



**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİF HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE
UYUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Hemş. Seval İLHAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

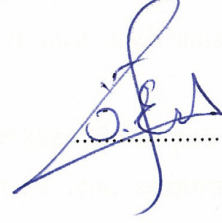
**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Serpil YÜKSEL**

**Haziran 2014
BOLU**

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda
Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

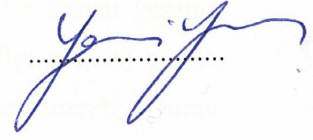
Doç. Dr. Özgül EROL*
(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Trakya Üniversitesi)



Yrd. Doç. Dr. Serpil YÜKSEL **
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Tarih: 27/06/2014

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Seval İLHAN'ın
Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Doç. Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



* Jüri Başkanı

** Tez Danışmanı

ÖZET

HİPERTANSİF HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE UYUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Araştırma, hipertansif hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla fenomenolojik tipte nitel olarak gerçekleştirildi.

Araştırma kapsamına, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi gören 10 hasta alındı. Araştırmanın uygulanabilmesi için, araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan, etik kuruldan ve hastalardan yazılı izin alındı.

Veriler, araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile 01-24 Ağustos 2011 tarihleri arasında toplandı. Kaydedilen verilerin çözümlenmesi, tümevarımcı içerik analizi ile yapıldı. İçerik analizi ile tedavi uyumunu etkilediği belirlenen 26 kod belirlendi. Kodlar kategorize edilerek; sağlık/hastalık algısı, iş ve sosyal yaşama etki, başetme, korku, beklenti, diyet/sıvı kısıtlaması ve eğitim/bilgi edinme olmak üzere 7 kategori oluşturuldu. Kategoriler taşıdıkları anlama göre incelenerek, uyumu etkileyen faktörler teması altında birleştirildi.

Hastaların yaş ortalamasının $48,10 \pm 14,45$ yıl, hemodiyaliz tedavi süresinin $6,35 \pm 3,75$ yıl, hipertansiyon tedavi süresinin $5,2 \pm 3,33$ yıl olduğu belirlendi. Hastalığın uzun süreli olmasının sağlık/hastalık algısını etkilediğini belirten hastaların, tedavi süresinin 6-10 yıl arasında olduğu saptandı. 40 yaş üzerinde olan hastaların diyaliz sonrası bedensel yorgunluk şikayetinin daha fazla olduğu; hastalardan 8'inin önerilen diyetle uyumla ilgili sorun yaşadığı belirlendi. Hastalardan 7'sinin tedavi nedeniyle fiziksel sınırlılık yaşadığı, bu sınırlılıkların iş ve sosyal yaşamı, aile içindeki rolleri olumsuz olarak etkilediği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hipertansiyon, Kronik böbrek yetmezliği, Tedaviye uyum

ABSTRACT

DETERMINING THE FACTORS THAT DETERMINE TREATMENT COMPLIANCE AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS UNDERGOING DIALYSIS

This study was performed as a phenomenological, qualitative investigation of the factors determining treatment compliance in hemodialysis patients, the reasons for it and their mutual relationships.

The study population consisted of 10 patients undergoing hemodialysis at the Bolu Private Nefro Dialysis Center. Appropriate authorizations and consent to perform the study were obtained from the facility where the study was performed, the ethical committee and the participating patients.

In-depth individual interviews by the investigator with the help of a semi-structured interview form were conducted to collect the information between August 1 and August 24, 2011. The recorded data were evaluated by inductive content analysis. Content analysis allowed the identification of 26 codes for factors influencing treatment compliance. These codes were then categorized in seven broader categories: disease/health perception, effect on professional and social life, coping, fear, expectations, diet/fluid restriction, and education/information. These categories were assessed according to their particular significance and reconciled under the overarching theme of factors determining compliance.

The patients' age was 48.1 ± 14.45 years, the duration of previous hemodialysis treatment 6.35 ± 3.75 years and that of previous treatment for hypertension 5.2 ± 3.33 years. The duration of previous treatment for patients who expressed that the chronic character of the disease did affect their perception of disease/health was 6-10 years. Patients aged over 40 had greater physical fatigue post dialysis; eight of the patients experienced or had experienced problems related to their recommended diet. Seven patients experienced physical restrictions due to their treatment; such restrictions were affecting negatively their occupational and social life.

Key Words: Hemodialysis, Hypertension, Chronic renal failure, Treatment compliance

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım; bilimsel kişiliği ve eğiticiliği ile bana her konuda rehberlik eden; tez konumun belirlenmesinde ve uygulamaya geçirilmesinde yardımlarını esirgemeyen, 2,5 yıl tez danışmanlığımı yürütmüş olan değerli hocam **Prof. Dr. Sayın Feray GÖKDOĞAN'a**;

Tezimin tamamlanması sürecinde bilimsel katkıları ve önerileri ile değerli katkılar sağlayan danışman hocam **Yrd. Doç. Dr. Sayın Serpil YÜKSEL'e**;

Bu zorlu yolculukta her zaman yanımda olan, ilgi ve desteğini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan zevk aldığım hemşire arkadaşlarıma,

Çalışmama katılmayı kabul eden çok değerli hastalarım,

Sevgi ve destekleriyle bana güç veren canım aileme, tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	ii
• ÖZET	iii
• ABSTRACT	iv
• TEŞEKKÜR	v
• İÇİNDEKİLER	vi
• TABLOLAR	x
• ŞEKİLLER	xi
• SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Hastalık	5
2.1.1. Kronik hastalıkların tanımı ve epidemiyolojisi	5
2.1.2. Kronik hastalıkların özellikleri ve önemi	7
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği	9
2.2.1. Kronik böbrek yetmezliğinin tanımı ve epidemiyolojisi	9
2.2.2. Kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri	9
2.2.3. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri	10
2.2.4. Tedavide genel prensipler	10
2.2.4.1. Hemodiyaliz tedavisi ve tarihçesi	11
2.3. Hipertansiyon	12
2.3.1. Hipertansiyonun tanımı	12
2.3.2. Hipertansiyonun önemi ve epidemiyolojisi	12
2.3.3. Hipertansiyonun belirtileri	13
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hipertansiyon	13
2.4.1. Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyonun önemi	13
2.4.2. Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyon tedavisi	14

2.5. Uyum	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Amacı	17
3.2. Araştırmanın Tipi	17
3.3. Araştırma Soruları	17
3.4. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Zaman	17
3.5. Araştırmanın Evreni	18
3.6. Araştırmanın Örneklemi	18
3.6.1. Örneklem seçim kriterleri	18
3.7. Veri Toplama Araçları	19
3.7.1. Soru formu	19
3.7.2. Görüşme formu	19
3.8. Verilerin Toplanması	20
3.9. Verilerin Çözümlemesi	21
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	22
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	25
4.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Hasta Görüşleri	26
4.2.1. Sağlık/hastalık algısına ilişkin hasta görüşleri	27
4.2.1.1. Önceki deneyimlere ilişkin görüşler	27
4.2.1.2. Hastalığın uzun süreli olmasına ilişkin görüşler	28
4.2.1.3. Psikolojik etkiye ilişkin görüşler	28
4.2.1.4. Umutsuzluğa ilişkin görüşler	28
4.2.1.5. Bedensel yorgunluğa ilişkin görüşler	29
4.2.2. İş ve sosyal yaşamın etkilenmesine ilişkin hasta görüşleri	29
4.2.2.1. Makineye bağımlı olmaya ilişkin görüşler	29
4.2.2.2. Fiziksel sınırlılığa ilişkin görüşler	30
4.2.2.3. Beslenme sıkıntısına ilişkin görüşler	30
4.2.2.4. Sosyal izolasyona ilişkin görüşler	31
4.2.2.5. Maddi duruma ilişkin görüşler	31

4.2.3. Başetmeye ilişkin hasta görüşleri	32
4.2.3.1. Sosyal destek varlığına ilişkin görüşler	32
4.2.3.2. Hastalığı kabullenmeye ilişkin görüşler	32
4.2.3.3. Hastalığı önemsememeye ilişkin görüşler	33
4.2.3.4. Dikkati başka yöne kaydırmaya ilişkin görüşler	33
4.2.4. Korkuya ilişkin hasta görüşleri	33
4.2.4.1. Hasta muamelesi görme korkusuna ilişkin görüşler	33
4.2.4.2. Enfeksiyon gelişme korkusuna ilişkin görüşler	34
4.2.4.3. Nakil sonrası böbreği koruyamama korkusuna ilişkin görüşler	34
4.2.5. Beklentiye ilişkin hasta görüşleri	34
4.2.5.1. Yeni tedavi beklentisine ilişkin görüşler	34
4.2.5.2. Nakil beklentisine ilişkin görüşler	35
4.2.5.3. Maddi yardım beklentisine ilişkin görüşler	35
4.2.5.4. Eğitim beklentisine ilişkin görüşler	35
4.2.6. Diyet ve sıvı kısıtlamasına ilişkin hasta görüşleri	35
4.2.6.1. Sıvı kısıtlamasına ilişkin görüşler	35
4.2.6.2. Diyet kısıtlamasına ilişkin görüşler	36
4.2.7. Eğitim/Bilgi edinmeye ilişkin hasta görüşleri	36
4.2.7.1. Sosyal öğrenmeye ilişkin görüşler	36
4.2.7.2. Sağlık personelinin eğitime almaya ilişkin görüşler	37
4.2.7.3. Deneyimle/zamanla kendi kendine öğrenmeye ilişkin görüşler	37
5. TARTIŞMA	38
5.1. Sağlık/Hastalık Algısına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	49
5.2. İş ve Sosyal Yaşamın Etkilenmesine İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	44
5.3. Başetmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	48
5.4. Korkuya İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	52
5.5. Beklentiye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	54
5.6. Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	56

5.7. Eğitim/Bilgi Edinmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
6.1. Araştırmanın sonuçları	61
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER	75
EK-1: Soru Formu	75
EK-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	76
EK-3: Bilgilendirilmiş İzin Formu	77
EK-4: Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi İzin Belgesi	79
EK-5: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	80
EK-6: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı Değişiklik Formu	81
EK-7: Tez Danışman Değişikliğine İlişkin Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	82
9. ÖZGEÇMİŞ	83

TABLÖLAR

Tablo

2.1. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri	10
4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	25
4.2. Hastaların hemodiyaliz ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri	26
4.3. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler	27

ŞEKİLLER

Şekil

3.1. Araştırma deseni	23
3.2. Belirlenen kodlar, kategoriler ve tema	24

SİMGELER VE KISALTMALAR

CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi - Centers for Disease Control and Prevention
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFT	Glomerüler filtrasyon hızı
H	Hasta
HD	Hemodiyaliz
HT	Hipertansiyon
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PD	Periton Diyaliz
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TÜRK-İŞ	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Günümüzde tıp ve teknolojideki hızlı gelişmelere paralel olarak doğumdan beklenen yaşam süresi artmıştır (1). Dünyada ortalama yaşam süresi 1950-2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıla çıkmış olup, 2050 yılına kadar yaşam süresinin 10 yıl daha artması beklenmektedir (2). Dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de doğumdan beklenen yaşam süresi artmış ve artmaya devam etmektedir. 2000 yılında doğumdan beklenen yaşam süresi 71 yıl iken, 2009 yılında yaklaşık beş yıl artış göstererek 76,1, 2014 yılında ise 77 yıl olmuştur (3). Kaçınılmaz olan yaşlanma sürecinin, sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları vardır (4). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır (1). Kronik hastalıklar, geriye dönüşü olmayan fiziksel ve işlevsel bozukluklara neden olan ciddi sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklar genellikle vücutta kalıcı sakatlıklar bırakan, sürekli, ancak yavaş ilerleyen, oluşumunda sosyo-ekonomik, bireysel ve genetik etkenlerin rol oynadığı hastalıklardır (5). Bu bağlamda, kronik hastalıklı birey sayısındaki artışla birlikte, yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi olan birey sayısı da artmış ve bu durum; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (5).

Kronik hastalıklardan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), kişiyi her yönüyle etkilemekte, böbrek fonksiyonlarını tamamen kaybeden bireylerde tedavi ömür boyu sürmektedir. Böbrek fonksiyonlarının tamamen yitirildiği Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde (SDBY) ise, yaşamı uzatmaya ve kalitesini arttırmaya yönelik Renal Replasman Tedavisi (RRT) uygulanmaktadır (6). 2011 yılında Amerika’da 420 bin, tüm dünya’da ise yaklaşık 2,2 milyon SDBY hastasının bulunduğu bildirilmiştir (7). Türkiye’de ise, 2008 yılında SDBY olanların sayısının 52 bini geçtiği, bu sayının her yıl artış gösterdiği ve 2011 yılında 60 bine ulaştığı rapor edilmiştir (8, 9). KBY, aynı zamanda Diyabetes Mellitus (DM) veya hipertansiyon (HT) gibi diğer kronik hastalıkların yönetimini de içermekte, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Bu hastalara bakım veren hemşirelerin, nitelikli bakım verebilmesi için, hastalığın evresini göz önüne alarak

hastaya özgü bireysel bakım planları oluşturması gerekmektedir. Hemşirelik bakım kalitesindeki artışın, maliyeti ve mortalite oranlarını azalttığı bilinmektedir (10, 11).

Hastaya böbrek nakli yapılana kadar periton diyalizi (PD) ve hemodiyaliz (HD) yaşamı kurtaran tedaviler olarak grlmektedir (12). En çok tercih edilen tedavi şekli HD olup, Türk Nefroloji Derneği 2008 yılı itibariyle HD tedavisi gören hasta sayısını 40,264 olarak bildirmiştir (8). Türk Nefroloji Derneğinin 2011 yılı verilerinde bu sayı 44,106, Sağlık Bakanlığı verilerinde ise 49,404 olarak belirtilmiştir (9).

Diyaliz hastalarında tedavi süreci yaşam kalitesinde değişikliklere neden olabilmektedir. HD tedavisi, kısa dönemde bedensel sorunlara bağlı rol performansında değişime ve genel sağlık algısında bozulmaya neden olurken; uzun dönemde bedensel işlevlerde ve genel sağlık algısında bozulmayla birlikte ruhsal sorunlara da yol açabilmektedir. Bu hastalarda anksiyete ve depresyon en sık görülen ruhsal sorunlardır (13, 14, 15). Bireyin yaşamının hemen hemen tüm yönlerini etkileyen bu değişimler, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen ve tedaviye uyumu bozan faktörlerdir (16). Öncelikli olarak, yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır (17, 18). HD tedavisinin ertelenmesinin ya da ara verilmesinin olanaksız olması, tedavinin süresi, kullanılan ilaçlar, sıvı alımı ve yiyeceklerin kısıtlanması bireye sürekli hastalığını hatırlatmaktadır. HD tedavisi gören hastanın yaşam biçiminde değişiklikler yapması, kendisinin yanı sıra ailesinin de tedaviyle ilgili düzenlemelere uyum göstermesi gerekir (19). HD hastalarında, tedaviye uyumsuzluk sık karşılaşılan bir sorundur. Uyumsuz davranışlar hastaların kendi durumlarını ve koşullarını zorlaştırmakta, tedavi sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Tedaviye uyumsuzluk, titreme, aşırı kilo alımı, HT, el ve ayaklarda dem, pulmoner ödem, nefes darlığı gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, uyumlu davranışlar komplikasyon riskini azaltarak hastaların yaşam kalitelerini de arttırmaktadır (13). HD hastalarında uyum bilincinin geliştirilmesi, tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Hemşireler, hastalara tedaviye uyumun önemini vurgulamalı ve olası yan etkileri açıklamalıdır (13).

Yapılan bir çalışmada, uzun süre HD uygulanan, başka bir kronik hastalığı daha olan ve böbrek nakil listesinde olmayan hastalarda tedaviye uyumun azaldığı

saptanmıştır (11). HD hastalarıyla yapılan benzer araştırmalarda da, bu hastaların tedavi uyumlarının yetersiz olduğu ortaya konmuştur (13, 19, 20-26). HD hastalarında tedaviye uyum; diyet ve sıvı kısıtlamalarını, ilaç tedavisini ve diyaliz seanslarına katılımı içermektedir (19-21).

Hemodiyaliz hastalarında ilk beş yılda yaşam süresi %60, 6-10 yıl arasında %28,4 olup, 10 yıldan sonra yaşam süresi daha da kısalmaktadır. HD tedavisi gören hastaların ölüm nedenleri arasında ilk sırayı ise, kardiyovasküler hastalıklar (%54) almaktadır (9). Mortaliteye neden olan kardiyovasküler hastalıklar arasında da HT birinci sıradadır (17, 27). Bu da, HD hastalarında HT'nun mortalite için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (1, 21).

Sinsi başlayıp yıllarca süren ve böbreklerin geri dönüşsüz olarak bozulmasıyla son bulan KBY, Türkiye’de ve Dünya’da benzer nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Genellikle sık görülen ve kontrolü zor olan HT, KBY’nin ilk üç nedeni arasında sayılmaktadır (8, 18, 28). HT, HD hastalarında sık görülen bir sorun olup (29), böbrek yetmezliğinin nedeni olabildiği gibi, sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (27, 30, 31).

Hemodiyaliz tedavisi gören 200 hasta ile yapılan bir çalışmada, primer neden olarak HT bildirilmiş (14), 2535 HD hastası ile yapılan benzer bir çalışmada hastaların %86’sında (32), 5369 HD hastası ile yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların %63’ünde HT saptanmıştır (29). Türk Nefroloji Derneği, kuruluşunun 40. yılında, Sağlık Bakanlığı desteği ile Türkiye çapında bilinçlendirme kampanyası başlatmış ve 21 ilde (n:6483), KBY prevelansını %15,7, HT prevelansını ise %66,2 olarak belirlemiştir (33).

Kan basıncı artışı ile birlikte, ilaç kullanımı da artmaktadır. Bu nedenle diyaliz hastalarında HT’nun kontrolü ve tedavisi zordur (30, 31). İlaç tedavisi, kan basıncının kontrolünde tek başına yeterli olamamakta (34-36), tedaviye uyumsuzluk ilaç tedavisinin başarısını olumsuz olarak etkilemektedir (37). Agarwal ve ark. (32), SDBY hastalarında kan basıncının farmakolojik olmayan yöntemlerle de kontrol altına alınabileceği belirtmişlerdir. Kan basıncını normal aralıklarda sürdürebilmek için sodyum konsantrasyonunun azaltılması, sodyum ve sıvı kısıtlaması gibi hasta uyumu gerektiren farmakolojik olmayan tedaviler uygulanabilmektedir (31, 38). Michael ve ark. (39) yaptıkları çalışmada, hipertansif HD hastalarının kan basıncı

kontrolünde, antihipertansif ilaçların yeterli olmadığını, hastanın tedaviye uyumunun daha etkili olduğunu saptamıştır.

Yaşamı sürdürebilmek için HD gibi invazif bir tedavinin zorunlu olması, tedavinin yan etkileri, makineye ve sağlık personeline bağımlı olma gibi durumlar, KBY olan bireyin yaşamının tüm yönlerini ve sağlığını da etkileyebilmektedir (19). HD hastalarının tedavi programına, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum göstermeleri oldukça önemlidir. Çünkü hastalık, yeme alışkanlıklarını ve tercihlerini etkilemekte, sıvı, protein ve potasyum alımı konusunda hastayı kısıtlamaktadır. Diyete uyumsuzluk çoğu zaman sıvı-elektrolit dengesini bozmakta, malnütrisyon gelişme riski ile birlikte mortaliteyi de arttırmaktadır (26, 40). Hastanın tedaviye uyumunun tıbbi tedavinin etkinliğini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (41). Bu bağlamda, HD tedavisi öncesi, sırası ve sonrasında ortaya çıkan uyum sorunlarının belirlenip çözümlenmesiyle tedavinin etkinliği önemli ölçüde artırılabilir (40).

Hemşire kuramcılardan Roy, hastanın olayla baş etmede başarısız olduğunu fark edecek ilk kişinin hemşire olduğunu ve uyumlu-uyumsuz davranışların hemşire tarafından desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir. Hemşire, hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu tanımalı, bu durumla baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır (42).

Böbrek yetmezliği, tedaviye uyum gerektiren, sistemik belirtiler ve bulgulara neden olan kronik bir hastalıktır. Böbrek yetmezliğinde HT'nun varlığı, komplikasyonların daha fazla ve sık görülmesine yol açabilmektedir.

Yaşam biçimi değişikliği ile birlikte bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül olarak ele alınması gereken diyaliz hastalarında (10) önemli bir sorun olan HT'nun niteliksel (kalitatif) yöntemle derinlemesine araştırılması önemlidir. Çünkü, fenomenolojik merkezli nitel araştırma tasarımları, sorunun karmaşıklığını aydınlatarak, konuya derinlik getirmekte ve hastanın deneyimlerini ortaya çıkarmaktadır (43-46). Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu alandaki literatür bilgisinin sınırlı olması nedeniyle de önemlidir. Bu araştırma, hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık

2.1.1. Kronik hastalıkların tanımı ve epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar, organ işlevlerini olumsuz etkileyen, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan, uzun süreli, yavaş gelişen, ilerleyici, kendiliğinden iyileşmeyen ve günümüz olanaklarıyla kesin olarak tedavi edilemeyen, morbidite ve mortalite oranı yüksek hastalıklar grubudur (47, 48). DM, böbrek yetmezliği, kalp hastalıkları ve multipl skleroz gibi hastalıklar bu grup içerisinde yer almaktadır (48).

Kronik hastalıklara neden olan etkenlerin kesin olarak belirlenmesi güçtür. Genetik özelliklerin ve infeksiyon ajanlarının hastalık oluşumunda etkin olduğu bildirilmektedir (49). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) belirttiğine göre kronik hastalıkların değiştirilebilir dört ortak nedeni vardır: (1) fiziksel aktivite yetersizliği, (2) kötü beslenme, (3) aşırı alkol tüketimi, (4) sigara kullanımı. Bu olumsuz sağlık davranışları, kronik hastalıklardan ve kronik hastalıklara bağlı ölümlerden sorumludur (50). Kronik hastalıkların kontrolünde, majör risk faktörlerinin kontrol altına alınmasının, tarama testlerinin yapılmasının, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuran yetişkinlerin yaşam tarzı ve alışkanlıklarının, risk durumunun değerlendirilmesinin ve danışmanlık sağlanmasının etkili olacağı belirtilmektedir (51).

Günümüzde tıp ve teknolojideki hızlı gelişmelere paralel olarak, doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşam biçimi değişiklikleri ve çevresel değişiklikler nedeniyle tüm dünyada kronik hastalık insidansını artmış ve hızla artmaya devam etmektedir (1, 49, 52, 53). Kronik hastalık insidansındaki artışın en önemli sonucu, morbidite ve mortalitenin artmasıdır (52). Günümüzde, gelişmiş ülkelerde ölüme neden olan başlıca hastalıklar, kanser, inme, psikiyatrik bozukluklar, kalp hastalıkları ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi kronik hastalıklardır (49). Kronik hastalık kaynaklı ölümlerin artması, bu hastalıkların dünya çapında ciddi sağlık sorunu olarak kabul edilmesine neden olmuştur (54).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (55), kronik hastalıkların ihmal edilmiş bir sağlık sorunu olduğunu vurgulamıştır. Kalp hastalıkları, inme, kanser, KOAH ve DM gibi kronik hastalıklar, tüm ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. Dünya çapında görülen 58 milyon ölümün yaklaşık 35 milyonunun kalp hastalıkları, inme, kanser ve diğer kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir (53, 56). 2015 yılında düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerdeki ölümlerin %80'inin (yaklaşık 41 milyon insanın) kronik hastalıklar nedeniyle olacağı öngörülmektedir (53, 57). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kronik hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Türkiye'de, hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatmakta ve tüm ölümlerin ilk üç nedenini (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH) kronik hastalıklar oluşturmaktadır (49). DSÖ'nün verilerine göre, Türkiye'de 2002 yılında yaşamını kaybeden 437 bin kişinin 346 bini (%80) kronik hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (58). 2008 yılı bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel durum raporunda ise, erkeklerin %51,3'ünün kadınların %39,7'sinin kronik hastalıklar nedeni ile yaşamını kaybettiği belirtilmiştir. DSÖ, kronik hastalıkların ciddi bir sağlık sorunu olduğunu vurgulamış ve 2010-2020 yılları arasında kronik hastalık kaynaklı ölümlerin yaklaşık %15 oranında artış göstereceğini (ölümlerin ¼'ü), 2030 yılında ise ölümlerin en sık karşılaşılabilecek nedeninin yine kronik hastalıklar olacağını bildirmiştir (53).

