ise ekonomik durumun psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir [180]. Ekonomik durumu iyi olan SDBY'li bireyler sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlamak, diyalize erken başlamak ve sonuçta olası yan etkiler azalarak hastalığa uyum kolaylaşmaktadır [155].

HD tedavisi alan bireylerin çalışma durumlarına göre kronik hastalık uyum

düzeylerinin farklılaştığı, emeklilere göre çalışanlarda genel uyum, çalışan ve çalışmayan bireylerde ise sosyal uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bayram'ın (2022) 65 yaş üstü kalp yetersizliği olan hastalarda yaptığı çalışmada çalışmayanlara göre çalışan bireylerin psikolojik uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [177]. Lee ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında emekli ve çalışmayan bireylerin ilaç tedavisine daha iyi uyum sağladığı görülmüştür [181]. Yapılan başka bir çalışmada ise çalışan bireylerde tedaviye uyumsuzluğun yüksek olduğu bulunmuştur [182]. Bu çalışmanın sonucunu, emekli grubun yaş ortalamasının nispeten yüksek olması etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada HD tedavi süresi 6-8 yıl olan bireylere göre 6 ay-2 yıl olan bireylerde kronik hastalığa genel ve sosyal uyumun daha düşük olduğu saptanmıştır. Buna göre tedaviye yeni başlayan bireylerde uyumsuzluk riski daha yüksektir. HD tedavisi alan bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada diyaliz süresi ile tedaviye uyum arasında herhangi bir fark saptanmamıştır [35]. Aslan ve arkadaşlarının (2021) [171] yaptığı çalışmada ise HD tedavi süresinin artması ile psikolojik uyumun azaldığı belirlenmiştir [171]. HD tedavi süreci uzadıkça sağlık personeli ile geçirilen zaman artmakta ve sonuçta bireyler; tedavi süreci, hastalık ve beraberinde ortaya çıkabilecek semptomlara yönelik daha fazla bilgi edinmektedir. Bu çalışmanın sonucunu zaman ile artan bilgi ve deneyim etkilemiş olabilir.

Başka kronik hastalığa sahip olma durumuna göre HD tedavisi alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeylerinin farklılaştığı, başka kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin sosyal uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2021) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada kronik hastalık sayısının artması ile hastalığa uyumun azaldığı belirlenmiştir [169]. Hipertansif bireylerin tedaviye uyumunu konu alan bir başka çalışmada ise var olan diğer kronik hastalıkların tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir [183]. Başka kronik hastalıkların olması ile bireyler ilaçlara, tedaviye ve ek istemeyen semptomlara daha fazla maruz kalmakta ve sonuçta hastalığa uyum zorlaşabilmektedir.

Bu çalışmada damara erişim yolu fistül olan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Atik'in (2020) fistüle sahip HD tedavisi alan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada fiziksel uyum ve kronik hastalıklara uyum durumları yüksek iken, sosyal ve psikolojik uyumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir [184]. Fistül kolay uygulanması ve uzun süreli kullanım ve düşük komplikasyon oranı açısından katatere göre daha fazla tercih edilmektedir [285]. Ayrıca bireyin kendi bakımında aktif rol oynaması dolayısıyla kendini iyi hissetmesi uyumun artmasına sebep olmuş olabilir.

5.2. HD Tedavisi Alan Bireylerin Diyaliz Semptomlarının ve Semptomlara Etki Eden Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Tartışılması

HD tedavisi alan bireyler yaşamları boyunca birçok semptom yaşamakta ve bu semptomlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada, bireylerin en çok yaşadıkları semptomların sırasıyla; yorgun hissetme veya enerjide azalma, deride kuruluk, endişelenme ve kas krampları olduğu saptanmıştır. Fleishman ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireyler en sık yorgunluk, cinsel doyumda zorlanma, cinsel ilgide azalma, endişe, uykuyu sürdürme zorluğu ve uykuya dalma güçlüğü yaşamaktadır [186]. Hindistan ve Deniz'in (2018) çalışmasında HD tedavisi alan bireyler en sık yorgun hissetme/enerjide azalma, kas krampları ve kemik/eklem ağrısı semptomlarını deneyimlediklerini belirtmişlerdir [80]. Atik ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ise hastaların en sık deneyimlediği üç semptomun sırasıyla yorgunluk ve enerjide azalma, kemik ve eklem ağrısı ve uykuya devam etme güçlüğü olduğu saptanmıştır [48]. Bu çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. HD tedavisi alan bireylerde hastalığa ve tedaviye bağlı vücut sistemleri üzerindeki değişimler, diyaliz yeterliliği, çekilen sıvı miktarı ve çekim hızı gibi etkenler semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmada daha çok yorgunluk yaşanmasının nedeni bireylerin çoğunun ileri yaşta olması, ek kronik hastalıkların varlığı ve bireylerin önemli bir kısmının haftanın en az 3 günü HD tedavisi alıyor olması olabilir. Atık maddelerin vücuttan atılamamasına bağlı olarak deride birikmesi ve ilerleyen yaş ile derinin nemliliğini kaybetmesi deride kuruluk ve kaşıntı semptomunun yaşanmasında etkili olmaktadır. HD tedavisi alan bireylerin yaşının ileri olması durumu da deride kuruluk semptomunun yaşanması sıklığını ayrıca arttırmaktadır [187].

Bu çalışmada HD tedavisi alan bireylerin diyaliz semptomlarını deneyimleme düzeylerinin ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. HD tedavisi alan bireylerin semptom düzeylerini değerlendirmek için Akgöz ve Arslan'nın (2017) [189] yaptığı çalışmada semptom düzeyinin orta olduğu, Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) [11] çalışmasında düşük olduğu, Gamondi ve arkadaşlarının (2013) [189] çalışmasında ise yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki bireylerin %73,20'sinde haftalık HD seansının 3 ve daha fazla kez olması semptom düzeyinin düşük olmasının nedeni olabilir.

Bu çalışmada artan yaş ile birlikte semptom yoğunluğunun arttığı saptanmıştır. Literatürde benzer sonucun elde edildiği çalışmaların [10, 74, 187, 190] yanı sıra yaş ile semptom yoğunluğu arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da yer

almaktadır [80, 192]. İlerleyen yaş ile birlikte temel fizyolojik süreçlerde yavaşlama, ek kronik hastalıkların varlığı, HD'ye bağlı komplikasyon gelişme riskindeki artış gibi pek çok faktör diyaliz semptom yoğunluğunu arttırabilmektedir [10].

Eğitim durumuna göre deneyimlenen semptom yoğunluğunun farklılaştığı ilkökul-ortaokul, lise ve üstü eğitime sahip olan bireylere göre okuryazar olan bireylerde diyaliz semptom yoğunluğunun daha yüksek bulunmuştur. Literatürde okuryazar olmayan bireylerin semptom şiddetlerinin daha yüksek olduğunu belirleyen çok sayıda çalışma yer almaktadır [74, 80, 187 ve 192]. Düşük eğitim düzeyinin, semptom yoğunluğunu arttırdığı görülmektedir. Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktördür. Düşük eğitim düzeyinin bireylerde daha fazla semptom gelişimine neden olması; bireylerin hastalık, tedavi ve baş etme yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada haftalık HD seansı 3 kez ve daha fazla olanlara göre 1-2 kez olan bireylerin diyaliz semptom yoğunluğu daha yüksek bulunmuştur. Sık ve düzenli diyaliz uygulamasının SDBY nedeniyle gelişebilecek semptomları azalttığı ve sağ kalımı iyileştirdiği bilinmektedir [197].

