

T.C  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Aslı OKTAY

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fügen GÖZ

ŞANLIURFA  
2011

T.C  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Aslı OKTAY

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fügen GÖZ

ŞANLIURFA  
2011

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Ayşe Aslı OKTAY' ın hazırladığı “**Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri**” konulu çalışma, 14/06/2011 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



**Yrd. Doç. Dr. Mustafa GÖZ**  
**Harran Üniversitesi**  
**BAŞKAN**



**Doç. Dr. Fügen GÖZ**  
**Harran Üniversitesi**  
**ÜYE (Danışman)**



**Yrd. Doç. Dr. Esra KARACA ÇİFTÇİ**  
**Harran Üniversitesi**  
**ÜYE**

---

  
**Prof. Dr. Nurten AKSOY**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde çalışma süresince beni motive eden,  
olumlu düşünceleriyle destek veren, değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan,  
tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Fügen GÖZ'e,

Araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesindeki yardımlarından ve motive edici  
desteklerinden dolayı Sayın Öğr.Gör.Miyaser KAYAHAN'a

Araştırmanın veri toplama sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen, her zaman bana  
cesaret veren ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşım  
Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KEKEÇ'e,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca beni her zaman anlayan ve destekleyen, değerli fikirleriyle  
yönlendiren sevgili yüksek lisans arkadaşlarıma,

Çalışma süresince benden yardımlarını esirgemeyip, destek veren Özel Caka Vatan Hastanesi  
Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde beraber çalıştığım tüm  
ekip arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecinde kısa zamanda çok şey paylaştığım, sorularima içtenlikle  
yanıt veren değerli hemodiyaliz hastalarına ve hemodiyaliz ünitelerinde görev  
yapan tüm personele,

Sevgi, hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ablam Merve  
OKUMUŞ'a, kızkardeşim Hatice OKTAY'a, babam Ramazan OKTAY  
ve annem Kadriye OKTAY'a,

Teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
TABLO LİSTESİ .....	v
KISALTMALAR .....	vii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	x
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>5</b>
2.1. Kronik Renal Yetmezlik ile İlgili Genel Bilgiler .....	5
2.1.1. Kronik Renal Yetmezliğin Tanımı .....	5
2.1.2. Kronik Renal Yetmezliğin Etiyolojisi .....	6
2.1.3. Kronik Renal Yetmezliğin Klinik Özellikleri .....	6
2.1.4. Kronik Renal Yetmezlikte Tedavi Yaklaşımları .....	8
2.1.5. Kronik Renal Yetmezlik İçin Hemşirelik Bakımı .....	9
2.2.Hemodiyaliz ile İlgili Genel Bilgiler .....	11
2.2.1. Hemodiyalizin Tanımı .....	11
2.2.2. Hemodiyaliz Tarihçesi .....	12
2.2.3. Hemodiyaliz Endikasyonları .....	13
2.2.3.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları.....	13
2.2.3.2.Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları .....	14
2.2.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları .....	14
2.2.5. Hemodiyalizde Klinik Problemler .....	15
2.2.6.Hemodiyalizde Hemşirelik Yaklaşımları .....	15
2.2.6.1.Arteriovenöz fistül Bakımı .....	17
2.1.6.2.Katater Bakımı .....	18
2.2.6.3.Kardiyovasküler Korunma .....	19

2.2.6.4. Renalosteodistrofinin Önlemesi .....	21
2.2.6.5. Hipotansiyonu Önleme .....	22
2.2.6.6. Anemiyi Önleme .....	24
2.2.6.7. Krampı Önleme .....	25
2.2.6.8. Sıvı Kontrolünün Sağlanması .....	26
2.2.6.9. Diyaliz Hastalarında Beslenme .....	27
2.2.6.10. Enfeksiyonun Engellenmesi .....	29
2.2.6.11. Hemodiyaliz Hastalarında Cinsel Disfonksiyon.....	31
2.2.6.12. Diyaliz Hastalarında Uyku Sorunları .....	33
2.3. Umutsuzluk ile İlgili Genel Bilgiler .....	34
2.3.1. Umutsuzluğun Tanımı .....	34
2.3.2. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk.....	35
2.4. Hastalık Algısı ile İlgili Genel Bilgiler .....	37
2.4.1. Hastalık Algısı Tanımı .....	37
2.4.2. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı .....	38
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>41</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	41
3.2. Araştırmanın Yer ve Özellikleri .....	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.3.1. Örneklem Alınma Kriterleri.....	42
3.4. Veri Toplama Araçları.....	42
3.4.1. Bilgi Formu .....	42
3.4.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	43
3.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği .....	43
3.5. Verilerin Toplanması.....	45
3.6. Verilerin Analizi .....	45
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	45

<b>4.BULGULAR .....</b>	<b>47</b>
4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri, Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bilgileri .....	47
4.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği ile İlgili Bulgular .....	51
4.3. Hastalık Algısı Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	54
4.4. Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi .....	61
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>65</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>78</b>
6.1. Sonuçlar .....	78
6.2.Öneriler.....	81
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>82</b>
<b>8.EKLER</b>	
EK I Hasta Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu	
EK II Beck Umutsuzluk Ölçeği	
EK III Hastalık Algısı Ölçeği	
EK IV Onam Formu	

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1:** Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 2:** Hastaların Cinsiyetlerinin Hemodiyaliz Süresi ve Haftada Girdiği Hemodiyaliz Seansına Göre Dağılımı

**Tablo 3:** Hastaların Hemodiyaliz Dışında Tedavi Gördükleri Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

**Tablo 4:** Hastaların Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Yollarına Göre Durumlarının Dağılımı

**Tablo 5:** Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunlar Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

**Tablo 6:** Hastaların Cinsiyeti ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 7:** Hastaların Yaşları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 8:** Hastaların Hemodiyalize Girdiği Toplam Süre ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyutları ve Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 9:** Hastaların Transplantasyon Öyküsü ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 10:** Hastaların Çocuk Sayısı ve Hastaların Aile Tipi ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 11:** Hastaların Haftada Girdiği Hemodiyaliz Seansı Sayısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

**Tablo 12:** Hastaların Evde Bakım ve Tedavi Sürecine Yardımcı Olabilecek Birilerinin Olması Durumu ve Hastaların Günlük İhtiyaçlarını Tek Başına Karşılama Durumu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 13:** Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı.



**Tablo 14:** Hastaların Hemodiyalize Girdiği Toplam Süreye Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı

**Tablo 15:** Hastaların Eğitim Düzeyi ve Mesleği ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 16:** Hastaların Transplantasyon Öyküsü ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 17:**Hastaların Cinsiyeti ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 18:** Hastaların Yaşları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 19:** Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenlerinin Yüzdelik Dağılımı

**Tablo 20:** Hastaların Hastalık Hakkında Eğitim Alma Düzeyleri ve Kimden Eğitim Aldıkları İle Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 21:** Hastaların Yaşadıkları Yer ve Aile Tipi İle Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 22:** Hastaların Hastalığa Neden Olarak Gördükleri Faktörlere (Psikolojik Atıflar) Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 23:** Hastaların Hastalığa Neden Olarak Gördükleri Faktörlere (Risk Faktörleri) Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo24:**Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

## KISALTMALAR

<b>ANA</b>	: Amerikan Hemşireler Birliği
<b>APD</b>	: Aletli Periton Diyalizi
<b>AVF</b>	: Arteriovenöz Fistül
<b>BUN</b>	: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Azotu)
<b>BUÖ</b>	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
<b>CD</b>	: Cinsel Disfonksiyon
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>ED</b>	: Erektile Disfonksiyon
<b>EPO</b>	: Eritropoietin
<b>GFR</b>	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>HAÖ</b>	: Hastalık Algısı Ölçeği
<b>HD</b>	: Hemodiyaliz
<b>HDL</b>	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>K</b>	: Potasyum
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>NANDA</b>	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği
<b>NHANES</b>	: Uluslar Arası Sağlık ve Beslenme Raporu
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>PD</b>	: Periton Diyalizi
<b>PTH</b>	: Paratiroid Hormon

<b>ROD</b>	: Renal Osteodistrofi
<b>RRT</b>	: Renal Replasman Tedavisi
<b>SAPD</b>	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
<b>SDBY</b>	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
<b>SVH</b>	: Sol Ventrikül Hipertrofisi
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>TND</b>	: Türk Nefroloji Derneği
<b>USRDS</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Veri Sistemi

## ÖZET

### HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

Ayşe Aslı OKTAY

Araştırma, hemodiyaliz (HD) hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırma 15.10.2010-15.01.2011 tarihleri arasında, Kahramanmaraş il merkezinde bulunan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Araştırma Hastanesi bünyesindeki diyaliz merkezi, Kahramanmaraş Devlet Hastanesi (KMDH) Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezi, Özel 12 Şubat Diyaliz Merkezi ve Özel FMC Kahramanmaraş Değişim Diyaliz Merkezi'nde, araştırmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uygun, evrendeki birey sayısı örneklemini oluşturdu ve çalışma 169 hasta ile tamamlandı. Veriler, Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Hastalık Algısı Ölçeğiyle (HAÖ) toplandı. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdellik, t-testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırma sonuçlarına göre Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları, kadınlarda ve 74 yaş ve üzerindekilerde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) alt boyut puan ortalamalarıyla HD'e girdiği toplam süre, eğitim düzeyi, meslek, cinsiyet, yaş, hastalık hakkında eğitim alma ve eğitimi aldığı kişi faktörleriyle arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. BUÖ toplam puanıyla HAÖ alt boyutlarından hastalık belirtisi, hastalığı anlama, süre ve duygusal temsiller boyutları arasında doğru orantılı; kişisel kontrol ile ters orantılı bir ilişki saptanmıştır. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; süre (akut/kronik) boyutu; sonuçlar ve kişisel kontrol boyutlarıyla doğru orantılıdır. Süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı görülmüştür.

Bu çalışma ile HD hastalarında hastalık algısı ile umutsuzluk düzeyi arasında önemli ilişkiler bulunmakla birlikte hastaların, hastalıklarını algıladıkça kişisel kontrolünü kaybettikleri ve umutsuzluğa düştükleri saptanmıştır. Bunun için de hasta eğitimi sırasında psikososyal yönden de desteklenmeye ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelime:** Hemodiyaliz, Hastalık Algısı, Umut, Umutsuzluk, Hemşirelik

## **ABSTRACT**

### **PERCEPTION OF THE DISEASE AND LEVEL OF THE HOPELESSNESS IN HEMODIALYSIS PATIENTS**

**Ayşe Aşlı OKTAY**

This is a descriptive study conducted to define the relationship between the perception of the disease and level of the hopelessness in hemodialysis patients.

The study was conducted between November 15th, 2010 and January 15th, 2011 in the dialysis centre in research hospital of Kahramanmaraş Sütçü İmam University , situated in Central Kahramanmaraş, Kahramanmaraş State Hospital Hanefi Öksüz Dialysis Centre , Private 12 Şubat Dialysis Centre , Private FMC Kahramanmaraş Değişim Dialysis Centre and with 169 patients, all of whom were volunteer and eligible. The data were collected by using the Information Form, the Beck Scale of Hopelessness (BSH) and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). In statistical evaluation of the research data, percentage, t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation analysis were used.

As a result of the research, total and sub-dimension point averages in Beck Hopelessness Scale ( BHS ) were detected to be significantly high statistically in women and the patients with 74 or higher age. It was determined that there was a significant difference between patient's sub-dimension point average in Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) and such factors as total time spent in hemodialysis, education level, occupation, sex, age, education level about the disease and the person giving the education about the disease. A direct proportional relation between total point of BHS and the lower dimensions of (IPQ-R) like symptoms, understanding of the disease, duration and emotional representations but an inversely proportional relation between total point of BHS and personal control were determined.

When (IPQ-R) sub-dimensions were compared, duration (chronic / acute) dimension was directly proportional to results and personal control dimensions. When the duration became more chronic, negative results was observed to increase.

With this study it has been determined that although there is a significant relation between perception of disease and hopelessness level in hemodialysis patients. When they were observed to lose personal control and sink into despair. Hence, it was concluded that they should be supported psychologically during patients education.

**Key Words:** Hemodialysis , Perception of Disease , Hope , Hopelessness , Nursing

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalıklar, hastanın ömrü boyunca sürmekte ve beraberinde pek çok soruna neden olmaktadır. Kronik bir hastalığa uyum gösterirken, hastalığın ve tedavinin özellikleri, uyum aşamasında önemli rol oynar. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha zordur. Kronik böbrek yetmezliği (KBY), hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tıbbi kurumlara belirli düzeyde bağımlılık gerektiren bir durumdur (3). KBY Türkiye’de bayanlarda %43.1, erkeklerde % 56.9 oranında görülmektedir (93). Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde KBY görülme oranı değişmektedir. İngiltere’de 2008 yılı sonunda Renal Replasman Tedavisi (RRT) alan erişkin birey sayısı 39,476 olmakla birlikte (66), Amerika’da Uluslar Arası Sağlık ve Beslenme Raporuna göre (NHANES) yaklaşık olarak kurumlarda kaydı olmayan 19 milyon insanın %9.6’sının kronik böbrek hastalığına sahip olduğu tahmin edilmektedir (75).

Türk Nefroloji Derneği’nin (TND) Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu’na göre, 2009 yılı sonu itibariyle toplam 59443 hastanın RRT aldığı tespit edilmiştir. RRT alan hastaların sayısında artış eğilimi devam etmektedir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%78.5) olup bunu transplantasyon (%12.4) takip etmektedir, periton diyalizi (%9.1) ise üçüncü sırada gelmektedir (92).

Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliğini tedavi etmek için kullanılan en yaygın yöntemdir (44). Türkiye’de 2009 yılı sonu itibariyle toplam hemodiyaliz hasta sayısı 46650 olup yıllık artış trendi devam etmektedir. Hemodiyaliz hastalarının neredeyse %80’nin orta yaşlı ve yaşlı hastalardan oluştuğu dikkat çekmektedir. Hemodiyalize 2009 yılında yeni başlayan toplam hasta sayısı 12907’dir (92).

HD’in ertelenmesinin veya ara verilmesinin neredeyse imkansız olması, tedavinin süresi, kullanılan ilaçlar, sıvı alımı ve yiyeceklerin kısıtlanması bireye sürekli hastalığını

hatırlatmaktadır. Kronik HD hastasının yaşam biçiminde değişiklikler yapması gerektiği gibi ailesinin de bu değişikliklere ve düzenlemelere uyum göstermesi gerekmektedir (3,28). HD tedavi yönteminde başarı, büyük ölçüde hastaların tedaviye uyumuna bağlıdır (71).

HD, hastanın bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu yönünden hem de hastanın yaşamında yarattığı değişikliklerle, daha önceki yaşamından farklı özellikler sunan bir durumdur. Hastanın yaşamındaki bu değişiklikler, hastanın hastalık algısındaki çeşitlilik ile paralellik göstermektedir. Bu çeşitliliği etkileyen etmenler ise hastalığa ait özellik olarak hastalığın evresi, şiddeti, getirdiği fiziksel bozukluklar; kişiye ait özellikler arasında kişilik özellikleri ve başa çıkma yetileri; sosyal özellikler arasında ise destek sistemleri olarak sıralanabilir (88).

Hastalık insan yaşamında deneyimlenen zor durumlardan biridir. Hastalık her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar (89, 9). Hastalık deneyiminin, her kişiye göre farklı yaşanmasına neden olan birçok faktör vardır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar (74). Leventhal ve arkadaşları, her hastanın kendi "Hastalık Temsili Modeli" oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir (73). Bu modele göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında, zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bunlar her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleridir. Hastaların oluşturdukları bilişsel modellerin tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerdiği gösterilmiştir. Birey hastalık durumunda belirsizlik algısını yaşayabilir, bu algıyı, tahmin edilmeyen bulgular, bilgi eksikliği ve anlaşılır olmayan açıklamalar gibi çeşitli faktörler etkileyebilir. Belirsizlik, bireyin karar vermesini engelleyebilir; kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşatabilir (60).

Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri; baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur (10).

Hastalığa gösterilen duygusal tepkiler bireyden bireye farklılıklar gösterir. Tepkiler, hastalığın etkilenen organının ya da işlev kaybının birey için anlamına, hastalığın çeşidine, bireyin yaşına, gelişimsel dönemine, kişilik yapısına, inanç ve tutumlarına, savunma



düzenekleri ve baş etme örüntülerine, hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlerine ve yakınlarının hastalığına ilişkin tutumlarına göre farklılıklar gösterebilir (86). Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (69).

HD işlemi, hastaları ölümden kurtarıp, bireylerin yaşama devam etmelerini sağlamakla birlikte, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. En sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında; anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk sayılabilir. Ortaya çıkan bu psikolojik sorunlar tedavi edilmezse, fiziksel hastalığın seyri olumsuz yönde etkilemektedir. Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle, kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görmektedirler. Umutsuzluk duygusu, geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içermekte ve depresyon, intihar düşüncesi ile yakından ilişkisi bulunmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında görülen intihar oranı, normal popülasyondan 100 kat daha fazladır. Umutsuzluk; hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını ve baş etmelerini etkilemesi açısından hemşirelik bakımı için önemli konulardan birisidir. Hemşire, umutsuzluk yaşayan bireye bakım verirken hastanın özelliklerini, içsel kaynaklarını (otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik, spiritüel yön), dışsal kaynaklarını (önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları, Tanrı ya da inanılan güçler) ve umut kaynaklarını (ilişkiler, inanç, başarılabilecek eylemler) tanımlamalı ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır. Hemşire hastayı bir bütün olarak ele almalı, sadece hastalığın fiziksel seyri ile değil, bireyin sosyal ve psikolojik sorunları ile de yakından ilgilenmelidir. Tedavi süresince bakıma aileyi de katarak, hastanın destek almasına katkıda bulunarak umutsuzluk duygusunun azalmasına yardımcı olmalıdır. Hemşirelerin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmelerinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynayacaktır (94).

Hemodiyaliz tedavisinin belli merkezlerde uygulanması gibi bazı kısıtlamalar hastaları bağımlı duruma getirmekte ve yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sıkı bir diyet zorunluluğu, tedaviye ara vermenin hemen hemen olanaksız olması da bir diğer stres faktörlerindedir. Ayrıca hemodiyaliz tedavisi hastaların buldukları yerleşim yerlerinin dışına çıkmalarını engelleyebilmekte, tedavi gününün kaçırılması ile ilgili endişelere neden olabilmektedir. Böylece belli aralıklarla tedavi ve sıkı diyet uygulamasıyla hastalık, kişiye sürekli hatırlatılmaktadır. Haftada iki ila üç gün hemodiyaliz ünitesinde bulunan hastaların

yaşamında iş ve statü kaybı söz konusu olabilmektedir. Aynı zamanda hemodiyaliz, hastaların sosyal yaşamını da etkilemektedir. Sosyal aktivitelere katılmama, gün geçtikçe bu bireyleri sosyal yaşamdan uzaklaştırabilmektedir. Sosyal alanda yaşanan sıkıntılı durumlar, bireylerin bağımlılık düzeylerini arttırarak; güvensizlik, korku, kaygı, depresyon ve umutsuzluk gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (84). Bu psikolojik sorunların bir sonucu olarak hastalığı tekrar sorgulayarak algılama ve anlam verme düzeyinde düşmelere yol açtığı düşünülmekle birlikte, bu çalışmada KBY tedavisinde uygulanan hemodiyalizin tedaviyi olumlu/ olumsuz yönde etkileyecek olan hastalık algısı ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve her bir faktörün hastalık üzerindeki etkinliğinin ölçülmesi, varsa arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kronik Renal Yetmezlik ile İlgili Genel Bilgiler**

#### **2.1.1. Kronik Renal Yetmezliğin Tanımı**

Kronik böbrek yetmezliği çok sayıda fonksiyonel nefronun ilerleyici ve geri dönüşümsüz kaybı sonucu oluşur. Ciddi klinik belirtiler, çoğunlukla fonksiyonel nefron sayısı normalin en az %70-75' inin altına düşünceye kadar görülmez. Gerçekte fonksiyonel nefron sayısı normal değerlerin %20-25'inin altına düşünceye kadar; elektrolitlerin çoğunluğu, normal kan konsantrasyonları ve normal vücut sıvı hacmi, nispeten dengede tutulabilir (51).

Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon hızı 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Glomerüler filtrasyon hızı 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (4).

Birçok durumda böbreklerde oluşan ilk hasar, böbrek fonksiyonunun giderek daha fazla bozulmasına ve kişinin yaşamak için diyaliz tedavisine veya böbrek transplantasyonuna gerek duyulacak noktaya ulaşmasına yol açan, nefron kayıplarının artışıyla sonuçlanır. Bu duruma son dönem böbrek böbrek yetmezliği (SDBY) denilmektedir (51).

Kronik böbrek yetmezliği, ABD'de 20 milyondan fazla tanı konulmuş ve risk altında olduğu düşünülen 20 milyondan fazla kişinin olduğu, dünya çapında yaygın bir hastalık olarak önemli derecede dikkate alınmaktadır (105, 108).

### **2.1.2. Kronik Renal Yetmezliğin Etiyolojisi**

Tüm Dünyada kronik böbrek hastalığının en çok görülen nedenleri nefrotik ya da böbrekteki iltihabi hastalıklar, enfeksiyonlar, üriner sistemdeki sorunlar ve polikistik böbrek hastalığı gibi kalıtsal bozukluklardır. Bu nedenler, gelişmiş ve gelişmekte olan uluslarda kardiyovasküler hastalıkların da en çok görülen nedenleri olan; Diyabet hastalığı ve hipertansiyona bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden; %32,7 oranıyla Diabetes Mellitus (DM), %26,3 oranıyla Hipertansiyon (HT) ve %7,2 oranıyla Kronik Glomerulonefrit olarak bulunmuştur (76, 92).

Son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde diabetes mellitus en sık rastlanan nedendir. Sıklığı geçen yıllara göre artmaya devam etmektedir. Etiyolojide yüksek oranda bulunan hipertansiyonun primer mi, yoksa tespit edilmemiş başka bir sonuca göre gelişen renal yetersizliğe bağlı sekonder hipertansiyon mu olduğu tartışmalıdır (92).

Aşırı kilo alımının (obezite) son dönem böbrek yetmezliğinin iki temel nedeni – diyabet ve hipertansiyon- için en önemli risk faktörü olduğu bilinmektedir. Obezite ile ilgili yakın ilişkili olan diyabet, tüm diabetes mellitus olgularının yaklaşık %90'ından sorumludur. Aşırı kilo alımı, esansiyel hipertansiyon için de temel nedendir ve erişkinlerde hipertansiyon riski oluşumunun %65-75'inden sorumludur. Diyabet ve hipertansiyon nedeniyle oluşan böbrek tahribatına ek olarak obezite, hastalardaki mevcut böbrek hastalığının ilerlemesinde hızlandırıcı veya sinerjistik etkiye de sahiptir (51).

### **2.1.3. Kronik Renal Yetmezliğin Klinik Özellikleri**

Hastaların klinik semptom ve bulguları, böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir (4).

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici karakterdedir ve fonksiyon kaybının oranına göre klinik ve laboratuvar bulgular ortaya çıkarmaktadır (109).

KBY'nin ilk döneminde (azalmış yedek güç) basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR azalması dışında kronik böbrek yetmezliğinin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur (109).

İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi, noktüri kronik böbrek yetmezliğinin üçlü semptomunu oluşturur. Çocukluk çağında bu semptomlara gelişme geriliği eklenir (109).

Üçüncü dönemde (ağır renal yetmezlik) ikinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asit yüksekliği eklenmiştir (109).

Dördüncü dönem; GFR değeri 5- 10 ml/dakikaya inince SDBY' inden bahsedilir, bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Hastalar diyaliz, transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (109).

KBY'nin sistemlere göre klinik bulguları;

- ✓ Elektrolit ve Asit Baz Dengesizliğine İlişkin Bulgular; hiperkalemi, hipokalemi, hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hipernatremi, hiponatremi, hipermagnezemi, metabolik asidoz,
- ✓ Hematolojik Sisteme İlişkin Bulgular; anemi, kanama bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, lenfopeni,
- ✓ Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Bulgular; perikardit, ödem, hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi, aritmi, hızlanmış ateroskleroz, kardiyomyopati,
- ✓ Solunum Sistemine İlişkin Bulgular; plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
- ✓ Gastrointestinal Sisteme(GİS) İlişkin Bulgular; hıçkırık, üremik ağız kokusu, gastrit, kusma bulantı, iştahsızlık, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, motilite bozuklukları,
- ✓ Nörolojik Sisteme İlişkin Bulgular; uyku bozuklukları, konvülsiyon, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, baş ağrısı, konuşma bozuklukları,
- ✓ Kas İskelet Sistemine İlişkin Bulgular; üremik kemik hastalığı, amiloidoz, karpal tünel sendromu, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit,
- ✓ Endokrin Sisteme İlişkin Bozukluklar; hiperparaotiroidi, amenore, infertilite, seksüel disfonksiyon, azospermi,
- ✓ Psikolojik Bulgular; inkâr, anksiyete, depresyon, psikoz olarak sıralanabilir (1, 8, 21, 76, 87).

#### **2.1.4. Kronik Renal Yetmezliğin Tedavi Yaklaşımları**

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyondur (34).

Ülkemizde renal replasman tedavisi gören hasta sayısı hızla artmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na göre 2009 yıl sonu itibariyle 59443 hastanın renal replasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Hemodiyaliz (%78.5) en sık kullanılan tedavi yöntemi olup, bunu transplantasyon (%12.4) ve periton diyalizi (%9.1) takip etmektedir (92).

Tedavinin başlıca amacı, hastaların hayat süresinin uzatılması olmakla birlikte, aynı zamanda hayat standardının da en iyi düzeyde tutulması hedeflenmektedir. Son yıllarda immünsüpresif ve antimikrobiyal tedavide, infeksiyonların kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler; böbrek transplantasyonunu en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Ancak yeterli sayıda böbrek vericisi bulunamadığından hastaların çoğu diyaliz tedavisine devam etmektedir. Bu durumda diyaliz tedavisi, SDBY hastalarında temel tedavi olma özelliğini sürdürmektedir. Tedavi seçeneklerinin tercihi ülkeden ülkeye büyük farklılıklar gösterir. Tedavi maliyeti, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yüksektir. Renal replasman tedavisine, ilerlemiş kronik böbrek hastalığının hangi noktasında başlanması gerektiğine, laboratuvar verilerinin yanı sıra klinik belirti ve bulguların da ışığında karar verilmektedir (100).

Diyalize erken (12-15 ml/dk'lık klirens düzeylerine ulaşıldığında) başlanması durumunda hastalarda ağır üremenin getireceği risklerden korunmuş ve yaşam beklentilerine olumlu katkıda bulunmuş olur. Başlıca iki diyaliz modalitesi mevcuttur: Hemodiyaliz; bir merkezde ya da hastanın evinde uygulanabilir. HD, tedaviye uyum sorunu yaşayabilecek hastalar için hasta eğitimi faktörünün nispeten daha az önemli olması, daha kolay uygulanabilmesi ve teknik sürdürülebilirliği açısından daha iyi bir diyaliz metodu olarak ön plana çıkar. Periton diyalizi (PD); çoğu kez sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) şeklinde, hastanın kendinin yaptığı günde 4 değişimle sürdürülür ya da evde aletli periton diyaliz (APD) şeklinde uygulanır. Hastanın yaşadığı yerde hemodiyaliz imkanı olmaması

durumunda, yaşamını sürdürme açısından bir hastaneye ve makinelere bağlı olmak istemeyen genç, hareketli hastalarda; hepatit riskinin düşüklüğü nedeni ile transplant vericisi hazır olan ya da kadavra listesinde olan hastalarda daha uygun bir tedavidir. Hastanın periton diyalizini sürdürebilecek uyumu sağlayabilecek olması esastır (46).

