

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE UYGULANAN
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİSİ TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN
HASTALIĞA UYUM VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

HAZIRLAYAN

TUĞÇE UÇGUN

DOKTORA TEZİ

ANKARA - 2025

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE UYGULANAN
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİSİ TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN
HASTALIĞA UYUM VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

**HAZIRLAYAN
TUĞÇE UÇGUN**

DOKTORA TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EBRU AKGÜN ÇITAK**

ANKARA – 2025

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı çerçevesinde Tuğçe Uçgun tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10/11/2025

Tez Adı: HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE UYGULANAN KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİSİ TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN HASTALIĞA UYUM VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih:

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 27 /10 /2025

Öğrencinin Adı, Soyadı: Tuğçe UÇGUN

Öğrencinin Numarası:

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Hemşirelik

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Terapisi Temelli Danışmanlığın Hastalığa Uyum ve Depresyon Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 73 sayfalık kısmına ilişkin, 27/10/2025 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %12'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince değerli bilgilerini benimle paylaşan, büyük bir özveri ile kendimi geliştirmem için elinden gelenin fazlasını sunan, tez çalışmamın her aşamasında değerli öneri, bilgi ve deneyimleriyle beni her zaman destekleyen ve yol gösteren, problem yaşadığım her konuda bana kıymetli zamanını ayıran ve rol model aldığım değerli

Yüksek lisans eğitimim ve tez izleme komitesi süresince değerli bilgi ve katkılarıyla destek olan ve rol model aldığım değerli

Tez izleme sürecinde yapıcı geri bildirimleri ve akademik katkılarıyla çalışmama yön veren saygıdeğer hocalarım Dr. F. K. ve Doç. Dr. Y. A.

İtirmişler olarak nitelediği bilgi ve deneyimleriyle
m. Prof. Dr. F. OZ ve Doç. Dr. A. KAV

Çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum Başkent Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nün değerli hocalarım ve danıştığım tüm konularda yardımlarını esirgemeyen bölüm sekreterimize,

Hayatım boyunca bugünlere gelebilmem için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, beni daima cesaretlendiren, seven ve bana daima umut veren canım aileme,

Çalışmamı tamamlayabilmem konusunda desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım

Çalışmamı yürüttüğüm Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde çalışan değerli sağlık ekibine,

Çalışmama gönüllü olarak dahil olan ve çalışmamın gerçekleştirilmesinde önemli katkıları olan değerli hastalara,

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Ulu Önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e

Sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

ÖZET

UÇGUN T. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Terapisi Temelli Danışmanlığın Hastalığa Uyum ve Depresyon Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, Ankara, 2025

Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü tasarımla Mart-Eylül 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin hemodiyaliz merkezinde tedavi gören 48 birey oluşturmuştur. Katılımcılar basit randomizasyonla müdahale (n=24) ve kontrol (n=24) grubuna atanmıştır. Veriler demografik bilgi formu, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplanmıştır. Bu ölçekler bireyler çalışmaya dâhil edildiklerinde, danışmanlık/uygulama bitiminden bir sonraki hafta ve 3. Ay olacak şekilde uygulanmıştır. Müdahale grubuna 8 hafta boyunca, haftada 1 gün ortalama 45 dakika süren Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİPT) danışmanlık uygulanmıştır. Kontrol grubu ise rutin bakımlarını almaya devam etmiştir. Verilerin analizinde bağımsız gruplar arası Ki-kare testi, t testi, karma desenli varyans analizi, eşli gözlem t testi ve Cohen d etki büyüklüğü analizi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve hastalık süresi yönünden benzer özellikler göstermiş olup yalnızca alkol kullanımı ve hemodiyaliz bilgi kaynağı sayısı değişkenlerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). BDÖ puan ortalamaları müdahale grubunda birinci, ikinci ve üçüncü izlem arasında anlamlı biçimde azalmıştır ($p<0.001$). Kontrol grubunda ise başlangıç ile ikinci ölçüm arasında, birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı bir azalma saptanmıştır ($p<0.001$). KİPT temelli danışmanlık uygulanan müdahale grubunda BDÖ puanlarındaki azalma büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur. KHUÖ toplam ve alt boyut puanları (fiziksel, psikolojik, sosyal uyum) müdahale grubunda ikinci ve üçüncü izlemde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). KHUÖ'deki artışların etki büyüklüğü orta ile yüksek düzeydedir. Karma desenli varyans analizi sonuçları, zaman içinde tüm değişkenlerde anlamlı değişim olduğunu, grup $\times$ zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir ($p<0.001$). Bu bulgular, KİPT temelli danışmanlığın, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde depresyon düzeyini azaltmada ve hastalığa uyumu güçlendirmede etkili bir müdahale olduğunu göstermektedir.

Ayrıca süreç, bireylerin yas ve kayıp, rol değişimi, kişilerarası çatışma ve sosyal izolasyon gibi alanlarda yaşadıkları güçlükleri fark etmelerini, duygularını açıkça ifade etmelerini ve etkili baş etme becerileri geliştirmelerini desteklemiştir. Bu bulgular, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Hemşireliğinin, hemodiyaliz tedavi merkezlerinde Kişilerarası İlişkiler Terapisi temelli danışmanlık uygulamaları aracılığıyla psikososyal bakımın güçlendirilmesinde etkin bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri Hemşireliği, Hastalığa Uyum, Depresyon, Kişilerarası İlişkiler Terapisi, Renal Diyaliz, Hemodiyaliz

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu (Proje No: KA24/91) tarafından onaylanmıştır.

ClinicalTrials.gov kayıt numarası: NCT06839287



ABSTRACT

Uçgun, T. The Effect of Interpersonal Therapy–Based Counseling on Illness Adjustment and Depression Levels in Individuals Undergoing Hemodialysis Treatment: A Randomized Controlled Trial. Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Doctoral Dissertation, Ankara, 2025.

This study aimed to evaluate the effect of interpersonal therapy (IPT) based counseling on adjustment to illness and depression levels in individuals undergoing hemodialysis treatment. The randomized controlled study was conducted between March and September 2025 with 48 individuals receiving treatment at the hemodialysis center of a university hospital. Participants were assigned to an intervention group (n=24) or a control group (n=24) using simple randomization. Data were collected using a demographic information form, the Chronic Illness Coping Scale, and the Beck Depression Inventory (BDI). These instruments were administered at baseline, in the first week after completion of the counseling/intervention, and at 3-month follow-up. The intervention group received IPT based counseling once a week for 8 weeks, with each session lasting an average of 45 minutes, while the control group continued to receive routine care. Data were analyzed using chi-square tests, independent-samples t tests, paired t tests, mixed-design analysis of variance, and Cohen's d effect sizes. The intervention and control groups were similar in terms of age, gender, education, income, and duration of disease; significant differences were observed only for alcohol use and number of hemodialysis information sources ($p<0.05$). Mean BDI scores in the intervention group decreased significantly across the three measurement times ($p<0.001$). In the control group, a significant decrease was observed between baseline and the second measurement, and between the first and third measurements ($p<0.001$). The reduction in BDI scores in the intervention group that received IPT based counseling showed a large effect size. Total and subscale scores (physical, psychological, and social adjustment) on the Chronic Illness Coping Scale were significantly higher in the intervention group than in the control group at the second and third follow-ups ($p<0.05$), with moderate to large effect sizes. Mixed-design analysis of variance indicated significant changes over time in all variables and a statistically significant group $\times$ time interaction ($p<0.001$). These findings demonstrate that IPT based counseling is an effective intervention for reducing depression and enhancing adjustment to illness in individuals undergoing hemodialysis. The counseling process supported individuals in recognizing difficulties

related to grief and loss, role changes, interpersonal conflict, and social isolation, in expressing their emotions more openly, and in developing effective coping skills. The results suggest that consultation-liaison psychiatric nursing can play a key role in strengthening psychosocial care in hemodialysis treatment centers through the implementation of IPT based counseling.

Keywords: Psychiatric Nursing, Illness Adjustment, Depression, Interpersonal Therapy, Renal Dialysis, Hemodialysis

This study was approved by Başkent University Medical and Health Sciences Research Board and Başkent University Ethics Committee (Project No: KA24/91).

ClinicalTrials.gov identifier number: NCT06839287



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı.....	5
2.1.1. Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Etiyolojisi ve risk faktörleri.....	6
2.1.3. Evreleri.....	6
2.1.4. Belirti ve bulgular.....	7
2.2. Kronik Böbrek Hastalığında Uygulanan Tedavi Yöntemleri.....	8
2.2.1. Böbrek transplantsyonu.....	9
2.2.2. Periton diyalizi.....	9
2.2.3. Hemodiyaliz.....	9
2.3. Hemodiyaliz Tedavisi ve Hastalığa Uyum.....	10
2.3.1. Hastalığa uyumu arttırmaya yönelik psikososyal yaklaşımlar.....	14
2.4. Hemodiyaliz Tedavisi ve Depresyon.....	18
2.3.1. Depresyonu azaltmaya yönelik psikososyal yaklaşımlar.....	19
2.5. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi.....	21
2.5.1. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin müdahale alanları.....	23
2.5.2. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin aşamaları.....	24
2.5.3. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinde kullanılan araçlar.....	27
2.5.4. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi ile ilgili yapılmış araştırmalar.....	30
2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tanılı Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Yaklaşımları.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.4. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi.....	42
3.5. Araştırma Consort Akış Diyagramı.....	43
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	45
3.7. Veri Toplama Araçları.....	45
3.7.1. Sosyodemografik veri toplama formu.....	45
3.7.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeği.....	45
3.7.3. Beck depresyon ölçeği.....	46
3.7.4. Kişilerarası ilişkiler envanteri/ ilişki çemberi.....	46
3.8. Veri Toplama Süreci.....	47
3.8.1. Ön hazırlık süreci.....	47
3.8.2. Ön uygulama süreci.....	47
3.8.3. KİPT temelli danışmanlığın uygulanması.....	48
3.8.4. Uygulama süreci.....	51
3.8.4.1. Müdahale grubunda araştırmanın uygulanması....	52
3.8.4.2. Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması.....	52
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	53
3.10. Verilerin Analizi.....	53
3.11. Araştırmada Yaşanılan Güçlükler.....	55
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	56
4. BULGULAR.....	57
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	57
4.2. Müdahale Grubundaki Bireylerin Tercih Ettikleri Çalışma Alanları..	61
4.3. HD Tedavisi Alan Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Eşzamanlı Değerlendirmede Gruplar Arası Dağılımı.....	64
4.4. HD Tedavisi Alan Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi Dağılımı.....	67
4.5. HD Tedavisi Alan Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve	69

Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar Arası Dağılımı.....	
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. HD Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan KIPT Temelli Danışmanlığın Hastalığa Uyum Düzeylerine Etkisi.....	71
5.2. HD Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan KIPT Temelli Danışmanlığın Depresyon Düzeylerine Etkisi.....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
6.1. Sonuç.....	76
6.2. Öneriler.....	77
KAYNAKLAR.....	79
EKLER	
EK 1: Kişilerarası İlişkiler Envanteri/ İlişki Çemberi	
EK 2: Kişilerarası İlişkiler Formülasyonu	
EK 3: Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
EK 4: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	
EK 5: Beck Depresyon Ölçeği	
EK 6: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Modüller Eğitim Sertifika Belgesi	
EK 7: Çalışmaya Dahil Etme Tablosu	
EK 8: Müdahale Grubu Seans Kayıt Formu	
EK 9: Araştırma Etik Kurul Onay Yazısı	
EK 10: Araştırma Yöntemi Değişikliği Sonrası Etik Kurul Onay Yazısı	
EK 11: Kurum İzin Yazısı	
EK 12: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni	
EK 13: Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzni	
EK 14: Bilgilendirilmiş Onam Formu	

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. KBH evreleri.....	7
Tablo 2.2. KİPT'in fiziksel hastalıklarda kullanımına ait çalışma örnekleri.....	31
Tablo 3.1. Tablo 3.1. KİPT temelli danışmanlığın içeriği	50
Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler.....	55
Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri.....	58
Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin klinik özellikleri.....	60
Tablo 4.3. Müdahale grubundaki bireylerin müdahale alanları.....	62
Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarının BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının izlem zamanlarına göre dağılımı	65
Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol grupları BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının grup içi değişimleri	68
Tablo 4.6. BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı...	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. KİPT'in yapı taşları.....	22
Şekil 2.2. Yaratıcı özet ve Ortak Çalışma Planı, KİPT'in Aşamaları.....	26
Şekil 2.3. Zaman Sınırlı Yapılandırılmış KİPT'in Evreleri.....	27
Şekil 2.4. Yaşam olayları zaman çizelgesi.....	29
Şekil 3.1. G-Power Örneklem Hesabı.....	40
Şekil 3.2. Consort Akış Şeması.....	44
Şekil 3.3. Araştırmanın Akış Şeması.....	49
Şekil 3.4. KİPT temelli danışmanlık programının yapılandırılmış akışı.....	51
Şekil 4.1. BDÖ puan ortalamalarının zaman içinde gruplara göre değişimi.....	66
Şekil 4.2. KHUÖ ve alt boyut puan ortalamalarının zaman içinde gruplara göre değişimi	66

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DALY	Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERA	European Renal Association (Avrupa Böbrek Derneği)
FU	fiziksel uyum
GFR	glomerüler filtrasyon hızı
HD	hemodiyaliz
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
KBH	kronik böbrek hastalığı
KBY	kronik böbrek yetmezliği
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı)
KHUÖ	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği
KİPT	Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi
KLP	konsültasyon-liyezon psikiyatrisi
NICE	Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
PU	psikolojik uyum
RRT	renal replasman tedavileri
SDBH	son dönem böbrek hastalığı
SPSS	Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
SU	sosyal uyum
TND	Türk Nefroloji Derneği
X ²	ki-kare testi

1. GİRİŞ

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu hastalıklar arasında da kronik böbrek hastalığı (KBH), hem Türkiye’de hem de dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmakta ve prevalansı giderek yükselmektedir (1, 2). KBH, dünya çapında en hızlı artan ölüm nedenlerinden birisi olup, yaşa göre ayarlanmış ölüm oranı sürekli artış gösteren hastalıklar arasında yer almaktadır (3-5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2000–2021 yılları arasında KBH’ye bağlı ölüm oranı %95 oranında artmıştır (4). Ayrıca, KBH’nin 2050 yılına kadar beşinci sıradaki ölüm nedeni olacağı ve yaşa göre standartlaştırılmış ölüm oranlarında %33’lük, engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) oranlarında ise %28’lik bir artış yaşanacağı öngörülmektedir (2).

Kronik böbrek hastalığının değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin rehberler, Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) tarafından geliştirilmiştir (6, 7). Bu rehberlerde, KBH tanısı alan bireylerin yaşam sürelerinin uzatılmasında böbrek replasman tedavilerinin, özellikle de hemodiyaliz (HD) tedavisinin, kritik bir rol üstlendiği vurgulanmaktadır. HD, Türkiye’de ve dünya genelinde en yaygın kullanılan tedavi yöntemi olup, akut ve son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerde yaşam beklentisini artırmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır (1, 8). Türk Nefroloji Derneği’nin 2022 yılı raporuna göre, son dönem böbrek hastalığı olan bireylerin tedavisinde en sık tercih edilen böbrek replasman tedavisi HD olup, tüm olguların %70,88’ini kapsamakta ve ülkemizde toplam 63.454 kişi bu tedavi ile yaşamını sürdürmektedir (1).

Hemodiyaliz tedavisi, haftada genellikle iki ya da üç gün uygulanan ve her seansı ortalama dört ila altı saat süren uzun süreli bir süreçtir. Bu tedavi yöntemi, bireyin biyolojik fonksiyonlarını sürdürmesine katkı sağlamakla birlikte fiziksel güçlüklerin yanı sıra birey ve ailesi üzerinde belirgin bir psikososyal yük yaratmaktadır (9, 10). Tedavi sürecinde yaşanan ağrı, yorgunluk, hareket kısıtlılığı, uyku bozukluğu, kaşıntı ve kramplar gibi fiziksel semptomların yanı sıra sıkı diyet ve sıvı kısıtlamaları da HD tedavisi alan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11, 12). Bu çok boyutlu tedavi programı, bireylerde makineye bağımlılık hissi, zaman kaybı, tükenmişlik, hayal kırıklığı, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir (11, 13–16). Bu nedenle, hastalığa uyumun sağlanması HD tedavisi alan bireyler için kritik bir öneme sahiptir (17, 18).

Kronik hastalıklarda “hastalığa uyum”, bireyin önerilen tedavi planına bağlı kalması, düzenli kontrollerini sürdürmesi, ilaçlarını reçete edildiği şekilde kullanması ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini günlük yaşamına dâhil etmesiyle şekillenen bir süreçtir (19,20). Bununla birlikte uyum, yalnızca tedaviye bağlılığı içermez; hastalığın yarattığı fiziksel güçlükler, bireyin hastalığa ilişkin bilişleri, baş etme stratejileri, duygusal tepkileri ve benlik algısındaki değişimler ile sosyoekonomik koşullar, kültürel normlar, sağlık algısı ve tedaviye yönelik tutum gibi çevresel etmenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir yapıdır (20–23). Uyum kavramı daha geniş bir çerçevede, bireyin stres yaratan bir duruma karşı dengeyi yeniden kurma ve değişen koşullara uyumlu bir işlevsellik geliştirme çabası olarak ele alınmakta; psikoloji literatüründe ise çoğunlukla duygusal istikrar, sosyal ve mesleki rol işlevselliği, yaşam kalitesi, iyi oluş, pozitif duygulanım, yaşam doyumu ve benlik saygısı gibi olumlu sonuçlarla tanımlanmaktadır (23).

Hemodiyaliz tedavisinin kesintisiz ve süreklilik gerektiren yapısı, bireylerin günlük yaşamını önemli ölçüde sınırlandırmaktadır. Tedavi sürecinde çoklu ilaç kullanımı, katı diyet ve sıvı kısıtlamaları, fiziksel iş gücü kaybı, rol değişimleri, aile içi dengenin bozulması, ekonomik güçlükler, bağımsızlığın azalması, sosyal izolasyon ve beden imajında değişiklik gibi faktörler, uyum sürecini güçleştiren başlıca etmenlerdir (13, 24-28). Bununla birlikte, uyku sorunları, geleceğe yönelik belirsizlik, umutsuzluk, cinsel işlev bozukluğu ve ölüm korkusu gibi psikolojik zorluklar da sık görülmektedir (24, 25, 29, 30). HD tedavisinin ertelenemez ve kesintiye uğratılamaz olması, bireyin yaşamı üzerinde kontrol duygusunu zedeleyerek anksiyete ve depresyonun gelişimine zemin hazırlayabilmekte; bu durum tedaviye uyumu da olumsuz etkileyebilmektedir (25, 29, 30).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde depresyon ve anksiyete en sık görülen ruhsal sorunlar arasında yer almakta; bu durum hem hastalığın psikososyal yükünü artırmakta hem de işlevselliği ve yaşam kalitesini belirgin biçimde düşürmektedir (28, 31, 32). Yapılan çalışmalar, HD tedavisi alan bireylerin depresyon prevalansının %5 ile %60 arasında değiştiğini ve depresif belirtilerin sıklıkla orta-yüksek düzeyde seyrettiğini göstermektedir (31). Depresyonun artması yalnızca psikolojik iyilik halini değil, aynı zamanda tedaviye uyumu ve hastalığın yönetimini olumsuz etkileyen önemli bir klinik risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (32).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum ve depresyonun yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleler kullanılmaktadır. Farmakolojik

yaklaşımlarda antidepresanlar ilk tercih iken (33, 34), nonfarmakolojik yöntemler arasında bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, gevşeme teknikleri, egzersiz programları, destek grupları, telehemşirelik, müzik terapisi, ışık terapisi, sağlıklı yaşam programları ve problem çözme terapileri yer almaktadır (33, 35-38). Son yıllarda, fiziksel hastalıklarda görülen depresyonun tedavisinde Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi'nin (KİPT) de etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir (39).

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi; iletişim yetersizliği, kişilerarası çatışmalar ve sosyal destek eksikliği gibi etkenlerin yol açtığı depresif belirtileri azaltmak, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stresle baş etmeyi, yas, kayıp ve rol değişimlerine adaptasyonu kolaylaştırmak ve kişilerarası işlevselliği geliştirmek amacıyla geliştirilen ve ülkemizde görece yeni uygulanmaya başlayan bir psikoterapi yöntemidir (40, 41). Bu yaklaşım, kişilerarası problemlerden doğan depresif belirtilerin azaltılmasını ve ilişkisel işlevselliğin geliştirilmesini amaçlar. Terapide temel hedef, bireyin ilişkilerini yeniden düzenlemesine ya da bu ilişkilerden beklentilerini daha sağlıklı biçimde şekillendirmesine yardımcı olmaktır. Ayrıca bireyin ilişkilerini düzenlemesine yardımcı olarak sosyal destek kaynaklarını daha etkin biçimde kullanmasına katkı sağlar. Bu süreçte kişinin ilişki kaynaklı sorunlarını fark etmesi, doğru şekilde tanımlaması ve etkili çözüm stratejileri geliştirmesi desteklenmektedir (40-42).

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, ilk olarak depresyon tedavisinde geliştirilmiş olsa da zamanla perinatal depresyon tanılı bireylerde, geriatrik popülasyon, adölesanlar gibi farklı örneklem gruplarında ve distimi, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ile anksiyete gibi çeşitli bozukluklarda da uygulanmıştır (39, 43-45). Kullanım alanı genişledikçe, fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonun tedavisinde de yararlı olduğu belirlenmiştir (44, 46). Literatür incelendiğinde HIV, meme kanseri, koroner arter hastalığı, kronik ağrı ve infertilite gibi fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonda KİPT'in etkinliğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (44, 46-50). Bu tür hastalık tanısı alan bireyler bedensel değişiklikler ve hastalık süreci nedeniyle kayıp ve yas yaşayabilmekte ya da yeni rollere uyum sağlamak zorunda kalabilmektedir. KİPT, bu durumlarda ilişkisel sorunlarla baş etmeyi, sosyal çevreyle iletişimi düzenlemeyi ve kişilerarası beklentilerin daha gerçekçi biçimde ele alınmasını kolaylaştırmaktadır (39-41).

Kronik hastalıklarla yaşamak, özellikle de yaşam boyu sürdürülen zorlu bir tedavi rejimi olan HD tedavi sürecine uyum sağlamak, bireylerde ciddi psikososyal zorluklara yol

açarak bireylerin yaşam kalitelerini ve tedavi sonuçlarını direkt olarak etkileyebilmektedir (11, 12, 32, 51, 52). HD tedavi sürecinin oluşturduğu bu tablo, sağlık hizmetlerinde biyopsikososyal temelli bütüncül bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar, HD tedavisi alan bireylerin psikososyal sorunlarının yönetiminde genellikle psikoeğitim, motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi teknikleri gibi psikososyal müdahalelerin tercih edildiğini göstermektedir (33, 35-38). Bu bağlamda, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (KLP) hemşireliği, tıbbi tedavi sürecine eşlik eden ruhsal gereksinimlerin tanınması, uygun psikososyal desteklerin planlanması ve bireyin genel iyilik hâlinin korunması açısından kritik bir role sahiptir (53-55). KLP hemşireliğinin klinik uygulamadaki bu yönünü güçlendirmek amacıyla, bu çalışmada KİPT temelli danışmanlık yaklaşımı, HD sürecinde sık karşılaşılan kişilerarası çatışmalar ve rol değişimlerine odaklanan bir hemşirelik müdahalesi olarak ele alınmış; böylece KLP hemşireliği bakış açısıyla HD tedavisi alan bireylerin psikososyal yönetiminde kullanılabilecek etkili bir modelin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür dikkate alındığında, HD tedavisi alan bireylere KİPT tekniklerinin uygulandığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmanın Amacı

Araştırma HD tedavisi alan bireylere uygulanan KİPT temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀₋₁: Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde KİPT temelli danışmanlık verilen müdahale grubu ile kontrol grubu arasında, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puan ortalamalarının içindeki değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H₀₋₂: Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde KİPT temelli danışmanlık verilen müdahale grubu ile kontrol grubu arasında, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının içindeki değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında ele alınan başlıklar “Kronik Böbrek Hastalığı”, “Kronik Böbrek Hastalığında Uygulanan Tedavi Yöntemleri”, “Hemodiyaliz Tedavisi ve Hastalığa Uyum”, “Hemodiyaliz Tedavisi ve Depresyon”, “Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi” ve “Kronik Böbrek Hastalı Tanılı Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Yaklaşımları” olmak üzere beş alt başlıkta sunulmuştur.

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Güncel Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı’nın (Kidney Disease Improving Global Outcomes-KDIGO) kılavuzunda kronik böbrek hastalığı (KBH), “en az üç aydır devam eden ve sağlık üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilen böbrek yapı veya işlev bozuklukları” olarak tanımlanmıştır (7). KBH tanısı, üç aydan uzun süredir süregelen yapısal veya fonksiyonel böbrek hasarının varlığına dayanmaktadır. Bu durum; serum kreatinin düzeylerinde kalıcı yükseklik, albüminüri gibi böbrek hasarı belirteçleri veya glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 60 ml/dk/1,73 m²’nin altında olması ile ortaya konulabilir (7, 8). GFR’nin 15 ml/dk/1,73 m²’nin altına düşmesi ise son dönem böbrek yetmezliği olarak kabul edilmektedir. KBH, yalnızca böbrek işlev kaybı ile sınırlı olmayıp kardiyovasküler komplikasyonlar, artan mortalite riski ve yaşam kalitesinde belirgin azalma gibi çok boyutlu sonuçlarla da ilişkilidir (56). Bu nedenle KBH, erken mortaliteye yol açabilen ciddi bir küresel halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilmektedir.

2.1.1. Epidemiyoloji

KHB’nin erken ve orta evrelerinin genellikle asemptomatik olması nedeniyle, hastalığın insidans ve prevalansı toplum temelli çalışmalar ile belirlenebilmektedir (57). Günümüzde KBH’nin, Türkiye’de ve dünya çapında yaygın olan önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olduğu ve prevalansının giderek arttığı bilinmektedir (7, 8). KDIGO’nun 2024 yılındaki raporunda dünya genelinde 850 milyondan fazla bireyin KBH tanısı aldığı bildirilmiştir (7). Hastalık, yılda en az 2,4 milyon ölüme yol açmakta ve bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en hızlı artış gösteren ölüm nedeni olarak tanımlanmaktadır (3-5). Ayrıca, 2050 yılına kadar KBH’nin küresel olarak beşinci önde gelen ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir (2).

Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı (CREDIT) çalışmasına göre ülkemizde KBH prevalansı %15,7 olup, yaklaşık dokuz milyon bireyin farklı evrelerde hastalıkla yaşadığı

tahmin edilmektedir (58). Ancak Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre ülkemizde KBH farkındalığının %2'nin altında olması, hastalığın çoğunlukla ileri evrelere ulaşmasına zemin hazırlamakta ve buna bağlı olarak morbidite ile mortalite oranlarını artırmaktadır (57).

2.1.2. Etiyolojisi ve risk faktörleri

KBH'nin görülme sıklığı ülkelere, etnik kökene, yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterebilmekte olup, hastalığın ortaya çıkışında pek çok etkenin rol oynadığı bilinmektedir. Ülkemizde Son Dönem Böbrek Hastalığının (SDBH) en sık nedeni diyabetes mellitus olup, ikinci sırada hipertansiyon yer almaktadır (57, 59). TND verileri, böbrek yetmezliğinin en yaygın nedenlerinin diyabetes mellitus (%38,3) ve hipertansiyon (%32,3) olduğunu bildirmektedir (1).

Bununla birlikte, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve toplumlarda görülen risk faktörlerine bağlı olarak etiyojide farklılıklar gözlenmektedir. Düşük farkındalık, asemptomatik seyir ve artan komorbidite oranları, KBH'nin yalnızca bireyler için değil, sağlık sistemleri açısından da ciddi bir yük oluşturmaya yol açmaktadır. Avrupa Böbrek Derneği (European Renal Association, ERA) (60) verileri, KBH'nin uluslararası ölçekte de benzer biçimde yüksek bir sağlık yüküne yol açtığını ve cinsiyetler arası farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, erken tanı stratejilerinin geliştirilmesi, toplum farkındalığının artırılması ve önleyici sağlık politikalarının hayata geçirilmesi, KBH ile mücadelede hayati öneme sahiptir.

KBH gelişme olasılığını artıran ve hastalığın olumsuz sonuçlara yol açmasına neden olan etkenler “risk faktörleri” olarak tanımlanmaktadır. Bu faktörler; genetik yatkınlık, ileri yaş, düşük doğum ağırlığı, diyabetes mellitus, hipertansiyon, obezite, dislipidemi, sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve nefrotoksik ilaç kullanımı gibi çok yönlü bileşenleri kapsamaktadır (59-62). Bu faktörlerin erken dönemde saptanması, hastalığın ilerlemesini önlemek ve komplikasyonları azaltmak açısından kritik önem taşımaktadır (63). Dolayısıyla hemşirelik bakımında bireylerin risk profillerinin değerlendirilmesi ve önleyici girişimlerin uygulanması, KBH yönetiminde temel stratejiler arasında yer almaktadır.

2.1.3. Evreleri

KBH klinik seyri, başlangıçta renal rezervin azalmasıyla başlamakta; ilerleyen süreçte renal fonksiyon kaybı, böbrek yetmezliği ve son aşamada SDBH kadar ilerleyebilmektedir (64, 65). SDBH geliştiğinde bireylerin yaşamlarını sürdürebilmesi için renal replasman

tedavilerine gereksinim duyulmaktadır. KDIGO 2024 kılavuzuna göre KBH, GFR ve albüminüri düzeyleri esas alınarak evrelendirilmektedir (7). GFR, böbrek fonksiyonunu değerlendirmede en güvenilir göstergedir ve hastalığın tanısı, evrelemesi ile uygun tedavi planının belirlenmesinde temel bir ölçüttür (66). Ayrıca albüminürinin varlığı ve düzeyi, böbrek hasarının şiddetini yansıtan tamamlayıcı bir parametre olarak değerlendirilmektedir (7, 66). Bu iki ölçüte göre KBH, G1–G5 arasında değişen beş GFR evresi ve A1–A3 arasında sınıflanan üç albüminüri düzeyiyle tanımlanmaktadır. Hastalığın evrelenmesi Tablo 2.1’de özetlenmiştir.

Tablo 2.1. KBH Evreleri (7)

GFR’ye göre sınıflandırması		
GFR sınıflaması (ml/dk/1.73 m²)	Tanımlama	GFR
G1	Normal ve yüksek	>90
G2	Hafif azalmış	60-89
G3a	Hafif ve orta derecede azalmış	45-59
G3b	Orta ve şiddetli derecede azalmış	30-44
G4	Ciddi derecede azalmış	15-29
G5	Böbrek yetmezliği	<15
Albümiüriye göre sınıflandırılması		
Albüminüri	Sınıflama	Tanımlama
A1	Normal ve hafif artış	<30 mg/g - <3 mg/mmol
A2	Orta derecede artmış	30-300 mg/g – 3-30 mg/mmol
A3	Ciddi şekilde artmış	>300 mg/g – 30 mg/mmol

2.1.4. Belirti ve bulguları

KBH’nın klinik görünümü; hastalığın evresine, ilerleme hızına ve altta yatan etiyolojik nedene göre farklılık göstermektedir (67). KBH’nın erken evreleri genellikle asemptomatik seyretmekte olup, bireylerde görülen yakınmalar genellikle özgül olmayan bulgularla (örneğin yorgunluk, iştahsızlık, kaşıntı) sınırlı kalmaktadır (63, 68). Bu nedenle idrar özelliklerinde meydana gelen değişiklikler ve hipertansiyon varlığı, altta yatan KBH açısından önemli uyarıcı bulgular olarak değerlendirilmektedir (63). Hastalığın ilerlemesiyle birlikte semptomların sıklığı ve şiddeti giderek artmakta, böbreklerin homeostazdaki merkezi rolü nedeniyle yalnızca renal fonksiyonlar değil, aynı zamanda farklı organ ve sistemler de etkilenmektedir (67). Bu süreçte nörolojik, kardiyovasküler, solunum,

gastrointestinal, ürener, kas-iskelet, dermatolojik ve hematolojik sistemlerin yanı sıra psikososyal açında da bireyler etkilenebilmektedir (7, 63, 67, 68).

Nörolojik sistem bulguları arasında baş ağrısı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, uyuşukluk, unutkanlık, bilişsel yavaşlama, uyku bozuklukları ve ensefalopati yer alırken; bazı bireylerde tremor, huzursuz bacak sendromu ve nöbetler görülebilmektedir. *Kardiyovasküler sistem* düzeyinde hipertansiyon, aritmi, kalp yetersizliği, perikardit, hiperkalemi ve ödem gibi bulgular ön plandadır. *Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi* bozuldukça hiponatremi, hipokalsemi, hiperfosfatemi ve metabolik asidoz gelişebilmektedir. *Gastrointestinal sistemde* iştahsızlık, bulantı, kusma, ağızda metalik tat, ülserasyonlar ve kilo kaybı sık görülürken, *solunum sisteminde* dispne, pulmoner ödem ve Kussmaul solunumu dikkat çekmektedir. *Ürener sistemde* poliüri, noktüri, proteinüri ve ileri evrelerde oligüri ya da anüri gelişebilir. *Deri bulguları* arasında kuruluk, kaşıntı, sarımtırak soluk cilt rengi, tırnak ve saçlarda kırılma yer almaktadır. *Kas-iskelet sistemi* etkilenmeleri kas krampları, güç kaybı, ağrı ve osteodistrofi şeklinde ortaya çıkarken; *hematolojik sistem* bulguları arasında anemi, kanama eğilimi ve enfeksiyonlara yatkınlık bulunur. Bununla birlikte, hastalığın ileri evrelerinde anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve uyku bozuklukları gibi *psikososyal belirtiler* de sık gözlenmektedir (7, 63, 67, 68).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığında Uygulanan Tedavi Yöntemleri

KBH tedavisinde temel hedef; bireylerin hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak, böbrek fonksiyon kaybına bağlı gelişen komplikasyonları kontrol altına almak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (67). Tedavi yaklaşımı GFH düzeyi ve hastalığın evresine göre şekillendirilmektedir. Erken evreleri oluşturan Evre 1 ve Evre 2’de hastalık çoğunlukla asemptomatik seyretmekte olup, bu dönemde beslenme düzeninin iyileştirilmesi ve uygun farmakolojik destek ile hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması hedeflenmektedir. Evre 3 ve Evre 4 KBH’de ise farmakolojik tedavi seçenekleri genişletilmekte, bazı olgularda hiperpotasemi veya metabolik asidoz gibi komplikasyonların kontrolü için renal replasman tedavilerine (RRT) başvurulabilmektedir. SDBH’ı temsil eden Evre 5’te ise yaşamın sürdürülebilmesi için RRT zorunlu hale gelmektedir (7, 56, 65, 67, 69). KBH’nin ileri evrelerinde kullanılan RRT yöntemleri böbrek transplantasyonu, periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmaktadır (61, 70).

2.2.1. Böbrek transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu, kronik böbrek yetmezliği bulunan bireylere canlı veya kadavra donörden alınan sağlıklı böbreğin nakledilmesiyle gerçekleştirilen bir RRT yöntemidir. Bu tedavi yaklaşımı, HD veya periton diyalizi ihtiyacını ortadan kaldırarak normal böbrek fonksiyonlarının yeniden kazanılmasını, bireylerin yaşam süresinin uzatılmasını ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini hedeflemektedir (61). T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND'nin 2023 yılı verilerine göre (59), toplam 3.452 hastaya böbrek transplantasyonu gerçekleştirilmiş olup, bunların 2.001'i ilk kez transplantasyon yapılan bireylerden oluşmaktadır. Gerçekleştirilen transplantasyonlarda, %91,28'inin canlı donörden alındığı, transplantasyon öncesi bireylerin %29,81'inin HD tedavisi aldığı belirlenmiştir (59).

2.2.2. Periton diyalizi

KBH tanısı alan bireylere uygulanan bir diğer RRT ise periton diyalizidir. Periton diyalizi, periton zarının doğal bir diyaliz membranı olarak kullanıldığı, peritoneal kapillerlerdeki kan ile diyaliz sıvısı arasında sıvı ve solüt değişiminin gerçekleşmesini sağlayan bir RRT yöntemidir (61). T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND verilerine göre 2023 yılında 3.678 periton diyalizi tedavisi alan bireyin olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 2023 yılında 1.364 bireyin ise ilk kez periton diyalizi tedavisi almaya başladığı belirlenmiştir (59).

2.2.3. Hemodiyaliz (HD)

Hemodiyaliz tedavisi, böbreklerin fonksiyonlarını yerine getiremediği durumlarda kullanılan başlıca RRT yöntemlerinden birisidir. Uygun bir vasküler erişim yoluyla hastadan alınan kan, diyaliz cihazında yer alan yarı geçirgen bir membran (diyalizör) aracılığıyla diyalizat ile temas ettirilerek sıvı ve solüt dengesinin sağlanması amaçlanmaktadır (70). Bu tedavi seansları genellikle haftada üç kez, yaklaşık dört saat uygulanmaktadır (71, 72). T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND verilerine göre 2023 yılında 63.454 HD tedavisi alan bireyin olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 2023 yılında 10.276 bireyin ise ilk kez HD tedavisi almaya başladığı belirlenmiştir (59).

Hemodiyaliz tedavisinin temel amacı, kandaki fazla sıvı ve çözünmüş maddelerin uzaklaştırılmasıdır. Bu işlem difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki ana mekanizma ile gerçekleşmektedir. Difüzyon, yoğunluk farkı nedeniyle solütlerin yüksek konsantrasyondan

düşüğe geçişiyle oluşur. Diyalizat içinde üre ve kreatinin bulunmaması, bu maddelerin kandan diyalizata geçişini kolaylaştırır (1, 72, 73). Ultrafiltrasyon ise hidrostatik ve ozmotik basınç farklarıyla suyun yarı geçirgen zardan geçişi olarak tanımlanmaktadır. Bu sırada çözünmüş maddeler de taşınır; bu olay konveksiyon olarak adlandırılır (74, 75).

Hemodiyaliz tedavi sürecinde diyalizat, cihaz ve vasküler erişim yolları temel bileşenlerdir. Geçici erişim için subklavyen, femoral veya juguler kateterler; kalıcı erişim için ise fistül, greft veya kalıcı kateterler kullanılır (70, 72). Ancak HD, yalnızca teknik bir işlem değil; hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını çok yönlü etkileyen bir tedavidir. Bu etkiler bireylerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyum düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (9-12).

Hemodiyaliz tedavisi sürecinde bireyler, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal düzeyde çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. HD tedavi seansları sırasında ve sonrasında görülen ağrı, yorgunluk, hareket kısıtlılığı, uyku düzensizlikleri, cilt sorunları, cinsel işlev değişiklikleri ve kardiyovasküler komplikasyonlar, günlük yaşam üzerinde ciddi sınırlamalara yol açabilmektedir (11, 15, 76). Ayrıca sıvı ve besin kısıtlamaları gibi tedaviye özgü düzenlemeler, yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir (12). Bununla birlikte, depresyon, anksiyete, yalnızlık, sosyal izolasyon, kimlik kaybı ve gelecek kaygısı gibi psikososyal problemler de sıkça bildirilmektedir (21, 77). Diyalize bağlı iş gücü kaybı, sosyal rollerin sekteye uğraması ve ekonomik baskılar, bireylerin yaşamlarını çok boyutlu şekilde etkilemektedir (26, 78). Tüm bu etkenler, bireylerin kendilik algılarını ve hastalıkla başa çıkma kapasitelerini zorlayarak tedaviye uyumu güçleştirebilmektedir. Bu nedenle, HD tedavisi alan bireylerin yaşadığı sorunlara bütüncül bir yaklaşımla müdahale edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır (26, 77, 78).

2.3.Hemodiyaliz Tedavisi ve Hastalığa Uyum

Hemodiyaliz tedavisi, yaşamın sürdürülebilmesi için vazgeçilmez bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, invaziv niteliği, yan etkilerinden kaynaklanan sorunlar ve makineye ya da sağlık personeline bağımlılık gibi nedenlerle bireylerin yaşamını derinden etkilemektedir (13, 29). HD tedavisine başlama, çoğu birey için yaşam öyküsünde “biyografik bir kopuş” olarak tanımlanmakta; bu noktadan itibaren günlük aktivitelerde, sosyal rollerin yerine getirilmesinde ve genel yaşam biçiminde önemli değişiklikler yaşanmaktadır (52, 79). Peitzman, HD deneyimini “HD hastalığı” olarak kavramsallaştırmış; benzer şekilde

bireylerin de kendilerini “diyaliz hastası” şeklinde tanımladıkları belirtilmiştir. Bu durum, HD tedavisinin çoğu zaman doğrudan bir hastalık olarak algılandığını göstermektedir (80, 81). HD tedavisinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin imkânsıza yakın olması, uzun süren tedavi seansları, haftada 2–3 gün tedavi merkezine gelme zorunluluğu, sürekli ilaç kullanımı, yaşam boyu devam eden sıvı ve besin kısıtlamaları bireye hastalığını sürekli hatırlatmaktadır. Bu faktörlere ek olarak beden imajında değişim, böbrek nakli sürecine ilişkin belirsizlik, fonksiyonel kısıtlamalar, sık hastane yatışları, rol kaybı, iş veya eğitim hayatında zorlanma, cinsel yaşamda değişiklikler, spontanlık ve bağımsızlık kaybı, kimlik kaybı, ölüm ve gelecek korkusu gibi birçok zorluk bireylerin genel iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir (13, 14, 29, 27, 52). Bireylerin deneyimlemiş oldukları bu çok yönlü yük hem fiziksel hem de psikososyal uyum becerilerini zorlayan bir adaptasyon sürecine neden olmaktadır. HD tedavisinin beraberinde getirdiği çok yönlü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar dikkate alındığında, bireylerin bu sürece uyum sağlayabilme becerileri yalnızca tedavi başarısını değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini de doğrudan etkilemektedir (14, 27, 52).

Kronik hastalıklar, birden fazla organ ve sistemi etkileyerek uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimine yol açmakta; bu durum bireylerin yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda köklü değişiklikler gerektirmektedir (19, 82, 83). Bu değişim, çoğu zaman yaşam tarzının yeniden yapılandırılmasını ve yeni düzenlemelere uyum sağlanmasını zorunlu kılmaktadır. DSÖ, uyumu “sağlık profesyonellerinin ilaç, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin önerileri doğrultusunda bireyin gösterdiği davranış değişikliğinin bir ölçütü” olarak tanımlamaktadır (84). Bu çerçevede uyum; ilaçların düzenli kullanımı, diyet programına bağlı kalma ve yaşam tarzında önerilen değişikliklerin hayata geçirilmesini içermektedir (19, 20). Kronik hastalıklarda uyum, bireyin hastalığını kontrol altında tutması, tedavi planına uyması ve günlük yaşamını bu gerekliliklerle uyumlu biçimde düzenlemesiyle ilişkilendirilen, fizyolojik, psikolojik, teknolojik ve zamana bağlı unsurları kapsayan dinamik ve çok boyutlu bir süreçtir (85, 86).

Bununla birlikte uyum, yalnızca tedavi planına ve davranışsal önerilere uyma ile sınırlı, dar bir kavram olarak ele alınmamaktadır. Hastalığın yol açtığı fiziksel güçlükler, bireyin hastalığa ilişkin bilişsel değerlendirmeleri, kullandığı baş etme stratejileri, duygusal tepkileri ve benlik algısındaki değişimler; buna ek olarak sosyoekonomik koşullar, kültürel normlar, sağlık algısı ve tedaviye yönelik tutum gibi çevresel etmenler arasındaki etkileşimle şekillenen, çok katmanlı ve karmaşık bir yapıyı yansıtmaktadır (20–23). Daha geniş bir bakış

açısıyla uyum; bireyin stres yaratan durumlar karşısında içsel dengesini yeniden kurma, değişen koşullara uyumlu bir işlevsellik geliştirme ve yaşamını sürdürebilir bir denge noktasında tutma çabası olarak ele alınmaktadır (22, 23). Psikoloji literatüründe ise uyum, çoğunlukla duygusal dengelilik, sosyal ve mesleki rol işlevselliği, yaşam kalitesi ve iyi oluş, olumlu duygulanım, yaşam doyumu ve benlik saygısı gibi olumlu sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (23).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde uyum düzeyi; diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum, ilaçların düzenli kullanımı, seanslara devamlılık ve yaşam tarzı sınırlılıklarını kabul edebilme gibi çeşitli ölçütlere göre değişebilmektedir (13, 29). Literatürde HD tedavisi alan bireylerde tedaviye uyumsuzluğun oldukça yaygın olduğu; uyumun yalnızca genel sağlık durumu için değil, aynı zamanda iyilik hali, yaşam süresi ve yaşam kalitesi açısından da kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (13, 29, 51, 87, 88). Bu nedenle bireylerin yaşam biçimlerinde köklü düzenlemeler yapmaları ve aile üyelerinin de bu yeni düzene uyum sağlaması gerekmektedir (13, 29). Semptomlarla ve komplikasyonlarla baş edebilme, semptom kontrolünü sağlayabilme, ilaç tedavisine düzenli uyum ve bakım gereksinimlerini karşılama gibi unsurlar hastalığa uyumu doğrudan etkilemektedir (89). Öte yandan uyum süreci yalnızca tıbbi tedavi ve semptom yönetimi ile sınırlı olmayıp, psikososyal yaşam alanlarında yaşanan güçlükler de bu sürecin önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır. Hastalığa ve tedaviye uyumsuzluk, prognozu olumsuz etkileyerek hastalık yükünü artırmakta ve sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır (51, 82).

Hemodiyaliz tedavi sürecine uyum sağlayabilmek, öncelikle hastalığın varlığını kabullenmeyi ve tedavinin uzun vadeli gerekliliklerini benimsemeyi gerektirmektedir. Birçok birey için kronik bir hastalıkla yaşama gerçeğini kabul etmek kolay değildir; tanı anında ve HD tedavisine ilk başlanıldığında şok, inkâr, öfke veya yoğun kaygı gibi duygusal tepkiler görülebilmektedir (52). Her ne kadar bireysel farklılıklar bulunsun da HD tedavisi alan bireylerin uyum sürecinde genellikle dört temel aşama izlenmektedir (90, 91):

- 1. Üremik Evre:** Bireylerde görülen ilk evredir ve tedaviye başlamadan önce yaşanmaktadır. Bu evrede kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) neden olduğu fiziksel ve psikolojik komplikasyonlar görülmeye başlanır. Bireyler yaşamlarının tehdit altında olması endişesini hisseder (90, 91).
- 2. Balayı Evresi:** Bireyin HD tedavisi almaya başlamasıyla birlikte fiziksel komplikasyonlar çoğunlukla azalır. Bu evre yaklaşık üç hafta sürer. Bireylerin daha

önceden hissettikleri endişe yerine ölümden kurtulma, güven ve ümit duyguları hâkim olur (90, 91).

3. Yaşama Dönüş Evresi: Bu evrede bireyler tedaviye alışmaya başlar ve süreç yaklaşık 3–12 ay sürmektedir. Bireyin iş ve aile yaşamındaki sorumluluklarına geri dönmesi bazı psikososyal sorunlara neden olabilir. Yaşanılan sorunlar sonucunda tedaviye uyumsuzluk, makineye bağımlılıktan kurtulmaya çalışma ve fiziksel komplikasyonlar görülebilir (90, 91).

4. Sürekli Adaptasyon Evresi: Bu evrede birey durumunu kabullenmektedir. Kabullenme sonrasında bireyin yaşama bağlılığı artar ve geleceğe ait planlar yapmaya başlar. Bireylerin bu dönemdeki en büyük beklentisi böbrek transplantasyonudur. Bireylerde ruhsal ve fiziksel iyilik hali görülebilmekle beraber, depresyon, anksiyete ve korku gibi sorunlar da dönemsel olarak gelişebilmektedir. Bu dönemde bireyler sıklıkla inkâr savunma mekanizmasını kullanmaktadır (90, 91).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin uyumlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler özetle bireysel faktörler, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili faktörler, yaşam tarzına bağlı faktörler, sosyodemografik özellikler ve psikososyal faktörler olarak sınıflandırılabilir (82, 92).

1. Bireysel faktörler: Tedavi süreciyle ilgili bilgi eksikliği, düşük özgüven, motivasyon azlığı, tedaviye ilişkin inançlar, sağlık inançları, hastalık algısı ve sağlık profesyonelleri ile birey arasındaki iletişim, unutkanlık, özyönetim becerileri, hastalığı kabullenme durumu gibi faktörler bu grupta yer almaktadır (82, 92).

2. Tedavi süreciyle ilişkili faktörler: Hastalık veya tedavinin bireyin günlük yaşamına etkisi, tedavinin kronik olması, tedaviye ara verilememesi, bireyin tedaviye uyum sağlama yeteneği, makineye bağımlı olma, çoklu ilaç kullanımı, tedavi sırasında görülen komplikasyonlar, sağlık profesyonelleriyle fikir birliğinin bulunması gibi faktörlerdir (82, 92).

3. Yaşam tarzıyla ilişkili faktörler: Bireyin yaşadığı yer, tedavi merkezine gelen hasta sayısı, tedavi merkezinin ve tedavi hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik, hastalık ya da tedavinin iş hayatına olumsuz etkileri, yaşanan uyumsuzlukla ilgili bireyin farkındalığı, bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları gibi faktörler sıralanabilir (82, 92, 93).

4. **Sosyodemografik özellikler:** Yaş, gelir düzeyi, medeni durum, yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, sosyal desteğin azlığı, alkol, sigara ve madde kullanımı, hastalık ya da tedavi nedeniyle değişen yaşam koşulları, tek yaşama, tedavinin oluşturduğu ekonomik yük, çevresel değişimler ve sağlık okuryazarlığının düşüklüğü bu grupta yer alan başlıca faktörlerdir (82, 92, 94-96).
5. **Psikolojik faktörler:** Algılanan fiziksel sağlık durumu, stresle baş etme, benlik saygısındaki azalma, depresyon, anksiyete, tedavi deneyimleri, yaşanan komplikasyonlara bağlı korku, bağımsızlık kaybı, başkasına bağımlı olma durumu, hastalığı kabullenmeme, ilaç kullanımı ve tedaviye yönelik bireyin algısı, sağlık üzerindeki kontrol kaybı, konfor gibi faktörler bu grupta yer almaktadır (82, 92, 95).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde hastalığı kabullenme düzeyi, uyum sürecinde kritik bir rol oynamaktadır. Kabullenme, kronik hastalığa psikososyal uyumun temel unsurlarından biri olup son dönem böbrek hastalarında önemli bir belirleyici olarak tanımlanmıştır (97). Literatürde, hastalığını içtenlikle kabullenebilen HD tedavisi alan bireylerde daha düşük depresyon ve stres düzeyleri, daha iyi yaşam kalitesi ve uyumlu başa çıkma becerileri görüldüğü vurgulanmaktadır (98, 99).

2.3.1. Hastalığa uyumu arttırmaya yönelik psikososyal yaklaşımlar

Kronik hastalıklarda hastalığa uyum, bireyin hastalıkla ilişkili fizyolojik ve psikolojik sorunlarla baş ederek yaşamında yeni bir denge kurma sürecini ifade etmektedir (23). Bu süreç, yalnızca fizyolojik uyumu değil; tedavi planına bağlı kalma, ilaçları düzenli kullanma ve yaşam tarzı değişikliklerini hayata geçirme gibi davranışsal tepkilerin yanı sıra, hastalığa ilişkin inanç ve beklentilerin yeniden değerlendirilmesini içeren bilişsel uyumu ve hastalığa eşlik eden kaygı, üzüntü, öfke gibi duygularla baş etmeyi kapsayan duygusal uyumu da içermektedir (23, 85, 86, 100). Hastalığa uyum aynı zamanda bireyin hastalığı kabullenmesini, hastalığın kontrolünü tamamen kaybetmeksizin günlük yaşam rollerini sürdürmeye çalışmasını, sosyal ilişkilerini yeniden düzenlemesini ve kendi baş etme kaynaklarını etkin biçimde kullanmasını gerektiren dinamik ve çok boyutlu bir süreçtir. Bu bağlamda tedaviye uyum (örneğin HD seanslarına düzenli katılım, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyma, ilaçları doğru kullanma vb.), hastalığa uyumun önemli bir bileşeni olmakla birlikte, uyum sürecinin yalnızca bir yönünü oluşturmaktadır (85, 86, 100, 101).

Hastalığa uyumun davranışsal bileşenlerinden biri olan tedaviye uyum, HD tedavisi alan bireylerde sağkalım ve yaşam kalitesi açısından kritik öneme sahiptir. Ancak pratikte bu bireylerin önemli bir kısmı tedavi planlarına tam olarak uyamamaktadır. Yapılan bir çalışmada HD tedavisi alan bireylerin yalnızca yaklaşık yarısının iyi düzeyde tedaviye uyum gösterdiği, %47–50’sinin orta düzeyde uyum sağladığı ve %6–7’sinin ise ciddi uyumsuzluk yaşadığı bildirilmiştir (101). Yapılan diğer çalışmalarda ise bu popülasyonda uyumsuzluğun yüksek olduğu; diyet kısıtlamalarına uyumsuzluğun %41,1 ile %98,3 arasında, ilaç alımına uyumsuzluğun ise %12,5 ile %98,6 arasında değiştiği belirlenmiştir (95, 102).

Günümüzde kronik hastalık tanısı alan bireylerde uyumu güçlendirmek için; hasta eğitimleri, psikoeğitim temelli yaklaşımlar, bilişsel-davranışçı yöntemler, sosyal destek kaynakları, teknoloji tabanlı eğitim uygulamaları, sağlık ekibiyle kurulan terapötik ittifaklar, öz yeterlik ve öz bakım odaklı programlar ile motivasyonel görüşme gibi çeşitli psikososyal uygulamalar kullanılabilmektedir (82, 88, 103, 104). Literatürde, eğitim programlarının, bilişsel-davranışçı yöntemlerin, teknoloji tabanlı sağlık uygulamalarının ve motivasyonel görüşmenin HD tedavisi alan bireylerde tedaviye uyumu artırmaya yönelik sıkça kullanılan başlıca psikososyal müdahaleler arasında yer aldığı bildirilmektedir (104, 105)

Hasta eğitimi ve bilgilendirme: Hasta eğitimi, sağlık profesyonelleri ile birey arasında yürütülen; bireyin bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirerek davranışlarında olumlu değişim yaratmayı ve böylece sağlığın korunması ile iyileştirilmesini hedefleyen bir öğrenme –öğretme süreci olarak tanımlanmaktadır (93). Özellikle diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumun arttırılmasında hasta eğitimi oldukça önemli bir yere sahiptir. Hasta eğitiminde en önemli rol ise bakımın her aşamasında HD tedavisi alan bireyle yakın etkileşim ve iletişim içinde olan, tedavi sürecini takip eden hemşirelerdedir. Hemşireler, bütüncül yaklaşımla bireylerin tedavi ünitesinde, evde ve sosyal yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorunları öngörerek gerekli eğitimi sunmakta ve danışmanlık desteği sağlamaktadır (106). Hasta eğitim programının etkili olabilmesi için sağlık profesyonellerinin bireylerin gereksinimlerinin doğru tanımlayabilmesi oldukça önemlidir (107). Literatür incelendiğinde hasta eğitim ve bilgilendirmelerinin ilaç kullanımı, diyet ve sıvı kısıtlamaları, semptom yönetimi ve yaşanan psikososyal sorunlar odaklı olduğu görülmektedir (103, 104, 108, 109).

Wu vd., (110) çalışmasında öz belirleme kuramı doğrultusunda hazırlanan eğitim programının (kuru ağırlık yönetimi, beslenme rehberliği, katater korunması, ruh sağlığı

bakımı, sağlık bakımı ve daha fazlası) diyetle uyma, fistülü koruma, HD komplikasyonlarını önleme gibi tedaviye uyumlarında etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise HD tedavisi alan bireylere verilen eğitim kitapçığının hastalık yönetimini, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumu arttırırken; tedavi seanslarını aksatma, seans sürelerini kısaltma ya da ilaç dozlarını atlama gibi olumsuz sağlık davranışlarını azalttığı bildirilmiştir (111). Hasta eğitimi ve hemşire liderliğinde telefon-SMS takibinin, HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyumlarına etkisini inceleyen bir çalışmada ise telefon-SMS takiplerinin tedavi seanslarına katılım, ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve diyet önerilerine uyumu artırdığı gösterilmiştir (21).

Psikoeğitim temelli yaklaşımlar: Psikoeğitim, psikoterapi ve eğitimsel unsurları bir araya getiren, bütüncül ve yeterlilik temelli bir yaklaşımdır. Geleneksel tıbbi modellerin aksine, sağlığı geliştirmeyi, işbirliğini, başa çıkmayı ve güçlendirmeyi hedeflemektedir (112). Hasta ve yakınlarına hastalıkla ilgili temel bilgi kazandırmak, içgörüyü artırmak, nüksü önlemek ve kriz durumlarıyla baş etmeyi desteklemek psikoeğitimin temel amaçları arasındadır (112, 113).

Zhianfar vd., (114) tarafından yazılan bir derlemede, HD tedavisi alan bireylere yönelik psikoeğitim uygulamalarının diyet kısıtlamasına uyumu ve yaşam kalitesi algısını artırdığı; ayrıca interdiyalitik kilo alımı ile ilişkili biyobelirteçler (ör. Fosfor, potasyum) üzerinde olumlu etkiler gösterdiği bildirilmiştir. HD tedavisi alan bireyler ve ailelerine yönelik aile temelli psikoeğitim müdahalelerinde; fistül bakımı, beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal-finansal destek gibi eğitimsel ve destekleyici içeriklerin depresyon, anksiyete ve interdiyalitik kilo alımı üzerinde olumlu etkiler sağladığı bulunmuştur (115). Chen vd., (116) tarafından öz etkililik teorisi temel alınarak geliştirilen psikoeğitim programının, HD tedavisi gören bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltırken, öz etkililik ve tedaviye uyum davranışlarını artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Bilişsel-davranışçı yöntemler: Literatür incelendiğinde güncel KBH tedavi kılavuzları (6, 7), hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilecek ve semptomları yönetebilecek bir dizi davranışsal hedefi vurgulamaktadır. Bu davranışsal alanlar; ilaçlara bağlılık, sıvı kısıtlaması, diyet önerilerine bağlılık ve hastalık SDBH ilerledikten sonra HD tedavisine bağlılık şeklinde ayrılmaktadır (108, 109). Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması sonucunda HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyumlarını arttırmaya yönelik davranış değiştirme modelinin olduğu; sıklıkla bir davranışın nasıl gerçekleştirileceğine dair

talimatlar, davranışın hedef belirlenmesi, sağlık sonuçları hakkında bilgi, öncüller hakkında bilgi, sosyal destek ve sodyum kısıtlaması için öz yönetim desteği müdahalesinin uygulandığı belirlenmiştir (117). Valsaraj vd., (118) tarafından yürütülen çalışmada, HD tedavisi alan bireylere 10 haftalık bilişsel davranışçı terapi uygulanmış; altıncı ay değerlendirmesinde bilişsel davranışçı terapi grubunda interdiyalitik kilo alımı, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde bazale kıyasla azalma, hemoglobin düzeylerinde ise artış saptanmıştır. Ayrıca sıvı kısıtlaması, diyet önerileri ve ilaç kullanımına uyum ile HD tedavisine devamlılık açısından da olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise 12 haftalık mindfulness destekli grup BDT uygulamasının HD tedavisi alan bireylerde serum kreatinin düzeyleri, klirensx zaman/volüm oranları, yaşam kaliteleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinde iyileşme sağladığı bildirilmiştir (119). Cukor vd., (120) HD tedavisi alan bireylere 3 ay süren BDT uygulamasının bireylerin depresyon düzeylerinde, yaşam kalitelerinde ve sıvı kısıtlamasına uyumlarında olumlu değişimler yarattığı belirlenmiştir.

Teknoloji tabanlı sağlık uygulamaları: Teknoloji tabanlı sağlık uygulamaları, mobil sağlık uygulamaları, teletıp, giyilebilir cihazlar ve hasta katılımını, kendi kendini izlemeyi ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimi kolaylaştırabilen diğer dijital platformlar dahil olmak üzere çok çeşitli teknolojileri kapsamaktadır (121). Literatürde yer alan sistematik derleme ve meta-analiz bulguları, HD tedavisi alan bireylerde SMS ile takip, telefon uygulamaları ve sosyal medya (ör. Instagram, Twitter) üzerinden paylaşılan eğitim içerikleri ile bilgilendirme materyallerinin tedaviye uyumu artırdığını; depresyon ve anksiyete düzeylerini ise azalttığını göstermektedir (105, 121, 122). Yapılan bir çalışmada ise mobil uygulama aracılığıyla verilen fistül bakımı eğitiminin etkisi incelenmiş ve eğitim sonrasında HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum ve öz bakım davranışlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir (123).

Motivasyonel Görüşme: Son yıllarda, motivasyonel görüşme kronik hastalık tanısı alan bireylerde davranış değişikliğini kolaylaştırmak ve tedaviye bağlılığı artırmak için umut vaat eden bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır (88, 124). Motivasyonel görüşme, danışan merkezli ve yönlendirici bir yöntem olarak davranış değişimini desteklemeyi amaçlayan bir müdahaledir. Bu müdahale türü, özellikle kararsız bireylerin sağlık önerilerine uyum konusundaki ikilemlerini aşmalarına yardımcı olmaktadır. Motivasyonel görüşme süreci, danışan ve profesyonel arasında işbirliğine dayalı olup, bireyin kendi kaynaklarını kullanmasını ve içsel motivasyonunu güçlendirmesini teşvik etmektedir (125). Literatür incelendiğinde motivasyonel görüşmenin HD tedavisi ve KBH hastalığında tedaviye uyum,

memnuniyet, öz yeterlilik ve yaşam kalitesinin iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir (87, 88, 126, 127). Literatürde motivasyonel görüşmemüdahalesinin eğitimle birleştirilmesinin uyum davranışları üzerinde daha etkili olacağı bildirilmiştir (37). Watson İnsan Bakım Modeli'ne uygun şekilde planlanan motivasyonel görüşme müdahalesinin HD tedavisi alan bireylerde tedaviye, sıvı ve besin kısıtlamalarına uyumu arttırdığı, böbrek hastalıklarının getirdiği yükü de azaltarak yaşam kalitesini olumlu etkilediği saptanmıştır (127). Yapılan başka bir çalışmada ise Transtheorik Model'e dayalı motivasyonel görüşme müdahalesinin sıvı-besin kısıtlamasına, tedaviye uyumu ve öz yeterlilik üzerinde iyileştirme sağladığı gözlenmiştir (126). Ok ve Kutlu'nun (88) çalışmasında ise motivasyonel görüşme uygulanan HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyum (seanslara katılım, ilaç, sıvı ve diyet uyumu) düzeylerinde ve zaman için yaşam kalitelerinde iyileşme görülmüştür.

2.4. Hemodiyaliz Tedavisi ve Depresyon

Hemodiyaliz tedavisi, bireylerin fiziksel sağlığın korunmasına katkı sağlasa da tedavinin süresi, sıklığı ve yaşam tarzına getirdiği kısıtlamalar önemli psikososyal sorunlara yol açmaktadır (128, 129). HD tedavisine başlama dönemi, bireylerin duygusal açıdan en hassas oldukları evrelerden biridir (37). Hastalık yükü, fonksiyonel sınırlılıklar, diyet kısıtlamaları, ilaçların yan etkileri, sosyal rollerdeki değişimler, beden imajında bozulma, ekonomik kayıplar, aile düzeninde bozulma, bilişsel fonksiyonlarda azalma, tedaviye ve geleceği dair belirsizlik ve ölüm korkusu bireylerin sık yaşadıkları psikososyal sorunlardandır (13, 26-28). Bu süreçte en yaygın görülen ruh sağlığı problemi depresyondur ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen temel faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır (15, 31, 128, 130). HD tedavisi alan bireylerde depresyon sıklığının %5 ile %60 arasında değiştiği, bu durumun fiziksel ve zihinsel kapasiteyi azaltarak sosyal ilişkilerde, mesleki rollerin sürdürülmesinde ve cinsel işlevlerde bozulmalara yol açtığı bildirilmektedir (32). Ayrıca depresyonun, KBH prognozunu olumsuz etkileyerek klinik açıdan kötü sonuçların ortaya çıkma olasılığını ve mortalite riskini artırdığı bilinmektedir (130).

Depresyon ve depresif belirtiler arasında kavramsal bir ayrım bulunmaktadır. Depresif belirtiler; düşük ruh hali, düşünce ve hareketlerde yavaşlama, uyuşukluk, enerji eksikliği, değersizlik hissi, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde azalma gibi bulguları içerirken; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı V'e göre (DSM-5) göre depresyon en az iki hafta süren, önceki işlevsellikten farklılık gösteren ve yoğun üzüntü ile karakterize bir klinik tablodur (131). Klinik depresyon ayrıca motivasyon eksikliği, psikomotor gerilik, yetersizlik

duygusu ve yaygın olumsuz düşüncelerle belirginleşmektedir. KBH tanısı alan bireylerde bu belirtiler çoğunlukla sağlık kaybı, bağımsızlığın azalması, üretkenliğin düşmesi ve geleceğe dair belirsizlikler ile ilişkilidir (36). Literatürde, kadın hastaların erkeklere kıyasla daha fazla depresif belirti yaşadığı ve ruhsal iyilik hallerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (132-134).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde depresyonun kontrol altına alınması, yalnızca farmakolojik müdahaleler (örneğin antidepresanlar) ile sınırlı değildir. Bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi, fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri, sosyal destek ağları, tele-hemşirelik programları ve yapılandırılmış eğitim programları gibi farmakolojik olmayan yaklaşımlar da depresyonu azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili yöntemler olarak öne çıkmaktadır (33, 34). Bu nedenle, hemşirelik bakımında fiziksel belirtilerin yanı sıra psikososyal boyutların da dikkate alınması, depresyonun önlenmesi ve yönetilmesi açısından kritik öneme sahiptir (129).

2.4.1. Depresyonu azaltmaya yönelik psikososyal yaklaşımlar

Psikososyal müdahaleler, ilaç kullanmadan bireylere psikolojik, duygusal ve sosyal destek sağlamayı amaçlamaktadır. Bazı durumlarda, bu müdahaleler farmakolojik tedavi ihtiyacını azaltabilir veya terapötik etkilerini artırabilir. Bu müdahaleler, rahatsız edici semptomları hafifletmeye, başa çıkma becerilerini geliştirmeye, sosyal ilişkileri güçlendirmeye, hastalığa özgü zorlukları ele almaya ve kaygı ve stresi azaltmaya yardımcı olabilir (33, 34). Bununla birlikte, psikoterapötik uygulamalar için standart bir yöntem veya evrensel olarak kabul edilen bir protokol bulunmamaktadır ve terapist veya destek sağlayıcı ile etkileşimin süresi, yoğunluğu ve düzeyi önemli ölçüde değişebilir. Antidepresan tedavisiyle ilişkili potansiyel farmakolojik etkileşimler ve yan etkiler göz önüne alındığında, psikososyal müdahaleler HD tedavisi alan bireyler için önemli bir alternatiftir. Bu popülasyondaki depresif belirtiler, tedaviye uyumu bozabilir, fonksiyonel kapasiteyi azaltabilir ve hastaneye yatış oranlarını artırabilir (135). Sonuç olarak, HD tedavisi alan bireylerde depresyonun yönetiminde psikososyal müdahalelerin etkinliğini araştırmak için çok sayıda randomize kontrollü çalışma ve meta-analiz yapılmıştır (36, 38).

Psikoterapi ve Danışmanlık Temelli Müdahaleler: Psikoterapi ve danışmanlık temelli müdahaleler, HD tedavisi gören bireylerde depresyon tedavisi için en çok kullanılan yöntemler arasındadır (36, 38). Bu müdahaleler, uyumsuz düşünce ve davranış kalıplarını

yeniden yapılandırarak olumsuz duygusal durumları hafifletmeyi amaçlamaktadır. Kısa süreli bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapilerinin depresif semptomları önemli ölçüde azaltabileceği, tedaviye bağlılığı artırabileceği ve umudu artırabileceği konusunda kanıtlar bulunmaktadır (136, 137). Ayrıca, psiko-eğitim programları, hastaların bilgilerini ve öz farkındalıklarını artırarak başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (36).

Bilişsel Davranışçı Terapi, olumsuz düşünce ve davranışları yeniden yapılandırmayı hedefleyen en yaygın psikoterapi yöntemidir. HD tedavisi alan bireylerle yapılan çalışmalarda kısa süreli bilişsel davranışçı terapinin depresif belirtileri azalttığı, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (36). Lerma vd., (137), beş haftalık grup bilişsel davranışçı terapi programının depresyon düzeylerini azalttığını ve sosyal işlevselliği geliştirdiğini göstermiştir.

Grup terapileri, düşük maliyetli ve erişilebilir müdahaleler arasında yer almaktadır. Duarte vd., majör depresyon tanılı HD tedavisi alan bireylerde 12 haftalık grup bilişsel davranışçı terapinin depresyonu belirgin biçimde azalttığını ve etkinin 9 aya kadar sürdüğünü göstermiştir (136). Poorgholami vd. ise grup terapilerinin yaşam kalitesini yükseltip psikolojik sıkıntıyı azalttığını vurgulamıştır (138).

Psiko-eğitim, hastaların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgi düzeyini artırarak baş etme becerilerini güçlendirmektedir. Al-Saireh vd., HD tedavisi alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi ile psiko-eğitimin depresyon üzerindeki etkilerini karşılaştırmış ve psiko-eğitimin daha etkili olduğunu bildirmiştir (139). Chen vd., ise psiko-eğitimin olumlu etkilerinin 6 aya kadar devam ettiğini göstermiştir (116).

Mindfulness ve Zihin-Beden Temelli Müdahaleler: Mindfulness, gevşeme egzersizleri ve imgeleme teknikleri HD tedavisi alan bireylerde psikolojik sıkıntıyı azaltmada yararlı bulunmuştur. Razzera vd., mindfulness tabanlı programların depresif belirtileri azalttığını raporlamıştır (140). Bennett vd., ise meditasyonun uzun vadeli psikolojik yararlar sağladığını göstermiştir (141).

Sanat, Sosyal ve Destek Temelli Müdahaleler: Sanat ve sosyal desteğe odaklanan müdahaleler, HD tedavisi gören bireylerin duygusal refahını artırabilecek tamamlayıcı stratejilerdir. Örneğin, müzik terapisi hastalara duygusal ifade aracı sağlarken, psikososyal destek grupları sosyal bağları güçlendirerek yalnızlık hissini azaltmaya yardımcı olur. Bu

müdahaleler, yaşam kalitesini iyileştirmek ve hastaların depresyonla başa çıkmasına yardımcı olmak açısından önemlidir. Müzik temelli müdahalelerin ve destek gruplarının depresif semptomları etkili bir şekilde azalttığı ve tedaviye bağlılığı artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (38, 142).

Müzik terapisi HD tedavisi alan bireylerde duygusal ifade imkânı sağlayarak depresyonu azaltmaktadır. Nishiwaki vd., sistematik derlemelerinde müzik terapisinin depresif belirtileri anlamlı biçimde azalttığını vurgulamıştır (142). Sosyal destek ise tedaviye uyumu güçlendiren önemli bir faktör olup, düşük sosyal desteğin daha yüksek anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (143).

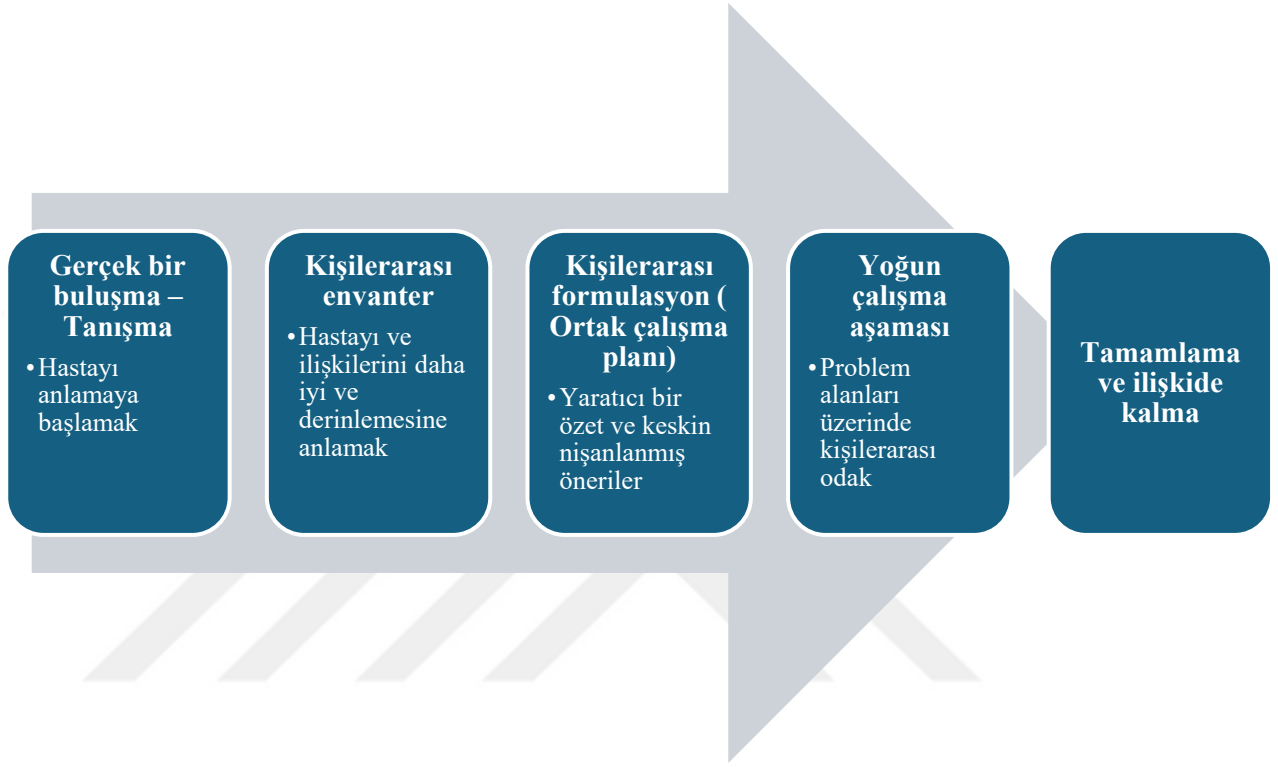
Spiritüel ve Dini Müdahaleler: Spiritualite ve dini uygulamalar (dua, meditasyon, kutsal metin dinleme) HD tedavisi alan bireylerde umut ve baş etme gücü sağlamaktadır. Mashitah vd., Kur'an dinlemenin depresyonu azalttığını göstermiştir (144). Fradelos vd., ise spiritüel baş etmenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (145).

2.5. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT), 1970'lerde Weissman ve Klerman tarafından majör depresyon tedavisi için geliştirilmiş olup 1984'te Klerman tarafından bir kılavuz haline getirilerek sistemleştirilmiştir (146). KİPT, depresif belirtilerin azaltılması ve kişilerarası işlevselliğin geliştirilmesi amacıyla sosyal ve kişilerarası süreçlere odaklanan, psikososyal dengeyi yeniden kurmayı hedefleyen, yapılandırılmış, süre açısından sınırlı ve dinamik temellere dayanan kanıta dayalı bir psikoterapi yaklaşımıdır (147, 148). Terapi sürecinde amaç; bireyin ilişkilerindeki çatışmaları çözümlemesi, beklentilerini gerçekçi biçimde yeniden düzenlemesi ve stresle baş etmede sosyal destek ağlarını etkinleştirmesidir (39-41, 149-151).

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi; kişilerarası çatışmalar, rol geçişleri, kişilerarası beceri yetersizlikleri/sosyal izolasyon ve yas-kayıp alanlarını odak noktası olarak ele almaktadır (43, 152). Uygulamada bireyin iletişim örüntüleri ve kişilerarası davranışları ayrıntılı biçimde değerlendirilir; iletişim analizi, problem çözme ve gerektiğinde rol oynama gibi tekniklerle işlevsel iletişim ve baş etme becerileri geliştirilir (41, 42). Genellikle 12–20 seans süren tedavi dört evrede ilerler: başlangıç/değerlendirme, orta aşama (seçilen problem alanına yönelik müdahaleler), akut tedavinin sonlandırılması (kazanımların gözden geçirilmesi) ve sürdürüm (nüks önleme ve pekiştirme) (40, 41). Bu yapı, bireyin kişilerarası

sorunlarını fark etmesine, doğru tanımlamasına ve uygulanabilir çözüm stratejileri geliştirmesine hizmet eder (39-41, 43, 149). KİPT'in yapısı Şekil 2.1'de yer almaktadır. Ayrıca yas sürecinin sağlıklı biçimde tamamlanmasının desteklenmesi, duyguların ifade edilmesi için güvenli bir alan sağlanması ve yeni/işlevsel ilişkilerin kurulmasının güçlendirilmesi de temel hedefler arasındadır (39, 152).



Şekil 2.1. KİPT'in yapı taşları (39-41)

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, depresyonun bireyin kişilerarası ilişkilerinde ve toplumsal rollerinde yaşadığı bozulmaların bir sonucu olarak ortaya çıktığını varsayar; bu nedenle terapötik süreç, kişilerarası çatışmaların çözümü, sosyal destek kaynaklarının etkinleştirilmesi ve rol değişimlerinin uyumlu biçimde yönetilmesi üzerine odaklanır (40, 148). Özellikle kronik hastalık tanısı alma, sağlığın kaybı ve hasta rolüne geçiş gibi zorlayıcı yaşam olayları, bireyin sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyen önemli stres kaynakları olup, KİPT'in odaklandığı kişilerarası temalar arasında yer almaktadır (42, 153). Bu yaklaşım, bireylerin hastalığın yaşamları üzerindeki etkilerini fark etmelerini, bu süreci yeniden anlamlandırmalarını ve sosyal destek sistemlerini daha etkili biçimde kullanmalarını sağlar. Böylelikle KİPT, depresyonun kişilerarası nedenlerine yönelerek duygusal iyileşmeyi destekler, hastalık sürecinin getirdiği yeni rollerin önceki rollerle bütünleştirilmesine katkı sunar ve bireyin yaşamına uyumlu biçimde devam etmesine olanak tanır (40, 41, 148, 154).

Başlangıçta depresyon tedavisine yönelik olarak geliştirilen KİPT, zaman içerisinde farklı klinik alanlara uyarlanmış ve kapsamı genişlemiştir. Günümüzde KİPT, perinatal ve geç yaşam depresyonu, adölesan dönemi depresyonu, distimi, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozuklukları gibi çeşitli ruhsal hastalıklarda uygulanabilmektedir (39, 43-45). Uygulama alanı genişledikçe, bedensel hastalıklarla birlikte seyreden depresif belirtilerin yönetiminde de yararlı olduğu gösterilmiştir (44, 46). Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği rol değişimleri, işlev kaybı, beden imajında bozulma, sosyal izolasyon ve kayıp deneyimleri, KİPT'in terapötik olarak ele aldığı kişilerarası alanlarla örtüşmektedir. Bu nedenle KİPT, hastalık sürecine eşlik eden iletişim güçlükleri, beklenti uyumsuzlukları ve sosyal destek arayışlarının düzenlenmesinde etkili bir psikoterapi çerçevesi sunmaktadır (43, 149, 151).

Her ne kadar HD tedavisi alan SDBH tanısı alan bireylerde KİPT'nin doğrudan uygulamasını inceleyen çalışma bulunmasa da İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus [HIV]), meme kanseri, koroner arter hastalığı, kronik ağrı ve infertilite gibi fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonda yöntemin etkinliğini ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (44, 46-50). Bu bulgular, KİPT'in kronik bedensel hastalıkların neden olduğu kişilerarası zorlukları hedefleyerek psikososyal uyumu ve ruhsal iyilik halini desteklemede uygulanabilir ve etkili bir psikoterapi yaklaşımı olduğunu göstermektedir.

2.5.1. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin müdahale alanları

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin, kişilerarası ilişkilerde ilgilendiği üç temel müdahale alanı; kişilerarası çatışmalar, rol geçişleri ve yas/kayıp şeklindedir (40, 41).

Kişilerarası çatışmalar: Bireyin yaşadığı problemi veya hastalığını etkileyen faktör, bireyin sahip olduğu ilişkiler ise, müdahale alanı kişilerarası çatışmalar olarak seçilmektedir. Kişilerarası çatışmalar içerisinde bireyin sosyal ilişkilerinde yaşadığı anlaşmazlıklar, iletişim sorunları ve gerçekçi olmayan beklentilerinden kaynaklanan stres ele alınmaktadır. Kişilerarası ilişkiler envanterinin kullanılması sonucunda belirlenen çatışmaların akut çözümü için en uygun KİPT tekniklerinin belirlenmesi sonrasında terapist ve danışan birlikte çalışmaktadır. Kişilerarası çatışmalar genellikle iletişim şeklinin zayıflığından veya karşılıklı beklentilerin farklı olmasından kaynaklanmaktadır (42, 153). Bu durum, bireyin sosyal ilişkiler kurması ve devam ettirmesinde güçlük yaşamasını ifade etmektedir. KİPT kişilerarası çatışmalara müdahale olarak kullanılma amaçları: yaşanan çatışmaları anlamak,

yanlış veya eksik kurulan iletişim sonucundaki yanlış anlaşılımları keşfetmek, gerçekleşmeyen beklentilerin nedenlerini ve sonuçlarını incelemek, yaşanan anlaşmazlık ve çatışmalara alternatif yol bulmak ve gelecekte yaşanabilecek kişilerarası çatışmaları önlemeye yönelik becerileri geliştirmek şeklindedir (40, 41).

Rol geçişleri: Bireyin yaşamındaki önemli bir değişime uyum sağlama zorunluluğu olan durumları kapsamaktadır. Eski rolün kaybı ya da yeni role uyumda yaşanan güçlükler veya yetersizlikler bireyin işlevselliğini ve sosyal destek sistemini olumsuz etkileyebilir, yeni rolün tamamen reddedilmesine neden olabilir. Bu durum sonucunda bireyin sosyal destek kaynaklarında ya da sahip olduğu değerlerde kayıplar yaşanabilir, farklı sosyal becerilerin geliştirilmesi gerekebilir. Rol geçişleri/değişimi üzerinde çalışılırken, terapistin amacı bireyin sahip olduğu eski ve yeni rolleri üzerine düşünmesini sağlamak, yeni rolünde yaşadığı güçlüğün nedenlerini belirlemek ve bu sorunları çözüm yolları arayıp uygulaması için desteklemek ve sosyal desteğinin güçlenmesini sağlamaktır. Rol değişimlerine müdahale edebilmek amacıyla KİPT'in araçlarından biri olan “Yaşam Olayları Envanteri” kullanılabilmektedir (40, 41, 150).

Yas ve kayıplar: Bireyin hayatındaki önemli kayıp ya da kayıp tehdidi, yas sürecini başlatmaktadır. KİPT’de yas ve kayıp bireyin tanımlamış olduğu ve yaşamını kişilerarası ilişkiler açısından etkileyen tüm kayıplar yas süreci olarak kabul edilmektedir. Yas ve kayba müdahalede amaç, bireyin tamamlanmamış olan yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlaması, yas sürecini kolaylaştırılması, normal yaşantısına devam etmesi, kaybedilenin yerine yeni ilgi alanları ve sosyal ilişkiler geliştirebilmesi, yeni sosyal destek kaynaklarına sahip olması ve varolan destek kaynaklarıyla ilişkilerinin güçlendirilmesine yardımcı olmaktır. Terapist, empatik dinleme yoluyla bireyin bastırılmış duygularını fark etmesine ve kayıp ile ilişkisini yeniden yapılandırmasına destek olmaktadır. Böylelikle birey, sosyal destek sistemini güçlendirme ve yeni ilişkiler kurma fırsatı elde etmektedir (40, 41).

2.5.2. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin aşamaları

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi müdahalesi 4 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; değerlendirme/başlangıç, orta, akut tedavinin sürdürülmesi ve sürdürüm tedavisi şeklindedir. Bu aşamalar Şekil 2.2. ve Şekil 2.3’de detaylı olarak gösterilmiştir (40-42).

Değerlendirme/Başlangıç Aşaması: İlk aşama olan değerlendirme aşaması danışanın KİPT için uygunluğu ve terapistin en doğru seçenek olup olmadığı değerlendirilmektedir.

Bireyin kişilerarası ilişkilerini ve iletişim biçimini anlamak amacıyla ilişki çemberi tekniğinden yararlanılır. Eğer birey KİPT için uygun olarak değerlendirilirse danışanla tedavi sözleşmesi yapılır. Bu aşamada amaç bireyin sosyalleşmesi ve kişilerarası iletişim becerilerini güçlendirmektir. KİPT'in diğer terapi yöntemlerinden ayırıcı özelliği, sürecin esnek ve birey odaklı olmasıdır. Görüşmeler boyunca kişinin duygu, düşünce ve beklentileri dikkate alınır, seans sıklığı, süresi, kapsamı ve hedeflere ulaşmak için eylem planı danışanla birlikte planlanır. Ayrıca olası acil durumlar için alternatif planlar geliştirilir (40-42, 152).

Orta Aşama: Değerlendirme aşamasında belirlenen temel müdahale alanlarına yönelik planlanan eylemlerin aktif olarak kullanılmaktadır. Kişilerarası çatışmaların çözümü, rol geçişlerinin tanımlanması, sosyal desteğin artırılması ve yas sürecine uyumun desteklenmesi bu aşamanın odak noktalarıdır. Hangi sorunların öncelikli olarak ele alınacağı terapist ve danışan tarafından birlikte kararlaştırılır. Genellikle bir ya da iki sorun üzerinde yoğunlaşılan bu süreçte KİPT teknikleri uygulanır. İlişki çemberi düzenli olarak güncellenerek danışanın ilişkilerindeki güçlü ve zayıf yönler belirlenir. Bu aşamada pratik uygulamalara ağırlık verilerek bireyin baş etme becerileri güçlendirilmeye çalışılır (40-42, 152).

Akut Tedavinin Sonlandırılması: Bu aşama, kısa süreli yoğun tedavi sürecinin tamamlandığı aşamadır. Başlangıçta belirlenen sorunların çözümü hedeflenir ve danışanın sürdürüm tedavisine sorunsuz geçiş yapması sağlanır. Terapist ile danışan arasında sürdürülebilirlik için yeni bir anlaşma yapılır. Ayrıca gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlara yönelik baş etme stratejileri geliştirilir. Bu aşamanın sonunda danışan, bağımsızlık kazanırken gerektiğinde terapistine ulaşabileceğini bilmenin güvenini de taşır (40-42, 152).

Sürdürüm Tedavisi: Sürdürüm aşamasının belirli bir süresi yoktur; görüşmelerin sıklığı bireyin öyküsü, hastalığın şiddeti ve nüks riskine göre danışanla birlikte kararlaştırılır. Kişilerarası sorunların tekrar etme olasılığı varsa görüşmeler belirli aralıklarla (örneğin ayda bir) sürdürülebilir. Ancak danışan kendisini yeterli görüyorsa bu aşama telefon veya e-posta gibi uzaktan yöntemlerle de yürütülebilir (40-42, 152).

Kaç Görüşme

İlk Görüşmeler – İlk Anlar

Gerçek bir buluşma – tanışma

Hastayı anlamaya başlamak

Kişilerarası İlişkiler Dökümü (Çember)

Hastayı ilişkileriyle birlikte daha iyi ve
derinlemesine anlamak

Kişilerarası Formülasyon (Çerçeveleme)

Yaratıcı bir özet – keskin nişanlanmış öneriler

Ortak çalışma planı

Yoğun Çalışma Aşaması

Problem alanları üzerinde kişilerarası odakla çalışmak

Tamamlama

İlişkide Kalma

1- 2

1- 2

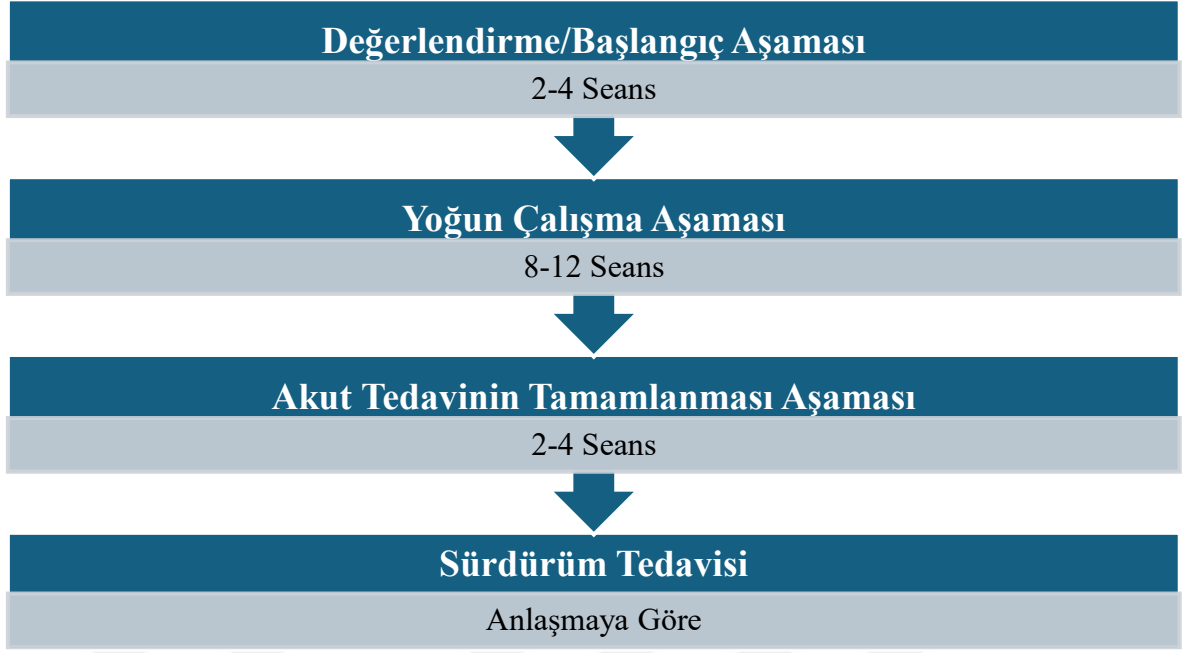
1/2

5-8

2-6

...

Şekil 2.2. Yaratıcı özet ve Ortak Çalışma Planı, KIPT'in Aşamaları (40-42, 152)



Şekil 2.3. Zaman Sınırlı Yapılandırılmış KİPT’in Evreleri (40-42, 152)

2.5.3. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinde kullanılan araçlar

Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi

Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi, bireyin yaşamında yer alan önemli kişilerle olan ilişkilerini sistematik olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan KİPT’e özgü bir araçtır. Envanter uygulanırken bireyin mevcut yaşamındaki kişilerden başlanarak geçmişteki ilişkilerine doğru gidilir; görüşme sıklığı, ilişkinin niteliği, tarafların birbirlerinden beklentileri ve bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı ayrıntılı biçimde ele alınır (40-42, 152).

Envanter tamamlandıktan sonra, danışanla birlikte terapide odaklanılacak bir veya iki temel sorun belirlenir. Bu sorunlar genellikle yetersiz sosyal destek veya başa çıkılamayan stres faktörleriyle ilişkilidir. Süreç boyunca envanter düzenli aralıklarla yenilenir; danışanın duygularındaki ve düşüncelerindeki değişim görünür hale gelir. Böylece danışan ilişkilerinde zaman içinde meydana gelen dönüşümleri fark edebilir; örneğin başlangıçta merkezde olan bir kişi daha sonra çemberin dışına çıkabilir veya tam tersi gerçekleşebilir (42, 152).

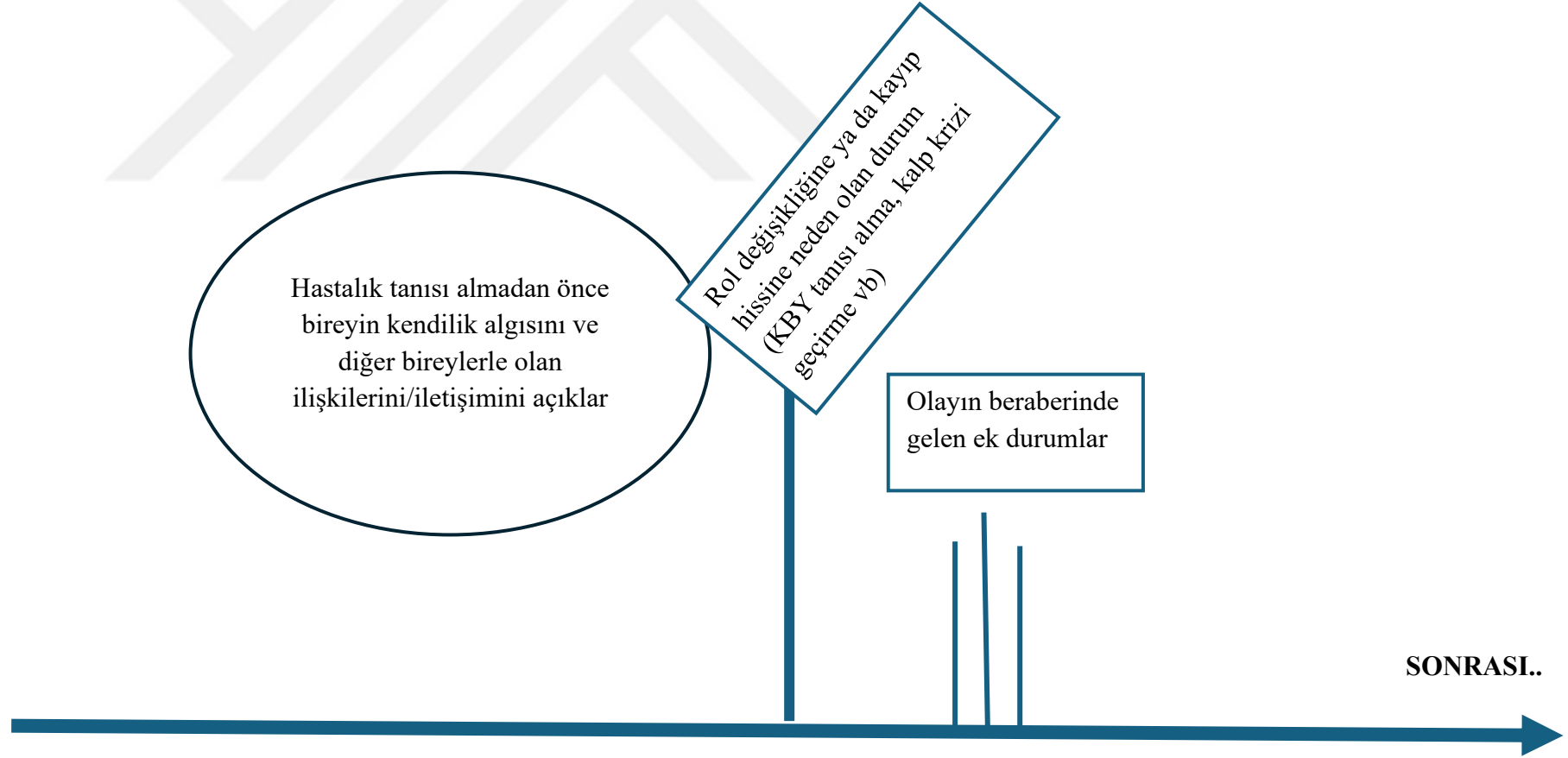
Envanterin temel amaçları; bireyin sosyal destek kaynaklarını tanımlamak, iletişim problemlerini görünür kılmak, ilişkilerdeki beklenti ve sorun alanlarını belirlemek ve tedavi

planını kolaylaştırmaktır. Ayrıca terapi süresince gelişen ve değişen bir “referans noktası” sağlayarak, danışanın farkındalık kazanmasına katkıda bulunur (40, 41, 152). (EK 1, EK 2)

Yaşam Olayları Zaman Çizelgesi

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinde araç olarak kullanılan Yaşam Olayları Zaman Çizelgesi, bireylerin rol değişimlerini kriz haline getirmeden, daha gerçekçi bir bakış açısıyla organize etmelerine yardımcı olur. Çizelgeye tanı öncesi ve sonrası belirtiler, tanıyla birlikte yaşanan önemli olaylar kaydedilir. Zaman çizelgesinin ileriye yönelik oku, bireye hastalık sürecine rağmen planlanabilecek, gerçekleştirilebilecek yaşam hedeflerinin olabileceğini hatırlatarak umut duygusunu destekler. Çizelge geriye dönük olarak da kullanılabilir; bu sayede bireyin sağlıklı olduğu dönemdeki benlik algısı ve kişilerarası ilişkileri ortaya çıkarılır. Terapist, bu yöntemle hastalığın söz konusu tanımları nasıl etkilediğini bireyin daha gerçekçi biçimde fark etmesine yardımcı olur (40, 41, 152).

Bedensel hastalık ağır bir kriz ve kayıp deneyimi yaratsa da, çizelge bireyin durumunu doğru değerlendirmesine, rol değişimi sonrasında yaşamını ve ilişkilerini daha dengeli bir biçimde düzenlemesine katkı sağlar. Bazı bireyler için bu süreç, yaşam önceliklerini ve amaçlarını yeniden gözden geçirmeleri açısından bir dönüm noktası niteliği taşır. Ayrıca terapist, “hasta rolü” ile gelen yaşam tarzı değişikliklerini, bireyin sosyal desteklerini güçlendirmesi için fırsata dönüştürebilir (39-41). Örneğin HD tedavisi alan birey fosfor ve potasyum açısından besin kısıtlamasına uymak zorunda olduğunda, bu süreç ailesiyle birlikte uygun yemekler hazırlama ve paylaşma etkinliğine dönüştürülebilir. Böylece diyet kısıtlaması yalnızca kişisel bir yük olmaktan çıkar, bireyin hem besin kısıtlamasına uyumunu güçlendirir hem de sosyal ilişkileri aracılığıyla bağlanma ve aidiyet ihtiyacını karşılayabilir. Şekil 2.4’te yaşam olayları zaman çizelgesinin detayları yer almaktadır.



Şekil 2.4. Yaşam olayları zaman çizelgesi (39)

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinde yas süreci çalışılırken, özellikle bireyin duygusal deneyimlerinin dikkatle dinlenmesi ve anlaşılması önemlidir. Terapist, bireyin sosyal destek ağlarını geliştirmesine yardımcı olur ve deneyimlerini başkalarıyla paylaşmasını teşvik eder. Bu yaklaşım, kayıp yaşantısının başkalarıyla paylaşılmasını kolaylaştırarak iyileşme sürecine katkı sağlar. Ölümcül hastalığı olan bireylerde dahi çizelge, yaşamın ilerleyen dönemlerinde hâlâ planlanabilecek şeylerin var olduğunu ortaya koyar. Böylelikle ölüm sonrası döneme ilişkin duygu ve düşünceler de terapötik çerçevede ele alınabilir (39-41).

2.5.4. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin bedensel hastalıklarda kullanımı ile ilgili yapılmış araştırmalar

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin depresyon üzerindeki etkisi kanıtlandıktan sonra kullanım alanı giderek genişlemiştir. Özellikle kanser, HIV, kronik ağrı, koroner arter hastalığı, obezite gibi fiziksel hastalık tanısı alan bireylerde eski rol ve sağlığın kaybına bağlı yas sürecine ya da yeni rollere uyuma yardımcı olabilmek için son yıllarda kullanımı giderek artmaktadır (44, 46-50). KİPT'in fiziksel hastalıklarda kullanımı ve kapsamını belirlemek için kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Fiziksel/bedensel hastalık tanısı alan bireylere uygulanan KİPT'in etkilerini inceleyen çalışmalar Tablo 2.2'de özetlenmiştir.

Çalışmanın Künyesi	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Sonucu
Burke vd., 2017 (155)	Impact of Age and Race on Outcomes of a Program to Prevent Excess Weight Gain and Disordered Eating in Adolescent Girls	Obezite ve kontrolsüz aşırı yeme açısından yüksek risk altında olan ergenlerde aşırı kilo alımını ve kontrolsüz aşırı yeme olaylarını azaltmak için KİPT'in ve sağlık eğitim programını karşılaştırarak yaş ve ırkın 3 yıl içindeki beden kitle indeksi, vücut yağlanması ve kontrolsüz aşırı yeme davranışı üzerindeki etkileri incelemektir.	KİPT müdahale grubundaki yaşı daha büyük olan kızların 3 yılın sonundaki izlemlerinde daha az beden kitle indeksi artışı ve yağlanma; beyaz ırka sahip olmayan ve KİPT müdahale grubunda olan kızların ise daha az kontrolsüz aşırı yeme davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir.
Pine vd., 2021 (156)	A pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy 31ort he prevention of excess weight gain among adolescent military-dependent girls.	Askeri personelin adolesan dönemindeki kız çocuklarında aşırı kilo alımını ve kontrolsüz yeme davranışlarını önlemeye yönelik olarak KİPT'in uygulanabilirliğini, kabul edilebilirliğini ve klinik sonuçlarına (beden kitle indeksi) etkisini sağlık eğitim programı ile karşılaştırarak değerlendirmektedir.	Elde edilen sonuçlar kapsamında KİPT'in uygulanabilirliği ve kabul edilebilirliği yüksek düzeyde bulunmuş, KİPT grubunda olan kızların kontrolsüz yeme davranışları sıklığında azalma eğilimi gözlenmiştir. Beden kitle indeksi açısından kısa dönemde anlamlı farklılık olmasa da KİPT'in önleyici etkiler için umut verici olduğu bildirilmiştir.
Shomaker vd., 2017 (157)	A randomized, comparative pilot trial of family-based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered-eating, and excess weight gain in at-risk preadolescents with loss-of-control eating.	Ergenlik öncesi kontrolsüz yeme davranışı, aşırı kilo alımı ve aşırı yeme bozukluğunun önlenmesinde aile temelli KİPT programının uygulanabilirliğini ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca aile temelli KİPT programının çocukların psikososyal işlevselliği, kontrolsüz yeme davranışları ve beden kütlesindeki değişiklikleri üzerindeki etkisinin aile temelli sağlık eğitimi ile karşılaştırılması da amaçlanmıştır.	Aile temelli KİPT program grubunda yer alan çocuklarda sosyal etkileşim ve yeme davranışları üzerinde olumlu etkiler belirlenmiştir. Aile temelli KİPT programda yer alan çocuklarda uygulama sonrasında depresyon, anksiyete ve kontrolsüz yeme davranışlarında aile temelli sağlık eğitim programlarına kıyasla daha büyük azalmalar bildirilmiştir. Gruplar arasında beden kitle indeksi artışı açısından fark bulunamamıştır.
Blanco vd., 2014 (158)	A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed women with breast cancer.	Bu pilot çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda depresif belirtilerin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde KİPT'in uygulanabilirliğini ve ön etkinliğini incelemek amaçlanmıştır.	Elde edilen veriler sonucunda meme kanseri tanısı alan kadınların depresif belirtilerinde azalma, yaşam kalitelerinin artış belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda ise kadınların depresif belirtilerindeki azalmanın yaşam kalitesindeki artışı etkilediği görülmüştür. Bu sonuçların, KİPT'in meme kanseri tanısı alan kadınlarda depresyon için umut verici bir tedavi olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın Künyesi	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Sonucu
Blanco vd., 2019 (44)	A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer	Meme kanseri tanısı alan ve depresif belirtilere sahip kadınlara uygulanan KİPT, problem çözme terapisi ve kısa destekletici psikoterapi programlarının depresif belirtiler psikososyal işlevsellik ve ağrı üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır.	KİPT, problem çözme terapisi ve kısa destekletici psikoterapi programlarının 12. Haftada depresif belirtileri büyük ölçüde azalttığı belirlenmiştir. Tedavi yöntemleri sonrasında görülen remisyon oranları %25, %30 ve %27 olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fiziksel sağlık ölçümlerinde yalnızca problem çözme terapisi grubunda iyileşmeler gözlenmiştir. Fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi kapsamında uygulanan tedaviler arasında sonuçlarda anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
Belay vd., 2022 (46)	The effect of interpersonal psychotherapy on quality of life among breast cancer patients with common mental health disorder: a randomized control trial at Tikur Anbessa Specialized Hospital	Bu çalışmanın amacı, Etiyopya'daki bir hastanede tedavi gören ruh sağlığı bozukluğu tanısı alan meme kanseri hastalarında KİPT'in anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemektir.	KİPT müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrasında anksiyete, depresyon, fiziksel işlevsellik, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, uykusuzluk ve yorgunluk düzeylerinde iyileşmeler görülmüştür.
Donnelly vd., 2000 (159)	A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners.	Bu çalışmada kanser tanısı alan bireylere ve eşlerine telefon aracılığıyla uygulanan KİPT müdahalesinin uygulanabilirliğini ve etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.	Elde edilen veriler sonucunda kanser tanısı alan bireylere ve eşlerine telefon aracılığıyla uygulanan KİPT müdahalesinin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu; partnerler arasında iletişimin güçlendiği, psikolojik sorunların azaldığı ve baş etme becerilerinde gelişme görüldüğü belirlenmiştir.
Koszycki vd., 2023 (160)	Interpersonal Psychotherapy for Depression in Parkinson's Disease: A Feasibility Study.	Bu çalışmanın amaçları; Parkinson tanısı alan ve depresyonu bulunan bireylere uygulanan KİPT'in fizibilitesini değerlendirmek, depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek ve müdahale sonrasındaki 3 aya kadar sonuçlardaki değişiklikleri takip etmektir.	KİPT'in Parkinson hastalarında uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalarda KİPT müdahalesi sonrasında depresif belirtilerin azaldığı, 7 hastanın depresif belirtilerinin remisyon düzeyine gerilediği ve 3 aylık takipte 5 hastanın depresif belirtilerinin hala remisyonda olduğu belirlenmiştir. Diğer bir değişken olan yaşam kalitesi kapsamında tedavi sonrası ve 3 aylık izlemde iyileşmelerin olduğu görülmüştür. Bu iyileşme alanlarının özellikle refah ve stigma boyutlarında olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın Künyesi	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Sonucu
Koszycki vd., 2024 (161)	Interpersonal Psychotherapy 33ort he Treatment of Depression in Parkinson's Disease: Results of a Randomized Controlled Trial	Bu çalışmada, Parkinson tanısı alan bireylerdeki duygudurum bozukluğu ile kişilerarası ve sosyal stres faktörleri arasındaki çift yönlü ilişkiye odaklanarak KIPT'in etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Çalışma sonucunda Parkinson tanısı alan bireylere uygulanan KIPT ve destekleyici tedavinin bireylerde depresyon düzeylerini azalttığı, fakat KIPT'in 6 aylık izlem sonucunda destekleyici tedaviye göre bir üstünlüğü olmadığı belirlenmiştir.
Yator vd., 2022 (50)	Preliminary effectiveness of group interpersonal psychotherapy for young Kenyan mothers with HIV and depression: a pilot trial	Bu çalışmada, HIV pozitif annelere uygulanan grup KIPT müdahalesinin depresif belirtileri azaltmadaki, antiretroviral tedaviye uyumu artırmadaki etkileri ve bu etkilerin müdahale sonrası 16 hafta boyunca korunup korunmadığı incelemek amaçlanmıştır.	Elde edilen veriler sonucunda HIV pozitif annelere uygulanan grup KIPT müdahalesinin depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu fakat antiretroviral tedaviye uyum açısından bir fark yaratmadığı belirlenmiştir.
Meffert vd., 2021 (162)	Interpersonal psychotherapy delivered by nonspecialists for depression and posttraumatic stress disorder among Kenyan HIV-positive women affected by gender-based violence: Randomized controlled trial.	Bu çalışma, cinsel şiddet mağduru HIV pozitif kadınlarda eşlik eden majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için sürdürülebilir, ölçeklenebilir bir modeli test etmeyi amaçlamıştır.	KIPT ve rutin bakım uygulanan HIV pozitif kadınlarda majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve bu iki durumun komorbidite risklerinde kontrol grubuna göre azalmalar görülmüştür. Ayrıca KIPT ile birlikte rutin bakım almaya devam eden müdahale grubunda yer alan kadınların engellilik skorlarında, işe devamsızlıklarında ve partneri olanlarda şiddete maruz kalmada azalma görülmüştür. Elde edilen bu sonuçların 6 aylık takipte de devam ettiği bildirilmiştir.
Heckman vd., 2017 (163)	Tele-interpersonal psychotherapy acutely reduces depressive symptoms in depressed HIV-infected rural persons: a randomized clinical trial.	Bu çalışmada ABD'nin kırsal bölgesinde yaşayan HIV pozitif bireylere uygulanan tele KIPT müdahalesinin depresif semptomlar, kişilerarası sorunlar ve sosyal desteğe etkisi incelenmiştir.	Tele KIPT müdahale grubunda yer alan bireylerin kontrol grubuna göre depresif belirtilerinin ve kişilerarası sorun yaşama düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.
Koszycki vd., 2012 (164)	Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: first pilot randomized controlled trial.	Bu çalışmanın amacı, infertilite sorunu ve depresyon tanısı olan kadınlarda depresyonun yönetimi, sosyal uyumun iyileştirilmesi ve doğurganlıkla ilgili sıkıntıların azaltılması için KIPT'in uygulanabilirliğini ve ön etkinliğini kısa destekleyici terapi ile değerlendirmektir.	Çalışma sonucunda KIPT müdahale grubunda yer alan kadınların depresyon düzeylerinde % 50 oranında azalma ve anksiyete düzeylerinin de tedavi sonrasında daha düşük olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu verilerin devamlılığı 6 aylık izlem sonuçlarında da elde edildiği bildirilmiştir.

Çalışmanın Künyesi	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Sonucu
Lespérance vd., 2007 (165)	Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease.	Koroner arter hastalığı bulunan ve majör depresyon tanısı alan bireylerde depresif semptomları azaltmada seçici serotonin geri alım inhibitörü (sitalopram) ve kişilerarası psikoterapinin (KİPT) kısa vadeli etkinliğini incelemiştir.	Çalışma kapsamında iki ayrı randomizasyona ((1) 12 haftalık KİPT seansları ve klinik yönetim veya sadece klinik yönetim, (2) 12 haftalık 20 ila 40 mg/gün citalopram veya eşleştirilmiş plasebo) tabi tutulmuştur. Çalışma sonucunda citalopram, 12 haftalık uygulamasında plaseboya göre daha üstün olduğu fakat KİPT'in klinik yönetimden daha üstün olduğuna dair kanıt olmadığı bildirilmiştir.
Frasure-Smith vd., 2006 (47)	Design and rationale for a randomized, controlled trial of interpersonal psychotherapy and citalopram for depression in coronary artery disease (CREATE).	Bu çalışmada majör depresyonu olan koroner arter hastalarında, KİPT ve citalopramın depresyon tedavisindeki etkinlik ve güvenilirliğini incelemek amaçlanmıştır.	Çalışma kapsamında iki ayrı randomizasyona ((1) 12 haftalık KİPT seansları ve citalopram, IPT ve plasebo, (2) 12 haftalık klinik yönetim ve citalopram veya klinik yönetim ve plasebo) tabi tutulmuştur. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda citalopram, plaseboya göre depresif belirtilerin azalmasında etkiliyken; KİPT'in, klinik yönetimden daha üstün olmadığı belirlenmiştir. Genel olarak tüm tedavilerin güvenli ve tolere edilebilir olduğu bildirilmiştir.
Koszycki vd., 2004 (166)	An open-label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patients with coronary disease.	Koroner arter hastalığı ile birlikte depresyon yaşayan bireylerde KİPT'in uygulanabilirliğini ve etkinliğini incelenmesi amaçlanmıştır.	KİPT müdahale grubunda bulunan koroner arter hastalarında, depresif belirtilerde azalma, yaşam kalitelerinde iyileşme ve psikososyal işlevsellikte artma gözlenmiştir.
Poleshuck vd., 2014 (167)	Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain.	Bu çalışmada depresyon ve kronik ağrı şikayetiyle sağlık merkezine başvuran kadınlara uygulanan kendi ihtiyaçlarına göre uyarlanmış KİPT müdahalesinin rutin tedaviye göre etkisini incelemek amaçlanmıştır.	Çalışma kapsamında yapılan ITT analizi sonuçları anlamlı bulunmamıştır. Fakat yapılan nedensel modelleme analizlerinde, KİPT müdahale grubunda yer alan kadınların depresyon ve sosyal etkileşimlerde önemli ölçüde daha fazla iyileşme gösterdiği, ancak ağrı konusunda bir iyileşme görülmediği belirlenmiştir.
Poleshuck vd., 2010 (48)	Interpersonal psychotherapy for women with comorbid depression and chronic pain.	Bu çalışmanın amacı, depresyon ve kronik ağrı sorunu olan kadınlara uyarlanmış KİPT'in (8 seanslık bireysel tedavi olan Depresyon ve Ağrı için Kişilerarası Tedavi) uygulanabilirliğini, kabul edilebilirliğini ve ilk etkilerini değerlendirmektir.	Elde edilen sonuçlar doğrultusunda kadınların depresyon şiddeti ve sosyal uyumlarında önemli iyileşmelerin gözlemlendiği; ağrının yaşamı etkileme düzeyinin ise değişmediği bildirilmiştir. Kadınların çoğu Depresyon ve Ağrı için Kişilerarası Tedavi programından yüksek düzeyde memnuniyet bildirmiştir.

Çalışmanın Künyesi	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Sonucu
Karp vd., 2005 (168)	Body pain and treatment response in late-life depression.	Bu çalışmada yaşlı bireylerde depresyon tedavisinde vücut ağrısının 1) tedaviye yanıt süresi ve 2) intihar düşüncesi üzerindeki etkisininde KİPT ve antidepresan tedavisinin (paroxetine günlük 40 mg) etkisi incelenmiştir.	Çalışma sonucunda daha yüksek düzeyde vücut ağrısı bildiren bireylerin tedaviye yanıt oranı daha düşük bulunmuştur. Ağrı şiddeti, depresyon belirtilerinin azalmasını olumsuz etkilemiştir. Sonuç olarak, kombine KİPT ve antidepresan tedavisi sonucunda bireylerin depresyon yanıtından bağımsız olarak, akut tedavi sırasında vücut ağrı düzeylerinde bir farklılık belirlenmemiştir.
Alkhawashki ve Algarzae, 2024 (169)	Depression with comorbid juvenile-onset fibromyalgia syndrome novel treatment plan using interpersonal psychotherapy: A case report.	Bu vaka çalışmasında erken başlangıçlı fibromiyalji sendromu ile birlikte depresyon yaşayan bir olguda KİPT'in etkinliğini incelemek amaçlanmıştır.	Vaka çalışması sonucunda KİPT müdahalesinin, depresif belirtilerin azalmasına, işlevselliğin artmasına ve fibromiyaljiye bağlı semptomlarla baş etmede iyileşmeye katkı sağladığı belirlenmiştir.
Hu vd., 2020 (170)	Interpersonal psychotherapy-based psychological intervention for patient suffering from COVID-19: A case report.	COVID-19 tanısı alan bir hastada görülen depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu belirtilerine yönelik uygulanan KİPT müdahalesinin uygulanabilirliğini ve etkilerini incelemek amaçlanmıştır.	Vaka çalışması sonucunda KİPT müdahalesinin hastanın depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma, uyku kalitesinde iyileşme ve hastalığa uyumda artış yarattığı belirlenmiştir.
Finkenzeller vd., 2009 (171)	Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy for post-stroke depression. Feasibility and effectiveness	Bu çalışmada inme sonrası gelişen depresyonu olan bireylere uygulanan KİPT müdahalesi ve antidepresan tedavisinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.	Araştırma sonucunda inme sonrası gelişen depresyonu olan bireylere depresyon azaltıcı yaklaşımların (antidepresan tedavisi, KİPT veya kombinasyonu) uygulanabilir ve etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerde depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ve sosyal destek açısından iyileşmeler görülmüş, rehabilitasyon sonuçları ile depresyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Kombinasyon tedavisinin ise (KİPT + antidepresan tedavisi) tek başına uygulamalardan farklı bulunmamıştır.

Tablo 2.2. Devamı

Miller & Reynolds III, 2007 (172)	Expanding the usefulness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment	Bu çalışmanın amacı KİPT müdahalesinin bilişsel gerileme yaşayan depresif yaşlıların ve bakım verenlerinin özel durumlarına ve ihtiyaçlarına daha iyi hizmet verecek şekilde nasıl değiştirilebileceğini araştırmaktır.	Elde edilen sonuçlar; KİPT müdahalesinin uyarlamasındaki temel bileşenlerinden biri, bakım verenin tedavi sürecine entegre edilmesi ve bireyin işlevsel durumundaki değişimlere paralel olarak bakım verenin yaşadığı rol geçişlerinin esnek yollarla ele alınmasıdır. Ayrıca, rol çatışmalarını çözmeye ve bakım sürecinde ortaya çıkan iletişim zorluklarını gidermeye yönelik teknikler açıklanmıştır. Bulgular, KİPT'in bilişsel gerileme yaşayan yaşlı bireylerde depresif belirtileri azaltmada ve psikososyal işlevselliği desteklemede etkili olabileceğini göstermiştir.
-----------------------------------	--	---	---

2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tanılı Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Yaklaşımları

Kronik böbrek hastalığı nedeniyle HD tedavisi alan bireyler, HD tedavisinin fiziksel semptomlarına ek birçok psikososyal sorun da yaşamaktadır (9-12). Özellikle HD tedavi seanslarına düzenli katılım, sıvı ve diyet kısıtlamalarına uyum, ilaç tedavisini doğru şekilde alma, kronik ilaç kullanımı, bağımsızlık ve rol kaybı gibi yaşam tarzı değişiklikleri bu bireylerde sıklıkla depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, umutsuzluk, ölüm korkusu ve uyumsuzluk davranışlarının daha sık görülmesine neden olabilmektedir (14, 26, 27, 51, 52, 88). Ayrıca literatürde HD tedavisi alan bireylerde depresyon görülme sıklığının %5 ile %60 arasında değiştiği; bu durumda bireylerin hem genel iyilik hallerini hem yaşam kalitelerini hem de hastalığa ve tedaviye uyumlarını etkilediği yer almaktadır (32, 130). Bu faktörler dikkate alındığında konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireliği HD tedavisi alan bireylerin hem hastalığa uyumlarının artırılmasında hem de yaşanan depresyon/depresif belirtilerin yönetimi, erken tanınması için önemli bir role sahiptir.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, psikiyatri hemşireliğinin ileri bir uzmanlık alanı olup, KLP hemşireleri fiziksel hastalıklar nedeniyle sağlık hizmeti alan bireylerin tedavi ve bakım sürecinde ortaya çıkan ya ortaya çıkma riski bulunan psikososyal gereksinimleri ve sorunları değerlendirerek uygun psikososyal bakımı sağlamaktadır (53-55). Ayrıca KLP hemşireliği rol ve sorumlulukları içerisinde yer alan eğitim ve danışmanlık rollerini de üstlenerek KLP hemşireleri, klinik hemşirelerine ve diğer sağlık profesyonellerine; hasta ve ailesiyle iletişim, öfke kontrolü, tedaviye uyumsuzluk, tedavi reddi, hastalığa uyum ve diğer patolojik tepkilerin yönetimi gibi özel durumları kapsayan psikososyal bakım konularında eğitimler planlar ve eğitimlerin etkinliğini değerlendirir (53, 54, 173). Bu bağlamda 19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” de KLP hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları benzer biçimde açıklamaktadır (55).

Hemodiyaliz tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları depresyon, hastalığa ve tedaviye uyumsuzluk, bireylerin yaşam kalitesini ve prognozunu olumsuz etkileyen en önemli sorunlardandır. KLP hemşireleri, bu sorunların yönetiminde hem HD tedavisi alan bireylere doğrudan psikososyal destek sağlamakta hem de HD tedavi merkezlerinde görev yapan hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirebilmektedir. Ayrıca, birey ve ailelerin gereksinimlerini belirleyerek uygun baş etme stratejilerinin kazandırılmasına da katkıda

bulunmaktadır. Böylelikle KLP hemşireleri hem bireylerin psikososyal destek ihtiyaçlarını hem de hemşirelerin hastalığa uyum ve depresyon yönetimi konusundaki profesyonel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, HD tedavisine özgü eğitim ve danışmanlık programlarının geliştirilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir (53, 54, 173). Ayrıca KLP hemşireleri, HD tedavisi sırasında hem bireylere hem de ailelerine psikososyal bakım vererek hastalığa uyumu kolaylaştırmakta, depresyon ve diğer psikososyal sorunların yönetiminde aktif görev almakta ve diğer sağlık profesyonelleriyle i  birliği içinde bütüncül bakımın önemli bir parçası olmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın, bireylerin hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisini incelemektir. Araştırma, paralel grup randomize kontrollü desende tasarlanarak CONSORT (Consolidated standards of Reporting Trials) Non Pharmacological Treatment kontrol listesine uygun şekilde raporlanmıştır (174). Araştırma protokolü ClinicalTrials.gov veri tabanına kaydedilmiş olup kayıt numarası NCT06839287'dir.

3.2. Araştırmanın Yer ve Zaman

Araştırma 5 Mart – 5 Eylül 2025 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

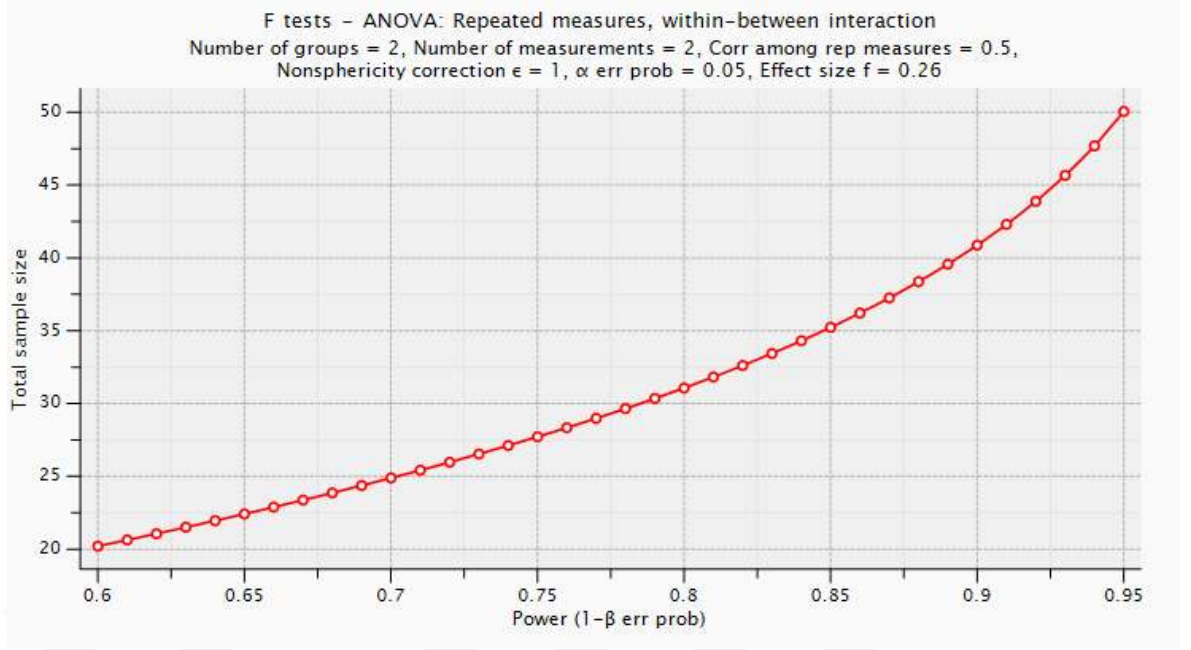
Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet veren Ümitköy Diyaliz Merkezi, 90 hasta yatağı kapasitesine sahiptir ve 64+1 hemodiyaliz makinesiyle hizmet sunmaktadır. Hepatit B (HBV+) ve Hepatit C (HCV+) hastalığına sahip hastaların tedavileri, bulaş riskini önlemek amacıyla ayrı bir salonda gerçekleştirilmektedir. Merkezde hemodiyaliz seansları haftada altı gün (Pazartesi–Çarşamba–Cuma / Salı–Perşembe–Cumartesi) planlanmakta ve 07.00–17.00 saatleri arasında sabah ve öğle olmak üzere iki oturum şeklinde uygulanmaktadır. Her yatağa ait bir televizyon ve kulaklık bulunmaktadır. Yataklar arasındaki mesafe en az bir metre olup, bu düzenleme rahat hareket alanı sağlamaktadır. Merkezde tedavi salonlarının dışında, acil müdahale odası, hekim ve teknisyen odaları, ofis, personel ve hasta giyinme alanları, bekleme salonu ile konferans salonu da bulunmaktadır. Her tedavi salonunda hemşire ve diyaliz teknikerleri görev yapmaktadır. Ayrıca, her ayın başında hastaların kan sonuçları gözden geçirilmekte; nefroloji uzmanı, diyetisyen ve hemşireler tarafından hastalar ve yakınları bilgilendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde Ocak 2024 – Eylül 2025 tarihleri arasında düzenli olarak HD tedavisi alan bireyler (N=200) oluşturmuştur. Bu araştırmanın hipotezlerini test etmek üzere gerekli örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.7 yazılımında tekrarlı ölçümler ANOVA yaklaşımı ile a priori güç analizi yapılarak belirlenmiştir (175). Analiz, KİPT'nin depresyon üzerindeki etkisini inceleyen deneysel tasarıma göre yapılandırılmış ve parametreler güncel

literatür bulgularına dayandırılmıştır (44, 46, 50). KİPT'nin depresif belirtiler üzerindeki etkisini özetleyen meta-analizde kontrol koşullarına kıyasla Cohen's $d \approx 0.52-0.63$ raporlanmıştır (153). Bu aralık, orta büyüklükte etkiye karşılık geldiğinden, araştırmanın tasarımına uygun olarak Cohen's $f \approx 0.26$ ($d \approx 2f$) varsayımı kullanılmıştır (176). Güç analizinde $\alpha=0.05$ ve $1-\beta=0.90$ alınmış; bu koşullarda gerekli minimum örneklem büyüklüğü 42 olarak hesaplanmıştır (Şekil 3.1). Deneysel araştırmalarda kayıpların %10–15'in altında tutulabilmesi amacıyla, kayıplardan kaynaklanabilecek yanlılığı önlemek için örneklem büyüklüğünün artırılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (177). Literatür incelendiğinde benzer müdahalenin uygulandığı çalışmalarda kayıp oranının %10-25 arasında olduğu görülmüştür (161, 162, 178). Araştırma esnasında olabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak araştırmanın istatistiksel gücün olumsuz etkilenmemesi için (179) örneklem büyüklüğü %15 oranında arttırılarak araştırmaya 48 hemodiyaliz tedavisi alan birey dahil edilmiştir. Araştırmanın işleme, dışlama ve çıkarılma kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

F tests – ANOVA: Repeated measures, within-between interaction		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f	= 0.26
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.90
	Number of groups	= 2
	Number of measurements	= 2
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
	Noncentrality parameter λ	= 11.3568000
Output:	Critical F	= 4.0847457
	Numerator df	= 1.0000000
	Denominator df	= 40.0000000
	Total sample size	= 42
	Actual power	= 0.9079225



Şekil 3.1. G-Power Örneklem Hesabı

Araştırmanın içleme kriterleri:

- Okur-yazar olma,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- En az 6 aydır HD tedavisi alma,
- Haftada en az 2 gün merkezde hemodiyaliz tedavisi alma,
- Kendi öz bakımını yapma,
- Beck Depresyon Ölçeğinden 10 ve üzeri puan alma (ölçekten alınan 10 ve üzeri puanlar katılımcının depresif belirtilere sahip olduğunu göstermektedir)
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmanın dışlama kriterleri:

- Veri toplama araçlarını okuyup anlamaya engel teşkil edecek nörolojik veya psikiyatrik hastalığa sahip olma,
- Sözlü ve yazılı olarak Türkçe iletişim kurmakta sorun yaşama,
- İşitme problemi ve kognitif bozukluğu olma,
- DSM-V ve ICD-11'e göre majör depresyon tanısı alma,
- Ek bir ruhsal bozukluğa sahip olma,
- Herhangi bir terapi ya da tedavi almış olma ya da alıyor olma,
- Türkçe'yi konuşma/anlama konusunda sorun yaşama,

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

- Araştırma sırasında şehir değiştirme,
- Araştırmadan ayrılmak isteme,
- Araştırma sırasında psikiyatrik tanı alma,
- Araştırma sırasında bilişsel veya genel sağlık durumunda bozulma,
- Araştırma sırasında hastaneye yatma,
- Araştırma sırasında terapi ya da tedavi almaya başlama,
- Uygulamaya ardışık 2 seans katılmama,
- Araştırma sırasında vefat etme,

3.4. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi

Randomizasyon, örnekleme yer alan bireylerin müdahale ve kontrol gruplarına rastgele atanmasını sağlayarak seçim yanlılığını azaltan ve elde edilen bulguların iç geçerliliğini güçlendiren temel bir yöntemdir (180). Randomize kontrollü araştırmalarda, grupların sayı ve temel özellikler açısından olabildiğince dengeli olması beklenir. Bu çalışma, hemodiyaliz salonlarının küme olarak kabul edildiği, salon düzeyinde basit rastgeleleme ile yürütülen küme randomize kontrollü bir tasarıma sahiptir. Çalışma kapsamında önce örneklem çerçevesi araştırma ekibinden bağımsız ve hipoteze kör olan diyaliz merkezi sorumlu hemşiresi tarafından liste hâlinde oluşturulmuştur. Bu aşama yalnızca uygun hastaların belirlenmesini kapsamış, gruplara atama sürecine müdahale edilmemiştir. Kliniğin işleyişinin bozulmaması, hastaların rutin tedavi düzenlerinin korunması ve randomizasyonun bozulmaması amacıyla randomizasyon birey düzeyinde değil, aynı seans saatinde çalışan hemodiyaliz salonları düzeyinde kurgulanmıştır. Bu çalışma, salonların küme olarak kabul edildiği küme randomize kontrollü bir tasarıma sahiptir. Randomizasyon, salon düzeyinde basit rastgeleleme ile gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla, üzerinde “müdahale” yazan üç ve “kontrol” yazan üç olmak üzere toplam altı kağıt hazırlanarak opak bir zarf/kap içine konulmuş ve karıştırılmıştır. Çalışma ekibinden bağımsız bir kişi tarafından kağıtlar sırayla çekilerek altı salonun üçü müdahale, üçü kontrol salonu olarak belirlenmiştir. Sonrasında, klinik rutin doğrultusunda ilgili salonlarda tedavi/işlem gören tüm hastalar, bulundukları salonun atandığı gruba göre müdahale ya da kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Böylece gruplar sabah/öğleden sonra gibi zaman temelli bir ayrıma göre değil, salon bazlı atama ile tanımlanmış; salonlar arasında seans yoğunluğu ve yatak sayısı gibi klinik farklılıklara bağlı olarak müdahale ve kontrol gruplarına düşen birey

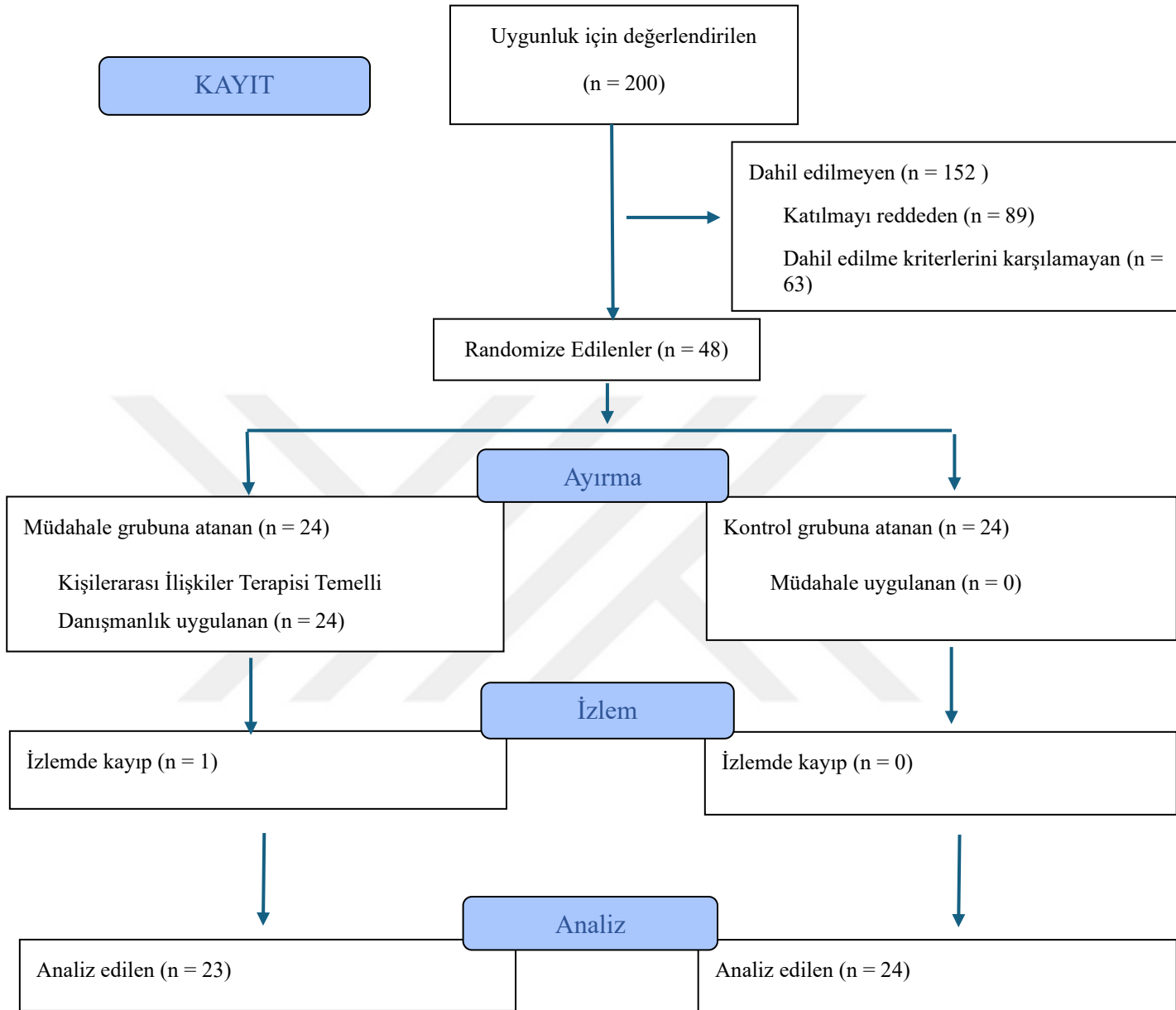
sayıları bir miktar değişebilmiş olsa da, hastaların aynı zaman diliminde tedavi görürken fiziksel olarak farklı salonlarda bulunmaları sağlanarak gruplar arası etkileşim (kontaminasyon) azaltılmış ve çevresel koşullardan kaynaklanabilecek yanlılıklar sınırlandırılmıştır. Randomizasyon sonrasında müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç özelliklerinin benzerliği ki-kare (χ^2) testi ile değerlendirilmiştir. Uygulanan girişimin doğası gereği araştırmacı ve katılımcı düzeyinde körleme yapılamamış, ancak yanlılığı azaltmak amacıyla tüm ön test ölçümleri randomizasyondan önce gerçekleştirilerek başlangıç puanlarından bağımsız bir grup ataması sağlanmıştır. Veriler G1 ve G2 kodları ile sisteme aktarılmış, veri girişi araştırmacı dışındaki bir kişi tarafından yapılmış ve istatistiksel analiz sürecinde yalnızca biyoistatistik uzmanı grup kodlarına kör tutulmuştur; analizler tamamlandıktan sonra kodlar açığa çıkarılmıştır. Bu yaklaşım, saptama, istatistiksel ve raporlama yanlılıklarının kontrol altına alınmasına katkı sağlamış; ayrıca olası veri kayıplarının sonuçlar üzerindeki etkisini azaltmak için analizlerde Intention-to-Treat (ITT) yaklaşımı kullanılmıştır.

Ayrıca, gruplar arası kontaminasyonu en aza indirmek için müdahale ve kontrol gruplarına yönelik uygulamalar özellikle mekân ve mümkün olduğunca araştırmacı açısından ayrıştırılmış, katılımcılara grup dışındaki bireylerle müdahale içeriğini paylaşmamaları konusunda bilgilendirme yapılmış ve kontrol grubuna çalışma süresince müdahale bileşenlerine erişim sağlanmamıştır.

3.5. Araştırma Consort Akış Diyagramı

Şekil 3.2’de araştırmanın Consort Akış diyagramı yer almaktadır. Araştırmaya dahil edilmesi planlanan HD tedavisi alan bireyler arasından (N=200), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:89), 18 yaş altında olan (n:10), en az 6 aydır HD tedavisi almayan (n:9), okur-yazar olmayan (n:18), aktif olarak psikoterapi veya tedavi alan (n:8), BDÖ’den 10 puan altında alan (n:5), DSM-V ya da ICD-11’e göre majör depresyon tanısı alan (n:9), kendi öz bakımını yapamayan (n:1), yazılı ya da sözel iletişim engeli olan (n:3) bireyler araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmanın müdahale grubunda yer alan bir katılımcı T3’te vefat etmiş, ancak bu bireye ait T1 ve T2 verileri analizlere dâhil edilmiştir. Bu nedenle araştırma, müdahale grubunda 23, kontrol grubunda 24 birey ile tamamlanmıştır (Şekil 3.2). Araştırma sonrasında yapılan güç analizinde, grup x zaman etkileşimindeki en küçük etki büyüklüğü baz alınarak hesaplanmış ve % 99 güçle tamamlandığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç, araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir.

Şekil 3.2: Araştırmanın CONSORT 2025 Akış Şeması



3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarıdır. Bağımlı değişkenler müdahale ve kontrol gruplarına danışmanlık uygulama başlangıcı (T1), danışmanlık uygulamasından hemen sonrası (T2) ve izlem olarak 3 ay sonra (T3) değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni, kişilerarası ilişkiler terapisi danışmanlığıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, HD tedavisi alma yılı, tedavi sırasında zorlanılan alanlar gibi diğer bağımsız değişkenlerin etkisi de incelenmiştir.

3.7. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri EK 3'te yer alan sosyodemografik veri formu, EK 4'te yer alan Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve EK 5'te yer alan Beck Depresyon Envanteri ile toplanmıştır. Müdahale sürecinde ise KİPT'in her aşamasında kullanılabilecek Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi'nden yararlanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının verileri araştırma başlangıcı (T1), sekizinci haftada (T2) (müdahale grubunda uygulamanın tamamlanma zamanı) ve uygulama tamamlandıktan 3 ay sonra (T3) toplanmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik veri toplama formu:

Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen (51, 88, 181-183) bu form, sosyodemografik bilgiler ve hastalığa ilişkin veriler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgiler bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, çocuk sayısı, aile yapısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bakım veren varlığı ile sigara ve alkol kullanımı sorgulanmıştır. Hastalıkla ilgili bölümde ise; HD tedavisi süresi, kullanılan vasküler giriş yolu, eşlik eden kronik hastalık varlığı, HD tedavisi öncesinde uygulanan tedaviler, hastanın HD tedavisine ilişkin bilgi düzeyi, hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi kaynağı, tedavi sürecinde aile yaşamına etkisi, iş yaşamına yansımaları ve hastalığı kabullenme durumu ile ilgili sorular yer almaktadır (EK 3). Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form için uzman görüşleri alınmış ve içerik geçerliliği sağlanmıştır.

3.7.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeği (KHUÖ):

Ölçek, kronik hastalık (kalp, akciğer ve böbrek hastalıkları, diyabet vb.) tanısı almış bireylerin hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla Atik ve Karatepe (19) tarafından geliştirilmiştir (EK 4). Ölçekte kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalık

süresince yaşamış olduğu inanç, tutum ve davranışları içeren durumlar belirtilmiştir. Ölçek 5'li likert tipinde olup, 25 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır (19). Bu alt boyutlar; fiziksel uyum alt boyutu (1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22-24. Maddeler), sosyal uyum alt boyutu (2., 3., 5., 7., 17., 19. Ve 25. Maddeler), psikolojik uyum alt boyutu (4., 6., 8., 11., 12., 20. Ve 21. Maddeler) şeklindedir. Fiziksel Uyum (FU) alt boyutundan 11–55 puan, Sosyal Uyum (SU) alt boyutundan 7–35 puan, Psikolojik Uyum (PU) alt boyutundan 7–35 puan elde edilebilmekte olup, ölçekten alınabilecek toplam puan 25-125 arasındadır. Ölçeğin 5., 6., 12., 17., 19., 20., 24., 25. Maddeleri ters puanlanmaktadır. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların yüksek olması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa değeri 0,88 iken (19), bu araştırmanın 2. İzleminde Cronbach alfa değeri 0,72 bulunmuştur.

3.7.3. Beck depresyon ölçeği (BDÖ):

Beck vd., (184) tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek, bireylerin depresyon belirtilerini ve şiddetini değerlendirmeye yönelik öz-bildirim esaslı bir ölçme aracı olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Hisli (185) tarafından yapılmıştır. BDÖ, depresif belirtileri farklı boyutlarda değerlendirmektedir. Ölçek; bilişsel işlevler (11 madde), duygusal belirtiler (2 madde), gözlemlenebilir davranışlar (2 madde), kişilerarası ilişkilerde yaşanan güçlükler (1 madde) ve somatik yakınmalar (5 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (EK 5). Toplam 21 maddeden meydana gelen ölçek, dörtlü Likert tipinde hazırlanmıştır. Her madde 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha ağır depresyon düzeyini işaret etmektedir. Klinik açıdan puanların yorumlanması; 11– 17 arası puan hafif düzeyde depresyon, 18-29 arası puan orta düzeyde depresyon, 30-63 arası puan ise, şiddetli düzeyde depresyon şeklinde yapılmaktadır (184, 185). Ölçeğin güvenilirlik bulgularına bakıldığında, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise Cronbach alfa değeri 0,74 (185); bu araştırmanın 2. İzleminde Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Kişilerarası ilişkiler envanteri / ilişki çemberi

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi temelli danışmanlığın her aşamasında kullanılan bu envanterin temel amacı, bireyin yaşamındaki diğer bireylerle kurduğu ilişkilerin düzeyini sistematik olarak belirlemek ve olası sorun alanlarını ortaya koymaktır. Her oturumda

yenilenen bu uygulama ile bireyin, zaman içerisinde duygu ve düşüncelerindeki değişimi fark etmesi hedeflenmektedir. KİPT temelli danışmanlık boyunca başlangıçta bireye çok yakın konumda bulunan bir birey çemberin dışına taşınabilirken, başlangıçta uzak konumda bulunan bir birey merkeze doğru ilerleyebilmektedir. Bu yaklaşım, bireyin ilişkilerini yeniden yapılandırmasına olanak tanımakta ve farkındalık düzeyini artırmaya katkıda bulunması beklenmektedir. Envanterin düzenli olarak tekrarlanması ile işlevsel olmayan ilişki örüntüleri tespit edilmekte; bireyin öncelikli gördüğü iki veya üç sorun alanı belirlenerek çözüm odaklı stratejiler geliştirilmektedir. Terapinin tüm aşamalarında birey sürece aktif olarak katılmakta, danışmanın rolü ise bireyi uygun biçimde yönlendirmek ve farkındalık sürecini desteklemektir. Tüm envanterler kayıt altına alınmakta ve her hafta birey ile birlikte gözden geçirilerek ilerleme süreci değerlendirilmektedir (42, 186) (EK 1, EK 2).

3.8. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama süreci dört aşamadan oluşmuştur. Bu aşamalar; ön hazırlık, ön uygulama, uygulama ve değerlendirme şeklindedir.

3.8.1. Ön hazırlık süreci

Bu süreç, araştırmacının KİPT temelli danışmanlığı uygulayabilmesi için Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği'nden 14 Ocak-19 Mart 2023 tarihleri arasında 4 modüllük bir eğitim almıştır. KİPT kurs programı, deneyimli ruh sağlığı profesyonellerine KİPT modeline giriş yapmayı ve bu yaklaşımın uygulama yöntemlerini aktarmayı hedeflemiştir. Program kapsamında temel ilkeler, hem didaktik sunumlarla hem de küçük grup çalışmalarıyla ele alınmış; özellikle konuyla ilgili temel bilgilerin kazandırılmasına odaklanılmıştır. Uluslararası geçerliliğe sahip sertifika programı, Dr. Oğuz Omay, Prof. Dr. Nazan Aydın ve Uzm. Dr. Nalan Öztürk tarafından yürütülmüş olup, araştırmacı bu kursu başarıyla tamamlamıştır. Eğitim sonunda Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği tarafından onaylı sertifika alınmıştır (EK 6).

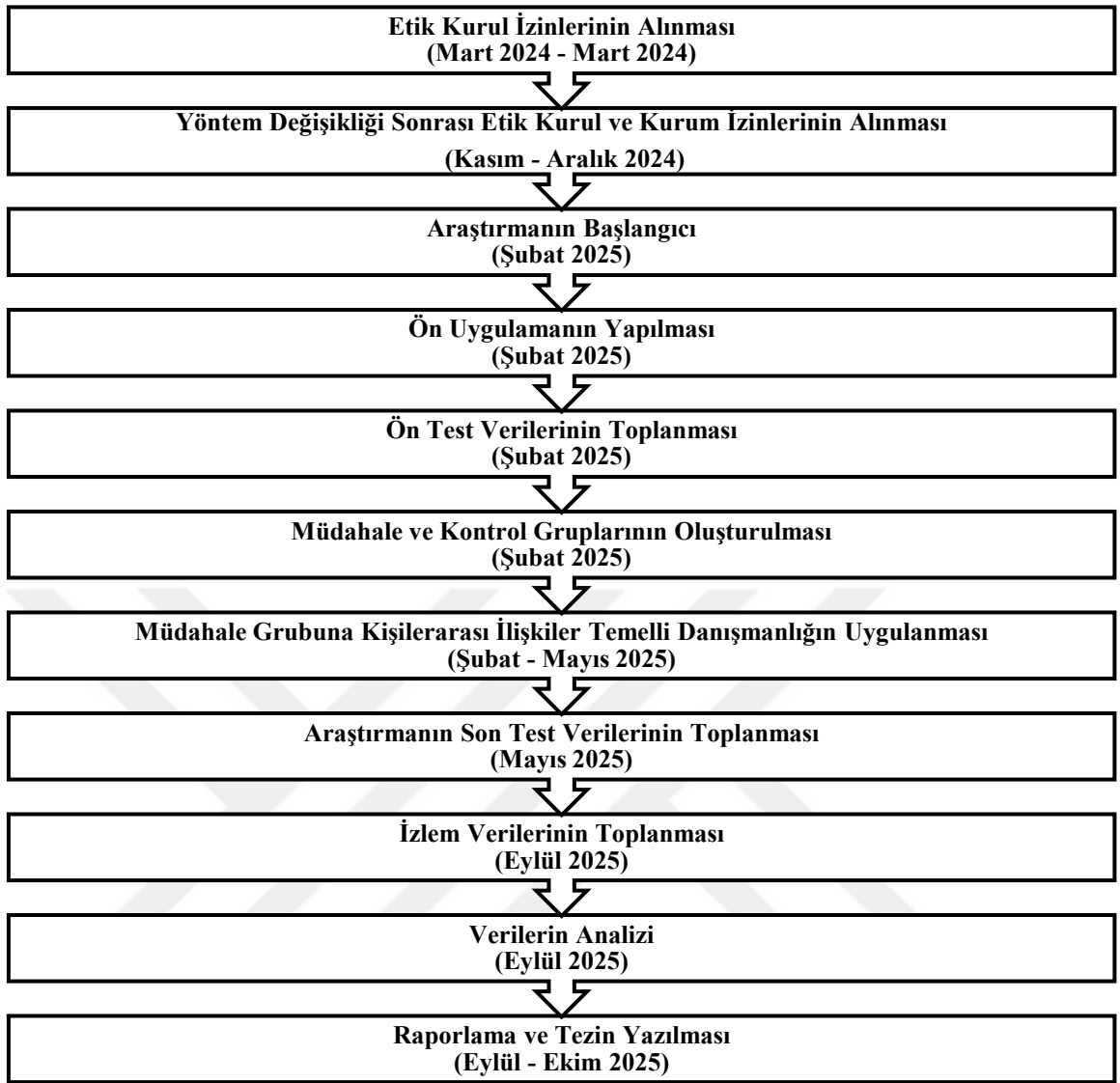
3.8.2. Ön uygulama süreci

Araştırmanın ön uygulaması, araştırmanın gerçekleştirdiği Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 2 kişiye tüm danışmanlık aşamaları kısaca uygulanmıştır. KİPT temelli danışmanlık programı yaklaşık 60 dakika süreyle yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada veri toplama formlarının

anlaşılabilirliği, KİPT temelli danışmanlığın bireyler için uygunluğu, oturumun içeriği ve süresi değerlendirilmiştir. Elde edilen verilere göre veri toplama formlarında ve programın içeriğinde bir farklılık yapılmamıştır. Bu süreçte elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8.3. KİPT temelli danışmanlığın uygulanması

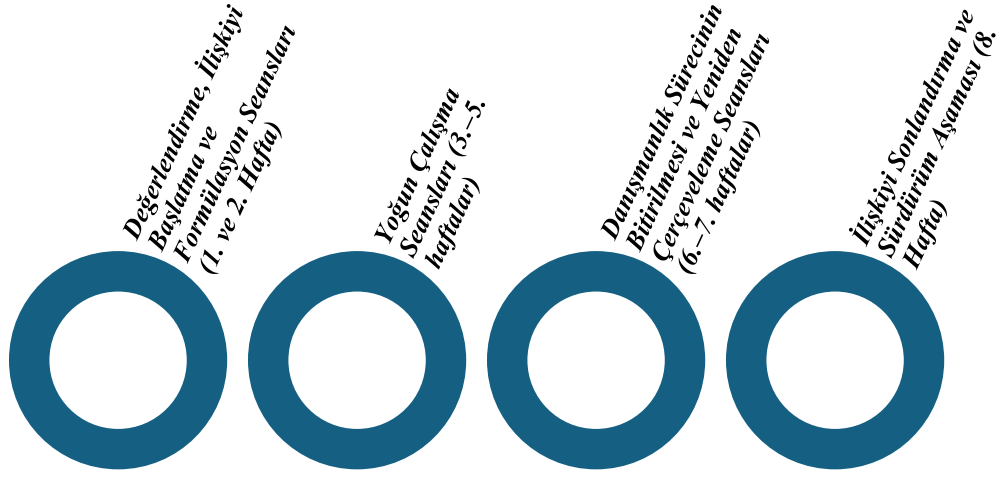
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi temelli danışmanlığın içeriği Tablo 3.1’de yer almaktadır. KİPT temelli danışmanlık 8 seans şeklinde planlanmıştır. *Birinci seans* tanışma seansı şeklinde olup, uygulamanın anlaşılabilirliğini sağlamak için programın amacı ve program kapsamında yapılacak uygulamalar açıklanmış, katılımcının beklentileri sorulmuş ve soruları cevaplanmıştır. *İkinci seansa* bireylerin aile üyeleri ve sosyal ilişkilerinde yaşadıkları iletişimsel güçlükler, işlevsel olmayan etkileşim biçimleri ve sorunlu alanlar belirlenmiştir. Ayrıca bu seansa, bireylerin kişilerarası ilişkilerini en çok etkileyen ve çözümü mümkün görülen bir ya da iki temel sorun üzerinde, aile üyesi ile birlikte ortak bir karar alınmıştır. *Üçüncü, dördüncü ve beşinci seansa* envanterle saptanan temel sorunlar ve çatışmalar ele alınmış; bireylere haftalık ödevler verilerek ilerleme değerlendirilmiştir. *Altıncı ve yedinci seansa* yaşanan sorunların çözümlerine yönelik analizler yapılmıştır. *Sekizinci seansa* ise bireyin davranış ve düşüncelerinde görülen değişimlere, sorun ve çözümlerine yönelik farkındalıkları oluşturulmuştur. Bu seansa bireye danışmanlık sürecinin sonuna gelindiği ve istenildiği zaman online/yüz yüze görüşmelerin sağlanabileceği bilgisi verilmiştir. Araştırma uygulama akışı Şekil 3.3’te ve danışmanlık programı oturum akışı Şekil 3.4’te gösterilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın Akış Şeması

Tablo 3.1. KİPT Temelli Danışmanlığın İçeriği

KİPT Temelli Danışmanlık Programı ve KİPT Tekniklerinin Uygulanması
1. Hafta Birey ile tanışılması Araştırma süreci hakkında bilgi verilmesi Bireyin beklentilerinin sorgulanması KİPT temelli danışmanlık hakkında bilgi verilmesi Birey ile uygulanacak girişimler hakkında anlaşılması
2. Hafta Bireye kişilerarası ilişkiler envanterinin uygulanması, bireyin aile üyeleri ve sosyal ilişkilerinde yaşadıkları iletişimsel güçlükler ve işlevsel olmayan etkileşim biçimleri Görüşme sürecinde ele alınacak, diğer kişilerarası ilişkileri en çok etkileyen ve çözülmesi mümkün olan bir ya da iki soruna bireyle birlikte karar verilmesi
3. – 5. Hafta Görüşmeler boyunca envanterle belirlenen ve çözülmesi kararlaştırılan temel sorunların ve ilişkilerde yaşanan çatışmaların, yaşanan rol değişimlerinin ve sağlığın kaybına verilen yas tepkilerinin ele alınması Bireyin sorunların çözümüne yönelik ev ödevlerinin verilmesi ve seanslardan önce ev ödevinin başarılı ve başarısız olma nedenlerinin analiz edilmesi Bireylerin sorunları çözmede “şimdi ve burada” tekniğinin kullanılması
6. – 7. Hafta Araştırmanın başlangıcından itibaren geline bu noktaya kadar bireyin başarılı ve başarısız girişimlerin belirlenmesi Bireyin başarılı yönlerin desteklenmesi, başarısız girişimlerin değiştirilmesi konusunda desteklenmesi Her aşamada problem çözme becerisini artırmak için bireye sorumlulukların yüklenmesi
8. hafta Bireylerin düşünce ve davranışlarındaki değişimlerin ortaya konulması, Sorunlar ve olası çözümler hakkında farkındalık kazandırılması Geleceğe yönelik hedeflerin oluşturulması Bireye danışmanlık sürecinin sonuna gelindiği ve istenildiği zaman online/yüz yüze görüşmelerin sağlanabileceği bilgisi verilmiştir



Şekil 3.4. KİPT temelli danışmanlık programının oturumlara göre yapılandırılmış akışı

3.8.4. Uygulama süreci

Bu araştırmada HD tedavisi gören bireylerde hastalığa uyum ve depresyon düzeyleri değerlendirilirken, bu değişkenlerle ilişkili psikososyal deneyimler de dolaylı biçimde dikkate alınmıştır. Müdahale grubuna uygulanan KİPT temelli danışmanlık programı; depresif belirtiler, rol değişimleri, kişilerarası çatışmalar ve sosyal destek yetersizliği gibi psikososyal alanlara odaklanarak bireylerin genel iyilik hâlini güçlendirmeyi hedeflemiştir. Bu doğrultuda çalışma, yalnızca hastalığa uyumun geliştirilmesini değil, aynı zamanda psikososyal işlevselliğin bütüncül biçimde desteklenmesini amaçlamaktadır. Müdahale grubundaki bireyler, kurumun rutin klinik bakım protokollerine uygun olarak sunulan standart hemşirelik bakımına ek olarak KİPT temelli danışmanlık programına dâhil edilmiş; kontrol grubundaki bireyler ise yalnızca rutin hemşirelik bakım hizmeti ile izlenmiştir.

Randomizasyon işleminin ardından bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve dâhil oldukları gruba uygun olarak izlenecek süreç hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Her iki gruptaki bireylere, çalışmaya katıldıkları günden itibaren Sosyodemografik Veri Formu, KHUÖ ve BDÖ uygulanmış; ayrıca sekizinci seanstan sonraki hafta ve üçüncü ay izleminde veri toplama tarihleri planlanmıştır. Uygulama süreci 5 Mart–5 Eylül 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri

(yaş, cinsiyet, grup bilgisi, Beck Depresyon Ölçeği puanı vb.) için bir tablo oluşturulmuş, bu tabloda yer alan veriler katılımcı kodları kullanılarak anonimleştirilmiş ve kimlik bilgileri gizli tutulmuştur (EK 7).

3.8.4.1. Müdahale grubunda araştırmanın uygulanması

Müdahale grubuna dâhil edilen bireylere araştırmanın amacı ve takvimi açıklandıktan sonra görüşmelere başlanmıştır. Görüşmeler, bireyin mahremiyetini koruyacak şekilde ve kendisini en rahat hissettiği zaman dilimlerinde, bireyle birlikte planlanarak gerçekleştirilmiştir. KIPT’in önemli özelliklerinden biri olan görüşme gün ve saatlerindeki esnekliği sağlamak amacıyla, tüm görüşmeler bireyin tercih ettiği saatlere göre düzenlenmiştir. Görüşmeler sırasında bireye, kendini kötü ya da yorgun hissettiği durumlarda ara verilebileceği veya görüşmenin sonlandırılabilceği açıkça ifade edilmiştir.

Görüşmeler boyunca bireyin oluşturduğu Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi ve Kişilerarası Formülasyon’a ilişkin bilgiler ayrıntılı biçimde kayıt altına alınmış; bu veriler danışmanlık süreci öncesi ve sonrası bireyin güçlü yönleri, kişilerarası kaynakları, bu kaynakların kullanımını engelleyen etmenler, sorunları ağırlaştıran kişilerarası örüntüler ve değiştirilebilir ilişki yapıları gibi unsurları içermiştir. Her görüşme sonunda kısa bir özet yapılmış, görüşmenin süresi kaydedilmiş ve bu bilgiler bir sonraki oturumun planlanmasında kullanılmıştır. Bireyin kendisini daha rahat hissetmesini sağlamak amacıyla ses kaydı alınmamış, yalnızca gerekli noktalar yazılı olarak not edilmiştir. Görüşme içeriğine ilişkin formlar EK 8’de sunulmuştur. Görüşmeler sekiz hafta boyunca, haftada bir kez ve her bir oturum yaklaşık 35–60 dakika olacak şekilde uygulanmıştır.

3.8.4.2. Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması

Kontrol grubuna dâhil edilen bireylere ön test aşamasında Sosyodemografik Veri Formu, KHUÖ ve BDÖ uygulanmış ve izleyen veri toplama zamanları (müdahale sonrasındaki hafta ve üçüncü ay izlem) hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Son test ve üçüncü ay izlem ölçümleri yüz yüze görüşmeler yoluyla gerçekleştirilmiş, veri toplama sürecinin tüm aşamalarında hastaların mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmiştir.

Kontrol grubundaki bireylere, kurumun standart uygulama protokollerine uygun olarak rutin hemşirelik bakımı sunulmuştur. Rutin bakım kapsamında hemodiyaliz seanslarının planlanması, vital bulguların düzenli olarak izlenmesi, ilaç ve sıvı tedavisinin

sürdürülmesi, fistül bakımının yapılması, diyet ve sıvı kısıtlamalarına ilişkin bilgilendirme ve eğitim, emosyonel destek sağlanması ve genel hasta eğitimi gibi standart hemşirelik uygulamaları yer almıştır. Bu bireyler çalışma süresi boyunca ek bir psikososyal danışmanlık müdahalesine dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın uygulama süreci tamamlandıktan sonra, etik ilkeler çerçevesinde kontrol grubundaki katılımcılara KİPT temelli danışmanlık programının genel içeriği hakkında bilgilendirme yapılmış ve programa sonradan katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Katılımcılar ek bir danışmanlık sürecine katılmayı tercih etmediklerini ifade ettiklerinden, bu gruba araştırma sonrasında ek bir girişim uygulanmamıştır. Bununla birlikte bilgilendirme sürecinde bireylere psikososyal destek hizmetlerine ilişkin yönlendirmeler yapılmış ve araştırmanın genel bulguları hakkında geri bildirim sağlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan (KA24/91, 13/03/2024 tarih ve 24/64 sayılı karar ile) (EK 9) onay alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirileceği kurumun yapısı ve örnekleme nedeniyle araştırma yönteminde değişiklik yapılarak ve Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından (KA24/91 ve 12/12/2024 tarih ile) (EK 10) onaylanmıştır. Araştırmanın Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde gerçekleştirilebilmesi için kurum izni alınmıştır (EK 11). Ek olarak araştırmanın veri toplama formları kapsamında Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (EK 12) ve Beck Depresyon Ölçeği (EK 13) için Türkçe geçerlik ve güvenirliklerini gerçekleştiren yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce tüm bireylerden bilgilendirilmiş onamları yazılı bir şekilde alınmıştır (EK). Araştırma Helsinki Bildirisi'ne uygun şekilde gerçekleştirilmiştir (187).

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri analizinde uygulanan analizler Tablo 3.2'de gösterilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS for Windows 25.0 (IBM Statistical Packages for the Social Sciences, USA) programı kullanılmıştır. Veri analizi, elde edilen verilerin hangi gruba ait olduğunu bilmeyen (G1, G2 şeklinde kodlanan) bağımsız ve biyoistatistik alanında uzman bir akademisyen tarafından yapılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı verileri, sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma ile; kategorik

değişkenler için ise frekans ve yüzde şeklinde verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin atanılan gruplarına göre karşılaştırılmasında Ki-kare testinden yararlanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin ilk olarak normallik dağılımları Shapiro-Wilk testi, basıklık ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ve ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olması ile verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve istatistiksel analizde de parametrik testler kullanılmıştır (188). İkili kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t testi kullanılmış, üç ve daha fazla kategoriye sahip değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesinde ise Varyans Analizi (F testi) tercih edilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında yapılan ölçümlerde grup, zaman ve grup*zaman etkileşiminin değerlendirilmesi amacıyla tekrarlı ölçümler için iki yönlü karma desenli varyans analizi kullanılmıştır. Analize geçilmeden önce yöntemin gerektirdiği varsayımlar test edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, grup değişkeni (müdahale ve kontrol) ile ölçek değişkeni (müdahale öncesi, sonrası ve üçüncü ay puanları) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı etkileşimi ortaya koyduğunda, farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Ayrıca iki grup arasındaki farkın klinik önemini değerlendirmek için Cohen'in d etki büyüklüğü katsayısı hesaplanmıştır. Cohen d değerinin 0,2'nin altında olması küçük, 0,5 düzeyinde olması orta ve 0,8'in üzerinde olması ise güçlü etki büyüklüğü olarak yorumlanmıştır (189). Araştırmada randomizasyonun geçerliliğini sürdürmek amacıyla Intention-to-Treat (ITT) analizi yapılmış ve tüm istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Analiz Kullanım Amacı	Analiz Türü
Örneklem büyüklüğünün hesaplanması, araştırma öncesinde etki büyüklüğünün ve test gücünün belirlenmesi	Güç Analizi
Araştırma sonrasında elde edilen bulgular üzerinden etki büyüklüğünün hesaplanması	Cohen d etki büyüklüğü
Verilerin normallik dağılımlarının test edilmesi	Shapiro-Wilk testi
Randomizasyon sonrası müdahale ve kontrol grupları arasındaki homojenliğin incelenmesi	Ki Kare testi
Müdahale ve kontrol grupları arasındaki bağımlı değişkenlerin başlangıç, sekizinci hafta ve üçüncü aylardaki değişimlerinin analiz edilmesi	Bağımsız gruplar arası t testi
Müdahale ve kontrol grupları içinde bağımlı değişkenlerin başlangıç, sekizinci hafta ve üçüncü aylardaki değişiminin analiz edilmesi	Karma desen varyans analizi Bağımlı gruplar t testi
Üç ve üzeri grupların/ölçümlerin karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptandığında farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi	Post hoc Bonferroni testi
Araştırma tamamlandıktan sonra elde edilen veriler üzerinden test gücünün hesaplanması	Post hoc güç analizi

3.11. Araştırmada Yaşanılan Güçlükler

Araştırmanın müdahale sürecinde birtakım güçlüklerle karşılaşmıştır. İlk olarak, müdahale süresinin sekiz hafta olması, bazı bireylerin araştırmaya katılımını engellemiştir. Bireylerin HD seanslarından önce bekleme sürelerinin bulunmaması ve seans sonrasında servis saatlerini kaçırmama zorunlulukları nedeniyle görüşmeler HD tedavi saatleri esnasında yürütülmüştür. Ayrıca, bazı bireylerin HD seansları esnasında komplikasyon yaşamaları nedeniyle görüşmelere zaman zaman ara verilmek zorunda kalınmıştır. Görüşmeler başlangıçta 60 dakika olarak planlanmış olsa da, bireylerin yorgunluk düzeyleri bu süreyi kısıtlamış; oturumlar en az 35, en fazla 60 dakika arasında gerçekleştirilmiştir. Bu zorlukları en aza indirmek amacıyla görüşmeler, bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri zamanlarda yapılmıştır. Görüşme sırasında bazı bireylerde duygu yoğunluğu gözlenmiş ve ağlama davranışları ortaya çıkmıştır. Ayrıca, görüşmelerin HD tedavi salonunda yapılması, bazı bireyler için rahat bir ortam sağlamamıştır. Bu nedenle, daha fazla duygu yoğunluğu yaşayan bireylerle görüşmeler tek kişilik odalarda gerçekleştirilmiş ya da mahremiyet sağlamak için paravan kullanılmıştır. Ek olarak bazı bireylerin fistülleri aktif olarak

kullandıkları kollarında olması nedeniyle Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi, Kişilerarası Formülasyonu’nu sırasında araştırmacıdan yardım istemiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birinci sınırlılık, araştırmanın Ankara ilinde yer alan tek bir özel hemodiyaliz merkezinde yürütülmüş olması, farklı merkez ve hasta gruplarına genellenebilirliği bir ölçüde kısıtlayabilir. İkinci sınırlılık, verilerin HD tedavisi alan bireylerin öz bildirimine dayanması, hatırlama hatası ve sosyal beğenirlik eğilimi gibi kişisel raporlamaya bağlı yanlılık olasılığını gündeme getirmektedir. Üçüncü sınırlılık, hastalığa uyumu değerlendirmek için kullanılan ölçek, uyumun sosyal, fiziksel ve psikolojik boyutlarına ilişkin belirli alanları kapsamaktadır; bu nedenle hastalığa uyum sürecinin diğer bazı bileşenleri değerlendirme dışında kalmış olabilir. Dördüncü sınırlılık, dahil edilme ölçütlerinde başlangıç hastalığa uyum düzeyine ilişkin alt ya da üst sınır tanımlanmamış olması, örnekleme uyum açısından belirli bir çeşitliliğe yol açmış olabilir. Son sınırlılık ise, KİPT temelli danışmanlığın yalnızca kısa dönem etkileri incelenmiş; daha uzun süreli izlemler yapılmadığı için müdahalenin uzun vadeli etkileri hakkında doğrudan çıkarım yapmak mümkün olmayabilir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi sonucuna ait bulgular; “Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular”, “Müdahale Grubundaki Bireylerin Çalışma Alanları”, “HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Eşzamanlı Değerlendirmede Gruplar Arası Dağılımı”, “HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi Dağılımı”, ve “HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar Arası Dağılımı” olmak üzere beş alt başlıkta sunulmuştur.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de ve verilmiştir. Araştırmaya müdahale grubunda 24, kontrol grubunda 24 olmak üzere toplam 48 HD tedavisi alan birey dâhil edilmiştir. Katılımcıların genel yaş ortalaması 51.7 ± 12.2 yıl olup, yaş aralığı 25 ile 69 yıl arasında değişmektedir. Müdahale grubunda yaş ortalaması 53.2 ± 10.9 yıl, kontrol grubunda ise 50.3 ± 13.3 yıl olarak bulunmuştur. HD tedavisine başlama süresi ortalama 8.0 ± 7.3 yıl olup (1–39 yıl), müdahale grubunda 9.60 ± 9.69 yıl, kontrol grubunda ise 6.35 ± 4.37 yıl olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların %62.5’i kadın, %79.2’si bekâr, %75’i çocuk sahibi ve %50’sinin bakımıyla ilgilenen bir yakını olup %54.1’i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %45.9’u üniversite mezunu olup %70.8’i gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Bu gruptaki katılımcıların %79.2’si çalışmamakta ya da emekli durumundadır. Sigara kullanım oranı %12.5, alkol kullanım oranı ise %4.2 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların %54.1’i kadın, %62.5’i bekâr, %58.4’ü çocuk sahibi olup eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %41.7’sinin yanında bakımıyla ilgilenen biri bulunmaktadır; %54.2’si üniversite mezunu ve %54.1’inin geliri giderine eşit olup %79.2’si çalışmamakta ya da emekli durumundadır. Sigara kullanım oranı %33.4, alkol kullanım oranı %29.2’dir.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik değişkenler açısından grup dağılımları

Özellikler	Müdahale Grubu (n=24)		Kontrol Grubu (n=24)		t	p
	Ort ± Ss		Ort ±Ss			
Yaş (yıl)						
Ortalama	53.20 ± 10.97		50.29 ± 13.34		0.827	0.413
Minimum-maksimum	25-69		27-69			
Hemodiyalize başlama zamanı						
Ortalama	9.60 ± 9.69		6.35 ± 4.37		1.497	0.144
Minimum-maksimum	1-39		1-16			
	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	15	62.5	13	54.1	0.343	0.558
Erkek	9	37.5	11	45.9		
Medeni Hali						
Evli	5	20.8	9	37.5	1.613	0.204
Bekâr	19	79.2	15	62.5		
Çocuk varlığı						
Yok	6	25.0	10	41.6	1.500	0.221
Var	18	75.0	14	58.4		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Eş	7	29.1	6	25.0	3.741	0.291
Eş ve çocuk	13	54.1	10	41.6		
Anne-baba	3	12.5	8	33.4		
Yalnız	1	4.3	0	0		
Eğitim durumu						
İlköğretim	6	25.0	6	25.0	0.500	0.779
Lise	7	29.1	5	20.8		
Üniversite	11	45.9	13	54.2		
Gelir durumu						
Geliri giderinden az	3	12.5	6	25.0	1.644	0.439
Geliri giderine eşit	17	70.8	13	54.1		
Geliri giderinden çok	4	16.7	5	20.9		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	5	20.8	5	20.8	1.602	0.659
Çalışmıyor	2	8.4	5	20.8		
Emekli	9	37.5	7	29.2		
Hastalık nedeniyle emekli	8	33.3	7	29.2		
Bakımla ilgilenen kişi						
Yok	12	50.0	14	58.3	0.336	0.562
Var	12	50.0	10	41.7		
Sigara kullanımı						
Hayır	21	87.5	16	66.6	2.948	0.086
Evet	3	12.5	8	33.4		
Alkol kullanımı						
Hayır	23	95.8	17	70.8	6.756	0.034 *
Evet	1	4.2	7	29.2		

t: t testi; X²: Ki kare testi; *p < 0,05

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tıbbi özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %66.6’sında vasküler giriş yolu olarak fistül, %4.3’ünde greft, %29.1’inde kateter kullanılmakta olup %87.5’i haftada üç gün diyalize girmektedir. Müdahale grubunda hipertansiyon %45.9, diyabetes mellitus %25.0, kardiyovasküler hastalık %8.0 oranında görülmektedir. Katılımcıların %66.6’sı HD tedavisi hakkında bilgi sahibi olduğunu, %79.2’si komplikasyonlar hakkında eğitim aldığını ve %58.3’ü hastalığını kabullendiğini belirtmektedir. Bu grupta tedavide en çok zorlanılan alanın sıvı kısıtlaması (%87.5) olduğu, bunu semptomlarla baş etme (%70.8) güçlüklerinin izlediği görülmektedir. Katılımcıların %50.0’si HD tedavisi öncesinde farklı bir tedavi almadığını, %20.8’inin daha önce nakil yapıldığını ve %29.2’sinin HD tedavisi öncesinde ilaç kullandığını belirtmiştir. Aile ilişkilerinde olumsuz etkilenme oranı %62.5, iş yaşamında olumsuz etkilenme oranı ise %41.6 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki katılımcıların %50’sinde fistül, %20.9’unda greft, %29.1’inde kateter vasküler giriş yolu kullanılmakta, %54.1’i haftada üç gün diyalize girmektedir. Bu gruptaki katılımcılarda hipertansiyon %58.3, diyabetes mellitus %25.0, kardiyovasküler hastalık %29.2 oranında bulunmaktadır. Katılımcıların %70.8’i HD tedavisi hakkında bilgi sahibi olduğunu, %83.4’ü komplikasyonlar hakkında eğitim aldığını ve %33.3’ü hastalığını kabullendiğini ifade etmektedir. Kontrol grubunda tedavide en çok zorlanılan alan kesintisiz tedaviye devam etme (%83.4) olup, bunu semptomlarla baş etme (%79.2) ve günlük yaşam rollerinde zorlanma (%79.2) izlemektedir. Katılımcıların %45.9’u HD tedavisi öncesinde farklı bir tedavi almadığını, %16.7’sinin nakil yapıldığını ve %33.4’ünün HD tedavisi öncesinde ilaç kullandığını ifade etmiştir. Aile ilişkilerinde olumsuz etkilenme oranı %58.4, iş yaşamında olumsuz etkilenme oranı ise %29.2 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin klinik değişkenler açısından grup dağılımları

	Müdahale Grubu (n=24)		Kontrol Grubu (n=24)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hemodiyaliz giriş yolu						
Fistül	16	66.6	12	50.0	3.238	0.198
Greft	1	4.3	5	20.9		
Kateter	7	29.1	7	29.1		
Hemodiyaliz haftalık seans						
2 gün	3	12.5	11	45.9	6.454	0.110
3 gün	21	87.5	13	54.1		
Kronik hastalık varlığı**						
Hipertansiyon	11	45.9	14	58.3	0.751	0.386
Hipotansiyon	5	20.9	4	16.7	0.137	0.712
Diabetes Mellitus	6	25.0	6	25.0	0	1
Kanser	4	16.7	3	12.5	0.167	0.683
Kardiyovasküler hastalıklar	2	8.0	7	29.2	3.419	0.064
Kistik Böbrek	5	20.8	7	29.2	0.444	0.505
Respiratuvar hastalıklar	1	4.2	0	0	2.000	0.368
Kronik hastalık sayısı						
Tekli	14	58.4	11	45.9	0.751	0.386
Çoklu	10	41.6	13	54.1		
Hemodiyaliz öncesi farklı tedavi alma**						
Yok	12	50.0	13	54.1	0.083	0.773
Periton diyalizi	2	8.0	0	0	2.087	0.149
Böbrek transplantasyonu	5	20.8	4	16.7	0.137	0.712
İlaç kullanımı	7	29.2	8	33.4	0.097	0.755
Hemodiyaliz bilgi durumu						
Yok	2	8.4	1	4.2	0.364	0.834
Kısmen var	6	25.0	6	25.0		
Var	16	66.6	17	70.8		
Komplikasyonlar hakkında eğitim alma durumu						
Yok	5	20.8	4	16.6	0.137	0.712
Var	19	79.2	20	83.4		
Hemodiyaliz bilgi kaynağı **						
Tekli	11	45.8	3	12.5	6.454	0.011*
Çoklu	13	54.2	21	87.5		
Tedavide zorlanılan alanlar***						
Kesintisiz tedavi	14	58.4	20	83.4	3.630	0.057
Sıvı kısıtlaması	21	87.5	19	72.5	0.600	0.439
Diyete uyma	13	54.2	13	54.2	0	1
İlaç tedavisine uyma	8	33.4	10	41.6	0.356	0.501
Semptomlarla uğraşma	17	70.8	19	79.2	0.444	0.505
Cinsel yaşamı sürdürme	8	33.4	5	20.8	0.949	0.330
Seyahat-tatile gitme	16	66.6	18	75.0	0.403	0.525
Günlük yaşam aktiviteleri-roller	15	62.5	19	79.2	1.603	0.204

Tablo 4.2. Devamı

	Müdahale Grubu (n=24)		Kontrol Grubu (n=24)		X ²	p	
	Sayı	%	Sayı	%			
Aile ilişkilerinizin etkilenme durumu							
Yok	9	37.5	10	41.6	0.087	0.768	
Var (olumsuz)	15	62.5	14	58.4			
İş hayatının etkilenme durumu							
Yok	14	58.4	17	70.8	1.663	0.435	
Var (olumsuz)	10	41.6	7	29.2			
Kabullenme durumu							
Hayır	1	4.2	1	4.2	3.316	0.208	
Kısmen	9	37.5	15	62.5			
Evet	14	58.3	8	33.3			

X²: Ki kare testi; *:p < 0,05; ***“Tekli bilgi kaynağı”, bireyin sağlıkla ilgili bilgisini yalnızca tek bir kaynaktan (örneğin yalnızca hekim, yalnızca hemşire, yalnızca internet, yalnızca sosyal medya ya da yalnızca diğer hastalar) edinmesini ifade etmektedir. “Çoklu bilgi kaynağı” ise bireyin aynı konuda birden fazla kaynaktan bilgi almasını kapsamaktadır; ***:Kronik hastalık varlığı”, “HD öncesi farklı tedavi geçmişi” ve “tedavide zorlanılan alanlar” değişkenleri birden fazla yanıt seçeneği içermektedir. Katılımcıların birden çok seçeneği işaretleyebilmesi nedeniyle bu alanlarda yüzdelerin toplamı %100’ü geçebilmektedir. Her bir alt başlık için gruplar arası karşılaştırma yapılırken, veriler “var” ve “yok” olarak iki kategoriye ayrılmış ve analizler Ki-kare (X²) testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenler alkol kullanımı (p=0.034) ve HD tedavisi bilgi kaynağı sayısı (p=0.011) olmuştur. Alkol kullanımı müdahale grubunda düşükken (%4.2), kontrol grubunda belirgin olarak yüksek bulunmuştur (%29.2). HD tedavisi bilgi kaynağı açısından müdahale grubunda daha çok tekli kaynaklar (%45.8), kontrol grubunda ise çoklu kaynaklar (%87.5) kullanılmaktadır. Diğer tüm değişkenler açısından gruplar benzer dağılım göstermektedir.

4.2. Müdahale Grubundaki Bireylerin Tercih Ettikleri Müdahale Alanları

Bu araştırmada, müdahale grubundaki bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerin temel hedefi, katılımcıların yaşadıkları kişilerarası problemlerin (örneğin yas, rol değişimi, çatışmalar) altında yatan nedenleri fark etmelerine olanak tanımak ve bu farkındalık doğrultusunda değişim sürecine adım atmalarını desteklemektir. Görüşme süreci boyunca elde edilen notlar analiz edilerek müdahale grubundaki her bireyin özellikle yoğunlaştığı ve çalışmak istediği üç çalışma alanı belirlenmiştir. Çalışma planları da bu bireysel tercih ve ihtiyaçlar doğrultusunda yapılandırılmıştır. Birden fazla müdahale alanının seçilmesi seans süresinde uzamaya yol açmamış; müdahale alanları belirlenen standart seans süresi içerisinde yapılandırılarak ele alınmıştır. Belirlenen müdahale alanları; “yas/kayıp”, “rol kaybı”, “rol geçişi”, “kişilerarası çatışma” ve “izolasyon” başlıkları altında

sınıflandırılmıştır. Tablo 4.3’te bireylerin cinsiyet bilgileri, ifade ettikleri kişisel problemler ve bu problemlerin karşılık geldiği KIPT müdahale alanları ayrıntılı şekilde sunulmuştur. Bu tablo, müdahale sürecinin temel yapı taşlarını oluşturan bireysel ihtiyaçları bütüncül olarak ortaya koymaktadır.

Tablo 4.3. Müdahale grubundaki bireylerin çalışma alanları

Kod	Cinsiyet	Çalışma Alanları	KIPT Müdahale Alanı
K1	Kadın	HD tedavisi alma sırasında babasının bakımını üstlenmede yaşanan zorluk ve vefatında yanında olamamanın yas sürecini tamamlamada zorluğa neden olması, bu nedenle sürekli olarak abiyle yaşanan çatışmalar	Yas/Kayıp & Çatışma
K2	Erkek	Diyet-sıvı kısıtlamalarına ve tedaviye uyumda zorlanma nedeniyle aile bireyleriyle yaşanan çatışmalar, ailenin sürekli hastalığı hatırlatması	Kişilerarası Çatışma
K3	Kadın	Günlük işlerini gerçekleştirmekte zorlanma, arkadaşlarla iletişimde yaşanan sorunlardan dolayı kayıplar	Rol Kaybı & Kişilerarası Çatışma
K4	Kadın	HD tedavisi nedeniyle işinden ayrılmanın yarattığı mesleki rol kaybı, makineye bağlı olmanın yarattığı özgürlük kaybı ve daha az sosyalleşmeye başlamak	Rol Kaybı, Rol Geçiş & Yas
K5	Kadın	Çocukluktan beri HD tedavisi görmenin, böbrek rejeksiyonu yaşayıp tekrardan HD tedavisine başlamanın neden olduğu eğitim sürecinden geri kalma, meslek sahibi olmak isteyip olamamanın getirdiği rol kaybı ve sosyal yaşamdan uzaklaşması.	Rol Geçiş & Yas
K6	Kadın	Eşinin geçirdiği kaza sonrası bakıma muhtaç hale gelmesi, bireyin eşine bakım verirken fistül nedeniyle yaşadığı güçlükler ve bu süreçte eski sağlıklı günlerine duyduğu özlem, önemli bir çatışma ve uyum sorunu	Rol Geçiş, Çatışma & Yas
K7	Kadın	Daha önceden böbrek rejeksiyonu yaşayıp HD tedavisine tekrar başlaması nedeniyle anneyle yaşanan çatışmalar, ailenin tedavi sonrasında ortaya çıkan zorlukları kabullenmeyip bireyden sağlıklıymış gibi günlük işlerde sorumluluk beklemesi	Kişilerarası Çatışma
K8	Kadın	Fiziksel güç kaybı nedeniyle ev işlerini tek yapamamanın yarattığı içsel çatışma, rol kaybı, hastalığı kabullenmek istememek	Rol Geçiş & Yas
K9	Erkek	Haftada 3 gün HD merkezine gelmenin iş yerinde yarattığı sorunlar ve çatışmalar, ergenliğe yeni giren oğluyla yaşanan çatışmalar	Rol Geçiş & Çatışma
K10	Erkek	Tedaviye uyum göstermekte zorlanma nedeniyle yaşanan aile içi çatışmalar, eski sağlıklı halini özleme	Çatışma & Yas

Tablo 4.3. Devamı

Kod	Cinsiyet	Çalışma Alanları	KİPT Müdahale Alanı
K11	Erkek	Fistül nedeniyle günlük işlerini gerçekleştirirken eşiyle yaşanan çatışma, özgürlüğün ve rolün kaybı	Rol Geçişi & Çatışma
K12	Erkek	HD tedavisi semptomları nedeniyle eş ile yaşanan duygusal uzaklık, eş rolünde yaşanan kayıp	Rol Geçişi & Yas
K13	Erkek	Sosyal çevresinde anlaşılmadığını hissedip yaşanan yalnızlık hissi, kendisini hasta olarak kabul etmenin getirdiği sağlığın kaybına ait yas	Yas & İzolasyon
K14	Kadın	Annesinin vefatı kabullenememe, abisiyle çatışmalar yaşama	Yas & Çatışma
K15	Erkek	Özgürlüğün kaybı ve makineye bağımlı olma nedeniyle yaşanan yas, hastalık nedeniyle emekli olmanın yarattığı rol kaybı	Yas & Rol Geçişi
K16	Kadın	Günlük yaşam aktivitlerinde zorlanma, eski kimliğini kaybedip yeni kimliğini kabullenmede bulmada zorlanma	Rol Geçişi
K17	Kadın	Hastalığı kabullenmenin yaşam boyu tedaviye ve makineye bağımlı olmanın getirdiği yas, kısıtlamalara uymama nedeniyle yaşanan aile içi çatışmalar, anlaşılmadığını hissetme	Yas & Çatışma
K18	Kadın	Ev işlerinde (yemek, temizlik gibi) aile içinde bağımlı hale gelme, rol kaybı, fistülün görüntüsünden kaçınma	Rol Kaybı, Rol Geçişi & İzolasyon
K19	Erkek	Seyahat özgürlüğünün elinden alınması, kendi kararlarını verirken ailesi tarafından sürekli hastalığın öne sürülmesi ve kararlarına saygı duyulmaması	Kişilerarası Çatışma, Rol Kaybı & Yas
K20	Erkek	Özgürlüğün ve sağlığın kaybı, eş ile semptomlar ve kısıtlamalar nedeniyle yaşanan kişilerarası çatışmalar	Çatışma & Yas
K21	Kadın	Kısıtlamalara uyanın ve günlük aktiviteleri yerine getirirken yaşanan zorlukların yarattığı rol kayıpları (ailedeki roller özellikle), aileden ve arkadaş çevresinden uzaklaşma,	Rol Geçişi & İzolasyon
K22	Kadın	KD tedavisine ek olarak meme kanseri tanısı almanın yarattığı rol kayıpları, günlük işlerde yardıma ihtiyaç duyma, kemoterapinin neden olduğu yan etkileri ve HD semptomlarını yönetmekte zorlanma ve eski benliğini özlemek	Rol Geçişi & Yas
K23	Kadın	Nakil olarak eski hayatına geri dönmek isteme, sağlığın kaybına ait yas, yeni fistül açılımının yarattığı endişe,	Yas & Çatışma
K24	Kadın	6 Şubat Kahramanmaraş Depremlerinde tüm ailesini kaybetme ve yas sürecini tamamlayamama, deprem sonrasında kızıyla birlikte yaşaması ve sürekli çatışma yaşamaları	Yas & Çatışma

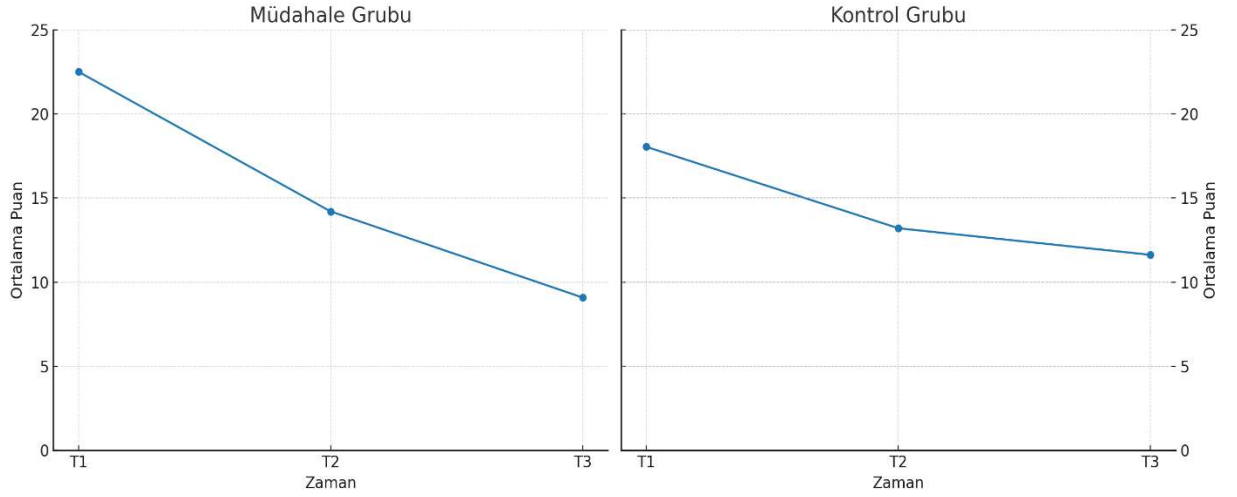
4.3. HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Eşzamanlı Değerlendirmede Gruplar Arası Dağılımı

Tablo 4.4'te müdahale ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının izlem zamanlarına göre dağılımı verilmiştir. BDÖ puanları başlangıçta müdahale grubunda daha yüksek bulunmuş (22.50 ± 5.15 vs. 18.04 ± 3.01 ; $p=0.001$) olmasına rağmen ikinci ölçümde gruplar arasında fark anlamlı değildir ($p=0.303$). Üçüncü ölçümde ise müdahale grubunda ortalamanın daha düşük olduğu, farkın sınırdan anlamlılığa ulaştığı görülmüştür (9.08 ± 4.20 vs. 11.62 ± 4.47 ; $p=0.051$). KHUÖ toplam puanları zaman içinde müdahale grubunda artış göstermiştir. Özellikle üçüncü ölçümde müdahale grubunun puanı (92.73 ± 5.10) kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (85.16 ± 6.39 ; $p=0.001$). KHDUÖ alt boyutlarından FU ve PU puanları üçüncü ölçümde müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (FU: $p=0.019$; PU: $p=0.001$). Sosyal uyum (SU) puanları da müdahale grubunda üçüncü ölçümde daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.028$). Müdahale ve kontrol gruplarının izlem zamanlarına göre BDÖ puan ortalaması değişimleri Şekil 4.1'de, KHDUÖ toplam ve alt boyutlarındaki puan ortalaması değişimleri Şekil 4.2'de gösterilmiştir.

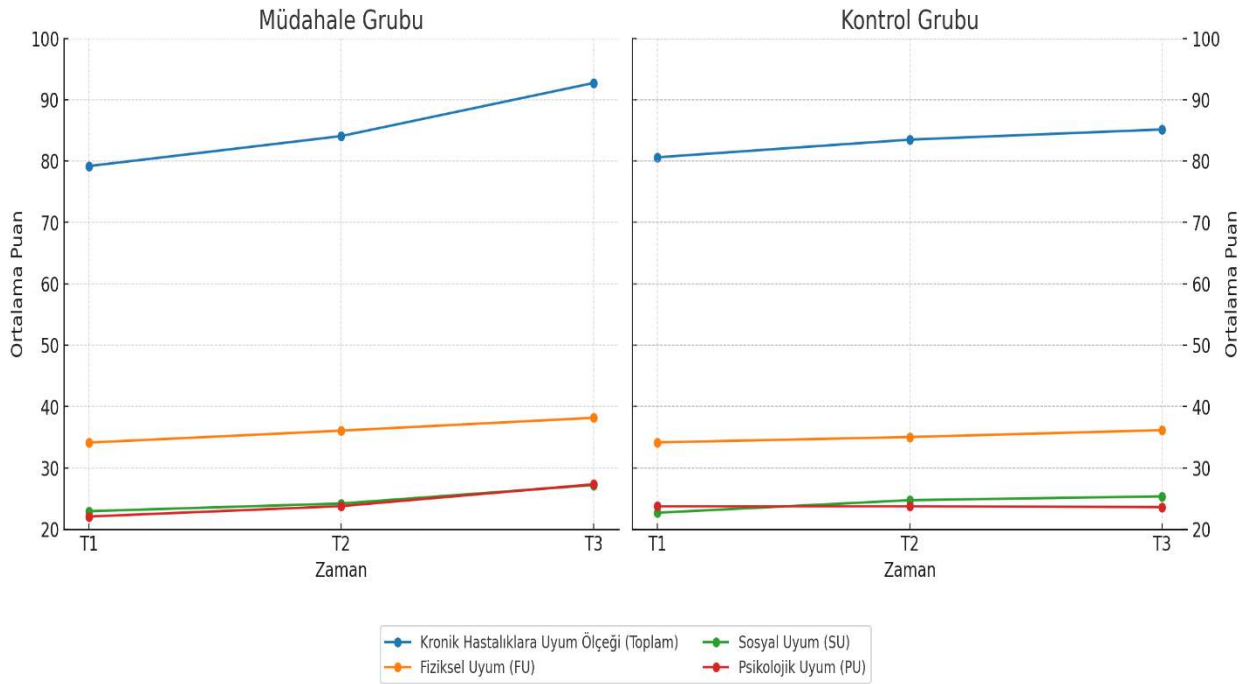
Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grupları BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının izlem zamanlarına göre dağılımı

			Zaman																					
	T1						T2								T3									
	Grup						d	Grup								d	Grup							d
	Müdahale (n=24)		Kontrol (n=24)					Müdahale (n=24)		Kontrol (n=24)							Müdahale (n=23)		Kontrol (n=24)					
	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p		Ort	Ss	Ort	Ss	t	p		Ort	Ss	Ort	Ss	t	p				
BDÖ	22.50	5.15	18.04	3.01	3.656	0.001*	1.05	14.20	3.61	13.20	3.00	1.042	0.303	0.30	9.08	4.20	11.62	4.47	- 2.002	0.051	0.59			
KHUÖ	79.17	7.60	80.62	7.97	- 0.559	0.579	0.18	84.29	5.86	83.54	6.97	0.403	0.689	0.11	92.73	5.10	85.16	6.39	4.477	0.001*	1.31			
KHUÖ FU	34.20	3.98	34.16	3.45	0.039	0.969	0.01	36.08	3.14	34.16	3.45	1.143	0.259	0.58	38.17	3.18	36.16	2.40	0.444	0.019**	0.71			
KHUÖ SU	23.00	3.85	22.70	4.56	0.239	0.812	0.07	24.29	3.11	24.75	3.15	-0.508	0.614	0.14	27.21	2.53	25.37	3.00	2.265	0.028**	0.66			
KHUÖ PU	22.16	3.66	23.75	3.47	- 1.534	0.132	0.43	23.91	2.53	23.75	3.12	0.203	0.840	0.05	27.34	2.14	23.62	2.87	5.018	0.001*	1.47			

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; KHUÖ: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği; FU: Fiziksel Uyum; SU: Sosyal Uyum; PU: Psikolojik Uyum; t: Bağımsız örneklem t testi; d: Cohen d, *: $p < 0.001$; **: $p < 0.05$ Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma; T1: Birinci izlem; T2: İkinci izlem; T3: Üçüncü izlem.



Şekil 4.1. BDÖ puan ortalamalarının zaman içinde gruplara göre değişimi



Şekil 4.2. KHUÖ ve alt boyut puan ortalamalarının zaman içinde gruplara göre değişimi

4.4. HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi Dağılımı

Tablo 4.5'te müdahale ve kontrol gruplarının BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının grup içi değişimleri verilmiştir. BDÖ açısından müdahale grubunda T2–T1, T3–T2 ve T3–T1 karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş görülmüş olup ($t = -10.97$, $t = -7.48$, $t = -12.67$; $p < 0.001$) etki büyüklükleri çok büyük düzeydedir ($d = 1.30-2.84$). Kontrol grubunda T2–T1 ve T3–T1 değişimleri istatistiksel olarak anlamlı olup ($p < 0.001$) etki büyüklükleri büyük düzeydedir ($d = 1.61-1.68$), ancak T3–T2 değişimi anlamlı değildir ($p = 0.065$, $d = 0.41$). KHUÖ toplam puanı müdahale grubunda tüm zaman karşılaştırmalarında anlamlı artış göstermiş ($p < 0.001$), etki büyüklükleri orta ile büyük arasında değişmiştir ($d = 0.71-2.08$). Kontrol grubunda ise yalnızca T2–T1 ve T3–T1 değişimleri anlamlı bulunmuş ($p < 0.001$), etki büyüklükleri küçük ile orta düzeydedir ($d = 0.38-0.62$). KHUÖ fiziksel uyum alt boyutu müdahale grubunda tüm ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiş ($p < 0.001$) olup etki büyüklükleri orta ile büyük arasındadır ($d = 0.53-1.10$). Kontrol grubunda T2–T1 değişimi istatistiksel olarak anlamlı olmayıp ($p = 0.59$, $d = 0.26$) T3–T2 ve T3–T1 değişimleri anlamlıdır ($p = 0.011$; $p < 0.001$) ve küçük-orta düzeyde etkiye sahiptir ($d = 0.39-0.67$). KHUÖ sosyal uyum alt boyutu müdahale grubunda tüm zaman karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiş ($p < 0.01$) ve etki büyüklükleri küçük ile büyük arasında değişmiştir ($d = 0.35-1.28$). Kontrol grubunda T2–T1 ($p = 0.001$) ve T3–T1 ($p = 0.002$) değişimleri istatistiksel olarak anlamlı olup etki büyüklüklerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür ($d = 0.51-0.69$). Bu grubun T3–T2 değişiminin etki büyüklüğünün zayıf olduğu ($d = 0.19$) ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p = 0.336$). KHUÖ psikolojik uyum alt boyutu müdahale grubunda tüm zaman karşılaştırmalarında anlamlı artış göstermiş ($p < 0.001$), etki büyüklükleri orta ile büyük arasında değişmiştir ($d = 0.53-1.72$). Kontrol grubunda ise hiçbir karşılaştırmada anlamlı değişim saptanmamış ($p > 0.05$) olup etki büyüklüklerinin önemsiz olduğu görülmüştür ($d = 0.00-0.04$).

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol gruplarının BDÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının grup içi değişimleri

	Müdahale grubu						Kontrol grubu					
	T2-T1 değişim		T3-T2 değişim		T3-T1 değişim		T2-T1 değişim		T3-T2 değişim		T3-T1 değişim	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
BDÖ	-8.29	3.70	-5.50	3.59	-13.79	5.33	-4.83	2.58	-1.58	3.99	-6.41	4.51
t	-10.97		-7.48		-12.67		-9.17		1.94		-6.97	
p	0.001		0.001		0.001		0.001		0.065		0.001	
d	1.86		1.30		2.84		1.61		0.41		1.68	
KHUÖ	4.91	3.50	8.65	3.32	13.56	5.17	2.91	3.94	1.62	5.09	4.54	5.68
t	6.88		12.48		12.56		3.62		1.56		3.91	
p	0.001		0.001		0.001		0.001		0.132		0.001	
d	0.71		1.56		2.08		0.38		0.24		0.62	
KHUÖ FU	1.87	1.89	2.08	1.59	4.04	2.07	0.87	2.15	1.12	1.98	2.00	2.24
t	4.84		6.28		9.33		1.99		2.77		4.36	
p	0.001		0.001		0.001		0.59		0.011		0.001	
d	0.53		0.65		1.10		0.26		0.39		0.67	
KHUÖ SU	1.29	1.75	3.00	1.65	4.26	2.57	2.04	2.77	0.62	3.11	2.66	3.63
t	3.60		8.71		7.92		3.60		0.98		3.59	
p	0.002		0.001		0.001		0.001		0.336		0.002	
d	0.35		1.04		1.28		0.51		0.19		0.69	
KHUÖ PU	1.75	1.93	3.56	1.77	5.26	3.36	0	2.02	-0.12	2.21	-0.12	2.80
t	4.42		9.60		7.50		0		-0.27		-0.21	
p	0.001		0.001		0.001		1		0.784		0.829	
d	0.53		1.52		1.72		0		0.04		0.04	

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; KHUÖ: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği; FU: Fiziksel Uyum; SU: Sosyal Uyum; PU: Psikolojik Uyum; t: Eşleştirilmiş örneklem t testi; d: Cohen d, *: $p < 0.001$; **: $p < 0.05$ Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma; T1: Birinci izlem; T2: İkinci izlem; T3: Üçüncü izlem; d: Cohen d etki büyüklüğü katsayısı.

4.5. HD Tedavisi Alan Bireylerde KHUÖ ve BDÖ Puanlarının Zaman, Grup ve Grup×Zaman Etkileşimine Göre Değişimi

Tablo 4.6’da, ölçek puan ortalamalarının 1., 2. ve 3. ölçümler arasında anlamlı farklılık gösterdiğine ait bulgular yer almaktadır ($p<0.001$). Bu durum katılımcıların puanlarında zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğunu göstermektedir. Grup etkisi anlamlı çıkmamış ($p>0.05$) olup müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç düzeylerinin benzer olduğuna işaret etmektedir. Ancak tüm değişkenlerde grup x zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$), bu anlamlılık müdahale ve kontrol gruplarının zaman içindeki değişim eğilimlerinin birbirinden farklı olduğunu göstermektedir. Buna göre müdahale grubunun BDÖ puan ortalamaları kontrol grubuna kıyasla daha fazla azalmış; KHUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarıysa daha fazla yükselmiştir. Etki büyüklükleri BDÖ puan ortalamasında çok yüksek düzeyde ($d = 1.49-3.84$) olup KHUÖ toplam ve alt boyutlarında ise orta ile çok yüksek arasında değişmektedir ($d = 0.65-2.88$).

Grup	Zaman	BDÖ			KHUÖ Toplam			KHUÖ FU			KHUÖ SU			KHUÖ PU		
		N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Müdahale grubu	T1	24	22.50	5.15	24	79.19	7.60	24	34.13	4.05	24	22.95	3.93	24	22.08	3.72
	T2	24	14.20	3.61	24	84.08	5.90	24	36.08	3.21	24	24.21	3.16	24	23.78	2.50
	T3	23	9.08	4.20	23	92.73	5.10	23	38.17	3.18	23	27.21	2.53	23	27.34	2.15
Kontrol grubu	T1	24	18.04	3.01	24	80.62	7.97	24	34.16	3.45	24	22.70	4.56	24	23.75	3.47
	T2	24	13.20	3.00	24	83.50	6.97	24	35.04	3.16	24	24.75	3.21	24	23.75	3.12
	T3	24	11.62	4.47	24	85.16	6.39	24	36.16	2.40	24	25.37	3.00	24	23.62	2.87
		F	p	d	F	P	d	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Zaman		165.971	0.001	3.84	129.93	0.001	2.88	53.395	0.001	2.18	38.819	0.001	1.86	32.491	0.001	1.56
Grup		0.793	0.378	0.27	1.508	0.226	0.37	1.260	0.268	0.33	0.332	0.567	0.17	0.792	0.378	0.27
Zaman*Grup		18.955	0.001	1.49	32.269	0.001	1.50	6.104	0.003	1.66	4.738	0.001	0.65	35.731	0.001	1.64

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; KHUÖ: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği; FU: Fiziksel Uyum; SU: Sosyal Uyum; PU: Psikolojik Uyum;

F: karma desenli varyans analizi; T1: Birinci izlem; T2: İkinci izlem; T3: Üçüncü izlem; d: Cohen d etki büyüklüğü katsayısı.

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi, bireylerin yaşam süresini uzatmasına rağmen; sıvı ve besin kısıtlamalarına uyma zorunluluğu, makineye bağımlılık, özgürlük kaybı, tedaviye ara verememe, günlük yaşam rollerinde değişim, aile yapısındaki dönüşüm ve geleceğe ilişkin belirsizlik gibi nedenlerle depresyon ve hastalığa uyum güçlüğü başta olmak üzere birçok psikososyal soruna yol açmaktadır (13, 26-28, 52). Literatürde HD tedavisi alan bireylerin uyum ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik davranışsal ve bilişsel temelli girişimlerin yer aldığı görülmekle birlikte bireylerin yaşadığı yas, rol kaybı ve kişilerarası çatışma gibi deneyimsel alanlar çoğunlukla göz ardı edildiği görülmüştür (21, 36, 88, 115, 118, 126, 137, 140). Yine literatür incelendiğinde göz ardı edilen bu alanlara yönelik KİPT'in HD tedavisi alan bireyler üzerinde girişimsel olarak kullanımına rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları KİPT tekniklerine benzer girişimsel başka çalışma sonuçları ve bu araştırmanın kendi bulguları üzerinden tartışılmıştır. KİPT temelli danışmanlık programının yas/kayıp, kişilerarası çatışma ve rol değişimi temaları üzerine yapılandırılmış olması, bu araştırmanın temel özelliğini oluşturmaktadır. Elde edilen bulgularına göre, KİPT temelli danışmanlık süreci HD tedavisi alan bireylerin depresyon düzeylerini azaltmış; hastalığa uyumlarını ise özellikle fiziksel, psikolojik ve sosyal alt boyutlarda anlamlı biçimde artırmıştır. Bu sonuçlar, HD tedavisi alan bireylere yönelik psikososyal müdahalelerin kişilerarası odakla yeniden yapılandırılmasının önemine vurgu yapmaktadır. Araştırma bulgularının tartışılması “HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum düzeylerine ait bulguların tartışılması” ve “HD tedavisi alan bireylerin depresyon düzeylerine ait bulguların tartışılması” olmak üzere iki alt başlıkta sunulmuştur.

5.1. HD Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan KİPT Temelli Danışmanlığın Hastalığa Uyum Düzeylerine Etkisi

Bu bölümde araştırma kapsamındaki HD tedavisi alan bireylere uygulanan KİPT temelli danışmanlık sürecinin hastalığa uyum üzerindeki etkisine ait bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmanın bulguları, KİPT temelli danışmanlığın HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum düzeyini anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir. Müdahale grubunda hastalığa uyum toplam puanları ile fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum alt boyutlarında puan artışları gözlenmiştir. Ayrıca etki büyüklüklerinin özellikle psikolojik ve sosyal uyum boyutlarında orta ile yüksek düzey arasında değişmesi, KİPT temelli danışmanlığın yalnızca

klirik olarak anlamlı değil, aynı zamanda gl bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, KİPT temelli danışmanlığın HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum sürecini destekleyen etkili bir psikososyal müdahale olabileceğine işaret etmektedir.

Hastalığa uyum; tedavi planına bağlı kalma, ilaç kullanımıını düzenleme, yaşam tarzını hastalığın gerektirdiği biçimde yeniden yapılandırma ve tedavi sürecine aktif katılım gibi davranışsal bileşenlerin yanı sıra, bireyin hastalığa ilişkin bilişsel, duygusal ve sosyal uyumunu da içeren çok boyutlu bir süreçtir (85, 86). Bu araştırmanın bulguları, KİPT temelli danışmanlığın hem fiziksel uyum (rneğin tedavi ve yaşam biçimiyle ilgili gereklilikleri kabul etme) hem de psikolojik ve sosyal uyum (rneğin hastalıkla baş etme, sosyal ilişkileri sürdürme) alanlarında anlamlı düzeyde iyileşme sağladığının ortaya koymaktadır. HD tedavisinin sürekliliği, sıvı ve besin kısıtlamaları, bağımsızlık kaybı, iş ve sosyal yaşamda aksaklıklar gibi etmenler uyum sürecini zorlaştıran önemli stresrlerdir (13, 14, 27, 29, 52). Uzun süreli tedaviye bağlı kalmanın getirdiği yorgunluk, belirsizlik ve bağımlılık hissi ise bireylerde depresyon, kaygı ve tükenmişlik gibi duygusal tepkileri tetikleyebilmektedir (190–193). Bu bağlamda, araştırmamızda belirlenen hastalığa uyum artışı, bireylerin bu kronik stresörlerle daha işlevsel baş etme yolları geliştirdiklerine ve hastalıkla yaşama sürecini yeniden anlamlandırabildiklerine işaret etmektedir.

Bu araştırmada KİPT temelli danışmanlık, özellikle bireylerin “hasta rolü”n nasıl deneyimledikleri, HD tedavisinin aile ve sosyal roller üzerindeki etkileri ve hastalıkla ilişkili kayıplara verdikleri tepkiler üzerine odaklanmıştır. Bulgularımız, bu odaklanmanın hastalığa uyumun psikolojik ve sosyal boyutlarında belirgin bir iyileşmeyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi’nin temel varsayımlarından biri, ruhsal belirtiler ve uyum glklerinin kişilerarası ilişkiler, rol değişimleri ve sosyal destek ağları bağlamında ortaya çıktığı ve bu bağlamda müdahalenin etkili olabileceğidir (43, 152). Çalışmamızda HD tedavisi alan bireylerin sıklıkla yaşadığı “sağlıklı birey” kimliğinden “kronik hasta” rolüne geçişe eşlik eden çatışmaların ele alınması; kayıp, öfke, suçluluk ve yalnızlık gibi duyguların yapılandırılmış bir çerçevede çalışılması, hastalığa uyumun güçlenmesinde önemli bir mekanizma olarak değerlendirilebilir.

Bu bulgular, KİPT temelli danışmanlığın farklı klinik gruplarda uyum sürecini desteklediğini bildiren çalışmalarla da tutarlıdır. Kanseri tanısı alan bireylerde yürütülen çalışmalarda KİPT’in tanı ve tedavi sürecinde yalnızlık, rol değişimi ve iletişim çatışmalarını azaltarak hastalığa uyumu kolaylaştırdığı; aile ve sosyal ilişkilerdeki etkileşimi

güçlendirdiği bildirilmiştir (154, 159). Laing ve ark. (154), KİPT'in kanser hastalarında rollerdeki değişime uyum ve kişilerarası destek algısını artırdığını; Donnelly ve ark. (159) ise telefonla yürütülen KİPT oturumlarının eşler arası iletişimi güçlendirdiğini ve hastalıkla baş etme becerilerini geliştirdiğini vurgulamıştır. Bizim araştırmamız, benzer yaklaşımın HD tedavisi alan bireylerde de hastalığa uyum üzerinde anlamlı bir etki yarattığını göstererek, KİPT'in kronik fiziksel hastalıklardaki kullanım alanına hemodiyaliz popülasyonunu da eklemektedir.

Ayrıca, bu çalışmanın bulguları KİPT temelli danışmanlığı HD tedavisi alan bireylere yönelik diğer psikososyal müdahalelerle aynı çerçevede konumlandırmayı mümkün kılmaktadır. Literatürde eğitim programları, bilişsel davranışçı yaklaşımlar, motivasyonel görüşme ve hemşire tarafından yürütülen telefon/SMS temelli izlem gibi girişimlerin tedaviye katılım, öz-yönetim ve belirli uyum davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (21, 82, 88, 103, 104, 105, 108, 109, 118–121, 126, 127, 138, 192). Ancak bu müdahalelerin önemli bir kısmı daha çok bilgi düzeyini artırma, davranışsal değişimi destekleme veya motivasyonu güçlendirme üzerine odaklanmaktadır. Buna karşılık, bu çalışmada kullanılan KİPT temelli yaklaşım, hastalığa uyumu; kişilerarası ilişkiler, rol işlevselliği ve duygusal süreçler bağlamında ele alarak, uyumun hem davranışsal hem de psikososyal boyutlarında iyileşme sağlamıştır. Bu yönüyle araştırmamız, HD tedavisi alan bireylerde uyumun güçlendirilmesine yönelik müdahalelerde, kişilerarası odaklı danışmanlık programlarının da etkili ve uygulanabilir bir seçenek olduğunu göstermekte ve alanyazına özgün bir katkı sunmaktadır.

5.2. HD Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan KİPT Temelli Danışmanlığın Depresyon Düzeylerine Etkisi

Bu bölümde araştırma kapsamındaki HD tedavisi alan bireylere uygulanan KİPT temelli danışmanlık sürecinin depresyon düzeyi üzerindeki etkisine ait bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmanın bulguları, KİPT temelli danışmanlığın HD tedavisi gören bireylerde depresyon düzeyini anlamlı biçimde azalttığını ortaya koymuştur. Müdahale grubunda BDÖ toplam puanlarının zaman içinde düzenli ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalış gösterdiği, kontrol grubunda ise daha sınırlı bir değişim gözlemlendiği belirlenmiştir. Başlangıçta müdahale grubunun BDÖ puan ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olması, bu grupta depresif belirtiler açısından “azalma için daha geniş bir alan” yaratmış olabilir; ancak grup×zaman etkileşiminin anlamlı bulunması, gözlenen değişimin yalnızca başlangıç

düzeyindeki farka indirgenemeyeceğini ve müdahalenin zaman içindeki etkisinin ayrı bir katkı sunduğunu düşündürmektedir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerde sağlığın kaybı, kimlik değişimi ve “hasta rolü”ne geçiş gibi süreçler, kişilerarası düzeyde rol çatışmalarını, yalnızlık ve çaresizlik duygularını ve buna eşlik eden depresif belirtileri sıklaştırmaktadır. HD tedavisinin sürekliliği, bağımlılık hissi, bağımsızlık kaybı, iş ve sosyal yaşamda ortaya çıkan kısıtlılıklar bu tabloyu daha da ağırlaştırabilmektedir (190–194). Bu araştırma kapsamında KİPT temelli danışmanlık, özellikle “hasta rolü” algısına, sağlığın kaybına verilen yas sürecine ve hastalık/tedaviye bağlı kişilerarası çatışmalara odaklanacak şekilde yapılandırılmıştır. Depresyon puanlarındaki belirgin düşüş, bireylerin bu alanlarda duygusal farkındalık kazandıklarını, ilişkisel örüntülerini gözden geçirdiklerini ve daha işlevsel baş etme yolları geliştirdiklerini düşündürmektedir.

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, kronik hastalıklarla birlikte görülen depresyonda; rol geçişleri, kişilerarası çatışmalar, yas ve sosyal izolasyon gibi boyutları hedef alarak duygusal dengenin yeniden kurulmasına yardımcı olur (42, 153). Bu çalışmada elde edilen bulgular, KİPT temelli danışmanlığın HD tedavisi alan bireylerde depresif belirtileri azaltıcı etkisini doğrudan ortaya koymakta ve yaklaşımın bu popülasyonda da uygulanabilir ve etkili bir psikososyal müdahale olduğunu göstermektedir.

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin depresyon üzerindeki etkinliği, farklı klinik gruplarda yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir. Meme kanseri tanısı alan bireylerde uygulanan KİPT temelli danışmanlığın depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltarak yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (46, 158). Belay ve ark. (46) meme kanseri olan bireylerde KİPT’in depresyon, uykusuzluk, yorgunluk ve yaşam kalitesi parametrelerinde anlamlı iyileşme sağladığını; Parkinson hastalarında ve koroner arter hastalarında yürütülen çalışmalarda da KİPT’in depresif belirtileri azaltmada ve psikososyal işlevselliği güçlendirmede etkili olduğunu göstermiştir (160, 166). Bu çalışmada hemodiyaliz popülasyonunda benzer bir etki saptanması, KİPT’in kronik fiziksel hastalıklarla ilişkili depresyonda geniş bir kullanım alanı olabileceğine işaret etmektedir. Literatürde KİPT’in HD tedavisi gören bireylerde depresyon yönetimine etkisini doğrudan inceleyen çalışmanın bulunmaması, çalışmamızın bu açıdan öncü nitelikte kanıtlar sunduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen depresyon düzeyine ilişkin bulgular, HD tedavisi alan bireylerde depresyonun yönetiminde kullanılan diğer psikososyal müdahalelerle de

paralellik göstermektedir. Bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, gevşeme egzersizleri, sosyal destek grupları, telehemşirelik programları, müzik terapisi, ışık terapisi, öz-yönetim temelli yaklaşımlar, problem çözme eğitimleri ve kahkaha terapisi gibi yöntemlerin depresif belirtilerin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (33, 35–37, 118–120, 137, 139, 142, 194–196). Bununla birlikte, bu müdahalelerin önemli bir bölümü daha çok bilişsel çarpıtmalar, davranışsal etkinlik, motivasyon veya bilgi düzeyine odaklanırken; KİPT’in temel yaklaşımı, sosyal çevre, kişilerarası ilişkiler ve rol geçişleri gibi bağlamsal unsurları terapötik odağa almasıyla ayrılmaktadır. HD tedavisi gören bireylerde depresyonun çoğu zaman yalnızlık hissi, toplumsal rollerde kayıp, başkalarına bağımlı olma durumu ve yakın çevreyle yaşanan gerilimlerle tetiklendiği dikkate alındığında, KİPT’in doğrudan bu temalara yönelmesi, çalışmamızda gözlenen depresyon azalmasını açıklayan önemli mekanizmalardan biri olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin BDÖ ve diğer ölçekleri tekrarlayan biçimde doldurmaları, kendi duygusal durumlarına ve hastalıkla baş etme biçimlerine ilişkin farkındalıklarını artırmış olabilir. Kontrol grubuyla yapılan görüşmeler ve veri toplama sürecinin kendisi de bazı katılımcılar için sınırlı da olsa bir “destek” ya da “kendini ifade etme” fırsatı sunmuş olabilir. Bu tür özgül olmayan etkiler, her iki grupta da depresyon düzeylerinde bir miktar değişime yol açmış olabilir; ancak müdahale grubunda gözlenen daha belirgin ve kalıcı azalış, KİPT temelli danışmanlığın bu etkilerin ötesinde ek bir katkı sağladığını düşündürmektedir.

Bu yönüyle, KİPT temelli danışmanlık, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon yönetimine yönelik etkili, özgün ve bütüncül bir psikososyal destek modeli sunmaktadır. Aynı zamanda, KLP hemşireliği uygulamaları içerisinde hemşirenin danışmanlık rolünü güçlendirerek bireyin psikososyal gereksinimlerinin daha kapsamlı biçimde ele alınmasına olanak tanımaktadır. KİPT’in yapılandırılmış ve birey merkezli yapısı, KLP hemşireliğinde depresyonla baş etmede kullanılabilecek pratik ve kanıta dayalı bir müdahale örneği sunması bakımından da oldukça önemli bir yere sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada test edilen H_{0-1} ve H_{0-2} hipotezleri, müdahale ve kontrol gruplarının KHUÖ ve BDÖ puan değişimlerinin zamana göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermesi nedeniyle reddedilmiştir. KİPT temelli danışmanlık müdahalesinin etkisi, müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında; zaman içerisinde hem hastalığa uyum hem de depresyon düzeylerinde anlamlı farklar elde edilmiştir. Müdahale grubunda, danışmanlık süreci sonrasında hastalığa uyum düzeylerinde anlamlı bir artış, depresyon belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu bulgular, KİPT'in HD tedavisi alan bireylerde depresyon düzeylerini azaltarak psikolojik iyilik halini desteklemenin yanı sıra, tedavi sürecine uyumu artırmada da etkili bir yaklaşım sunduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında, KİPT temelli danışmanlık programının HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisini ortaya koyan temel sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Müdahale ve kontrol grupları, başlangıç (müdahale öncesi) ve izlem zamanlarına (müdahale sonrası ve 3. ay) göre karşılaştırıldığında; her iki grupta BDÖ toplam puanlarının azaldığı, KHUÖ alt boyut ve toplam puanlarının ise arttığı belirlenmiştir. Özellikle 3. ay izleminde, müdahale grubunda depresyon düzeylerinin anlamlı biçimde azaldığı, hastalığa uyum düzeylerinin ise kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi değişimleri incelendiğinde, müdahale grubunda başlangıç, müdahale sonrası ve 3. ay izlem değerlendirmeleri arasındaki KHUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının başlangıç değerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda ise yalnızca bazı ölçümler arasında sınırlı düzeyde anlamlı artışlar saptanmıştır ($p < 0.001$). Gruplar arası zamana göre değişim incelendiğinde, müdahale grubunun KHUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla arttığı ve bu artışın orta ile büyük düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür ($d = 0.65-2.88$; $p < 0.001$). Bu sonuçlar, KİPT temelli danışmanlık programının, HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyumun alt boyutları olan fiziksel, psikolojik

ve sosyal uyumun güçlendirilmesinde etkili bir müdahale yöntemi olduğunu göstermektedir.

- Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi değişimi incelendiğinde, müdahale grubunda başlangıç ile müdahale sonrası ve 3. ay izlem değerlendirmeleri BDÖ toplam puan ortalamalarının başlangıç değerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda ise başlangıç ile müdahale sonrası ve başlangıç ile 3. ay izlem puan ortalamalarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Gruplar arası zaman içindeki değişim değerlendirildiğinde, müdahale grubunun KHUÖ toplam ve alt boyut puanlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla artış olduğu ve bu artışın orta ile büyük arasında değişen etki büyüklükleri gösterdiği belirlenmiştir ($d = 1.49-3.84$; $p < 0.001$). Bu nedenle KIPT temelli danışmanlık programının HD tedavisi alan bireylerde depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.
- KIPT temelli danışmanlık sürecinin, HD tedavisi alan bireylerin yas/kayıp, rol değişimi, kişilerarası çatışma ve sosyal izolasyon gibi alanlarda yaşadıkları güçlükleri fark etmelerini, duygularını daha açık ifade etmelerini ve etkili baş etme becerileri geliştirmelerini desteklemiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda KIPT temelli danışmanlığın HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine olan olumlu yöndeki etkisi dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- KIPT temelli danışmanlık programının, KLP hemşireliğinin uygulama alanlarına entegre edilerek HD tedavi merkezlerinde psikososyal bakım sürecinin bir parçası haline getirilmesi,
- KLP hemşirelerinin, HD tedavisi alan bireylerde görülen depresyon, hastalığa ve tedaviye uyum güçlüğü, rol değişimi, benlik ve beden algısındaki bozulmalar ile sosyal ilişkilerdeki zorluklara yönelik bireysel danışmanlık sunması,
- HD tedavi merkezlerinde çalışan hemşirelerin, bireylerin psikososyal durumlarını erken dönemde değerlendirmesi ve risk altındaki bireyleri KLP hemşiresine yönlendirmesi,

- KİPT temelli danışmanlık müdahalesinin uzun vadeli etkilerini izlemek amacıyla ileriye dönük izlem çalışmaları yapılması; nitel araştırmalarla HD tedavisi alan bireylerin deneyimleri, baş etme yolları ve terapötik ilişki süreçleri ayrıntılı biçimde incelenmesi,
- KİPT temelli danışmanlık müdahalesinin uzun vadeli etkilerini incelemek amacıyla, daha uzun izlem sürelerini içeren ileriye dönük nicel çalışmaların planlanması ve depresif belirtilerdeki değişimin zaman içindeki kalıcılığının değerlendirilmesi,
- KİPT temelli danışmanlık uygulamalarının karma desenli (nicel ve nitel) araştırmalarla yeniden ele alınarak, bir yandan hastalığa uyum ve depresyon düzeylerindeki nicel değişimlerin izlenmesi, diğer yandan da HD tedavisi alan bireylerin danışmanlık sürecine ilişkin öznel deneyimlerinin, baş etme biçimlerinin ve terapötik ilişki algılarının derinlemesine incelenmesi,
- KİPT temelli danışmanlık uygulamalarının farklı merkezlerde, daha geniş örneklemelerle tekrarlanması ve sonuçların karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi,
- KLP hemşirelerinin KİPT temelli danışmanlık programına yönelik bilgi ve becerilerini güçlendirecek eğitim programları planlanması ve bu yaklaşım hemşirelik bakım sürecine dahil edilmesi,
- Ulaşım kısıtlı veya fiziksel engelleri olan HD tedavisi alan bireyler için çevrim içi (tele-KİPT) danışmanlık uygulamaları geliştirilerek, psikososyal desteğin sürekliliği sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Seyahi N, Koçyiğit İ, Eren N, Tonbul HZ, Tatar E, Yılmaz Z, Gök Oğuz E, Türkmen E, Ateş K. Current status of kidney replacement therapy in Türkiye: A summary of 2023 Turkish Society of Nephrology registry report. Turk J Nephrol. 2025;34(2):141-8. doi:10.5152/turkjnephrol.2025.24978
2. World Health Organization. Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease: report by Belarus, Brazil, Eswatini, European Union and its Member States, Kenya, Malaysia, Namibia, Russian Federation, South Africa, Sri Lanka, Togo, Türkiye, United States of America, and Vanuatu. Executive Board, 156th session, agenda item 7. Geneva: World Health Organization; 2025. Erişim: [Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease](#) Erişim Tarihi: 17.10.2025
3. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1459-544
4. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2024. Erişim: [The top 10 causes of death](#) Erişim tarihi 21.09.2025
5. Francis A, Harhay MN, Ong AC, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al; International Society of Nephrology. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. Nat Rev Nephrol. 2024;20(7):473-85. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic kidney disease in adults: assessment and management. London: NICE; 2021 Erişim: [Overview | Chronic kidney disease: assessment and management | Guidance | NICE](#) Erişim tarihi 21.09.2025

7. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(4 Suppl):S117-S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
8. Charles C, Ferris AH. Chronic kidney disease. *Primary Care*, 2020;47(4):585-595. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.08.001>
9. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson L, Lützen K, Clyne N. Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *J Clin Nurs.* 2015;14(3):294-300. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x>
10. Kang GW, Lee IH, Ahn KS, Lee J, Ji Y, Woo J. Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. *Hemodial Int.* 2015;19(3):439-46. <https://doi.org/10.1111/hdi.12271>
11. Mesa-Gresa P, Avesani CM, Clyne N, García-Testal A, Kouidi E, Van Craenenbroeck AH, et al. Needs, barriers and facilitators for a healthier lifestyle in haemodialysis patients: the GoodRENal project. *J Clin Nurs.* 2024;33(3):1062-75. <https://doi.org/10.1111/jocn.16910>
12. Sukartini T, Efendi F, Putri NS. A phenomenological study to explore patient experience of fluid and dietary restrictions imposed by hemodialysis. *J Vasc Nurs.* 2022;40(2):105-11. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2022.05.003>
13. Vicdan AK, Karabacak BG. Effect of treatment education based on the Roy adaptation model on adjustment of hemodialysis patients. *Clin Nurse Spec.* 2016;30(4):1-13. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000215>
14. Avdal EU, Ayvaz İ, Uran BNÖ, Yildirim JG, Sofulu F, Pamuk G. Opinions of hemodialysis and peritoneum patients regarding depression and psychological problems which they experience: a qualitative study. *J Infect Public Health.* 2020;13(12):1988-92. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.02.041>

15. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, et al. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2022;19(4):e1003954. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003954>
16. Shouket H, Gringart E, Drake D, Steinwandel U. “Machine-dependent”: the lived experiences of patients receiving hemodialysis in Pakistan. *Glob Qual Nurs Res.* 2022;9. <https://doi.org/10.1177/23333936221128240>
17. Hussain F, Ashraf S, Arshad M, ur Rehman MM, Khan FS, Ahmad MA, et al. Knowledge, adherence, and perception of patients on maintenance hemodialysis to treatment regimens at a tertiary care hospital in Pakistan. *Cureus.* 2023;15(12):e50017. <https://doi.org/10.7759/cureus.51341>
18. Oliveira J, Sousa H, Bartolo A, Figueiredo D, Ribeiro O. Illness perception and treatment adherence in haemodialysis: a systematic review. *Psychol Health Med.* 2023;28(7):1641-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2099559>
19. Atik D, Karatepe H. Scale development study: adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*, 2016;32(1):135-42. doi:10.19193/0393-6384_2016_1_21
20. Lambert K, Mullan J, Mansfield K. An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end-stage kidney disease. *BMC Nephrol.* 2017;18(1):318. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0734-z>
21. Arad M, Goli R, Parizad N, Vahabzadeh D, Baghaei R. Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial. *BMC Nephrol.* 2021;22(1):119. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02319-9>
22. Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. *European Journal of Internal Medicine.* 2024;119:1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.07.008>

23. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine*. 2006;62(5):1153-1166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
24. Murdeshwar HN, Anjum F. Hemodialysis [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Erişim: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk56329> Erişim Tarihi: 17.10.2025
25. Özyer Güvener Y, Gümüştekin K. Psychosocial care needs of individuals receiving hemodialysis treatment: a qualitative study. *J Nurs*. 2024;27(1): 69–78. <https://doi.org/10.17049/jnursology.1458158>
26. Aghakhani N, Sharif F, Molazem Z, Habibzadeh, H. Content analysis and qualitative study of hemodialysis patients, family experience, and perceived social support. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2014;16(3):e13748.
27. Sadeghian J, Roudsari DM, Seyedfatemi N, Rafiei H. Body-image disturbance: a comparative study among haemodialysis and kidney transplant patients. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5):14-6. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/15699.7733>
28. Ok E, Işıl Ö. Assessment of the mental status of patients with chronic kidney disease. *J Psychiatr Nurs*. 2019;10(3):181-189. doi: 10.14744/phd.2019.35119
29. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017;12(1):36-42.
30. Bazrafshan FD, Darvizeh Z, Banijamali SS. The relationship between hemodialysis patients' treatment adherence, procrastination, and difficulty in emotion regulation: a cross-sectional study in southeast Iran. *Front Psychol*. 2023;13:1041912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041912>
31. Al-Nashri F, Almutary H. Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *J Clin Nurs*. 2022;31(1-2):220-230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15900>

32. Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 93-102. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>
33. Gerogianni G, Babatsikou F, Polikandrioti M, Grapsa E. Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of non-pharmacological methods. *Int Urol Nephrol*. 2019;51:113-8. <https://doi.org/10.1007/s11255-018-2022-7>
34. Gerogianni G, Kouzoupis A, Grapsa E. A holistic approach to factors affecting depression in haemodialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2018;50:1467-76. <https://doi.org/10.1007/s11255-018-1891-0>
35. Natale P, Palmer SC, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Strippoli GF. Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(12):CD004542. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004542.pub3>
36. Chopra P, Ayers CK, Antick JR, Kansagara D, Kondo K. The effectiveness of depression treatment for adults with ESKD: a systematic review. *Kidney360*. 2021;2(3):558-85. <https://doi.org/10.34067/KID.0003142020>
37. Barello S, Anderson G, Acampora M, Bosio C, Guida E, Irace V, et al. The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and a meta-analysis. *Int Urol Nephrol*. 2023;55(4):897-912. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03374-3>
38. Yang H, Qi L, Pei D. Effect of psychosocial interventions for depression in adults with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrol*. 2024;25(1):17. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03447-0>
39. Özcan Tozoğlu E, Hancı Yenigün E, Karadağ RF. Bedensel hastalıklarda kişilerarası ilişkiler psikoterapisi. In: Aydın N, Omay O, editors. *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.25-31.

40. Aydın N, Omay O, editors. *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınları; 2019. Online ISBN: 978-605-7597-88-5.
41. Stuart S, Schultz J, McCann E. *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi: Klinisyen El Kitabı*. Omay O, Hızlı Sayar G, Aydın N, translators. İstanbul: Psikonet Yayınları; 2019. ISBN: 978-605-69391-1-2.
42. Stuart S, Robertson M. *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi: Klinisyen Kılavuzu*. Omay O, Aydın N, translation editors. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık; 2013. Turkish.
43. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):680-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
44. Blanco C, Markowitz JC, Hellerstein DJ, Nezu AM, Wall M, Olfson M, et al. A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;173:353-64. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4994-5>
45. Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):205-18. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
46. Belay W, Kaba M, Labisso WL, Tigeneh W, Sahile Z, Zergaw A, et al. The effect of interpersonal psychotherapy on quality of life among breast cancer patients with common mental health disorder: a randomized control trial at Tikur Anbessa Specialized Hospital. *Support Care Cancer*. 2022;30(1):965-72. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06508-y>
47. Frasure-Smith N, Koszycki D, Swenson JR, Baker B, van Zyl LT, Laliberté MA, et al. Design and rationale for a randomized, controlled trial of interpersonal psychotherapy and citalopram for depression in coronary artery disease (CREATE). *Psychosom Med*. 2006;68(1):87-93. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195833.68482.27>

48. Poleshuck EL, Talbot NE, Zlotnick C, Gamble SA, Liu X, Tu X, et al. Interpersonal psychotherapy for women with comorbid depression and chronic pain. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(8):597-600. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ea4d3d>
49. Spelke MB, Paul R, Blette BS, Meltzer-Brody S, Schiller CE, Ncheke JM, et al. Interpersonal therapy versus antidepressant medication for treatment of postpartum depression and anxiety among women with HIV in Zambia: a randomized feasibility trial. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7):e25959. <https://doi.org/10.1002/jia2.25959>
50. Yator O, John-Stewart G, Khasakhala L, Kumar M. Preliminary effectiveness of group interpersonal psychotherapy for young Kenyan mothers with HIV and depression: a pilot trial. *Am J Psychother.* 2022;75(2):89-96. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200050>
51. Ok E, Kutlu FY. Hopelessness, anxiety, depression and treatment adherence in chronic hemodialysis patients. *Int J Caring Sci.* 2019;12(1):423-9.
52. Elias MA, Van Damme W, Ku GMV, Kadammanavar M, Wouters E. Lived experiences of people with chronic kidney disease on maintenance dialysis: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Nephrol.* 2025;26(1):22. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-03952-4>
53. Robinson L. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü. In: Özkan S, editor. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1994–1995: IV. Ulusal KLP Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı.* İstanbul: Pfizer; 1994.
54. Gaul CE, Farkas C. Perspectives on psychiatric consultation liaison nursing, public health and mental health: a model for success. *Perspect Psychiatr Care.* 2007;43(4):227-30. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00139.x>
55. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete [Internet]. 2011. Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim Tarihi: 17.10.2025

56. Rout P, Aslam A. End-stage renal disease. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025
57. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2025–2030)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. Erişim: [turkiye-bobrek-hastaliklari-Onleme-ve-kontrol-programi-2025-2030.pdf](https://www.saglik.gov.tr/medya/2025/01/turkiye-bobrek-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2025-2030.pdf) Erişim Tarihi: 18.10.2025
58. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, et al. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey: the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(6):1862-71. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq656>
59. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Nefroloji Derneği. *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon: Registry 2023*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2024. p.1-198. Erişim: https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2023_web.pdf Erişim Tarihi: 18.10.2025
60. ERA Registry. *ERA Registry Annual Report 2020*. Amsterdam: Department of Medical Informatics, Amsterdam UMC; 2020. Erişim: [ERA-Registry-Annual-Report2020.pdf](https://era-registry.org/annual-report-2020.pdf) Erişim Tarihi: 18.10.2025
61. Yılmaz Karabulutlu E, Yavuzer Bayrak N. Kronik böbrek hastalığı yönetimi ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları. In: Yılmaz Karabulutlu E, Bahçecioğlu Turan G, editors. *Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2022. p.135-53.
62. Lucas B, Taal MW. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. *Medicine (Abingdon)*. 2023;51(3):165-9. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.12.003>
63. Tuğlular S. Kronik böbrek hastalığı: etiyopatogenez, tanı ve değerlendirme. In: Yavuz Y, Özkan G, Mustafa A, editors. *Temel Nefroloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. p.291-301.

64. Eknoyan G, Lameire N, Eckardt K, Kasiske B, Wheeler D, Levin A, Stevens P, Bilous R, Lamb E, Coresh J. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2013;3(1):5-14.
65. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Derg.* 2015;10(1):53-9.
66. Eckardt KU, Delgado C, Heerspink HJL, Pecoits-Filho R, Ricardo AC, Stengel B, et al. Trends and perspectives for improving quality of chronic kidney disease care: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney Int.* 2023;104(5):888-903. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.05.013>
67. Bülbül E, Çelik S. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In: Olgun N, Çelik S, editors. *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. 2nd ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2022. p.253-93.
68. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet.* 2017;389(10075):1238-52. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32064-5)
69. Ammirati AL. Chronic kidney disease. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2020;66(Suppl 1):s03-9. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.s1.3>
70. Debone MC, Pedruncci EDSN, Candido MDCP, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):800-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0117>
71. Rakhshan M, Mirshekari F, Dehghanrad F. The relationship between illness perception and self-care behaviors among hemodialysis patients. *Iran J Psychiatry.* 2020;15(2):150-6.
72. Preka E, Shroff R. Hemodialysis. In: Johnson RJ, Feehally J, Floege J, Tonelli M, editors. *Evidence-Based Nephrology*. 2nd ed. Vol. 2. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2023. p.412-25. <https://doi.org/10.1002/9781119105954.ch66>

73. Daugirdas JT, Blake PG. *Diyaliz El Kitabı*. Bozfakıoğlu S, editor. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010.
74. Akpolat T, Utaş C. Böbrek yetmezliği: genel bilgiler. In: Akpolat T, Utaş C, editors. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Samsun; 2008. p.1-22.
75. Schmidt R, Holley J. Overview of the hemodialysis apparatus; 2020. Erişim: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-hemodialysis-apparatus> Erişim Tarihi: 19.10.2025
76. Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, et al. Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nat Rev Nephrol*. 2022;18(6):378-95. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00542-7>
77. Poudel B, Timalina R. Factors associated with resilience among patients with end-stage kidney disease receiving hemodialysis in a teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2025;26(1):99. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04008-3>
78. Bhattarai S, Sharma K. Lived experiences of patients with hemodialysis in Chitwan. *J Chitwan Med Coll*. 2022;12(3):3-9. <https://doi.org/10.54530/jcmc.1143>
79. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(2):136-44. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
80. Peitzman SJ. From dropsy to Bright's disease to end-stage renal disease. *Milbank Q*. 1989;67(1):16-32.
81. Rafiee L, Shafie Z. Adherence to treatment and dialysis adequacy in hemodialysis patients referred to dialysis centers of Hajar, Shahrekord, Iran. *J Geriatr Nurs*. 2018;3(3):78-90.

82. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. Mt Sinai J Med. 2006;73(2):553-9
83. Ok E, Sayılan S. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde depresyon ve tedavi uyumu. Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg. 2022;11(2):610-6.
84. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003. Erişim: [DSpace](#) Erişim Tarihi: 19.10.2025
85. Aslan H, Çetkin T, Demir Dikmen R. Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. Cukurova Med J. 2021;46(3):1140-9. <https://doi.org/10.17826/cumj.913997>
86. Bilgiç Ş, Pehlivan E. Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi. Samsun Sağlık Bilim Derg. 2023;8(1):63-76. <https://doi.org/10.47115/jshs.1088222>
87. García-Llana H, Remor E, del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. J Clin Psychol Med Settings. 2014;21(1):103-15. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9383-y>
88. Ok E, Kutlu Y. The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. Clin Nurs Res. 2021;30(3):322-33. <https://doi.org/10.1177/1054773820974158>
89. Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. Eur J Intern Med. 2024;119:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.07.008>
90. Kara B, Akbayrak N. Hemodiyaliz: hastalar baş etmeyi nasıl öğrenebilirler? Sağlık Toplum Derg. 2005;15(3):3-7.

91. Korkmaz Y. Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi [master's thesis]. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016. 109 p.
92. Chironda G, Bhengu B. Contributing factors to non-adherence among chronic kidney disease (CKD) patients: a systematic review of literature. *Med Clin Rev.* 2016;2(4):29. doi:10.21767/2471-299X.1000038
93. Vicdan AK, Karabacak BG. Roy adaptasyon modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *JHS.* 2014;11(2):209-20. doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2729
94. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *J Caring Sci.* 2014;3(1):11-9. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.002>
95. Ghimire S, Castelino RL, Lioufas NM, Peterson GM, Zaidi ST, Chilcot J. Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>
96. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ramanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2018;33(9):1545–1558. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>
97. Mehrizi FZ, Bagherian S, Bahramnejad A, Khoshnood Z. The impact of logo-therapy on disease acceptance and self-awareness of patients undergoing hemodialysis: a pre-test–post-test research. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):670. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04295-2>
98. Chan R, Brooks R, Erlich J, Gallagher M, Snelling P, Chow J, et al. Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: The proximal–distal model of health-related outcomes as a base model. *J Psychosom Res.* 2011;70(5):455–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.11.005>

99. Chan R. The effect of acceptance on health outcomes in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dialysis Transplantation*. 2013;28(1):11–4. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs334>
100. Altundağ S. Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pamukkale Med J*. 2018;11(2):137-44. <https://doi.org/10.5505/ptd.2017.90958>
101. Alatawi AA, Alaamri M, Almutary H. Social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(19):1958. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>
102. Gebrie MH, Ford J. Depressive symptoms and dietary non-adherence among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis therapy: a systematic review. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):178. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1622-5>
103. Matteson ML, Russell C. Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized controlled trials. *Hemodial Int*. 2010;14(4):370-82. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2010.00462.x>
104. Kim H, Jeong IS, Cho MK. Effect of treatment adherence improvement program in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11657. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811657>
105. Wang Y, Kang H, Yang F, Hu H. The intervention effect of digital health technology on anxiety, depression, and treatment adherence in maintenance hemodialysis patients: a meta-analysis. *Seminars in dialysis*, 2025;38(4):250–260. <https://doi.org/10.1111/sdi.70002>
106. Karabey T, Karagözoğlu Ş. Hemodiyaliz sürecinde semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı. *TOGU Sağlık Bilim Derg*. 2021;1(1):21-9.
107. Rahimi F, Gharib A, Beyramijam M, Naseri O. Effect of self-care education on self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Life Sci J*. 2014;11(1 Spec Iss):136-40.

108. Murali KM, Mullan J, Roodenrys S, Hassan HC, Lambert K, Lonergan M. Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end-stage kidney disease on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>
109. Tao WW, Tao XM, Wang Y, Bi SH. Psycho-social and educational interventions for enhancing adherence to dialysis in adults with end-stage renal disease: a meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2834-48. <https://doi.org/10.1111/jocn.15301>
110. Wu R, Feng S, Quan H, Zhang Y, Fu R, Li H. Effect of self-determination theory on knowledge, treatment adherence, and self-management of patients with maintenance hemodialysis. *Contrast Media Mol Imaging*. 2022;2022:1416404. <https://doi.org/10.1155/2022/1416404>
111. Dsouza B, Prabhu R, Unnikrishnan B, Ballal S, Mundkur SC, Chandra Sekaran V, et al. Effect of educational intervention on knowledge and level of adherence among hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Glob Health Epidemiol Genom*. 2023;2023:4295613. <https://doi.org/10.1155/2023/4295613>
112. Duran S. Psikoeğitim. *Türkiye Klinikleri Psychiatr Nurs-Spec Top*. 2024;10(1):110-4.
113. Sarkhel S, Op S, Arora M. Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders: general principles of psychoeducation. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S19-23. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_780_19
114. Zhianfar L, Nadrian H, Shaghaghi A. Enhancement of adherence to therapeutic and lifestyle recommendations among hemodialysis patients: an umbrella review of interventional strategies. *Ther Clin Risk Manag*. 2020;16:233-43. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S240125>
115. Sousa H, Ribeiro O, Paúl C, Costa E, Frontini R, Miranda V, et al. “Together we stand”: a pilot study exploring the feasibility, acceptability, and preliminary effects of a family-based psychoeducational intervention for patients on hemodialysis and their family

caregivers. Healthcare (Basel). 2021;9(11):1585.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9111585>

116. Chen HC, Zhu L, Chan WCS, Cheng KFK, Vathsala A, He HG. The effectiveness of a psychoeducational intervention on health outcomes of patients undergoing haemodialysis: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2023;29(3):e13123.
<https://doi.org/10.1111/ijn.13123>
117. Ekholm M, Aulbach M, Walsh S, Phipps D, Rauta V, Knittle K. Behavioral interventions targeting treatment adherence in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2025;366:117594.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117594>
118. Valsaraj BP, Bhat SM, Prabhu R, Kamath A. Follow-up study on the effect of cognitive behaviour therapy on haemodialysis adherence: a randomised controlled trial. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021;21(1):e58. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.01.008>
119. Sohn BK, Oh YK, Choi JS, Song J, Lim A, Lee JP, et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Kidney Res Clin Pract*. 2018;37(1):77-84.
<https://doi.org/10.23876/j.krcp.2018.37.1.77>
120. Cukor D, Van Halen N, Asher DR. Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2014;25:196-206. <https://doi.org/10.1681/asn.2012111134>
121. O'Hara DV, Yi TW, Lee VW, et al. Digital health technologies to support medication adherence in chronic kidney disease. *Nephrology (Carlton)*. 2022;27(12):917-24.
<https://doi.org/10.1111/nep.14113>
122. Zhang Z, Liang XT, He XW, Zhang X, Tang R, Fang RD, et al. Enhancing treatment adherence in dialysis patients through digital health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ren Fail*. 2025;47(1):2482885.
<https://doi.org/10.1080/0886022x.2025.2482885>

123. Özdemir C, Şendir M. The effect of fistula care education given with a mobile application on disease adherence and self-care behaviors in hemodialysis patients: a quasi-experimental study. *Florence Nightingale J Nurs*. 2025;33:e24057. <https://doi.org/10.5152/fnjn.2025.24057>
124. Schaefer MR, Kavookjian J. The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(12):2190-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.037>
125. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
126. Çapuk H, Aylaz R. The impact of transtheoretical model-based motivational interviewing on self-efficacy and adherence to treatment in hemodialysis patients. *J Eval Clin Pract*. 2025;31(4):e70152. <https://doi.org/10.1111/jep.70152>
127. Yangöz ŞT, Özer Z. Effects of motivational interviewing and an education programme based on Watson's theory of human caring on adults receiving haemodialysis: randomised controlled trial. *J Res Nurs*. 2025; Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1177/17449871241290450>
128. Teles F, Azevedo VFD, Miranda CT, Miranda MPM, Teixeira M do C, Elias RM, et al. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014;69(3):198–202. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(03\)10](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(03)10)
129. Kim O, Yeom EY, Jeon HO. Relationships between depression, family function, physical symptoms, and illness uncertainty in female patients with chronic kidney disease. *Nurs Health Sci*. 2020;22(3):548–556. <https://doi.org/10.1111/nhs.12691>
130. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CDF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3327. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>

131. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
132. Alshelleh S, Alhawari H, Alhourri A, Abu-Hussein B, Oweis A. Level of depression and anxiety on quality of life among patients undergoing hemodialysis. *Int J Gen Med*. 2023;16:1783–1795. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s406535>
133. Alkubati SA, Al-Sayaghi KM, Salameh B, Halboup AM, Ahmed WAM, J. Alkuwaisi M, et al. Prevalence of depression and its associated factors among hemodialysis patients in hodeida city, yemen. *J Multidiscip Healthc*. 2024;31(17):689–99. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s452935>
134. Shaban RA, Abdulgalil AE, Bahie A. Post-covid anxiety, depression, and quality of life among Egyptian hemodialysis patients. *Ther Apher Dial*. 2024; 28(4):608-19. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.14128>
135. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, Toto RD, Trivedi MH, Rush AJ. Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA*. 2010;303(19):1946–53. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.619>
136. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive–behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2009;76(4):414–421. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.156>
137. Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, Peralta-Pedrero ML, Robles-García R, Lerma C. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol Psychother*. 2017;90(1):105–123. <https://doi.org/10.1111/papt.12098>
138. Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi MK. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Glob J Health Sci*. 2015;8(2):132. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p132>

139. Al Sarairoh FA, Aloush SM, Al Azzam M, Al Bashtawy M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychoeducation in the management of depression among patients undergoing haemodialysis. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(6):514–518. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1406022>
140. Razzera BN, Adamoli AN, Ranheiri MF, Oliveira MS, Feoli AMP. Impacts of mindfulness-based interventions in people undergoing hemodialysis: a systematic review. *Braz J Nephrol.* 2021;44(1):84–96. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0116>
141. Bennett PN, Ngo T, Kalife C, Schilder B. Improving wellbeing in patients undergoing dialysis: can meditation help? *Semin Dial.* 2018;31(1):59–64. <https://doi.org/10.1111/sdi.12656>
142. Nishiwaki H, Levack WM, Hasegawa T, Ota E, Noma H, Suzuki T, et al. Music-based interventions for people with chronic kidney disease undergoing haemodialysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;4:CD016139. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD016139>
143. Pan KC, Hung SY, Chen CI, Lu CY, Shih ML, Huang CY. Social support as a mediator between sleep disturbances, depressive symptoms, and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. *PLoS One.* 2019;14(4):e0216045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216045>
144. Mashitah MW. Quran recitation therapy reduces the depression levels of hemodialysis patients. *Int J Res Med Sci.* 2020;8(6):2222–2227. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20202271>
145. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, Papathanasiou IV. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemp Oncol (Pozn).* 2018;22(3):172–177. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.78947>.

146. Klerman GI, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy Of Depression*. New York: Basic Books, 1984.
147. Sloan G, Hobson J, Leighton J, McFarlane B, Law R. An overview and history of interpersonal psychotherapy. *Nurs Stand*. 2009;23(26):44–49.
148. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: past, present and future. *Clin Psychol Psychother*. 2012;19(2):99–105.
149. Pu J, Zhou X, Liu L, Zhang Y, Yang L, Yuan S, et al. Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res*. 2017;253:226–232. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.023>
150. Markowitz JC, Milrod B, Luyten P, Holmqvist R. Mentalizing in interpersonal psychotherapy. *Am J Psychother*. 2019;72(4):95–100. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190021>
151. Ravitz P, Watson P, Lawson A, Constantino MJ, Bernecker S, Park J, et al. Interpersonal psychotherapy: a scoping review and historical perspective (1974–2017). *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(3):165–180. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000219>
152. Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: history and future. *Am J Psychother*. 2020;73(1):3–7. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190032>
153. Cuijpers P, Geraedts AS, Van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, Van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581–592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
154. Laing EM, Heinen JM, Acebo de Arriba R, Schäffeler N, Zipfel S, Stengel A, et al. Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer: a systematic review. *Front Psychol*. 2024;15:1367807. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1367807>

155. Burke NL, Shomaker LB, Brady S, Reynolds JC, Young JF, Wilfley DE, et al. Impact of age and race on outcomes of a program to prevent excess weight gain and disordered eating in adolescent girls. *Nutrients*. 2017;9(9):947. <https://doi.org/10.3390/nu9090947>
156. Pine AE, Schvey NA, Shank LM, Burke NL, Neyland MH, Hennigan K, et al. A pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy for the prevention of excess weight gain among adolescent military-dependent girls. *Mil Med*. 2021;186(3–4):344–350. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa514>
157. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Matherne CE, Mehari RD, Olsen CH, Marwitz SE, et al. A randomized, comparative pilot trial of family-based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered eating, and excess weight gain in at-risk preadolescents with loss-of-control eating. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1084–1094. <https://doi.org/10.1002/eat.22741>
158. Blanco C, Markowitz JC, Hershman DL, Levenson JA, Wang S, Grann VR. A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed women with breast cancer. *Am J Psychother*. 2014;68(4):489–495. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.4.489>
159. Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G, Hudis CA, et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology*. 2000;9(1):44–56. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(200001/02\)9:1<44::aid-pon431>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<44::aid-pon431>3.0.co;2-v)
160. Koszycki D, Taljaard M, Kogan C, Bradwejn J, Grimes D. Interpersonal psychotherapy for depression in Parkinson's disease: a feasibility study. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2023;36(1):52–62. <https://doi.org/10.1177/08919887221090220>
161. Koszycki D, Taljaard M, Bradwejn J, Lee C, Tasca GA, Grimes DA. Interpersonal psychotherapy for the treatment of depression in Parkinson's disease: results of a randomized controlled trial. *Mov Disord*. 2024;40(8):1539–1550. <https://doi.org/10.1002/mds.30061>

162. Meffert SM, Neylan TC, McCulloch CE, Blum K, Cohen CR, Bukusi EA, et al. Interpersonal psychotherapy delivered by nonspecialists for depression and posttraumatic stress disorder among Kenyan HIV-positive women affected by gender-based violence: randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2021;18(1):e1003468. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003468>

163. Heckman TG, Heckman BD, Anderson T, Lovejoy TI, Markowitz JC, Shen Y, et al. Tele-interpersonal psychotherapy acutely reduces depressive symptoms in depressed HIV-infected rural persons: a randomized clinical trial. *Behav Med.* 2017;43(4):285–295. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1160025>

164. Koszycki D, Bisslerbe JC, Blier P, Bradwejn J, Markowitz J. Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: first pilot randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(3):193–201. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0277-z>.

165. Lespérance F, Frasere-Smith N, Koszycki D, Laliberté MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. *JAMA.* 2007;297(4):367–379. <https://doi.org/10.1001/jama.297.4.367>

166. Koszycki D, Lafontaine S, Frasere-Smith N, Swenson R, Lespérance F. An open-label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patients with coronary disease. *Psychosomatics.* 2004;45(4):319–324. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.4.319>

167. Poleshuck EL, Gamble SA, Bellenger K, Lu N, Tu X, Sörensen S, et al. Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain. *J Psychosom Res.* 2014;77(4):264–272. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.016>

168. Karp JF, Weiner D, Seligman K, Butters M, Miller M, Frank E, et al. Body pain and treatment response in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13(3):188–194. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.3.188>

169. Alkhawashki SH, Algarzae N. Depression with comorbid juvenile-onset fibromyalgia syndrome: novel treatment plan using interpersonal psychotherapy: a case report. *Medicine* (Baltimore). 2024;103(36):e39505. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000039505>
170. Hu CC, Huang JW, Wei N, Hu SH, Hu JB, Li SG, et al. Interpersonal psychotherapy-based psychological intervention for a patient suffering from COVID-19: a case report. *World J Clin Cases*. 2020;8(23):6064–6070. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i23.6064>
171. Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S, Schramm E, Berger M. Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy for post-stroke depression: feasibility and effectiveness. *Nervenarzt*. 2009;80(7):805–812. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2649-1>
172. Miller MD, Reynolds III CF. Expanding the usefulness of interpersonal psychotherapy (IPT) for depressed elders with comorbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(2):101–105. <https://doi.org/10.1002/gps.1699>
173. Sharrock J, Happell B. The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the improved care of patients experiencing mental health problems receiving care within a general hospital environment. *Contemp nurse a J Aust Nurs Prof*. 2001;11(2–3):260–70. <https://doi.org/10.5172/conu.11.2-3.260>
174. Hopewell S, Chan AW, Collins GS, Hróbjartsson A, Moher D, Schulz KF, et al. CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ*. 2025;388:e081123. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-081123>
175. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
176. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.

177. Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. Hacettepe Univ Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;4(1):73-92.
178. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2020;216(4):189–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.275>
179. Lehmann EL, D'Abrera HJ. *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*. 2nd ed. New York: Springer; 2006.
180. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. Uludağ Univ Tıp Fak Derg. 2014;30(3):211–216.
181. Davison SN. Personalized approach and precision medicine in supportive and end-of-life care for patients with advanced and end-stage kidney disease. Semin Nephrol. 2018;38(4):336–45. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2018.05.004>
182. Wang TJ, Lin MY, Liang SY, Wu SFV, Tung HH, Tsay SL. Factors influencing peritoneal dialysis patients' psychosocial adjustment. J Clin Nurs. 2014;23(1–2):82–90. <https://doi.org/10.1111/jocn.12045>
183. Rees J, Chilcot J, Donnellan W, Soulsby L. Exploring the nature of illness perceptions in people with end-stage kidney disease. J Ren Care. 2018;44(1):19–29. <https://doi.org/10.1111/jorc.12225>
184. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561–71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
185. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği [A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample]. Psikoloji Dergisi. 1989;7:3–13.

186. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*. 2004;3(3):136.
187. WMA—The World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki—Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. WMA: Ferney-Voltaire, France. Erişim adresi: [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants – WMA – The World Medical Association](#). Erişim tarihi 21.11.2025
188. George D, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 12th ed. Boston: Pearson Higher Education; 2011.
189. Kılıç S. Etki büyüklüğü. *J Mood Disord*. 2014;4(1):44–6. <https://doi.org/10.5455/jmood.20140228012836>
190. Giannaki CD, Hadjigavriel M, Lazarou A, Michael A, Damianou L, Atmatzidis E, et al. Restless legs syndrome is contributing to fatigue and low quality of life levels in hemodialysis patients. *World J Nephrol*. 2017;6(5):236–42. <https://doi.org/10.5527/wjn.v6.i5.236>.
191. Mansouri S, Jalali A, Rahmati M, Salari N. Educational supportive group therapy and the quality of life of hemodialysis patients. *BioPsychoSocial Med*. 2020;14(1):27. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00200-z>
192. Zahra Z, Effendy E, Mawarpury M, Jaya I. Psychotherapies for chronic kidney disease patients with hemodialysis: A systematic review of randomized control trials and quasi-experiments. *Narra J*. 2023;3(3):e215. <https://doi.org/10.52225/narra.v3i3.215>
193. Zhang L, Chen Y, Tang W, Wang Q, Zou L, Zhou L. Effects of dyadic psychoeducational interventions for haemodialysis patients and their family caregivers: a randomised controlled trial. *BMC Nurs*. 2025;24(1):244. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02835-1>

194. Lin F, Chen L, Gao Y. Music therapy in hemodialysis patients: systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med.* 2024;86:103090. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2024.103090>
195. Bennett PN, Hussein WF, Reiterman M, Yu J, Schiller B. The effects of laughter therapy on depression symptoms in patients undergoing center hemodialysis: a pragmatic randomized controlled trial. *Hemodial Int.* 2020;24(4):541–9. <https://doi.org/10.1111/hdi.12870>
196. Li T, Soh KL, Zakaria NF, Pang Y, Wang P, Hu N. Effects of laughter yoga on patients receiving hemodialysis: a systematic review. *Holist Nurs Pract.* 2024;38(4):202–12. <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000650>

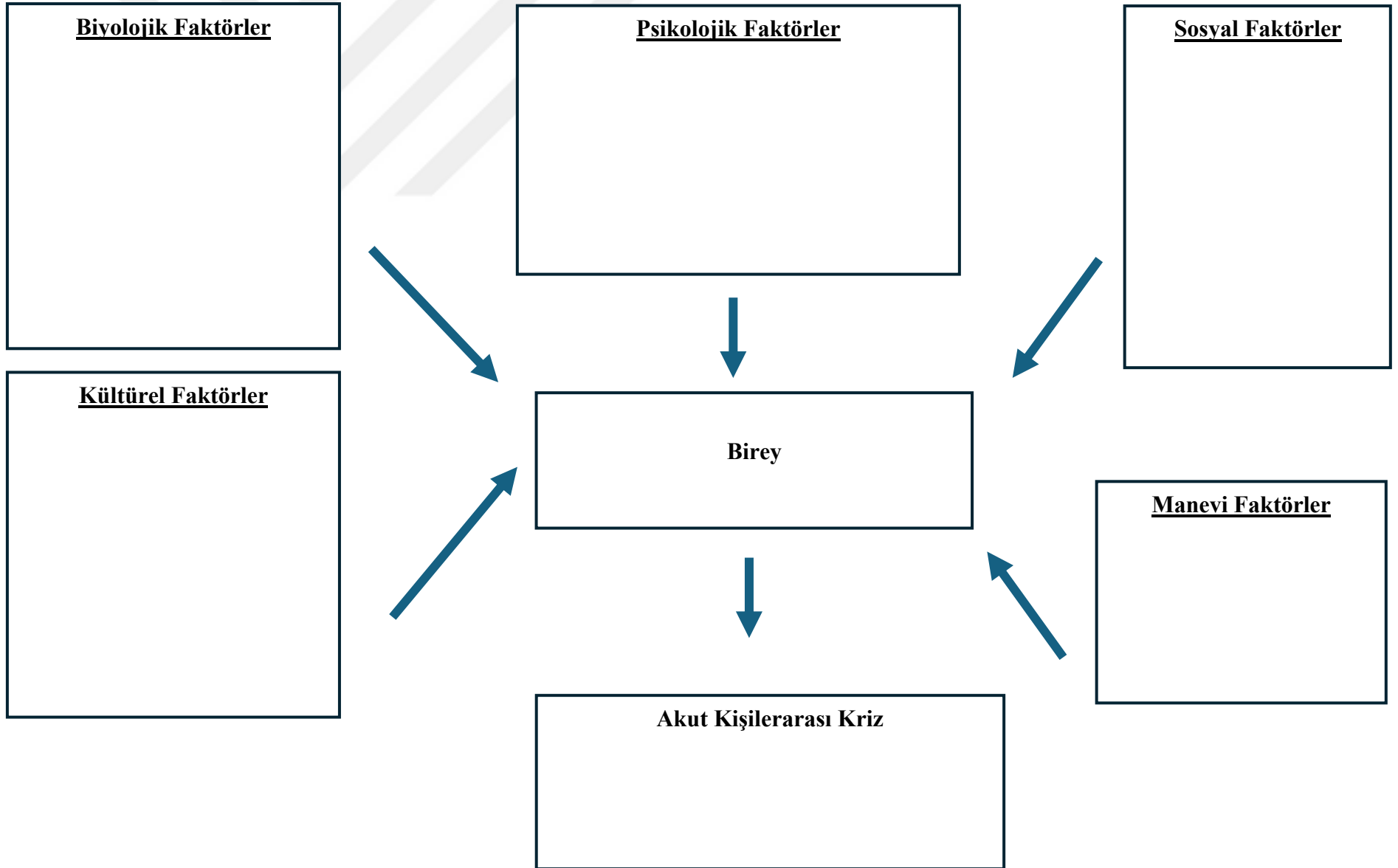


Uzak destek kaynakları

EK-1. Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi

Kişilerarası İlişkiler Çemberi Oluşturmada Kullanılan Sorular

1. Bu bireyle görüşme sıklığınız nedir?
2. Bu ilişkinin en çok sevdiğiniz yanı nedir?
3. Bu ilişkinin hoşunuza gitmeyen yanı nedir?
4. İlişkiniz zaman içinde sizce nasıl değişti?
5. Bu ilişkinin hangi açılardan daha farklı olmasını isterdiniz?
6. Söz konusu bu birey size nasıl bir destek sağlıyor?
7. Siz de o bireye destek olabiliyor musunuz?
8. Aranızdaki bir kavgadan/çatışmadan/sorundan bahsedebilir misiniz?
9. Bana ilk kimi tanıtmak istersiniz?
10. O bireyin çemberin hangi kısmında olmasını istersiniz?
11. Bu çember nasıl ve ne zaman değişti?
12. Buraya eklemediğiniz biri var mı?
13. Destek almak için ilk kiminle iletişime geçersiniz?



EK-3. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

-Hasta Tanıtıcı Bilgileri

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Eğitim Durumunuz: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
4. Çalışma Durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor ☐ Emekli ☐ Hastalık nedeniyle çalışmıyor
5. Aylık Gelir Durumunuz: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
6. Medeni Durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli
7. Çocuk Varlığı: ☐ Yok ☐ Var
8. Yaşadığınız kişiler: ☐ Eş ☐ Eş ve Çocuk ☐ Anne-baba ☐ Diğer
(Açıklayınız.....)
9. Bakımınızla ilgilenen ve size yardımcı olan birinin varlığı: ☐ Yok ☐ Var
(Kim:.....)
10. Sigara Kullanım Durumu: ☐ Hayır ☐ Evet (Süre:.....)
11. Alkol Kullanım Durumu: ☐ Hayır ☐ Evet (Süre:.....)

-Hastalığı İlişkin Bilgileri

1. Hemodiyaliz Giriş yolu: ☐ Fistül ☐ Graft ☐ Katater (Geçici/Kalıcı)
2. Hemodiyaliz alma gün sayısı: ☐ 2 gün ☐ 3 gün ☐ 4 gün
3. Varolan kronik hastalık durumu: (Birden fazla cevabı işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Kanser
- ☐ Solunum sistemi hastalıkları
- ☐ Kardiyovasküler hastalıklar
- ☐ Kistik Böbrek hastalıkları
- ☐ Diğer (Açıklayınız:...)



4. Hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı:
5. Hemodiyaliz öncesi farklı tedavi alma durumunu: ☐Yok ☐Periton diyalizi ☐
Nakil ☐İlaç
6. Hemodiyaliz tedavisi hakkında bilgi durumu: ☐Yok ☐Kısmen ☐Var
7. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim alma durumu: ☐Yok ☐Var
8. Bilgi Alma Kaynağı: ☐Doktor ☐Hemşire ☐Hastalar ☐İnternet ☐Diğer
(Açıklayınız:....)
9. Hastalıktan sonra aile ilişkilerinizin etkilenme durumu: ☐Yok ☐Var-olumsuz ☐
Var-olumlu
10. Hastalıktan sonra iş hayatınızın etkilenme durumu: ☐Yok ☐Var-olumsuz ☐Var-olumlu
11. Hastalığı kabullenme durumu: ☐Hayır ☐Kısmen ☐Evet
12. Tedavi sürecinizde en çok zorlandığınız alan (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz*):
- ☐ Kesintisiz olarak ara vermeden haftanın 3 günü diyalize girmek
 - ☐ Sıvı kısıtlamasına uyum sağlamaya çalışmak
 - ☐ Yediklerimle ilgili diyetle uymaya çalışmak
 - ☐ İlaç kullanımına uyum sağlamaya çalışmak
 - ☐ Yorgunluk, kaşıntı gibi belirtilerle uğraşmak
 - ☐ Cinsel yaşamı sürdürmek
 - ☐ Seyahat ve tatil planları
 - ☐ Günlük yaşam aktivitelerini ve rollerini yerine getirmek
 - ☐ Diğer (belirtiniz)

EK-4. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her					
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 dolaylı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere 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 dolaylı 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	Hastalığım için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk					
25	Hastalığımın dolaylı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

EK-5. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-0.** İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-6. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Modüller Eğitim Sertifika Belgesi

02.04.2023



isipt
ULUSLARARASI
İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ
DERNEĞİ

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ EĞİTİM SERTİFİKASI

Tuğçe Uçgun

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği tarafından
2023 yılı içerisinde gerçekleştirilen ve 4 modülden oluşan 64 saatlik
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimini başarı ile tamamlamıştır.

Başkan

*Kişilerarası İlişkiler Derneği Başkanı (Türkiye)
Uluslararası Kişilerarası İlişkiler Derneği Türkiye Şubesi*

02.04.2023



Katılımcı: Tuğçe Uçgun
Tarih: 02.04.2023

Yukarıda adı geçen katılımcı KIPT Derneği tarafından düzenlenen ve Prof. Dr. Nazan Aydın tarafından verilen 64 saatlik Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi eğitimini başarıyla tamamlamıştır.

Eğitimin temel başlıkları aşağıda paylaşılmıştır;

- KIPT'e Giriş
- KIPT'in Genel Özellikleri
- KIPT'in Kökenleri ve Kanıt Temeli
- KIPT Tedavi Yaklaşımında Biyopsikososyal Model
- Bağlanma Sistemi
- İlk Görüşmeler (Teorik ve Pratik Uygulama)
 - KIPT'in Yapısı
 - Değerlendirme ve Danışan Seçimi
 - Kişilerarası Envanter (Çember)
 - Yaratıcı Özet/Kişilerarası Formülasyon
- KIPT'in Nörobiyolojik Temelleri
- Bağlanma Stilleri
- Çatışma/Buluşamama (Teorik ve Pratik Uygulama)
- Değişimler ve Yaşam Olayları Zaman Çizelgesi (Teorik ve Pratik Uygulama)
- Yas ve Kayıp (Teorik ve Pratik Uygulama)
- Sosyal İlişki Beceri Yoksunluğu
- Terapist Duruşu
- Akut Terapinin Tamamlama ve İlişkide Kalma
- Damıtılmış KIPT
- Bir Olgunun Baştan Sona Yapılandırılması
- Genel KIPT Pratiği
- Ölçme ve Değerlendirme

EK-7. Çalışmaya Dahil Etme Tablosu

[illegible]

EK-8. Müdahale Grubu Seans Kayıt Formu

Kriter		Kod		Beck Depresyon Ölçeği Puanı		Katılım Tarihi		
Seans No	1	2	3	4	5	6	7	8
Seans Tarihi								
Seans Süresi								
Notlar								

EK-9. Araştırma Etik Kurul Onay Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.03.2024-326165



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : E-94603339-604.01-326151
Konu : Proje Onayı

19.03.2024

SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak'ın danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Tuğçe Uçgun'un sorumluluğunda yürütülecek olan KA24/91 nolu "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın ve psikoeğitimin hastalığa uyum ile depresyona etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 13/03/2024 tarih ve 24/64 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin bağlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

EK-10. Araştırma Yöntemi Değişikliği Sonrası Etik Kurul Onay Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.12.2024-408482



T.C.
BAşKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜğÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-85878037-604.01-408482
Konu : Tuğçe Uçgun'un Başlık ve Yöntem
Değişikliği Onayı

12.12.2024

HEMşİRELİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalımız Doktora Programı öğrencisi Tuğçe Uçgun'un KA24/91 nolu "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın ve psikoeğitimin hastalığa uyum ile depresyona etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı araştırma projesinin başlığını "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma" olarak değiştirme ve proje yönteminde değişiklik yapma talebi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp ve Sağık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : E-94603339-604.01-407932
Konu : Proje Başlığı ve Yönteminde
Değişiklik Hk.

11.12.2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak'ın danışmanlığında Sağık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Tuğçe Uçgun'un sorumluluğunda yürütölmekte olan KA24/91 nolu "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın ve psikoeğitimin hastalığa uyum ile depresyona etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı araştırma projesinin başlığını "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma" olarak değiştirme ve proje yönteminde değişiklik yapma isteğiniz Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Evrak Sayısı : E-91694447-050.04-405277

04.12.2024

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA24/91	24/256	04.12.2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Tuğçe Uçgun tarafından yürütülmekte olan ve Kurulumuzun 13/03/2024 tarih ve 24/64 sayılı kararı ile onay alan KA24/91 nolu "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın ve psikoğütının hastalığa uyum ile depresyona etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı araştırma projesinin başlığını "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyon düzeylerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma" olarak değiştirme ve projede yöntem değişikliği yapma isteğiniz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 11: Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.04.2024-336429



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Hemşirelik Anabilim Dalı



Sayı : E-85878037-730.08-336429
Konu : Tuğçe Uçgun'un Tez Çalışması Anket
Uygulama İzni

29.04.2024

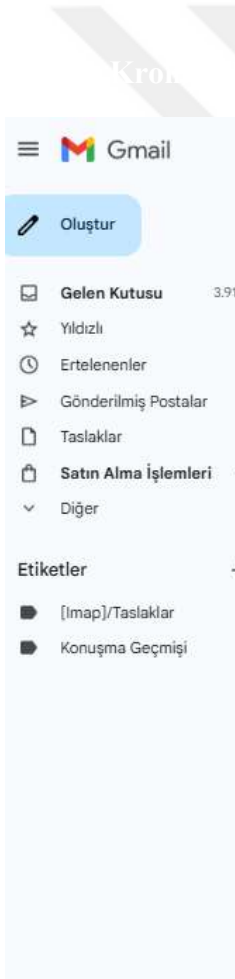
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Anabilim Dalımız Doktora öğrencisi 22110251 numaralı Tuğçe Uçgun "HEM702 Tez II" danışmanı Prof.Dr.Ebru Akgün Çıtak'dır.

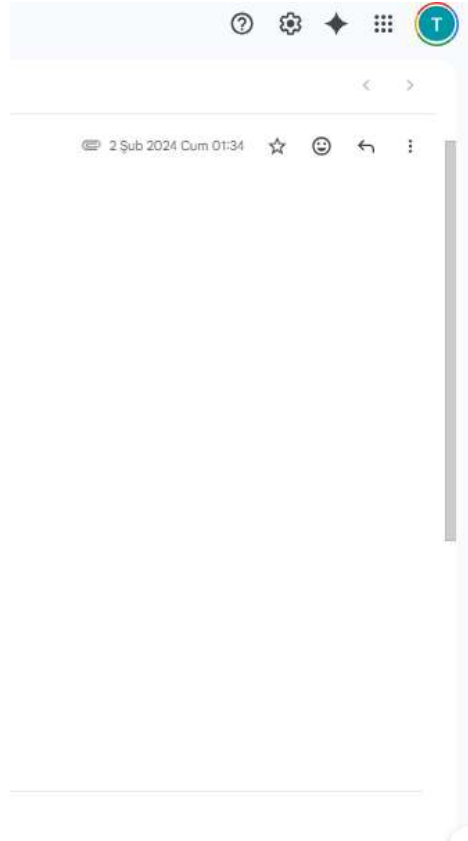
Öğrencinin KA24/91 nolu "Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler terapisi temelli danışmanlığın ve psikoeğitimin hastalığa uyum ile depresyona etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı araştırma projesi Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10/01/2024 tarih ve 24/08 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Çalışma anketinin 07.05.2024-30.05.2025 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ümitköy Diyaliz Merkezi, Başkent Üniversitesi Çiğdem Hemodiyaliz Merkezi ve Başkent Üniversitesi Yenikent Diyaliz Merkezlerinde diyaliz hastalarına uygulanabilmesi hususunda olurlarınızı ve gereğini arz ederim.

EK-12. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni



EK-13. Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzni



EK-14. Bilgilendirilmiş Onam Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Temelli Danışmanlığın Hastalığa Uyum ile Depresyona Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 48'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 40-45 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapisi temelli danışmanlığın hastalığa uyum ve depresyona etkisini belirlemektir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. 18-65 yaş arasında olma,
2. En az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi görme,
3. Türkçe iletişim kurmakta sorun yaşamama,
4. İşitme ve kognitif bozukluğu olmama,
5. DSM-V ve ICD 11'e göre majör depresyon tanısı almama,
6. Ek bir ruhsal bozukluğu olmama,
7. Haftada en az 2 gün hemodiyaliz tedavisi alma,
8. Özbakımını kendi yapabilme,
9. Herhangi bir terapi almama ya da psikiyatrik ilaç kullanmama,
10. Beck Depresyon Envanterinden 10 ve üzeri puan alma,
11. Araştırmaya katılmaya gönüllü ve bilgilendirilmiş olur formunu onaylayabilecek durumda olma,

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde çalışma ya da kontrol gruplarından birinde olabilirsiniz. Bu seçim randomize bir şekilde yapılacaktır. Araştırmacı tarafından uygulanacak girişimler hakkında bilgilendirme yapıp, veri toplama formları ile bilgileriniz alınacaktır. Veri toplama formunda tanımlayıcı özellikleriniz, hemodiyaliz tedavi süreci ile ilgili özelliklerini içeren sorular ile hemodiyaliz tedavisi sırasında kan sonuçlarınızın izlemi içeren izlem formları yer almaktadır. Araştırmanın verileri, katılımcılara uygulanacak olan kişilerarası ilişkiler psikoterapisi öncesinde, tüm seansların bitiminde ve 3 ay sonra tekrardan veri toplama formları kullanarak yeniden veriler toplanacaktır. Veri toplama formunda sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır ve bu araştırmanın bulguları dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’, ‘Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği’ ve ‘Beck Depresyon Ölçeği’ kullanılarak, araştırmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşerek veriler toplanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Sizden araştırmaya doğru veri sağlamanız beklenmektedir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmemiz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Hemodiyaliz tedavisi sürecinde bireyler birçok sorunla mücadele ederek yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Bu süreçte bireylerin yaşadıkları en önemli sorunlardan birisi hastalığa ve hastalığın neden olduğu komplikasyonlara uyumdur. Ayrıca hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde sıklıkla uyum güçlüğü ve majör depresyon görülebilmektedir. Depresif belirtiler, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde sık karşılaşılan bir ruhsal sorun olmakla birlikte bireylerin yaşadıkları kayıplara karşı verilen bir yanıttır. Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan bireylere kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin hastalığa uyum ve depresyona etkisinin incelenmesiyle elde edilen verile sonucunda bireylerin hayatlarına daha kolay ve iyi uyum sağlamaları ve böylece yaşam kalitelerinin artması beklenmektedir. Ayrıca elde edilen bilgiler ışığında bu bireylere bakım veren hemşirelerin bakımlarına ilişkin yeni bir bakış açısı kazandırması da beklenmektedir. Ayrıca Hemşirelerin konuya ilgisinin artması ve yapılacak çalışmalara yol gösterici olarak literatüre katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmamız kapsamında size herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacak, yüz yüze görüşme yöntemi / sohbet tarzında iletişime geçilecektir. Araştırmadan kaynaklanabilecek bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacıların Adres ve Telefonları:

Arş. Gör.

Adres:

Cep No:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Hastalığınızın gerektirdiği tetkiklere ilave olarak yapılacak her türlü tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma giderleri size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi' dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle hekiminiz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada size hekiminizin uygulayacağı tedavinin dışında bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırma yalnızca kişilerarası ilişkiler psikoterapisi öncesi ve sonrasında, veri toplama formunun araştırmacı tarafından doldurulması, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi sonrası 3. ay izlem ve analizinden ibarettir.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Tuğçe Uçgun tarafından Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ümitköy Diyaliz Merkezinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, 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. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		