HD tedavi süresinin diyaliz semptom yoğunluğunu etkilediği, 6 ay-2 yıl ve 3-5 yıl olanlara göre 9 yıl ve üzeri olanlarda diyaliz semptom yoğunluğunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akgöz ve Arslan'ın (2016) çalışmasında HD tedavi süresinin diyaliz semptomlarına etki etmediği belirlenmiştir [188]. HD tedavi süresinin artması ile bireylerin kardiyovasküler, hematopoetik, metabolik ve endokrin sistem fonksiyonları hastalık ve tedavi sürecinden daha fazla etkilenmekte olup bu durum semptom yoğunluğunu arttırmaktadır [193].

Bu çalışmada başka kronik hastalığı olan bireylerde diyaliz semptom yoğunluğunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatür verilerini destekler niteliktedir [80, 188 ve 194]. Birden fazla sayıda kronik hastalığa sahip olan bireylerde semptom yoğunluğunun arttırması olağandır.

Damara erişim yoluna göre HD tedavisi alan bireylerde diyaliz semptom yoğunluğunun farklılaştığı, semptom yoğunluğunun diyaliz katateri olan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hindistan ve Deniz'in (2018) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir. Damara erişim yolu, diyaliz yeterliliğinde önemli olup fistül yeterlilik açısından avantaj sağlamaktadır [80].

5.3. HD Tedavisi Alan Bireylerin Hastalığa Uyumları ile Semptom Yönetimi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

HD tedavisi alan bireyler, hastalık ve tedavi sürecine bağlı birçok semptom deneyimlemekte ve sürece uyumları zorlaşmaktadır [13, 29]. Bu çalışmada HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyumlarının artması ile deneyimledikleri semptomların azaldığı saptanmıştır. Kaplan'ın (2016) çalışmasında HD tedavisi alan bireylerdeki artan sıvı kontrol uyumunun deneyimlenen semptomları azalttığı belirlenmiştir [193]. Weisbord ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında depresif belirtiler ve ağrının bağımsız olarak diyalize uyumsuzlukla ilişkili olduğu saptanmıştır [195]. Ossareh ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise depresyon semptomları olan bireylerin tıbbi tedaviye uyumsuzlukları 3 kat daha fazla bulunmuştur [196]. Bizim çalışmamızda HD tedavisi alan bireylerin hastalık ve tedavi uyumlarının artırılması ile yaşadıkları semptomların azaltılabileceği görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

HD tedavisi alan bireylerdeki hastalığa uyum düzeyi, semptom yönetimi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve hastalığa uyum ile semptom yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları;

- Çalışmamıza katılan bireylerin genel olarak hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel, en düşük uyumun ise sosyal alanda olduğu saptanmıştır.
- Kadın, evli, lise ve üstü eğitimi olan, ekonomik durumu iyi ve orta olan, çalışan, HD tedavi süresi 6-8 yıl olan, başka kronik hastalığı olmayan ve fistülü olan bireylerin hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- HD tedavisi alan bireylerin deneyimledikleri diyaliz semptom yoğunluğunun ortalamanın altında olduğu saptanmıştır.
- Okuryazar, haftalık HD seansı 1-2 kez, HD tedavi süresi 9 yıl ve üzeri, başka kronik hastalığı ve diyaliz katateri olan bireylerin diyaliz semptomlarını daha fazla deneyimlediği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- HD tedavisi alan bireylerin artan yaş ile birlikte diyaliz semptomlarını daha fazla deneyimledikleri saptanmıştır ($r=0,201$; $p<0,01$).
- HD tedavisi alan bireylerin artan yaş ile birlikte hastalığa uyumlarının azaldığı saptanmıştır ($r=-0,366$; $p<0,01$).
- HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyumun artması ile deneyimlenen diyaliz semptomlarının azaldığı saptanmıştır ($r=-0,155$; $p<0,05$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- HD hemşirelerinin, bakım ve tedavilerin planlanması sürecinde bireylerin hastalığa uyumlarını ve semptom düzeylerini değerlendirmeleri, süreci olumsuz etkileyen faktörlerin dikkate alarak planlama yapmaları,
- Bireylerin KBY ve HD tedavisine bağlı yaşadıkları semptomlarla ilgili ayrıntılı verilerin toplanıp semptomların erken tanınarak izlenmesi ve yönetimi için tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- Bireylere hastalığa uyumun, HD tedavisi üzerindeki olumlu etkilerinin aktarılacağı eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hastalık ve tedavi sürecine ilişkin sağlanacak her türlü eğitim ve uygulamanın, bireylerin

psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde planlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığı ve Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 53–59.
2. Metin, S. ve Kızıltan, G. (2013). Çocuklarda Kronik Böbrek Yetmezliği, Beslenme ile İlgili Risk Faktörleri ve Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Dergisi*, 8(2), 53–63.
3. Karaca, A. ve Yeşiltepe, K. G. (2013). Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım. Durna Z. (ed.). *İç hastalıkları hemşireliği* (ss. 466-481) içinde, 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
4. Rusa, S. G., Peripato, G. I., Pavarini, S. C. I., Inouye, K., Zazzetta, M. S. and Orlandi, F. D. S. (2014). Quality of Life/Spirituality, Religion and Personal Beliefs of Adult and Elderly Chronic Kidney Patients Under Hemodialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 911–917. doi:10.1590/0104-1169.3595.2495.
5. Bello, A. K., Levin, A., Lunney, M., Osman, M. A., Ye, F., Ashuntantang, G. E., Bellorin-Font, E., Benganem, G., M., Ghnaimat, M., Harden, P., Jha, V., Kalantar-Zadeh, K., Kerr, P. G., Ossareh, S., Perl, J., Rondeau, E., Solá, L., Tesar, V., Tchokhonelidze, I., T. K., Rashid, H. U., Yang, C. W., Zemchenkov, A., Zhao, M. H., Jager, K. J., Caskey, F., Perkovic, V., Okpechi, I. G., Tonelli, M., Feehally, J., Harris, D. C. and Johnson, D. W. (2019). Global Kidney Health Atlas: A report by the International Society of Nephrology on the Global Burden of End-stage Kidney Disease and Capacity for Kidney Replacement Therapy and Conservative Care across World Countries and Regions. *International Society of Nephrology*, Brussels, Belgium. https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAAtlas_2019_WebFile-1.pdf adresinden erişildi.
6. Öztürk, S. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Kendini Algılama Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi , Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
7. Şanlıtürk, D., Ovayolu, N. ve Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 17-25.
8. United States Renal Data System. (2021). USRDS Annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. URL: <https://adr.usrds.org/2021/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities>. Son Erişim Tarihi: 03/08/2022.
9. Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (eds.). (2021). Türkiye 2020 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
10. Demiroğlu, S. ve Bülbül, E. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ve Diyaliz Semptomlarıyla İlişkisi/The Relationship of Patients Receiving Hemodialysis with Depression, Anxiety, Stress Conditions and Dialysis Symptoms. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 124-133.

11. Yılmaz, F. T., Havva, S., Kumsar, A. K., Aygin, D., Sipahi, S. ve Genç, A. B. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Umud Düzeyleri, Semptom Kontrolü ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 35-43.
12. Tayaz, E. ve Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156.
13. Akgöz, N. ve Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 20-28.
14. Akyol, A. D. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 17-33.
15. Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. F. and Stumm, E. (2020). Quality of Life of Chronic Kidney Patients on Hemodialysis and Related Factors. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>.
16. Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R. ve Özel, S. (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.
17. de Alencar, S. B., de Lima, F. M., Dias, L. D. A., Dias, V. D. A., Lessa, A. C., Bezerra, J. M., Apolinario, J. F. and de Petribu, K. C. (2019). Depression and Quality of Life in Older Adults on Hemodialysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 195-200.
18. Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 132-136.
19. Wang, R., Tang, C., Chen, X., Zhu, C., Feng, W., Li, P. and Lu, C. (2016). Poor Sleep and Reduced Quality of Life Were Associated with Symptom Distress in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*, 14, 1-8.
20. Ergin, M. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz-Bakım Gücü, Hastalığa Uyum Ve Sıvı Kontrolü İlişkisinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
21. Ibrahim, S., Hossam, M. and Belal, D. (2015). Study of Non-compliance Among Chronic Hemodialysis Patients and Its Impact on Patients' Outcomes. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation*, Saudi Arabia, 26(2), 243-249. doi:10.4103/1319-2442.152405.
22. Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M. and Zaidi, S. T. (2015). Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. *PloS one*, 10(12), e0144119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>.
23. Tayebi, A., Einollahi, B., Rahimi, A. and Sirati-Nir, M. (2019). Non-adherence to Treatment Among Iranian Dialysis Patients, A Systematic Review. *Iranian journal of kidney*

diseases, 13(6), 347-361.