### **2.1.5. Kronik Renal Yetmezliği Bulunan Hastaların Hemşirelik Bakımı**

KBY sonucu hemodiyalize bağlı olan hastaların, var olan veya gelişebilecek sorunlarını çözümlayebilmesinde ve hastaların hastalıkları ile yaşama uyum sağlamasında, hemşirelik bakımının ve eğitiminin önemi kabul edilir bir gerçektir. KBY'nin, hastanın yaşamı üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilmek ve mümkün olabilen en kaliteli yaşamı hastaya sağlayabilmek, hastanın eğitimine verilen öneme bağlıdır. Sıvı alma, diyet, ağırlık artışı, düzenli ilaç kullanımı gibi konularda sürekli eğitim ve uyarılar yanında, seçilen tedavi yöntemine yönelik bilgilendirmeler hemşirelik yaklaşımı içinde yer almalıdır. Doğru bir hasta-hemşire iletişimi ile hastalara yararlı olunabilmesi mümkündür (23, 25).

Sağlık çalışanları, tıp ve teknolojiye giderek büyüyen bilgi ve gelişmelere yalnızca uyum sağlamakla yetinmeyip, bu gelişme içindeki rollerini de yeniden değerlendirmeli, gelişmeleri yalnız takip eden değil, parçası olmayı başarabilmelidir. Hastanın beklenti ve gereksinimlerinin, hatasız olarak karşılanması bunun için de tüm sağlık çalışanlarının sürekli gayret ve gelişme içinde olması gereklidir (23, 25).

Hemşire; tüm aile üyelerini kapsayan toplantılar düzenleyerek, aile üyelerinin duygu, düşünce ve beklentilerini paylaşmalarını sağlamalıdır. Kronik hastalığın kabullenilmesini ve uyum zorluklarını anlamalı, hasta ve ailesine stres ve değişimlerde yardımcı olmalıdır. Hemşire; hasta ve ailelerine hemodiyaliz tedavisinin ne olduğunu, nasıl uygulandığını, ne kadar süre devam edeceği, yaşam aktiviteleri, sosyal aktiviteler ve diyet konularında eğitim vermelidir. Hemşire; hasta ve ailesinin desteklenmesinde, bilgilendirilmesinde, terapötik girişimlerde ve danışmanlıkta önemli rol oynamaktadır (23, 25).

Hemşire; hasta ve ailenin tutumları, inançları, davranışları ve başa çıkma stratejilerini tanımalı ve öğrenim gereksinimlerini saptayarak uygun bir eğitim planı yapıp bunu uygulamalıdır (23, 25).

Hazırlanan eğitim programı hasta ve ailesinin duruma uyumunu sağlayacağı gibi, tedavinin başarısında da önem taşımaktadır. Eğitim, hasta ve ailenin bağımsız olmalarını ve kendi bakımlarına aktif katılmalarını sağlamalıdır (23, 25).

KBY hastaları için bakım planı çerçevesinde hemşirelik tanıları ise;

- ✓ Böbreklerin idrar atma yeteneğinin bozulması, yetersiz diyaliz, aşırı sıvı alımı ve plazma sodyum düzeylerinin yüksek olmasına bağlı **sıvı volüm fazlalığı,**
- ✓ Anoreksiya, bulantı, kusma, tat ve koku alma duyularının kaybı, stomatit ve damak zevki vermeyen bir diyet olmasına bağlı beslenmede dengesizlik: **gereksiniminden az beslenme,**
- ✓ Libidoda azalma, impotans, amenore, sterilite ve yorgunluğa bağlı **cinsellik örüntülerinde etkisizlik,**
- ✓ Yağ ve ter bezlerinin aktivitesinin azalmasına, kalsiyum, fosfat ve ürat kristallerinin deride birikmesine bağlı **deri bütünlüğünde bozulma,**
- ✓ Üremi, kanama ve diyalizdeki kan kayıplarına bağlı gelişen aneminin neden olduğu **aktivite intoleransı,**
- ✓ Oral mukoza membranına üre ve amonyak konsantrasyonunun etkisi, tükürükte üre konsantrasyonunun artmasına bağlı **oral mukoza membranında değişiklik,**
- ✓ Pulmoner ödem, dolaşım yüklenmesi ve yüksek üre seviyesinin akciğer ve solunum sistemi üzerine olumsuz etkilerine bağlı **gaz alışverişinde bozulma,**
- ✓ Hareketsizlik, antiasit alımı sıvı kısıtlaması, diyet değişikliği ve elektrolit dengesizliklerine bağlı **barsak eliminasyonunda bozukluk konstipasyon,**
- ✓ Kemik iliği depresyonuna bağlı lökositlerin azalması ve immun sistemin baskılanması, malnütrisyon, hastaya yapılan invaziv girişimler ve diyaliz tedavisine bağlı enfeksiyona eğilim; duruma, diyet kısıtlamalarına ve farmakolojik tedaviye, komplikasyonların belirti ve bulgularına, kontrol ve izlem ziyaretlerine ve toplumsal kaynaklara ilişkin bilgi eksikliğine bağlı terapötik rejimi etkisiz yönetme riski ve



durumu kontrol altına alamamaya bağlı güçsüzlük riski olarak sıralanabilir (27, 38, 50, 24).

## **2.2.Hemodiyaliz ile İlgili Genel Bilgiler**

### **2.2.1. Hemodiyalizin Tanımı**

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tüm organ sistemlerini etkileyen ve uygun tedavisi yapılmaz ise yaşamı tehdit eden klinik bir tablodur ve küratif tedavisi böbrek nakliyle mümkün olmaktadır. Ülkemizde ciddi boyutlarda yaşanan kadavra organ kıstıtlılığı nedeni ile, söz konusu hastaların yaşamları ancak düzenli ve etkin diyaliz tedavisi ile optimal düzeyde idame ettirilebilir (100). Renal replasman tedavilerinden biri olan hemodiyaliz hayat kurtarıcı bir yöntem olarak son yıllarda sıklıkla kullanılmaktadır (1, 5, 18).

Hemodiyaliz (HD) bir sıvıdan diğerine (kan veya diyalizat) konsantrasyon gradyentine göre solütlerin pasif olarak diffüze olduğu bir diyaliz yöntemidir (95). Bu yöntem, hastadan alınan kanın hemodiyaliz makinesinden geçirilerek metabolik atıklardan temizlenmesi ve yeniden hastaya verilmesi işlemini kapsar. Bu işlem; konsantrasyonu farklı iki solüsyon içindeki solütlerin ve sıvının yarı geçirgen membran aracılığı ile konsantrasyon gradiyentine göre geçmesi ile gerçekleşmektedir. Diyalizde membranın bir yanında kan, diğer yanında diyalizat bulunmaktadır. Zar boyunca geçiş genellikle kandan diyalizata doğrudur. Solütlerin geçişi difüzyon, sıvının geçişi de ultrafiltrasyon adını almaktadır (1, 5, 18).

HD işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır. Yeterli kan akımı sağlanması ve hemodiyalizin güvenli bir şekilde yapılabilmesi için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır (33). Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde sıklıkla çift lümenli bir katater; femoral, subklaviyen veya juguler vene yerleştirilmektedir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriovenöz fistül ve arteriyovenöz grefttir. AVF (Arteriyovenöz Fistül) diyaliz süreci için en etkin damar yoludur. AVF, HD işlemi için yeterli debinin sağlanması amacıyla bir arter ile bir venin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Daha çok üst ekstremitte damarları kullanılmaktadır. Yeni açılan fistülün üzerine elle dokunulduğunda dolgunluk verene ve thrill sesi alınana kadar birey AVF ile diyalize alınmamalıdır. Fistül olgunlaşana kadar geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır (5, 83, 79, 47).

### 2.2.2. Hemodiyaliz Tarihçesi

Hemodiyaliz tedavisinin başlangıcı, 2. Dünya Savaşı yıllarında Almanya'nın Hollanda'yı işgal ettiği dönemlere dayanmaktadır (103). İlk kez 1913 yılında diyalizi tanımlayan Abel, Rowntree ve Turner 'yapay böbrek' terimini kullanmışlardır. İnsanda ilk HD uygulaması 1944 yılında, Hollanda'da Wilhelm Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. İlk periton diyaliz uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir. 1960 yılında, Scribber ve arkadaşları tarafından plastik materyaller (arteriyovenöz şant olarak) hemodiyalizde kullanılmıştır (4, 92). Yine 1960' lı yıllarda Seldinger yöntemiyle uzun, çok delikli, tek lümenli teflondan yapılmış Shaldon kateteri ile femoral arter ve ven kanüle edilmiştir. Genellikle her diyaliz sonrası kanüller çekilmiştir. Ama iyi bir kanül bakımı yapıldığı durumlarda 2-3 hafta boyunca kanül yerinde bırakılabilmektedir. Kateterlerin avantajları, cerrahi bir girişim olmadan hızlı bir şekilde takılması, yapılabilecek şant ya da fistül bölgelerini koruması ve relatif olarak güvenli olmasıdır. Zamanla plastik ya da poliüretan gibi daha yumuşak materyalli kateterler metal bir tel ve dilatör yardımıyla yerleştirilmiştir. Tek lümenli kateterler zamanla çift lümenli kateterlere yerini bırakmışlardır. Artık günümüzde de tercih edilen bu kateterler birkaç hafta ya da ay kullanılabilirler (103). 1963 yılında Merril ve arkadaşları tarafından ev hemodiyalizi fikri ortaya atılmıştır. 1965 yılında Brescia ve Cimino subkutan arteriyovenöz fistülü tanımladı. Arteriyalize edilmiş ven sayesinde tekrarlayan kanülasyon ile hastalar hemodiyaliz tedavilerine devam edebilmişlerdir. AV fistüllerle hem uzun dönem hemodiyaliz tedavisi yapılmış hem de bundan önceki vasküler girişimlerde görülen trombus, enfeksiyon ve kanama gibi komplikasyon oranlarında dramatik bir azalma sağlanmıştır (103). 1969 yılında da arter ven damarları uygun olmayanlara greftler kullanıldı (4, 92).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na göre 2009 itibarıyla kronik HD/PD programında izlenmekte olan veya fonksiyonel greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) RRT tipine göre dağılımına bakacak olursak; toplam 59443 KBY hastasının 46650'si (%78,5) hemodiyaliz, 5418'si (%9,1) periton diyalizi ve 7375'i (%12,4) böbrek transplantasyonu ile

RRT ile tedavi olmaktadır. Ülkemizde 1998 yılında 11330, 2001 yılında 18815, 2002 yılında 20600 hasta ve 2009 yılında ise 46650 hasta HD ile tedavi edilmiştir (92). 2002 yılında HD merkez sayısı 443 iken bu sayı 2008 yılında 829, 2009 yılında ise 854'e ulaşmıştır. Yıllara göre; HD makine sayıları ise;2002 yılında 5865, 2007 yılında 12121, 2009 yılında ise 14503 olarak belirtilmiştir (57).

### **2.2.3. Hemodiyaliz Endikasyonları**

Hasta için renal replasman tedavisi uygun görüldüğünde diyalize başlama zamanının belirlenmesi, diyaliz tipinin seçilmesi, vasküler girişin oluşturulması ya da periton boşluğuna ulaşılması, transplantasyona uygunluk ve greft kaynağı bakımından değerlendirme yapılması gerekmektedir (14, 35, 38).

Akut diyaliz endikasyonları; akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, hiperpotasemi, hiperkalsemi, hipervolemi, hiperürisemi, hiponatremi, ilaç intoksikasyonu, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, metabolik alkaloz şeklinde sıralanabilir (14, 35, 38).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na göre 2009 yılı içinde yeni kronik HD hastalarının hemodiyalize başlangıç durumları; 3926 hasta (%35.1) acil olarak hemodiyalize başlarken, 7272 hasta (% 64.9) programlı bir şekilde hemodiyalize başlamış bulunmaktadır (92).

2009 yılı içinde yeni kronik HD hastalarından hemodiyalize acil olarak başlanan hastaların başlangıç endikasyonları; %37.8'i hipervolemi akciğer ödemi ile, %18.9'u inatçı bulantı, kusma ve iştahsızlık ile, %11.7'si ise tedaviye yanıt vermeyen hipertansiyon olarak bulunmuştur (92).

#### **2.2.3.1.Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları**

- ✓ Hasta diyaliz tedavisi ile haftada 2 - 3 kez 4 - 6 saat ilgilenmekte, diğer zamanlarda serbest olmaktadır.
- ✓ Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlık daha az görülmektedir.
- ✓ Malnütrisyon ile daha az karşılaşmaktadır.
- ✓ Hastaneye yatma gereksinimi daha az olmaktadır.
- ✓ Karına ait komplikasyonlar görülmemektedir.

- ✓ Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaşmaktadır.
- ✓ Bireyin diğer hastalarla sosyal ilişki kurmasına olanak tanımaktadır.
- ✓ Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan deneyimli bir ekip tarafından yapılmaktadır (2, 8, 94).

#### **2.2.3.2.Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları**

- ✓ İki diyaliz arasında, fiziki düşme ve yükselme olarak tarif edilebilecek rahatsızlıklar hissedilmektedir.
- ✓ Sıvı ve diyet kısıtlamaları gerektirmektedir.
- ✓ Diyaliz uygulamaları esnasında kramp, tansiyon düşmesi gibi sorunlar yaşanmaktadır.
- ✓ Haftanın belirli günlerinde ve saatlerinde hastaneye gitme mecburiyeti vardır.
- ✓ Tedavi sırasında, damara giriş için her seferinde fistül iğneleri kullanılmaktadır.
- ✓ Fistül ameliyatı için küçük bir cerrahi operasyon gerektirmektedir (2, 8, 94, 39).

#### **2.2.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları**

- ✓ Alzheimer hastaları,
- ✓ Beyinde multiple infarktların olması nedeniyle şuuru iyi olmayan hastalar,
- ✓ Hepatorenal sendromlu hastalar ve siroza bağlı ilerlemiş ensefalopatisi olan hastalar,
- ✓ İleri evre kanser (multiple miyelom hariç) hastaları,
- ✓ İleri yaşa bağlı mental problemler ve uygulamanın yarar sağlamayacağı bilinen hasta grupları (örn; premortem gruplar)
- ✓ HD uygulamasını kabul etmeyen hastalar için HD tedavisi kontrendikedir (14, 35, 38).
- ✓ Fistül-Şant açılmayan,
- ✓ Hemodiyaliz sonrası sıkıntıları yoğun yaşayan, ( hemodiyalizi tolere edemeyenler),
- ✓ Pıhtılaşma bozukluğu olan ve
- ✓ Hemodiyaliz merkezine uzakta yaşayan hastalara hemodiyaliz uygulanmamaktadır (77).

Hemodiyaliz uygulamasının KBY vakalarında kullanılmaya başlanması ile daha önceleri kısa sürede ölümle sonuçlanan tabloların yerini, uzun süre yaşamı sürdürebilme olanağı almıştır. Hemodiyaliz, hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasına karşın, yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Hipotansiyon, kramp, bulantı - kusma, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kaşıntı ve ateş - titreme

hemodiyaliz esnasında sık karşılaşılan, ancak genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlardır (4, 8, 36).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na (2009) göre hastaların hemodiyaliz tedavisi ile yaşam sürelerine bakıldığında, yaklaşık %40'ı 5 yıldan uzun süredir hemodiyalize girmektedir. Ölümle ilgili veri 4563 hastada bildirilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında kardiovasküler nedenler (%52) önde gelen ölüm nedenidir, bunu serebrovasküler nedenler (%12) ve malignite (%11) takip etmektedir. Kardiovasküler ölümler kalp yetersizliği (%38), iskemik kalp hastalığı (%36) nedeniyle veya ani ölüm şeklinde (%23) oluşmuştur (92).

### **2.2.5. Hemodiyalizde Klinik Problemler**

Hemodiyaliz, SDBY hastaları için hayat kurtarıcı bir tedavidir. Buna karşılık, HD tedavisindeki gelişmelere rağmen göz ardı edilmeyecek sıklıkla ve hayatı tehdit edebilecek derecede önemli komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (65). Hemodiyalizin komplikasyonları sık rastlanan ve daha az rastlanan fakat ciddi olan komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görülen komplikasyonları; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az rastlanan fakat ciddi komplikasyonlar; anafilaktik reaksiyonlar, aritmiler, kalp tamponadı, intrakranial kanama, konvülsiyonlar, hemoliz, ateroskleroz, perikardit, kalp yetmezliği, anemi, lökosit sayısında azalma, trombosit fonksiyonlarında bozulma, üremik ensefalopati, serebrovasküler olay, disequilibrium sendromu, konstipasyon, idrar yolları enfeksiyonu, karaciğer enfeksiyonları, vasküler giriş yolu enfeksiyonları, tüberküloz, seksüel disfonksiyon, alüminyum toksititesi, diyalizer reaksiyonları, sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları, psikolojik problemler, hava embolisi ve hipoksemidir (65,109).

### **2.2.6. Hemodiyalizde Hemşirelik Yaklaşımları**

Nefroloji hemşireliği, böbrek hastalığını deneyimleyen veya risk altında olan hasta ve ailelerinin kişisel sağlık gereksinimleri üzerine odaklanmış özel bir hemşirelik alanıdır. Nefroloji hemşiresi renal fonksiyonları bozuk olan hastaların, renal replasman tedavisinin değişik dönemlerindeki bakımından, eğitiminden, rehabilitasyonundan sorumlu profesyonel sağlık elamanıdır. Hemşirelik yönetimi ve klinik uygulamalar da uzman kişiler öncelikli

sorunların tanımlanmasında ve bakım yönünün geliştirilmesinde katkıda bulunurlar. Bazı sorunlar önlenebilir, azaltılabilir veya dikkatli bir değerlendirme ve uygulama ile kontrol altına alınabilir. Hasta ve ailenin eğitimi de önemli bir konudur. Hemşirelik bakımı; hastayı merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını, hemşirelik süreci kapsamında değerlendirerek; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik gibi yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir (80).

Hemşirelik girişiminde bir başka amaç; bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşması için yardım etmektir. Hemşirelerin bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri doğrultusunda bakım vermeleri gereklidir. Hemşirenin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerinde önemli rol oynayacaktır. Birincil görevi bireyin bakımına bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek olan ve bireyleri bütüncül olarak ele alan hemşireler; hemodiyaliz hastalarının hastalıklarına, tedavisine, diyaliz makinesine ve yaşamlarında uyumlarında anahtar rolü oynamaktadır (63).

Hemşire hasta ve ailesini sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul ederek, sorunlarla ilgili iletişim sağlayıp çözümlene yollarını araştırarak, güven duygusu sağlayarak, bağımlılığını azaltarak, öz bakım ve öz yeterliliğini arttırıcı bilgi vererek, etkili iletişim sağlayarak, hastalık ve yaşamı üzerinde kendi denetimini arttırarak, aile ve hastanın sosyal alanlardaki iletişimini güçlendirerek, hastanın psikolojik ve sosyal uyumuna yardımcı olarak ve her hastaya yeterli zaman ayırarak hastanın öz bakım gücünü ve öz yeterliliğini arttırmayı hedeflemelidir (112). Uzun süre HD tedavisi alan hastalarda isyankârlık, huzursuzluk, uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu boşluğu azaltmak için hemşirelerin mutlaka HD prensiplerinin yanı sıra komplikasyonlar ortaya çıkmadan önlem alacak kadar bilgilendirilmiş olmaları gerekir. Hemşirelerin kendine güveni ve becerikliliği hasta tarafından da fark edilerek tedaviyi kabul etmesini kolaylaştıracaktır (45).

KBY'li hastanın hemşirelik bakım planlanmasında amaçlar:

- 1-Hastanın tedavi rejimine uyma durumu ve bilgi düzeyini değerlendirmek,
- 2-Hastanın bakımını planlamada ve tedavi modeline karar vermede katılımını sağlamak,
- 3-Hastanın etkin başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek,

4-Hastanın fiziksel sınırlılıkları içinde Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)'ni sürdürmelerini sağlamak olarak sıralanabilir (7).

### **2.2.6.1 Arteriovenöz Fistül Bakımı**

HD için damar giriş yollarından biri arteriyovenöz fistüldür ve AVF, HD için güvenli ve uygun ilk tercih edilen bir girişim yoludur. AVF' ler diğer HD damar giriş yollarına göre daha uzun ömürlüdür ve enfeksiyona yatkınlık daha azdır. Başarılı bir fistül, diyalizi destekleyecek nitelikte (min 400ml/dak) kan akımına sahip olmalıdır. AVF oluşturulduktan sonra, kullanmadan önce olgunlaşması için en az 6 haftalık bir sürenin geçmesini gerektirmektedir (15, 65). Bir arteriovenöz fistülün yeterliliği, uzun süre hemodiyalize imkan verecek şekilde açık olması, komplikasyonların azlığı ve kolay uygulanabilirliği ile doğru orantılıdır (103).

Dünyada hemodiyalize giren hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Bu nedenle 2006 yılında hemodiyaliz amaçlı yaklaşık 1,5 milyon damarsal girişim yapıldığı tahmin edilmektedir. En uygun damara erişim yolunun yapılabilmesi hastanın hikayesi, fizik muayenesi ve uygun ven varlığı gibi özelliklere bağlıdır. Santral venöz kateterler acil hemodiyaliz için uygun damara erişim yoludurlar. Ancak çeşitli ciddi komplikasyon ve kullanım kısıtlamaları vardır. Güncel uygulama kılavuzları, otojen arteriovenöz fistülleri, santral venöz kateterler ve greft fistüllere öncelikli olarak bildirmektedirler. Gelecekte daha proksimalleri gerekebileceği için fistül yapımına öncelikle ekstremitelelerin distallerinden başlanmalıdır. Uygun ven olmadığı durumlarda prostetik greft düşünülmelidir. Damara erişim yollarının takip ve bakımı multidisipliner (hemşire, nefrolog, cerrah ve radyolog) olarak yapılmalıdır (22).

2009 yılı itibariyle kronik HD hastalarının halen kullanılmakta olan damar erişim yoluna göre dağılımı'na bakacak olursak; %84,0'ı AV fistül ile, %9,3'ü kalıcı(tünelli) katater ile, %4,0'ı geçici (tünelsiz) katater ile, %2,7'si AV greft ile tedavilerine devam etmektedirler. 2009 yılı itibariyle kronik HD hastalarından kateterle hemodiyalize girenlerin ise %46,9'u diyalize kateterle başlayıp devam ettiğini, %53,1'i AV fistülü veya AV greftinde sorun nedeniyle katetere geçtiğini ifade etmiştir (93).

Arteriovenöz fistül bakımı kapsamında uygulanacak hemşirelik girişimleri şöyledir;

- ✓ Her hasta fistülün çalıştığını kontrol etmelidir. Fistülde titreşim azaldığında veya kaybolduğunda doktoruna başvurmalıdır.
- ✓ Fistüllü kolun temizliğine önem vermelidir. Diyaliz günü sabahı kolunu sabunla iyice yıkamalıdır.
- ✓ Fistül hemşire tarafından kullanılırken iğne girişleri değiştirilmelidir. Bu iğnenin yaptığı hasarın düzelmesi için süre sağlayacağı için fistülün uzun süre kullanılmasını sağlar. Hemşiresine iğne girişlerinin değişmesi konusunda destek vermelidir. Merdiven tekniği kullanılmalıdır.
- ✓ Doktorunun önerdiği şekilde fistüllü kol ile egzersiz yapmalıdır.
- ✓ Aşırı tansiyon düşmesinden sakınmalıdır. Bayılma, baş dönmesi veya düşme sonrası fistülünü kontrol etmelidir.
- ✓ Fistüllü kolundan tansiyon ölçtürmemelidir.
- ✓ Fistüllü koldaki damarlar ilaç verilmesi, serum takılması ve kan alınması için kullanılmamalıdır.
- ✓ Kolunu sıkı kıyafetler giymemelidir, fistüllü kol üzerine yatmamalıdır, fistüllü kol ile çok ağır işler yapmamalıdır.
- ✓ Kesici ve delici aletler kullanırken çok dikkatli olmalıdır. Kolunu her türlü travmadan korumalıdır. Çünkü fistüllü koluna yönelik bir kesi veya çarpmada aşırı kanamalar oluşabilir. Kanama durumunda kanama üzerine baskı uygulayarak en yakın hastaneye başvurmalıdır.
- ✓ Fistülün açılmasından kullanımına kadar en az 1 ay geçmelidir.
- ✓ Fistül için uygun olmayan hastalarda diyaliz grefti diyaliz ihtiyacından 3–6 hafta önce yerleştirilmelidir. Ancak bazı yeni greft materyallerinin yerleştirilmesinden sonra hasta greftten hemodiyalize alınabilir (76, 65). AVF ve greft bakımı ayrıdır.

#### **2.2.6.2 Kateter Bakımı**

Böbrek yetmezliği olan hastalarda acil HD ihtiyacı için geçici HD kateterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Geçici HD kateterlerinin kullanımı yüksek komplikasyon oranını beraberinde getirir. Bunlardan biri de enfeksiyondur (65).

Kateterler hasta yatağı başında kolayca takılabilir ve takılır takılmaz da hemen kullanılabilir. Enfeksiyon ve trombüsten dolayı kullanımı sınırlı olabilir. Kalıcı bir damar



yolu açıldıktan sonra olgunlaşması için geçen sürede yerinde kalabilmesi ve fonksiyon kusuru yada enfeksiyon gibi durumlarda yerinden çıkarılıp başka bir bölgeye yeni bir kateter takılabilmesi gibi avantajları bulunmaktadır (103).

Diyaliz kateterleri genelde femoral, subklavian ve internal juguler vene takılırlar. Kullanılacak olan her giriş yerinin kendisine özgül bir takım avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Femoral ven, bir çok hastada kateter takılması en kolay ve hayatı tehdit eden komplikasyonları en az olan bölgedir. Ancak, hastaya hareket kısıtlılığı getirdiği gibi 72 saatten daha uzun süreli yerinde duran kateterlerde enfeksiyon riski oldukça yüksektir. 72 saat ila 3 hafta arasında diyaliz tedavisi gereken hastalarda juguler yada subklavian bir kateter takılması tercih edilir. Her iki kateter takılması esnasında olabilecek akut komplikasyonlar benzerdir. Ancak trakea ve rekürren laringeal sinir yaralanmaları juguler ven kateterizasyonunda, brakial pleksus yaralanmaları subklavian ven kateterizasyonunda görülür (103).