Kronik hastalıkların, günümüz tıbbi olanaklarına göre kesin tedavisi yoktur. Ancak, ilaç tedavisiyle, özel diyetlerle, yaşam tarzı değişiklikleri ve düzenli egzersiz yapma, sigaradan ve stresden uzak durma gibi diğer koruyucu önlemlerle kontrol altına alınabilmektedirler (48, 59). Kronik hastalık tanısı konulan kişilerin, düzenlenen tedavi programlarına göre yaşamlarında değişiklik yapmaları gerekmektedir. Bu hastalıklar, bireylerin bağımsızlıklarını, yaşam biçimlerini, kendilerine ve diğer insanlara yönelik algılarını etkileyebilmektedir (48, 60). Birey açısından sosyal tehdit yaratan, uzun süreli gözlem ve koruma gerektiren, fiziksel görünümde ve fizyolojik yapıda patolojik değişimlere yol açan kronik hastalıklar, birey, aile ve toplum için birincil ya da ikincil bir stresördür (60).

2.1.2. Kronik hastalıkların özellikleri ve önemi

Kronik hastalıklar ve neden oldukları komplikasyonlar bireylerin işlevsel kapasitesini azaltır. Bu hastalıklar, hafiften çok şiddetliye kadar değişebilen farklı klinik tablolara neden olurlar. Bazı kronik hastalıklarda iyileşme ve alevlenme

dönemleri oluşur, bazılarında ise bu dönemler görülmez. Corbin ve Strauss, kronik bir hastalığın başlangıcından itibaren ölüme kadar olan dönemi; başlangıç, stabil (kararlı), akut, geri dönüş, kriz, stabil olmayan (kararsız), aşağı gidiş ve ölüm fazı olmak üzere 7 faza ayırmıştır. Başlangıç fazı, klinik belirti ve bulguların ortaya çıktığı ve hastalık tanısının konulduğu dönemdir. Stabil fazda, hastalık önlemlerle kontrol altındadır; birey normal yaşamını sürdürür. Akut faz, hastalığın alevlenme dönemidir; ciddi klinik belirti ve bulgular görülür; oluşan komplikasyonlar tam olarak iyileşmeyebilir. Bu faz, ölüme ya da ciddi yetersizliğe yol açabilir. Geri dönüş fazında, akut fazdan kabul edilebilir bir yaşam şekline geri dönülür. Kriz fazında, yaşamı tehdit eden ve acil bakım gerektiren bir kriz oluşur. Stabil olmayan fazda, yaşam fonksiyonları etkilenir; tedavi ve bakıma rağmen belirti ve bulgular tam olarak kontrol altına alınamaz. Aşağı gidiş fazında, işlevsel yetersizlik, fiziksel ve mental gerileme vardır. Günlük yaşam aktiviteleri günden güne bozulur. Ölüm fazında ise, aktiviteler giderek azalır, birey terminal dönemdedir (61).

Kronik hastalıkların özellikleri (62, 63):

- Genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer.
- Kalıcı sakatlık oluşma riski yüksektir.
- Zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha da kötüleştirir.
- Etkenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir.
- Hastanede ve toplumda bakım gereksinimi vardır.
- Düzenli aralıklarla kontrollerin yapılması gerekir.

Kronik hastalıkların birey ve toplum sağlığı açısından risk oluşturma nedenleri (62, 63):

- Enfeksiyon hastalıklarından daha çok görülürler.
- Mortalite oranları yüksektir.
- Uzun süreli tedavi ve bakım gerektirdikleri için hastane yataklarının çoğunluğunu uzun süreli olarak meşgul ederler.
- Yaşamı kalitesini azaltan kalıcı sakatlıklara neden olurlar.
- Tanı, tedavi ve rehabilitasyon maliyetleri yüksektir.
- Yaklaşık yarısı 45 yaşın altında görüldüğü için iş gücü kaybına neden

olurlar.

- Özel rehabilitasyon kuruluşlarında tedavi ve bakım gerektirirler.
- Sosyal servis ve örgütlerin oluşturulmasını gerektirirler.

Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, ilgili uzman hekimlerin ve hemşirelerin görevleri arasında olmakla birlikte, kronik bakımla ilgili sistematik değerlendirme, önleme, eğitim ve izleme ile ilgili girişimleri akut bakım hizmetleri içine yerleştirmek oldukça zordur (64, 65). Son yıllarda mevcut sağlık hizmetleri sunumundaki bu önemli sorunlar fark edilmiş ve kronik hastalık bakımı ile ilgili yeni stratejiler geliştirilmesi için çaba harcanmaya başlamıştır (66).

Dünya Sağlık Örgütü, 2008-2013 eylem planında 193 üye devletle birlikte kronik hastalıkların kontrolü için, 6 temel hedefe odaklanan stratejiler geliştirmiştir (53):

1. Küresel ve ulusal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklara tanınan öncelik artırılmalı ve bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolü bütüncül olarak ele alınmalı,
2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal politikalar oluşturulmalı ve güçlendirilmeli,
3. Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve aşırı alkol kullanımı gibi mevcut risk faktörlerinin azaltılması için girişimler desteklenmeli,
4. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için araştırmalar desteklenmeli,
5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ortaklıklar oluşturulmalı,
6. Ulusal, bölgesel, küresel düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıkların etkenleri izlenmeli ve ilerlemeleri değerlendirilmelidir.

Ciddi sağlık sorunlarına neden olan ve sık görülen kronik hastalıklardan biri olan KBY, insanı tüm boyutlarıyla etkileyen, yaşam kalitesini azaltan, ilerleyici bir hastalıktır (6, 67-69).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.2.1. Kronik böbrek yetmezliğinin tanımı ve epidemiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma sonucu böbreğin sıvı-elektrolit dengesini ayarlama yeteneğinde, metabolik ve endokrin işlevlerinde kronik ve ilerleyici bozulma olmasıdır (70). Bir başka ifadeyle; böbrek işlevlerinin tamamıyla ve geri dönüşümsüz olarak, normal işlevin %20'sinin altına inmesidir (71). Üremi, KBY'nin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta KBY ile eş anlamda kullanılmaktadır (70). 2011 yılı verilerine göre, Amerika'da 420 bin, tüm dünya'da ise yaklaşık 2,2 milyon, KBY hastası bulunmaktadır (7). Türkiye'de ise SDBY olanların sayısının 2008'e 52 bini geçtiği, 2011 yılında ise sayının 60 bine ulaştığı bildirilmiştir (8, 9).

Kronik böbrek yetmezliğinin klinik belirti ve bulguları, yetmezliğin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. KBY, tüm organ ve sistemleri etkileyen ciddi bir hastalıktır. GFH 35-50ml/dk altına inmedikçe hastalarda belirti ve bulgular görülmeyebilir. Hastalarda genellikle ilk olarak, noktüri ve anemiye bağlı halsizlik görülür. GFH 20-25/dk olunca hastada üremi belirti ve bulguları görülür. GFH 5-10 ml/dk'ya inince (yaklaşık %10 ve altı) ise, SDBY oluşur; diyaliz ve böbrek nakli gibi tedaviler uygulanır (67-69, 72).

Böbreğin ilk bozulan fonksiyonlarından birisi, idrarı konsantre etme yeteneğinin azalmasıdır. Diürenal ritim bozulur ve noktüri görülür. KBY olan hastalarda SDBY oluşuncaya kadar, su, sodyum ve potasyum dengesi korunur, ancak dengeyi korumak gittikçe zorlaşır. Örneğin, sağlıklı bir insan 3 litre sıvı alsa, kısa sürede bu sıvıyı vücuttan uzaklaştırabilir, ancak bu miktar KBY olan bir hastada hipervolemiye yol açabilir. Sodyumdan fakir diyet uygulanan sağlıklı bir insanda, idrarla sodyum kaybı bir kaç günde ihmal edilebilir düzeye ulaşırken, aynı diyetin uygulandığı KBY'li bir hastada kısa sürede hiponatremi gelişebilir (67, 73).

2.2.2. Kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri

Kronik böbrek yetmezliği birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenler, ülkeye, ırka ve cinsiyete göre farklılıklar gösterir. KBY'ne yol açan en önemli nedenler; HT, DM, kronik glomerulonefrit, kronik pyelonefrit ve kistik böbrek hastalıklarıdır (67, 69, 70, 74).

2.2.3. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri

Kronik böbrek yetmezliği, 5 evrede ele alınmaktadır (75). KBY evreleri Tablo 2.1’de sunulmuştur (75, s.4).

Tablo 2.1. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri

EVRELER	GFH	
1.EVRE	Normal/Artmış	GFH (90 ml/dk ve üzeri)
2.EVRE	GFH'da Ilımlı Azalma	60-90 ml/dk
3.EVRE	GFH'da Orta Düzeyde Azalma	30-59 ml/dk
4.EVRE	GFH'da Ciddi azalma	15-29 ml/dk
5.EVRE	SDBH/Diyaliz	15ml/dk ve altı

2.2.4. Tedavide genel prensipler

Kronik böbrek yetmezliği olan bir hastaya klinik yaklaşım aşağıdakileri içermelidir (67,72):

- Böbreklerin fonksiyonel rezervinin doğru bir şekilde saptanması,
- İşlevsel kapasiteyi düşüren geri döndürülebilir faktörlerin düzeltilmesi,
- İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması,
- Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süresinin ve kapasitesinin artırılması,
- Altta yatan hatalık/hastalıkların tedavisi.

Renal arter darlığı, ekstraselüler sıvı hacminde azalma, kalp yetmezliği, üriner obstrüksiyon, reflü, infeksiyon, kontrol edilemeyen HT, nefrotoksik maddelerin kullanımı, hiperürisemi, hiperkalsemi, hipokalemi gibi faktörler KBY’nde böbrek işlevlerinin daha da bozulmasına yol açabilir. Bunların düzeltilmesi veya azaltılması sekelleri önlemek, böbrek yetmezliğinin ilerlemesini yavaşlatmak ve böbrek işlevlerini iyileştirmek için önemlidir (67, 69, 74). Bu nedenle, bu faktörlerin varlığı araştırılmalıdır. KBY’nin ilerlemesini önlemek için, neden olan hastalık tedavi edilmeli ve böbrek işlevlerinin iyileştirilmesini sağlayacak girişimler uygulanmalıdır. Bunların başında diyetin protein içeriğinin kısıtlanması gelmektedir. İlerleyici nefron kaybını önlemede, üzerinde durulan diğer faktörler kan basıncı kontrolü ve hiperlipideminin düzeltilmesidir. KBY’nin yaşamsal önemi olan en önemli komplikasyonları, sıvı-elektrolit bozukluklarıdır. Bu nedenle, tedavide temel amaç, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması ve korunması olmalıdır. Böbrek

yetmezliği olan hastaların ilaç dozlarının belirlenmesinde kreatinin klirensi dikkate alınmalıdır (67, 74).

2.2.4.1. Hemodiyaliz tedavisi ve tarihçesi

Yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi yöntemi olan diyaliz, yapay böbrek aracılığı ile istenmeyen maddelerden temizlenen kanın hastaya geri verilmesi işlemidir. HD ve PD olmak üzere iki şekilde uygulanır. Deneysel olarak ilk HD uygulaması 1913 yılında nefrektomize köpekler üzerinde yapılmış, insan üzerinde ise ilk defa 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından uygulanmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellölöz asetat membran ve antikoagölün olarak heparin kullanılmıştır. İlk PD uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir (67, 76).

Hemodiyaliz işleminde kan vücut dışına alınıp, diyalizör (makine) içindeki sentetik yarı geçirgen membran aracılığı ile diyalizat ile karşılaştırılarak diyaliz işlemini takiben kan tekrar dolaşıma geri verilmektedir. Yarı geçirgen membran, PD’de hastanın periton membranı, hemodiyalizde ise diyalizör aracılığıyla kullanılan bir membrandır (67, 77). Sıvı ve solüt değişiminin difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Membranın bir yanında hastanın kanı diğer yanında ise diyalizat bulunur. Diyalizin etkinliğini artırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Diyalizatta üre, kreatinin gibi artık ürünler bulunmaz, böylece üre ve kreatinin difüzyonu en etkin şekilde gerçekleşir. Ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferi de eşlik ettiğinden ultrafiltrasyon solüt değişimine de katkıda bulunur (67, 78-80). HD işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı, bir membran ve makine kullanılmalıdır. Yeterli kan akımının sağlanması için de kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır (67).

Hastalarda böbrek nakline kadar en çok tercih edilen tedavi şekli HD olup, Türk Nefroloji Derneği 2008 yılı itibariyle HD tedavisi gören hasta sayısını 40.264 olarak bildirmiştir (8). Türk Nefroloji Derneği 2011 yılı verilerine bakıldığında ise

bu sayının 44,106 olduğu (%82), Sağlık Bakanlığı verilerinde ise bu sayının 49,404 olduğu görölmektedir (9). Hemodiyaliz işlemi genellikle haftada 3 gün ortalama 4 saat olarak yapılır. Bazı merkezlerde bu süre haftada ortalama 24 saati bulabilmektedir. Bu işlem makinenin yıkanması ve doldurulması, vasküler giriş, diyalizi başlatma, gösterge ve uyarı sistemlerinin kurulması, hasta takibi, diyalizi sonlandırma ve diyaliz sonrası değerlendirme aşamalarını kapsar (69, 81).

2.3. Hipertansiyon

2.3.1. Hipertansiyonun tanımı

Kan basıncı, kanın damar duvarına yaptığı basınçtır. Kan basıncını, kalp atım volümü ve periferik direnç oluşturur. Kalp atım volümü veya periferik direnç arttığında kan basıncı artar (82, 83). Arteriyel kan basıncının normal sınırların üstüne çıkmasına HT denir. HT, sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde bulunması olarak tanımlanmaktadır (82, 84).

2.3.2. Hipertansiyonun önemi ve epidemiyolojisi

Hipertansiyon, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir sorundur. Toplumda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte HT prevelansı da belirgin olarak artmıştır (85, 86). HT, beyin, kalp ve böbrek gibi önemli organların ve kan damarlarının zarar görmesine neden olur. Kontrol edilmezse kalp krizine ve kalpte büyümeye yol açabilir. Kan damarlarında tıkanma, beyin kanaması, böbrek yetmezliği ve körlük gibi ciddi sonuçları olabilir. Bu nedenle kan basıncı kontrol altında tutmalı ve toplum bilinçlendirilmelidir (83, 86).

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında birincil risk faktörü olup, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görölmektedir. 2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün (972 milyon) HT hastası olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı (1,5 milyardan fazla) öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında yapılan “Hastalık Yüğü” çalışmasında, Türkiye’de her 4 ölümden 1’inin HT kaynaklı olduğu belirlenmiştir (87).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin ülke genelinde (n:4992) yaptığı çalışma, her üç erişkinden birinde (%31,8) HT olduğunu ve HT’nu

olan on erişkinden altısının (%59,3) hipertansif olduğunu bilmediğini, yedisinin ise (%68,9) tedavi almadığını ortaya koymuştur. Aynı alışma, HT’nu olan 100 erişkinden 92’sinin kan basıncının (%91,9) kontrol altında olmadığını da göstermiştir (88).

2.3.3. Hipertansiyonun belirtileri

Hastaların önemli bir kısmında HT, hiçbir belirti ve bulguya neden olmayarak sinsi seyir izler. Bu hastalarda, HT sadece kan basıncı ölçümü ile tanımlanabilir. Bu nedenle hipertansif olmasa bile tüm bireyler yılda en az 1-2 kez kan basıncını ltrmelidir (5).

Hipertansiyonun başlıca belirtileri baş ağrısı, çarpıntı, dispne, halsizlik, yorgunluk, burun kanaması, kulaklarda çınlama, yürüme, merdiven çıkma da zorlanma, sık idrara çıkma, noktüri ve bacaklarda ödemdir. Kan basıncının çok yükseldiği durumlarda çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilir. Ancak bu belirtilerin hiçbirisi HT’na özgü değildir, başka hastalıklarda da görülebilir (69, 74, 89, 90).

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hipertansiyon

2.4.1. Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyonun nemi

Hemodiyaliz hastalarında, iki tip kan basıncı yanıtı görülür. Hastaların yaklaşık %85’inde, diyalizle sıvı fazlası çekilerek gerçek kuru ağırlığa erişildiğinde kan basıncı normalleşir ve daha fazla sıvı çekilmesi ile hipotansiyon gelişir. Bu tip, “*volüme yanıt veren kan basıncı*” olarak tanımlanabilir. Geri kalan %15’lik grupta ise kan volümü normal olmasına rağmen kan basıncı yüksekliliği devam eder, daha fazla sıvı çekildiğinde kan basıncı daha da yükselebilir. Bu durum, “*volüm yanıtı*” veya “*renine bağımlı HT*” olarak tanımlanmaktadır (67, 74).

Böbrek yetmezliği nedenine bağlı olarak değişmekle birlikte, HD hastalarının %80-90’nda sistemik HT grlmektedir. Bu hasta grubunda, morbidite ve mortalitenin birincil sorumlusu kardiyovasküler hastalıklar ve bu hastalıklara neden olan HT’dur (67, 74). Böbrek yetmezliği olan hastalarda HT, KBY’nin nedeni olabildiği gibi sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (30, 31). Bu nedenle, HD

hastalarında kan basıncı yakından izlenmeli ve HT etkin bir şekilde tedavi edilmelidir (67, 74).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin ülke genelinde yaptığı çalışma; hipertansif hastaların yaklaşık %6'sında KBY olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu rakamlar ülke nüfusuna uyarlandığında, hipertansif bireylerin yaklaşık bir milyonunda KBY'nin geliştiği öngörülebilir (88).

2.4.2. Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyon tedavisi

Hemodiyaliz hastalarında HT tedavisinde ilk ve en önemli adım, HD yeterliliğinin sağlanması ve hastanın gerçek kuru ağırlığına erişilmesidir. Eğer hastada volüm fazlalığına ait belirtiler söz konusu ise, ölçülen vücut ağırlığı olması gerekenden yani kuru ağırlıktan fazla demektir. Volüm fazlalığını belirlemede fiziksel muayenenin diğer bulguları da yol göstericidir. Bunların başlıcaları, dispne, ortopne, konjestif hepatomegali, akciğerlerde inspiryum sonu krepitan raller, HT, boyunda venöz dolgunluk, telekardiyogramda artmış kardiyotorasik indeks ve perihiler pulmoner konjesyondur. Bu bulgu ve belirtilerinin birkaçının hastada bulunması, volüm fazlalığı tanısı yönünden son derece değerlidir. Ancak, bu bulguların ortaya çıkabilmesi için, sıvı fazlalığının genellikle normalin en az %5 veya daha fazlası kadar artmış olması gerekir. Ayrıca bu bulgular, yalnızca sıvı dengesizliğine özgü değildir. Ödem saptanan bir hastada, mutlaka hipervolemi vardır, ama ödemin saptanmadığı durumlarda da 5-6 litre kadar sıvı fazlalığı olabilir (67, 91). Bir sonraki diyaliz seansına kadar hastanın kan basıncı yükseliyorsa, bu hasta, gerçek kuru ağırlığının üzerinde demektir. Bu durumda, katı sıvı ve sodyum kısıtlaması uygulanmalı, kullanılan antihipertansiflerin dozu azaltılmalı ve vücut ağırlığında bir kaç hafta içinde haftalık 1-2 kg negatif sıvı dengesi sağlanacak şekilde azalma sağlanmalıdır (67, 91).

Hipertansif HD hastalarının tedavisinde hedef, sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın altında, diastolik kan basıncının ise 75-85 mmHg aralığında tutulması olmalıdır. Hastaların kan basıncı takipleri hemodiyaliz ünitesi dışında da yapılmalı ve bir forma kaydedilmelidir. Bu nedenle, özellikle ciddi HT'nu olan tedaviye dirençli hastalarda, kan basıncının uzun süreli izlenmesine olanak sağlayan ayaktan kan basıncı izlem yönteminin kullanılması yararlı olabilir (67, 91).

Gerçek kuru ağırlığa erişilmesine rağmen kan basıncı yüksekliği devam eden hastalarda ilaç tedavisi başlanmalıdır. Antihipertansif ilaçların diyaliz seansından sonra alınması önerilmeli ve tedaviye doz aralıklarının alt sınırı ile başlanmalıdır. Hasta uyumunu kolaylaştırmak için, günde tek doz alınan, etki süresi uzun ilaçlar seçilmelidir (67, 91).

2.5. Uyum

Uyum; dinamik, göreceli, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Her birey, yaşamındaki farklı sorunlara belli ölçülerde uyum gösterme yeteneğine sahiptir. Anlayabilme, yönetebilme ve anlam verebilme “uyum duygusu”nu oluşturur. Yani, kişinin uyum duygusu oluşturabilmesi ve durumuna uyum sağlayabilmesi için durumunun ne olduğunu anlaması, bu durumla nasıl baş edebileceğini kararlaştırması ve içinde bulunduğu duruma bir anlam verebilmesi önemlidir. Uyum duygusu oluşan kişi, kendi gücünü, iç ve dış ortamda olup bitenlerin ne olduğunu, ne olabileceklerini kestirerek, duygu ve davranışlarını ona göre hazırlayarak güven içinde yaşayabilir (60).

Uyum, etkin başetme ve uzlaşmayı içermekte, iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul edip, uygun tutum ve davranışları gösterebilme gücüne sahip olmayı gerektirmektedir. Başetme, büyük ölçüde psikolojik baskının yarattığı belirli dışsal ve/veya içsel taleplerin karşılanması için süregelen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanır. Başetme davranış ve tutumlarını, sorun çözmeye yönelik olanlar ve duygusal odaklı olanlar şeklinde ikiye ayırmak olanaklıdır. Bunlardan ilki sorunun ana kaynağına ilişkin başetme davranış ve tutumlarını, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkilerle başetme tutumlarını içerir. Diğer ifadeyle, başetme tutumları aktif ve pasif olarak sınıflandırılır. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları, pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran eylemleri içerir (92).

Hastalık, bireyin uyumu bozan bir durumdur. Çünkü hastalık, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlar başta olmak bireyin tüm boyutlarını dolayısıyla da yaşamını etkiler ve beden bütünlüğünü tehdit eder (60). Hastalık tablosuna ek olarak, tedaviyle ilgili kısıtlamalar (diyet, gelecek ile ilgili planlar vb.), beden imajında değişiklikler, bağımlılığın artması, ölüm riski, aile içindeki rollerin

değişmesi, ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma, sağlık çalışanlarının olumsuz tavırları, sağlık çalışanları ile iletişim eksikliği gibi çeşitli faktörler hastalığa uyumu etkileyebilmekte ve uyum güçlüğüne neden olabilmektedir (93).

Yaşamlarını olumsuz etkilen ciddi kısıtlamalarla yaşamak zorunda olan, tedavi sürecinde çeşitli sorunlar yaşayan HD hastalarında da tedaviye uyumsuzluk sık görülen bir durumdur. Tedavi ve bakımla ilişkili sorunların kontrol edilebilmesi, tedaviye uyumda önem taşımaktadır. Bu nedenle, HD hastalarında uyum bilincinin geliştirilmesi, tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Hemşireler hastalara tedavi uyumunu vurgulamalı ve olası yan etkileri açıklamalıdır (13) Hastaların diyalize uyum sağlamaları, diyaliz tedavi sürecinin etkin yönetimi, karşılaşılan sorunların hızlı ve etkin çözümü ile yakından ilişkilidir (40, 21, 26, 94).

Diyaliz hastalarının yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorunlar (95, 96):

- Haftada 3 gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,
- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması,
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması,
- Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın sınırlandırılması,
- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,
- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü.

Hemşire, hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu tanılamalı, bu durumla baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini değerlendirmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır (42, 60).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla fenomenolojik tipte nitel araştırma olarak gerçekleştirildi.

Nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği bir araştırma yöntemidir. Bu yöntemlerin en önemli katkısı, araştırılan konuyu, ilgili bireylerin bakış açılarından görebilmeye ve bu bakış açılarını oluşturan sosyal yapıyı ve süreçleri ortaya koymaya olanak vermesidir (97). Fenomenolojik tipteki nitel araştırma tasarımları, incelenen konuya derinlik getirerek aydınlatıldığı, hasta deneyimlerinin ayrıntılı olarak belirlenmesini sağladığı için günümüzde gittikçe yaygınlaşmaktadır (43-46). Bu çalışma tasarımı, farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bilgi ve farkındalığa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır (98).

3.3. Araştırma Soruları

1. Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3.4. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Zaman

Araştırma, Bolu il merkezinde bulunan Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezinde 01-24 Ağustos 2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi, 2003 yılından bu yana hizmet veren, 25 yataklı bir kurumdur. Merkezde 8 hemşire, 1 pratisyen hekim, 1 uzman hekim, 1

nefrolog ve 1 diyetisyen görev yapmakta olup, toplam hasta sayısı 115’dir. Haftanın 6 günü açık olan merkezde, günde 2 diyaliz seansı uygulanmaktadır. Hastalar, diyaliz öncesi servis ile evinden alınmakta, diyaliz sonrası tekrar servis ile evine bırakılmaktadır. Tüm tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi’nde HD tedavisi gören 115 hasta oluşturdu.

3.6. Araştırmanın Örneklemi

Nitel araştırmalarda amaç, genelleme değil bütüncül bir resim elde etmektir. Bu araştırmalarda, çalışılan konuyu derinlemesine ve tüm olası ayrıntıları ile incelemek amaçlandığı için, amaçlı örnekleme yöntemleri kullanılmaktadır. Amaçlı örnekleme, zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak sağlar. Başlıca amaçlı örnekleme yöntemleri; aşırı ve aykırı durum örnekleme, maksimum çeşitlilik örnekleme, benzeşik örnekleme, tipik durum örnekleme, kritik durum örnekleme, kartopu veya zincir örnekleme, ölçüt örnekleme, doğrulayıcı veya yanlışlayıcı örnekleme ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme şeklinde sıralanmaktadır (97).

Araştırmada, bir dizi ölçütü karşılayan durumların değerlendirilmesine olanak sağlayan ölçüt örnekleme yöntemi kullanıldı.

Araştırmanın örneklemini, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi’nde tedavi gören ve araştırma kriterlerine uyan 12 hasta oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 2 hasta araştırmaya dahil edilmedi ve araştırma 10 hasta ile tamamlandı.

3.6.1. Örneklem seçim kriterleri

1. Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi’nde takip edilen hastalar
2. En az 6 ay HD tedavisi uygulanan ve HT’nu olan hastalar
3. Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi’ndeki sağlık profesyonelleri tarafından tedavi sürecine uyumsuz olduğu (ilacını düzenli kullanmayan, diyetine uymayan) bildirilen hastalar
4. Türkçe konuşabilen ve iletişim kurulabilen, işitme engeli olmayan hastalar

5. Psikiyatrik sorunu olmayan hastalar
6. 18 - 65 yaş arası hastalar
7. Araştırmaya gönüllü katılan hastalar

Araştırmada, hipertansif HD hastalarının tedavi uyumları incelendiği için, çalışma sonuçlarının etkilenme riskini azaltmak amacıyla, KBY ve HT dışında ek hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan (99, 100, 101, 102) soru formu (Bkz. EK 1) ve tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Bkz. EK 2) kullanıldı.

3.7.1. Soru formu

Soru formu, hastaların yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu ve gelir durumu gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 9 sorudan oluştu (Bkz. EK 1).

3.7.2. Görüşme formu

Nitel araştırmada, yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme olarak da adlandırılan derinlemesine bireysel görüşme, temel veri toplama araçlarından (100, 101). Derinlemesine bireysel görüşme yöntemi, açık uçlu soruların sorulmasını, cevapların kaydedilmesini, ilişkili sorularla araştırma konusunun detaylı bir şekilde incelenmesini, hem gerçek hem de mecaz anlamların vurgularla ve tonlamalarla karşı tarafa kolayca aksettirilmesini sağlar (99, 102). Derinlemesine görüşmede, sıradan günlük konuşmalardan farklı olarak araştırmacının konuşmayı yönlendirdiği, zaman zaman daha ayrıntılı sorularla zenginleştirdiği, konuşulan kişinin kendisini rahatça ifade edebildiği bir süreç yaşanır. Görüşme, sıradan günlük konuşmalardan farklı bir biçimde araştırma amacına bağlı olarak gerçekleştirilir (99, 100). Görüşme yöntemi, genel bir çerçeveye bağlı kalınarak katılımcıların kendilerini ifade etmesine olanak tanır. Bu yönüyle de yazmaya ve doldurmaya dayalı testler ya da anketlerde var olan sınırlılığı ortadan kaldırır. Görüşme, tanımı yapılan sorun çerçevesinde, belirlenen kişilerle araştırmanın kapsamına uygun bir ortamda gerçekleştirilmelidir.

Görüşmenin en can alıcı aşaması soruların seçimi ve nasıl sorulacağıdır. Genellikle görüşmenin ilk aşamalarında, katılımcının araştırmayı benimsemesini, görüşmeciyile arasında güven ilişkisinin kurulmasını sağlayacak bilgilendirme ve ısındırma soruları sorulur. Karşılıklı güven oluşturulduktan sonra, araştırma sorularına geçilir. Soruların, görüşmenin türüne göre sistematik şekilde sorulması, sonuçların analizinde kolaylık sağlar. Sorular sorulurken, görüşülen rencide edilmemeli, utandırılmamalı ve ürkütülmemelidir (103).

Araştırmada, hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri derinlemesine ortaya çıkarmak için açık uçlu 10 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı (Bkz. EK 2).

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından, soru formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yüz yüze görüşme yöntemi ve derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile toplandı.

Oluşturulan görüşme formunun geliştirilmesi, anlaşılabilirliğinin test edilmesi, görüşme sırasında güçlük yaratan ya da görüşmeyi kolaylaştıran yönlerin belirlenmesi için ön uygulama yapıldı. Ön uygulama için, aynı diyaliz merkezinde HD tedavisi alan ve görüşmeyi kabul eden 5 hasta ile görüşüldü. Ön uygulama sonunda, görüşme formundaki sorularda değişiklik yapılmadı, bazı soruların soruluş sırası görüşme sırasında devamlılığı sağlayacak şekilde değiştirildi. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

Araştırmacının örneklemini oluşturan hastalar, tedavi amacıyla merkeze geldiklerinde, diyaliz başhemşiresi ve diyaliz hemşireleri aracılığıyla hastalarla tanışıldı. Tanışma sürecinde, araştırma ve amacı hakkında, bilgilerin gizli tutulacağı ve görüşmenin ses kayıt cihazına kaydedileceği konusunda hastalar bilgilendirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 10 hasta ile hastalarla belirlenen gün ve saatte, ortalama 30 dakika süren derinlemesine bireysel görüşme yapıldı. Görüşmeler hasta ile yalnız gerçekleştirildi. Görüşmenin başında, tanıtıcı özellikleri kapsayan soru formu (Bkz. EK 1), hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Tedaviye uyumu belirlemeye yönelik veriler, açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Bkz. EK 2) ile derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile

toplandı. Görüşme sırasında, katılımcının yanıtlarına herhangi bir kısıtlama getirilmedi. Görüşme sırasında alınan yanıtlar doğrultusunda ek sorular sorularak görüşme derinleştirildi. 8 hasta ile yapılan görüşme ses kayıt cihazına kaydedildi, ses kayıt cihazını istemeyen 2 hasta ile yapılan görüşme araştırmacı tarafından not tutularak kaydedildi. Görüşmeler sırasında hastanın beden dili ile ilgili notlar da alındı, hasta konuşurken jest ve mimiklerindeki değişiklikler, el-kol hareketleri kayıt edildi. Ses kasetleri ve görüşme sırasında alınan notlar, görüşme bitiminde araştırmacı tarafından düzenlenerek yazıya döküldü.

3.9. Verilerin Çözümlemesi

Nitel araştırmada veri analizi çeşitlilik, yaratıcılık ve esneklik anlamına gelir. Fenomolojik araştırmalarda veri analizi, yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarır. İçerik analizi, toplanan verilerin derinlemesine analiz edilmesine, kavramsallaştırılmasına ve olguyu tanımlayabilecek temaların ortaya çıkarılmasına olanak tanır. Temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve yorumlamaktır (97, 104). İçerik analizinin aşamaları (97,104):

1. Verilerin kodlanması: İçerik analizinin ilk aşaması verilerin kodlanmasıdır. Bu aşamada araştırmacı, elde ettiği bilgileri inceleyerek anlamlı bölümlere ayırmaya ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiğini bulmaya çalışır. Bu bölümler, bazen bir sözcük, bazen bir cümle ya da paragraf, bazen de bir sayfalık veri olabilir.

2. Kategorilerin ve temaların bulunması: Toplanan verilerin kodlanması ve bu kodlara göre sınıflandırılması yeterli değildir. İlk aşamada belirlenen kodlardan yola çıkılarak verilerin, kategoriler altında toplanması, daha sonra kodları belirli kategoriler altında toplayabilen temaların bulunması gerekmektedir.

3. Kodların ve temaların düzenlenmesi: Tematik kodlama sonucunda araştırmacı topladığı verileri düzenleyebileceği bir sistem oluşturur. Bu aşamadan sonra araştırmacı elde edilen verileri düzenler ve belirli olgulara göre verileri tanımlar.

4. *Bulguların tanımlanması ve yorumlanması:* Ayrıntılı bir biçimde tanımlanan ve sunulan bulguların araştırmacı tarafından yorumlandığı ve sonuçların çıkarıldığı aşamadır (97).

Araştırmada, hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde, frekans, ortalama, standart sapma testleri kullanıldı. Derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile elde edilen verilerin çözümlenmesinde ise, içerik analizi kullanıldı. Verilerin tümevarımcı içerik analizinde, ilk olarak görüşme bitiminde yazıya dökülmüş olan konuşma metinleri ve tutulan ek notlar incelendi. Metin okunurken anlamlı cümle ya da ifadelerin altları çizilerek kavramsal olarak ifade ettikleri anlamlar belirlendi ve her bir anlam formüle edildi. Formüle edilen anlamlar organize edilerek kavramsallaştırıldı, temalar, kategoriler ve kodlar belirlendi. Düzenlenen temalar, kategoriler ve kodlar 3 katılımcıya okutularak oluşturulan tema ve içeriğin doğruluğu güçlendirildi.

Araştırmada, görüşme verilerinden tedavi uyumunu etkilediği belirlenen 26 kod belirlendi. Kodlar kategorize edilerek, aralarındaki benzerlik ve farklılıklara göre 7 kategori oluşturuldu. Kategoriler taşıdıkları anlama göre incelenerek 1 tema belirlendi (Bkz. Şekil 3.1, Şekil 3.2).

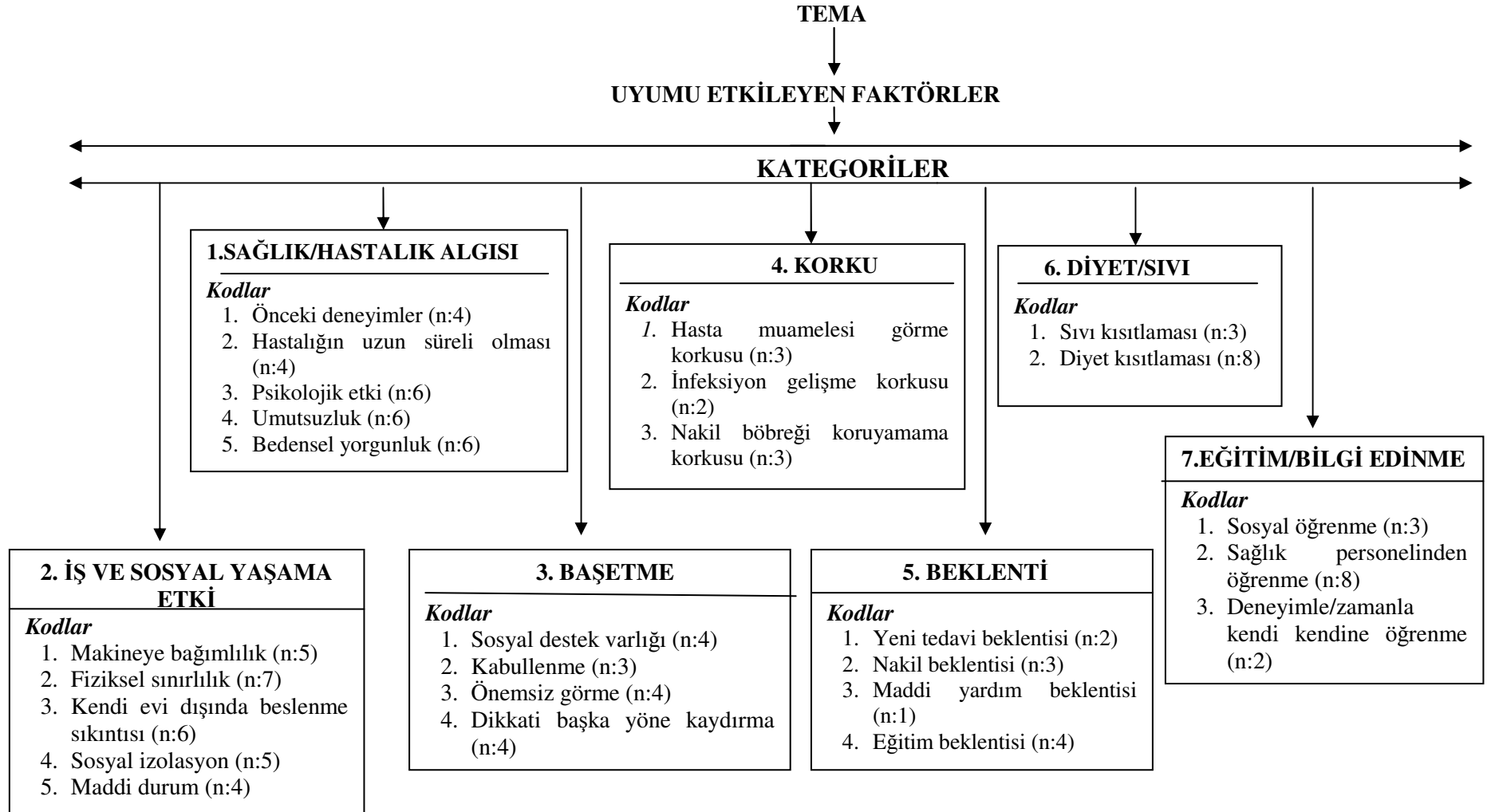
3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi çalışanları araştırma hakkında bilgilendirildi. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar, araştırmanın amacı, katılımın gönüllülük ilkesi doğrultusunda olacağı, görüşme sırasında ses kayıt cihazı kullanılacağı, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırma için kullanılacağı, istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları hakkında bilgilendirildi, yazılı ve sözel izinleri alındı (Bkz. EK 3). Görüşme sırasında ses kayıt cihazı katılımcılardan gizlenmedi, kayıt öncesi ses kayıt cihazının açılacağı konusunda katılımcı tekrar bilgilendirildi.

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nden (26/10/2011-948; Bkz. EK 4), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu'ndan (13/04/2011-36; Bkz. EK 5) yazılı izin alındı.



Şekil 3.1. Araştırma deseni



Şekil 3.2. Belirlenen kodlar, kategoriler ve tema

4. BULGULAR

Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek, uyumu etkileyen faktörlerin nedenlerini ve bu faktörler arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla, niteliksel olarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen verilerin içerik analizleri ve katılımcıların tanımlayıcı özellikleri bu bölümde sunuldu.

Bulgular iki bölümde ele alındı:

Birinci bölümde; hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara,

İkinci bölümde; hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verildi.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya alınan hastaların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, HD tedavi süresi ve HT hastalık süresi gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer aldı (Bkz. Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Yaş ortalamaları	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	48,1 $\pm$ 14,45 (18-65) yıl
Hasta özellikleri	Hastalar
Yaş ortalamaları	
≤ 40 yıl	H1 (18 yaş), H3 (34 yaş),
> 40 yıl	H2(45 yaş), H4 (59 yaş), H5 (49 yaş), H6 (41 yaş), H7 (51 yaş), H8 (65 yaş), H9 (64 yaş), H10 (55 yaş)
Cinsiyet	
Kadın (1 hasta)	H9
Erkek (9 hasta)	H1,H2,H3,H4,H5,H6,H7,H8,H10
Medeni durum	
Bekar (1 hasta)	H1
Evli (9 hasta)	H2,H3,H4,H5,H6,H7,H8,H9, H10
Eğitim durumu	
İlkokul (6 hasta)	H2,H4,H6,H8,H9,H10
Lise (4 hasta)	H1, H3,H5,H7
Çalışma durumu	
Çalışıyor (2 hasta)	H2,H5
Çalışmıyor (8 hasta)	H1,H3,H4,H6,H7,H8,H9,H10
Gelir durumu	
Giderden az (7 hasta)	H3,H4,H5,H7,H8,H9,H10
Gidere eşit (3 hasta)	H1,H2,H6
Aile tipi	
Çekirdek (7 hasta)	H3,H4,H6,H7,H8,H9,H10
Geniş (3 hasta)	H1,H2, H5

Araştırmada hastaların yaş ortalamasının $48,10 \pm 14,45$ (18-65) yıl olduğu, çoğunluğunu erkeklerin (9 hasta) oluşturduğu, sadece 1 hastanın bekar olduğu, çoğunluğunun çekirdek aile yapısına (7 hasta) sahip olduğu, 6'sının ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Hastalardan 8'inin çalışmadığı, 7'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptandı (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların hemodiyaliz ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri

HD, HT süre ortalamaları	$\bar{x} \pm SS$
HD Tedavi Süresi	$6,4 \pm 3,75$ (1-13) yıl
HT Hastalık Süresi	$5,2 \pm 3,33$ (1-11) yıl
Hastalık Süreleri	Hastalar
HD süresi	
1-5 yıl	H4 (3 yıl), H5 (1 yıl), H8 (2 yıl)
6-10 yıl	H1 (7 yıl), H2 (13 yıl), H3 (8 yıl), H6 (6 yıl), H7 (7 yıl), H9 (10 yıl), H10 (7 yıl)
HT süresi	
1-5 yıl	H1 (5 yıl), H2 (3 yıl), H3 (4 yıl), H4 (3 yıl), H5 (1 yıl), H8 (2 yıl)
6-10 yıl	H6 (6 yıl), H7 (11 yıl), H9 (10 yıl), H10 (7 yıl)

HD tedavi süresi ve HT süreleri değerlendirildiğinde, ortalama HD tedavi süresinin $6,4 \pm 3,75$ (1-13) yıl; HT süresinin $5,2 \pm 3,33$ (1-11) yıl olduğu; 7 hastanın HD süresinin, 4 hastanın HT süresinin 6-10 yıl aralığında olduğu saptandı (Bkz. Tablo 4.2).

4.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Hasta Görüşleri

Araştırmada verilerin çözümlenmesi ile 26 kod elde edildi. Kodlardan yola çıkılarak 7 kategori oluşturuldu: (1) sağlık/hastalık algısı, (2) iş ve sosyal yaşama etki, (3) başatme, (4) korku, (5) beklenti, (6) diyet/sıvı kısıtlaması, (7) eğitim/bilgi edinme. Kategoriler uyumu etkileyen faktörler teması altında toplandı. Bu bölümde, “uyumu etkileyen faktörler” temasını oluşturan 7 kategori ve 26 koda ilişkin bulgular yer aldı. Kategoriler ve bu kategorileri oluşturan kodlar, Tablo 4.3’de sunuldu.

Tablo 4.3. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler

Tema: Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler	
1. Kategori: Sağlık /Hastalık Algısı	2. Kategori: İş ve Sosyal Yaşama Etki
Kodlar Önceki deneyimler Hastalığın uzun süreli olması Psikolojik etki Umutsuzluk Bedensel Yorgunluk	Kodlar Makineye bağımlılık Fiziksel sınırlılık Kendi evi dışında beslenme sıkıntısı Sosyal izolasyon Maddi durum
3. Kategori: Başetme	4. Kategori: Korku
Kodlar Sosyal destek varlığı Kabullenme Önemsiz görme Dikkati başka yöne kaydırma	Kodlar Hasta muamelesi görme korkusu Enfeksiyon gelişme korkusu Nakil böbreği koruyamama korkusu
5. Kategori: Beklenti	6. Kategori: Diyet
Kodlar Yeni tedavi beklentisi Nakil beklentisi Maddi yardım beklentisi Eğitim beklentisi	Kodlar Sıvı kısıtlaması Beslenme
	7. Kategori: Eğitim/Bilgi Edinme
	Kodlar Sosyal öğrenme Sağlık personelinde öğrenme Kendi kendine öğrenme

4.2.1. Sağlık/hastalık algısına ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada hasta ifadeleri; önceki deneyimler, hastalığın uzun süreli olması, hastalığın psikolojik etkisi, umutsuzluk ve bedensel yorgunluğun sağlık/hastalık algısını etkilediğini ortaya koydu.

4.2.1.1. Önceki deneyimlere ilişkin görüşler

“Ben nakil olduğum zaman daha çok hastanede kalmıştım, bana daha çok zor gelmişti. Nakil daha zor ve sıkıntılı.” (H1),

“Yoğun bakımda yattım, sonra psikiyatride yattım. Yani hastalık bütün vücudumu değiştirdi.”(H2),

“Benim babam bu böbrek yetmezliğinden öldü vaktiyle. Giremiyordu diyalize ama ben giriyorum.” (H5),

“Bence hemodiyaliz çok iyi. Periton diyalize göre çok çok iyi. Periton diyalizde üç defa enfeksiyon kaptım. Bundan sonraki enfeksiyonda artık ölürüm dedim. Mudurnu'da biri vardı. Böbrek nakli oldu mesela ama öldü. Çok tehlikeli. Hemodiyaliz bence çok çok iyi.” (H8) ifadeleri ile 4 hasta, kendilerinin ve tanıdıklarının **önceki deneyimlerinin** hastalığa ve HD'e ilişkin sağlık/hastalık algılarını etkilediğini belirtti.

4.2.1.2. Hastalığın uzun süreli olmasına ilişkin görüşler

“13 yıldır diyalize gelip gidiyorum. 15 yıldır da bu hastalıkla uğraşıyorum.” (H2),

“Nakile kadar bir süresi olmayan hastalık.” (H7),

“Böyle bir iki yıl değil ki. Sürekli sürekli olması çok zor.” (H9),

“Hastalık bir-iki aylık değil ki sürekli.” (H10), ifadeleri ile 4 hasta, iyileşmeyen **uzun süreli bir hastalığa** sahip olduklarını belirtti.

4.2.1.3. Psikolojik etkiye ilişkin görüşler

Hastalığın kendilerinde yarattığı **psikolojik etkiyi**, hastaların çoğunluğunun (6 hasta)

“Mesela bunalım, sıkıntı. Bunların hepsi sıkıntı. Stres.” (H2),

“Ama işte biraz stres, biraz sıkıntı, biraz hüüzün.”(H5),

“Ben yaşadım yani bunları. stres çok kötü. işten ayrıldıktan sonra 3-4 ay kendime gelemedim.”(H6),

“Hep düşünmek zorundasın bu hastalığı. Çok zor. Herşey çok zor. Psikolojik olarak da bunlar etkiliyor. Stres yaşıyoruz. Ama hayat şartları işte, stressiz de yaşanmıyor.” (H7),

“Üzülmemek lazım bu hastalıkta o zaman da tansiyon çıkıyor ama üzülüyorsun hastalığa, yapacak bir şey yok.” (H9),

“Önceki hayatımdan daha sinirli, stresli oldum. sinirli biri oldum.” (H10), cümleleri ile dile getirdiği belirlendi.