24. Kutner, N., Zhang, R. H., McClellan, W. M. and Cole, S. A. (2002). Psychosocial Predictors of Non-compliance in Haemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 17(1), 93-9. <https://doi.org/10.1093/ndt/17.1.93>.

25. Saran, R., Bragg-Gresham, J. L., Rayner, H. C., Goodkin, D. A., Keen, M. L., Van Dijk, P. C., Kurokawa, K., Piera, L., Saito, A., Fukuhara, S., Young, E. W., Held, P. J. and Port, F. K. (2003). Nonadherence in Hemodialysis: Associations with Mortality, Hospitalization, and Practice Patterns in the DOPPS. *Kidney international*, 64(1), 254-262. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00064.x>.

26. Sert, H., Kumsar, A. K., Aygin, D., Sipahi, S. ve Yılmaz, F. T. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Umut Düzeyleri, Semptom Kontrolü ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 35-43. doi:10.31067/0.2019.197.

27. Mollaoğlu, M. ve Başer, E. (2021). Investigation Of Effect On Activities of Daily Living&Symptoms In Hemodialysis Patients. <https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/2019-prague-presentations/O-60-Mukadder-Mollaoğlu.psf%0A> adresinden erişildi.

28. Nadri, A., Khanoussi, A., Hssaine, Y., Chettati, M., Fadili, W. and Laouad, I. (2020). Impact de l'éducation du patient en hémodialyse sur le respect des mesures diététiques et sur la restriction aux liquides [Effect of a Hemodialysis Patient Education on Fluid Control and Dietary]. *Nephrologie and Therapeutique*, 16(6), 353-358. French. doi: 10.1016/j.nephro.2020.03.011. PMID: 33132076.

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

30. Bland, R. J., Cortrell, R. R. and Guyler, L. R. (2008). Medication Compliance of Hemodialysis Patients and Factors Contributing to Non-compliance. *Dialysis and Transplantation*, 37(5), 174-178.

31. Zhianfar, L., Nadrian, H., Jafarabadi, M. A., Espahbodi, F. and Shaghaghi, A. (2020). Effectiveness of A Multifaceted Educational İntervention to Enhance Eherapeutic Regimen Adherence and Quality of Life Amongst İranian Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial (MEİTRA Study). *Multidisciplinary Healthcare*, 13, 361-372.

32. Tao, W. W., Tao, X. M., Wang, Y. and Bi, S. H. (2020). Psycho-social and Educational İnterventions for Enhancing Adherence to Dialysis in Adults With End-stage Renal Disease: A Meta-analysis. *Clinical Nursing Studies*, 29(15-16), 2834-2848.

33. Murali, K. M. and Lonergan, M. (2020). Breaking The Adherence Barriers: Strategies to İmprove Treatment Adherence İn Dialysis Patients. *Seminars in Dialysis*, 33(6), 475-485.

34. Clark, S., Farrington, K. and Chillcot, J. (2014). Nonadherence in Dialysis Patients: Prevalence, Measurement, Outcome, and Psychological Determinants. *Seminars in Dialysis*, 27(1), 9-42.
35. Özkurt, S., Sağlan, Y., Gölgeli, H., Sağlan R., Balcıoğlu, H., Bilge, U. ve Ünlüoğlu, İ. (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 83-275.
36. Zengin, N. ve Ören, B. (2015). Hemodiyaliz Hastalarının Tuzdan Kısıtlı Diyetle Uyumlarının İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 39-49.
37. Özkan, Z. K., Ünver, S., Çetin, B. ve Ecder, T. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kontrolüne Yönelik Uyumlarının Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(1), 10-16.
38. Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D. and Turker, T. (2019). Nonadherence in Hemodialysis Patients and Related Factors: A Multicenter Study. *Nursing Research*, 27(4), 36.
39. Dantas, L. G., Rocha, M. S., and Cruz, C. M. S. (2020). Non-adherence to Hemodialysis, Perception of The İllness, and Severity of Advanced Nephropathy. *Brazilian Journal of Nephrology*, 42(4), 413-419.
40. Halle, M. P., Nelson, M., Kaze, F. F., Jean Pierre, N. M. O., Denis, T., Fouda, H. and Ashuntantang, E. G. (2020). Non-adherence to Hemodialysis Regimens Among Patients on Maintenance Hemodialysis in Sub-Saharan Africa: An Example from Cameroon. *Renal Failure*, 41(1), 1022-1028. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0147>.
41. Antony, E., James, M., Roy, A. and George, S. (2020). Assessment of Treatment Adherence and Its Predictors in Maintenance Hemodialysis Patients. *Asian Journal of Research in Nephrology*, 22-29.
42. Varghese, S. A. (2021). A Comparative Study of Treatment Adherence Among In-Center Hemodialysis Patients Based on Years on Dialysis and Demographic Factors. *Social Service Research*, 47, 736-742.
43. León-Torres, E. A., Mesa-Cano, I. C. and Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Adherence, Anxiety and Depression Associated With Hemodialysis Treatment in Patients with Chronic Kidney Disease. *Innovative Science and Research Technology*, 6(3), 208-2018.
44. Karasneh, R., Al-Azzam, S., Altawalbeh, S. M., Alshogran, O. Y. and Hawamdeh, S. (2020). Predictors of Symptom Burden Among Hemodialysis Patients: A Cross-sectional Study at 13 Hospitals. *International Urology and Nephrology*, 52(3), 959-967.
45. van der Willik, E. M., Hemmelder, M. H., Bart, H. A., van Ittersum, F. J., Hoogendijk-van den Akker, J. M., Bos, W. J. W., Dekker, W. F. and Meuleman, Y. (2020). Routinely Measuring Symptom Burden and Health-related Quality of Life in Dialysis Patients: First Results from The Dutch Registry of Patient-reported Outcome Measures. *Clinical Kidney Journal*, 14(6), 1535-1544.