Kateter bakımı kapsamında uygulanacak hemşirelik girişimleri şöyledir;

- ✓ Enfeksiyonu önlemek adına kateter bakımı önemlidir.
- ✓ Kateter kapakları ve kan hattı konnektörleri 3–5 dk povidone-iodine içinde tutulmalı ve kurummasına izin verilmelidir.
- ✓ Kateter lümenleri steril tutulmalıdır.
- ✓ Kontaminasyonu önlemek için lümen ve kateter ucu hiçbir zaman havayla temas etmemelidir. Kapak yada konnektör uçla, uç kapalı tutulurken konnektörlerin altında steril bir alan bulunmalıdır.
- ✓ Kateter kapağının açılması ve kan akımına ulaşılması ile ilgili tüm işlemlerde hasta cerrahi maske takmalıdır ve diyaliz çalışanları eldiven ve cerrahi maske takmalıdır.
- ✓ Geçici kateterler için çıkış yerine %2 lik mupirosin uygulanması %10 povidon iodin merhemi uygulanması bakteriyemi oranını düşürmektedir. Çıkış yeri kontrol edilmeli, pansumanları yenileriyle değiştirilmelidir (65).

### **2.2.6.3. Kardiyovasküler Korunma**

Diyaliz hastaları kardiyovasküler hastalıklar yönünden yüksek risk altındadır. Diyaliz hastalarının yaklaşık yarısında klinik açıdan önemli kardiyovasküler komplikasyonlar görülebilmektedir. Konjestif kalp yetersizliği, iskemik kalp hastalıkları ve aritmiler diyaliz

hastalarında en sık görülen kardiyovasküler komplikasyonlardır. Toplumdaki klasik kardiyovasküler risk faktörlerine, böbrek yetmezliği ve diyalize bağlı risk faktörlerinin eklenmesi mortalite ve morbitidenin yüksekliğinden sorumlu tutulmuştur. Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, kalp yetersizliklerinin, aritmilerin ve koroner arter hastalıklarının erken tanısı ve tedavisi diyaliz hastalarında yaşam beklentisini ve kalitesini arttırmaktadır (16).

2009 yılında ölen HD hastalarının ölüm nedenlerinde %52,1'lik bir oranla kardiyovasküler hastalıklar birinci sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler nedenlerle ölen HD hastalarında ölüm nedenleri ise %38.0 kalp yetersizliği, %36.1 iskemik kalp hastalığı ve %22.8'i ani ölüm olarak sıralanmaktadır (93).

Kardiyovasküler problemlerden korunma amacıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Sıkı kan basıncı ve volüm kontrolü sağlanmalıdır.
- ✓ Kardiyovasküler mortaliteyi artırdığından anemi kontrol altına alınmalıdır (90).
- ✓ Düzenli aerobik egzersiz programları uygulanmalıdır. Egzersizlerin yararları şöyledir;
  - Uzun vadede kan basıncında azalma,
  - Lipid profilinde düzelme,
  - Stres ve anksiyetede azalma,
  - Depresyonda azalma,
  - Kardiyovasküler ve periferik kas kondüsyonunda düzelme,
  - Kalp hızında azalma,
  - Bağışıklığı artırma,
  - Laktik asit yapımını azaltma,
  - Ağrıya duyarlılığı azaltma,
  - Yorgunluğu azaltma,
  - Fiziksel ve mental durumu iyileştirme
  - İlerleyen yaşın ve sedanter hayatın eşlik ettiği bazı fizyolojik değişiklikleri azaltma ve iyilik halinde artış sağlar. Diyaliz esnasında yapılırsa kaslara olan akan akımı artar ve solütlerin daha iyi temizlenmesi sağlanır (83, 40).

Sol ventrikül hipertrofisi (SVH), artmış sol ventrikül basıncı ve hacim yüklenmesi sonucu, artan miyokardiyal iş yükünün devam ettirebilmesi için zaman içinde gelişen adaptif bir mekanizmadır. Başlangıçta SVH yararlı bir mekanizma iken zaman içerisinde devamlı basınç yüklenmesi (HT, arteriyoskleroz, aort darlığı) ve hacim yüklenmesi (artmış ekstrasellüler sıvı hacmi, arterio-venöz fistül, anemi) karşısında yetersiz kalır ve önce sol ventrikül dilatasyonu, ardından sistolik disfonksiyon gelişir (78). HD hastalarında hipertansiyon, sıvı birikimi, anemi, koroner arter hastalığı, myokardiyal kalsifikasyon, üremi, malnütrisyon ve sistemik hastalıklar gibi nedenlerle sol ventrikül bozukluğu gelişir (65).

#### **2.2.6.4 Renal Osteodistrofi'nin Önlenmesi**

Renal osteodistrofi (ROD) , KBY'nin erken evrelerinde ortaya çıkar ve kemikte metabolik ve morfolojik değişikliklere neden olur. Böbrek yetmezlikli hastalarda görülen sekonder hiperparatiroidizm kalsiyum, fosfor, vitamin D ve parathormon bozukluklarından kaynaklanmaktadır. Kemik değişiklikleri yüksek döngü hızlı ve düşük döngü hızlı olmak üzere 2 şekilde değerlendirilir. Renal osteodistrofi iskelet sistemindeki bozuklukların yanı sıra eşlik eden yumuşak doku ve damar kalsifikasyonları, kardiyovasküler hastalıklar ile birlikte KBY'de mortalite ve morbiditeyi etkileyen en ciddi komplikasyondur. Serum kalsiyum, fosfor, parathormon, alkalen fosfataz, vitamin D, düzeyleri ROD tanı ve takibinde önemli parametrelerdir. Kemik biopsisi altın standarttır. Tedavisinde yeterli diyaliz, fosfordan kısıtlı diyet, fosfor bağlayıcı ajanlar, aktif vitamin D preparatları yer almaktadır. Tedavi esnasında karşılaşılan hiperkalsemi (kalsiyum, vitamin D) nedeniyle son yıllarda yeni tedavi seçenekleri klinik uygulamaya girmiştir. Bunlar Sevelamer hidroklor (Renagel), Lanthanum karbonat gibi fosfor bağlayıcıları, Vitamin D analogları ve kalsimimetiklerdir. Sekonder hiperparatiroidizmin düzeltilemediği hastalarda ise paratiroidektomi tedavi seçeneğidir (91).

Renal Osteodistrofiyi önleme amacıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Ca ve P değerleri normal sınırdan tutulmalıdır.
- ✓ Paratiroid Hormon(PTH)'nu baskılanarak paratiroid hiperplazisi önlenmelidir.
- ✓ İskelet sistemindeki patolojik değişikliklere karşı dikkatli olunmalıdır.
- ✓ Yumuşak doku kalsifikasyonları önlenmelidir.
- ✓ Alüminyum, demir ya da florid gibi toksik ajanlardan uzak durulmalıdır.

- ✓ Uygun egzersiz programları önerilmeli, hasta ve yardımcı personel transfer konusunda eğitilmelidir (96).

#### **2.2.6.5. Hipotansiyonun Önlenmesi**

Hemodiyaliz işlemi esnasında en sık karşılaşılan komplikasyonlardan birisidir. Hipotansiyon, kramp, bulantı ve kusma gibi diğer akut hemodiyaliz komplikasyonları ile beraber olabilir. Hipotansiyon için başlıca predispozan faktörler düşük vücut indeksi (sıklıkla kadınlarda), ileri yaş, DM, iki diyaliz seansı arası aşırı kilo alımı ve mevcut kardiyovasküler hastalıktır. Diyaliz hipotansiyonu sıklıkla kan hacminde aşırı azalma, yetersiz damar direnci veya kalbe ait faktörler ile ilişkilidir. Perikardiyal tamponad, miyokard infarktüsü, kanama, sepsis, aritmi, diyalizer reaksiyonları, hemoliz ve hava embolisi nadir karşılaşılan ama ciddi hipotansiyon nedenleridir. Bu nedenle hipotansif tüm hastalar yakından izlenmeli ve hipotansiyon nedeni hızla araştırılmalıdır (4).

Diyaliz seansı esnasında vücut sıvı hacminin sabit hızda azaltılması hedeflenmelidir. Ultrafiltrasyon kontrolü olmayan bir makine kullanıldığı zaman ani ve hızlı sıvı kaybı ve hipotansiyon gelişebilir. Bu nedenle ultrafiltrasyon kontrollü diyaliz makinesi kullanılmalıdır, eğer bu olanak yoksa suya geçirgenliği az (ultrafiltrasyon sabitesi düşük) membranlar kullanılmalıdır. İki diyaliz seansı arasında fazla kilo alınması veya diyaliz seansının süresinin kısa tutulması birim zamanda yapılması gereken ultrafiltrasyon miktarının artmasına yol açar. Yüksek ultrafiltrasyon hızı ise hipotansiyona neden olabilir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarında günde bir kilogramdan fazla kilo artışı engellenmelidir. Ülkemizde iki hemodiyaliz seansı arası 5-6 kilogram alan hasta sayısı ne yazık ki az değildir (4, 65).

Diyaliz solüsyonu normalde 38°C ısıda tutulur; bu sıcaklık vazodilatasyon ve hipotansiyona neden olabilir. Bu nedenle diyalizat ısısının düşürülmesi (34- 36°C) hipotansiyon sıklığını azaltabilir. Ancak düşük ısıli diyaliz solüsyonları çoğu hastada rahatsızlık hissi, üşüme ve titremeye neden olur (4, 65).

Gıda alımı splanknik vende genişlemeye yol açarak hipotansiyon nedeni olabilir. Bu etki yaklaşık 2 saat kadar sürer. Diyaliz hipotansiyonu olan hastalarda diyalizden hemen önce veya diyaliz esnasında gıda alımı engellenmelidir (4, 65).

Doku iskemisi, bazı hastalarda (özellikle hematokrit düzeyi > % 20-25 ise) hipotansiyonu şiddetlendirebilir. Eritropoietin kullanımı ve kan transfüzyonu anemi ile ilişkili hipotansiyon sıklığını azaltmıştır (4, 65).

Hasta mümkünse hemen Trendelenburg pozisyonuna getirilmelidir. Venöz yoldan 100 ml (gerekirse daha fazla) % 0.9 NaCl solüsyonu hızla verilmeli ve mümkünse ultrafiltrasyon hızı sıfıra indirilmelidir. Hipertonik NaCl, glukoz, mannitol veya albümin solüsyonları da % 0.9'luk NaCl solüsyonuna alternatif olarak kullanılabilir ancak hipotansiyon tedavisinde bu solüsyonların % 0.9'luk NaCl solüsyonuna bir üstünlüğü gösterilememiştir. Nazal oksijen yararlı olabilir. Çok şiddetli hipotansiyonu olan veya tedavi ile hipotansiyonu düzeltilmeyen hastalarda kan akım hızı azaltılabilir (4, 65).

Diyaliz hipotansiyonunu önlemek için yapılabilecek önlemler aşağıda özetlenmiştir:

- ✓ Ultrafiltrasyon kontrollü diyaliz makinelerinin kullanılması,
- ✓ Günde 1 kg üzerinde ağırlık artışına izin verilmemesi, diyetle tuz kısıtlaması,
- ✓ Kuru ağırlığın altına düşürecek ultrafiltrasyonun önlenmesi,
- ✓ Diyaliz solüsyonu sodyum düzeyinin plazma sodyum düzeyinden az olmaması,
- ✓ Antihipertansif ilaçların diyaliz öncesinde verilmemesi,
- ✓ Yüksek akım hızı veya yüksek etkin diyalizer kullanıldığında bikarbonat diyalizi yapılması,
- ✓ Seçilmiş hastalarda düşük ısı (34-36 °C) diyaliz solüsyonu kullanılması,
- ✓ Hematokritin % 25-30'un üzerinde tutulması,
- ✓ Hastaların diyalizden önce oral gıda veya glukoz alımının engellenmesi,
- ✓ Yavaş, uzun süreli diyaliz,
- ✓ Diyabetik hastalarda etkin kan şekeri kontrolü sağlanmalıdır (4).

### 2.2.6.6. Aneminin Önlenmesi

Hemodiyaliz hastalarında azalmış eritropoietin (EPO) yapımı, eritrosit yaşam süresinde kısalma, diyaliz sırasındaki kayıplar veya sık yapılan kan incelemeleri nedeni ile gelişen kan kayıpları, kronik inflamasyon ve birçok hematopoez ile ilgili vitaminlerin (folat, B12 vitamini gibi) eksikliği gibi nedenlerle anemi ortaya çıkar. 1980'li yılların sonlarında EPO tedavisinin günlük klinik uygulamalara girmesi ile renal anemi günümüzde başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Hastaların yaşam kalitesinde EPO tedavisi ile çok önemli düzelmeler sağlanmıştır. HD hastalarında gözlenen anemi bu grup hastalarda kardiyovasküler mortalite ile ilişkili olan sol ventrikül hipertrofisinin gelişmesine de katkıda bulunur. EPO ile renal aneminin tedavisi ile sol ventrikül hipertrofisinde gerileme gösterilmiştir (110).

Anemi, uzun bir süre, bir risk faktörü olarak görülmemiştir. Sol ventrikül hipertrofisi (SVH), koroner kalp hastalığının şiddetlenmesi ve periferik arter hastalığının söz konusu olduğu bir klinik tablo, kronik anemiyi izler. Anemi, diyaliz tedavisine başlayan hastalarda SVH ve ekokardiyografik anormalliklere yol açarak, kalp yetmezliği ve ölümlerle sonuçlanmaktadır (59, 82, 111 ).

Renal anemi tedavisinde EPO ve demir tedavisi ana bileşenlerdir. Demir tedavisi uygulanmasında intravenöz yolun oral yola üstünlüğü birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle demir tedavisi tercihen intravenöz yolla uygulanmalıdır. Başlıca kullanılan parenteral demir bileşikler demir dekstran, demir sukroz ve demir glukonatdır. Tüm parenteral demir preparatları eşdeğer etkindir (110).

HD hastalarında hedef hematokrit düzeyleri %33-36' dır. Renal anemi tedavisinde hedef hematokrit düzeylerine ulaşmak için yeterli demir uygulanmalıdır. Hastaların her üç ayda bir izlenmeleri önerilmektedir. Hastalarda yeterli demir replasmanı sonrası EPO tedavisi başlanmalıdır. Cilt altı uygulama intravenöz tedaviye göre daha etkin bulunmuştur ve tercih edilmelidir. EPO tedavisine başlandıktan sonra veya doz arttırımı veya azaltımını takiben her 1-2 haftada bir hemoglobin düzeyleri ölçülmelidir. Hedef hemoglobin düzeylerini ayda 1-2 g/dl arttırmaktır (110).

Hemodiyaliz hastalarında kan transfüzyonu ancak hemodinamik bozukluk yapacak ciddi kan kayıpları olan veya ciddi anginalı hastalarda kısa sürede etki sağlamak amacı ile

düşünülmelidir. Özellikle transplantasyon adayları için doku uyumu antijenlerine karşı duyarlılaşmaya neden olabilir. Ayrıca transfüzyon reaksiyonlarına ve ülkemizde sık olan başta hepatit C virüsü gibi viral ve paraziter infeksiyonların bulaşmasına neden olabileceğinden, transfüzyondan olabildiğince kaçınılmalıdır (110).

Anemiyi önleme çerçevesinde uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ EPO tedavisi cinsel fonksiyon ve menstrüel bozuklukları düzeltebilir, bu nedenle daha önce adet görmeyen bir kadın hasta adet görmeye başlayabilir, bu durum kan kaybına yol açabilir.
- ✓ Anemik kadın hastalarda adet kanamaları mutlaka sorgulanmalıdır.
- ✓ EPO tedavisinden önce ve tedavi süresince kan basıncı kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. İdeal olarak diyastolik kan basıncı 90 mm Hg'nın altında tutulmalıdır. Hastalar diyetle uyum konusunda da eğitilmelidir; yaşam kalitesinin artması iştah artışına yol açar.
- ✓ Diyetle tuz miktarını artıran hastalarda hipertansiyon sorun olmaya başlayabilir.
- ✓ Diyetle uyumsuzluk sonucu hiperpotasemi ve hiperfosfatemi ortaya çıkabilir, serum kreatinin ve kan üre azotu (blood urea nitrogen, BUN) düzeylerinde artış izlenebilir.
- ✓ Hastada anemiye yol açabilecek diğer hastalıklar değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir.
- ✓ Eritropoietin tedavisinde olası yan etkiler bilinmeli ve hastalar yakından takip edilmelidir (4).

#### **2.2.6.7. Krampın Önlenmesi**

Hiponatremi, hipovolemi, karnitin yetersizliği, hipoksi, kuru ağırlığın altına inme kramp nedeni olabilir. Hipotansiyonu önlemeye yönelik önlemler alınmalı, bölgesel masaj uygulanmalı. Kas kramplarının tedavisinde hipertonic solüsyonlar (10- 20 ml, % 23.4'lük NaCl, 3-5 dakika içinde infüzyon veya 50 ml, % 50'lik glikoz veya 100 ml, % 25' lik mannitol) oldukça etkilidir. Hipertonik NaCl diyaliz sonrası susuzluk hissini artırabilir; bu nedenle diyabetik olmayan hastalarda hipertonic glukoz solüsyonu tercih edilmelidir. Nifedipine yararlı olabilir ancak hipotansiyon nedeni ile pratikte kullanımı pek yoktur. Vitamin E tedavisinin (gece yatarken 400 IU) bacak kramplarının sıklığını ve şiddetini azalttığı bildirilmiştir (4, 65).

Krambın önlenmesi için uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Öncelikle hastanın çok kilo ile gelmesinin önlenmesi, diyaliz esnasında yemek yenmemesi yada hafif şeyler yenmesi ,
- ✓ İki diyaliz arasında fazla sıvı almamalı,
- ✓ Diyaliz süresinin uzatılması,
- ✓ Her kişiden bir seansta çekilebilecek maksimum sıvı miktarı vardır. Bu tespitin üzerinde sıvı çekildiğinde kramp oluşmaktadır.
- ✓ Antihipertansiflerin diyaliz günü alınmamasının önemle hatırlatılması gereklidir.
- ✓ Hastanın doğru bir tedavi ile ve hastayla işbirliği sonucu kanının normal sınırlar aralığında tutulması sağlanmalıdır. Çünkü düşük hematokrit de kramba uzanan reaksiyon sebebi olabilir.
- ✓ Hastanın kuru ağırlığının doğru hesaplanması çok önemlidir (23).

#### **2.2.6.8. Sıvı Kontrolünün Sağlanması**

Hemodiyaliz hastalarında sıvı kısıtlaması yapılabilirken, periton diyalizine giren hastalarda sıvı kısıtlamasına gerek yoktur. Hemodiyaliz hastalarında gözde, ellerde, ayaklarda şişme, sıvı ağırlık kazanımı, nefes darlığı, kan basıncının artması, kalbin hızlı çalışması gibi durumlar gözleendiğinde sıvı tüketimi kısıtlanmalıdır. Hemodiyaliz hastalarına günlük verilecek sıvı miktarı anüri durumunda;  $[24 \text{ (saat)} \times 0.5 \times \text{ideal vücut ağırlığı (kg)}]$ , oligüri durumunda;  $[24 \text{ (saat)} \times 0.5 \times \text{ideal vücut ağırlığı (kg)} + 1 \text{ gün önceki idrar}]$  formülü ile hesaplanır. Hemodiyaliz hastalarında sıvı alımını azaltmak için çay, kahve, soda, su, meyve suları, dondurma, şerbet, jelatin, çorbalar, et suyu, soslar, gibi besinlerin tüketimi sınırlandırılmalıdır (32).

Sıvı kontrolünün sağlanması amacıyla uygulanacak hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Küçük fincan kullanımı, buz küpü kullanımı, hapları yemekle almak,
- ✓ Bilgilenmeyi arttırmak,
- ✓ Çorba tarzının sıvı içerikli olduğunu bilmek ve ölçekli sürahi kullanılmak,
- ✓ Şekersiz tatlılar ve sakız kullanmak, meyve yemek,
- ✓ İlave tuz kullanmamak,



- ✓ Pişirirken az tuz kullanma, sofrada tuz kullanmama, tuzlu yiyecekte kaçınmak,
- ✓ Düzenli ağız bakımı yapmak,
- ✓ Ağız yıkamak ve dudaklara koruyucu krem kullanmaktır (65).

### 2.2.6.9 Diyaliz Hastalarında Beslenme

Diyaliz hastalarına uygulanan diyet tedavisinin amacı; malnütrisyonu ve anemiyi önlemek, inflamasyon sıklığını azaltmak, yüksek homosistein düzeylerini folik asitten zengin diyetlerle düşürmek, çocuklarda büyüme ve gelişmenin devamı sağlamak, diyaliz tedavisinin etkinliğini arttırmak, sıvı ve elektrolit dengesini düzenleyebilmek, bulantı, kusma, iştahsızlık, kaşıntı gibi üremik semptomları minimal düzeye indirmek, klinik ve laboratuvar bulgularına göre en uygun beslenme programının ve uygun diyetin hasta tarafından tam olarak uygulanmasını sağlamaktır. Hemodiyaliz hastalarında 1.2 g/kg/gün, periton diyalizi hastalarında hasta ideal ağırlıkta ise; 1.3 g/kg/gün, peritonit-kaşektik ise; 1.4-1.5 g/kg/gün protein tüketmeleri önerilmektedir. Diyaliz hastalarına gereksinimleri kadar proteinden zengin besinler ve ürünler önerilmelidir. Et, tavuk, yumurta, balık (ton balığı, morina), az miktarda süt, sadece protein içeren enteral ürün tüketimi protein ihtiyacını karşılayacaktır. Proteinden zengin besinlerin aynı zamanda fosfordan da zengin oldukları unutulmamalı ve protein içeren besinlerin tüketilebilecek miktarları belirlenmelidir (32, 102 ).

Enerjinin %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır. Diyetin doymuş yağ içeriği azaltılıp, doymamış yağ içeriği artırılmalıdır. Kolesterolü düşürmek, kanın pıhtılaşmasını azaltmak, yüksek dansiteli lipoproteinleri (HDL) yükseltmek için 650- 950 mg/gün balık yağı önerilmektedir (32, 102 ).

Hemodiyaliz hastalarında diyetin enerjisinin karbonhidratlardan gelen oranının %60-65 olması önerilirken, periton diyalizinde %40-45 olması önerilmektedir (%15-30'unu diyalizattan emilen glikoz oluşturmaktadır) (32, 102 ).

Diyalizle 800–1000 mg fosfor atılır. Bağırsaktan fosfor Emilimi alınanın %60'dır. Günde 572–717 mg fosfor alımı teorik olarak dengeyi sağlamaktadır. D vitamini desteği alındığında bu miktar 428–537 mg'a düşmektedir. Çünkü D vitamini alımıyla fosfor Emilimi

%80'e ulaşmaktadır. Bu değerler protein alımını kısıtlamaktadır. Fosfor bağlayıcıları fosfor emilimini %40 oranında azaltmakta ve komplikasyonların oluşmasını engellemektedir. Diyetle fosfor alımı 857–1075 mg olmalıdır. Bir gram proteinde 10-13 mg fosfor bulunmaktadır. Diyaliz hastalarında fosfor alımını azaltmak için; diyetle fosfor alımı kısıtlanmalıdır (600-700 mg/gün). Diyaliz hastalarında besinlerle fosfor alımını azaltmak için tam yumurta yerine, yumurta beyazı; kepekli ekmek yerine beyaz ekmek; kuru fasulye yerine bezelye tercih edilmeli ve fosfor/protein oranı düşük olan balıklar (morina, ton balığı) tüketilmelidir (32, 102 ).

Hemodiyaliz hastalarında günde 2000-2500 mg olacak şekilde potasyum(K) kısıtlanmalıdır. Akut koşullara bağlı olarak bireysel gereksinimler değişebilmektedir. Diyaliz hastalarında kan K düzeyi yüksek olduğu zaman, öncelikli olarak hastanın diyet tedavileri gözden geçirilmelidir. Daha sonra K alımını azaltmak için aşağıdaki besinlerin tüketimi sınırlandırılmalıdır.

- ✓ Süt
- ✓ Et ürünleri (sakatatlar, sucuk, salam, sosis)
- ✓ Kurubaklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek)
- ✓ Kuru yemişler (çekirdek, fındık)
- ✓ Kurutulmuş meyveler (kuru üzüm)
- ✓ Meyveler (hurma, muz, kavun, avokado, kivi, nar, yenedünya, portakal)
- ✓ Sebzeler (pancar, bakla, mantar, pazı, kereviz, ıspanak, asma yaprağı, semizotu, karalahana, kuşkonmaz, maydanoz, sarımsak, börülce)
- ✓ Tahıllar (bulgur, mısır, tarhana, patates, mısır unu)
- ✓ Tatlılar (çikolata, pekmez, tahin, pestil)
- ✓ Diğer besinler (soya sosu, salça, kahve, kakao, kuş üzümü, kuru maya, hazır meyve suları)
- ✓ Çeşni vericiler (hardal, karabiber, dereotu, kırmızıbiber, kimyon, karanfil, kekik, tarçın, zencefil)
- ✓ K tuzları

Hemodiyaliz hastalarında beslenme durumu şöyle özetlenebilir;

- ✓ Hastalar, potasyumu düşük sebzelere diyetlerinde daha geniş yer vermelidir.
- ✓ Sebzeler küçük parçalar halinde doğranıp, bol suda haşlamalı ve süzdürülmelidir.

- ✓ Kavurma, kızartma, basınçlı tencerede ve mikrodalga pişirme yöntemleri kullanılmamalıdır. Hemodiyaliz hastalarına sodyum tüketimi kısıtlanırken, periton diyalizi hastalarına herhangi bir kısıtlama yapılmamaktadır.
- ✓ Hemodiyaliz hastalarında; vücut ağırlığı, kan basıncı, çıkarılan idrar miktarı, ödem varlığına göre günlük sodyum tüketimi ayarlanır. Hastaların oligürisi varsa günde 130-170 mEq (3-4 g tuz), anürisi varsa 40-80 mEq (1-2 g tuz) sodyum tüketimi önerilmektedir.
- ✓ Diyaliz hastalarında tuz kısıtlaması durumunda; hastalara 1 g tuz önerildiğinde yemek ve ekmek tuzsuz, 3 g tuz önerildiğinde yemek veya ekmek tuzsuz tüketilmeli, 4 g tuz önerildiğinde ise az tuzlu diyet uygulanmalı ve tuzu fazla içeren besinler sınırlandırılmalıdır. Hemodiyaliz hastalarında sodyum alımını azaltmak için zeytin, turşular, salamuralar, sarımsak sosu, soya sosu, konserveler, sucuk, sosis, jambon gibi işlenmiş etler, cipsler, tuzlu krakerler, hazır çorbalar diyetten çıkarılmalıdır.
- ✓ Tuzsuz yemeklerin tüketimini arttırmada farklı baharatlar, kırmızı biber sosu ve limon kullanılabilir (32, 102 ).

### **2.2.6.10 Enfeksiyonun Engellenmesi**

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında enfeksiyona bağlı hastaneye yatışlar morbidite ve mortalite artışına önemli ölçüde katkıda bulunur ve enfeksiyon bu hastalarda ölümün ikinci sık sebebidir. Renal replasman tedavisi gereken ve gerekmeyen KBY'li hastalar, KBY'si olmayan hastalarla karşılaştırıldığında enfeksiyon açısından daha yüksek riske sahip olmakla birlikte, diyaliz tedavisi gerektirmeyen KBY hastalarıyla ilgili veriler oldukça sınırlıdır. KBY hastalarında ileri yaş, eşlik eden hastalıkların varlığı, aşı cevabının azlığı, immunsupressif tedavi, üremi, diyaliz girişim yolu ve diyaliz seçimi gibi çok sayıda potansiyel risk faktörü enfeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır (99).