4.2.1.4. Umutsuzluğa ilişkin görüşler

“Ne yaparsan yap önceki hayatın gibi olmuyor, yani hayatının yüzde sekseni yok. Çok nadir yardım isterim. Böyle yaşamak zorundayım gücüm yettiğince.”(H2),

“Yani bu hastalıktan nasıl kurtulabilirim diye düşünüyorum ama öyle de birşey yok zaten.”(H3),

“Bunun çaresi nakil. Nakil olmazsa yapacak birşey yok. Ne yapayım. yapacak birşey yok. Organ nakli çıkarsa iyileşiriz, çıkmazsa böyle devam. Diyalize düşmüşsün bir kere. nakil olmazsa çözüm yok ki. Gidebildiği yere kadar böyle gidecek, ne yapalım, destek görecektir birşey yok.” (H4),

“En son süre ölüm. Böbrek için hastaneye başvurdum ama. Bilmiyorum”. Yemek içmek değil de bu hastalıkla yaşamaya mahkumsun yani. Yapacak birşey yok. Nakile kadar yapacak birşey yok. Nakil olunmazsa sonumuz kötü”. (H7),

“Bu iş nereye kadar giderse. böyle gittiği yere kadar.” (H8),

“Eskisi gibi olamıyorsunuz artık. Yapacak bir şey yok. Bu hastalığı çekmek zorundayım. Kalan ömrümüzde bu hastalığı çekecez.” (H10), cümleleri ile, 6 hasta hastalık sürecinin sağlık/hastalık algılarını etkileyen **umutsuzluğa** neden olduğunu ifade etti.

4.2.1.5. Bedensel yorgunluğa ilişkin görüşler

Diyalizin bedensel yorgunluğa neden olduğunu belirten 6 hastanın,

“ Çok yorgun oluyorum. İki gün kendime gelemiyorum. Makine de daha çok yoruyor bizi.” (H3),

“Genellikle yorgun oluyorum.” (H4),

“Dükkanımı kapatıp istirahat etmeye gidiyorum.” (H5),

“İrsi olan, halsizlik yapan, sabahları kalktığında halsizlik hissettiren, kendine bağımlılık yapan bir hastalık. Yorgunuz evde yatıyoruz. Bir gün diyalize geliyorum, ertesi gün yorgunlukla geçiyor. En fazla bir saat gezebilirsin sonra gezemezsin, yoruluyorsun, olmuyor. Yorgunluk halsizlik hissediyorsun.”(H7),

“Diyaliz kötü yapıyor beni. Zaten o gün bütün gün kendime gelemiyorum.” (H9),

“Diyalizden çıkınca kendime gelemiyorum.” (H10), ifadeleri, **bedensel yorgunluğun** hastaların günlük yaşamlarını etkilediğini ortaya koydu.

4.2.2. İş ve sosyal yaşamın etkilenmesine ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, makineye bağımlılık, fiziksel sınırlılık, kendi evi dışında beslenme sıkıntısı, sosyal izolasyon ve maddi durumun, iş ve sosyal yaşamı etkilediği belirlendi.

4.2.2.1. Makineye bağımlı olmaya ilişkin görüşler

Hastalardan 5’i

“Gideceğim yerde diyaliz var mı diye araştırmak zorundayım.” (H2),

“Haftada 3-4 gün buraya gelmek zorundasın. Yani, baya çalışma hayatın...(susuyor)...bir çok şey elimizden alınıyor. Gittiğin yerde diyaliz merkezi olmalı mesela.” (H3),

“Makineye bağımlısın bu hastalıkta. Zaten haftada üç gün buradayız.”(H7),

“Haftada üç gününü buraya harcamak da kolay değil. İşlerimiz hep yarım kalıyor” (H8),

“Haftada üç gün zaten buraya geliyorum, diyalize giriyorum.” (H10), cümleleri ile, **diyaliz makinesine bağımlı olmanın**, iş ve sosyal yaşamlarını etkilediğini belirtti.

4.2.2.2. Fiziksel sınırlılığa ilişkin görüşler

“İstediğin gibi gezip tozamıyorsun. Önceden futbol oynardım. Onu yapamıyorum mesela. İstediğim yere gidemiyorum, gezemiyorum.”(H2),

“İstediğin gibi gezemiyorsun. Kateter takılan kolu kullanamıyoruz. Ağır kaldıramıyoruz. Yapılması gereken işler var evde örneğin odun kesilecek filan bunları yapamıyorsun mesela.” (H3),

“Çalışmıyorum mesela. Hiç bir iş yapamıyorum. Çok çalışırdım ben ama şimdi çalışamıyorum.” (H4),

“Ağır iş yapamıyorsun. İstesen de yapamıyorsun. Mesela çalışamıyorum. işten ayrıldıktan sonra ben çok etkilendim mesela.” (H6),

“Birde sıcakta filan yol yürüyemiyoruz biz.”(H7),

“Hastalık her işimi engelliyor. Hiç bir iş yapamıyorum. Ellerimi kullanamıyorum. Hiç bir işe yaramıyorum evde. Hiç bir iş yapamıyorum.” (H9),

“Her işimi engelliyor.” (H10), ifadeleri ile, 7 hasta HD’in neden olduğu **fiziksel sınırlılığın**, iş ve sosyal yaşamlarını, aile içindeki rollerini etkilediğini belirtti.

4.2.2.3. Beslenme sıkıntısına ilişkin görüşler

Hastaların 6’sı,

“Hani (duraklıyor) dışarıda yemek yiyemiyorsun filan. Dışarıda istediğim gibi yemek yiyemiyorum.” (H1),

“Gittiğin yerde yemek ikram ettiklerinde yani sıkıntılı yiyorsun. 365 gün sıkıntı yaşıyorsun. Yemek konusunda, eğlenmek konusunda. Mesela ben seyyar bir iş

yapıyorum. Evlere parke yapmaya gidiyoruz. Ev sahibi yemek hazırlarken bana tuzsuz hazırlayın diyemem. Çalışmaya gittim mesela, baktım ev sahibinin yemekleri benim yiyebileceğim yemeklerden değil. Midem rahatsız diyorum.”(H2),

“Herkes yiyip içiyor ama sen katılamıyorsun.”(H3),

“Esnaf olduğumuz için çay içmeye gidiyoruz, öğlen evde yemek yiyemediğimiz için dışarıda yemek yiyoruz. Yani yaşamak kolay değil.”(H5),

“Mesela normalde açık olan bir lokantaya girip istediğinizi yiyemezsiniz. Herkesin yediğini yiyemezsin.”(H7),

“Dışarıda ikram edilen bir şeyi geri çeviremiyorsun.” (H9), cümleleri ile diyet kısıtlaması nedeniyle, **kendi evi dışında beslenme sıkıntı yaşadıklarını**, bu sorunun iş ve sosyal yaşamlarını etkilediğini ifade etti.

4.2.2.4. Sosyal izolasyona ilişkin görüşler

“Kalabalığa girmemeye çalışıyorum.” (H3),

“Toplum içine girerken çok sıkıntı yaşadım.” (H6),

“Topluma giremezsin çok fazla. Gürültülü yerlere giremezsin. Herkesin gittiği yerlere gidemezsin.” (H7),

“Eve kapandım. Ne düğünlere gidebiliyorum, ne kalabalığa girebiliyorum.” (H9),

“Sosyal yaşam diye bir şey kalmadı ki. Tamamen eve kapandım. Kalabalığa giremiyorum.” (H10), ifadeleri ile hastaların yarısı (5 hasta), hastalığın neden olduğu **sosyal izolasyonun**, sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkilediğini belirtti.

4.2.2.5. Maddi duruma ilişkin görüşler

Hastalardan 4’ünün,

“İşte devletin verdiği maaşla idare etmeye çalışıyoruz. Para kazanmak gibi bir şeyim yok artık.” (H4),

“Ekonomik sıkıntılar da çok önemli. İşte ekonomik sıkıntı ne olacak. Herkesin kendine göre bir yaşantısı var.” (H5),

“Servis de var iyiki yoksa kendi imkanlarımızla gelmemiz çok zor.” (H6),

“Bazen bir ekmek parası dahi olmadığı zamanlar bile oluyor. Maddi açıdan çok sıkıntılar çekiyoruz, buna bir çare bulunmadan diğerlerine yapacak bir şey yok.

*Çalışamadığımız için parasal yönden çok zorluk çekiyoruz.” (H7), ifadeleri, hastalık sürecinin iş ve sosyal yaşamı, **maddi durumu** etkilediğini ortaya koydu.*

4.2.3. Başetmeye ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, hastalık ve neden olduğu sorunlarla başetme becerisinin tedaviye uyumu etkilediği belirlendi. Görüşmeler sırasında hasta ifadeleri; sosyal destek varlığı, kabullenme, önemsiz görme ve dikkati başka yöne kaydırmanın, hipertansif HD hastalarının başetme becerisini etkilediğini ortaya koydu.

4.2.3.1. Sosyal destek varlığına ilişkin görüşler

“Annem benim için bana uygun yemek yapıyor.” (H1),

“Çevremde dediğini yaptıran saygı gören biriyim. Bu değişmedi hastalıktan sonra. O yüzden kendimi bir zavallı gibi görmüyorum. Çevremde ki insanlar da benim gibi olurlarsa, daha rahat konuşabilirim. Onların deneyimlerini öğrenirim. Bakalım benim gibi mi düşünüyor mesela.” (H2),

“Aileden yöne bir sıkıntım yok. Evde de ailem kendi yemeğine tuz atar sadece o kadar.” (H4),

“Çocuklarımla aramı da etkiledi. Huzurlu bir yaşamım olmuyor.” (H5), ifadeleri ile, 4 hasta **sosyal destek varlığının**, hastalığı kabullenme, hastalıkla başetme durumlarını etkilediğini belirtti.

4.2.3.2. Hastalığı kabullenmeye ilişkin görüşler

Hastaların 3'ünün

“Yani moralin yüksek olduktan sonra tüm sıkıntılar aşılır. Sadece böbreğin çalışmıyor o kadar başka sıkıntı yok. O kadar. Onu da makine hallediyor zaten. Moralini yüksek tutacaksın, hemen herşeyin daha kötüsü var, baktım ben yürüyebiliyorum, konuşabiliyorum. Ben diyalize geldiğim gün hasta olduğum aklıma geliyor. Eve giderken de unutuyorum.” (H2),

“Ben hiç bir şeye karşı gelmem. Allah'tan gelen her şey kabulümüz.” (H4),

“Bu hastalıkta moralinin çok iyi olması lazım. Stresliyim ama zamanla kendimizi eğittik Stresi de yendik.” (H6), ifadeleri, hastaların hastalığı **kabullendiğini**, bu hastalıkla yaşamaya uyum sağladığını gösterdi.

4.2.3.3. Hastalığı önemsememeye ilişkin görüşler

“Ben çok kafama takmıyorum. Kulaklarım uğuldar bazen tansiyonum yükseldiğinde, belki hap içerim, uyurum yani öyle yani. Bir şey olmuyor bende hani. Ama ay sonu tahlillere yansıyor.” (H1),

“İşte yememem gereken bir şeyi yedim şimdi şöyle mi olur böyle mi olur diye düşünmem.” (H2),

“Diyalizi hiç aksatmadım ama tansiyon hapımı almadım mesela. Bir gün sonra aldım tansiyonum yükselince. Öyle. Çok da fazla birşey olmuyor.” (H5),

“Eskisi gibiyim bir değişiklik yok benim için. İşte ara sıra kana bakıyorlar tahlil yapıyorlar.” (H8), ifadeleri ile 4 hasta, zaman zaman hastalıklarını yok saydıklarını, **önemsemediklerini**, bazen ilaç tedavilerini aksattıklarını belirtti.

4.2.3.4. Dikkati başka yöne kaydırmaya ilişkin görüşler

“Kendime meşgul olacağım işler bulmaya çalışıyorum.” (H5),

“Manevi yönden işte kafamı dağıtmak için gezicem azıcık veya bir arkadaşla sohbet edicem. O zaman o iyi geliyor işte.” (H7),

“Evde kendime uğraş bulurum zaten.” (H8),

“Sürekli yürümeye çalışıyorum, gezmeye çalışıyorum.” (H10), ifadeleri, başetme yöntemi olarak 4 hastanın **dikkati hastalık dışında başka yöne kaydırma** yöntemini kullandığını gösterdi.

4.2.4. Korkuya ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, hastaların hasta muamelesi görme, infeksiyon gelişme ve nakil böbreği koruyamama gibi tedaviye uyumu etkileyen korkular yaşadıkları belirlendi.

4.2.4.1. Hasta muamelesi görme korkusuna ilişkin görüşler

“İşte, hastayım demek istemiyorum. Ben diyaliz hastasıyım ve yiyemiyorum demek istemiyorum. Eskiden hareketli bir yaşamım vardı ama şimdi böyle olmak zor gerçekten. Acınmaktan nefret ederim. Anlasınlar da istemiyorum.” (H2),

“Öyle beni çok tanımayanlar hasta olduğumu bilmesin. Ne biliyim gerek yok.” (H3),

“Yani hastayım demeye şey ettim (susuyor) yani diyemedim. Hastayım demek çok zoruma gitti.” (H6), ifadeleri ile, 3 hasta, **hasta muamelesi görme**, acınma korkusu yaşadıklarını, bu kokular nedeniyle hastalıklarını sakladıklarını belirtti.

4.2.4.2. Enfeksiyon gelişme korkusuna ilişkin görüşler

Hastaların 2’si,

“Gittiğim diyaliz merkezini, girdiğim makineyi iyi bilmeliyim, küçük bir enfeksiyon kaptığı zaman sıkıntı. Nakil olduğunda enfeksiyon kapmayacaksın mesela. Zor.” (H2),

“İnfeksiyon korkusu da var.” (H3), cümleleri ile HD tedavisi sırasında, nakil sonrasında **enfeksiyon gelişme korkusu** yaşadıklarını belirtti.

4.2.4.3. Nakil sonrası böbreği koruyamama korkusuna ilişkin görüşler

“Nakile de çok sıcak bakmıyorum, ben o böbreği koruyamam.” (H2),

“Dışardan gelen bir böbrek. Uyum sağlıyor, sağlamıyor. Bir sürü sıkıntısı var.” (H3),

“Gerçi nakil de çok tehlikeli. O böbreği de herşeyden koruyacaksın.” (H8), ifadeleri ile, **nakil sonrası böbreği koruyamama korkusu** yaşadığını belirten 3 hastanın, bu korku nedeniyle böbrek naklini istemediği saptandı.

4.2.5. Beklentiye ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, hastaların yeni tedavi, nakil, maddi yardım ve eğitim beklentisinin olduğu, beklentinin tedaviye uyumu etkilediği belirlendi.

4.2.5.1. Yeni tedavi beklentisine ilişkin görüşler

“Diyalizin ilkel olduğunu düşünüyorum ta ilk zamanlarda çıkmış hala bu böyle gidiyor.” (H1),

“Mesela ben şöyle bir şey bekliyorum. İşte şöyle bir madde çıkmış artık diyalize girmeye gerek yok gibi. Daha yenilikli bir şeyler.” (H2), ifadeleri ile, 2 hasta **yeni tedavi beklentisinin** olduğunu belirtti.

4.2.5.2. Nakil beklentisine ilişkin görüşler

Hastaların 3'ü,

“Nakil bekliyoruz. İnşallah çıkar.” (H4),

“Nakil bekliyoruz o kadar.” (H7),

“Bakalım daha nereye kadar gidersek. Nakile kadar.” (H8), cümleleri ile, iyileşmek için **nakil beklentisi** içerisinde olduklarını ifade etti.

4.2.5.3. Maddi yardım beklentisine ilişkin görüşler

“Bu hastalığı çekenlere ekonomik yönden yardım edilmeli bence.” (H7), ifadesi ile 1 hasta **maddi yardım beklentisini** dile getirdi.

4.2.5.4. Eğitim beklentisine ilişkin görüşler

“Bir şeyler anlatılacaksa bizim bilmediğimiz böbrekle ilgili bilmediğimiz bir şeyler anlatılsın.” (H2),

“Diyalize gelirken, diyalizden çıkarken sıvı alımı nasıl olmalı mesela o anlatılmalı.” (H5),

“Makine insanı soluyor adeta. Beslenmeye dikkat etmek lazım. Bilgimiz tam yeterli olmasa da kendimizi idare etmeye çalışıyoruz.” (H6),

“Eğitimler yeniden başlamalı ama sadece biz değil sağlıklı insanlar da eğitim almalı. Baksanıza hiç organ bağıışı yok.” (H10), ifadeleri ile 4 hasta, tedaviye, beslenmeye, organ bağıışına yönelik **eğitim beklentisi** olduğunu belirtti.

4.2.6. Diyet ve sıvı kısıtlamasına ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, sıvı ve beslenmeye yönelik kısıtlamaların hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumunu etkilediği saptandı.

4.2.6.1. Sıvı kısıtlamasına ilişkin görüşler

Hastalardan 3'ü,

“Şeyde var mesela sıvı kısıtlaması. Bazen şey oluyor çok kilo aldım filan meselesi.” (H1),

“Uymam gereken şeylerden biri sıvıyı az almak. Çok yaşamak istiyorsan tabi.” (H3),

“Mesela eskisi gibi su içemem.” (H4), ifadeleri ile, **sıvı kısıtlamasına uyumun** tedavi sürecinde önemli olduğunu belirtti.

4.2.6.2. Diyet kısıtlamasına ilişkin görüşler

“İstediğin gibi yiyip içemiyorsun. Dikkat etmek zorundasın. Yani sürekli diyet yapıyorsun. Diyeti aştığın zaman hemen sağlığın bozulur.” (H2),

“İstediğin gibi yiyip içemiyorsun. Bu hastalığın en büyük zorluğu diyeti zaten. İşte tuzsuz yemek. Uymam gereken şey ilk önce diyet zaten.” (H3),

“Yasak olan şeyleri , tuzu yiyemiyorum. (susuyor). Mesela istediğim yemeği yiyemiyorum.” (H4),

“Tuzsuz beslenmeye filan kendimizi alıştıramadık.”(H6),

“Bazı yiyecekleri, içecekleri yerken dikkatli olmak gerekiyor.” (H7),

“Diyetime uymaya çalışırım. Ama bazen kaçırdığımız oluyor tabi.”(H8),

“Tuzsuz yiyemiyorum.” (H9),

“Yemeklerde fazla kaçırıyorum.” (H10), ifadeleri ile 8 hasta, hastalık nedeniyle uygulamak zorunda oldukları diyeti, **diyete uyumun** zorluğunu, zaman zaman diyeti bozmak durumunda kaldıklarını belirtti.

4.2.7. Eğitim/bilgi edinmeye ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada, hastaların, sosyal öğrenme, sağlık personelinin öğrenme ve zamanla/deneyimle kendi kendine öğrenme ile hastalık ve tedaviye yönelik bilgi edindikleri, eğitim alma/bilgilenme durumunun tedaviye uyumu etkilediği belirlendi.

4.2.7.1. Sosyal öğrenmeye ilişkin görüşler

Hastaların 3'ü,

“Birkaç bir şey okudum. Yani buraya gelen dergilerden filan.” (H1),

“Bazen arkadaşlar arasında da konuşuyoruz. Deneyim de önemli. Daha uzun süredir gelenler var. Deneyim de önemli. Onlara da danışıyorum. Onlar bizden daha bilgili. Onlar yaşamışlar, yaşıyorlar. Okuyarak öğrenemezsin görerek yaşayarak.” (H5),

“Onbeş yıldır gelenler var buraya. Onlardan da bilgi alarak eğitiyoruz kendimizi. Hastalardan da öğreniyoruz. Ben onları daha bilgili görüyorum.

Tecrübeleri var.” (H6), ifadeleri ile, sosyal öğrenme yoluyla hastalığı hakkında bilgi edindiğini belirtti.

4.2.7.2. Sağlık personelinin eğitim almaya ilişkin görüşler

“Eğitim almadım. Bilgilendirme yapılıyor burda.” (H3),

“Eğitim filan almadım. Doktorlar sürekli bilgilendirme yapıyor.” (H4),

“Eğitim almadım. Doktorlar, hemşireler sürekli bir şeyler anlatıyorlar.” (H5),

“Hiç eğitim almadım. yani konuşarak, doktorların söylediklerini yaparak. bilgilendirme şeklinde.” (H6),

“Bursa’da eğitim aldım, Ankara’da eğitim aldım.” (H7),

“Eğitim filan verilmedi. Ama çok şeyler anlattılar. Hemşireler vardı Ankara’da hep risklerini anlattılar.” (H8),

“Doktorlar anlatıyorlar işte sürekli, şunları ye, bunları yeme diye. Hemşireler de söylüyorlar.” (H9),

*“Vallahi çok şeyler anlatıldı. Vakıf vardı. Seminerler filan düzenlendi.” (H10), ifadeleri ile 6 hastanın, hastalıklarına yönelik **sağlık personelinin planlı bir eğitim** almadığı, sadece riskler ve beslenmeye yönelik bilgilendirme yapıldığı, 2 hastanın eğitim aldığını belirttiği saptandı.*

4.2.7.3. Deneyimle/zamanla kendi kendine öğrenmeye ilişkin görüşler

“Diyalize gide gele kendim öğrendim. Yani bir şey oluyor soruyorsun, o zaman öğrenmiş oluyorsun. Kendi kendime yaşayarak öğrendim yani.” (H1),

“Yedi yıldır çekince bu hastalıkları öğreniyorsun artık. Ne kadar yiyeceğim, ne kadar yemeyeceğim öğreniyorum artık. Kendi kendime ayarlıyorum artık. Doktorun dedikleri değil sadece. Kendi kendimizi öğrettik.” (H7), ifadeleri ile 2 hasta, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilerini, sorarak ve yaşayarak, kendi kendine zaman içinde deneyimle öğrendiğini belirtti.

5. TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği, hem dünyada hem de Türkiye'de yaygın görülen bir halk sağlığı sorunudur. SDBY tanısı konan hastalarda en sık kullanılan RRT yöntemi hemodiyalizdir. Diyaliz hastaları, kronik bir hastalığa sahip olmanın neden olduğu stres yanında, tedavi sürecinde ciddi fiziksel-psikososyal sorunlar ve kısıtlamalarla karşı karşıya kalmaktadır. HD; tedavi merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı gibi pek çok kısıtlamaya; anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk gibi psikososyal sorunlara neden olmaktadır (105-111). HD ile ilişkili mortalite oranının yüksek olması da bu hastalar için ciddi bir sorundur. Bu sorunların neden olduğu fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yük, hastanın ruhsal dengesini bozarak onların tedaviye uyumlarını zorlaştırmaktadır (105, 109, 110). HD hastalarında tedavi uyumsuzluğunun %28-78 oranında görüldüğü ve tedavinin etkinliğini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (105). Yapılan bir çalışmada, HD hastalarının çoğunluğunun (%95,4) SDBY ve HD hakkında bilgili olmasına, HD tedavisinin ve ilaç tedavisinin önemini bilmesine rağmen, %75'inin ilaç tedavisini aksattığı; 65 yaş ve üstü hastaların HD tedavisi ve tıbbi tedaviye uyum oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (109). Hastaların HD tedavisine uyumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresini olumlu yönde etkilediği için önemlidir. Tedaviye uyum; bireyin ilaçlarını alma, diyetini takip etme, yaşam şekli değişikliklerini uygulama gibi davranışlarının, sağlık personeli tarafından yapılan önerilere uygunluğu ile belirlenmektedir (106).

Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla fenomenolojik tipte nitel araştırma olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular, tedavi uyumunu etkileyen çeşitli faktörlerin olduğunu ortaya koydu. Tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin, sağlık/hastalık algısı, iş ve sosyal yaşama etki, başetme, korku, beklenti, diyet/sıvı kısıtlaması ve eğitim/bilgi edinme olduğu saptandı. Yapılan bireysel derinlemesine görüşme verilerinin çözümlenmesi ile, bu faktörlerin tedavi uyumu üzerindeki etkisini belirleyen 26 farklı kod belirlendi (Bkz. Şekil 3.2, Tablo 4.3).

Bu bölümde, tedavi uyumunu etkileyen faktörler, kodları ile birlikte, literatür doğrultusunda 7 bölümde tartışıldı.

5.1. Sağlık/Hastalık Algısına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Sağlığı değerlendirmek için objektif ölçütlerin yeterli olmadığı durumlarda, sağlık düzeyini belirlemek için sağlık/hastalık algısı sıklıkla kullanılmaktadır (112, 113). Sağlık algısı, bireyin sağlığını kötü, orta, iyi veya çok iyi şeklinde ifade etmesi ile belirlenir (113-116). Sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan, sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (117). Hastalık algısı ise, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak ifade edilmektedir. Bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında hastalığı anlamak ve baş etmek için, insanlar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar; kendi hastalık modellerini yaratırlar (107, 118). Hastalığın tıbbi belirtileri, bulguları ve tanısının yanında, kişinin hastalığını algılama biçimi; hastalığın tıbbi ve psikolojik süreci ve sonuçları üzerinde etkilidir (109, 119). Kronik hastalıklar, hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir (15).

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda, hastalık algısı ile; tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve mortalite ilişkisini araştıran çalışmalar yapılmıştır (120-122). Chilcot ve ark. (121), SDBY hastalarında hastalık algısının, tedaviye uyumun ve yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğunu; sağlık algı puanı düşük olan hastaların sıvı tedavisine uyumda sorun yaşadıklarını ve hastalıklarının kronik olduğunun bilincinde olmadıklarını saptamıştır. Araştırmada, bu çalışmaya benzer olarak hasta görüşleri, sağlık/hastalık algısının tedavi uyumunda önemli bir faktör olduğunu ortaya koydu.

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin hastalığa yanıtında belirleyici rol oynar (107). Yapılan bir çalışmada, diyetin, hastalıkla ilgili eğitim alma/bilgi sahibi olmanın, psikolojik destek almanın ve tanı konma süresinin hastalık algısını etkilediği belirlenmiştir (123). Araştırmada, bu çalışmadan farklı olarak, hastaların kendilerinin ve ailelerinin daha önceki hastalık

deneyimlerinin, hastalığın uzun süreli olmasının, bedensel yorgunluğun, hastalığın psikolojik etkisinin ve umutsuzluğun sağlık/hastalık algısını etkilediği belirlendi.

Yapılan çalışmalar, tedavi ve bakım ile ilgili olumsuz deneyimlerin (%20,2), HD hastalarının sağlık/hastalık algısını ve geleceğe yönelik beklentilerini etkilediğini ortaya koymuştur (121, 124). Araştırmada 4 hastanın, önceki deneyimlerin, hastalığa, HD tedavisine ve nakil gibi tedavi seçeneklerine bakış açısını etkilediğini belirten;

“Nakil olduğum zaman daha çok hastanede kalmıştım. Nakil daha zor ve sıkıntılı.” (H1),

“Yoğun bakımda...psikiyatride yattım. Hastalık bütün vücudumu değiştirdi.”(H2),

“Babam böbrek yetmezliğinden öldü. Giremiyordu diyalize, ama ben giriyorum.” (H5),

“Bence hemodiyaliz...periton diyalize göre çok çok iyi. Periton diyalizde üç defa infeksiyon kaptım. Mudurnu’da biri...böbrek nakli oldu...öldü. Hemodiyaliz bence çok çok iyi.” (H8), ifadeleri; önceki deneyimlerin hastalık algısını ve gelecek beklentisini etkilediğini saptayan çalışma bulgularını desteklemektedir. Hastalardan 3’ünün (H1, H5, H8) olumsuz deneyimlerinin, HD tedavisine yönelik olumlu algı geliştirmelerini sağlaması; diğer hastanın (H2) deneyimlerinin ise hastalık algısını olumsuz etkilemiş olması, bireysel farklılıkların ve deneyimlerin farklı fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlara neden olmasından kaynaklanmış olabilir.

Tedavi süresinin uzun olmasının, HD hastaları için ciddi bir psikososyal stresör olduğu, uzun süreli HD’in ve ileri yaşın bedensel yakınmalarda artışa neden olduğu; tedavinin uzun süreli olmasının yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olduğu yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (13, 109, 11, 125, 126). Burns (126), HD hastalarının %60’ının, tedavi süresinden dolayı stres yaşadığını ortaya koymuştur. Kim ve Evangelista (109), hastalığın sürekli olmasının HD hastalarının hastalık algı puanlarını etkilediğini, ileri yaştaki hastaların kronik hastalık farkındalığının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Coccossis ve ark. (111) ise, HD hastalarının uzun tedavi süresi nedeniyle, zaman içinde sağlık inançlarını ve sağlık personeline olan güvenini yitirdiğini belirlemiştir. Araştırmada, hastaların HD tedavi süresinin 1-13 yıl arasında değiştiği (Bkz. Tablo 4.2), hastalardan 4’ünün,

“13 yıldır diyaliz...15 yıldır da bu hastalıkla uğraşıyorum.” (H2),

“Süresi olmayan hastalık.”(H7),

“Bir iki yıl değil ki. Sürekli (H9)”,

“Bir-iki aylık değil ki sürekli.” (H10), ifadeleri ile uzun süreli bir hastalığa sahip olduklarını dile getirdiği; bu hastaların hepsinin, HD ve HT tedavi süresinin 6-10 yıl arasında olduğu saptandı (Bkz. Tablo 4.2). Bu bulgu, yaşla birlikte kronik hastalık farkındalığının arttığını belirten çalışma bulgularını desteklemektedir. HD ve HT süresi 5 yılın altında olan hastaların süreden şikayet etmemesinin nedeni; süreyle ilgili sorunun zaman ilerledikçe, tedaviye rağmen herhangi bir iyileşme olmadıkça oluşması olabilir.

Bedensel yorgunluğun ve kas kramplarının HD hastaları için önemli bir fizyolojik stresör olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (13, 122, 126-129). Oktay (130), yorgunluğun (%96,4) HD hastalarında hastalığın başlangıcından itibaren en sık yaşanan sorun olduğunu; Mutlu (131), HD hastalarının %72,6’sının, fiziksel ve sosyal aktiviteleri sınırlandıracak derecede kendilerini yorgun hissettiklerini belirlemiştir. Kim ve Evangelista (109), HD hastalarının çoğunluğunun yorgunluk (%78,8), güç kaybı (%77,5) ve baş dönmesi (%62,9) deneyimlediğini; 65 yaş ve üzerindeki hastaların SDBY ile ilişkili fiziksel bulgu ifade etme oranının ise düşük olduğunu bulmuştur. Benzer bir çalışmada da, yorgunluk yaşayan HD hastalarının (%70) yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sorun yaşadıkları, kendilerini mutsuz, güçsüz hissettiği belirlenmiş; yorgunluk nedenlerinin, HD işlemi, sıvı çekilmesi ve hipotansiyon olduğu saptanmıştır (132). Yurtsever ve Bedük (133) ise, yorgunluk yaşadığını belirten HD hastalarının tedavi uyumunun diğer hastalara göre anlamlı oranda düşük olduğunu bulmuştur. Bu çalışmalara benzer şekilde araştırmada, hastaların çoğunluğunun (6 hasta) HD ile ilişkili bedensel yorgunluk yaşadığı;

“ Çok yorgun oluyorum. İki gün kendime gelemiyorum.” (H3),

“Genellikle yorgun oluyorum.” (H4),

“Dükkanımı kapatıp istirahat etmeye gidiyorum.” (H5),

“ Bir gün diyalize geliyorum, ertesi gün yorgunlukla geçiyor.” (H7),

“O gün bütün gün kendime gelemiyorum.” (H9),

“Diyalizden çıkınca kendime gelemiyorum.” (H10), ifadeleri ile belirlendi.

HD sonrası bedensel yorgunluk yaşadığını belirten bu hastaların 5’inin 40 yaş üzerinde (34-64 yaş) olması (Bkz. Tablo 4.1), yaş ilerledikçe HD kaynaklı bedensel

yorgunluk şikayetinin daha fazla görülebileceğine işaret etmekle birlikte; yaşı 65 olan hastanın (H8) (Bkz. Tablo 4.1) bedensel yorgunluk yaşadığını ifade etmemesi; 65 yaş ve üzerindeki hastaların SDBY ile ilişkili fiziksel bulgu ifade etme oranının düşük olduğunu belirten çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Kronik fiziksel hastalıklara, ruhsal hastalıkların eşlik ettiği, bu olgularda yeti yitimi ve işlevsellik kaybı düzeyinin yüksek olduğu, özellikle depresif bozuklukların klinik gidişi olumsuz etkilediği, yaşam kalitesini azalttığı bilinmektedir (111, 134). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda, HD hastalarının sosyal ve psikolojik durumlarının iyi olmadığı, psikolojik yardım almaları gerektiği belirtilmektedir (25, 135). Kim ve Evangelista (109), HD hastalarının, kronik ve uzun süreli bir hastalığa sahip olma nedeniyle kızgınlık ve öfke yaşadıklarını belirlemiştir. Öztürk ve ark. (25) da, HD hastalarında sık görülen depresyonun, hemodiyaliz yeterlilik göstergeleri olan kan basıncı, diyalizler arası sıvı artışı, serum albümin konsantrasyonu gibi parametreleri olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Benzer çalışmalarda da; psikiyatrik tedavi gören, içe kapanık/mutsuz HD hastalarının, tedavi uyumunun, özellikle sıvı kısıtlamasına uyum puan ortalamasının anlamlı oranda düşük olduğu belirlenmiştir (24, 135). Depresyonun SDBY hastalarının ilaç tedavisine uyumunda önemli bir belirleyici olduğu, depresyon derinleştikçe uyumun azaldığı; depresif HD hastalarının daha fazla yorgunluk, anksiyete deneyimlediği, intihar düşüncesinin daha fazla olduğu ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da çalışmalarla ortaya konmuştur (110, 111, 136). Araştırmada,

“Hepsi sıkıntı. Stres” (H2),

“Biraz stres, biraz sıkıntı, biraz hüznün.”(H5),

“ Stres çok kötü. İşten ayrıldıktan sonra 3-4 ay kendime gelemedim” (H6),

“Hep düşünmek zorundasın bu hastalığı. Psikolojik olarak da bunlar etkiliyor. Stres yaşıyoruz.” (H7),

“Üzülmemek lazım bu hastalıkta.....tansiyon çıkıyor, ama üzüliyorsun hastalığa yapacak bir şey yok.” (H9),

“Önceki hayatımdan daha sinirli biri oldum.” (H10), ifadeleri ile hastaların çoğunluğunun (6 hasta), hastalık ve HD’in psikolojik etkisini belirtmesi, HD kaynaklı stres, öfke gibi psikolojik bulguların sık görüldüğünü belirten çalışma bulgularını desteklemektedir. Araştırmada, literatürden farklı olarak, hastalık ve

tedavi nedeniyle stres yaşadıklarını, yaşantılarının olumsuz etkilendiğini belirten hastaların hiçbirinin, sıvı/diyet ve ilaç tedavisine uyum sorunundan bahsetmediği, intihar düşüncesini dile getirmediği belirlendi. Bu farkın; hastaların duygularını ve bu duyguların neden olduğu etkileri ifade etmelerine olanak sağlayacak yeterlilikte sorularla yönlendirilememiş olmasından veya hastalarda depresyon gelişmemiş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmalar, hastalığın sonuçlarını ve bu hastalıkla nasıl yaşanılacağını bilmemenin, HD hastalarında kontrol kaybına, gelecekle ilgili belirsizliğe ve strese neden olduğunu ortaya koymuştur (124, 128, 129, 137). Öztürk ve ark. (25), HD hastalarının %39,7'sinin geleceğe dair hiçbir beklenti ve ümitlerinin olmadığını, %44,7'sinin, kendini hasta/sakat birisi olarak gördüğünü saptamıştır. Benzer şekilde, Mutlu (131), HD hastalarının çoğunluğunun (%80,4) ölümü değişik sıklıklarda düşündüklerini, %47'sinin gelecekle ilgili kaygı yaşadığını belirlemiştir (131). Krespi ve ark. (138)'nin HD hastaları ile yaptıkları çalışmada ise, hastaların *“Kendime güvenimi kaybettim, gelecekle ilgili korkularım var, ileriye baktığım zaman her şeyin daha da kötüleştiğini görebiliyorum”*; *“Bazen intihar edecektim gibi hissediyorsunuz. Ne yapmanız gerektiğini bilmiyorsunuz. Kendimi çok yalnız hissediyorum.”*, ifadeleri ile yaşadıkları umutsuzluğu dile getirdikleri belirlenmiştir. HD hastaları ile yapılan diğer bir çalışmada da, hastaların yaşadığı sorunları kendi hastalığının belirtisi olarak görme, hastalığını anlayabilme, hastalığın seyrini kavrayabilme ve duygusal olarak hastalığa anlam verebilme seviyeleri arttıkça, kişisel kontrol azaldıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı, bulunmuştur (130). Davison (139), *“Önümüzdeki bir yıl sonunda kendinizi nasıl görüyorsunuz?”* sorusuna, SDBY olan hastaların %52,1'inin *“değişim yok”*, %17,9'unun *“kötüleşeceğim”* cevabını verdiğini belirlemiştir. Benzer şekilde, araştırmada 6 hastanın,

“Hayatının yüzde sekseni yok. Böyle yaşamak zorundayım.....” (H2),

“Bu hastalıktan nasıl kurtulabilirim diye düşünüyorum ama öyle de birşey yok zaten.” (H3),

“Ne yapayım. yapacak birşey yok. Diyalize düşmüşsün bir kere. Nakil olmazsa çözüm yok ki. Gidebildiği yere kadar böyle gidecek.” (H4),

“En son süre ölüm. Nakil olunmazsa sonumuz kötü.” (H7),

“Bu iş nereye kadar giderse. Böyle gittiği yere kadar.” (H8),

“Eskisi gibi olamıyorsunuz...Kalan ömrümüzde bu hastalığı çekecez.” (H10), ifadeleri ile hastalık ve HD kaynaklı yaşadıkları umutsuzluğu dile getirmesi; hastalık ve HD’in gelecekle ilgili belirsizliğe ve strese, gelecek kaygısına, ölüm düşüncesine neden olduğunu belirten çalışma bulgularını desteklemektedir. Umutsuzluk ifade eden hastaların çoğunluğunun 40 yaş üstünde olması, HD tedavi sürelerinin 6-10 yıl aralığında olması ve çalışmıyor olması (Bkz. Tablo 4.1, Tablo 4.2); ileri yaşın, HD süresinin ve bir işte çalışıyor olmamanın, umutsuzluk gelişiminde etkili olabileceğini düşündürdü.

5.2. İş ve Sosyal Yaşamın Etkilenmesine İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Bireylerin iş, aile ve sosyal yaşamı ile ilgili rolleri, neredeyse kişinin tüm yaşamını kontrol eden sorumlulukları da beraberinde getiren önemli rollerdir (140). Birey açısından sosyal tehdit yaratan, uzun süreli gözlem ve koruma gerektiren, beden imajında değişikliklere yol açan kronik hastalıklar, beraberinde getirdiği sorunlar ve tedavi süreci, bireylerin bağımsızlıklarını, yaşam biçimlerini, kendilerine ve diğer insanlara yönelik algılarını etkileyebilmektedir (48, 60).

Haftanın belirli günleri mutlaka diyalize girmek zorunda olan HD hastalarının tedavi süreci, yaşam tarzında yapmak zorunda oldukları değişiklikler, kullanmak zorunda oldukları ilaçlar, bu bireylerin iş ve sosyal yaşamlarını, dolayısıyla da tedaviye uyumlarını etkilemektedir (19, 60). Araştırmada, HD’in, hastaların iş ve sosyal yaşamını etkilediği, iş ve sosyal yaşamda oluşan değişikliklerin ve sorunların da tedaviye uyumu etkilediği belirlendi. Yapılan görüşmeler, makineye bağımlılık, fiziksel sınırlılık, ev ortamı dışında beslenme sıkıntısı, sosyal izolasyon ve maddi durumun, iş ve sosyal yaşamı etkilediğini ortaya çıkardı.

Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalar, hastaların çoğunluğunun (%54,4-80,4) seyahate çıkma, tatil için yer ve zaman sınırlaması, hastaneye sık gelme zorunluluğu ve HD makinesine bağımlılık (%75) nedeniyle stres yaşadığını ortaya koymuştur (128, 137, 141). Mutlu (131), HD hastalarının %87,0’sinin tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı olduklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Krespi ve ark. (138) da, *“Dünyada birçok yere seyahat ettim; ama şimdi olduğum yerden ayrılamıyorum.”*; *“Her yıl yurt dışına giderdim ama şimdi haftada 3 defa diyalize*

girmek için çok fazla ayarlamalar yapmak zorunda kalıyorum.” ifadeleri ile HD hastalarının diyaliz merkezine yakın olma zorunluluğu nedeniyle yaşadıkları kısıtlamayı ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmalara benzer şekilde araştırmada, hastaların yarısı (5 hasta);

“Gideceğim yerde diyaliz var mı diye araştırmak zorundayım” (H2),

“Haftada 3-4 gün buraya gelmek zorundasın.Bir çok şey elimizden alınıyor. Gittiğin yerde diyaliz merkezi olmalı.” (H3),

“Makineye bağımlısın bu hastalıkta..... haftada üç gün buradayız.” (H7),

“Haftada üç gününü buraya harcamak.....İşlerimiz hep yarım kalıyor.” (H8),

“Haftada üç gün zaten buraya geliyorum”. (H10), ifadeleri ile diyaliz makinesine bağımlı olmanın, haftayı kısıtladığını, tedavide geçen sürenin iş ve sosyal yaşamı etkilediğini belirtti. Makineye bağımlı olmaktan şikayet eden hastaların 4'ünün HD süresinin 6-10 yıl arasında olduğu belirlendi (Bkz. Tablo 4.2). Uzun yıllardır HD tedavisi alan hastaların, diyaliz makinesine bağımlılıktan şikayet oranlarının daha yüksek olmasının; uygulanan tedaviye rağmen hiçbir iyileşme olmamasından ve yaşam kalitesinin zamanla daha da azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların çoğunluğunun (%62-75,9) fiziksel aktivitelerde kısıtlılık yaşadığı, işlevsel performansın azaldığı, bu kısıtlılıkların hastalarda strese neden olduğu, tedavi uyumunu etkilediği bilinmektedir (126, 128, 129, 142, 143). Krespi ve ark. (138), *“Eskiden aktif bir insandım, şimdi ise çocukları okula bırakıp, almak bile beni nefes nefese bırakıyor. Daha önce yapabildiklerimi artık yapamıyorum. Kısa sürede yoruluyorum. Eskiden sık sık araba kullanırdım, şimdi ise kullanamıyorum.”* ifadeleri ile HD hastalarının daha önce yapabildikleri aktiviteleri yapamadıklarını, bu yetersizliğin hastaları olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Benzer şekilde, bir araştırmada da, HD hastasının, *“Aileme yardımcı olamıyorum, kendimi çok yararsız hissediyorum.”* ifadeleri ile tedavi sonrası değersizlik yaşadığını dile getirdiği belirlenmiştir (124). Araştırmada hastaların çoğunluğunun (7 hasta),

“Önceden futbol oynardım. Onu yapamıyorum mesela. İstedğim yere gidemiyorum, gezemiyorum.” (H2),

“İstediğin gibi gezemiyorsun. Yapılması gereken işler var evde örneğin odun kesilecek, bunları yapamıyorsun.” (H3),

“ Hiç bir iş yapamıyorum. Çok çalışırdım...şimdi çalışamıyorum.” (H4),

“Mesela çalışamıyorum. İşten ayrıldıktan sonra çok etkilendim.” (H6),

“Sıcakta filan yol yürüyemiyoruz.” (H7),

“Hastalık her işimi engelliyor. Hiç bir iş yapamıyorum. Hiç bir işe yaramıyorum evde.” (H9),

“Her işimi engelliyor.” (H10), ifadeleri, bu çalışmalara benzer şekilde HD hastalarının fiziksel aktivitelerde kısıtlama yaşadığını, bu kısıtlamaların iş ve sosyal yaşamlarını, aile içindeki rollerini olumsuz olarak etkilediğini ortaya koydu. HD kaynaklı fiziksel sınırlılık belirten hastaların çoğunluğunun (6 hasta) HD süresinin 6-10 yıl arasında olması, herhangi bir işte çalışmaması, 18 yaşındaki ve 65 yaşındaki hastaların fiziksel kısıtlılık belirtmemesi (Bkz. Tablo 4.2); üretken dönemde olan, aile geçindirme, evdeki işleri yapma gibi sorumluluğu olan hastaların, HD kaynaklı fiziksel kısıtlamalardan daha fazla rahatsızlık duyduğuna işaret etmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tedavisinde, özel diyetlere gereksinim duyulması, hastalar ve aileleri için sorun oluşturmaktadır. Hastaların, bazı beslenme alışkanlıklarından vazgeçmeleri gerekebilmektedir (144). Uymak zorunda oldukları özel diyetler, hastaların günlük yaşamda çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Boothby ve Salmon (145) yaptıkları çalışmada, HD hastalarının beslenme ile ilgili yaşadıkları sıkıntıları, *“Doğum günümde kızım benim için büyük bir parti hazırlamıştı. Masada birçok yemek vardı. Sadece bir parça kaburga yedim. Küçük bir içki içtim. Her zaman diyetle bağlı kalamazsın, az çok uyuyorsun. Konserve hiçbir şey yiyemiyorsun.”* ifadeleri ile dile getirdiğini belirlemiştir. Benzer şekilde araştırmada, hastaların 6’sı;

“Dışarıda istediğim gibi yemek yiyemiyorum.” (H1),

“Gittiğin yerde yemek ikram ettiklerinde sıkıntılı yiyorsun.... yemekler benim yiyebileceğim yemeklerden değil. Midem rahatsız diyorum.”(H2),

“Herkes yiyip içiyor ama sen katılamıyorsun.”(H3),

“Esnaf olduğumuz için....öğlen....dışarıda yemek yiyoruz.....yaşamak kolay değil.”(H5),

“Bir lokantaya girip istediğinizi yiyemezsiniz.” (H7),

“Dışarıda ikram edilen bir şeyi geri çeviremiyorsun.” (H9), cümleleri ile, HT ve HD nedeniyle uymak zorunda oldukları özel diyetin, kendi evleri dışında beslenme sorunu yaşamalarına neden olduğunu, bu sorunun iş ve sosyal yaşamlarını etkilediğini ifade etti. Ev ortamı dışında beslenme sorunu yaşayan hastaların çoğunluğunun HD tedavi süresinin 6-10 yıl; bir hasta hariç diğerlerinin HT süresinin 3-10 yıl aralığında olması (Bkz. Tablo 4.2); uzun yıllar geçmesine rağmen hastaların önerilen diyetle uyumda sorun yaşadığını veya yıllardır diyet yapmanın bıkkınlığa neden olduğunu düşündürdü.

Yapılan çalışmalar, HD tedavisi uygulanan hastaların %57,8’inin sosyal yaşamının kısıtlandığını, %86,3’ünün çalışma hayatından uzak kaldığını, %59’unun yakın arkadaş ve akrabaları ile ilişkisinin azaldığını, %12,8’inin yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kaldığını ortaya çıkarmıştır (129, 131, 141). Boothby ve Salmon (145) tarafından yapılan çalışmada, bir HD hastası, *“Sosyal hayatın yok. Kokteyl partilerine ve akşam yemeklerine gidemiyorum. Bana ne servis edeceklerini bilemiyorum, çok tuzlu da olabilir. O yüzden bütün bunlardan kaçınıyorum.”* cümleleri ile, HD’in ve neden olduğu kısıtlamaların sosyal yaşamını etkilediğini belirtmiştir. Araştırmada hastaların yarısının (5 hasta);

“Kalabalığa girmemeye çalışıyorum.” (H3),

“Toplum içine girerken çok sıkıntı yaşadım.” (H6),

“Herkesin gittiği yerlere gidemezsin.” (H7),

“Ne düşünlere gidebiliyorum, ne kalabalığa girebiliyorum.” (H9),

“Sosyal yaşam diye bir şey kalmadı. Tamamen eve kapandım.” (H10), ifadeleri, HD tedavisinin hastaların toplumdan uzaklaşmasına, sosyal izolasyona neden olduğunu ve sosyal yaşamı olumsuz etkilediğini gösterdi. Bu bulgular, HD’in sosyal yaşamı olumsuz etkilediğini belirten çalışma bulgularını desteklemektedir.

Birçok HD hastası, tedavi sürecinde işlerinden ayrılmak zorunda kalmakta ve maddi sorunlar yaşamaktadır. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ), HD hastalarının yoksulluk sınırında olduğunu açıklamıştır (131). Yapılan çalışmalar, HD hastalarının %58,2’sinin gelirlerinin giderlerini karşılamadığını, gelir düzeyinin kötü olduğunu, hastaların çoğunluğunun (%83,8) çalışmadığını ve %82,1’inin diyaliz merkezine kendi imkanları ile geldiğini ortaya koymuştur (146, 147). Benzer çalışmalarda da, HD sonrası hastaların %23,9’unun işsiz kaldığı ve %43’ünün hiçbir

maddi destek almadığı belirlenmiş (131), çalışmayan ve gelir düzeyi düşük olan hastaların öz-bakım güçlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (147). Boothby ve Salmon (145), HD hastaları ile yaptıkları çalışmada, özel diyetlerin maliyetinin yüksek olduğunu, maddi sıkıntının tedavinin gerektirdiği kısıtlamalara uyumu zorlaştırdığını saptamıştır. Benzer şekilde araştırmada,

“Para kazanmak gibi bir şeyim yok artık.” (H4),

“Ekonomik sıkıntılar da çok önemli.” (H5),

“Kendi imkanlarımızla gelmemiz çok zor.” (H6),

“Çalışamadığımız için parasal yönden çok zorluk çekiyoruz.” (H7), ifadeleri ile hastaların 4’ü HD tedavisinin iş yaşamını, dolayısıyla da maddi durumu olumsuz etkilediğini belirtti. Gelirinin giderinden az olduğunu ve çalışmadığını belirten, çekirdek aileye sahip hastalardan 4’ünün (Bkz. Tablo 4.2), maddi sıkıntıyı dile getirmemesinin; HD ve HT tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanmasından ve hastaların yaşam standardının düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

5.3. Başetmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Başetme, bireyin kaynaklarını zorlayan, tehdit eden ya da stres yaratan hastalık gibi sorunlarla uğraşmak, çevreden gelen talep ve değişikliklere uyum sağlamak için kişinin bilinçli veya bilinç dışı ortaya koyduğu bilişsel, duygusal ve davranışsal stratejilerdir (127, 148-152). Etkili başetme, ruh ve beden sağlığını korumak, nitelikli bir yaşam sürdürebilmek için gereklidir (153). Yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çeşitli etkenler, bireysel başetme yöntemlerini etkilemektedir. Başetme yöntemlerinden, sorun çözmeye yönelik yöntemler, sorunun kaynağına, duygusal odaklı yöntemler ise, sorunun yol açtığı duygusal etkiye odaklanır (151). Yeh ve Chou (154), HD hastalarının sorun odaklı başetme yerine daha çok duygusal odaklı başetme yöntemlerini kullandığını belirlemiştir. Aynı çalışmada, diyaliz süresinin ve sıvı/diyet kısıtlamalarının başetme stratejilerini etkilediği de bulunmuştur. Araştırmada, sosyal destek varlığı, kabullenme, önemsiz görme ve dikkati başka yöne kaydırmanın, hipertansif HD hastalarının kullandığı başetme yöntemleri olduğu; hastalık ve neden olduğu sorunlarla başetme becerisinin tedaviye uyumu etkilediği belirlendi.

Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalar, yalnızca aile içindeki değil, aile dışındaki sosyal ilişkilerin de kişilerin psikolojik durumlarını önemli derecede etkilediğini, çaresizlik ve umutsuzluk duygusunu azalttığını ve sorunlarla başetme gücü kazandırdığını; sosyal desteğin ve sosyal çevrenin yaşam kalitesini etkilediğini ortaya çıkarmıştır (25, 108, 130, 155). Yapılan bir çalışma, dini tutumların HD hastaları için olumlu bir başetme yöntemi olduğunu, dini inancın hastaların maneviyatını güçlendirdiğini; sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının diyetle uyumu artırdığını, depresyonu azalttığını göstermiştir (156). Aile desteği olmayan HD hastalarının diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum düzeylerinin (24); aile desteği olanların ise psikiyatrik yardım gereksiniminin anlamlı oranda düşük olduğu da saptanmıştır (25). Boothby ve Salmon (145), *“Arkadaşlar, en basitinden sıvı kısıtlamasını anlamıyorlar. Onları inandırmak çok zor. Hadi canım bir içki al diyorlar.”* diyen bir HD hastası için, sosyal ortamda görüşülen kişilerin anlayışının, tedaviye uyumda önemli olduğunu belirlemiştir. Benzer bir çalışmada da *“Kızım hayatımı kurtarıyor. Geliyor ve benim için her şeyi yapıyor”; “Karım bir gün oluyor benden nefret ediyor, başka gün ise beni seviyor. Üzüliyor ama senin hemşiren değilim diyor.”* ifadeleri ile HD hastalarının, HD ve hastalıkla baş etmede aile desteğinin önemini dile getirdikleri belirlenmiştir (138). Davison (139), SDBY hastalarının %89’unun sosyal ve duygusal destek için aile ve arkadaşlarına, %55,3’ünün hekime ve %51,4’ünün hemşireye güvendiğini belirlemiş; diğer bir çalışmasında da, HD hastasının, yalnızlığın neden olduğu hissi, *“Hayatımda konuşabileceğim biri eksik. Sadece dinlemenin bile iyi bir yardım olabileceğini kimse bilmiyor. Öfkemi ve aldığım kararları paylaşmak için birine ihtiyaç duyuyorum. Yalnız kaldığım zaman ölmekten korkuyorum.”* ifadesi ile dile getirdiğini saptamıştır (155). Bu çalışmalardan farklı olarak, Özer ve ark. (146), sosyal desteğe sahip olan ve olmayan HD hastalarının umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını; destek ve yardım alan hastaların bu durumu acizlik olarak gördüğünü bulmuştur. Araştırmada 4 hastanın,

“Annem benim için bana uygun yemek yapıyor.” (H1),

“Çevremde dediğini yaptıran saygı gören biriyim. Bu değişmedi hastalıktan sonra. O yüzden kendimi bir zavallı gibi görmüyorum.” (H2),

“Aileden yöne bir sıkıntım yok.” (H4),

“Çocuklarımla aramı da etkiledi. Huzurlu bir yaşamım olmuyor.” (H5), ifadeleri sosyal destek varlığının, hastalığı kabullenme ve hastalıkla başetme durumlarını etkilediğini belirten çalışma bulgularını desteklemekte; sosyal destek varlığının umutsuzluk durumunu etkilemediğini, sosyal destek gören hastaların bu durumu acizlik olarak gördüğünü belirten çalışma bulgusundan farklılık göstermektedir. Araştırmada, hastaların çoğunluğunun, hastalık ve tedavi sürecine uyumlarında sosyal destek ve aile desteğinin varlığının veya yokluğunun etkisinden bahsetmemesinin; bu hastaların hastalık ve tedaviye uyumda destek sistemlerinin önemini bilmemesinden veya yük olduklarını düşündükleri için böyle bir beklentilerinin olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmalarda, HD hastalarının %13,7’sinin hastalıklarını kabullenmedikleri; günlük yaşamı etkileyen kısıtlamaların, engellemelerin, uyum güçlükleri ve çatışmaların, fiziksel sorunların, hastalığı ve HD’i kabullenmemede etkili olduğu saptanmıştır (131, 154). Farklı bir çalışmada ise, HD hastalarının *“İnsanların durumları benimkinden daha kötü, bu olaya nasıl baktığınla ilgili. İyi günlerin olması için kötü günlerde geçirmek gerekir; buna dayanmak zorundasın.”* ifadeleri ile hastalığı ve tedavi sürecini kabullendikleri belirlenmiştir (157). Bir çalışmada da, HD hastasının, bu hastalıkla yaşamı kabullenmesinde eski yaşamını sürdürme imkanı sağlanmasının etkili olacağını, *“Diyalizle yaşamak istiyorum. Normal bir hayat istiyorum. Bağımsız olmak, tekrar çalışmak istiyorum. Kimseye yük olmak sitemiyorum”* ifadeleri ile belirttiği saptanmıştır (124). Benzer şekilde araştırmada sadece 3 hasta,

“Sadece böbreğin çalışmıyor o kadar, başka sıkıntı yok. Moralini yüksek tutacaksın, hemen herşeyin daha kötüsü var, baktım ben yürüyebiliyorum, konuşabiliyorum.” (H2),

“Ben hiç bir şeye karşı gelmem. Allah’tan gelen her şey kabulümüz.” (H4),

“Bu hastalıkta moralinin çok iyi olması lazım. Stresliyim ama zamanla...stresi de yendik.” (H6), cümleleri ile hastalığı ve tedaviyi kabullendiğini, hastalığı ve tedaviyi kabullenmenin, hastalık ve neden olduğu sorunlarla başetmede, günlük yaşamı devam ettirmede önemli olduğunu ifade etti. Araştırmada 7 hastanın, hastalık ve tedaviyi kabullendiğine dair herhangi bir ifadesinin olmaması; neden olduğu fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla; günlük yaşamı, yaşam

kalitesini ve aile içindeki rolleri olumsuz etkileyen KBY'ni ve HD tedavisini kabullenmenin zor olduğunu göstermektedir.

Literatürde, HD tedavisi ve neden olduğu sorunlarla başetmede, hastalığı önemsiz görmenin etkisini ortaya koyan çalışmaya rastlanmadı. Araştırmada 4 hasta,

“Ben çok kafama takmıyorum. Kulaklarım uğuldar bazen tansiyonum yükseldiğinde, belki hap içerim, uyurum yani öyle yani. Bir şey olmuyor bende hani.” (H1),

“İşte yememem gereken bir şeyi yedim şimdi şöyle mi olur böyle mi olur diye düşünmem.” (H2),

“Diyalizi hiç aksatmadım ama tansiyon hapımı almadım mesela. Bir gün sonra aldım tansiyonum yükselince. Çok da fazla birşey olmuyor.” (H5),

“Eskisi gibiyim bir değişiklik yok benim için. İşte ara sıra kana bakıyorlar tahlil yapıyorlar.” (H8), ifadeleri ile, zaman zaman hastalıklarını yok saydıklarını, önemsemediklerini, bazen ilaç tedavilerini aksattıklarını belirtti. Bu hastaların tamamının HT süresinin, 2'sinin (H5,H8) HD süresinin 1-5 yıl aralığında olması (Bkz. Tablo 4.2); yıllar geçmesine rağmen hastaların özellikle, antihipertansif tedaviye ve diyetle uyumda sorun yaşadığını düşündürdü. Tedaviyi aksatan hastaların; antihipertansif ilacı almamalarına rağmen herhangi bir sorun yaşamadıklarını dile getirmeleri, ilaç tedavisini aksatmanın sağlıklarını ve günlük yaşamlarını nasıl etkileyeceğinin, hastalığının kötüleşmesine neden olacağının bilincinde olmadıklarını, bu durumun da tedaviyi önemsemeye neden olduğunu göstermektedir.

Literatürde, HD tedavisi ve neden olduğu sorunlarla başetmede, dikkati başka yöne kaydırmanın etkisini ortaya koyan bir çalışmaya rastlandı. Bu çalışmada, yorgunluk yaşayan HD hastalarının (%70), %7,5'inin yorgunluğun etkileri ile başa çıkmak için dikkati başka yöne kaydırıldığı bulunmuştur (132). Benzer şekilde araştırmada,

“ Meşgul olacağım işler bulmaya çalışıyorum.” (H5),

“Kafamı dağıtmak için gezicem.....bir arkadaşla sohbet edicem.” (H7),

“Evde kendime uğraş bulurum.” (H8),

“Sürekli yürümeye, gezmeye çalışıyorum.” (H10), ifadeleri ile 4 hasta, gezmenin, bir arkadaşla sohbet etmenin, uğraş bulmanın, hastalıklarını düşünmelerini

engellediğini belirtti. Hastaların çoğunluğunun, hastalık ve HD ile başetmede bu yöntemi kullandığını belirtmemesinin nedeni; etkin bir yöntem olduğunu düşünmemeleri veya başetme yöntemlerini ortaya çıkaracak nitelikte soruların sorulamamış olması olabilir.

5.4. Korkuya İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Korku; tehlikeler, bilinmeyen belirsiz şeyler ve bilindiği halde denetlenemeyen durumlar karşısında gösterilen, yaşam tecrübelerinden kaynaklanan, olumsuz ilişki ve yaşantılar sonucu gelişen, hayatta kalmayı sağlayan mantıklı ya da mantık dışı doğal bir yanıttır (158, 159). Kronik hastalıklar ve neden olduğu sorunlar, iyileşmeyen hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, diyet kısıtlamaları gibi faktörler, kronik hastalığı olan bireylerde, gelecek korkusu, ölüm korkusu ve bilinmezlik korkusu gibi korkuların oluşmasına neden olmaktadır. Bu korku ve belirsizliklerin etkin yönetiminde, hastaların ölüm dahil yaşabilecekleri sorunlara hazırlanması, hastalara kendi inaç ve değerlerine uygun bilgi verilmesi, bilgi verirken hasta ile güven ilişkisinin sağlanması önemlidir (155).

Araştırmada, hastaların hasta muamelesi görme, infeksiyon gelişme ve nakil böbreği koruyamama gibi tedaviye uyumu etkileyen korkular yaşadıkları belirlendi.

Davison (155), HD hastalarının gelecekle ilgili korku ve belirsizlik yaşadıklarını; korkularını "*Ölmekten ve diyalizden korkuyorum.*" ifadeleri ile dile getirdiklerini belirlemiştir. Aynı çalışmada, bazı hastaların aileleri tarafından aciz olarak görüldüklerini belirttiği de bulunmuştur. Bargiel-Matusiewicz (160), HD hastalarının; utanma, damgalanma, dedikodu malzemesi olma ve arkadaşlık ilişkilerinin bozulması korkuları nedeniyle hastalıklarını gizlediklerini saptamıştır. Araştırmada 3 hasta,

"Diyaliz hastasıyım..demek istemiyorum. Acınmaktan nefret ederim." (H2),

"Öyle beni çok tanımayanlar hasta olduğumu bilmesin." (H3),

"Hastayım demek çok zoruma gitti." (H6), ifadeleri ile, hasta muamelesi görme, acınma korkusu nedeniyle hastalıklarını sakladıklarını belirtti. Bu hastaların HD tedavi sürelerinin 6-10 yıl aralığında olması (Bkz. Tablo 4.2); uzun yıllardır aynı hastalıkla yaşamalarına rağmen, özellikle yabancı insanlardan hastalıklarını saklama çabası içinde olduklarını, HD hastası olduklarını söylemekten utandıklarını

düşündürdü. Bu hastalardan, hastalık ve HD’i kabullendiklerine dair ifadeleri bulunan 2 hastanın (H2, H6), hastalığını saklama nedeni; iş yerinde/toplumda oluşabilecek ön yargı korkusu olabilir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında, yetersiz beslenme, DM, kardiyovasküler hastalıklar ve enfeksiyon sıklıkla mortaliteye neden olmaktadır (161). Türkiye’de, HD hastalarında Hepatit B oranının %3,9; Hepatit C oranının %8,5 (162); enfeksiyon kaynaklı mortalite oranının ise %8,6 olduğu bildirilmiştir (163). Taş ve ark. (161), KBY hastalarında enfeksiyon kaynaklı mortalite oranının %68,8 olduğunu belirlemiştir. Kalantar-Zadeh ve ark. (164), HD tedavisi alan hastalarda Hepatit C görülme insidansının yüksek olduğunu, Hepatit C ile ilişkili yıllık mortalite oranının %21 olduğunu saptamıştır. Araştırmada sadece 2 hasta,

“Gittiğim diyaliz merkezini, girdiğim makineyi iyi bilmeliyim, küçük bir enfeksiyon kaptığı zaman sıkıntı..” (H2),

“İnfeksiyon korkusu da var.” (H3), ifadeleri diyaliz merkezinden enfeksiyon bulaşma korkusu yaşadığını belirtti. Bu hastalarda korkunun, enfeksiyon bulaşan diyaliz hastaları ile tanışma sonucunda oluştuğu belirlendi. HD ile ilişkili enfeksiyon oranı ve enfeksiyonla ilişkili mortalite oranı yüksek olmasına rağmen, hastaların çoğunluğunun enfeksiyonu bir sorun olarak belirtmiş olmamasının, bu konu hakkında bilgilerinin olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Özer ve ark. (146), böbrek nakli olan hastaların olmayanlara oranla umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Cukor ve ark. (110), HD hastalarının nakil olan hastalara göre daha depresif olduğunu ve ilaç tedavisine uyum oranlarının daha düşük olduğunu; nakil olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Araştırmada 3 hasta,

“Nakile de çok sıcak bakmıyorum, ben o böbreği koruyamam.” (H2),

“Dışardan gelen bir böbrek. Bir sürü sıkıntısı var.” (H3),

“Nakil de çok tehlikeli. O böbreğide herşeyden koruyacaksın.” (H8), cümleleri, nakil sonrası böbreği koruyamama korkusu nedeniyle nakil tedavisine yönelik endişelerini belirtti. Bu bulgular, nakil tedavisinin olumlu sonuçlarını belirten çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, hastaların önceki deneyimler veya yanlış bilgilendirme nedeniyle nakil tedavisine yönelik olumsuz düşünce geliştirmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

5.5. Beklentiye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Beklenti, herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmaktır. Hastaların beklentileri; tıbbi gereksinim ve deneyimler, teknoloji kullanımı, kültürel özellikler, psikolojik durum ve yaşam tarzı gibi etkenlerden etkilenmektedir (165-167).

Araştırmada, hastaların yeni tedavi, nakil, maddi yardım ve eğitim beklentisinin olduğu, beklentinin tedaviye uyumu etkilediği belirlendi.

Literatürde, HD hastalarının yeni/farklı tedavi beklentisinin olduğunu belirten bir çalışmaya rastlandı. Bu çalışmada da, farklı tedavi yöntemleri hakkında fikir sahibi olan, farklı merkezlerde diyalize girmiş olan hastaların tedavi beklentilerinin farklı olduğu belirtilmiş (146); bu tedavilere değinilmemiştir. Araştırmada,

“Diyalizin ilkel olduğunu düşünüyorum...” (H1),

“Ben şöyle bir şey bekliyorum.. şöyle bir madde çıkmış artık diyalize gerek yok gibi..” (H2), ifadeleri ile 2 hasta yeni tedavi beklentisinin olduğunu belirtti. Yeni tedavi beklentisi dile getiren bu hastalardan; diyalizin ilkel olduğunu belirten hastanın 18 yaşında olduğu (Bkz. Tablo 4.1); diyaliz gereksinimini ortadan kaldıracak bir madde beklentisini dile getiren hastanın, HD tedavi süresi en uzun hasta olduğu belirlendi (Bkz. Tablo 4.2). Bu sonuçlar, yaş ve HD tedavi süresinin yeni tedavi beklentisinde etkili olabileceğini göstermektedir. Hastaların çoğunluğunun, HD dışında bir tedavi beklentisinden bahsetmemesinin nedeninin, yaşamak için HD'in gerekli olduğunu düşünmeleri veya HD'i ortadan kaldıracak bir tedavi yönteminin geliştirebileceğine inanmamaları olabileceği düşünüldü.

Öztürk ve ark. (25), HD hastalarının %37,3'ünün böbrek naklinin gerçekleşeceğine inanmadıklarını, yaş ilerledikçe bu oranın arttığını saptamışlardır. Bu çalışmadan farklı olarak Mutlu (131), HD hastalarının %62,5'inin organ nakli beklentisi içinde olduğunu belirlemiştir. Araştırmada, sadece 3 hasta

“Nakil bekliyoruz. İnşallah çıkar.” (H4),

“Nakil bekliyoruz o kadar.” (H7),

“Nereye kadar gidersek. Nakile kadar.” (H8), cümleleri ile, iyileşmek için nakil beklentisi içerisinde olduklarını ifade etti. Nakil beklentisini dile getiren hastaların tümünün 50-65 yaş aralığında (Bkz. Tablo 4.1) olması, yaşla birlikte nakil beklentisinin azalmadığını göstermesi bakımından önemlidir. Hastaların

çoğunluğunun nakil beklentisini ifade etmemesinde; önceki deneyimlerin, nakil böbreği koruyamama korkusunun, umutsuzluğun, sosyal destek yokluğunun etkili olabileceği düşünüldü.

Literatürde, KBY ve HD'in tedavi maliyetinin yüksek olmasının, çalışma hayatının bu hastalıklar nedeniyle etkilenmesinin, maddi sorunlara neden olduğunu belirten çalışmalar (131, 146, 147) bulunmasına rağmen, HD hastalarının maddi yardım beklentisine yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmada,

“Bu hastalığı çekenlere ekonomik yönden yardım edilmeli.” (H7), ifadesi ile 1 hasta maddi yardım beklentisini dile getirdi. Araştırmada; çalışmadığını, gelirinin giderinden az olduğunu bildiren hasta sayısı çoğunlukta olmasına rağmen (Bkz. Tablo 4.1); sadece 1 hastanın hastalıkla ilişkili maddi yardım beklentisi dile getirmesinin nedeni; sağlık kontrollerinin, HD ve HT ilaç tedavisinin, devlet güvencesinde olması olabilir.

Davison (155), HD hastalarının sağlık personelinin hastalık ve tedavi ile ilgili eğitim beklentisi olduğunu, beklentilerini *“Doktor benimle konuşmak istemedi. Sorular sormaya çalıştım beni ciddiye almadı”*; *Hastalıkla başetmek için eğitime ihtiyacımız var.*” ifadeleri ile belirttiğini saptamıştır. Aynı çalışmada, bilgi eksikliğinin ve sorularının yanıtlanmamasının, sağkalım açısından kötü bir prognoza sahip olan HD hastalarının umutsuzluğunu artırdığı da belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada da, bir HD hastasının *“Ne olacak bilmek istiyorum. Sonu hakkında endişe duyuyorum. Hastaneye gitmek için neyin farkında olmalıyım, bunları bilmiyorum”* ifadesi ile eğitim beklentisini dile getirdiğini belirlemiştir (124). Araştırmada 4 hasta,

“Bizim bilmediğimiz, böbrekle ilgili bilmediğimiz bir şeyler anlatılsın.” (H2),

“Sıvı alımı nasıl olmalı mesela o anlatılmalı.” (H5),

“Bilgimiz tam yeterli olmasa da kendimizi idare etmeye çalışıyoruz.” (H6),

“Sadece biz değil sağlıklı insanlar da eğitim almalı. Hiç organ bağıışı yok.” (H10), ifadeleri ile tedaviye ve beslenmeye yönelik eğitim beklentisi olduğunu; organ bağıışının artmasında toplumu bilgilendirmenin etkili olabileceğini belirtti. Bu ifadeler, HD hastalarının eğitim beklentilerini ortaya koyan çalışma bulgularını desteklemektedir.

5.6. Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Hemodiyaliz uygulanan hastaların tedavisinde önemli bir yeri olan diyet ve sıvı kısıtlaması, hastalığın ciddiyetini sürekli hatırlatan, günlük yaşamı etkileyen, hasta ve ailesi için sıkıntı oluşturan önemli bir sorundur. Hastalığın ilerlemesini önlemede, diyet ve sıvı kısıtlama önerilerine uyulması yaşamsal öneme sahiptir. Diyete uyum, uzun süreli diyaliz komplikasyonlarını azaltır, nakil sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve düzeltilmesine yardımcı olur (22, 168, 169). Kalantar-Zadeh ve ark. (169), sıvı tedavisine uymayan ve sıvı tutulumu nedeniyle diyaliz seansları arasında kilo alan ($>1,5$ kilo) HD hastalarının mortalite riskinin yüksek olduğunu saptamıştır. Sıvı/diyet kısıtlamasına uyumu, hastalıkla ilgili, sosyo-ekonomik ve sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörlerin etkilediği saptanmıştır (170).

Araştırmada, sıvı ve beslenmeye yönelik kısıtlamaların hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumunu etkilediği belirlendi.

Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyum sağlamada sorun yaşadığı, bu kısıtlamanın hastaların çoğunluğunda (%55,6) strese neden olduğu, %70-75,3'ünün sıvı ve diyet kısıtlamasına uyumsuzluk nedeniyle yorgunluk yaşadığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (127, 132, 141, 170, 171). Yapılan bir çalışma, 1 yıldan daha kısa süredir diyaliz tedavisi uygulanan hastaların %18,4'ünün, 5 yıl ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi uygulananların ise %36,8'inin sıvı kısıtlamasına uymadığını göstermiştir (25). Benzer çalışmalarda da HD hastalarının %40-95,0'inin sıvı kısıtlamasına uyumsuz olduğu belirlenmiştir (24, 172). Chan ve ark. (20) ise, yaptıkları çalışmada HD hastalarının %48,4'ünün sıvı kısıtlamasına uyumlu olduğunu ifade ettiğini, sadece %24,5'inin sıvı kısıtlamasına uyum gösterdiğinin klinik olarak doğrulandığını belirlemiştir. Kim ve Evangelista (109) ise, HD hastalarının %95'inin sıvı kısıtlamasının öneminin farkında olduğunu, %79,5'inin sıvı kısıtlamasına uyduğunu, %36'sının otokontrolü sağlayamadıkları için sıvı kısıtlamasına uyumda zorluk yaşadığını ifade ettiği belirlemiştir. Araştırmada,

“Şeyde var mesela sıvı kısıtlaması. Bazen şey oluyor çok kilo aldım filan meselesi.” (H1),

“Uymam gereken şeylerden biri sıvıyı az almak. Çok yaşamak istiyorsan” (H3),

“Mesela eskisi gibi su içemem.” (H4), ifadeleri ile sadece 3 hasta sıvı kısıtlamasının kendilerinde yarattığı stresi dile getirdi. Literatürden farklı olarak, hastalardan hiçbiri sıvı tedavisine uymadığını belirtmedi. Bu fark; hastaların sıvı tedavisine uyum sağlaması veya literatürde yer alan bazı çalışmalarda belirtildiği gibi sıvı tedavisini önerildiği şekilde uygulamamasına rağmen, uyguladığını düşünmesinden kaynaklanmış olabilir. Araştırmada, diyaliz seansları arasında kilo takibi yapılmadığı, laboratuvar bulguları izlenmediği için; sıvı tedavisi sorunundan bahsetmeyen hastaların sıvı tedavisine gerçekten uyum sağlayıp sağlamadıkları değerlendirilmedi.

Hemodiyaliz hastalarına önerilen diyet kısıtlamasının hastalarda strese neden olduğu, hastaların %60,7'sinin diyetle uyum sorunu yaşadığı, %63,8'inin yeme alışkanlıklarını değiştiremediği, %57,6'sının sevdiği yiyecekleri yemekten vazgeçemediği; diyetle uyumsuzluk oranının %50-98,3 oranında değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir (24, 40, 109, 127, 131). Yapılan bir çalışma, beslenme eğitimi almasına rağmen HD hastalarının sadece %22,5'inin önerilen diyetle uyduğunu göstermiştir (22). Chan ve ark. (20) ise, yaptıkları çalışmada HD hastalarının %36,2'sinin önerilen diyetle uyduğunu ifade ettiğini, sadece %27,7'sinin diyetle uyum gösterdiğinin klinik olarak doğrulandığını belirlemiştir. Erdem (172), HD hastalarının sadece %5'inin tuzsuz diyetle uyduğunu, diyetle uyanların iki diyaliz arasındaki sürede daha az kilo aldıklarını saptamıştır. Boothby ve Salmon (145), HD hastalarının beslenme kısıtlamalarından dolayı yaşadıkları zorlukları, *“Sanırım en zor kısmı diyet. Sürekli aynı yemekler”*; *“Bazı zamanlarda herkes gibi kaçamak yapıyorsun. Yememen gereken şeyler yiyorsun.”* ifadeleri ile dile getirdiklerini belirlemiştir. Araştırmada, hastaların çoğunluğunun (8 hasta),

“İstediğin gibi yiyip içemiyorsun. Diyeti aştığında sağlığın bozulur.” (H2),

“İstediğin gibi yiyip içemiyorsun. .. en büyük zorluğu diyeti zaten.” (H3),

“İstediğim yemeği yiyemiyorum.” (H4),

“Tuzsuz beslenmeye filan kendimizi alıştıramadık.” (H6),

“Bazı yiyecekleri, içecekleri yerken dikkatli olmak gerekiyor.” (H7),

“Diyetime uymaya çalışırım, ama bazen kaçırdığımız oluyor tabi.” (H8),

“Tuzsuz yiyemiyorum.” (H9),

“Yemeklerde fazla kaçırıyorum.” (H10), ifadeleri ile önerilen diyetle uyumla ilgili yaşadıkları sıkıntıyı, zaman zaman diyeti bozmak durumunda kaldıklarını belirtmesi; HD hastalarının diyetle uyum sorunu yaşadığını belirten çalışma bulgularını desteklemektedir.

5.7. Eğitim/Bilgi Edinmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Bireylerin yaşam kalitesini korumak, yükseltmek, olası komplikasyonları önlemek, öz bakım gücünü yükseltmek, birey ve ailenin hastalığa uyumunu sağlamak için eğitim önemlidir (173, 174). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kurtulabilmeleri, tedavi ve bakımlarına katılabilmeleri, stresörlerle etkin baş edebilmeleri için hasta eğitimi yapılmalıdır (141, 175). Hasta eğitimi; bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgilenmesi; hastalığı ya da sorunlarıyla baş edebilmesi, tedavi ve uygulamalara yardımcı olabilmesi, gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi gibi pek çok konuda yarar sağlamaktadır (176-180). Bilgi verirken, hastaların anlayabileceği ifadelerin kullanılması önemlidir. Davison (155), HD hastalarının, bilgilendirme sırasında anlaşılmayan ifadeler kullanılmasının kendilerinde yarattıkları hissi, *“Neden bahsettiklerini bilmiyorum, teknoloji çok hızlı ilerliyor, anlamakta zorluk çekiyorum.”* cümleleri ile dile getirdiğini belirlemiştir.

Araştırmada, hastaların, sosyal öğrenme, sağlık personelinin öğrenme ve deneyimle/zamanla kendi kendine öğrenme ile hastalık ve tedaviye yönelik bilgi edindikleri, eğitim alma/bilgilenme durumunun tedaviye uyumu etkilediği belirlendi.

Literatürde, HD hastalarının sosyal öğrenme yoluyla hastalık ve tedavi hakkında bilgilendiğini belirten bir çalışmaya rastlandı. Çalışmada, HD hastalarının %74,5'inin hastalıklarına ilişkin herhangi bir bilgi almadıkları, bilgi alanların %1,2'sinin arkadaş veya basın yoluyla bilgilendiğini ifade ettiği belirlenmiştir (130). Araştırmada 3 hasta,

“Birkaç bir şey okudum yani buraya gelen dergilerden filan.” (H1),

“Bazen arkadaşlar arasında da konuşuyoruz. Daha uzun süredir gelenler var. Deneyim de önemli. Onlara da danışıyorum.” (H5),

“Onbeş yıldır gelenler var buraya. onlardan da bilgi alarak eğitiyoruz kendimizi.” (H6), ifadeleri ile, literatüre benzer şekilde dergilerden, arkadaşlardan ve diğer hastalardan hastalığı ve HD tedavisi hakkında bilgi aldığını belirtti.

Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumunu artırmada eğitim ve bilgilendirmenin önemli olduğu bilinmesine rağmen, hastaların çoğunluğunun sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediği belirlenmiştir (23-25, 130, 181). Yapılan çalışmalarda, hastalığı hakkında bilgi sahibi olan hastaların sadece %24,3'ünün sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği (130), %42,9'unun hekimden, %5,8'inin hemşireden eğitim aldığı belirlenmiştir (147). Bu çalışmalardan farklı olarak Mutlu (131) çalışmasında, hastaların tamamının hemşire tarafından bilgilendirildiğini ifade ettiğini belirtmiştir. Baraz ve ark. (21) yaptıkları çalışmada, bilgi eksikliğinin HD hastalarında tedaviye uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğunu, görsel eğitim uygulanan hastaların uyumunun daha yüksek olduğunu, eğitim ile sıvı ve diyet uyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Fırat (141), eğitim sonrası HD hastalarının tedaviye uyumunda artma olduğunu, stres düzeyinin azaldığını belirlemiştir. Araştırmada, hastaların çoğunluğu (8 hasta),

“Eğitim almadım. Bilgilendirme yapıyor burda.” (H3),

“Eğitim filan almadım. Doktorlar sürekli bilgilendirme yapıyor.” (H4),

“Eğitim almadım. Doktorlar, hemşireler sürekli bir şeyler anlatıyorlar.” (H5),

“Hiç eğitim almadım. Doktorların söylediklerini yaparak. bilgilendirme şeklinde.” (H6),

“Bursa'da eğitim aldım, Ankara'da eğitim aldım.” (H7),

“Eğitim filan verilmedi. Ama çok şeyler anlattılar. Hemşireler vardı Ankara'da hep risklerini anlattılar.” (H8),

“Doktorlar anlatıyorlar..şunları ye, bunları yeme diye. Hemşireler de söylüyorlar.” (H9),

“Vallahi çok şeyler anlatıldı. Seminerler filan düzenlendi.” (H10), ifadeleri ile kapsamlı bir eğitim almadıklarını, hekimler ve hemşireler tarafından sadece riskler ve beslenmeye yönelik bilgilendirme yapıldığını belirtti. Bu ifadeler, HD hastalarının çoğunluğunun sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediğini belirten çalışma bulgularını desteklemektedir.

Literatürde, HD hastalarının deneyimle/zamanla kendi kendine öğrenme yoluyla hastalık ve tedavi hakkında bilgilendiğini belirten çalışmaya rastlanmadı. Araştırmada,

“Diyalize gide gele kendim öğrendim. Kendi kendime yaşayarak öğrendim yani.” (H1),

“Yedi yıldır çekince bu hastalıkları öğreniyorsun artık. Ne kadar yiyeceğim, ne kadar yemeyeceğim öğreniyorum artık. Kendi kendime ayarlıyorum artık.” (H7), ifadeleri ile 2 hasta, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilerini, sorarak ve yaşayarak, kendi kendine zaman içinde deneyimle öğrendiğini belirtti.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, bunların nedenlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla, 10 HD hastası ile fenomenolojik tipte nitel araştırma olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler bu bölümde sunuldu.

6.1. Araştırma Sonuçları

1. Araştırma kapsamındaki hastaların 9'u erkek, 1'i kadın olup; yaş ortalamaları $48,1 \pm 14,45$ (18-65) yıl, ortalama HD tedavi süreleri $6,4 \pm 3,75$ (1-13) yıl, HT hastalık süreleri ise $5,2 \pm 3,33$ (1-11) yıldır (Bkz. Tablo 4.1, Tablo 4.2).

2. Bireysel derinlemesine görüşme sırasında, tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından yönlendirilen sorulara (EK-2) hastaların verdikleri yanıtların kodlanmasıyla 26 kod oluşturuldu. Bu kodlardan yola çıkılarak 7 kategori: (1) sağlık/hastalık algısı, (2) iş ve sosyal yaşama etki, (3) başetme, (4) korku, (5) beklenti, (6) diyet/sıvı kısıtlaması, (7) eğitim/bilgi edinme; 1 tema (uyumu etkileyen faktörler) belirlendi (Bkz. Şekil 3.1, Şekil 3.2, Tablo 4.3).

2.1. Hemodiyaliz hastalarının tedavi uyumunda etkili olan, sağlık/hastalık algısını, önceki deneyimlerin, hastalığın uzun süreli olmasının, psikolojik etkinin, umutsuzluğun ve bedensel yorgunluğun etkilediği belirlendi. Daha önce hastanede yatma, psikiyatrik tedavi alma, periton diyalizine girme ve yakınına aynı hastalıktan kaybetme deneyimlerinin; HD tedavisinin ömür boyu sürecek bir tedavi olmasının, nakil dışında iyileşme şansı olmamasının; bu hastalıkla yaşamak zorunda olmanın, hastaların 6'sında psikolojik strese ve umutsuzluğa neden olduğu; diyaliz süresi ve sıklığının, diyaliz sonrası oluşan bedensel yorgunluğun hastaların günlük yaşamını olumsuz etkilediği saptandı.

2.2. Hemodiyaliz makinesine bağımlılık, fiziksel sınırlılık, kendi evi dışında beslenme sıkıntısı, sosyal izolasyon ve maddi durumun, iş ve sosyal yaşamı etkileyerek, tedavi uyumunu etkilediği bulundu. Haftanın 3-4 günü HD tedavisi almanın, sadece HD tedavisi uygulanan yerlere seyahat edebilmenin, kataterin bulunduğu kolu dikkatli kullanma zorunluluğunun, maddi sıkıntının hastaları olumsuz etkilediği belirlendi. HD kaynaklı fiziksel sınırlılık yaşayan 7 hastanın, daha önce yapabildiği aktiviteleri yapamadığı, iş yaşamını devam ettiremediği; bu

hastaların çoğunluğunun HD tedavi süresinin 6-10 yıl arasında olduğu saptandı. Benzer şekilde, kendi evi dışında beslenme sıkıntısı yaşadığını belirten hastaların çoğunluğunun da HD tedavi süresinin 6-10 yıl arasında olduğu bulundu.

2.3. Hastaların HD tedavisi ile **başetme** durumlarında, sosyal destek varlığı, kabullenme, hastalığı önemsiz görme ve dikkati hastalık dışında başka yöne kaydırmanın etkili olduğu, aile desteğinin diyet uyumu kolaylaştırdığı belirlendi. Hastalardan bazılarının, moralini yüksek tutma, daha kötü hastalıkların olduğunu düşünme, Allah'tan geldiğini kabul etme, meşgul olabileceği aktiviteler bulma; bazılarının ise hastalığını düşünmeme yaklaşımlarının tedavi uyumunu etkilediği; hastalığını önemsemeyenlerin, özellikle ilaç ve diyet uyumunda sorun yaşadığı belirlendi.

2.4. Toplum içinde hasta muamelesi görme, infeksiyon gelişme, nakil yapılırsa nakledilen böbreği koruyamama korkusu olan hastaların tedavi uyumunda bu **korkuların** etkili olduğu saptandı. İş ve sosyal ortamda hasta olduğunu ifade etme korkusunun, bu ortamlarda teklif edilen besin ya da yiyeceği geri çevirmeyi engellediği; nakledilen böbreği koruyamama korkusunun nakil tedavisini istememeye neden olduğu belirlendi.

2.5. Hastaların, yeni tedavi, böbrek nakli, eğitim ve maddi yardım **beklentilerinin** olduğu, bu beklentilerin tedavi uyumunu etkilediği belirlendi. Diyalizin eski ve ilkel bir tedavi yöntemi olduğunu düşünen hastaların yeni tedavi beklentisinin; böbrek nakli dışında iyileşme şansı olmadığını düşünenlerin nakil beklentisinin; 4 hastanın organ bağışı (topluma yönelik), beslenme ve sıvı alımına yönelik eğitim beklentisinin olduğu saptandı.

2.6. Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle uygulanan **diyet** kısıtlamasının, hastaların çoğunluğunun (8 hasta) günlük yaşamını, HT ve HD tedavisine uyumunu olumsuz olarak etkilediği belirlendi. Hastaların 3'ünün de **sıvı kısıtlaması** nedeniyle stres yaşadığı saptandı.

2.7. Hastalardan çoğunluğunun (7 hasta) sağlık personelinden kapsamlı bir **eğitim** almadığı, hekimler ve hemşireler tarafından sadece riskler ve beslenmeye yönelik bilgilendirildiği; hastaların diğer bilgi edinme yöntemlerinin sosyal öğrenme ve deneyimle zaman içinde kendi kendine öğrenme olduğu belirlendi.

6.1. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Sayıları her geçen gün artan hipertansif HD hastalarına tedavi ve bakım uygulayan sağlık profesyonellerinin, özellikle hemşirelerin, HD tedavisine uyum açısından hastaları değerlendirmesi, uyumsuzluk yaşayan hastalarda uyumu etkileyen faktörleri belirlemesi, yapılacak eğitimler ile hemodiyaliz hastaları ve ailelerinin tedavi uyumunu etkileyen faktörler ve başetme yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi,

- Hipertansif HD hastalarının tedavi uyumunu artırarak, yaşam kalitesini yükseltmek için, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, paylaşımların artırılması için toplantılar/etkinlikler düzenlenmesi,

- Hemodiyaliz hastalarının tedavi uyumunu etkileyen faktörlerden, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara, diyet ve sıvı kısıtlamasına yönelik yapılmış çalışmalar olmasına rağmen, araştırmada belirlenen faktörlerden sağlık/hastalık algısının, iş ve sosyal yaşamın, korkunun, başetme yöntemlerinin, beklentilerin ve eğitimin tedavi uyumunda etkisini belirlemeye odaklanan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu bağlamda, bu faktörlerin etkisini belirlemeye yönelik nicel ve nitel çalışmaların planlanması, önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Yurtsever S.** Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(1): 16-20.
2. **World Health Organization.** (2002). Uluslar arası yaşlanma eylem planı. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf> (18.10.2009).
3. **Türkiye İstatistik Kurumu.** (2014). İstatistiksel tablolar ve dinamik sorgulama: demografik göstergeler. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 (05.05.2014).
4. **Devlet Planlama Teşkilatı.** (2007). Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/Yaslanma_Ulusal_Eylem_Plani.pdf (23.09.2013).
5. **Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2004**; 194-9.
6. **Winearls C, Gray DW.** Böbrek transplantasyonu (K. Serdengeçti K, O. Dikbaş, Çev.), İç: Morris P. Ed. (Ereğ E, Çev. Ed.), Kronik Böbrek Yetmezliği ve Replasman Tedavisi. 4. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **1997**: 26-43
7. **United States Renal Data System.** (2012). Annual data report 2012. <http://www.usrds.org/> (25.09.2013).
8. **Türk Nefroloji Derneği.** (2009). Türkiye'de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon 2009 kayıtları. http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf (23.09.2013).
9. **Seyahi N.** Türk Nefroloji Derneği 2011 yılı Türk böbrek kayıt sistemi raporu. <http://www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf> (23.09.2013).
10. **Thomas-Hawkins C, Zazworsky D.** Self-management of chronic kidney disease: patients shoulder the responsibility for day-to-day management of chronic illness. How can nurses support their autonomy? *AJN*, **2005**; 105(10): 40-8.
11. **Bolton W.** Nephrology nurse practitioners in a collaborative care model. *Am J Kidney Dis*, **1998**; 31(5): 786-93.
12. **Daugirdas J, Todd S.** Diyaliz El Kitabı (Bozfakioğlu S, Çev.). 2. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **1997**: 368-654.
13. **Kara B.** Kronik hemodiyaliz hastalarında stres ve başetme. Doktora Tezi, GATA, Ankara, **2004**.
14. **Erol N.** Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**.
15. **Küçük L.** Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **2005**; 14 (4): 166-170.
16. **Eser E.** Sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birlik Dergisi*, **2006**; 2(1): 6-8.
17. **Günay İ.** Hemodiyalizde sıkı volüm kontrolü ve inflamasyon ilişkisi. Uzmanlık Tezi, *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, Elazığ, **2006**.

18. **Durmaz Akyol A.** Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım. İzmir: Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayınları, **2005**; 113-122.
19. **Kara B.** Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Derg*, **2007**; 132-6.
20. **Chan M, Zalilah MS, Hii ZS.** Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *pLoS One*, **2012**; 7(8): 1-7.
21. **Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E, Broumand B.** Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having hemodialysis. *J Adv Nurs*, **2010**; 66(1): 60-8.
22. **Mutlu G.** Hemodiyaliz hastalarının diyetle uyumları ile kandaki bazı biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2013**.
23. **Öztürk B.** Hemodiyaliz Tedavisini sürdüren hastalarda tedaviye uyumun ve tedavi gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2011**.
24. **Efe D.** Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2012**.
25. **Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E.** Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, **2009**; 31(2): 119-125.
26. **Allen D, Wainwright M, Hutchinson T.** Non-compliance' as illness management: hemodialysis patients' descriptions of adversarial patient-clinician interactions. *Sos Sci Med*, **2011**; 73(1): 129-134.
27. **Hörl MP, Hörl WH.** Hemodialysis-associated hypertension: pathophysiology and therapy. *Am J Kidney Dis*, **2002**; 39(2): 227-44.
28. **Hörl MP, Hörl WH.** Hypertension and dialysis. *Kidney Blood Press Res*, **2003**; 26: 76-81.
29. **Rahman M, Fu P, Sehgal AR, Smith MC.** Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regimen and age are independent predictors of blood pressure in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, **2000**; 35(2): 257-65.
30. **Simona Z, Luciona P.** Hypertension in Hemodialysis Patients, *Academic Search Complete*, **2010**; 6(1): 44-54.
31. **Hörl MP, Hörl WH.** Hypertension and dialysis. *Kidney and Blood Pressure Research*, **2003**; (26): 76-81.
32. **Agarwal R, Nissenson RA, Batlle D, Coyne DW, Trout RJ, Warnock DG.** Prevalence, treatment and control of hypertension in chronic hemodialysis patients in the United States, *Am J Med*, **2003**; 115 (4): 291-97.
33. **Türk Nefroloji Derneği.** (2010). Böbrek sağlığı otobüsü tarama sonuçları 2010. http://tsn.org.tr/folders/file/bobrek_sagligi_otobusu.pdf (23.09.2013).
34. **Ritz E, Strumpf C, Katz F, Wing AJ, Quellhorst E.** Hypertension and cardiovascular risk factors in hemodialyzed diabetic patients. *Hypertension*, **1985**; 7(6): 118-24.
35. **Özcan N, Bulucu F, Ünal MT.** Hipertansiyonun ilaçsız tedavisi. *T Klin Tıp Bilimleri*, 1992; 12: 231-34.

36. **Elliott WJ.** Noncompliance may set the stage for dialysis. *Modern Medicine*, **1995**; 63(7):37.
37. **Katzir Z, Boaz M, Backshi I, Cernes E, Barnea Z, Biro A.** Medication apprehension and compliance among dialysis patients a comprehensive guidance attitude, nephron clinical practice. *Nephron Clin Pract*, **2010**; 114(2): 151-7.
38. **Fagugli RM, Taglioni C, Rossi D, Ricciardi D.** The impact of hypertension in hemodialysis patients. *Curr Hypertens Rev*, **2008**; 4(2): 100-6.
39. **Rocco MV, Yan G, Heyka RJ, Benz R, Cheung AK, HEMO Study Group.** Risk factors for hypertension in chronic hemodialysis patients: baseline data from the HEMO study. *Am J Journal Nephrol*, **2001**; 21: 280-8.
40. **Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E.** Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyet uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 2(4): 93-100.
41. **Loghman-Adham M.** Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care*, **2003**; 9(2): 155-71.
42. **Birol L.** Hemşirelik Süreci. 7. Baskı, İzmir: Etki Matb. Yayıncılık Ltd. Şti, **2005**: 78-82.
43. **Giles S.** Transformations: a phenomenological investigation into the life-world of home haemodialysis. *Soc Work Health Care*, **2003**; 38(2): 29-50.
44. **Tanyi RA, Werner JS, Recine AC, Sperstad RA.** Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J.*, **2006**; 33(5): 532-8.
45. **Landreneau K, Ward-Smith P.** Perceptions of adult patients on hemodialysis concerning choice among renal replacement therapies. *Nephrol Nurs J*, **2007**; 34(5): 513-9.
46. **Giles S.** Struggles between the body and machine: the paradox of living with a home haemodialysis machine. *Soc Work Health Care*, **2005**; 41(2): 19-35.
47. **Fadıloğlu Ç.** Kronik Hastalıklar. II. Ege Dahili Tıp Günleri Kongresi, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2003: 1-34.
48. **Mete H.** Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **2008**; 11 (3): 3-18.
49. **Yeşil A.** Kronik bir hastalık teşhisi alan hastanın bilgilendirilmesinin hasta hakları ve etik açıdan incelenmesi. İç: Kronik Hastaların Bilgilendirilmesi. Bursa Sağlık Müdürlüğü. <http://www.bsm.gov.tr/ruhsagligi/docs/bilgilendirme.pdf> (15.12.2009).
50. **Centersfor Disease Control and Prevention.** Chronic diseases: the leading causes of death and disability in the United States. In: Chronic Diseases and Health Promotion. http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm?s_cid=ostltsdyk_govd_203#sec1 (20.09.2012).
51. **Kılıç M.** Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Prev Med Bull*, **2011**; 10(6): 733-40.
52. **Bilir N.** Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2006**; 25(3): 1-6.
53. **World Health Organization. (2010).** Global status report on communicable diseases 2010, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (20.09.2012).

54. **Koçoğlu G.** Beslenme ve kronik hastalıklar. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*, **1997**; 19(1): 73-9.
55. **World Health Organization. (2005).** Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO Global Report. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (20.03.2011)
56. **Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitoronga C, Beaglehole R.** Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, **2005**; 366: 1667-71.
57. **Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R.** Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, **2005**; 366: 1578-82.
58. **World Health Organization. (2002).** Chronic diseases are the major cause of death and disability worldwide. In: The Impact of Chronic Disease in Turkey, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/turkey.pdf (20.09.2012).
59. **World Health Organization. (2011)** Integrated chronic disease prevention and control. In: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/ (02.04.2011).
60. **Mollaoğlu M.** Kronik hastalıklar ve bakım, kronik hastalıklarda uyum süreci. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2012**: 51-614.
61. **Corbin JM.** The corbin and strauss chronic illness trajectory model: an update. *Sch Ing Nurs Pract*, **1998**; 12(1): 33-41.
62. **İrgil E. (2009).** Kronik hastalıklar epidemiyolojisi. http://halk-sagligi.uludag.edu.tr/ucuncu_sinif_dosyalar/Emel_irgil_zorunlu/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf (15.12.2009).
63. **Özgülnar N.** Değişen yaşam biçimleri, bulaşıcı kronik hastalıklar. İç: İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Birinci Yıl Halk Sağlığına Giriş Ders Notları, **2009**.
64. **Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH.** Does the chronic model serve also as a template for improving prevention. *Milbank Q*, **2001**; 79(4): 579-612.
65. **Cumie SA, Conley VM, Burman ME.** Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *ANS Adv Nurs Sci*, **2004**; 27(1): 70-80.
66. **Norris SL, Glasgow RE, Engelgau MM, O'Connor PJ, McCulloch D.** Chronic disease management. *Dis Manage Health Outcomes*, **2003**; 11(8): 477-88.
67. **Akpolat T, Utaş C.** Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası, **2001**: 11-41.
68. **Yalçın AU, Akpolat T.** Kronik böbrek yetmezliği. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. http://www.tsn.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf (02.01.2013).
69. **Dilek K.** Böbrek hastalıkları. İç: Dolar E. Ed., İç Hastalıkları. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2005: 304-12.
70. **Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G.** Nefroloji El Kitabı. 3. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2000**: 272-73.
71. **Yılmaz C.** İç Hastalıkları. 3. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **1997**: 285.
72. **Erbil Y.** Tanı ve Tedavi: Dahiliye. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2006**: 834-35.

73. **Kovesdy CP.** Significance of hypo and hypernatremia in chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, **2012**; 27(3): 891-8.
74. **Durna Z.** Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2012**: 381-94.
75. **Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).** Kronik Böbrek Hastalığı- Mineral ve Kemik Bozuklukları (KBH-MKB) Tanı, Değerlendirme, Önleme ve Tedavi Klinik Uygulama Klavuzu, **2009**: 1-10.
76. **San A.** Ülkemizde hemodiyaliz tarihçesi. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. http://tsn.org.tr/folders/file/ulkemizde_hemodiyaliz_tarihcesi.pdf (02.01.2013).
77. **Küçük M.** Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Afyonkarahisar, **2008**.
78. **Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS.** Diyaliz El Kitabı (Çev: Bozfakioğlu S.) 3.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2003**.
79. **Koçer MZ.** Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Afyon, **2006**.
80. **Ok E.** Hemodiyaliz işlemi. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_islemi.pdf (02.01.2013).
81. **Evrenkaya R.** Kronik hemodiyaliz uygulananlarda intravasküler sıvı hacmi ve kuru ağırlığın non-invaziv yöntemler ile araştırılması. Yan Dal Uzmanlık Tezi, *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nefroloji Anabilim Dalı*, İstanbul, **1996**.
82. **National Institutes of Health.** The Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. NIH Publication, **2004**.
83. **World Health Organization.** (2013). Q&As on hypertension. <http://www.who.int/features/qa/82/en/> (25.03.2013).
84. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redo'n J, Zanchetti A, Böhm M, et al.** The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, **2013**; 31(7): 1281-1357.
85. **T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi, Ankara, **2010**.
86. **Çakmak HA, Arslan E, Erdine S.** Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, **2009**; 37(17):1-4.
87. **T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.** Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi: hastalık yükü final rapor, 2004: 1-477. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf (25.03.2013).
88. **Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç ve ark.** Türk hipertansiyon prevalans çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, **2003**. http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf (02.11.2010).
89. **Yıldız A.** Hipertansiyon El Kitabı. 1.Baskı, İstanbul: Medya Ofset Yayınları, **2008**.

90. **Öksüz E.** Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sted*, **2004**; 13(3): 99-104.
91. **Ertürk Ş.** Diyaliz hastalarında hipertansiyon. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. http://www.tsn.org.tr/folders/file/diyaliz_hastalarinda_hipertansiyon.pdf (02.01.2013).
92. **Lazarus RS.** Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med*, **1993**; 55(3): 234-47.
93. **Baines LS, Zawada ET, Jindal RM.** Psychosocial profiling: a holistic management tool for non-compliance. *Clin Transplant*, **2005**; 19(1): 38-44.
94. **Bülbül E.** Hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri gözüyle hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**.
95. **Küçük L.** Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve başetme biçimlerine etkisi. Doktora Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2006**.
96. **Polat A.** Düzce ilindeki hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Bolu, **2007**.
97. **Yıldırım A, Şimşek H.** Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 6. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2008**.
98. **Yıldırım A.** Nitel Araştırma Desenleri. 7. Baskı, Ankara: Olgü Bilim, **2008**: 72-75.
99. **Kümbetoğlu B.** Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. İstanbul: Bağlam Yayıncılık, **2008**.
100. **Kuş E.** Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri. 4. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık, **2012**.
101. **Punch KF.** Sosyal Araştırmalara Giriş (Bayrak D, Arslan HB, Akyüz Z, Çev.). 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, **2005**.
102. **Mil B.** Nitel araştırma tekniği olarak görüşme, görüşme tekniği ve araştırmalarda kullanımı. İç: Yüksel A., Mil B., Bilim Y. Eds. Nitel Araştırma: Neden, Nasıl, Niçin. 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, **2007**.
103. **Böke K.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı, İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım, **2009**.
104. **Aksayan S, Emiroğlu O.** Araştırma tasarımı. İç: Erefe İ. Ed. Hemşirelikte Araştırma, İlke Süreç ve Yöntemleri. 1. Baskı, Ankara: Odak Ofset, **2004**: 65-124.
105. **Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E.** Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 2(4): 93-100.
106. **Kara B.** Diyaliz sıvı ve diyet kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **2009**; 12(3): 20-7.
107. **Karabulut EY, Okanlı A.** Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14(4): 25-31.
108. **Rambod M, Rafii F.** Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh*, **2010**; 42(3): 242-9.

109. **Kim Y, Evangelista LS.** Relationship between illness perceptions, treatment adherence and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, **2010**; 37(3): 271-81.
110. **Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmels PL.** Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int.* **2009**; 75(11): 1223-9.
111. **Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C.** Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol*, **2008**; 9 (14): 1-9.
112. **Belek İ.** Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. 1.Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları, **1998**.
113. **Erengin H, Dedeoğlu N.** Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, **1997**; 12(77): 11-16.
114. **Ayrancı Ü.** Eskişehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2005**; 14(5): 113.
115. **Üstün B, Bahar Z, Partlak N, Akgün E, Öztürk M, Malay U.** Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, **2005**; 1(1): 26-33.
116. **Gönülal A.** Yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2005**.
117. **Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F.** Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2013**; 55: 181-7.
118. **Yıldırım NK, Okanlı A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S.** Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*, **2013**; 14: 252-9.
119. **Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S.** Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, **2007**; 8: 271-80.
120. **Covic A, Seica A, Gusbeth-Tatomir P, Gavrilovici O, Goldsmith DJ.** Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, **2004**; 9(8): 2078-83.
121. **Chilcot J, Wellsted D, Farrington K.** Illness perceptions predict survival in haemodialysis patients. *Am J Nephrol*, **2011**; 33: 358-63.
122. **Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, et al.** Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, **2005**; 16: 2487-94.
123. **Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G.** Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, **2013**; 2: 367-87.
124. **Davison SN, Simpson C.** Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ*, **2006**; 333: 886-9.
125. **Yoshioka M, Ishii T, Fukunishi I.** Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*, **1993**; 47(4): 847-51.

126. **Burns D.** Pyhsical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis. *Appl Nurs Res*, **2004**; 17(2); 116-24.
127. **Mok E, Tam B.** Stressors and coping methods among chronic hemodialysis patient in Hong Kong. *J Clin Nurs*, **2001**; (10)4: 503-11.
128. **Çınar S, Barlas GU, Alpar SE.** Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. *Pak J Med Sci*, **2009**; 25(3);447-52.
129. **Lok P.** Stressors coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs*, **1996**; 23(5): 873-81.
130. **Oktay AA.** Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, *Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Şanlıurfa, **2011**.
131. **Mutlu E.** Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Yüksek lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2007**.
132. **Özdemir G.** Hemodiyaliz hastalarına uygulanan refleksolojinin yorgunluk, ağrı ve krampa etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Gaziantep **2011**.
133. **Yurtsever S, Bedük T.** Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 2: 3-12.
134. **Köroğlu G, Tural U.** Yatarak tedavi gören hastalarda tıbbi hastalığa eşlik eden ruhsal bozuklukların görülme sıklığı ve yaşam kalitesi ile işlevsellik üzerine etkileri. *Yeni Symposium Journal*, **2010**; 48(1): 54-62.
135. **Zorlu AE.** Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum 1.eksen psikiyatrik eş-tanımlar ile mizaç ve karakter özelliklerinin tedavi uyumu üzerine etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi, *Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*, **2010**.
136. **Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al.** Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*. **2010**; 51(6): 528.
137. **Güney İ.** Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin mortalite üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, *Selçuk Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı*, Konya, **2007**.
138. **Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P.** Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2008**; 19(4): 365-372.
139. **Davison SN.** End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronickidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, **2010**; 5(2): 195-204.
140. **Güney S.** Açıklamalı Yönetim-Organizasyon ve Örgütsel Davranış Terimler Sözlüğü. 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, **2004**.
141. **Fırat H.** Hemodiyaliz hastalarında uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi. Doktora Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2013**.
142. **Ören B.** Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi , *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**.

143. **Akın S, Taşköprü İ, Özdiilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z.** Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2010**; 7(3): 16-25.
144. **Arslan Y.** Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda beslenme ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2008**.
145. **Boothby MRK, Salmon P.** Öz Yeterlilik ve hemodiyaliz tedavisi: nitel ve nicel bir yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2013**; 24(2): 84-93.
146. **Özer FG, Beydağ KD, Cengiz Ş, Kiper S.** Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(10): 123-36.
147. **İlhan F.** Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2001**.
148. **Gök Ş.** Anksiyete ve depresyonda stresle başa çıkma. Uzmanlık Tezi, *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*, İstanbul, **1995**.
149. **Sever A.** Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması. Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **1997**.
150. **Christensen AJ, Benotsch EG, Wiebe JS, Lawton WJ.** Coping with treatment related stress; effects on patient adherence in hemodialysis. *J Consult Clin Psychol*, **1995**; 63(3): 454-9.
151. **Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H.** COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6: 221-226.
152. **Bottemmley A.** The cancer patient and quality of life. *The Oncologist*, **2002**; 7(2): 120-5.
153. **Esmek M.** Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Konya, **2007**.
154. **Yeh CY, Chou HC.** Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, **2007**; 69(2): 182-90.
155. **Davison SN.** Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: the patient perspective. *Clin J Am Soc Nephrol*. **2006**; 1(5): 1023-8.
156. **Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al.** Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients, *Clin J Am Soc Nephrol*, **2008**; 3(6): 1620-7.
157. **Arıkan Z, Hasanoğlu E, Pınar H, Işık E.** Hemodiyaliz yapılan hastaların hastalıklarını algılayışları ve depresyon. *Gazi Tıp Dergisi*, **1992**; (3): 83-89.
158. **Şehirli N.** Çocuk davranışlarını değerlendirme ölçeği'nin geliştirilmesi ve bazı değişkenlere göre incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2007**.
159. **Karagöz S.** Kronik olan hastalarda ağrının hafifletilmesinde psikolojik yaklaşımlar. *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, İzmir, **1990**.
160. **Bargiel-Matusiewicz K.** Psychological influence on the psychical state of hemodialysis patients. *Journal of Physiology and Pharmacology*, **2006**; 57(4): 33-8.

161. **Taş FS, Cengiz K, Erdem E, Karataş A, Kaya C.** Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde mortalite nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi*, **2011**; 16(3): 120-124.
162. **Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altınparmak MR, Seyahi N.** Türkiye'de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, **2010**.
163. **Süleymanlar G, Altınparmak MR, Trabulus S, Seyahi N.** Türkiye'de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. T.C Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, İstanbul, **2012**.
164. **Kalantar-Zadeh K, Kilpatrick RD, McAllister CJ, Miller LG, Daar ES, Gjertson DW, et al.** Hepatitis C virus and death risk in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, **2007**; 18: 1584-1593.
165. **Yılmaz M.** Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü, hasta memnuniyeti. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5(2): 69-74.
166. **Britten N, Ukoumunne OC, Boulton MG.** Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. *Health Expect*, **2002**; 5(3): 256-69.
167. **Öztürk MM.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bir pilot araştırma. Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı*, İstanbul, **2002**.
168. **Öztürk G.** Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda malnütrisyonun değerlendirilmesine ve beslenme durumlarının saptanmasına yönelik bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2005**.
169. **Kalanter-Zadeh K, Regidor DL, Kovesdy CP, Van Wyck D, Bunnapradist S, Horwich TB, et al.** Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long-term hemodialysis. *Circulation*, **2009**; 119(5): 671-9.
170. **Kugler C, Maeding I, Russell CL.** Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *J Nephrol*, **2011**; 24(3): 366-75.
171. **Christensen AJ.** Patient by treatment context interaction in chronic disease a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom Med*, **2000**; 62(3): 435-43.
172. **Erdem E.** Hemodiyaliz hastalarında sıvı kısıtlamasına uyum, tuz bilgisi ve yiyecek tüketim alışkanlıkları. Uzmanlık Tezi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, Samsun, **2012**.
173. **Fisher L.** Research on the family and cronic disease among adults: major trends and directions. *Families Systems and Health*, **2006**; 24(4): 373-80.
174. **Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M.** Organising care for cronic illness. *BMJ*, **2002**; 325: 92-4.
175. **Wagner E.** The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, **2000**; 320(7234): 569-72.
176. **Aydın ÇF.** Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler. Bilim Uzmanlığı Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2000**.
177. **Özkan S.** Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. 1. Baskı, İstanbul: Bilmedya Grup, **2003**; 275-80.

178. **Candan Y, Özşaker E, Kaymakçı Ş.** Cerrahide hasta eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, **2002**: 371-378.
179. **Mills SA.** Risk factors for cerebral injury and kardiak surgery. *Annals Thoracic Surgery*, **1995**; 59: 1296-1299.
180. **Kayış A.** Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması, I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, İstanbul, **2003**.
181. **Acaray A, Pınar R.** Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2004**; 8 (1): 1-11.

8. EKLER

EK-1: Soru Formu

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, sizlerin diyaliz tedavisine uyum durumlarınızı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Katkı ve katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Seval İLHAN

1. Yaş :
2. Cinsiyet : () Kadın () Erkek
3. Medeni Durum : () Bekar () Evli () Dul () Boşanmış
4. Eğitim Durumu : () Okur yazar değil () Ortaokul Mezunu
() Okur yazar () Lise mezunu
() İlkokul mezunu () Üniversite Mezunu
5. Çalışma Durumu : () Çalışıyor () Çalışmıyor
6. Gelir Durumu : () Gelirim giderimden az
() Gelirim giderime eşit
() Gelirim giderimden çok
7. Ailenin Yapısı : () Çekirdek aile () Geniş aile
8. Hemodiyaliz Tedavi :
Süresi
9. Hipertansiyon Süresi :

EK-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Hastalığınız ve tedaviniz hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Hipertansiyon sizce nasıl bir hastalık, size yaşattığı güçlükler var mı?
3. Böbrek yetmezliği ve hipertansiyon sosyal yaşamınızı nasıl etkiledi?
4. Sizce hastalığa ve tedaviye uyum sağlamak ne demektir?
5. Hastalığınıza uyum sağlama konusunda sorun veya engellerle karşılaşmıyorsunuz?
6. Bu sorunlarla başa çıkmak için ne gibi çözümler buluyorsunuz veya neler yapmaya çalışıyorsunuz?
7. Tedavinin kısıtlamalarına ve sınırlılıklarına uymadığınız oluyor mu?
8. Uyumsuzluk gösterdiğinizde sağlığınıza ilgili yaşadığınız deneyimler nelerdir?
9. Hastalığınızla ilgili hangi konularda eğitim aldınız veya bilgilendirildiniz?
10. Hangi konularda bilgi almanın ve desteklenmenin önemli olduğunu düşünüyorsunuz?

EK-3: Bilgilendirilmiş İzin Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **“Hipertansif Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”**dir. Araştırma 10 hasta ile 3 haftada tamamlanacaktır.

Bu araştırmanın amacı, tansiyonu yüksek olan hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu faktörleri belirlemek amacıyla, size araştırmacı Seval İLHAN tarafından ses kayıt cihazı kullanılarak hastalığınız hakkında bir takım sorular sorulacaktır. Ses kayıt cihazı kullanımı sizin isteğinize bağlıdır. İstememeniz durumunda kullanılmayacak, görüşme sırasında yanıtlarınız araştırmacı tarafından not edilecektir. Öngörülen görüşme süresi yaklaşık 30-45 dk’dır.

Araştırmaya katılım sizin için herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Araştırma sırasında sizi etkileyebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırmaya katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak; sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Katılmayı istemeyebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı, araştırmayı engelleyen durumlar oluştuğunda, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırma sonuçları, bilimsel amaçla sadece bu araştırmada kullanılacak, size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgilerinin gizliliğine özen gösterilecektir. Etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Araştırma ile ilgili ek bilgiler almak için Seval İLHAN’a başvurabilirsiniz. Seval İLHAN, araştırma süresince Salı, Çarşamba ve Perşembe günleri 10:00-16:00 saatleri arasında Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi’nde olacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları

araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi 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 formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Seval İLHAN

Görevi: Hemşire

Adresi: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-4: Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi İzin Belgesi



TURİZM SAĞ. YAT. TİC. A.Ş.

26.10.2011

Sayı : 948
Konu : Anket çalışması h.k.

ABANT İZZET BAYSAL BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE BOLU

İlgi: 24 Ağustos 2011 tarih ve 323 sayılı yazınız.

Okulnuz öğrencilerinden Seval İlhan'ın D-100 karayolu üzeri, Civrıl köy sapağı adresinde faaliyet gösteren Falcon Turizm Sağlık Ticaret A.Ş., Nefro Bolu Diyaliz Merkezimiz'de "Hipertansif olan hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu tez çalışmasında veri toplaması için, merkezimizce izin verilmiş olup, tez çalışmaları gerçekleştirilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımızla

Falcon Turizm Sağlık
ve Ticaret A.Ş.
Civrıl Köyü - BOLU
Bolu V.D. 335 017 1085

NEFRO BOLU HEMODİYALİZ MERKEZİ

Tel.: 0.374 253 43 53 (pbx) E5 Yolu Üzeri Civrıl Köyü Yol Ayrımı BOLU

EK-5: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
AİBÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.ABÜ.0.20.05.04-050.01.04-03
Konu: Kararlar.

13/04/2011

*Sayın: Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN**

A.İ.B.Ü.Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğretim Üyesi

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Nisan 2011 Çarşamba günü saat: 15.00 'de yaptığı toplantısında eksiklikler giderildikten sonra yeniden görüşülmesine karar verilen 2011/42 nolu " *Hipertansif olan Hemodiyaliz hastalarında Tedaviye Uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi*" çalışmanız ilgili hakemin görüşü doğrultusunda yapmış olduğunuz düzeltmelerden sonra çalışmanız etik olarak uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YAZICI
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Abant İzzet Baysal Üniversitesi AİBÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu -414280 Gököy / BOLU
Telefon : 0374 253 45 68 Fax : 0374 253 45 59

* Etik kurul izninin alındığı tarihte, Seval İlhan'ın tez danışmanı Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN olduğu için; etik kurul izni danışman öğretim üyesi adına düzenlenmiştir. 2013 yılında emekli olan Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'ın yerine, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü 15/02/2013 tarihli 2013/03 nolu toplantısında, tez danışmanı olarak Yrd. Doç. Dr. Serpil Yüksel'i atamıştır (Bkz. EK 6, EK 7).

**EK-6: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı
Değişiklik Formu**

A.İ.B.Ü SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ DANIŞMANI / TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK FORMU		
Gönderen	: Hemşirelik.....EABD Başkanlığı	
Öğrencinin Adı Soyadı	: Seval İLHAN.....	
Öğrenci No.	: 2910803.....	
Programı	: Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐	
Mevcut Tez Başlığı	: Hipertansif Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
.....		
.....		
Yeni Tez Başlığı	:	
.....		
.....		
ESKİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN	Emekli Oldu
Ortak Tez Danışmanı		
YENİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Dr.Serpil YÜKSEL	
Ortak Tez Danışmanı		
12.02.2013		
Tarih	Danışman	Anabilim Dalı Başkanı
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI	Tarih: 15 02 2013	Karar No: 2013/21
15 02 2013		Doç. Dr. M. Esra KOCABİLİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü
Tarih		Enstitü Müdürü

Not: Sadece başlık değişirse mevcut başlık ve yeni başlık yazılmalı, sadece danışman değişirse mevcut başlık ve danışmana ilişkin kısımlar doldurulmalıdır.

Bu form iki kopya doldurulacaktır.

**EK-7: Tez Danışman Değişikliğine İlişkin Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurul Kararı**

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 15.02.2013
TOPLANTI SAYISI : 2013/03

Enstitü Yönetim Kurulu 15.02.2013 tarihinde saat 11:00'da Enstitü Müdürü Doç. Dr. Esra KOÇOĞLU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

TOPLANTIYA KATILANLAR: Doç.Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Yrd.Doç.Dr. Mehmet TOSUN
Prof.Dr. Kenan GÜMÜŞTEKİN
Doç.Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
Yrd.Doç.Dr. Orçun TOPTAŞ

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR:

KARAR NO: 2013/21

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı 12.02.2013 tarih ve 2013-03 nolu toplantısında alınan 3 numaralı kararı görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim dalında tez danışmanlığı yürütmekte olan Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN'ın 24.01.2013 tarihinde emekliye ayrılması nedeniyle yürütmekte oldu tez danışmanlıklarının ilgili anabilim dalınca aşağıdaki şekilde değiştirilmesi teklif edilmektedir. Danışman değişikliklerinin teklif edildiği şekli ile uygun olduğuna;

Öğr. No	Öğr. Adı Soyadı	Tez Danışmanı Unvanı, Adı ve Soyadı
2910803	Seval İLHAN	Yrd.Doç.Dr. Serpil YÜKSEL
21010805	Derya BOZTAŞ	Yrd.Doç.Dr. Arzu İLÇE
21010803	Çiğdem KARAGÜLLE	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN
21110801	Dilek UYGUR	Yrd.Doç.Dr. Bedriye AK
21110805	Sultan ÖZEL	Yrd.Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN
21010802	Keziban TÜRKEN GEL	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Oy birliği ile karar verilmiştir.



9. ÖZGEÇMİŞ

Seval İlhan, 07.11.1985 tarihinde Bolu'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Bolu'da tamamladı. 2005 yılında girdiği Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden Haziran 2009'da okul üçüncülüğü derecesi ile mezun oldu. Aynı yıl, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Hemşireliği'nde yüksek lisansa başladı. 2010 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde hemşire olarak göreve başladı. Aynı hastanede ve aynı klinikte halen hemşire olarak çalışmakta ve yüksek lisans öğrenimine devam etmektedir.