46. Ng, M., Wong, C. L., Choi, K. C., Hui, Y. H., Ho, E. H. S., Miaskowski, C. and So, W. K. W. (2021). A Mixed Methods Study of Symptom Experience in Patients With End-Stage Renal Disease. *Nursing Research*, 70(1), 34-43. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000479>.
47. Ozen, N., Cepken, T. and Sousa, C. N. (2021). Does Adequate Hemodialysis Prevent Symptoms?: A National Cross-Sectional Survey. *Clinical nursing research*, 30(3), 334-342.
48. Atik, D., Karatepe, H., and Yuce, U. O. (2020). The Relationship Between Fluid Control and Disease Adaptation Levels with Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis. *Basic and Clinical Health Sciences*, 4(3), 264-271.
49. KDIGO 2012 Guideline for Evaluation and Management of CKD. (2013). *Kidney Int Suppl* 3(1), 19–62. <https://www.kidney-international.org> adresinden erişildi.
50. Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (eds.). (2016). Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. *İç temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (ss. 376-387) içinde. 1.Baskı, Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
51. Parlar, K. S. (2019). Böbrek Yetersizliği ve Bakım Yönetimi. S. Özer (Ed.). *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği* (ss. 487-501) içinde. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
52. ERA-EDTA Registry. Annual Report 2019, <https://www.era-online.org/en/registry/publications/annual-reports/> (Erişim Tarihi: Ekim 2022).
53. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı*. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa.
54. Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Bragg-Gresham, J., Chen, X., Gipson, D., Gu, H., Hirth, R. A., Hutton, D., Jin, Y., Kapke, A., Kurtz, V., Li, Y., McCullough, K., Modi, Z., Morgenstern, H., Mukhopadhyay, P., Pearson, J., Pisoni, R., Repeck, K., Schaubel, D. E., Shamraj, R., Steffick, D., Turf, M., Woodside, K. J., Xiang, J., Yin, M., Zhang, X. and Shahinian, V. (2020). US Renal Data System 2019 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(1), A6-A7.
55. Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (eds.). (2020). *Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
56. National Kidney Foundation (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of The National Kidney Foundation*, 39(2), 1-266.
57. Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Zeeuw, D.E., Hostetter, T. H., Lameire, N. and Eknoyan, G. (2005). Definition and Classification of Chronic Kidney Disease: A Position Statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67(6), 2089-2100.
58. Levin, A., Stevens, P. E., Bilous, R. W., Coresh, J., De Francisco, A. L., De Jong, P.

- E., Griffith, K. E., Hemmelgam, B. R., Iseki, K., Lamb, E. J., Lewey, A. S., Riella, M. C., Shlipak, M. G., Wang, H., White, C. T. and Winearls, C. G. (2013). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150. doi:10.1038/KISUP.2012.73.
59. Bonner, A., Caltabiano M. and Berlund, L. (2013). Quality of Life, Fatigue, and Activity in Australians with Chronic Kidney Disease: a Longitudinal Study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 360-367.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı* (2014-2017). Ankara: Anıl Reklam Matbaa.
61. National Kidney Foundation. (2015). KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysisadequacy. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884-930.
62. Akpolat, T. ve Utaş, C. Böbrek yetmezliği: Genel Bilgiler https://demo3.pleksus.com.tr/nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf (Erişim Tarihi: 05.07.2022).
63. İnternet: Furuncuoğlu, Y. (2021). Vücudun kimyasını kan testleri çözüyor. URL: <https://www.medicalpark.com.tr/vucudun-kimyasini-kan-testleri-cozuyor/hg-1204>. Son Erişim Tarihi: 20.06.2021.
64. Karadakovan, A. ve Aslan, F. E. (eds.). (2020). Üriner Sistem Hastalıkları. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (ss. 895-913) içinde. 5. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
65. İnternet: Akpolat, T. (2018). Böbrek Görüntüleme Yöntemleri. URL: <http://tekinakpolat.com/bobrek-goruntuleme-yontemleri/>. Son Erişim Tarihi: 20.06.2021.
66. Akpolat, T. ve Utaş, C. (2008). Böbrek Yetmezliği: Genel bilgiler. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* içinde. 1.Baskı, Samsun.
67. Tayaz, E. (2019). Multidisciplinary Evaluation of Chronic Renal Failure and Hemodialysis. *Turk J Nephrol*, 28(4), 9-303.
68. Sezen, A. (Ed.). (2014). *Diyaliz Hemşireliği* (ss.121-125) içinde. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
69. Tanrıverdi, M. H., Karadağ, A. Ve Hatipoğlu, E. Ş. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2), 27-32.
70. Zedelemmez, A. ve Çağlar, M. (2019). Hemodiyaliz Hastalarında Yeterli Diyaliz En Doğru Nasıl Değerlendirilir? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 70-74.
71. Taylan, S. ve Özkan, İ. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Semptom Kümelerinin Cinsel İşlev ile İlişkisi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği*, 15(2), 79-88.

72. Bossola, M., Pepe, G., Picca, A., Calvani, R. and Marzetti, E. (2019). Treating Symptoms to Improve The Quality of Life in Patients on Chronic Hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 51(5), 885-887.
73. Flythe, J. E., Powell, J. D., Poulton, C. J., Westreich, K. D. and Handler, L., Reeve, B. B. and Carey, T. S. (2015). Patient-reported Outcome Instruments for Physical Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(6), 46-1033.
74. Demir, C. A. ve Özer, Z. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom ve Konfor İlişkisi The Relationship of Symptoms and Comfort in Patients Receiving Hemodialysis, 17(1), 10-20. doi:10.47565/ndthdt.2022.49.
75. Uyar, M. ve Köken, İ. (2017). Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. *TOTBID Dergisi*, 16(2), 70-76.
76. Bahçecioğlu, T. G., Çelikkilek, F. ve Özer, Z. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı İnançlarının Ağrı Yönetimine Etkisi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği*, 15(3), 226-234.
77. Mollaoğlu M. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Ağrı (ss. 25-31) içinde. Yurtsever, S. (Ed.). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.
78. Gerogianni, G., Polikandrioti, M., Babatsikou, F., Zyga, S., Alikari, V., Vasilopoulos, G., Gerogianni, S. and Grapsa, E. (2019). Anxiety–depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina*, 55(5), 168.
79. Al-Shammari, N., Al-Modahka, A., Al-Ansari, E., Al-Kandari, M., Ibrahim, K. A., Al-Sanea, J., Al-Sabah, R. and Albatineh, A. N. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety, and Their Associations Among End-stage Renal Disease Patients on Maintenance Hemodialysis: A Multi-center Population-based Study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(9), 1134-1142.
80. Hindistan, S. ve Deniz, A. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi. *Bezmiâlem Science*, 6, 8-112.
81. Brkovic, T., Burilovic, E. and Puljak, L. (2016). Prevalence and Severity of Pain in Adult End-stage Renal Disease Patients on Chronic Intermittent Hemodialysis: A Systematic Review. *Patient preference and adherence*, 10, 1131-1150.
82. Masajtis-Zagajewska, A., Pietrasik, P., Krawczyk, J., Krakowska, M., Jarzębski, T., Pietrasiewicz, B., Zbróg, Z. and Nowicki, M. (2011). Similar Prevalence but Different Characteristics of Pain in Kidney Transplant Recipients and Chronic Hemodialysis Patients. *Clinical transplantation*, 25(2), 144-151.
83. İtişgen, V. ve Kara, B. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı Yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 18-25.
84. Dolati, S., Tarighat, F., Pashazadeh, F., Shahsavarinia, K., Gholipouri, S. and Soleimanpour, H. (2020). The Role of Opioids in Pain Management in Elderly Patients with

Chronic Kidney Disease: A Review Article. *Anesth Pain Med*, 10(5), 105754. doi:10.5812/aapm.105754.

85. Ghonemy, T. A., Allam, H. M., Elokely, A. M., Kadry, Y .A. and Omar, H. M. (2016). Chronic Pain in Hemodialysis Patients: Role of Bone Mineral Metabolism. *Alexandria Journal of Medicine*, 52(4), 337-342.

86. Yeşil, S., Karşlı, B., Kayacan, N., Süleymanlar, G. ve Ersoy, F. (2015). Hemodiyaliz Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Ağrı Değerlendirmesi. *Ağrı*, 27(4), 197-204.

87. Ataş, B. D., Arıkan, H., Ecder, S. A. ve Çiftçi, H. (2017). Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 26(2), 171-176.

88. Çakar, M., Kınacı, E. ve Ataoğlu, S. (2021). Ağrı Yönetiminde Alternatif Bir Yaklaşım: Kahkaha Terapisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 108-114.