Enfeksiyonun önlenmesi kapsamında uygulanacak hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Diyaliz istasyonunda hasta ile ilgili ekipmanlara dokunulduğunda veya hasta bakımı sırasında tek kullanımlık eldiven giyilmelidir. Hastalar arasında veya istasyon değişiminde eldiven çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır.

- ✓ Diyaliz istasyonunda bulunan gereçler ya tek kullanımlık olmalı, ya tek bir hasta için kullanılmalı ya da bir başka hastaya kullanılmadan önce veya temiz alana alınmadan önce dezenfekte edilmelidir.
- ✓ Temizlik ve dezenfeksiyonun yapılamadığı tek kullanımlık olmayan gereçler yalnızca bir hastanın kullanımı için ayrılmalıdır.
- ✓ Birden fazla kullanım dozu içeren ilaçlar ve bu ilaçlarla ilgili malzemeler (enjektör, alkollü pamuk gibi) hastanın tedavi gördüğü istasyonda, yalnızca o hasta için kullanılmalıdır. Temiz bölgeye götürülmemeli ve bir başka hasta için kullanılmamalıdır.
- ✓ Birden fazla kullanım dozu içeren ilaçlar diyaliz istasyonundan farklı temiz bir bölgede hazırlanmalı ve her hastaya ayrı ayrı dağıtılmalıdır. Bu ampuller istasyondan istasyona taşınmamalıdır.
- ✓ Hastaların tedavilerini uygulamak için dağıtma işleminde tekerlekli sehpa kullanılmamalıdır. Ampuller, enjektörler, alkollü pamuklar ve paketlenmiş malzemeler taşınmamalıdır. Eğer dağıtım işlemi için tepsi kullanılacaksa her hasta değişiminde temizlenmelidir.
- ✓ Medikasyonların hazırlanması, depolanması ve kullanılmamış malzemelerin konulması için temiz alan şeklinde düzenleme yapılmalıdır. Temiz alan kullanılmış alet ve ekipmanların olduğu kontamine bölgeden ayrılmalıdır.
- ✓ Diyaliz makinelerindeki basınç monitörlerinin kanla kontaminasyonunu engellemek için kullanılan eksternal venöz ve arteriyel basınç transduser filtre veya koruyucuları her hasta değişiminde değiştirilmeli ve yeniden kullanılmamalıdır. İnternal transduser filtrelerin rutin olarak hastalar arasında değiştirilmesine gerek yoktur.
- ✓ Hasta değişiminde diyaliz istasyonunda (sandalye, yatak, masa, makine vb.) temizlik ve dezenfeksiyon yapılmalıdır.
- ✓ Diyaliz makinesinin sık dokunulan ve potansiyel olarak hasta kanları ile kontamine olabilecek kontrol panelleri ve diğer yüzeyleri uygun olarak temizlenmelidir.
- ✓ Diyaliz istasyonundaki tüm sıvılar dökülmeli, atık kutuları ve tüm yüzeyler temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

- ✓ Diyalizerler ve bağlantı tüplerinin yeniden kullanımları söz konusu olduğunda, önce diyalizer portları kapatılmalı ve tüpler klemplenmelidir. Daha sonra sızdırmaz kutular içinde yeniden işlem görecekları alana götürölmeleri gerekir.
- ✓ Hastane personelinin kan sıçrama olasılığının olduğu işlemlerde (örneğin; diyalizin başlaması, sonlandırılması, diyalizer temizliğı gibi) elbise, maske, yüz koruyucu, gözlük gibi koruyucu giysileri giymesi gerekir. Bu koruyucu giysiler kan, vücut sekresyonları, sıvıları veya çıkartıları ile kirlendiğinde değıştirilmelidir (55, 104).

### **2.2.6.11 Hemodiyaliz Hastalarında Cinsel Disfonksiyon**

Cinsellik ve cinsel işlevler yıllardır tabu olarak görölen ve sağıık profesyonelleri de dahil konunun gündeme getirilmesinde çekince yaşanan bir konudur. Oysa cinsel disfonksiyon (CD) sorununun ölkemizde kadınların %47-48'i, erkeklerin ise %43-69'u tarafından deneyimlendiğı ve kronik hastalığı olan kişilerde bu sorunun daha da yaygın olduğu bildirilmektedir (62, 65).

Hemodiyalize giren hastalarda her iki cinstede CD'nin yaygın olduğu bildirilmektedir. Hemodiyalize giren erkeklerde sıklıkla erektil disfonksiyon (ED) ve hemodiyalize giren kadınlarda sıklıkla libido kaybı ve orgazm olamama şeklinde görölebilen CD prevalansının erkeklerde %50 ile %86.4, kadınlarda ise %33 ile %75 arasında değıştiğı rapor edilmektedir (62, 65).

Hemodiyaliz hastalarında cinsel fonksiyonlar fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. CD'yi etkileyen fizyolojik faktörler vasköler, hormonal, nörolojik ve ilaçlara bağılı olan faktörlerdir. Üremi ile birlikte hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkların eşlik ettiğı KBY'de kan damarlarında meydana gelen değışiklikler ve kalsiyum-fosfat dengesizliğine bağılı metastatik kalsifikasyonlarla oluşan değışiklikler vasköler sorunların kaynağıdır (62, 65).

Eritropoietin eksikliği ve buna bağılı anemi, testesteron düşöklüğü, östrojen ve progesteronun azalması, foliköl sitömulan hormon yüksekliğı, hiperparatiroidi,

hiperprolaktinemi CD'yi etkileyen hormonal faktörleri oluştururken; üremiye bağlı gelişen periferik nöropati nörolojik faktörleri meydana getirir. Ayrıca hipertansiyon ilaçları, antiemetikler, psikotropik ilaçlar gibi ilaçlar da CD'yi etkileyen fizyolojik faktörlerdendir (62, 65).

Erkek hemodiyaliz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu; ED, libidoda azalma, oligo ya da azospermi ve buna bağlı subfertilite ile jinekomasti şeklinde görülebilir. Bu sorunlardan en sık görüleni ED'dir. SDBY olan kadınlarda hipotalamik-hipofizer-ovarien aks bozulmuştur. Bu durum azalmış fertiliteye, libido kaybına ve disfonksiyonel uterus kanamalarına neden olur. Hemodiyalize giren kadınlarda orgazm olma olasılığı azalmıştır ve vaginal kuruluğa bağlı ağırlı cinsel temas vardır (62, 65).

Kadınlarda glomerüler filtrasyon hızı 10 ml/dk'nın altına indiğinde çoğu zaman amenore gelişir. Diyalize başladıktan sonra hastaların %50'sinde menstrüasyon geri döner. SDBY'li ve menstrüasyon gören kadınların %50'sinden fazlasında hipermenore bildirilmektedir. Diyalize giren birçok kadında sikluslar düzensiz olduğu için disfonksiyonel uterus kanaması siktir ve endometrium kanserinin erken bir bulgusu olabilir (34).

Tedavide psikolojik danışmanlık, antidepresanlar, cinsel danışmanlık, çinko, testosteron östrojen, bromokriptin takviyeleri, kalsiyum ve D vitamini tedavilerinde değişiklikler yapılması, sildenafil, intraüretral vazodilatör, enjeksiyonlar, penil protezler kullanılması önerilir (62, 65).

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilendirme, hatalı bilişsel şemaların oluşumuna yol açar; bunlar aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusu gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olur. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarında bilgilendirme, açıklama önemlidir. Başarabilme kaygısının azaltılması gerekir (17).

Cinsel disfonksiyon için uygulanacak hemşirelik girişimleri;

- ✓ Cinsel yaşama ilişkin şu konularda öykü alınır;
  - Genel seksüel örüntüler,
  - Seksüel bilgi,

- Doyum durumu,
  - Problemler,
  - Beklentiler,
  - Duygu durumu, enerji düzeyi,
- ✓ Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konularda sorular sorması için cesaretlendirilir.
  - ✓ Partneri ile ilişkisi incelenerek tanımlanır.
  - ✓ İşlevselliği stresörler ya da stresli bir yaşam şekli etkiliyorsa;
    - Yaşam şeklini stresi azaltacak şekilde düzenlemesine yardım edilir,
    - Yaşamdaki mevcut stresörlerin farkına varması için cesaretlendirilir.
  - ✓ Stresi azaltmak için düzenli egzersiz programı planlanır (23).
  - ✓ Depresyon, anksiyete, düşük beden imajı, yetersiz sosyal destek ve kötü yaşam kalitesi CD'yi etkileyebileceğinden, bireylerin biyo-psiko-sosyal yönleriyle holistik olarak değerlendirilmesi ve gerekirse liyezon psikiyatri ile işbirliği yapılması sağlanır (62).

#### **2.2.6.12. Diyaliz Hastalarında Uyku Sorunları**

Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Diyaliz hastaları birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalırlar. En büyük stres nedenlerinden birisi diyaliz işleminin kendisidir. Bunun dışında; ilaç ve diyet tedavisi, bir makineye bağımlılık, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, sık hastalanma ve sağlık personeli stres kaynağı olabilir. Bu hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar; depresyon, anksiyete, tedaviye uyumsuzluk, cinsel fonksiyon bozukluğu, intihar girişimi, psikoz, rehabilitasyondaki zorluklar ve uyku bozukluklarıdır (40).

Diyaliz hastalarında uyku bozuklukları oldukça sıktır ve son yıllarda diyaliz hastalarında uyku kalitesine ilgi giderek artmaktadır. Diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalarda; uyku bozukluklarının %20-83 oranında görüldüğü ve subjektif yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. En sık rastlanan uyku bozukluğu nedeni psikososyal strese bağlı uyku bozukluğudur. Anksiyete ve depresyona bağlı uykusuzluk da izlenebilir. Bazı ilaçlar (bazı antihipertansifler, steroidler, tiroksin, simetidin...) da uykusuzluğa neden olabilir. Bu hastalarda görülen üremi; huzursuzluk, iştahsızlık, çökkünlük, apati, yorgunluk, dikkat

eksikliği ve uykusuzluk belirtilerine yol açar. Uyku bozuklukları zihinsel aktivitelerde azalmaya yol açabilir (40).

Yapılan çalışmalarda da, diyaliz hastalarında uyku bozukluklarının psikolojik faktörlere bağlı olarak geliştiği, stres, anksiyete ve depresyonun subjektif uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği ileri sürülmektedir. Sınırlanmış yaşam, metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, dispne, yorgunluk, kramp, ileri yaş, kronik metabolik asidoz ile birlikte olan hipokapni, üst solunum yollarını etkileyen periferik nöropatinin varlığı gibi nedenler de uyku sorunlarına neden olabilir (40).

İyi bir uykuya sahip olabilmek için uyku hijyenine dikkat etmek gerekir. Bunlar:

- ✓ Her gün aynı saatte yatmak ve sabah aynı saatte yataktan kalkmak,
- ✓ Her gün düzenli egzersiz yapmak,
- ✓ Yatak odasının aşırı sıcak ya da soğuk olmamasına dikkat etmek,
- ✓ Yatak odasının sessiz olmasına dikkat etmek,
- ✓ Yatağı yalnız uyku için kullanmak,
- ✓ Yatmadan önce gevşeme egzersizleri yapmak,
- ✓ Akşamları kahve, çay, çikolata gibi kafeinli gıdaları tüketmemek,
- ✓ Yatakta okumak veya televizyon seyretmek gibi aktiviteleri yapmamak,
- ✓ Yatmadan hemen önce egzersiz yapmamak,
- ✓ Gündüzleri kestirmemek,
- ✓ Kendinizi uyumak için zorlamamak, uykuya dalamadığınızda başka şeylerle uğraşmak, uykunuz geldiğinde tekrar yatağa dönmek,
- ✓ Doktorun bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı almamak (40).

## **2.3. Umutsuzluk ile İlgili Genel Bilgiler**

### **2.3.1. Umutsuzluğun Tanımı**

Umut, geleceğe uyumu için bireye güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan, pozitif bakışı ve iyi oluşu destekleyen, başkalarıyla ilişkiyi sürdürmeye yardım eden dinamik bir güçtür. Bireyin yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor



ve stresli durumlarla başa çıkmasını sağlar, bireyi motive ederek hedeflerine ulaşmasına olanak tanır. Diğer bir ifade ile bireyin güçlüklerden bir çıkış yolu olduğuna inanmasını sağlar. Bireyin geleceğe oryante olmasını, amaç belirlemesini, seçim yapmasını, karar vermesini ve aktif olmasını sağlar (29, 56).

Umut, bireye verdiği yaşama gücü ile bireyi geleceği için çabalamaya yöneltmekte ve keder ve üzüntüyü engellemektedir. Herth ve John umudun en önemli özelliğinin bireye yaşantısında değişiklikler yapabileceğine yönelik güven kazandırması olduğunu belirtmişlerdir (56).

Türk Dil Kurumu tarafından yayımlanan Güncel Türkçe Sözlük'te 'ummaktan doğan güven duygusu' olarak tanımlanan ve geleceğe yönelik olarak olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirten umut, insana gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla baş edebileceği duygusunu vererek ruh sağlığını olumlu etkiler (97).

Umudun karşıtı olan umutsuzluk ise, bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, depresyon ve intihar gibi ruhsal sorunlara yol açan ve bu klinik tabloların bir parçası olarak yer alan bir duygudur (49, 97).

Umutsuzluk 1986 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association- NANDA) tarafından da bir hemşirelik tanısı olarak onaylanmış ve 'bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum' olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association-ANA) güçsüzlük ve çaresizlik ile birlikte umutsuzluğu da hemşirelik olgusu (fenomeni) olarak belirlemiştir. İnsan yaşamı için önemli olan umut, anlık zorluklarla baş edebilme ve kederi üstünden atabilmede insana güç veren iyileştirici bir etken olarak algılanmaktadır (49).

### **2.3.2.Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk**

Hemodiyaliz tedavisinde amaç, hastaların kaybolan böbrek fonksiyonlarını olabildiğince yerine koymanın yanı sıra, yaşam kalitesinin optimal düzeye getirilmesini de sağlamaktadır (72) .

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hem hastalık sürecini, hem tedaviyi olumsuz etkilemektedir. HD uygulanan kuruma ve makineye bağımlı olmanın dışında tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur. Bu nedenle hastalar içe kapanma, izolasyon ve en önemlisi umutsuzluk duygusunu yoğun yaşarlar. Umutsuzluk; hastalık sonucu ortaya çıkan inaktiviteye, izolasyona, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye neden olabilir (72).

Hastalarda duygu, inanç kaybı ve negatif düşünceler, kendi bakımlarını, yaşamsal fonksiyonlarını yeterince yerine getirememe ve pasiflik gibi davranışlarla karakterizedir (72).

Hemodiyaliz işlemi genellikle haftada 2–3 kez tedavi merkezine devamı gerektirmekte, diyet, ilaç kullanımı gibi birtakım tedavi yöntemlerine, tedavinin getirdiği pek çok kısıtlamalara ve bu kısıtlayıcı yaşam stiline uyumu zorunlu kılmaktadır. Bütün bunlar fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal pek çok soruna neden olmaktadır. En sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk sayılabilir (41).

Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görürler. Ekonomik bağımlılık, kısıtlı sosyal yaşam, ailevi sorumluluklarla baş etmedeki zorluklar hastalarda karamsarlık ve umutsuzluğa yol açarak hastaların yaşam doyumunu etkilemektedir. Umutsuzluk duygusu geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içerir, depresyon ve intihar düşüncesi ile yakından ilişkilidir. Diyaliz hastaları hastalıkları ile ilgili olumsuz olayları tekrar tekrar deneyimledikleri için umutsuzluk duyguları ve olumsuz beklentileri artar. Ayrıca umutsuzluk duygusu depresyonu ağırlaştırır. Diyaliz hastalarında umutsuzluk duygusu ve depresyonun yaşam kalitesini kötüleştirdiği bilinen bir gerçektir. Uzun süren umutsuzluk yaşam kalitesini tehdit eder, umut duygusu ise sağlık ve iyi oluşu beraberinde getirir (41, 53, 67, 70).

Umutsuzluk kayıplara karşı gösterilen normal bir tepkidir. Üzerinde durulması gereken konu ise tepkilerin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemek için hastalara yardımcı olmaktır. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut, hastanın var olan sorunları ile etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Hemşireler umutsuzluk yaşayan bireylerin bu durumlarıyla baş edebilmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmelidirler (41, 20).

Klinik tedavinin yoğun olduğu diyaliz hastalarında umutsuzluğun ölçülmesi önem taşımaktadır. Çünkü umutsuzluk, depresif bozukluğun temel öğelerinden biri, intihar eğilimlerinin belirleyicisidir. Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk depresyonla yakından ilişkilidir. Özkıyım niyeti ile depresyon arasındaki bağlantıda umutsuzluk kritik bir rol oynamaktadır (42).

## **2.4.Hastalık Algısı ile İlgili Genel Bilgiler**

### **2.4.1.Hastalık Algısı Tanımı**

Birçok kişi yaşamında bir hastalık geçirmesine karşın, hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Kişiler dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluştururlar. Hastalar da, geçici veya uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili olarak benzer modelleri geliştirirler. Leventhal ve arkadaşları, hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürmüşler ve kendini denetleme (selfregulatory) kuramını geliştirmişlerdir. Buna göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlara ilişkin şemalar oluştururlar. Her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleri olan bu bilişsel modeller, tedavinin ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içermektedir (73, 74).

Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (10). Hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, bu aşamada kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında hem KBY hastaları gibi özellikli bir hasta grubunda hem de diğer fiziksel hastalıkları olan kişilerde oluşan ve oluşabilecek psikiyatrik zorlanma ve bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısının belirlenmesi gereklidir (9, 10).

#### **2.4.2.Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı**

Hemodiyaliz tedavisi hasta yaşamında değişiklik yaratan yeni ve farklı bir deneyimdir. Bu durum hem hasta hem de hasta ailesini yakından etkiler ve yaşamla ilgili yeni düzenlemeler gerektirir. Peitzman, HD uygulanan hastaların yaşadığı deneyimi, "HD hastalığı" şeklinde ifade etmektedir. Benzer şekilde hastalar kendilerini "diyaliz hastası" şeklinde tanımlamaktadırlar. Bu nedenle, genellikle tedavi şeklinin hastalık olarak algılandığı görülmektedir (11, 61).

HD'in ertelenmesinin veya ara verilmesinin neredeyse imkansız olması, tedavinin süresi, kullanılan ilaçlar, sıvı alımı ve yiyeceklerin kısıtlanması bireye sürekli hastalığını hatırlatmaktadır. Hastalık algısını etkileyen faktörler arasında; tedavi programı hakkında bilgi sahibi olma durumu, rahatlık algısı, benlik saygısı, tedavinin etkinliğiyle ilgili tutum ve inançlar, yaşam şeklinin etkilenme durumu, tedavinin süresi ve karmaşıklığı (ilaçların sıklığı, dozu), hastanın tedaviye uyum yeteneği, tedaviyle ilişkili rahatlık algısı, sağlık personeli ile hasta arasında görüş birliğinin olması, yerleşim yeri, tedavi merkezine ulaşım durumu, mesleki sınırlılıklar, yaş, eğitim düzeyi, alışkanlıklar (sigara içme, alkol kullanma gibi), depresyon ve anksiyete varlığı, hastalığı inkar etme, bireysel algılar, inançlar, tutumlar, tedavinin karmaşıklığı ve maliyeti, zaman sorunu, rahatlık algısı, motivasyon durumu, tedavi ile ilgili deneyimler, yan etkilere bağlı endişe ve korku yaşama, başkalarına bağımlı olma durumu gibi birçok faktör sayılabilmektedir (11, 61).

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı davranışı başlatmak ve sürdürmede yararlanılan tekniklerden biri bireyin genel ve duruma özel hastalık algısının değerlendirilmesidir (81).

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi merkezi önem taşır ve en fazla önem hastanın durumu ile ilgili kendi oluşturduğu modele verilir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturdukları zihinsel temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler. Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur (11).

Hemodiyaliz hastalarında birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hastalığı kayıp biçiminde görür. Somut kayıplar beden işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik kayıplar ise, güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değerler ve gereksinimlerle ilgilidir. Kayba verilen duygusal tepki üzüntü, cesaretin kırılması, umutsuzluk, hipokondriasis, ilgide azalma, iş yaşantısında yetersizlik, memnuniyette azalma ve kaybedilen şey hakkında olumsuz düşüncelerle karakterize olan yastır (11).

Hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimi bireyin hastalığına tepkisini etkileyen önemli faktörlerdir. Fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stresör, hastalığın belirtilerinin tanınması veya hastalığın teşhisidir. Bu noktada kişi kendini hastalığı olan biri olarak tanımlar. Bu anlamda sinsice ilerleyen ve aniden kendini son evrede gösteren KBY'ye bağlı HD sürecini kabullenme bireylerde, hastalığı anlama ve algılayabilme evresinde ilk basamaktır. Bireye birdenbire böbreklerinin yetmezliğe girmesi anlamsız gelmektedir. Bazı zamanlar hastalık, hazırlanmaya fırsat vermeden ortaya çıkar ve kişi yaşam değişimleriyle baş etmede zorlanır. Bazen de kişi kendisini hastalığa hazırlayana kadar ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkında bilgisi tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkındaki

tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Hastalık hakkında verilen bilgi HD hastalarında algılama boyutu olumlu yönde etkilemektedir. Hastalığın nasıl oluştuğunu bilmek hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum aşamasında etkili bir rol oynamaktadır. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi anksiyete düzeyinin artmasına neden olur, bu da hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir, dolayısıyla iyileşmesini geciktirir (11).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırmanın yapılacağı yer olarak, Kahramanmaraş il merkezinde bulunan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Araştırma Hastanesi bünyesindeki diyaliz merkezi, Kahramanmaraş Devlet Hastanesi (KMDH) Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezi, Özel 12 Şubat Diyaliz Merkezi ve Özel Değişim Diyaliz Merkezi olmak üzere tüm diyaliz merkezleri seçilmiştir.

KSÜ Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi, Kahramanmaraş il merkezinde hastaneye bağlı tek katlı bina da hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde, toplam 10 tane HD makinesi bulunmakta ve 32 hastaya hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde 2'si sertifikalı, 1'i sertifikasız olmak üzere 3 hemşire ve 2 uzman doktor görev yapmaktadır.

KMDH Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezi, KMDH ayrı 3 katlı bina da hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde toplam 30 tane HD makinesi bulunmakta ve 73 hastaya hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde 9'u sertifikalı, 2'si sertifikasız olmak üzere 11 hemşire ve 1'i uzman 3'ü pratisyen 4 doktor görev yapmaktadır.

Özel 12 Şubat Diyaliz Merkezi'nde toplam 25 tane HD makinesi bulunmakta ve 117 hastaya hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde 6'sı sertifikalı, 3'ü sertifikasız olmak üzere 9 hemşire ve 1'i uzman 1'i pratisyen 2 doktor görev yapmaktadır.

Özel Değişim Diyaliz Merkezi'nde toplam 25 tane HD makinesi bulunmakta ve 91 hastaya hizmet vermektedir. Diyaliz merkezinde 6 sertifikalı hemşire ve 1'i uzman 1'i pratisyen 2 doktor görev yapmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, KSÜ Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezinde HD tedavisi alan 32 birey, KMDH Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezinde HD tedavisi alan 72 birey , Özel 12 Şubat Diyaliz Merkezindeki HD tedavisi alan 117 birey ve Özel Değişim Diyaliz Merkezinde HD tedavisi alan 91 olmak üzere toplam da 312 birey oluşturmuştur.

12 Şubat Diyaliz Merkezi'nde 28.10.2010 tarihinde anket uygulamaya başladıktan sonra, uygulanan anketlerin fotokopilerini alıp yedeklemek istemeleri üzerine, kurum yönetimi ile anlaşmazlık ortaya çıkmış ve kurum örneklem dışı kalmıştır. Bunun dışında örneklem seçimine gidilmeyip, 15.10.2010-15.01.2011 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uygun evrendeki birey sayısı örneklemi oluşturmuş ve çalışma 169 hasta ile tamamlanmıştır.

#### **3.3.1. Örneklem Alınma Kriterleri**

- ✓ İletişim kurmada güçlük çekmeyen hastalar,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözel ve yazılı onay verenler araştırmaya kabul edilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veriler çalışmaya katılan 169 hastaya, araştırmacılar tarafından geliştirilen hemodiyaliz uygulanan bireylere yönelik bilgi formu (EK I) ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış anketler olan Beck Umutsuzluk Ölçeği(EK II) ve Hastalık Algısı Ölçeği(EK III) uygulanarak toplanmıştır.

#### **3.4.1. Bilgi Formu:**

Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanmış olan form hasta ile ilgili bireysel özellikleri ve hastanın tanısı, tedavisi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgileri içermektedir (EK 1) (65, 94) .



### 3.4.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği:

Beck ve arkadaşları gözlemlerinden yola çıkarak ve yapmış oldukları bir dizi çalışma sonucunda umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökerek belirlemek amacıyla Beck Umutsuzluk ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu ölçek literatürde oldukça sık rastlanan, geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilen, 20 maddelik kendini değerlendirme (self report) türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Bireyler sorulara doğru-yanlış şeklinde cevap vermekte ve ölçek, negatif beklentileri yansıtmaktadır. Verilen anahtar ile uyum sağlayan her cevap 1, puan almakta uyum sağlamayan cevaplar ise puan almamaktadır. Elde edilen toplam puan "umutsuzluk" puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan ranjı 0-20 arasındadır. Ölçeği oluşturan sorular duygusal, motivasyonel ve bilişsel boyutları kapsamaktadır. Ölçek "Gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", "Gelecek ile İlgili Beklentiler" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır (37).

Ölçeğin, ülkemiz için geçerlik güvenilirlik çalışmaları, Seber, ve Durak tarafından yapılmış, cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .86 olarak bulunmuştur (64).

### 3.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği:

Hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, bu aşamada kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında hem kronik hastalık özellikli bir hasta grubunda hem de diğer fiziksel hastalıkları olan kişilerde oluşan ve oluşabilecek psikiyatrik zorlanma ve bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısının belirlenmesi gereklidir (11).

Hastalık algısı ölçeği (HAÖ), 1996 yılında Weinman tarafından geliştirilmiş ve Moss-Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında gözden geçirilmiştir. Çalışmada HAÖ'nin gözden geçirilmiş formu kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Armay tarafından 2006 yılında yapılmış ve tüm alt testlerin içsel geçerliği iyi düzeyde bulunmuştur.

Cronbach alfa değerleri 0.651–0.935 olarak bulunmuştur. Burada görülen bir diğer önemli bulguda ölçeğin genelinde olduğu gibi alt ölçek gruplarından elde edilen Cronbach alfa değerlerindeki paralellik olmuştur. Bu bulgu ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir (11). Ölçek, hastalık belirtileri, hastalık algısı ve hastalık nedenleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Hastalık belirtileri bölümü; Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, "bu belirtiyi hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyıp yaşamadığı", daha sonra "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulur. Bu bölüm, her belirti için iki soruya da kişinin evet/hayır biçiminde cevap vereceği şekilde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık belirtisi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur (9, 64).

Hastalık algısı bölümü; Hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren 38 maddeden oluşur. 5'li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, episodik olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır (9, 64).

Hastalık nedenleri bölümü; Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. 5'li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini

araştırır ve dört alt ölçeği içermektedir. Bu alt ölçekler şunlardır, psikolojik atıflar (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim gibi), risk faktörleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma vb...), bağışıklık (örneğin, mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması gibi), kaza veya şans (örneğin, kaza, aralanma, kötü talih gibi). Ölçeğin en sonunda kalitatif değerlendirmeye imkân vermek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü yazması da istenmektedir (9, 64).

### **3.5. Verilerin Toplanması:**

15.10.2010-15.01.2011 tarihleri arasında KSÜ Araştırma Hastanesi, KMDH Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezi, Özel Değişim Diyaliz Merkezi, ve Özel 12 Şubat Diyaliz Merkezi'nde kriterleri uygunluğu saptanan bireylerle yüz yüze görüşülerek ölçekler ve çalışmanın amacı hakkında kısa bir bilgi verildi , çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu. İsteddiği anda çalışmadan çekilebileceği, çalışma karşılığı bir ücret talep edilmediği belirtildi. Çalışmanın sadece araştırmacı tarafından değerlendirileceği ve bilimsel bir amaçla kullanılacağı anlatılmıştır.

Verilerin toplanması süreci, herkes için eşit bir ortam olan HD uygulanan salonlarda HD tedavisi devam ederken tamamlanmıştır. Her birey için 30 dakikalık eşit zaman dilimi tanındı. Veriler, sadece araştırmacı tarafından hastalara birebir bütün sorular tek tek okunarak toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin Analizi:**

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında, 'The SPSS System' programı ile değerlendirildi. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdellik, t - testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü:**

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için KSÜ Araştırma Hastanesi (EK VI) , KMDH Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezi (EK V), Özel Değişim Diyaliz Merkezi (EK VII), ve Özel 12

Şubat Diyaliz Merkezi'nin (EK VIII) kurum izinleri alınmıştır. Ayrıca araştırma öncesi bireylere çalışmanın amacı, yöntemi, beklenen yararları anlatılarak sözlü izinleri ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak yazılı izin formu alınmıştır (EK IV).

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul'una, etik kurul onayı için başvurulmuş ancak araştırma Şanlıurfa il sınırları içinde yapılmadığı gerekçesiyle etik kurul başvuru dosyası reddedilmiş ve onay verilmemiştir (EK IX).

## 4.BULGULAR

Hemodiyaliz hastalarında, hastalık algısı ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi.

- 4.1. Hastaların bireysel özellikleri, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgileri,
- 4.2. Beck umutsuzluk ölçeği ile ilgili bulgular,
- 4.3. Hastalık algısı ölçeği ile ilgili bulgular,
- 4.4. Hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi ilişkisi

### 4.1.Hastaların Bireysel Özellikleri, Hemodiyaliz Süre-Seans Sayıları Ve Fiziksel Ruhsal Sorunlara İlişkin Bilgiler

Tablo 1.Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler		N	%
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	83	49.1
	Erkek	86	50.9
<i>Yaş</i>	0-19	4	2.4
	20-44	53	31.4
	45-64	66	39.1
	65-74	33	19.5
	75 ve üstü	13	7.7
<i>Eğitim Durumu</i>	Okuma-Yazma Bilmiyor	53	31.4
	Okuma-Yazma Biliyor	13	7.7
	İlkokul Mezunu	65	38.5
	Ortaokul Mezunu	18	10.7
	Lise Mezunu	16	9.5
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	4	2.4
<i>Medeni Durum</i>	Evli	128	75.7
	Bekar	14	8.3
	Dul	27	16.0
<i>Çalışma Durumu</i>	Tam Gün Çalışma	5	3.0
	Yarım Gün Çalışma	5	3.0
	Hiç Çalışmama	159	94.1
<i>Mesleği</i>	Ev Hanımı	75	44.4
	Emekli	31	18.3
	Profesyonel Meslek Sahibi	63	37.3
<i>Sosyal Güvence</i>	Var	166	98.2
	Yok	3	1.8
<i>Transplantasyon</i>	Başarısız Transplantasyon	1	0.6
	Transplantasyon Bekliyor	113	66.9
	Transplantasyon Planlamıyor	55	32.5
<i>Hastalığa İlişkin Eğitim Durumu</i>	Eğitim Almış	42	24.9
	Eğitim Almamış	127	75.1

Hastaların yaş ortalaması 51.90 olup, Tablo 1’de hastaların diğer özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların %49.1’i kadın, %50.9’u erkektir. %7.7’si okuma-yazma biliyor, %38.5’i ilkokul mezunu, % 10.7’si ortaokul mezunu, %9.5’i lise mezunu, %2.4’ü fakülte/yüksek okul mezunu olup %31.4’ü okuma-yazma bilmemektedir, %75.7’si evlidir. Hastaların % 94.1’i çalışmamaktadır. Mesleklerine bakıldığında %44.4’ü ev hanımı, %18.3’ü emekli, %37.3’ü profesyonel meslek sahibidir. %98.2’sinin sosyal güvencesi olup, %66.9’u Transplantasyon beklemektedir. Hastaların %75.1’i hastalığına ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır.

**Tablo 2: Hastaların Cinsiyetlerinin Hemodiyaliz Süresi ve Haftada Girdiği Hemodiyaliz Seansına Göre Dağılımı**

	<i>Kadın</i>		<i>Erkek</i>	
	N	%	N	%
<b><i>Hemodiyaliz Süresi</i></b>				
0 - 11ay	26	31.3	20	23.3
2 yıl - 5 yıl	25	30.1	31	36.0
6 yıl - 10 yıl	26	31.3	29	33.7
11 yıl - 19 yıl	6	7.2	6	7.0
20 yıl ve üstü	-	-	-	-
<b><i>Haftalık Hemodiyaliz seans sayısı</i></b>				
1 kez	-	-	-	-
2 kez	5	6.0	3	3.5
3 kez	77	92.8	81	94.2
4 kez ve üstü	1	1.2	2	2.3

Tablo 2 incelendiğinde; kadınların %31.3’ü , erkeklerin %23.3’ü 0-11 ay; kadınların 30.1’i, erkeklerin %36’sı 2-5 yıl; kadınların %31.3’ü, erkeklerin 33.7’si 6-10 yıl; kadınların %7.2 si , erkeklerin %7’si 11-19 yıl aralıklarında hemodiyalize girmiş olup, 20 yıl ve daha fazla süre ile hemodiyalize giren hasta bulunmamaktadır.

Haftalık HD seans sayısı incelendiğinde haftada 1 kez HD’e giren hasta olmamakla birlikte, kadınların %92.8’i ve erkeklerin %94.2’si gibi büyük bir oranı haftada 3 kez HD’e girdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 3: Hastaların Hemodiyaliz Dışında Tedavi Gördükleri Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı**

<i>Hastalıklar</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Hemotolojik Hastalık</i>	1	0.6
<i>DM,HT</i>	14	8.3
<i>DM</i>	29	17.2
<i>HT</i>	28	16.6
<i>HCV</i>	1	0.6
<i>Kardiyovasküler Hastalıklar</i>	5	3.0
<i>Akciğer Hastalıkları</i>	2	1.2
<i>Eklem ve Kemik Hastalıkları</i>	5	3.0
<i>Gözler Görmüyor</i>	1	0.6
<i>Behçet Hastalığı</i>	1	0.6
<i>Mide Ülseri</i>	1	0.6
<i>Hastalık yok</i>	81	47.9

Tablo 3'e göre hastaların %47.9'unun HD dışında başka bir hastalık için tedavi görmemeleri ile birlikte; %17.2'si diyabet, %16.6'sı hipertansiyon, %8.3'ü ise diyabet ve hipertansiyon, %0.6'sı mide ülseri, %3.0'ı kardiyovasküler hastalıklar için tedavi görmektedir. Hastaların yarısından fazlasının tedavi gördükleri farklı kronik hastalıklara sahip oldukları görülmektedir.

**Tablo 4: Hastaların Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Yollarına Göre Durumlarının Dağılımı**

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sağlık Personeli</i>	41	24.3
<i>Arkadaş/Komşu</i>	1	0.6
<i>Basın/Yayın</i>	1	0.6
<i>Eğitim Almadı</i>	126	74.5

Tablo 4 incelendiğinde, hastaların % 74.5'i hastalığına ilişkin herhangi bir bilgi almamasına rağmen %24.32'ü sağlık personelinden hastalığı hakkında eğitim almıştır

**Tablo 5: Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunlar Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı**

<i>Fiziksel Sorunlar</i>		N	%
<i>Kaşıntı</i>	<i>Var</i>	83	49.1
	<i>Yok</i>	86	50.9
<i>İştah Azalması</i>	<i>Var</i>	53	31.4
	<i>Yok</i>	116	68.6
<i>Kas Krampları</i>	<i>Var</i>	102	60.4
	<i>Yok</i>	67	39.6
<i>Halsizlik/Yorgunluk</i>	<i>Var</i>	156	92.3
	<i>Yok</i>	13	7.7
<i>Kan Basıncında Düşme</i>	<i>Var</i>	97	57.4
	<i>Yok</i>	72	42.6
<i>Kan Basıncında Artma</i>	<i>Var</i>	52	30.8
	<i>Yok</i>	117	69.2
<i>Kan Şekerinde Düşme</i>	<i>Var</i>	9	5.3
	<i>Yok</i>	160	94.7
<i>Baş ağrısı</i>	<i>Var</i>	109	64.5
	<i>Yok</i>	60	35.5
<i>Terleme</i>	<i>Var</i>	93	55.0
	<i>Yok</i>	76	45.0
<i>Fistül/Kateterden Kanama</i>	<i>Var</i>	1	0.6
	<i>Yok</i>	168	99.4
<i>Ateşte Yükselme</i>	<i>Var</i>	34	20.1
	<i>Yok</i>	135	79.9
<i>Bulantı Kusma</i>	<i>Var</i>	70	41.4
	<i>Yok</i>	99	58.6
<i>Ruhsal Sorunlar</i>		N	%
<i>Konsantrasyon Güçlüğü</i>	<i>Var</i>	6	3.6
	<i>Yok</i>	163	96.4
<i>Sinirlilik</i>	<i>Var</i>	125	74.0
	<i>Yok</i>	44	26.0
<i>Alınganlık</i>	<i>Var</i>	95	56.2
	<i>Yok</i>	74	43.8
<i>Uyku Düzensizliği</i>	<i>Var</i>	71	42.0
	<i>Yok</i>	98	58.0
<i>Huzursuzluk</i>	<i>Var</i>	83	49.1
	<i>Yok</i>	86	50.9
<i>Cinsel İsteksizlik</i>	<i>Var</i>	82	48.5
	<i>Yok</i>	87	51.5

Tablo 5'e göre hastaların %49.1'i kaşıntı, %31.4'ü iştah azalması, %60.4'ü kas krampları, %92.3'ü halsizlik/yorgunluk, %57.4'ü kan basıncında düşme, %30.8'i kan basıncında artma, %5.3'ü kan şekerinde düşme, %64.5'i baş ağrısı, %55'i terleme, %20.1'i ateş ve %41.4'ü bulantı kusma gibi HD'in en sık görülen komplikasyonlarından birçoğunu yaşadıklarını belirtmektedir.



Hastaların %3.6'sı konsantrasyon güçlüğü, %74'ü sinirlilik, %56.2'sinin alınganlık, %42'si uyku düzensizliği, %49.1'i huzursuzluk, % 48.5'i cinsel isteksizlik gibi ruhsal sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler. Sinirlilik, huzursuzluk ve cinsel isteksizlik en sık görülen ruhsal problemler olarak belirlenmiştir.

#### 4.2.Beck Umutsuzluk Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 6: Hastaların Cinsiyeti ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Cinsiyet	Umutsuzluk Ort±SS	Gelecek İle İlgili Duygular Ort±SS	Motivasyon Kaybı Ort±SS	Gelecekle İle İlgili Beklentiler Ort±SS
Kadın	7.48±4.83	1.37±1.32	2.73±2.31	2.73±1.27
Erkek	6.29±4.42	1.15±1.14	2.42±2.27	2.14±1.17
<i>t</i>	1.672	1.171	0.899	3.172
<i>p</i>	0.096	0.243	0.370	<b>0.002</b>

Tablo 6'da cinsiyete göre BUÖ karşılaştırıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.002).

**Tablo 7: Hastaların Yaşları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Yaş	Umutsuzluk Ort±SS	Gelecek İle İlgili Duygular Ort±SS	Motivasyon Kaybı Ort±SS	Gelecekle İle İlgili Beklentiler Ort±SS
16 – 30,4	7.74±5.10	1.43±1.41	3.04±2.34	2.61±1.41
30,5 – 44,9	4.68±4.57	0.71±1.14	1.53±2.18	2.06±1.15
45 – 59,4	7.27±4.38	1.41±1,29	2.65±2.11	2.63±1.20
59,5–73,9	7.10±4.50	1.29±1.06	2.73±2.39	2.39±1.22
74 – üzeri	8.64±4.40	1.71±1.27	3.50±2.10	2.50±1.45
<i>F</i>	2.833	2.571	2.782	1.216
<i>p</i>	<b>0,026</b>	<b>0.040</b>	<b>0.029</b>	0.306

Tablo 7'de hastaların yaşlarına göre BUÖ karşılaştırıldığında; toplam umutsuzluk (p=0.026), gelecekle ilgili duygular (p=0.040) ve motivasyon kaybı (p=0.029) puan ortalamalarının 74 yaş ve üzerindekilerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gelecekle ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması 45-59,4 yaş grubu

bireylerde daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 8: Hastaların Hemodiyalize Girdiği Toplam Süre ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Hemodiyaliz Süresi</i>	<b>Umutsuzluk Ort±SS</b>	<b>Gelecek İle İlgili Duygular Ort±SS</b>	<b>Motivasyon Kaybı Ort±SS</b>	<b>Gelecekle İle İlgili Beklentiler Ort±SS</b>
0 - 1 yıl	7.07±4.55	1.33±1.25	2.61±2.28	2.57±1.20
2 yıl - 5 yıl	7.71±4.80	1.46±1.37	3.04±2.32	2.55±1.29
6 yıl - 10 yıl	6.27±4.63	1.13±1.11	2.25±2.26	2.25±1.22
11 yıl - 19 yıl	5.00±4.05	0.67±0.89	1.75±2.05	2.17±1.40
<b>F</b>	1.605	1.709	1.663	0.895
<b>P</b>	0.190	0.167	0.177	0.445

Tablo 8’de hastaların hemodiyalize girdiği toplam süreye göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının 2–5 yıl süreyle hemodiyalize giren hastalarda toplam umutsuzluk, gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Gelecekle ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması ise 0-1 yıl süredir hemodiyalize giren yani yeni başlayan hastalarda yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 9: Hastaların Transplantasyon Öyküsü ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Transplantasyon</i>	<b>Umutsuzluk Ort±SS</b>	<b>Gelecek İle İlgili Duygular Ort±SS</b>	<b>Motivasyon Kaybı Ort±SS</b>	<b>Gelecekle İle İlgili Beklentiler Ort±SS</b>
<i>Başarısız Transplantasyon</i>	14.0±	3.00±	6.00±	4.00±
<i>Transplantasyon Bekliyor</i>	6.81±4.76	1.20±1.26	2.55±2.33	2.45±1.24
<i>Transplantasyon Planlamıyor</i>	6.87±4.41	1.35±1.17	2.56±2.19	2.36±1.28
<b>F</b>	1.184	1.244	1.133	0.878
<b>p</b>	0.309	0.291	0.325	0.418

Tablo 9’da hastaların transplantasyon öyküsüne göre bakıldığında; başarısız transplantasyon yaşayan hastalarda BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 10: Hastaların Çocuk Sayısı ve Hastaların Aile Tipi ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Çocuk Sayısı</i>	<b>Umutsuzluk</b> Ort±SS	<b>Gelecek İle İlgili</b> <b>Duygular</b> Ort±SS	<b>Motivasyon Kaybı</b> Ort±SS	<b>Gelecekle İle İlgili</b> <b>Beklentiler</b> Ort±SS
<i>Çocuk Yok</i>	6.33±4.93	1.10±1.30	2.10±2.28	2.48±1.33
<i>1 Çocuk</i>	8.25±4.40	1.38±1.41	3.13±1.46	3.00±1.69
<i>2 Çocuk</i>	5.68±4.66	0.92±1.22	2.28±2.42	2.24±1.23
<i>3 Çocuk</i>	6.45±5.04	1.14±1.21	2.45±2.58	2.23±1.11
<i>4 ve Üstü Çocuk</i>	7.30±4.53	1.41±1.22	2.74±2.25	2.47±1.24
<i>F</i>	0.895	0.974	0.585	0.732
<i>p</i>	0.468	0.423	0.674	0.571
<b>Aile Tipi</b>				
<i>Yalnız Yaşıyor</i>	8.43±4.24	1.71±1.11	3.14±2.73	2.71±1.11
<i>Geleneksel Geniş Aile</i>	6.89±4.45	1.26±1.20	2.51±2.17	2.49±1.15
<i>Çekirdek Aile</i>	6.77±4.74	1.23±1.26	2.56±2.31	2.38±1.29
<i>Parçalanmış Aile</i>	7.67±6.35	1.33±1.53	2.33±2.31	3.33±1.53
<i>F</i>	0.308	0.333	0.162	0.728
<i>p</i>	0.820	0.801	0.922	0.536

Hastaların çocuk sayısına göre bakıldığında toplam umutsuzluk puanları, gelecekle ilgili beklentiler ve motivasyon kaybı puan ortalamalarının bir çocuğu olanlarda yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 11: Hastaların Haftada Girdiği Hemodiyaliz Seans Sayısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Haftalık Hemodiyaliz Seans Sayısı</i>	<b>Umutsuzluk</b> Ort±SS	<b>Gelecek İle İlgili</b> <b>Duygular</b> Ort±SS	<b>Motivasyon Kaybı</b> Ort±SS	<b>Gelecekle İle İlgili</b> <b>Beklentiler</b> Ort±SS
<i>2 Kez</i>	7.50±5.83	1.50±1.93	2.75±2.66	2.50±1.31
<i>3 Kez</i>	6.80±4.60	1.23±1.20	2.53±2.24	2.43±1.26
<i>4 Kez ve Üstü</i>	9.33±5.69	2.00±1.00	4.33±3.79	2.33±0.58
<i>F</i>	0.509	0.721	0.939	0.021
<i>p</i>	0.602	0.488	0.393	0.979

Tablo 11’de hastaların haftada girdiği diyaliz seans sayılarına göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlamalarının toplam umutsuzluk puanı, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili duygular puan ortalamaları haftada 4 kez ve daha fazla diyalize giren hastalarda yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 12: Hastaların Evde Bakım ve Tedavi Sürecine Yardımcı Olabilecek Birilerinin Olması Durumu ve Hastaların Günlük İhtiyaçlarını Tek Başına Karşılama Durumu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Bakım</i>	<b>Umutsuzluk</b> Ort±SS	<b>Gelecek İle İlgili</b> <b>Duygular</b> Ort±SS	<b>Motivasyon Kaybı</b> Ort±SS	<b>Gelecek İle İlgili</b> <b>Beklentiler</b> Ort±SS
<i>Evet</i>	6.70±4.64	1.21±1.21	2.50±2.27	2.41±1.27
<i>Hayır</i>	9.17±4.43	1.92±1.38	3.50±2.43	2.75±0.97
<i>t</i>	-1.780	-1.924	-1.461	-0.912
<i>p</i>	0.077	0.056	0.146	0.363
<b>İhtiyaç</b>				
<i>Evet</i>	6.47±4.57	1.17±1.25	2.40±2.24	2.35±1.20
<i>Hayır</i>	9.21±5.69	2.00±1.30	3.43±2.68	3.00±1.57
<i>Kısmen</i>	7.82±4.03	1.32±0.95	3.09±2.20	2.55±1.30
<i>t</i>	2.771	2.931	1.956	1.810
<i>p</i>	0.066	0.056	0.145	0.167

Tablo 12 incelendiğinde hastaların evde bakım ve tedavi sürecine yardımcı olabilecek birilerinin olması durumuna hayır cevabı veren hastalarda BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının evde yardımcı olabilecek birilerinin olduğu hastalara göre daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastaların günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılama durumu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılama durumuna hayır cevabı veren hastalarda BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

#### 4.3. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 13: Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt boyutu Bulgularının Dağılımı**

<i>Belirtiler</i>	<u><i>Hastalığının Başından Bu Yana</i></u> <u><i>Bu Belirtiyi Yaşadım</i></u>		<u><i>Bu Belirti Hastalığımla İlgili</i></u>	
	<i>Evet(%)</i>	<i>Hayır(%)</i>	<i>Evet(%)</i>	<i>Hayır(%)</i>
<i>Ağrı</i>	63.9	36.1	58.0	42.0
<i>Boğazda Yanma</i>	32.0	68.0	21.3	78.7
<i>Bulantı</i>	61.5	38.5	56.8	43.2
<i>Soluk Almada Güçlük</i>	47.9	52.1	43.8	56.2
<i>Kilo Kaybı</i>	56.8	43.2	56.8	43.2
<i>Yorgunluk</i>	96.4	3.6	95.9	4.1
<i>Eklem Sertliği</i>	59.2	40.8	50.3	49.7
<i>Gözlerde Yanma</i>	52.1	47.9	47.3	52.7
<i>Hırıltılı Soluma</i>	16.6	83.4	16.6	83.4
<i>Baş Ağrıları</i>	72.2	27.8	71.0	29.0
<i>Mide Yakınmaları</i>	50.9	49.1	46.2	53.8
<i>Uyku Güçlükleri</i>	44.4	55.6	45.0	55.0
<i>Sersemlik Hissi</i>	44.4	55.6	43.2	56.8
<i>Güç Kaybı</i>	92.9	7.1	93.5	6.5

Tablo 13 incelendiğinde hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; yorgunluk (%96.4), güç kaybı (92.9), baş ağrıları (%72.2), ağrı (%63.9), bulantı (%61.5), eklem sertliği (%59.2), kilo kaybı (%56.8) olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin hastalıkla ilgili alanlarında ilk beş sırada yer alanlar ise yorgunluk (%95.9), güç kaybı (93.5), başağrıları (%72.2), ağrı (%58.0) ve bulantı-kilo kaybı (%56.8) olduğu saptanmıştır.

**Tablo 14: Hastaların Hemodiyalize Girdiği Toplam Süreye Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı**

<i>Hemodiyalize girdiği toplam süre</i>	<b>Hastalık Belirtisi</b>	<b>Süre (Ak/Kronik)</b>	<b>Sonuçlar</b>	<b>Kişisel Kontrol</b>	<b>Tedavi Kontrolü</b>	<b>Hastalığı Anlama</b>	<b>Süre (Döngüsel)</b>	<b>Duygusal Temsiller</b>
		<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>
<i>0-1 yıl</i>	1.54± 0.20	3.16± 0.31	3.31± 0.51	3.27± 0.29	3.13± 0.41	3.04± 0.46	3.68± 0.67	3.53± 0.60
<i>2-5 yıl</i>	1.55± 0.20	3.13± 0.37	3.38± 0.62	3.12± 0.45	3.26± 0.41	3.10± 0.54	3.84± 0.59	3.59± 0.35
<i>6-10 yıl</i>	1.55± 0.19	3.16± 0.33	3.10± 0.49	3.28± 0.34	3.15± 0.37	2.98± 0.51	3.76± 0.52	3.55± 0.36
<i>11-19 yıl</i>	1.53± 0.17	3.10± 0.28	3.35± 0.53	3.35± 0.49	3.12± 0.36	2.95± 0.43	3.71± 0.55	3.60± 0.43
<i>F</i>	0.064	0.211	2.647	2.809	1.259	0.668	0.655	0.175
<i>p</i>	0.979	0.889	0.051	<b>0.041</b>	0.290	0.573	0.581	0.913

Tablo 14’de hastaların hemodiyalize girdiği toplam süreye göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının 11-19 yıldır hemodiyalize giren hastalarda daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.041). Diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 15: Hastaların Eğitim Düzeyi ve Mesleği ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Eğitim Düzeyi</i>	Hastalık Belirtisi	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlama	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
<i>Okuma-Yazma Bilmiyor</i>	1.63± 0.17	3.18± 0.35	3.23± 0.51	3.24± 0.33	3.13± 0.43	3.18± 0.47	3.96± 0.49	3.67± 0.21
<i>Okuma-Yazma Biliyor</i>	1.56± 0.20	3.19± 0.51	3.23± 0.48	3.18± 0.30	3.22± 0.33	3.26± 0.45	3.85± 0.62	3.38± 0.57
<i>İlkokul Mezunu</i>	1.52± 0.19	3.19± 0.30	3.30± 0.53	3.26± 0.36	3.21± 0.38	2.99± 0.46	3.73± 0.62	3.63± 0.38
<i>Ortaokul Mezunu</i>	1.50± 0.17	3.13± 0.21	3.16± 0.77	3.06± 0.55	3.09± 0.38	2.87± 0.49	3.68± 0.48	3.43± 0.59
<i>Lise Mezunu</i>	1.50± 0.21	2.92± 0.27	3.42± 0.59	3.24± 0.34	3.26± 0.38	2.80± 0.63	3.34± 0.63	3.19± 0.63
<i>Fakülte/Yüksekokul Mezunu</i>	1.34± 0.12	2.96± 0.34	3.33± 0.41	3.25± 0.17	3.25± 0.34	2.70± 0.38	3.50± 0.54	3.75± 0.42
<i>F</i>	4.292	2.217	0.506	0.913	0.605	3.235	3.406	4.679
<i>p</i>	<b>0.001</b>	0.055	0.771	0.474	0.696	<b>0.008</b>	<b>0.006</b>	<b>0.001</b>
<i>Meslek</i>								
<i>Ev Hanımı</i>	1.63± 0.18	3.19± 0.37	3.26± 0.52	3.25± 0.28	3.21± 0.42	3.08± 0.50	3.81± 0.58	3.61± 0.35
<i>Emekli</i>	1.48± 0.17	3.18± 0.31	3.33± 0.61	3.29± 0.33	3.25± 0.37	2.99± 0.49	3.69± 0.67	3.56± 0.56
<i>Profesyonel Meslek Sahibi</i>	1.49± 0.18	3.08± 0.29	3.24± 0.57	3.16± 0.45	3.10± 0.36	3.00± 0.51	3.75± 0.56	3.50± 0.46
<i>F</i>	14.238	2.000	0.244	1.590	2.072	0.529	0.489	1.018
<i>p</i>	<b>0.000</b>	0.139	0.784	0.207	0.129	0.590	0.614	0.363

Tablo 15'te hastaların eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyenlerin hastalık belirtisi puanlarının ( $p=0.001$ ), okuma yazma bilenlerin hastalığı anlama puanlarının ( $p=0.008$ ), okuma-yazma bilmeyenlerin süre(döngüsel) puanlarının ( $p=0.006$ ), fakülte/yüksekokul mezunlarının duygusal temsiller puanlarının ( $p=0.001$ ) diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların mesleği ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise ev hanımı olanların hastalık belirtisi puanlarının diğerlerine göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ( $p=0.00$ )

**Tablo 16: Hastaların Transplantasyon Öyküsü ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Transplantasyon Öyküsü</i>	Hastalık Belirtisi Ort± SS	Süre (Akut/Kronik) Ort± SS	Sonuçlar Ort± SS	Kişisel Kontrol Ort± SS	Tedavi Kontrolü Ort± SS	Hastalığı Anlama Ort± SS	Süre (Döngüsel) Ort± SS	Duygusal Temsiller Ort± SS
<i>Başarısız Transplantasyon</i>	1.50±	3.00±	2.67±	2.67±	3.80±	2.20±	3.75±	3.67±
<i>Transplantasyon Bekliyor</i>	1.54± 0.20	3.13± 0.33	3.29± 0.56	3.22± 0.37	3.19± 0.36	3.01± 0.49	3.79± 0.56	3.55± 0.45
<i>Transplantasyon Planlamıyor</i>	1.57± 0.18	3.19± 0.33	3.24± 0.54	3.24± 0.35	3.13± 0.45	3.08± 0.52	3.70± 0.64	3.59± 0.42
<i>F</i>	0.413	0.661	0.708	1.235	1.712	1.709	0.473	0.226
<i>P</i>	0.662	0.518	0.494	0.294	0.184	0.184	0.624	0.798

Tablo 16’da hastaların transplantasyon öyküleri ile hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17: Hastaların Cinsiyeti ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Cinsiyet</i>	Hastalık Belirtisi Ort± SS	Süre (Akut/Kronik) Ort± SS	Sonuçlar Ort± SS	Kişisel Kontrol Ort± SS	Tedavi Kontrolü Ort± SS	Hastalığı Anlama Ort± SS	Süre (Döngüsel) Ort± SS	Duygusal Temsiller Ort± SS
<i>Kadın</i>	1.62± 0.18	3,17± 0,39	3,27± 0,54	3,24± 0,31	3,19± 0,41	3,08± 0,52	3,82± 0,56	3,59± 0,36
<i>Erkek</i>	1.48± 0.18	3,13± 0,27	3,27± 0,57	3,22± 0,42	3,17± 0,37	2,99± 0,48	3,71± 0,61	3,53± 0,50
<i>t</i>	4.736	0,873	-0,027	0,390	0,301	1,252	1,284	0,855
<i>p</i>	<b>0.000</b>	0,384	0,978	0,697	0,764	0,212	0,201	0,394

Tablo 17’de cinsiyete göre HAÖ alt boyutları puanlarına bakıldığında; hastalık algısı ölçeği alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece hastalık belirtisi alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.00$ ).

**Tablo 18: Hastaların Yaşları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaş	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlama	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
16 – 30,4	3.01±0.22	3.13±0.70	3.11±0.51	3.04±0.45	2.87±0.49	3.79±0.44	3.67±0.37
30,5 – 44,9	3.04±0.29	3.22±0.52	3.26±0.35	3.28±0.34	2.93±0.51	3.67±0.64	3.44±0.45
45 – 59,4	3.27±0.37	3.36±0.51	3.28±0.26	3.23±0.35	2.98±0.51	3.66±0.55	3.57±0.45
59,5–73,9	3.16±0.27	3.28±0.55	3.24±0.33	3.13±0.38	3.15±0.46	3.88±0.62	3.60±0.33
74 – üzeri	3.18±0.48	3.26±0.55	3.10±0.52	3.14±0.53	3.33±0.40	3.91±0.62	3.54±0.70
<i>t</i>	3.713	0.754	1.364	1.684	3.127	1.318	1.144
<i>p</i>	<b>0.006</b>	0.557	0.249	0.156	<b>0.016</b>	0.265	0.338

Tablo 18’de yaşa göre bakıldığında; hastalık algısı ölçeği alt boyut puanlarının süre (akut/kronik),sonuçlar ve kişisel kontrol puanlarının 45 - 59.4 yaş aralığında yüksek olduğu ancak sadece süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.006). Hastalığı anlama alt boyutu puan ortalaması 74 yaş ve üzerindekilerde daha yüksek olup aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p=0.016).

**Tablo 19: Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenlerinin Yüzdelerle Dağılımı**

Olası Hastalık Nedenleri	1(*)	2(*)	3(*)	4(*)	5(*)
<b><i>Kişisel Atıflar</i></b>					
Stres ya da endişe	1,8	21,9	8,3	53,3	14,8
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	1,2	82,8	2,4	11,8	1,8
Kişilik özelliklerim	1,8	70,4	0,6	25,4	1,8
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	-	85,2	1,2	11,8	1,8
Aile problemleri	1,8	72,8	1,8	21,3	2,4
Vücut direncimin azalması	0,6	47,3	2,4	46,7	3,0
Kendi davranışım	1,2	39,6	1,8	56,2	1,2
<b><i>Dış Atıflar</i></b>					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	3,0	74,0	1,8	17,8	3,6
Çevre kirliliği	2,4	68,0	6,5	23,1	-
Kaza ya da yaralanma	3,0	93,5	-	2,4	1,2
Aşırı çalışma	0,6	37,3	1,2	58,0	3,0
<b><i>Yaşam Şekli Atıfları</i></b>					
Sigara içme	3,6	93,5	1,2	1,8	-
Alkol	3,6	93,5	0,6	1,8	0,6
Diyet -yemek alışkanlıkları	3,0	75,7	4,1	16,0	1,2
<b><i>Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler</i></b>					
Bir mikrop ya da virüs	4,7	83,4	7,1	4,1	0,6
Kalıtısal (irisi)	-	-	-	23,7	4,1
Yaşlanma	1,2	82,2	2,4	12,4	1,8
<b><i>Şans Faktörü</i></b>					
Şans ya da kötü talih	1,8	49,7	2,4	42,0	4,1

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım



Tablo 19’da hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; aşırı çalışmanın en yüksek puanı aldığı görülmektedir. “böyle düşünüyorum” diyenlerde, kendi davranışımı, stres ya da endişe, vücut direncimin azalması, şans ya da kötü talih, kişilik özelliklerim, kalıtım ve çevre kirliliğinin izlediği; kesinlikle böyle düşünüyorum” diyenlerde stres ya da endişeyi, kalıtım, şans ya da kötü talihin izlediği görülmüştür.

Hastaların kesinlikle böyle düşünmüyorum diyerek hastalıklarının olası sebepleri olarak gösterilmeyen nedenler ise; bir mikrop ya da virüs, sigara içme, alkol, kaza yada yaralanma ve geçmişteki kötü tıbbi bakım şeklinde sıralanmaktadır.

**Tablo 20: Hastaların Hastalık Hakkında Eğitim Alma Düzeyleri ve Kimden Eğitim Aldıkları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Eğitim alma düzeyleri</i>	Hastalık Belirtisi Ort± SS	Süre (Akut/ Kronik) Ort± SS	Sonuçlar Ort± SS	Kişisel Kontrol Ort± SS	Tedavi Kontrolü Ort± SS	Hastalığı Anlama Ort± SS	Süre (Döngüsel) Ort± SS	Duyusal Temsiller Ort± SS
<i>Eğitim almış</i>	1.50± 0.21	3,08± 0,32	3,21± 0,70	3,21± 0,45	3,18± 0,41	3,02± 0,53	3,79± 0,61	3,53± 0,50
<i>Eğitim almamış</i>	1.57± 0.18	3,17± 0,33	3,29± 0,50	3,23± 0,33	3,18± 0,39	3,04± 0,49	3,76± 0,58	3,57± 0,42
<i>t</i>	-2.001	-1,548	-0,782	-0,251	-0,048	-0,211	0,284	-0,571
<i>p</i>	<b>0.047</b>	0,124	0,435	0,802	0,962	0,833	0,777	0,569
<i>Kimden destek aldığı</i>								
<i>Sağlık personeli</i>	1.50± 0.21	3,09± 0,32	3,21± 0,67	3,22± 0,46	3,18± 0,41	3,04± 0,54	3,84± 0,58	3,59± 0,41
<i>Arkadaş/ komşu</i>	1.39±	2,83±	2,00±	3,17±	3,20±	3,20±	3,25±	2,67±
<i>Basın/yayın</i>	1.57±	3,17±	4,17±	3,00±	3,00±	2,40±	2,50±	2,00±
<i>F</i>	0.192	0,337	2,667	0,122	0,095	0,755	3,062	9,449
<i>p</i>	0.826	0,716	0,082	0,885	0,909	0,477	0,058	<b>0.000</b>

Tablo 20’de hastaların hastalık hakkında eğitim alma düzeyleri ile HAÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim almamışlarda hastalık belirtisi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığı anlama ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak sadece hastalık belirtisi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.047).

Hastaların kimden destek aldıklarına göre bakıldığında; duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının sağlık personelinde eğitim alanlarda daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.000).

**Tablo 21: Hastaların Yaşadıkları Yer ve Aile Tipi ile Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Yaşadıkları yer</i>	<b>Hastalık Belirtisi</b>	<b>Süre (Akut/Kronik)</b>	<b>Sonuçlar</b>	<b>Kişisel Kontrol</b>	<b>Tedavi Kontrolü</b>	<b>Hastalığı Anlama</b>	<b>Süre (Döngüsel)</b>	<b>Duygusal Temsiller</b>
	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>	<b>Ort± SS</b>
<i>K.Maraş il merkezi</i>	1.53± 0.20	3,16± 0,37	3,25± 0,58	3,21± 0,39	3,17± 0,38	3,04± 0,52	3,77± 0,58	3,57± 0,43
<i>K.Maraş ilçe</i>	1.53± 0.18	3,09± 0,25	3,14± 0,60	3,30± 0,35	3,26± 0,36	3,20± 0,40	3,87± 0,67	3,62± 0,43
<i>K.Maraş belde</i>	1.69± 0.18	3,06± 0,25	3,22± 0,38	3,56± 0,38	3,33± 0,23	2,67± 0,23	3,42± 0,88	3,22± 0,51
<i>K.Maraş köy</i>	1.61± 0.15	3,12± 0,21	3,42± 0,39	3,22± 0,25	3,15± 0,47	2,96± 0,45	3,73± 0,57	3,55± 0,48
<i>F</i>	1.998	0,345	1,019	1,029	0,417	1,261	0,503	0,680
<i>p</i>	0.116	0,793	0,386	0,381	0,741	0,289	0,681	0,565
<i>Aile Tipi</i>								
<i>Yalnız yaşıyor</i>	1.55± 0.17	3,05± 0,33	3,21± 0,31	-	3,06± 0,41	3,06± 0,53	3,79± 0,60	3,57± 0,25
<i>Geleneksel geniş aile</i>	1.59± 0.18	3,19± 0,29	3,19± 0,51	3,23± 0,24	3,10± 0,36	3,18± 0,48	3,92± 0,56	3,59± 0,33
<i>Çekirdek aile</i>	1.54± 0.20	3,14± 0,35	3,30± 0,58	3,24± 0,39	3,20± 0,39	3,00± 0,50	3,72± 0,60	3,55± 0,48
<i>Parçalanmış aile</i>	1.60± 0.13	3,17± 0,17	3,17± 0,44	2,89± 0,77	3,60± 0,69	2,80± 0,69	3,75± 0,43	3,67± 0,00
<i>F</i>	0.749	0,373	0,384	0,883	2,023	1,531	1,099	0,099
<i>p</i>	0.524	0,773	0,765	0,452	0,113	0,208	0,351	0,961

Tablo 21'e göre hastaların yaşadıkları yer ve aile tipi ile hastalık algısı ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.4. Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi

**Tablo 22: Hastaların Hastalığa Neden Olarak Gördükleri Faktörlere (Psikolojik Atıflar) Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Psikolojik Atıflar Neden</i>	<b>Umutsuzluk Toplamı Ortalama±SS</b>	<b>Gelecekle İle İlgili Duygu Ortalama±SS</b>	<b>Motivasyon Kaybı Ortalama±SS</b>	<b>Gelecek İle İlgili Beklenti Ortalama±SS</b>
<b>Stres ya da endişe</b>				
1*	<b>11.33±2.52</b>	1.67±1.15	<b>6.00±1.00</b>	3.00±1.00
2*	5.03±4.03	0.89±0.94	1.62±2.05	1.89±1.02
3*	8.14±4.91	1.50±1.34	3.21±2.42	2.79±1.25
4*	6.43±4.22	1.14±1.67	2.36±2.04	2.38±1.20
5*	9.96±5.32	<b>2.04±1.51</b>	3.96±2.50	<b>3.16±1.40</b>
<b>F</b>	<b>5.989</b>	<b>3.985</b>	<b>6.902</b>	<b>4.687</b>
<b>P</b>	<b>0.000</b>	<b>0.004</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>
<b>Duygu durum</b>				
1*	-----	-----	-----	-----
2*	6.53±4.56	1.23±1.24	2.37±2.20	2.37±1.23
3*	11.00±8.49	2.00±2.83	4.50±3.54	3.50±2.12
4*	7.70±4.11	1.20±0.89	3.25±2.27	2.50±1.19
5*	<b>15.00±3.00</b>	2.67±1.53	<b>6.67±1.53</b>	<b>4.33±0.58</b>
<b>F</b>	<b>4.272</b>	1.597	<b>4.985</b>	<b>3.042</b>
<b>P</b>	<b>0.006</b>	0.192	<b>0.002</b>	<b>0.031</b>

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

Tablo 22'ye göre "Stres ya da endişe"yi kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünmeyen hastaların toplam umutsuzluk puanı, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre, gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır.

Motivasyon kaybı puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen hastaların böyle düşünmeyen, böyle düşünen ve kararsız olanlara göre, gelecekle ilgili beklenti puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların böyle düşünen, böyle düşünmeyen ve kararsız olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır

"Duygu durumu" nu kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastalara göre, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklenti puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların

böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünenlere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 23: Hastaların Hastalığa Neden Olarak Gördükleri Faktörlere (Risk Faktörleri) Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<i>Risk Faktörleri Neden</i>	<b>Umutsuzluk Toplamı Ortalama±SS</b>	<b>Gelecekle İle İlgili Duygu Ortalama±SS</b>	<b>Motivasyon Kaybı Ortalama±SS</b>	<b>Gelecek İle İlgili Beklenti Ortalama±SS</b>
<b>Kalıtıl</b>				
1*	11.14±5.93	2.00±1.91	4.86±2.97	<b>3.57±1.27</b>
2*	6.47±4.34	1.20±1.19	2.38±2.17	2.30±1.14
3*	4.25±3.86	0.50±1.00	2.50±1.91	1.00±0.82
4*	7.23±5.02	1.35±1.25	2.65±2.38	2.58±1.34
5*	8.57±4.69	1.43±1.13	3.00±2.31	3.43±1.40
<b>F</b>	<b>2.364</b>	<b>1.165</b>	<b>2.075</b>	<b>4.69</b>
<b>P</b>	<b>0.055</b>	<b>0.328</b>	<b>0.086</b>	<b>0.001</b>
<b>Yaşlanma</b>				
1*	13.50±0.71	<b>3.00±0.00</b>	5.00±0.00	3.50±0.71
2*	6.30±4.48	1.16±1.19	2.31±2.21	2.27±1.22
3*	3.50±1.73	0.50±0.58	0.76±0.96	1.75±0.50
4*	9.71±4.19	1.76±1.37	3.95±2.06	2.29±1.10
5*	<b>13.67±3.79</b>	2.33±1.53	<b>6.00±1.73</b>	<b>4.00±1.00</b>
<b>F</b>	<b>6.326</b>	<b>3.196</b>	<b>5.873</b>	<b>5.332</b>
<b>P</b>	<b>0.000</b>	<b>0.015</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
<b>Sigara</b>				
1*	<b>13.00±4.34</b>	2.50±1.64	<b>5.67±1.51</b>	3.67±0.82
2*	6.69±4.56	1.23±1.21	2.47±2.24	2.41±1.26
3*	7.00±2.83	0.50±0.70	3.50±2.12	2.00±0.00
4*	4.33±3.51	1.00±1.00	1.33±2.31	1.67±0.58
5*	-----	-----	-----	-----
<b>F</b>	<b>4.054</b>	<b>2.405</b>	<b>4.436</b>	<b>2.485</b>
<b>p</b>	<b>0.008</b>	<b>0.069</b>	<b>0.005</b>	<b>0.063</b>

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum  
4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum  
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

Tablo 23 incelendiğinde; “kalıtım”ı kesinlikle hastalık nedeni olarak görmeyen hastaların gelecekle ilgili beklenti puanlarının, böyle düşünmeyen ve kararsız olan hastalara göre daha yüksek farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. “yaşlanma”yı kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünen hastaların umutsuzluk toplamı, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklenti puanlarının kararsız olan ve böyle düşünmeyen hastalara göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlanmayı kesinlikle hastalık nedeni olarak görmeyen hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kararsız olan ve böyle düşünenlere göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sigarayı kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünmeyen hastaların umutsuzluk toplamı böyle düşünen, kararsız olan ve böyle düşünmeyen hastalara göre, motivasyon kaybı puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen hastalara göre yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

**Tablo24:Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>1.Hastalık belirtisi</i>											
<i>2.Süre (Akut/Kronik)</i>	,100										
<i>3.Sonuçlar</i>	,238	<b>,214</b> **									
<i>4.Kişisel Kontrol</i>	,084	<b>,182</b> *	<b>,217</b> **								
<i>5.Tedavi Kontrolü</i>	<b>,171</b> *	,018	,117	,118							
<i>6.Hastalığı Anlama</i>	,142	-,003	<b>,168</b> *	,055	,090						
<i>7.Süre(Döngüsel)</i>	<b>,210</b> **	,077	<b>,219</b> **	,032	,009	<b>,307</b> **					
<i>8.Duygusal Temsiller</i>	,085	,097	-,020	,121	,082	<b>,188</b> *	<b>,167</b> *				
<i>9.Beck Umutsuzluk Toplam</i>	<b>,247</b> **	,108	,129	<b>-,225</b> **	,054	<b>,195</b> *	<b>,169</b> *	<b>,210</b> **			
<i>10.Gelecek İle İlgili Duygular</i>	<b>,216</b> **	,053	,134	<b>-,229</b> **	,014	<b>,168</b> *	<b>,192</b> *	,108	<b>,874</b> **		
<i>11.Motivasyon Kaybı</i>	<b>,195</b> *	,145	,127	<b>-,190</b> *	,089	<b>,227</b> **	<b>,158</b> *	<b>,264</b> **	<b>,941</b> **	<b>,739</b> **	
<i>12.Gelecekle İle İlgili Beklentiler</i>	<b>,231</b> **	,039	,090	<b>-,166</b> *	,031	,099	,107	<b>,193</b> *	<b>,834</b> **	<b>,619</b> **	<b>,714</b> **

\*p<0,05 \*\* p<0,01

BUÖ toplam puanı ile HAÖ hastalık belirtisi, hastalığı anlama, süre ve duygusal temsiller boyutları arasında doğru orantılı; kişisel kontrol ile ters orantılı bir ilişkiye sahiptir. Kişisel kontrol azaldıkça umutsuzluk puanının arttığı görülmüştür. Hastalığı anlama, süre(döngüsel) ve duygusal etki arttıkça umutsuzluk puanının arttığı görülmüştür. Gelecekle ilgili duygular boyutu; HAÖ hastalık belirtisi, hastalığı anlama ve süre(döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Motivasyon kaybı boyutu; HAÖ hastalık belirtisi, kişisel kontrol, hastalığı anlama ve süre(döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye

sahip olduğu görülmüştür. Gelecekle ilgili beklentiler boyutu ise; HAÖ hastalık belirtisi ve duygusal temsiller boyutlarıyla ile doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. BUO alt boyutları arasında güçlü bir pozitif ilişki saptandı. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; hastalık belirtisi, tedavi kontrolü ve süre(döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılı; Süre(akut/kronik) boyutu, sonuçlar ve kişisel kontrol boyutları ile doğru orantılıdır. Süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı görülmüştür. Sonuçlar boyutu, kişisel kontrol, hastalığı anlama ve süre(döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılı, hastalığı anlama boyutu, süre(döngüsel) ve duygusal temsiller boyutlarıyla doğru orantılı, süre(döngüsel) boyutu, duygusal temsiller boyutuyla doğru orantılı bir ilişkiye sahip oldukları görülmüştür.

## 5.TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği; tıbbi tedavide yol açtığı güçlükler, tedavi süresinin uzun olması, prognozun kötü olması, sürekli ölüm korkusu ile birlikte, hastaların yaşadıkları fiziksel - ruhsal rahatsızlıklar gibi etkenlerden dolayı karmaşık ve bireyleri çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (94,87).

Amerika Birleşik Devletleri Veri Sistemi'ne (USRDS) göre; KBY'nin erkeklerde bayanlara göre 1.8 kat daha fazla görüldüğü, 65 yaş altında diyalize başlama yaşının her geçen yıl arttığı belirtilmektedir (58, 98). TND 2009 yılı verilerine göre ise ülkemizde hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların %55.4'ü erkek %44.6'sı kadındır. Hemodiyaliz hastalarının neredeyse %80'nin orta yaşlı ve yaşlı hastalardan oluştuğu ve 65 yaşın altında HD tedavisi gören hasta oranının %88,4 olarak saptandığı dikkat çekmektedir (92). Bu çalışmada da bireylerin %39.1'inin 45-64 yaş grubunda, %50.9'unun erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Literatürde evli olmanın sosyal destek açısından olduğu kadar, ev ile ilgili sorumlulukların paylaşılması anlamında da öneminin büyük olduğu belirtilmektedir (12). Yaptığımız araştırmada, hastaların % 75.7'sinin evli olması sosyal desteklerinin daha fazla olduğu anlamına gelmekte olup; bu anlamda olumlu bir bulgudur (Tablo 1). Ören'in yaptığı araştırmada, tüm hastaların % 87.5'inin evli olması, Çınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden, yalnız yaşayan, bekar ve boşanmış olan hastalarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünün ortaya çıkmış olması, bu durumda evli olmanın önemini vurgulaması açısından, çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir (31, 85).

Amerika Birleşik Devletler Veri Sistemi'ne (USRDS) göre KBY'ne neden olan hastalıkların başında Diabetes mellitus (%43.8), Hipertansiyon (%28.2) ve Glomerulonefrit

(%10.4) olarak saptanmıştır (98). TND 2009 yılı verilerine göre ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden; %32.7 oranıyla Diabetes Mellitus, %26.3 oranıyla Hipertansiyon ve %7.2 oranıyla kronik Glomerulonefrit olarak bulunmuştur (93). Bu çalışmada da HD tedavisi gören hastaların aynı zamanda %17.2'sinin Diabetes Mellitus tedavisi, %16.6'sının Hipertansiyon tedavisi ve %8.3'ünün hem Diabetes Mellitus hem de Hipertansiyon tedavisi gördüğü saptanmıştır (Tablo 3). Asan'ın yaptığı bir çalışmada hastaların % 28'inde ikincil hastalıklarının Diyabetes Mellitus olduğu bulunmuştur (12). Bu sonuçlar ve literatür bilgisi çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

KBY yalnızca diyaliz ile tedavi edilmeyip, diyet ve ilaç tedavisi gibi bir takım kısıtlamaları da beraberinde getirmektedir. İlaç tedavisi ve diyet kısıtlamaları bireylerin hastalığa uyumunu zorlaştırmakta, bilgi gereksinimini artırmaktadır. Eğitimin, tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında, diyaliz hastalarının yaşamını daha kaliteli sürdürmesine katkısı olacağı belirtilmektedir (26, 48). Bu çalışmada da hastaların %24.9'unun hastalığına ilişkin eğitim aldığı, %75.1'inin ise herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Eğitim alanların ise %24.3'ü sağlık personelinin eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4). Ayrıyeten örneklem grubunun sadece %2,4 gibi düşük bir oranının fakülte/yüksekokul mezunu olduğu görülmekte ve grubun genel olarak eğitim düzeyi düşük bireylerden oluştuğu göz önüne alınarak şu sonuca varılmaktadır ki; zaten eğitim düzeyi düşük olan bu örneklemde ya hasta kaynaklı sebeplerden ya da sağlık personeli kaynaklı sebeplerden dolayı hastaların büyük bir çoğunluğu hastalığı hakkında eğitime ulaşamamaktadır. Sağlık eğitimi, hemşirenin rolleri arasında en önemli olanlarından birisidir. Özellikle KBY hastalığı olan bireylerde ve bunun gibi eğitim düzeyi düşük toplumlarda; hastalıkları ve diyaliz hakkında verilecek eğitim, bireyin hastalığı ile nasıl baş edebileceğini öğrenmesi açısından önemlidir (6, 68, 106). Bir hemodiyaliz ünitesi, düşünüldüğünde hasta ile iç içe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir. Hemşire bu konumunu profesyonel yönde kullanarak özellikle hemodiyaliz hastalarında bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarını kullanarak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye katkı verir (106). Çalışma sonucuna göre hastalığa ilişkin eğitim almamışlarda HAÖ'nin hastalık belirtisi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 20). Birey hastalık hakkında eğitim almamıştır ancak yaşadığı bütün fiziksel ve ruhsal problemleri hastalığının belirtisi olarak görmektedir. Bireyin, bu sonuca



bilinçli bir şekilde değil yaşadığı tecrübelerle ve kendini izleyerek rastlantısal bir şekilde kanaat getirdiği şekilde yorumlanmıştır.

Bireylerin cinsiyetleri ile BUÖ puanları karşılaştırıldığında BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Buradan yola çıkılarak, kadınların erkeklere göre daha umutsuz oldukları ve gelecekle ilgili daha karamsar duygulara sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların sorumluluklarının fazla olması, ekonomik özgürlüklerinin erkeklere oranla daha az olması, ev içinde sınırlandırılmaları, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamlarının kısıtlı, sosyal destek kaynaklarının yetersiz olması bu sonucu etkilediği bildirilmektedir (19, 54, 94). Karabulutlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadınların umutsuzluk düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, aradaki farkında anlamlı olmadığı bulunmuştur (41, 42, 94). Bayramova ve Karadakovan'ın kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada, cinsiyet ve medeni durumun umutsuzluk düzeyinde etkili olmadığı saptanmıştır (20). Şentürk ve arkadaşlarının çalışmalarında da, cinsiyet ve medeni durum ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmektedir (49).

Bu çalışmada B.U.Ö. puanları ile yaş grupları karşılaştırıldığında 74 yaş ve üzerindekilerde BUÖ toplam puan ortalamaları ile BUÖ'nin alt boyutları olan gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı puan ortalamalarında daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamasında ise 45-59.4 yaş grubu hastaların daha yüksek puan aldıkları saptanmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7). 45-59.4 yaş grubu hastaların gelecekte daha çok beklentileri olduğu; HD seansı dışında kalan günlerinde, daha genç olmalarının avantajıyla, normal yaşantılarına hastaliksız ve problemsiz bir şekilde devam ettikleri şeklinde düşünülmüştür. Bu da bireyi daha umutlu günler için beklenti içine sürüklemektedir. İleri yaş grubundaki hastaların umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, bu hastaların yaşı gereği daha çok ölümü düşünmeleri ve yaşla birlikte kronik hastalıkların çıkmasının da tedavi sürecini zorlaştırdığını düşünmeleri şeklinde yorumlanmıştır. Bölükbaş ve Çevik'in; Solak ve Başer'in çalışmalarında da, yaş gruplarının umutsuzluk düzeyinde etkili olmadığı saptanmıştır. Okanlı ve arkadaşlarının çalışmasında da, yaş grupları ile hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk

düzeyi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (49). Bu bulgular çalışma sonuçları ile ters düşmektedir. Çalışma sonuçları ile benzer şekilde Bayramova ve Karadakovan, Erdem ve arkadaşları, Şenol ve Conk; Şahin'in çalışmasında, yaş yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır (49).

Hastaların BUÖ ortalama puanları çocuk sayısına göre bakıldığında; toplam umutsuzluk puanları, gelecekle ilgili beklentiler ve motivasyon kaybı puan ortalamalarının bir çocuğu olanlarda yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Aile tipine göre değerlendirildiğinde yalnız yaşayan hastaların toplam umutsuzluk puanları, gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 10). Bu sonuca göre; yalnızca aile içindeki değil, aile dışındaki sosyal ilişkilerin de kişilerin psikolojik durumlarını önemli derecede etkileyerek; çaresizlik ve umutsuzluk duygusunu azalttığı ve sorunlarla başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırdığı düşünülerek yalnız yaşayan bireylerin daha fazla sosyal destek almaya yöneltilmeleri gerektiği saptanmıştır. Aileden alamadığı sosyal destek ve psikolojik yardımı aile dışından temin etmek adına daha fazla sosyal aktivitelere katılımının umutsuzluk düzeyini düşüreceği düşünülmüştür. Şahin'in çalışmasında parçalanmış aileye mensup bireylerin B.U.Ö. puanları istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte daha düşük olduğu saptanmıştır (94).

Diyaliz tedavisine başlanıldığı ilk yıllarda hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları ile iç içedirler ve yaşamlarının tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. KBY'de tedavinin ilk yıllarının diyalize başlayan hastalar için bir uyum dönemi olduğu ve bu dönemde hastaların yeni bir tedavi biçimine alışmaya ve yaşamını bu tedavi biçimine göre düzenlemeye çalıştıkları belirtilmektedir (94,101). Bu nedenle kişinin tedavi sürecinin ilk zamanlarında gerginlik, umutsuzluk gibi ruhsal sıkıntılar yaşadığı düşünülebilir.

Hemodiyaliz hastalarının, hemodiyaliz süresi (Tablo 8), haftalık hemodiyaliz seans sayısı (Tablo 11) ve transplantasyon öyküsü (Tablo 9) durumlarına göre umutsuzluk düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak 2-5 yıl arası hemodiyalize giren hasta grubunda umutsuzluk toplam puan ortalamaları, gelecekle

ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır. Buna göre 2-5 yıldır HD tedavisi gören hastaların BUÖ toplam puan ortalamaları, HD tedavisine yeni başlayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve bireylerin zamanla umutsuzluğa sürüklendiği görülmüştür. Hastaların transplantasyon öyküsüne göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanları arasında, başarısız transplantasyon yaşayan hastaların daha yüksek puanlara sahip olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Hastaların bir defa olumsuz bir tecrübe yaşaması bireyleri daha fazla umutsuzluğa sürüklemektedir. Haftalık HD seans sayısının ise 4 ve üzeri olduğu hastalarda BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Bu sonucun, uzun süredir tedavi ve sağlık arayışında olan hastaların zaman geçtikçe, seans sayısı sıklıklaştıkça ve nakil bekledikçe iyileşmeye olan inançlarının azalmasından etkilenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Özer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Hemodiyaliz hastalarının, diyalize girme süresi, diyalize girme sıklığı ve daha önce böbrek nakli olma durumlarına göre umutsuzluk düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. 5 yıl ve üzeri süredir ve haftada 3 kez diyalize giren ve daha önce böbrek nakli olmuş olan hastaların umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (49). Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemodiyalize girme süresi ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (41). Şentürk ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da haftalık diyalize girme sayısı ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çelik ve Acar'ın çalışmasında, diyalize girme süresinin kronik diyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete görülme durumu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Durna ve arkadaşları; Tan ve arkadaşları hemodiyalize sık giren hastaların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olarak bulunduğu belirtmektedirler. Şahin'in çalışmasında da, diyaliz süresinin umutsuzluk düzeyinde etkili olduğu saptanmıştır (49).

Erengin ve arkadaşlarının çalışmasında; bedensel ve ruhsal sorunları olan hastalarda yeti yitiminin daha fazla olduğu, anksiyete, kaygı ve depresyon puan ortalamalarının bu bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diyaliz hastalarında sık görülen ruhsal sorunlar ve bununla ilişkili yeti yitimi tedaviye uyum ve hastalığın prognozuna olabilecek kötü etkileri nedeniyle önemlidir (43). Yaşanılan sorunlara uyumu kolaylaştırmak için; hastanın günlük yaşamını sürdürebilmesini desteklemek, sosyal işlevselliğinin (iş, öğrenim vb) hastalık

nedeniyle aksamasını önlemek, hastalığa karşı gelişen doğal duygusal tepkilerin ifade edilip anlaşılmasına çalışmak, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk düşüncelerini denetlemek yararlı olmaktadır. Bu çalışmada hastaların evde bakım ve tedavi sürecine yardımcı olabilecek birilerinin olması durumu ile BUÖ karşılaştırıldığında; evde yardımcı olabilecek birilerinin olmadığını ifade eden hastalarda, BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastaların günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılama durumu ile BUÖ karşılaştırıldığında; ihtiyaçlarını tek başına karşılayamayan hastaların BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 12). Şahin'in yapmış olduğu çalışmada da ihtiyacını kendisi karşılayamayan bireylerin BUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (94). Yapılan bir başka çalışmada; tedavi, tedavi ekibi ve aile üyelerine bağımlı olma, yardıma ihtiyaç duyma ve kontrolü kaybetme duygusunun bireylerde anksiyete, umutsuzluk, depresyona neden olduğu belirtilmektedir. Bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamaması yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, kaygı ve endişelerini artırarak yaşam dengesini ve dolayısıyla üretkenliğini bozmaktadır (13). Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada; evinde kendisine destek olan birey olan ve diyaliz merkezine gelip giderken yardım alan bireylerin umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (49). Destek ve yardım alan hastaların bu durumu acizlik olarak düşünmesine, bunun da umutsuzluk düzeyini etkilemiş olabileceği sonucuna varılabilir.

Kronik hastalığı olan kişilerin hastalık sürecini kontrol etmeleri için ciddi yaşam tarzı değişikliklerini yapmaları gerekmektedir. Bireylerin yaşam deneyimi, hastalığı algılaması ve kişisel yeterliliği kronik hastalığın etkili yönetimi için önemlidir (81). Hastalık algısı; birey tarafından hastalık deneyimlerinin nasıl tanımlandığı ve anlaşıldığıdır. Ortaya çıkan psikopatoloji hastalık ve tedaviye uyumda büyük rol oynamaktadır. Son yıllarda sağlık psikolojisi alanında üzerinde en fazla durulan ve araştırma yapılan konulardan biridir (11, 64). Bu çalışmada hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; güç kaybı, yorgunluk, baş ağrıları, bulantı ve eklem sertliği olduğu saptandı. Bu belirtilerden hangisinin hastalığı ile ilgili olduğu sorulduğunda ilk beş sırada; yorgunluk, güç kaybı, baş ağrıları, ağrı ve bulantı yanıtı alındı (Tablo 13). Bu çalışmada hastalarda sıklıkla karşılaşılan; yorgunluk, ağrı, güç kaybı, bulantı ve kilo kaybı gibi belirtilerin daha çok tedavinin yan etkileri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Armay ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir

çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde hastalık tipi bölümüne alınan tüm belirtilerin belli oranda yaşandığı ve yorgunluk, güç kaybı, ağrı belirtilerinin en sık olduğu bildirilmiştir. Hastaların bu belirtileri ‘hastalığın başlangıcından itibaren yaşayıp yaşamadığı’ sorusuna verdiği ‘evet’ yanıtları ile, ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorusuna verdiği ‘evet’ yanıtları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastanın yaşadığı belirtiler ile bunları hastalıkla ilişkili görmesi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (10, 11, 64).

Hastaların hemodiyalize girdiği toplam süreye göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının 11-19 yıldır hemodiyalize giren hastalarda daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Bu durum uzun zamandır hemodiyalize giren hastalarda, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısının, daha kısa süredir hemodiyalize giren hastalara göre daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır. 2-5 yıldır hemodiyalize giren hastalarda tedavi kontrolü ve hastalığı anlama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. 2-5 yıldır hemodiyalize giren hastalarda, umutsuzluk puanları yüksek bulunmuş olmakla birlikte bu durum, hastaların umutsuz olmalarına karşın uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını ve hastalığı anlayabilme seviyelerini yüksek tutarak, ; tedaviye uyum göstererek ve hastalığı anlamaya çalışarak, iyileşme çabaları göstermeleri olarak yorumlanmıştır. Bu konuyla ilgili literatürde görüş birliği yoktur. Niechzial ve arkadaşları diyalize girme süresinin yaşam kalitesini kayda değer ölçüde düşürdüğü belirtilmiştir (88).

Hastaların eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyenlerin hastalık belirtisi puanlarının, okuma yazma bilenlerin hastalığı anlama puanlarının, okuma-yazma bilmeyenlerin süre(döngüsel) puanlarının, fakülte/yüksekokul mezunlarının duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Eğitim düzeyindeki düşmeyle birlikte hastalık belirtilerini algılayabilme, hastalığı anlayabilme ve hastalığın döngüsel seyrine anlam verebilme seviyesi yükselmektedir ki bu durumun, hastanın sorgusuz bir şekilde olanları kabullenmesi ve kadere bağlaması doğrultusunda rastlantısal olduğu düşünülmektedir. Eğitim seviyesindeki yükselmeyle birlikte

birey hastalığın gidişatı hakkında, mantıksal çerçeve içerisinde, neden-sonuç ilişkileri kurdukça, hastalığa karşı duygusal tepkisi daha çok yükselmektedir.

Hastaların mesleği ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise ev hanımı olanların hastalık belirtisi puanlarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Buna göre ev hanımlarının kendilerine daha fazla harcayarak, kendilerini daha fazla izlemleyerek hastalığın belirtileri ile kendi yaşadıkları sorunlar arasında daha fazla bağlantı kurabildikleri sonucuna varılmıştır Kayış'ın kanser hastalarında yapmış olduğu bir çalışmada, eğitim durumu ve mesleği ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; üniversite ve üzeri mezunu olanların kişisel kontrol puanlarının, ev hanımı olan hastaların duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (64).

Hastaların transplantasyon öyküsü ile hastalık algısı ölçeği karşılaştırıldığında; çalışmamızda transplantasyon bekleyen hastaların HAÖ alt boyut puanlarının yüksek olmasını öngörmemize rağmen sadece süre (döngüsel) alt boyutunda daha yüksek bulunmuş, anlamlı bir fark saptanmamıştır. Transplantasyon planlamayan hastalarda ise hastalık belirtisi, süre (akut/kronik), kişisel kontrol ve hastalığı anlama alt boyut puanları daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 16). Bunun sonucunda bireylerin hastalıkları kronikleştikçe, kişisel kontrolleri ve hastalığa anlam verme dereceleri arttıkça transplantasyon düşünmedikleri ortaya çıkmaktadır. Özellikle yaşı ilerlemiş hastalar yani hastalığın kronik boyuta ulaştığı hastaların, kendilerinin yeterince uzun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu yüzden transplantasyonun gençler için daha ideal bir tedavi olduğunu düşündükleri sonucuna varılmıştır. Alat ve arkadaşları hasta ve yakınlarının doku ve organ nakli hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada araştırmaya katılanların %88'inin organ nakli yaptırmayı kabul ettiğini, %12'sinin ise hastalık bulaşma ihtimali, dini inançlarına ters düşmesi gibi nedenlerle organ nakli yaptırmayı ret ettiğini saptamıştır (30).

Hastaların cinsiyeti ile hastalık algısı ölçeği karşılaştırıldığında; HAÖ alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece hastalık belirtisi alt boyutu

puanındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Kadınlar, yaşadığı problemleri erkeklere göre daha fazla, hastalıkları ile ilişkilendirip algılayabilmektedirler.

Yaşa göre bakıldığında; hastalık algısı ölçeği alt boyut puanlarının süre (akut/kronik), sonuçlar ve kişisel kontrol puanlarının 45 - 59.4 yaş aralığında yüksek olduğu ancak sadece süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastalığı anlama alt boyutu puan ortalaması 74 yaş ve üzerindekilerde daha yüksek olup aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 18). Buna göre yaş ilerledikçe bireylerin hastalığını anlayabilme düzeylerinde artış gözlenmekte yani hastalık algısı yükselmektedir. Hemodiyaliz hastalarındaki sağlık algısı ve yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, 65 yaşından büyük grubun daha iyi durumda olduğu belirtilmekle birlikte, benzer özellikleri araştıran iki çalışmada da yaşlanmayla birlikte sağlık algısı ve yaşam kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır (52, 107 ).

Hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; aşırı çalışmanın en yüksek puanı aldığı görülmektedir. “böyle düşünüyorum” diyenlerde, kendi davranışımı, stres ya da endişe, vücut direncimin azalması, şans ya da kötü talih kişilik özelliklerim, kalıtım ve çevre kirliliğinin izlediği; “kesinlikle böyle düşünüyorum” diyenlerde stres ya da endişeyi, kalıtım, şans ya da kötü talihin izlediği görülmüştür. “Böyle düşünmüyorum” diyenler, kaza ya da yaralanma, sigara içme, alkol ve mikrop ya da virüsü hastalık nedeninden sorumlu tutmamışlardır (Tablo 19). Kayış’ın kanser hastalarında yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; stres ve endişenin en yüksek puanı aldığı saptandı (64).

Hastaların yaşadıkları yer ve aile tipine göre HAÖ ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; Kahramanmaraş beldede yaşayanların hastalık belirtisi, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyut puanları yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kahramanmaraş ilçede yaşayanların ise hastalığı anlama, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut puanları yüksek olup anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 21). Bu durum il merkezi dışında yaşayan hastaların hastalık belirtisi, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlama, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut puanlarının yüksek olduğu görülerek, hastalık algılama ve tedaviyi aksatmamak adına diğer hastalara göre daha bilinçli

oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Küçük yerleşim birimlerinde kapsamlı sağlık kuruluşları olmadığı için bir problem karşısında büyük şehirlere gitmek zorunda kalacak olan hastalar, konaklama ve ekonomik sorunlar nedeniyle sorun yaşayabilme ihtimallerine karşı, psikolojilerini hastalığı algılama ve bu yönde hazırlamış olabilecekleri düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili literatürde görüş birliği yoktur. Aile tipine göre HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında çekirdek aile ve geleneksel geniş aileye sahip hastaların süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığı anlama ve süre (döngüsel) alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

“Stres ya da endişe”yi kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünmeyen hastaların toplam umutsuzluk puanı, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre, gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Motivasyon kaybı puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen hastaların böyle düşünmeyen, böyle düşünen ve kararsız olanlara göre, gelecekle ilgili beklenti puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların böyle düşünen, böyle düşünmeyen ve kararsız olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Bu durumda stres ve endişeyi kesinlikle hastalık sebebi olarak algılamayan hastalarda umutsuzluk toplam puan ve motivasyon kaybı alt boyut puanı anlamlı ölçüde yüksektir ve hastalığını stres dışında daha farklı sebeplere bağlamak bireyleri daha fazla umutsuzluğa sürüklemektedir. Bu bireylerin hastalık sebebini daha büyük problemlerin oluşturduğunu düşündükleri için bu kadar umutsuz oldukları düşünülmektedir. Tam tersi stresi kesinlikle hastalık sebebi olarak gören hastalarda gelecekle ilgili duygular ve beklentiler alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir ve gelecekle ilgili umutsuzlukları mevcuttur. Umutsuzluklarının hem kendi durumu adına hem de çevresinde izlemlediği stresli insanlar adına olabileceği düşünülmektedir. Bir stres kaynağı olan bu hastalık devam ettikçe daha başka problemler çıkacak ve gelecekte sürekli bir hastalıkla mücadele vereceklerine inandıkları düşünülmektedir.

“Duygu Durumu”nu kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastalara göre; motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklenti alt boyut puan ortalamalarının kesinlikle böyle düşünen hastaların, böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünenlere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Bireyin duygu durumunu kesinlikle hastalık sebebi olarak görmesi, içinde yaşadığı sıkıntıların bu şekilde karşısına



büyük bir sağlık problemi olarak çıkması sonucu; birey umutsuzluğa sürüklenmekte; motivasyon kaybına ve gelecekle ilgili beklentiler adına umutsuzluk yaşamasına sebep olmaktadır. Kendi içindeki bu duygu durumundan içsel kaynaklı yaşattığı olumsuz süreçlerden kurtulamadığı sürece daha farklı ve daha başka sağlık problemleri ile karşılaşabilme ihtimali; bireyin, motivasyon kaybına ve gelecek hakkında umutsuzluğa kapılmasına sebep olmaktadır. Balkanlı ve arkadaşları hastalık nedenleri arasında en sık olarak; stres, olumsuz düşünceler, kötü talih ve çevre kirliliğini belirtmişlerdir (64).

Kalıtımı kesinlikle hastalık sebebi olarak görmeyen hastaların BUÖ gelecekle ilgili beklenti alt boyut puanlarının; böyle düşünen, böyle düşünmeyen, kararsız olan ve kesinlikle böyle düşünen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 23). Kalıtımı kesinlikle hastalık sebebi olarak görmeyen hastaların gelecekle ilgili beklentilerinde umutsuzluğa düşmesinin sebebinin; ailede olmayan bir başka hastalıkla hem kendisinin hem de aile fertlerinin her an karşılaşabilme ihtimalini düşünüyor olması olarak açıklanabilir. Yaşlanmayı kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünen hastaların BUÖ toplam, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamalarının kesinlikle böyle düşünmeyen ve kararsız olan hastalara göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlanmayı kesinlikle hastalık sebebi olarak görmeyen hastaların BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyut puan ortalamalarının kararsız olan ve böyle düşünmeyenlere göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 23). Yaşlanmayı kesinlikle hastalık sebebi olarak gören hastaların (yaşlanma kendilerince bu hastalığa sebep olduğu gibi) yaşları ilerledikçe daha başka ve büyük sağlık problemlerine sebep olması ihtimallerini düşünüyor olmaları; hastaları umutsuzluğa, motivasyon kaybına ve gelecekle ilgili olumsuz düşüncelere sürükledikleri düşünülmektedir.

Sigarayı kesinlikle hastalık nedeni olarak görmeyen hastaların BUÖ toplam ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarının böyle düşünen, kararsız olan ve böyle düşünene hastalara göre yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 23). Bu konuyla ilgili literatürde görüş birliği yoktur.

Hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile BUÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; BUÖ toplam puanı ile HAÖ alt boyutlarından hastalık belirtisi, hastalığı anlama, süre

(döngüsel) ve duygusal temsiller boyutları arasında doğru orantılı; kişisel kontrol ile ters orantılı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 24). Bu sonuca göre, yaşadığı sorunları kendi hastalığının belirtisi olarak görme, hastalığını anlayabilme, hastalığın seyrini kavrayabilme ve duygusal olarak hastalığa anlam verebilme seviyesi arttıkça umutsuzluk düzeyi de doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Kişisel kontrol azaldıkça ters orantılı bir şekilde umutsuzluk düzeyi artmaktadır. Bu durumda bireye hastalık hakkında eğitim verilirken en az fizyolojik bilgiler kadar hastayı umutsuzluğa düşürmemek adına psikososyal yönden de destekler nitelikte eğitim uygulanmalıdır. Hastaya psikososyal yönden desteklenmeden sadece hasta eğitimi uygulaması, bireyi süratle umutsuzluğa sürükleyebilir ve kişisel kontrolünü kaybedip tedavisinde aksaklıklar yapmasına, kuralları çiğnemesine sebep olabilir. Bu doğrultuda hastaya verilen eğitimin niteliği ve veriliş şekli çok önemlidir. Ne yazık ki bireyin hastalığını algılama boyutunu yükseltmek amacıyla uygulanan aktiviteler aynı zamanda bireyi umutsuzluğa sürükleyebilir.

Gelecekle ilgili duygular boyutu; HAÖ hastalık belirtisi, hastalığı anlama ve süre (döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür (Tablo 24). Birey hastalığı anladıkça ve hastalığın döngüsel seyrini kavrayabildikçe gelecekle ilgili duygularında olumsuzluklara kapılarak umutsuzluğa düşmektedir. Motivasyon kaybı boyutu; HAÖ hastalık belirtisi, hastalığı anlama, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller boyutlarıyla doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Birey hastalığı ve hastalığın döngüsel seyrini kavrayabildikçe ve bireyin duygusal olarak hislerinde artış oldukça motivasyon kaybı yaşamakta ve umutsuzluğa düşmektedir. Gelecekle ilgili beklentiler boyutu ise; HAÖ hastalık belirtisi ve duygusal temsiller boyutlarıyla ile doğru orantılı, kişisel kontrol boyutuyla ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Hastalar, hastalık belirtilerini kavrayabilmelerine ve duygusal olarak düşüncelerindeki artışa bağlı olarak gelecekle ilgili beklentiler boyutunda umutsuzluğa düşmektedir. BUO alt boyutları arasında güçlü bir pozitif ilişki saptandı.

Kişisel kontrol ile BUÖ ve tüm alt boyutları arasında ters orantı saptanmıştır. Bireyin kendi içsel kontrol düzeyi düştükçe umutsuzluk düzeyi artmaktadır.

HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; hastalık belirtisi, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) boyutlarıyla doğru orantılıdır. Hastaların hastalık belirtilerini kavrayabildikleri

ölçüde tedavi kontrolünü de o kadar sağlayabildikleri ve hastalığın döngüsel seyrine ilişkin süreyi anlamlayabildikleri sonucuna varılmıştır. Süre (akut/kronik) boyutu, sonuçlar ve kişisel kontrol boyutları ile doğru orantılıdır. Süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı yalnız kişisel kontrolün sağlandığı görülmüştür. Sonuçlar alt boyutu kişisel kontrol, hastalığı anlama ve süre (döngüsel) boyutları ile doğru orantılıdır. Hasta kişisel kontrolünü kaybettiğinde ve hastalığa anlam veremedikçe sonuçlar negatife doğru yönelmektedir. Hastalığı anlama alt boyutu süre (döngüsel) ve duygusal temsiller ile doğru orantılıdır.

Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ile umutsuzluk düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Armay ve arkadaşları HAÖ ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi araştırmış ve hastalığın akut ve kronik doğası, sonuçları, duygusal temsilleri ve depresyon puanları arasında pozitif; kişisel ve tedavi kontrolü ile depresyon arasında negatif ilişki saptamışlardır (11). Kayış ise kendi çalışmasında Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeylerini araştırmış ve hastalarda; umutsuzluk düzeyi arttıkça hastalıkları üzerindeki kişisel ve tedavi kontrollerini kaybettikleri, hastalığı kronik olarak algıladıkları ve hastalıkla ilgili duyguları daha fazla yaşadıklarını saptamıştır (64).

## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz;

- ✓ Hastaların yaş ortalamaları 51.9 olup, %39.1'i 45-64 yaş grubundadır. %50.9'unun erkek olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hastaların %38.5'u ilkokul mezunu, %31.4'ü okuma-yazma bilmemekte, %10.7'si ortaokul mezunu, %9.5'u lise mezunu, %7.7'si okur-yazar%2.4'ü fakülte/yüksekokul mezunu olup %94.1'i çalışmamaktadır.
- ✓ Hastaların %44.4'ü ev hanımı, %37.3'ü profesyonel meslek sahibi ve %18.5'u emekli olup %98.2'sinin sosyal güvencesi vardır.
- ✓ HD tedavisi gören hastaların aynı zamanda %17.2'sinin Diabetes Mellitus tedavisi, %16.6'sının Hipertansiyon tedavisi ve %8.3'ünün hem Diabetes Mellitus hem de Hipertansiyon tedavisi gördüğü saptanmıştır.
- ✓ Hastaların %24.9'unun hastalığına ilişkin eğitim aldığı, %75.1'inin ise herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Eğitim alanların ise %24.3'ü sağlık personelinin eğitim aldığı saptanmıştır.
- ✓ Haftada 1 kez HD'e giren hasta olmamakla birlikte, kadınların %92.8'i ve erkeklerin %94.2'si gibi büyük bir oranının haftada 3 kez HD'e girdiği tespit edilmiştir.
- ✓ BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- ✓ 74 yaş ve üzerindeki hastalarda BUÖ toplam puan ortalamaları ile BUÖ'nin alt boyutları olan gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

- ✓ Yalnız yaşayan hastaların toplam umutsuzluk puanları, gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ 2-5 yıl arası süredir hemodiyalize giren hasta grubunda umutsuzluk toplam puan ortalamaları, gelecekle ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur.
- ✓ Transplantasyon öyküsünde başarısız transplantasyon yaşadığını ifade eden hastaların, BUÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.
- ✓ Haftalık HD seans sayısının ise 4 ve üzeri olduğu hastalarda BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır.
- ✓ Evde yardımcı olabilecek birilerinin olmadığını ifade eden hastalarda, BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır tespit edilmiştir.
- ✓ İhtiyaçlarını tek başına karşılayamayan hastaların BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.
- ✓ Hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; güç kaybı, yorgunluk, baş ağrıları, bulantı ve eklem sertliği olduğu saptanmıştır. Bu belirtilerden hangisinin hastalığı ile ilgili olduğu sorulduğunda ilk beş sırada; yorgunluk, güç kaybı, baş ağrıları, ağrı ve bulantı yanıtı alınmıştır.
- ✓ HAÖ kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının 11-19 yıldır hemodiyalize giren hastalarda daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hastaların eğitim durumu ile HAÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyenlerin hastalık belirtisi puanlarının, okuma yazma bilenlerin hastalığı anlama puanlarının, okuma-yazma bilmeyenlerin süre(döngüsel) puanlarının, fakülte/yüksekokul mezunlarının duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- ✓ Ev hanımı olan hastaların HAÖ alt boyutlarından hastalık belirtisi puanlarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

- ✓ HAÖ alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ancak sadece hastalık belirtisi alt boyutu puanındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAÖ alt boyut puanlarının süre (akut/kronik), sonuçlar ve kişisel kontrol puanlarının 45 - 59.4 yaş aralığında yüksek olduğu ancak sadece süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastalığı anlama alt boyutu puan ortalaması 74 yaş ve üzerindekilerde daha yüksek olup aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.
- ✓ Hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; aşırı çalışmanın en yüksek puanı aldığı görülmektedir. Hastalar, kaza ya da yaralanma, sigara içme, alkol ve mikrop ya da virüsü hastalık nedeninden sorumlu tutmadıkları saptanmıştır.
- ✓ “Stres ve endişe”yi kesinlikle hastalık sebebi olarak algılamayan hastalarda umutsuzluk toplam puan ve motivasyon kaybı alt boyut puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Stresi kesinlikle hastalık sebebi olarak gören hastalarda gelecekle ilgili duygular ve gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir ve gelecekle ilgili umutsuzlukları mevcuttur.
- ✓ “Duygu Durumu”nu kesinlikle hastalık nedeni olarak düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı diğer hastalara göre; motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklenti alt boyut puan ortalamalarının kesinlikle böyle düşünen hastaların, diğer hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- ✓ Kalıtsal durumların kesinlikle hastalık sebebi olarak görmeyen hastaların BUÖ gelecekle ilgili beklenti alt boyut puanlarının ; diğer hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Sigarayı kesinlikle hastalık nedeni olarak görmeyen hastaların BUÖ toplam ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarının böyle düşünen, kararsız olan ve böyle düşünene hastalara göre yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- ✓ BUÖ toplam puanı ile HAÖ alt boyutlarından hastalık belirtisi, hastalığı anlama, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller boyutları arasında doğru orantılı; kişisel kontrol ile ters orantılı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 24). Bu sonuca göre, yaşadığı sorunları kendi hastalığının belirtisi olarak görme, hastalığını anlayabilme, hastalığın seyrini kavrayabilme ve duygusal olarak hastalığa anlam verebilme seviyesi arttıkça

umutsuzluk düzeyi de doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Kişisel kontrol azaldıkça ters orantılı bir şekilde umutsuzluk düzeyi artmaktadır.

- ✓ Kişisel kontrol ile BUÖ ve tüm alt boyutları arasında ters orantı saptanmıştır. Bireyin kendi içsel kontrol düzeyi düştükçe umutsuzluk düzeyi artmaktadır.
- ✓ Bu çalışma ile HD hastalarında hastalık algısı ile umutsuzluk düzeyi arasında önemli ilişkiler bulunmakla birlikte hastaların, hastalıklarını algıladıkça kişisel kontrolünü kaybettikleri ve umutsuzluğa düştükleri saptanmıştır. Bunun için de hasta eğitimi sırasında psikososyal yönden de desteklenmeye ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır.

## 6.2. Öneriler

### *Bu Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler;*

- ✓ Hastaların %75.1'i hastalığı hakkında eğitim almadığını ifade etmiştir. Bu nedenle hastaların tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında kapsamlı bir hasta eğitimi ile bilgilendirilmesi,
- ✓ Stresi hastalık sebebi olarak algılayan ve algılamayan her iki grubun da umutsuzlukları olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hastalara stresle baş etme konusunda eğitimler düzenlenip bu eğitimlerin umutsuzluk üzerindeki etkinliğinin ölçülmesi,
- ✓ Uygulanan sosyal destek eğitiminden sonra hastalık algısı ölçülerek eğitimin etkinliği ölçülmesi,
- ✓ Hasta eğitimi sırasında psikososyal yönden de desteklenmesi,
- ✓ Yapılan literatür incelemesinde hastalık algısı ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Bu tür çalışmaların daha farklı örneklem gruplarında yapılması,
- ✓ Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etmek profesyonel hemşirenin görevidir. Bu nedenle umudu destekleyecek, arttıracak düşünce ve davranış geliştirmeleri konusunda hemşirelik uygulamalarının planlanması ve bu konuda hemşirelere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul,2003: 193-211.
2. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul,2003: 193-211.
3. Akıncı F. Hemodiyalize giren hastaların psikososyal sorunları ve hemşirelerin sorumlulukları. Hemşirelik Forumu, 2000; 3: 1-5.
4. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekim El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2.Baskı, Anadolu Yayıncılık, Kayseri,2001.
5. Akpolat T. Böbrek Yetmezliği El Kitabı. Deniz Ofset, İstanbul, 2004; 20-25.
6. Akyol A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi,2002; 41 (2): 97 – 102.
7. Akyol AD. Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 2005.
8. Arık N. Nefroloji El Kitabı. Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001: 212-224.
9. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri. 2007; 10:192-200.
10. Armay Z, Özkan M, Kocaman N,Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:271-280.
11. Armay Z. Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2006.
12. Asan T. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
13. Asti T, Karam İ, Erci B. The Experiences of loneliness, depression and social support of Turkish patients with continous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. Journal of Clinical Nursing, 2006; (15): 490-497.
14. Aydın S. Hemodiyaliz Hemşireliği; Ankara Numune Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, Ankara, 2004.



15. Aydın Z, Öztürk S, Gürsu M, Uzun S, Karadağ S, Tayfur F, Çoban T, Kazancıoğlu R. Hemodiyaliz hastalarında damar giriş yolu olarak kateter kullanımı: tek merkez deneyimi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2010;19(1):46-51.
16. Aydınalp A, Müderrisoğlu H. Diyaliz hastalarında kardiyovasküler komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2006; 2(4):67-73.
17. Bahar A, Savaş H, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:287-292.
18. Barry M, Lazarus MJ. Chronic Renal Failure. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 2003;1: 91-95.
19. Bayram G, Dilbaz N, Bitlis V, Polat H. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2000; 3(2): 223-225.
20. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniv.HYO Dergisi*, 2004;7(2):39-47.
21. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Ster A. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 2001: 190-195.
22. Beşirli K, Göde S. Hemodiyaliz için vasküler girişimler. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 2006; 2(25):75-80.
23. Birol L. Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İç hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, 437-487.
24. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Yayınları, İstanbul, 2010.
25. Black J M, Nicol N H. Nursing Care of Clients with Renal Disorders, "Medical Surgical Nursing" Ed. by Mattassarini-Jacobs E, W.B. Saunders Company.USA, 1997,1625-1681.
26. Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis (Çev: Erdemir F.). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999: 349 – 354.
27. Carpenito-Moyet L J. Handbook of Nursing Diagnostis, 10.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.
28. Christensen AJ. Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom Med*, 2000; 62: 435-443.
29. Cutcliffe JR, Herth K. The concept of hope in nursing: its origins, background and nature. *Br J Nursing*, 2002;11: 832-840.

30. Cürçani M, Tan M. Diyaliz hastalarının böbrek nakli konusundaki bilgi ve tutumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13: 4.
31. Çınar S, Kahraman A, Pınar R. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek depresyonu etkiler mi? Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2006; 46-53.
32. Çiloğlu H. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarının beslenme durumları ile serum folik asit ve homosistein düzeylerinin incelenmesine yönelik bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
33. Dalgıç A, Ekici Y. Hemodiyaliz için damar yolu. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17(1):22-31.
34. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Çev. Ed: Bozfaıoğlu S, 3. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.
35. Değirmenci Saltürk A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
36. Dilek K, Akpolat T. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul , 2000: 21 – 28.
37. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. Kriz Dergisi, 1994;2(2):311-319.
38. Durmaz Akyol, A. Üriner Sistem hastalıklarında bakım. Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, 2005;4.
39. Entürk A, Tamam L, Levent B. Kronik Böbrek Yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. ARV 2000; 9 (49): 49 – 65.
40. Erdem N. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum , 2005.
41. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN, 2004;1303-5134.
42. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;8(2).
43. Erengin N, Keçecioglu N, Güven M. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi uygulanan hastaların yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1998; 3:137-140.

44. Ereğ E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Turkish Society of Nephrology. Registry of the Nephrology, Dialysis and Transplantation in Turkey, Registry 2004. İstanbul: Art Ofset, 2005.
45. Ereğ E, Serdengeçti S, Ataman R, Dalmak S. Hemşireler için nefroloji diyaliz ve transplantasyon. Tayf Ofset, İstanbul, 2001.
46. Ersoy F. Son dönem böbrek yetmezliğinde uygun diyaliz yönteminin seçimi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2005; 1(21):88-92.
47. Francisco L. AVF Kullanımını En Üst Düzeye Çıkarmak İçin Nefrologlar Ne Yapmalıdır?, Official Journal of the American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology Seminars in Dialysis, Blackwell Publishing, 2006;1(3).
48. Friend R, Singletory Y, Mendell NR. Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. Am J public Health, 2004; 76 : 670-672.
49. Gök F, Taşçı D, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 20-21 Nisan 2006, Şanlıurfa.
50. Gölgele H. Diyaliz hastalarındaki cinsel işlev sorunları ve etkileyen faktörler. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2005.
51. Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji , 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, 2007, 406-415.
52. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül M, Özbulut Ö, Çölbay M, Uslan İ, Karaman Ö, Geçici Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:173-178.
53. Haatainen K, Tanskanen A, Kylma J. Factors associated with hopelessness: a population study. Int.J.Soc.Psychiatry, 2004;50(2):142-152.
54. Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. Kriz Dergisi, 2002; 3 (1-2): 218-222.
55. Hemodiyaliz Ünitelerinde İnfeksiyon Kontrol Talimatnamesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,2009, ERZURUM.
56. Herth KA, John RC. The concept of hope in nursing: hope and palliative care nursing. Br J Nursing, 2002; 11: 977-983.
57. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72059/h/siy2009.pdf> Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, Erişim Tarihi 25.04.2011 st: 22:25.
58. [http://www.usrds.org/2006/pdf/02\\_incid\\_prev\\_06.pdf](http://www.usrds.org/2006/pdf/02_incid_prev_06.pdf) (Erişim Tarihi:10.05.2011).
59. Jaradat MI, Molitoris MA. Cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease. Semin Nephrol, 2002;22(6):459-73.

60. Johnson BS. The 5 R's of becoming a psychiatric nurse practitioner: rationale, reading, roles, rules and reality. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1998;36(9):20-4.
61. Kara G. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2007; 49: 132-136.
62. Karakaya N. Düzenli hemodiyalize giren hastalarda cinsel disfonksiyon ve cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , İstanbul , 2006.
63. Karakoç A. Hemşirelik hizmetlerinin hastaların doyumunu üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.
64. Kayış A. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
65. Kızılcık Z. Hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009.
66. Kidney Disease: Key Facts and Figures 2010 <http://www.kidneycare.nhs.uk/Library/KidneyDiseaseKeyFacts.pdf> erişim tarihi:30.04.2011 saat: 22:11
67. Kim JA, Lee YK, Huh W. Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med Sci*, 2002;17:790-794.
68. Kimmel PP. Psychosocial factors in adult end stage renal disease patients treated with hemodialysis. *AJKD*, 2000; 35 (4): 54 -58.
69. Kocaman N. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:271-280.
70. Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004;39:497-501.
71. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2002; 17: 93-99.
72. Küçük M. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008.
73. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Selfregulation, health and behaviour: A perceptualcognitvie approach. *Psychol Health*, 1989; 13:717-734.

74. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognit Ther Res*, 1992; 16:143-163.
75. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ. Chronic Kidney Disease: common, harmful, and treatable world kidney day. *J. Am. Soc. Nephrol*, 2007;18: 374–378.
76. Levy J, Morgan J, Brown E. Oxford Diyaliz El Kitabı (çev: Uslan İ.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004: 6-12.
77. Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM. Nursing Assesment And Management Medical Surical Nursing Assesment And Management Of Chincial Problems, Mosby, Fourty Edition ,1996,1392-1401.
78. Maden M. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında ekokardiyografi ile tespit edilen kardiyak bulguların değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Konya,2008.
79. Madran H, Özgür B, Kürşat S, Sakarya A, Erhan Y, Aydede H. Kronik Hemodiyalizde Vasküler Girişimler. *Türkiye Klinikleri Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2001;2(1):38-47.
80. Mollaoğlu M, Arslan S. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2003;13(4):42–46.
81. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İst Tıp Fak Derg*, 2009;72:37-42.
82. Murphy ST, Parfrey PS. The impact of anemia correction on cardiovascular disease in end-stage renal disease. *Semin Nephrol*, 2000; 20(4): 350-5.
83. Nissenson AR, Fine NR. Diyaliz Tedavisi Kitabı. Günes Kitabevi, Ankara, 2004.
84. Ocak Z. Hemodiyaliz hastalarında yalnızlık ve hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu,2002.
85. Ören B. Acil olarak diyalize alınan hastaların demografik özellikleri ve prognozları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,2004;1(1):28-31.
86. Öz F. Sağlık ve Hastalık. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2004;11-31. Ankara.
87. Özçürümez G. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(1):72-80.
88. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2003 ;12 (2): 113-116.

89. Özkan S. Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanser. Novartis Oncology, 2007;59-70, İstanbul.
90. Selçuk Y. Kalp Hastalıklarında Diyaliz. Türk Nefroloji Derneği Nefroloji Kış Okulu, Girne KKTC Program Ve Özet Kitabı, 29 Mart-1 Nisan 2007.
91. Seyrek N. Diyaliz hastalarında renal osteodistrofinin takibi ve tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2006; 2(4):55-62.
92. Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak M, Serdengeçti K. Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti. Turk Neph Dial Transpl, 2011; 20 (1): 1-6.
93. Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak M, Serdengeçti K. Türkiye’de Nefroloji – Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2009. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. İstanbul, 2010.
94. Şahin S. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,Kayseri, 2007.
95. Taşkaplan H, Utas C. Akut böbrek yetmezliği tedavisinde diyaliz yöntemleri. Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi,2002; 4: 191-197.
96. Terzibaşoğlu M, Pekpak M, Akarırmak Ü. Renal Osteodistrofi. Osteoporoz Dünyasından, 2004;10(4):170-176.
97. TDK <http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim Tarihi: 29.04.2011
98. The concise 2010 Annual Data Report Atlas of Chronic Kidney Disease & End-Stage Renal Disease in the United States, Bethesda, MD, 2010.
99. Tiryaki Ö, Usalan C. Diyaliz hastalarında enfeksiyon sorunu. Türkiye Klinikleri Journal of Nephrol-Special Topics, 2010;3(1):62-8.
100. Tokgöz B. Kronik böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavileri. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2005; 1(21):82-87.
101. Tossani E, Cassano P, Favo M. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease. Seminars in Dialysis, 2002; 18(2): 73-81.
102. Türker F. Hemodiyaliz(Hd) Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz(Sapd) uygulanan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların beslenme tedavilerinin bazı biyokimyasal bulgular ve beslenme durumları üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara ,2008.
103. Uludağ E. Kronik renal yetmezlikli hastalarda hemodiyaliz için kullanılan arterovenöz greftlerde görülen komplikasyonlar ve tedavi yaklaşımları. Sağlık

Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006.

- 104.U.S. Department Of Health And Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients. MMWR, 2001;50(RR05).1-43, Atlanta.
- 105.US Renal Data System 2006 Annual Data Report. Bethesda, MD: The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2006.
- 106.Üstün M, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2006;1(1): 34-43.
- 107.Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. J Nephrol, 2003; 16:886-894.
- 108.Wen CP, Cheng TYD, Tsai MK. Allcause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462,293 adults in Taiwan. Lancet, 2008;371:2173–2182.
- 109.Yetişkin Ş. Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul,2008.
- 110.Yıldız A. Hemodiyaliz Hastalarında Anemi Tedavisi. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 2-6 Haziran 2004, Belek, ANTALYA.
- 111.Yılmaz E, Kara H, Alan S. Hemodiyaliz hastalarında kardiyovasküler mortalite ve diğer risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi ,2001; C:28 8:1.
- 112.Yılmaz M. Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan hasta ve ailesinin hastalıkla baş etmesinde hemşirenin rolü. Çınar Dergisi, 2002; 8(2):29–35.

## 8.EKLER

### EK I

#### HASTA TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

##### Sayın Katılımcı

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri değerlendirilmesine ilişkin yapılan bu çalışmadaki sorulara içtenlikle yanıtalamanız sonuçların güvenilirliği için önemlidir. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret belirtmeniz gerekmemektedir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Anket No : .....

Tarih: .....

Diyaliz Merkezinin Adı : .....

##### 1. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın 2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız? .....

##### 3. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuma yazma bilmiyor 4. Ortaokul mezunu.  
2. Okuma yazma biliyor 5. Lise mezunu  
3. İlkokul mezunu 6. Fakülte / Yüksekokul mezunu

##### 4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekâr (iseniz 6. soruya geçiniz) 3. Dul

##### 5. Çocuk Sayınız nedir?

1. Çocuk yok  
2. 1 çocuk  
3. 2 çocuk  
4. 3 çocuk  
5. 4 çocuk ve üstü



**6. Mesleğiniz / isiniz nedir?**

1. Çalışmıyor
2. Memur
3. Serbest Meslek
4. Esnaf
5. Ev hanımı
6. Emekli
7. İşçi
8. Diğer (ise belirtiniz.....)

**7. Gelirinizi çevrenizdeki insanlara göre kıyasladığınızda aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1. Çok kötü
2. Kötü
3. Orta
4. İyi
5. Çok iyi

**8. Çalışma şekliniz nedir?**

1. Tam gün çalışma
2. Yarım gün / Belirli saatlerde çalışma
3. Hiç çalışmama

**9. Nerede yaşıyorsunuz?**

1. Kahramanmaraş il merkezi
2. Kahramanmaraş ilçe
3. Kahramanmaraş belde
4. Kahramanmaraş köy

**10. Aile tipiniz nasıldır?**

1. Yalnız yaşıyor
2. Geleneksel geniş aile
3. Çekirdek aile
4. Parçalanmış aile

**11. Alkol/uyuşturucu madde bağımlılığı:**

1. Var.....
2. Yok.....

**12. Sosyal güvenceniz nedir?**

1. SSK
2. BAG-KUR
3. Emekli Sandığı
4. Yeşil Kart
5. Sosyal güvencem yok

**13. Böbrek Yetmezliğine neden olan hastalığınız nedir?**

1. Bilinmiyor
2. Kr. Glomerulonefrit
3. Kr. Pyelonefrit
4. Akut Böbrek Yetmezliği
5. Hipertansiyon
6. Polikistik Böbrek
7. Polikistik Böbrek

4. Diabetes Mellitus 8. Diğer( ise belirtiniz.....)

**14.Böbrek yetmezliği dışında tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı?**

1.Evet(Açıklayınız.....) 2.Hayır

**15.Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz? .....yıl.....ay**

**16.Haftada kaç kez hemodiyaliz uygulanıyor?**

1. 1 kez 2. 2 kez 3. 3 kez 4. 4 kez ve üstü

**17.Hemodiyaliz süreniz ne kadar?**

1. 3 saat 2. 3,5 saat  
3. 4 saat 4. Diğer(ise belirtiniz.....)

**18.Transplantasyon öyküsü:**

1.Başarısız transplantasyon  
2.Transplantasyon bekliyor  
3.Transplantasyon planlamıyor

**19.Daha önce hastalığınıza ilişkin eğitim aldınız mı?**

1. Almış 2. Almamış (ise 20. soruya geçiniz)

**20. Bu eğitimi kimden aldınız?**

1. Sağlık personeli 2. Arkadaş / Komşu  
3. Basın-yayın 4. Diğer(ise belirtiniz.....)

**21. Aşağıdaki sorunları hangi sıklıkla yaşıyorsunuz?**

**1) Fiziksel Sorunlar**

Kasıntı 1. Var 2. Yok

İştah azalması 1. Var 2. Yok

Kas Krampları 1. Var 2. Yok

Halsizlik / yorgunluk 1. Var 2. Yok

Kan basıncında düşme 1. Var 2. Yok

Kan basıncında artma 1. Var 2. Yok

Kan sekerinde düşme 1. Var 2. Yok

Bas ağrısı 1. Var 2. Yok

Terleme 1. Var 2. Yok

Fistül / kateterden kanama 1. Var 2. Yok

- Ateşte yükselme 1. Var 2. Yok  
Bulantı / kusma 1. Var 2. Yok  
Diğer (ise belirtiniz.....)

**2) Ruhsal Sorunlar**

- Konsantrasyon Güçlüğü 1. Var 2. Yok  
Sinirlilik 1. Var 2. Yok  
Alınganlık 1. Var 2. Yok  
Uyku Düzensizliği 1. Var 2. Yok  
Huzursuzluk 1. Var 2. Yok  
Cinsel isteksizlik 1. Var 2. Yok  
Diğer (ise belirtiniz.....)

**22.Günlük ihtiyaçlarınızı tek başınıza karşılayabiliyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır 3.Kısmen

**23. Evde bakımınızla ve tedavinizle ilgilenen birisi var mı?**

1. Evet 2. Hayır

**24. Sıkıntılarınızı ve duygularınızı paylaşabileceğiniz bir arkadaşınız ya da aile bireyiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır**

**25.En fazla hangi yönden destek almaya ihtiyaç duyuyorsunuz ?**

1. Psikolojik/duygusal destek
2. Fiziksel bakımda yardım
3. Parasal yardım
4. Diğer (ise açıklayınız: .....

## EK II

### BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz ve size uygun olan “Evet” ya da “Hayır” seçeneklerinden birini ( X ) işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1.Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	( )	( )
2.Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	( )	( )
3.İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalamayacağını bilmek beni rahatlatıyor	( )	( )
4.Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	( )	( )
5.Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	( )	( )
6.Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı düşünüyorum	( )	( )
7.Geleceğimi karanlık görüyorum	( )	( )
8.Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	( )	( )
9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum.Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok	( )	( )
10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı	( )	( )
11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor	( )	( )
12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	( )	( )

13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	( )	( )
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	( )	( )
15. Geleceğe büyük inancım var	( )	( )
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur	( )	( )
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi	( )	( )
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor	( )	( )
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum	( )	( )
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	( )	( )

### EK III

### HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

**Tarih:**

#### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Ağrı				
Boğazda yanma				
Bulantı				
Soluk almada güçlük				
Kilo kaybı				
Yorgunluk				
Eklem sertliği				
Gözlerde yanma				
Hırıltılı soluma				
Baş ağrıları				
Mide yakınmaları				
Uyku güçlükleri				
Sersemlik hissi				
Güç kaybı				

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
3. Kararsızım

<b>HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidisinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					

21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri var					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					



## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet –yemek alışkanlıkları					
Sans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaslanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

## **EK IV**

### **BİLGİLENDİRİLMİS HASTA ONAM FORMU**

#### **Sayın KATILIMCI,**

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların; hastalık algısını, umutsuzluk düzeylerini belirlemek, hastaların hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma planladık. Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi hedefledik.

Araştırma; istekli olan katılımcılar ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere toplam 100 sorudan oluşan üç anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir.

İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Fügen GÖZ

Ayşe Aslı OKTAY

## ONAM

Sayın Ayşe Aslı OKTAY tarafından Hemodiyaliz Merkezi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılırsam hekim ve hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ile yaklaşılacağına ve güvenle korunacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için bana bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım. Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı:

Adresi :

Telefon,fax no :

İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-soyadı :

İmzası :

Onam alma işlemine basından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı-soyadı :

İmzası :

**EK V**

06.09.2010

Sayın Ayşe Aşlı OKTAY,

"Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Ümitsizlik Düzeyleri" isimli tez çalışmamın uygulamasını, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara 3 farklı anket yoluyla kararlarımızda yapabilmemizle herhangi bir idari-etik sakınca görülmemiştir.

**12. SAĞLIK BİLİMİ VE UZMANI**  
**AYŞE AŞLI OKTAY**  
**12.09.2010**

EK VI



T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

SAYI: B.30.2.KSÜ.0.HI.00.00/150-3647  
KONU: Tez Başhekimliği İzin İsteyi

21/09/2010



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA  
SANLURFA

İlgi yazı ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe Ashi OKTAY' ın "Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri" isimli tez çalışması ile ilgili Nefroloji Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ekrem DOĞAN' ın cevabi yazısı ekle sunulmuştur.

Bilgilerinize sunulur..

Doç. Dr. Ömer Faruk KÖKOĞLU

Başhekim

Eld: Yazı (1 Sayfa)

KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Adres: Yürükelim Mah. Gazi Mustafa Kemal Caddesi No:32  
46050-K.MARAŞ

Tlf: 225 75 75-221 23 37  
Fax: 221 72 39



T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Nefroloji Bilim Dalı

Sayı : B.30.2.KSÜ.0.20.11.13.09/336  
Konu : Tez Çalışması İçin İzin İsteği

21.09/2010

**BAŞHEKİMLİK MAKAMINA**

**İlgi:** 20.09.2010 tarih ve 3619 nolu yazınız.

İlgi yazı ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Aslı OKTAY'ın "Homeodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Ümitsizlik Düzeyleri" isimli tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde bulunan Diyaliz Merkezinde yapması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. İKREM DOĞAN  
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

KİŞİ	
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ	
TIP FAKÜLTESİ	
NEFROLOJİ BİLİM DALI	
BAŞHEKİM	
İSİM:	365
YERİ:	21.09.2010
HAVALE:	

EKVII



DEĞİŞİM SAĞLIK HİZM. SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ K.MARAŞ ŞUBESİ  
ÖZEL FMC K.MARAŞ DEĞİŞİM DİYALİZ MERKEZİ

Sayı: 609  
Konu: Anket Uygulaması

20.09.2010

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEK OKULU  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA  
ŞANLIURFA

İlgil:20.09.2010 tarih ve 809 sayılı yazınız.

İlgj yazı ile Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayye Aslı Oktay'ın "Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri" konulu tez çalışmasını hazırlaması için Diyaliz Merkezimiz de anket çalışması yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İsmet Önder İşık  
Başhekim



Değişim Sağlık Hizmetleri San. Ve Tic. Ltd. Şti K. Maraş Şubesi  
Özel FMC K.Maraş Değişim Diyaliz Merkezi  
Melik Ahmet Mış. Vefat Cad. No:01 Eğilimsanmaraş, Turkey  
Tel:+90(344)236 65 01 Faks: +90(344)236 65 04  
Gevher Nesibe M. D. 2730178140



EK VIII

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Baştabipliği

Sayı : 7425  
Konu : Araştırma İzni.

04/10/2010

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
KAHRAMANMARAŞ

İlgi: 30/10/2010 tarih ve 14396 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızla sorulan Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Aşlı OKTAY'ın hastanemizde "Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri" isimli tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Nurettin ARIKAN  
Baştabip



RECEP  
Gelen Evrak  
Sayı : 030256  
Tarih : 05 Ekim 2010  
Gittiği Bilan: 030256

Lot - Ted.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Etik Kurul Kararı

TARİH : 03/02/2011  
OTURUM : 02  
SAAT : 14:00

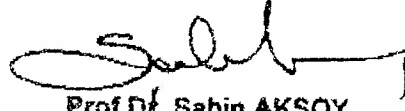
11/02/10

Karar : Harran Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Fügen GÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu " Hemşirelikte Hastaların Alınan ... Hizmetlilik Yürütme ... " başlıklı çalışmanın

- - Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Danışma ve İzleme Kurulu Yürürlüğünün 1 ... 6 maddeleri gereği Harran Üniversitesi Akademik birimleri dışında yapılan çalışmalara onay verilmediğinden çalışma değerlendirilmeye alınmamıştır.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR



Prof.Dr. Şahin AKSOY  
Etik Kurul Başkanı



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Etik Kurul Başkanlığı

SAYI : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.84-031  
Konu : Proje

09/02/2011

Sn. Doç.Dr. Fügen GÖZ  
Hemşirelik. AD. Öğretim Üyesi

Etik Kurulumuzun 03.02.2011 tarih ve 02 nolu oturum 10 nolu kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.  
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.



Prof.Dr. Şahin AKSOY  
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet, 1 Syf.)  
.../02/2011 Mem.M.YÜKSEKYAYLA

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yedigöller Kampüsü 63300 ŞANLIURFA  
Telefon : (0 414 ) 314 84 10 - 14 - 314 69 90 Fax: (0 414) 313 96 16 e-mail: etik\_kurul@yahoo.com