89. Zins, S., Gross, C. R. and Hooke, M. C. (2018). Complementary Therapies for Pain Among Individuals Receiving Hemodialysis: A Systematic Review. *Nephrology Nursing Journal*, 45(1), 13-24.

90. İtişgen, V. ve Kara, B. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı Yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2(2), 18-25.

91. Ünver, S., Yıldırım, M. ve Ünal, E. (2013). Placebo Effect of Saline in Pain Management: Compared Study with Hemodialysis and Non-hemodialysis Nurses' Experiences. *Ağrı*, 25(4), 62-156.

92. Habas, E., Rayani, A., Alkanonie, W., Habas, A., Alzoukie, E., Razeik, S., Alhabash, S., Emssade, S. and Marghani, A. (2019). Common Complications During Hemodialysis Session; Single Central Experience. *Austin Journal of Nephrology and Hypertension*, 6(1), 1078.

93. Asgari, M. R., Asghari, F., Ghods, A. A., Ghorbani, R., Motlagh, N. H. and Rahaei, F. (2017). Incidence and Severity of Nausea and Vomiting in A Group of Maintenance Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Injury Prevention*, 6(1), 49.

94. Rhee, E. P., Guallar, E., Hwang, S., Kim, N., Tonelli, M., Moe, S. M., Himmelfarb, J., Thadhani, R. I., Powe, N. R. and Shafi, T. (2020). Prevalence and Persistence of Uremic Symptoms in Incident Dialysis Patients. *Kidney360*, 1(2), 86-92. <https://doi.org/10.34067/kid.0000072019>.

95. Akyol, D., Seçgin, R. and Tokem, Y. (2022). Hemodiyaliz Hastalarında Bulantı-Kusma Yönetiminde Yaklaşımlar. *Journal of Nephrology Nursing*, 17(2), 66-74.

96. Li, C., Chen, L., He, L., Zhang, Y., Chen, H., Liu, Y., Tang, S. and Zheng, H. (2022). Study on The Relationship Between Sarcopenia and Its Components and Anorexia in Elderly Maintenance Haemodialysis Patients. *Nursing Open*, 9(2), 1096-1104.

<https://doi.org/10.1002/nop2.1149>.

97. Akyıl, R. Ç. ve Kahraman A. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi: İştahsızlık. Yurtsever S (Ed.). Hemodiyaliz Hastalarında Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-8.

98. Kovesdy, C. P., Kopple, J. D. and Kalantar-Zadeh, K. (2013). Management of Protein-energy Wasting in Non-dialysis-dependent Chronic Kidney Disease: Reconciling Low Protein Intake with Nutritional Therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1163-1177. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.036418>.

99. Raymond, M., Hakim, M. D. and Levin, N. (1993). Malnutrition in Hemodialysis Patients. *Am Journal of Kidney Disease*, 37-125.

100. Moledina, D. G., and Wilson, F. P. (2015, July). Pharmacologic Treatment of Common Symptoms in Dialysis Patients: A Narrative Review. *In Seminars in Dialysis*, 28(4), 377-383. <https://doi.org/10.1111/sdi.12378>

101. Dousdampanis, P., Trigka, K., Ntouvas, I., Assimakopoulos, S. F., Musso, C. G. and Papadoulas, S. (2019). Cramps During Hemodialysis: Are They Always Innocent? *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 30(4), 985.

102. Cunningham, R. and Henrich, W. L. (2006). Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması. W. L. Henrich (Ed.). *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastada En İyi Diyaliz Tercihlerinin Seçilmesi* (ss. 103-110) içinde, İstanbul: Düzey Matbacılık.

103. Daugirdas, J. T., Blake, G. P. and Ing, S. T. (eds.). (2020). Bozfakıoğlu, S., Yazıcı, H., Çalışkan, K. Y. (çev. eds.). *Diyaliz el kitabı* (ss.1-137) içinde. Güneş Tıp Kitabevleri.

104. Mastnardo, D., Lewis, J. M., Hall, K., Sullivan, C. M., Cain, K., Theurer, J. and Sehgal, A. R. (2016). Intradialytic Massage for Leg Cramps Among Hemodialysis Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *International journal of Therapeutic Massag Eand Bodywork*, 9(2), 3.

105. Fat, M. J., Kokokyi, S. and Katzberg, H. D. (2013). Neurologist Practice Patterns in Treatment of Muscle Cramps in Canada. *Journal of Foot and Ankle Research*, 6(1), 1-2.

106. Kavurmacı, M. ve Tan, M. (2015). Üremik Kaşıntı ve Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 11-99.

107. Cürçani, M. and Tan, M. (2014). The Effect of Aromatherapy on Haemodialysis Patients' Pruritus. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3356-3365.

108. Altınok, N. ve Akyar İ. (2018). Validity and Reliability of 5-D Itch Scale on Chronic Renal Disease Patients. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 61-455.

109. Agarwal, P., Garg, V., Karagaiah, P., Szepletowski, J.C., Grabbe, S. and Goldust, M. (2021). Chronic Kidney Disease-Associated Pruritus. *Toxins*, 13(8), 527. <https://doi.org/10.3390/toxins13080527>

110. Çalışkan, T. ve Pakyüz, S. Ç. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(3), 84-96.
111. Tuncay F. Ö. ve Fertelli T. K. (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve İlişkili Faktörler. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(1), 32-40.
112. Swarna, S. S., Aziz, K., Zubair, T., Qadir, N. and Khan, M. (2019). Pruritus Associated with Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*, 11(7).
113. Uysal, H. ve Karataş, C. (2017). Kronik Böbrek Yetersizliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, Hacettepe Üniversitesi *Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 49-61.
114. Yıldırım, Y. ve Deniz, A. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi: Konstipasyon. S. Yurtsever (Ed.). *Hemodiyaliz hastalarında kanıta dayalı semptom yönetimi* (ss.16-24), 1.Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri.
115. Zuvela, J., Trimingham, C., Le Leu, R., Faull, R., Clayton, P., Jesudason, S. and Meade, A. (2018). Gastrointestinal Symptoms in Patients Receiving Dialysis: A Systematic Review. *Nephrology*, 23(8), 718-727.
116. Dos Santos, R. G., Scatone, N. K., Malinovski, J., Sczip, A. C., de Oliveira, J. C., Morais, J. G., Rmos, C. I. and Nerbass, F. B. (2021). Higher Frequency of Fruit İntake is Associated with a Lower Risk of Constipation in Hemodialysis Patients: a Multicenter Study. *Journal of Renal Nutrition*, 31(1), 85-89.
117. Ertürk, M. (2019). Kronik Böbrek Yetmezlikli Hemodiyaliz Hastalarının Gastrointestinal Semptomlarının, Yaşam Kalite Düzeylerinin ve Hipoalbuminemi Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
118. Işık, K. (2017). Neuman Sistem Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Hemodiyaliz Hastalarında Semptom Gidermeye ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
119. Çaydam, Ö. D. ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları ve Bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 60-72.
120. Abbasi, P., Mojalli, M., Kianmehr, M. and Zamani, S. (2019). Effect of Acupressure on Constipation in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Double-blind Controlled Clinical Trial. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, 9(1), 84–91.
121. Kamei, D., Kamei, Y., Nagano, M., Mineshima, M., Nitta, K. and Tsuchiya, K. (2020). Elobixibat Alleviates Chronic Constipation in Hemodialysis Patients: A Questionnaire-based Study. *BMC Gastroenterology*, 20(1), 1-8.
122. Fonseca T. N, Urbano J. J, Nacif S. R, Silva S. A. and Peixoto O. A. (2016). A Systematic Review of Sleep Disorders in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Journal of Physical Therapy Science*; 28(7): 2164-2170.

123. Turgay, G. and Duygu, K. E. S. (2019). Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Bozuklukları ve Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 63-69.
124. Hejazian, S. M., Ahmadian, E., Zununi Vahed, S., Faraji Gogani, L. and Farnood, F. (2021). The Association of Sleep Quality and Vitamin D Levels in Hemodialysis Patients. *BioMed Research International*.
125. Maung S., Sara E., Chapman C., Cohen D. and Cukor D. (2016). Sleep Disorders and Chronic Kidney Disease. *World journal of nephrology*, 5(3), 224-232.
126. Boz, E. ve Topbaş, E. (2021). Ev Hemodiyalizinde Yaşanan Uyku Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı/Sleep Problems, Quality of Life and Nursing Care in Home Hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(2), 67-72.
127. Soleimani, F., Motaarefi, H. and Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Effect of Sleep Hygiene Education on Sleep Quality in Hemodialysis Patients. *Journal of clinical and diagnostic research*, 10(12), LC01.
128. Lie, J. D., Tu, K. N., Shen, D. D. and Wong, B. M. (2015). Pharmacological Treatment of Insomnia. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(11), 759.
129. Akyol, A., Yurdusever, S., Kırkayak, A. T., Sifil, H. M. and Ecder, T. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Sorunlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 59-67.
130. Usta, Y. Y. ve Demir, Y. (2014). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(1).
131. Ju, A., Teixeira-Pinto, A., Tong, A., Smith, A. C., Unruh, M., Davison, S. N. and Rutherford, C. (2020). Validation of a Core Patient-reported Outcome Measure for Fatigue in Patients Receiving Hemodialysis: the SONG-HD fatigue instrument. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 15(11), 1614-1621.
132. İlter, S. M. ve Ovayolu, Ö. (2022). Hemodiyaliz Hastalarının Yorgunluk Yönetiminde Kanıta Dayalı İntegratif Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi *Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 82-88.
133. Flythe, J. E., Xue, H., Lynch, K. E., Curhan, G. C. and Brunelli, S. M. (2015). Association of Mortality Risk with Various Definitions of Intradialytic Hypotension. *Journal of the American Society of Nephrology*, 26(3), 724-734.
134. Reeves, P. B. and Mc Causland, F. R. (2018). Mechanisms, Clinical İmplications, and Treatment of İntradialytic Hypotension. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(8), 1297-1303.
135. Karaer, R., Paydas, S. and Duranay, M. (2021). Hemodiyaliz Hastalarında Basamaklı Ultrafiltrasyon Hız Düşüş Profil Uygulamasının İnradiyalitik Hipotansiyona Etkisi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 54(2), 210-213.

136. Kesik, G. ve Özdemir, L. (2019). İntradiyalitik Hipotansiyon ve Önlemeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 58-63.
137. Avcı, M. (2019). Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sırasında Besin Tüketiminin Kan Basıncına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
138. Muslu, H. (2005). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar Ve Danışmanlık Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 29-36.
139. Matteson, M. L. and Russell, C. (2010). Interventions to Improve Hemodialysis Adherence: A Systematic Review of Randomized-controlled Trials. *Hemodialysis international*, 14(4), 370-382.
140. Esen, B., Kahvecioglu, S., Atay, A. E., Ozgen, G., Okumus, M. M., Seyahi, N. and Kadioglu, P. (2015). Evaluation of Relationship Between Sexual Functions, Depression and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease at Predialysis Stage. *Renal failure*, 37(2), 262- 267.
141. Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Van Der Veen, E., Nicolai, M. P., Ringers, J., Den Oudsten, B. L. and Elzevier, H. W. (2017). The Discussion of Sexual Dysfunction Before and After Kidney Transplantation from The Perspective of the Renal Transplant Surgeon. *Progress in Transplantation*, 27(4), 354-359.
142. Göriş, S. ve Bilgi, N. (2015). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 68-74.
143. Bayram, R. (2020). Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
144. Savadi, H., Khaki, M., Javnbakht, M. and Pourrafiee, H. (2016). The Impact of Hemodialysis on Sexual Function in Male Patients Using the International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF). *Electronic Physician*, 8(5), 2371-2377.
145. Kurtulus, F. O., Salman, M. Y., Fazlioglu, A. and Fazlioglu, B. (2017). Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative study with hemodialysis and a control group. In *Transplantation Proceedings*, 49(9), 2099-2104.
146. Gatmiri, S. M., Bordbar, M., Raisi, F. and Nourian, A. (2019). Sexual Dysfunction in Female Hemodialysis Patients: A Cross Sectional Study in Iran. *Acta Medica Iranica*.
147. Saglimbene, V., Natale, P., Palmer, S., Scardapane, M., Craig, J. C., Ruospo, M. and Strippoli, G. F. (2017). The Prevalence and Correlates of Low Sexual Functioning in Women on Hemodialysis: A Multinational, Cross-sectional Study. *PloS one*, 12(6), e0179511.
148. Ataş, B .D., Arıkan, H., Ecder, S. A. ve Çiftçi, H. (2017). Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli

Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 26(2), 171-176.

149. Delgado-Domínguez, C. J., Sanz-Gómez, S., López-Herradón, A., Díaz Espejo, B., Lamas González, O., de Los Santos Roig, M., Berdud Godoy, I., Rincón Bello, A. and Ramos Sánchez, R. (2021). Influence of Depression and Anxiety on Hemodialysis Patients: The Value of Multidisciplinary Care. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3544. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073544>

150. Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandi, T., Putra, N., Laura, H., Setiawan, A., Sofyan, H. and Schouler-Ocak, M. (2021). Quality of Life, Depression, and Anxiety of Patients Undergoing Hemodialysis: Significant Role of Acceptance of the Illness. *International journal of Psychiatry in Medicine*, 56(1), 40–50. <https://doi.org/10.1177/0091217420913382>

151. Al-Shammari, N., Al-Modahka, A., Al-Ansari, E., Al-Kandari, M., Ibrahim, K. A., Al-Sanea, J., Al-Sabah, R. and Albatineh, A. N. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Their Associations Among End-stage Renal Disease Patients on Maintenance Hemodialysis: A Multi-center Population-based Study. *Psychology, Health and Medicine*, 1-9.

152. Matteson, M. L. and Russell, C. (2010). Interventions to Improve Hemodialysis Adherence: A Systematic Review of Randomized-controlled Trials. *Hemodialysis International*, 14(4), 370-382.

153. Ibrahim, S., Hossam, M. and Belal, D. (2015). Study of Non-compliance Among Chronic Hemodialysis Patients and Its Impact on Patients' Outcomes. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation*, Saudi Arabia, 26(2), 243–249. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.152405>.

154. Kim, K., Kang, G. W. and Woo, J. (2018). The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. *Journal of Korean Medical Science*, 33(14), e111. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111>.

155. Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M. and Staniszevska, A. (2018). The Impact on Quality of Life of Dialysis Patients with Renal Insufficiency. *Patient Preference and Adherence*, 12, 577–583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S156356>.

156. Mhammedi, S. A., Hamdi, F., Benabdelhak, M., Bentata, Y. and Haddiya, I. (2019). L'observance Thérapeutique: Un Autre Défi à Relever Chez l'hémodialysé Chronique [Therapeutic Compliance: Another Challenge for Patients on Chronic Haemodialysis]. *The Pan African Medical Journal*, 33, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.28.9448>.

157. Chan, Y. M., Zalilah, M. S. and Hii, S. Z. (2012). Determinants of Compliance Behaviours Among Patients Undergoing Hemodialysis in Malaysia.

158. Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M. and Zyoud, S. H. (2017). Treatment Adherence and Perception in Patients on Maintenance Hemodialysis: A Cross-sectional Study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2>.

159. Tohme, F., Mor, M. K., Pena-Polanco, J., Green, J. A., Fine, M. J., Palevsky, P. M., and Weisbord, S. D. (2017). Predictors and Outcomes of Non-adherence in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 49(8), 1471–1479.
160. Erat, A. ve Ceyhan, Ö. (2020). Motivasyonel Görüşme İle Değişime Hazırlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 58-63.
161. Wang, J., Yue, P., Huang, J., Xie, X., Ling, Y., Jia, L., Xiong, Y. and Sun, F. (2018). Nursing Intervention on the Compliance of Hemodialysis Patients with End-Stage Renal Disease: A Meta-Analysis. *Blood Purification*, 45(1–3), 102-109.
162. Wjayantii, S. and Yetti, K. (2019). Analysis of The Factors Affecting The Hospital Readmission Incidence of Hemodialysis Patients in Bandar Lampung, Indonesia. *Enfermeria Clinica*, 29, 720-724.
163. Beyebach, M., Neipp, M.D.C., García-Moreno, M. and González-Sánchez, I. (2018). Impact of nurses' Solution-focused Communication on The Fluid Adherence of Adult Patients on Hemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), 2654-2657.
164. Parker, J. R. (2019). Use of an Educational Intervention to Improve Fluid Restriction Adherence in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 46(1), 43-48
165. Yıldırım, C., Muz, G. ve Özçelik, H. (2019). Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
166. Öztürk, B. (2011). Heodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
167. Önsöz, H. B. ve Usta, Y. Ö. (2013). Reliability and Validity of The Turkish Version of The Dialysis Symptom Index in Chronic Hemodialysis Patients. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 22(1), 60-67.
168. Atik, D. ve Karatepe, H. (2016). Scale Development Study: Adaptation to Chronic İllness. *Acta Medica Mediterranea*, 32(1), 135-42.
169. Yılmaz, C. K. ve Kara, F. Ş. (2021). The Effect of Spiritual Well-being on Adaptation to Chronic İllness Among People with Chronic İllnesses. *Perspect Psychiatr Care*, 57, 318-325.
170. Chirona, G. and Bhengu, B. (2016). Contributing Factors to Non-adherence Among Chronic Kidney Disease (CKD) Patients: A Systematic Review of Literature. *Medical Clinical Reviews*, 2(4), 1-9.
171. Aslan, H., Çetkin, T. and Demir, R. (2021). Effects Of Chronic İllness Adaptation On The Healthy Lifestyle Behaviours Of Patients İn İnternal Services. *Çukurova Medical Journal*, 46(3), 1140-1149.

172. Manav, A. İ., Atik, D. ve Çapar, A. (2021). Diyabeti Olan Yetişkinlerin Koşulsuz Kendini Kabul ve Kronik Hastalığa Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 153-162.

173. Yanbaş, S. N. (2022). Kronik Hastalıkları Olan Erişkin Hastaların COVID-19 Pandemisinde Yönetim Planına Uyumunun Değerlendirilmesi, Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

174. Soodmand, M., Ghasemzadeh, G., Mirzaei Dahka, S., Mohammadi, M., Amoozadeh Lichaei, N. and Monfared, A. (2019). Self-Care Agency And Its Influential Factors In Hemodialysis Patients. *Iran Journal Of Nursing*, 32(118), 93-103

175. Aslan, H., Çetkin, T. and Demir, R. (2021). Effects Of Chronic İllness Adaptation On The Healthy Lifestyle Behaviours Of Patients İn İnternal Services. *Çukurova Medical Journal*, 46(3), 1140-1149.

176. Erken, E., Güzel, F. B., Akkuş, G., Güngör, Ö. ve Altınören, O. (2019). Genç Erişkin Hemodiyaliz Hastalarında Kırılganlık ve Kognitif Bozukluk Arasındaki İlişki, *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82 (2) , 81-88. DOI: 10.26650/2018.0037Çapar, E., & Çapar, A. (2018). Yaşlı Diyaliz Hastalarında Geriatrik Sorunlar. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 1(3), 119-125.

177. Bayram, K. A. (2022). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hasta Uymu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kütahya.

178. Yöney, G. (2020). Diyabet Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ile HBA1C İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.

179. Karatepe, H. K. ve Atik, D. (2021). Stress And Adaptation To The İllness Of Women With Cardiovascular System İllness İn Covid-19 Pandemia. *Acta Medica Mediterranea*, 1309-1316.

180. Akman, N. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

181. Lee, G. K., Wang, H. H., Liu, K. Q., Cheung, Y., Morisky, D. E. and Wong, M. C. (2013). Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*, 8(4), e62775.

182. Ibrahim, S., Hossam, M. and Belal, C. (2015). Study Of Non-Compliance Among Chronic Hemodialysis Patients And İts İmpact On Patients' Outcomes. *Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation*, 26(2), 243-249.

183. Aşiret, G. D. ve Okatan, C. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri ile Spirüüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10, 122-

128.

184. Atik, D. ve Güngör, S. (2020). *Determination of Adaptation Levels and Applications for Fistulas Care and Protection to Disease of Patients with Arteriovenous Fistula. Journal of Health Sciences*.10:58-66.

185. İnan, B., Teker, M. E., Aydın, C., Ay, Y. ve Zeybek, R. (2014). Arteriovenöz Fistül Anevrizmalarında Cerrahi Tecrübelerimiz. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 17-20.

186. Fleishman, T. T., Dreiherr, J. and Shvartzman, P. (2020). Patient-Reported Outcomes In Maintenance Hemodialysis: A Cross-Sectional, Multicenter Study. *Qual Life Res*, 29, 2345-2354. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02508-3>.

187. Dikmen, R. D. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

188. Akgöz, N. ve Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 20-28.

189. Gamondi, C., Galli, N., Schonholzer, C., Marone, C., Zwahlen H. and Gabutti, L. (2013). Frequency And Severity Of Pain And Symptom Distress Among Patients With Chronic Kidney Disease Receiving Dialysis. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 143, 1–11.

190. Caplin, B., Kumar, S. and Davenport, A. (2011). Patients' Perspective of Haemodialysis- associated Symptoms. *Nephrol Dial Transplant*, 26(8), 2656-2663.

191. Özdemir, Ö. (2021). Roy Adaptasyon Modeline göre Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Sıvı Yöntemi, Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

192. Göriş, S., Ceyhan, Ö., Taşçı, S. ve Doğan, N. (2016). Do Symptoms Related to Hemodialysis Affect Marital Adjustment? *Sex Disabil*, 34(1), 63–73.

193. Kaplan, A. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumu ve Yaşadıkları Semptomların Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

194. Senanayake, S., Gunawardena, N., Palihawadana, P., Bandara, P., Haniffa, R., Karunaratna, R. and Kumara, P. (2017). Symptom Burden in Chronic Kidney Disease; A Population Based Cross Sectional Study, *BMC Nephrology*, 18(1), 1-8.

195. Weisbord, S. D., Mor, M. K., Sevic, M. A., Shields, A. M., Rollman, B. L., Palevsky, P. M., Arnold, R. M., Green, J. A. and Fine, M. J. (2014). Associations of Depressive Symptoms and Pain with Dialysis Adherence, Health Resource Utilization, and Mortality in Patients Receiving Chronic Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 9(9), 1594-1602. <https://doi.org/10.2215/CJN.00220114>.

196. Ossareh, S., Tabrizian, S., Zebarjadi, M. and Joodat, R. S. (2014). Prevalence of Depression in Maintenance Hemodialysis Patients and Its Correlation with Adherence to Medications. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 8(6), 467.

197. Güler, S. (2022). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Eğitim Programının Öz-Yeterlilik, Tedaviye Uyum, Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.06.2021-19917



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-15386878-044-19917
Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ
Dr. Öğretim Üyesi

İlgi : 28.05.2021 tarihli ve E.326 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Yozgat Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan Hemşire Zariye EKİCİ ile işbirliğinizde, Yozgat Şehir Hastanesi Diyaliz Merkezi, Yozgat Özel Diyaliz Merkezi ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde yapılması planlanan "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyinin Semptom Yönetimine Etkisi" konulu tez çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir.

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

Bilgilerini rica ederim.

Prof.Dr. Recep KÜRKÇÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Kurul Kararı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSM4N2F772 Pin Kodu :08822

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5544&cD=BSM4N2F772&cS=19917>

Adres:Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 50 15 Faks:0 (358) 260 00 59
e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web:http://www.amasya.edu.tr/idari
Kep Adresi:amasyauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ebru GÜÇYETMEZ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2115015



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

EK-1. (devamı) Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C.

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR FORMU

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No
03 Haziran 2021	6	80

KARAR NO 80:

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Yozgat Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan Hemşire Zariye EKİCİ'nin işbirliğinde, Yozgat Şehir Hastanesi Diyaliz Merkezi, Yozgat Özel Diyaliz Merkezi ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde yapılması öngörülen *"Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyinin Semptom Yönetimine Etkisi"* konulu tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

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

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

EK-2. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - YOZGAT İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
2004/2011 16-04 - E-92198657 - 772.02 - 3382



00139026448

Sayı : E-92198657-772.02
Konu : Çalışma İzni

Sayın: ZARİFE EKİCİ

İlgi : 29.03.2021 tarihli ve E-92198657-000-278 sayılı dilekçe yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden; Yozgat Şehir Hastanesi Diyaliz Merkezi ve Yozgat Özel Gökmedrese Diyaliz Merkezi'nde yapmayı planladığınız "**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyinin Semptom Yönetimine Etkisi.**" konulu online- anket bilimsel çalışmanızı Haziran 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, yapılacak çalışmanın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından Yozgat Şehir Hastanesi Diyaliz Merkezi ve Yozgat Özel Gökmedrese Diyaliz Merkezi'nde yapılması uygun görülmüş olup, Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu ve Makam Olurumuz yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
-Makam Oluru
-Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 0375668f-c9a5-4af4-83bd-5956876b119b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon: 3542175075/112/120 Faks No:
e-Posta: pınar.durgut@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Pınar DURGUT
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No: (0 354) 217 50 70



EK-3. Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-42884709-020
Konu : Bilimsel Çalışma İzni(Dr.Öğr. Üyesi
Merve ÇAYIR YILMAZ)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Amasya Üniversitesi'nde görevli Dr.Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ "**Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerdeki hastalık uyum düzeyinin semptom yönetimine etkisi**" konulu bireysel araştırma projesi statüsünde bir çalışma yapmayı talep etmektedir.

İlgili çalışma talebi 25.05.2021 tarihinde Klinik Araştırmalar Ön İzin Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş olup; Etik Kurul'dan izin alındıktan sonra çalışmaya başlanması uygun görülmüştür. İlgili çalışmanın 'Etik Kurul İzni' alındıktan sonra Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği bünyesinde yapılması hususunu,

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Tahir KULAKSIZ
Uzman

Uygun görüşle arz ederim.

Dr. Deniz TORUN
Başkan Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YETİŞ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

O L U R

Dr. Öğr. Üyesi Ali BULUT
İl Sağlık Müdürü

KIRŞEHİR KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: ilkermetin.kiyamaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ilkermetin.kiyamaz

Belge Doğrulama Kodu: 57d730eb-902b-4750-b070-668b90d77973

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlker Metin KIYMAZ

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 507) 429 83 86

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

EK-4. Diyaliz Semptom İndeksi Kullanım İzni

EK-5. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyinin Semptom
Yönetimine Etkisi**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Merve ÇAYIR YILMAZ

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerdeki hastalık uyum düzeyinin semptom yönetimine etkisini belirlemektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi Diyaliz Merkezi, Yozgat Özel Diyaliz Merkezi ve Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle gerçekleştirilecektir. Araştırmada veriler; Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Diyaliz Semptom İndeksi Ölçeği kullanılarak online anketin (bir anket web sitesi platformu aracılığıyla) bireylere ulaştırılması aracılığı ile toplanacaktır.

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

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

EK-6. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

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

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

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

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

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-7. Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu

Değerli Katılımcı,

Sizi “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyinin Semptom Yönetimine Etkisi” başlıklı araştırmaya veri sağlamaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerdeki hastalık uyum düzeyinin semptom yönetimine etkisini belirlemektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Toplanan veriler sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacak olup, yanıtlarınız bizim için önemlidir. Zaman ayırdığınız ve katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu

1. Yaşınız
2. Cinsiyet
() Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz
() Evli () Bekar
4. Eğitim durumunuz
() Okuryazar () İlkokul-ortaokul () Lise () Üniversite
5. Ekonomik durumunuz
() İyi () Orta () Kötü
6. Çalışma durumunuz
() Çalışmıyor () İşçi () Memur () Emekli
7. Bakımınıza destek olan kişiler var mı?
() Evet () Hayır
8. Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)
() Eş () Çocuklar () Anne ya da baba () Kardeş () Diğer
9. Sizin dışınızda ailenizde hemodiyaliz tedavisi alan birey oldu mu?
() Evet () Hayır
10. Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?
() 1 kez () 2 kez () 3 ve daha fazla kez
11. Hemodiyaliz tedavi süreniz nedir?
() 6 ay-2 yıl () 3-5 yıl () 6-8 yıl () 9 yıl ve üzeri
12. Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?
() Evet () Hayır
13. Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)
() Diyabet () Hipertansiyon () Romatizma () Kalp sorunları () Diğer
14. Damara erişim yolunuz hangisidir?
() Diyaliz Katateri () Santral Katater () Fistül

EK-8. Diyaliz Semptom İndeksi

Diyaliz Semptom İndeksi

Geçen hafta boyunca Aşağıdaki semptomu yaşadınız mı?			“Evet” ise: Sizi ne kadar etkiledi?				
			Hiç	Biraz	Bazen	Çok az	Çok fazla
1.Kabızlık	Hayır	Evet					
2.Bulantı							
3. Kusma							
4. İshal							
5. İştahta azalma							
6. Kas krampları							
7. Bacaklarda şişlik							
8. Nefes darlığı							
9. Sersemlik/baş dönmesi							
10.Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma							
11. Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma							
12.Yorgun hissetme veya enerjide azalma							
13. Öksürme							
14. Ağız kuruluğu							
15. Kemik veya eklem ağrısı							
16. Göğüs Ağrısı							
17. Baş ağrısı							
18. Kas ağrısı							
19. Konsantre olmada zorluk							
20. Deride kuruluk							
21. Kaşıntı							
22. Endişelenme							
23. Sinirli hissetme							

24. Uykuya dalmada zorlanma							
25. Uykuyu sürdürmede zorlanma							
26. Rahatsız hissetme							
27. Üzgün hissetme							
28. Kaygılı hissetme							
29. Sekse ilgide azalma							
30. Cinsel yönden uyarılmada zorluk							



EK-9. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.),		Hic Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.)					
5	Hastalığımın dolayısı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelerime katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan)					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk					
25	Hastalığımın dolayısı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Zarife EKİCİ

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Sivas Cumhuriyet

Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrenimi:

Amasya Üniversitesi

BİLİMSEL FAALİYETLER

a) Yayınlar (-SCI -Diğer)

b) Bildiriler (Uluslararası -Ulusal): 6. Uluslararası Akademik Öğrenci Çalışmaları Kongresi Sözlü Bildiri, Yer Değişikliği Sonucu Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerdeki Kaygı Düzeyi ve İş Doyumu: Covid-19 Pandemi Örneği, 23-24 Nisan 2022 İstanbul Online, Türkiye.

c) Katıldığı Projeler

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurum ve Yıl: Yozgat Şehir Hastanesi 2019- Halen Devam Ediyor

İLETİŞİM

E-posta Adresi: