

ISSN 2147 7728



# Nefroloji Hemşireliği Dergisi

**Journal of  
Nephrology  
Nursing**

- Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Diyaliz Yeterliliği ile Deneyimledikleri Semptomlar Arasındaki İlişki
- Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki
- Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının, Umudun ve Hasta Güçlendirilmenin İncelenmesi
- Diyabetik Nefropatili Hastalarda Kronik Böbrek Hastalığının Önlenmesinde Hasta Merkezli Bakım
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Stigmaya Neden Olan Semptomlar ve Yönetimi
- Kadaverik Böbrek Rejeksiyonu: Meleis'in Geçiş Kuramı Işığında Olgu Sunumu ve Hemşirelik Bakımı

2024 Mayıs – Ağustos Cilt 19 / Sayı: 2

2024 May – August Volume 19/ Number: 2

**Nefroloji Hemşireliği Dergisi / Journal of Nephrology Nursing**

ISSN 2147 7728

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin Hakemli Yayın Organıdır  
*Official Journal of the Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing*

**Editör / Editor**

Yasemin TOKEM-İzmir

**Yardımcı Editör / Associate Editor**

Ayten KARAKOÇ, İstanbul  
Eylem TOPBAŞ, Amasya  
Selda ARSLAN, Konya

**İstatistik Editörü / Statistical Editor**

Medine YILMAZ, İzmir

**Türkçe Yazım ve Dil Editörü**

*Turkish Language Editor*  
Nazan KILIÇ AKÇA, İzmir

**İngilizce Yazım ve Dil Editörü**

*English Language Editor*

Christina SIELOFF, Montana, U.S.A.  
Çağdaş VAROL, Antalya  
Ebru BAĞ, Toronto, Kanada

**Yayın Sekreteri / Journal Secretary**

Tülay AKSOY, İstanbul  
Beliz AÇKIN, İzmir  
Fatma İLTUŞ, Konya

ISSN Dergimizde yayınlanan yazı, fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu yazar(lara) aittir, kaynak gösterilerek kullanılabilir. Dergimiz basın yayın ilkelerine uymaktadır.

*The responsibility of the broadcasted articles, photographs and paintings belong to the author(s) in our journal. They can be used by showing the resources. Our the journal is appropriate for the media principles.*

**Yayın Sahibi / Journal Owner**

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Adına Başkan /  
*On Behalf of Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing, President*  
Tülay AKSOY, İstanbul

**Dergi Ofisi / Journal Office**

Harzemşah sok. Eskişehir apt. No:25/7  
34381 Şişli / İstanbul

**Açık erişim / Open access web page:** <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire>

e-mail: nefrohendergi@gmail.com

e-mail: belizackin@gmail.com

e-mail: tulayksy@gmail.com

Tel/ Phone: +90 212 291 90 18 / Tel/ Phone: +90 530 384 90 05

**Dergi Tasarım / Journal Design**

✉ [ninetasarim@gmail.com](mailto:ninetasarim@gmail.com)

## Nefroloji Hemşireliği Dergisi/ Journal of Nephrology Nursing

### Nefroloji Hemşireliği Dergisi Hakkında

Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin hakemli ve bilimsel yayın organıdır.

Derginin yazı dili Türkçe ve İngilizce'dir. Dergi, Ocak- Nisan, Mayıs- Ağustos ve Eylül- Aralık şeklinde yılda üç sayı olarak yayımlanmaktadır.

Yayın hayatına 2004 yılında basılı olarak başlayan Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2008 yılından itibaren elektronik dergi olarak yayımlanmaktadır.

Nefroloji Hemşireliği Dergisi'nde yayımlanmak üzere gönderilen makalelerde tüm değerlendirme süreci; çift-körleme ile hakemler ve yazarların kimlik bilgileri gizli tutularak gerçekleştirilir.

Açık erişimli ve ücretsiz bir dergidir. Yazarlardan herhangi bir ücret talep edilmez. Kullanıcılar tüm içeriğe ücretsiz olarak ulaşabilir, yayıncı ya da yazarın izni olmaksızın makalelerin tam metinlerini okuyabilir, indirebilir; kaynak göstermek şartıyla kullanılabilir.

### Amaç ve Kapsam

Derginin amacı, nefroloji hemşireliği ve genel hemşirelik konularında araştırma bulguları, uygulama, deneyim ve bilgi alışverişi için ulusal ve uluslararası bir platform sağlamaktır.

Derginin kapsamı; nefroloji, diyaliz, transplantasyon hemşireliği ve hemşirelik gündemini belirleyen güncel konularla ilgili klinik ve deneysel araştırmalar, olgu sunumları, literatür derlemeleri, sistematik derleme, meta-analiz çalışmaları, editöre mektup, editör yorum ve tartışmalarını içeren yazılardır. Derginin hedef kitlesini klinisyen ve akademisyen hemşireler, tıp ve sağlık profesyonelleri, sağlık alanındaki tüm öğrenciler, ilgili mesleki akademik kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır.

### Etik

Dergi; yayınladığı makalelerde, konu ile ilgili etik kurallara ve bilimsel standartlara uygun olma ve ticari kaygı gözetmeme şartını aramaktadır. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Yayın Etiği Komitesi'nin (COPE) "Dergi Editörleri için Davranış Kuralları ve En İyi Uygulama Rehber İlkeleri" ve "Dergi Yayıncıları için Davranış Kuralları" ilkelerini benimsemektedir.

### About the Journal of Nephrology Nursing

Journal of Nephrology Nursing is a peer-reviewed and scientific journal of the Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Nurses Association.

The language of publication of the journal is Turkish and English. The journal is published three times a year in January-April, May-August and September-December.

The Journal of Nephrology Nursing, which started its publication life in 2004 in print, has been published as an electronic journal since 2008.

The articles submitted to be published in the Journal of Nephrology Nursing have been evaluated based on the double-blind review method. The information about the reviewers and authors has been kept confidential.

Journal of Nephrology Nursing is open access journal with no access fees. Users can access the content for free, read and download the full texts of the articles without the permission of the publisher or the author; provided that the reference to the publication.

### Purpose and Scope

The journal aims to provide a national and international platform for the sharing of research findings, implementations, experience and information on nephrology nursing and general nursing issues.

The scope of the journal: The articles which include clinical and experimental research, case reports, literature reviews, systematic reviews, meta-analysis studies, letters to the editors, editorial comments and discussions on nephrology, dialysis, transplantation nursing and current issues which determine the hot topics. The target group of the journal is clinicians and academic nurses, medical and health professionals, all students in the field of health, and relevant professional academic institutions and organizations.

### Ethics

The journal provides certain conditions for articles such as complying with the ethical rules and scientific standards and not having commercial concerns. Policies of the journal are conducted according to the rules of the "Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" and "Code of Conduct for Journal Publishers" advised by the Committee on Publication Ethics (COPE).

## İçindekiler / Contents

---

### ARAŞTIRMA / RESEARCH

- Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Diyaliz Yeterliliği ile Deneyimledikleri Semptomlar Arasındaki İlişki  
*The Relationship Between Dialysis Adequacy and The Symptoms Experienced in Patients Under Hemodialysis Treatment*  
Özlem ÖZDEMİR .....43
- Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi  
*Evaluation of Self-Care Ability and Spiritual Care Needs in Hemodialysis Patients*  
Emine HAS, Ayşe Nefise BAHÇECİK.....53
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki  
*The Relationship Between Pain and Comfort in Patients Receiving Hemodialysis*  
Nazan KILIÇ AKÇA, Sultan BAYKAN.....63
- Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının, Umudun ve Hasta Güçlendirmenin İncelenmesi  
*Examination of Illness Perception, Hope and Patient Empowerment in Patients Undergoing Hemodialysis*  
Yağmur ÖZMEN, Zülfünaz ÖZER .....73

**DERLEME / REVIEW**

Diyabetik Nefropatili Hastalarda Kronik Böbrek Hastalığının Önlenmesinde Hasta Merkezli Bakım  
*Patient-Centered Care in Preventing Chronic Kidney Diseases in Patients with Diabetic Nephropathy*  
Fatma ÖZKAL, Ayşe UÇAR .....88

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Stigmaya Neden Olan Semptomlar ve Yönetimi  
*Symptoms That Cause Stigma in Individuals Receiving Hemodialysis Treatment and Their Management*  
Sude Nur ÖLMEZ, Gülay TURGAY, Banu ÇEVİK .....96

**OLGU SUNUMU / CASE REPORT**

Kadaverik Böbrek Rejeksiyonu: Meleis'in Geçiş Kuramı Işığında Olgu Sunumu ve Hemşirelik Bakımı  
*Cadaveric Renal Rejection: Case Report and Nursing Care  
in the Light of Meleis's Transition Theory*  
Reva GÜNDOĞAN, Sevim GÜLER ..... 106



## Editörden

### Değerli Nefroloji Hemşireliği Dergisi Okurları;

Nefroloji Hemşireliği Dergisi olarak 19.yılıımızda 2024 yılının ikinci sayısı ile sizlerle. Her yıl büyük emekler ile nefroloji hemşireliği alanına ve bu alanda hizmet eden meslektaşlarımıza kanıta dayalı bilgileri sunmaya, hastalarımızın yaşam kalitelerini artıracak daha nitelikli uygulamaları okuyucularımızla paylaşmaya devam ediyoruz.

Hemodiyaliz tedavisi kronik böbrek yetersizliği tanılı hastalarda sıklıkla uygulanan majör tedavi yöntemlerinden biridir. Renal transplantasyon gerçekleşene kadar hastanın yaşam süresini uzatmaya ve mevcut yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlamakla birlikte; yine de hastalar hemodiyaliz tedavisinden kaynaklanan birçok sorun yaşayabilmektedir. Bu sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasında nefroloji hemşirelerinin kanıta dayalı uygulamaları önem taşımaktadır. Bu sayımızda yayınlanan araştırma ve derleme makalelerimizde hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda özbakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi; ağrı ve konfor düzeyi ilişkisi; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda stigmatizasyona neden olan faktörler; hastalık algısı, umut ve hastanın güçlendirilmesi konuları ele alınmıştır.

Bu sayımızda yayımlanan 4 araştırma makalesi yukarıda da ifade edilen kavramları içeren; *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Diyaliz Yeterliliği ile Deneyimledikleri Semptomlar Arasındaki İlişki*, *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*, "*Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki*, *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının, Umudun ve Hasta Güçlendirmenin İncelenmesi* konularındadır. Her bir araştırma makalemizin sonuçları ve önerilerinin nefroloji hemşireliği ve uygulama alanına kanıta dayalı bilgi sağlamasını ve klinik pratiğe aktarılmasını diliyoruz.

Böbrek hastalıklarına eşlik eden en önemli komorbid tıbbi durumlardan birisi diyabettir. Özellikle diyabetin kronik mikrovasküler komplikasyonlarından biri olarak karşımıza çıkan diyabetik nefropatinin Tip 2 diabetes mellituslu hastaların yaklaşık %36-48'inde görüldüğü bildirilmektedir. Prevelansının yüksek olması nedeniyle bu sayımızda yayımlanan Diyabetik Nefropatili Hastalarda Kronik Böbrek Hastalığının Önlenmesinde Hasta Merkezli Bakım konulu derleme makale; nefroloji hemşirelerine yararlı bir kaynak olacaktır.

Hemodiyaliz tedavisine bağlı olarak hastada ortaya çıkan fiziksel değişiklikler ve hastanın beden imajı algısındaki negatif değişimler hastanın stigmatizasyon algısının oluşmasına neden olmaktadır. Bu algının oluşmasına yol açan semptomlar ve yönetimi konusu ele alan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Stigmaya Neden Olan Semptomlar ve Yönetimi konulu derleme makale; stigmaya yönelik psikososyal yaklaşım konusunda meslektaşlarımıza rehber bilgiler sunması açısından yararlıdır.

Olgu sunumları sık karşılaşılmayan tıbbi durumlarda veya sık karşılaşılan durumlarda farklı yaklaşımların nasıl uygulanacağı konularını ele almaları açısından önemlidir. Bu sayımızda da teori temelli bakımın ve yaklaşımın irdelendiği *Kadaverik Böbrek Rejeksiyonu: Meleis'in Geçiş Teorisi Işığında Olgu Sunumu ve Hemşirelik Bakımı* konulu olgu sunumunu okumanıza sunuyoruz.

Yazıları ile katkı sağlayan tüm araştırmacı ve yazarlarımıza, yazıların bilimsel açıdan incelenmesi ve niteliğinin iyileştirilmesine katkı sağlayan danışma kurulu üyelerimize, dergi sayılarının hazırlanması ve yayımlanması süreçlerinde baştan sona özveriyle çalışan editör kurulu ve yayın kurulu üyelerimize teşekkürlerimi sunarım.

Keyifli okumalar dileriz.

31 Mayıs 2024  
Prof. Dr. Yasemin TOKEM  
Editör, Nefroloji Hemşireliği Dergisi



# Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Diyaliz Yeterliliği ile Deneyimledikleri Semptomlar Arasındaki İlişki

## The Relationship Between Dialysis Adequacy and The Symptoms Experienced by Patients Under Hemodialysis Treatment

Özlem ÖZDEMİR<sup>1</sup> 

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlar ile diyaliz yeterliliği arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu kesitsel tanımlayıcı türdeki çalışma Nisan 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında 109 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile yürütüldü. Veriler 'Hasta Veri Toplama Formu' ve 'Diyaliz Semptom İndeksi' kullanılarak toplandı. Hastaların diyaliz yeterliliğini değerlendirmek için diyalitik madde klirensi değeri ve üre redüksiyon oranı kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması  $62,06 \pm 12,75$  ve Diyaliz Semptom İndeksi puan ortalaması  $22,26 \pm 13,58$  idi. Hastaların diyalitik madde klirensi ortalaması  $1,71 \pm 0,34$ , üre redüksiyon oranı ise  $73,49 \pm 8,64$  idi. Hemodiyaliz hastalarının en sık (%81,7) ve en şiddetli ( $2,01 \pm 1,23$ ) deneyimlediği semptom yorgun hissetme idi. Hemodiyaliz hastalarının Diyaliz Semptom İndeksi puan ortalaması ile hemoglobin düzeyi ( $r = -0,231$ ;  $p = 0,01$ ), albümin düzeyi ( $r = -0,223$ ;  $p = 0,02$ ) arasında negatif, fosfor düzeyi arasında ise ( $r = 0,190$ ;  $p = 0,48$ ) pozitif yönlü bir ilişki vardı. Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi puan ortalaması ile diyalitik madde klirensi ve üre redüksiyon oranı arasında bir ilişki yok idi ( $p > 0,05$ ).

**Sonuç:** Hemodiyaliz hastalarının deneyimlediği semptomların şiddeti düşük, sıklığı yüksekti. Hastaların en sık ve en şiddetli deneyimlediği semptom yorgun hissetme idi. Hastaların hemoglobin ve albümin seviyesi düştükçe hastaların deneyimlediği semptomlar arttı. Hastaların deneyimlediği semptom şiddeti ve diyaliz yeterliliği arasında bir ilişki bulunmadı. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda diyalizin yeterli olmasına rağmen deneyimledikleri semptomların sıklığı yüksek idi. Sağlık profesyonellerinin sistematik olarak hastaların deneyimledikleri semptomları da rutinde değerlendirmeleri önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Diyaliz Yeterliliği; Hemodiyaliz; Semptom

### Abstract

**Aim:** This study aimed to examine the relationship between the symptoms experienced by patients receiving hemodialysis treatment and dialysis adequacy.

**Materials and Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted with 109 patients between April 2023 and January 2024. The Patient Data Collection Form and Dialysis Symptom Index were used for data collection. Dialytic agent clearance and urea reduction rate were used to determine the dialysis adequacy.

**Results:** The average age of the patients was  $62.06 \pm 12.75$  years, and the mean Dialysis Symptom Index score was  $22.26 \pm 13.58$ . The mean dialytic agent clearance levels of the patients was  $1.71 \pm 0.34$ . The mean urea reduction rate was  $73.49 \pm 8.64\%$ . The most common (81.7%) and severe ( $2.01 \pm 1.23$ ) symptom experienced by hemodialysis patients was feeling tired. There was a negative relationship between the average Dialysis Symptom Index scores and hemoglobin levels ( $r = -0.231$ ;  $p = 0.01$ ), albumin levels ( $r = -0.223$ ;  $p = 0.02$ ), and a positive relationship between phosphorus levels ( $r = 0.190$ ;  $p = 0.48$ ) of patients. There was no relationship between the patients' average Dialysis Symptom Index score and Dialytic agent clearance and urea reduction rate values ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The symptoms experienced by hemodialysis patients were low in severity and high in frequency. The most common and severe symptom experienced by the patients was feeling tired. As the patients' hemoglobin and albumin levels decreased, the symptoms experienced by the patients increased. No relationship was found between symptoms experienced by patients and dialysis adequacy. The frequency of symptoms experienced by patients was high, even though dialysis was sufficient. It is recommended that healthcare professionals systematically and routinely monitor patients' symptoms.

**Keywords:** Dialysis Adequacy; Hemodialysis; Symptom

**Geliş Tarihi / Submitted:** 18 Nisan/Apr 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 28 Mayıs/May 2024

Dr. Öğr. Üyesi- Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kırklareli/Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Özlem ÖZDEMİR / **E-posta:** ozlem.ozdemir@klu.edu.tr, **Adres:** Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayalı Kampüsü, Kırklareli, Türkiye.





## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığının (KBH) görülme sıklığı tüm dünyada giderek artmaktadır (1,2). Türkiye'de KBH prevalansını belirlemek amacıyla yapılmış olan Kronik Böbrek Hastalığı-CREDIT araştırmasında 18 yaş üstü bireylerde KBH oranı %15,7 olarak rapor edilmiştir (1). Hemodiyaliz tedavisi ile KBH'nın klinik belirti ve bulguları kontrol altında tutulurken, yaşamlarını hemodiyaliz makinesine bağlı olarak sürdürmek zorunda kalan hastalarda fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar görülmektedir. En sık görülen semptomlar arasında yorgunluk, bulantı ve kusma, kas krampları, kaşıntı, uyku sorunları, emosyonel ve psikososyal sorunlar yer almaktadır (3-5). Bu süreçte hemodiyaliz hastalarının deneyimlediği birçok semptom yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (3,6,7).

Uygulanan diyaliz tedavileri bireylerin yaşam sürelerini uzatmasına rağmen böbreğin fonksiyonlarının tamamını sağlayamamaktadır. Hangi diyaliz yönteminin kullanıldığına bakılmaksızın bu durum diyaliz yeterliliği kavramını ön plana çıkarmaktadır (8). Diyaliz yeterliliği bireyin kendini iyi hissetmesi ve iştahsızlık, kaşıntı, yorgunluk, uykusuzluk, bulantı, kusma, perikardit, huzursuz bacak gibi semptomların görülmemesidir (9,10). Diyaliz yeterliliği, mortalite ve morbiditenin azaltılmasının yanı sıra hastanın üremik semptomlarının hafifletilmesi olarak da tanımlanmaktadır (8-10). Diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde, klinik değerlendirme, biyokimyasal değerlendirme ve kinetik göstergelerden yararlanılmaktadır. Klinik değerlendirmede; bireylerin fiziksel ve mental durumu, beslenme durumu, yaşamsal belirtileri, sıvı dengesi, üremik semptomları, aktivite durumu, asidoz ve anemi durumu incelenir (8). Klinik pratikte diyaliz yeterliliğini belirlemek için Kt/V (diyalitik madde klirensi) değeri ve üre redüksiyon oranı (URR) kullanılır. Kt/v ve URR diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan kinetik göstergelerdendir. URR, bir diyaliz seansındaki üre azalma oranını ifade eder. URR, diyaliz seansından sonra yüzde olarak belirtilen kan üresinin ne kadar azaldığını göstermektedir. Kt/V cinsinden formüldeki K, belirli bir kan akış hızında (ml/dak)

diyalizörün klirensini temsil eder. Formülde t diyaliz süresini (dakika), V ise üre dağılım hacmini ifade etmektedir (11). Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) 2006 kılavuzunda, minimum Kt/V'nin 1,2, URR'nin %65 olması ve hedef Kt/V'nin 1,4, hedef URR'nin de %70 olması gerektiği önerilmektedir (12). Hemodiyaliz hastalarında mide bulantısı, kusma ve kaşıntı gibi belirtiler üremik toksinlerin yetersiz atılımı ve diyaliz yeterliliği ile ilişkilidir (8-10). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yüksek bir Kt/V değeri daha az komplikasyon ve daha uzun yaşam süresi ile ilişkilidir (13). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların deneyimlediği semptomlar sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve konforlarını azaltmaktadır (14,15).

Yapılan literatür incelemesinde diyaliz yeterliliği ve semptom ilişkisinin sınırlı sayıda araştırıldığı belirlenmiştir (16,17). Hastaların deneyimlediği semptomlar ile diyaliz yeterliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu alana katkı sağlamak amacı ile bu çalışma yürütülmüştür.

## Amaç

Bu çalışmada hastaların deneyimlediği semptomlar ile diyaliz yeterliliği arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

## Araştırma Soruları

Araştırma soruları şunlardı;

- Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarının deneyimlediği semptomların sıklığı ve şiddet düzeyi nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda diyaliz yeterliliğinin göstergesi olan Kt/V ve URR değerlerinin düzeyleri nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarının semptom şiddeti ile diyaliz yeterliliği arasında bir ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel türde tasarlandı.

### Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma, Nisan 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Türkiye'nin kuzeybatısında yer alan iki özel hemodiyaliz ünitesinde gerçekleştirildi.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini düzenli hemodiyaliz tedavisi gören 142 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, %5 hata payı ve %95 güven aralığında evreni bilinen örneklem formülü kullanıldı. Raosoft Sample Size Calculation programında yapılan hesaplamada en az 104 hemodiyaliz hastasının dahil edilmesi gerektiği belirlendi. Bu araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı. Bu çalışmanın örneklemini gönüllü, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 109 hasta oluşturdu.

### Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Kronik böbrek hastalığına sahip olmak
- En az altı aydır düzenli hemodiyaliz tedavisi görmek
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Sözlü iletişim sorunu yaşamamak şeklinde idi.
- Akut böbrek hastalığı olan, 18 yaşın altındaki hastalar ile periton diyalizi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında 'Hasta Veri Toplama Formu' ve 'Diyaliz Semptom İndeksi' (DSİ) kullanıldı. Hasta veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür eşliğinde oluşturuldu (10,15,16).

Hasta veri toplama formu üç bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastaların bazı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı) sorgulandığı bir alan bulunmaktadır. İkinci bölümde laboratuvar verileri (hemoglobin, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, paratiroid hormon (PTH) ve üçüncü bölümde diyaliz yeterlilik

parametreleri (Kt/V, URR) yer almaktadır. Kt/V değeri diyalitik madde klirensi, URR ise üre indirgeme hızını göstermektedir. Kt/V değerleri daugirdas formülü kullanılarak hesaplanmıştır (11). Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) 2006 kılavuzunda, minimum Kt/V'nin 1,2, URR'nin %65 olması gerektiği önerilmektedir (12).

Diyaliz Semptom İndeksi; Weisbord et al., (18) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçek hemodiyaliz hastalarının yaşadığı semptomları tanımlamakta ve hastaların bu semptomların sonuçlarından etkilenme düzeyini belirlemektedir. Ölçek beşli Likert tipinde olup 30 maddeden oluşmaktadır. Hastalar son bir hafta içinde yaşanan semptomlara 'evet' ya da 'hayır' şeklinde yanıt vermektedir. Ardından cevap 'Evet' ise semptomun hastayı ne ölçüde etkilediği değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmede; '1=Hiç etkilenmiyor', '2 = Az etkileniyor', '3 = Bazen etkileniyor', '4 = Biraz etkileniyor', '5 = Çok etkileniyor' şeklindedir. Ölçekten 0-150 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması semptomun şiddetinin arttığını göstermektedir (18,19). Önsöz ve Usta Yeşilbalkan (19), tarafından yapılan Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,84 bildirmiştir. Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri 0,81 olarak bulunmuştur.

### Veri Toplama Yöntemi

Veriler hastaların diyaliz seansı sırasında, hemodiyaliz başladıktan sonraki ilk iki saat içerisinde ve kendilerini iyi hissettikleri zaman diliminde yaklaşık 20 dakikada yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Hastalardan onam alındıktan sonra görüşme yapıp verileri toplandı. Veri toplama formunda yer alan laboratuvar sonuçları (üre, kreatinin, hemoglobin vb.) ve diyaliz yeterlilik parametreleri (Kt/V, URR) hasta dosyasından alındı. Araştırmacı hastalardan en son alınan kan örnekleri sonuçlarını veri toplama formuna kaydetti.

### Araştırmanın Etik Yönü

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul izni (20.03.2023 no: PR0456R0) alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra gönüllülerden onam alındı.

Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi'ne uyulmuştur.

### Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi Statistical Package For Social Science (SPSS) 15 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans, standart sapma, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Veriler normal dağılmadığından değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık  $p < 0,05$  olarak belirlendi.

### BULGULAR

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaş ortalaması  $62,05 \pm 12,75$  idi. Hastaların yarısından fazlası erkek (%58,7) olup çoğunluğu evli (%84,5) idi. Hastaların hemoglobin ortalaması  $10,81 \pm 1,41$  (gr/dl), albümin ortalaması  $3,87 \pm 0,38$  (gr/dl), kalsiyum ortalaması  $8,97 \pm 0,85$  (mg/dl), fosfor ortalaması  $4,91 \pm 1,36$  (mg/dl), PTH ortalaması  $364,99 \pm 332,37$  (pg/ml), üre ortalaması  $119,23 \pm 29,88$ , kreatinin ortalaması  $7,92 \pm 2,4$ , sodyum ortalaması  $137,85 \pm 2,85$  (mEq/L) ve potasyum ortalaması  $4,99 \pm 0,76$  (mEq/L) idi. Hastaların ortalama Kt/V düzeyi  $1,71 \pm 0,34$  ve ortalama URR oranı ise  $\%73,49 \pm 8,64$  olarak bulundu. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Özellikleri (n=109)

Özellikler	n	%
Erkek	64	58,7
Kadın	45	41,3
Evli	91	84,5
Bekar	18	16,5
Kronik hastalık varlığı		
Evet	67	61,5
Hayır	42	38,5
	<b>Ortalama <math>\pm</math> SS</b>	<b>Min.-Maks.</b>
Yaş	$62,06 \pm 12,75$	31-82
Hemoglobin (gr/dl)	$10,81 \pm 1,41$	7,50-13,7
Albümin (gr/dl)	$3,87 \pm 0,38$	2,88-4,41
Kalsiyum (mg/dl)	$8,97 \pm 0,85$	7,40-11,8
Fosfor (mg/dl)	$4,91 \pm 1,36$	2,57-8,69
PTH (pg/ml)	$364,99 \pm 332,37$	12,77-1847
KT/V	$1,71 \pm 0,34$	1,10-2,52
URR (%)	$73,49 \pm 8,64$	50,00-92,86
Üre	$119,23 \pm 29,88$	59,00-194,00
Kreatinin (mg/dl)	$7,92 \pm 2,42$	2,53-14,50
Sodyum (mEq/l)	$137,85 \pm 2,85$	130-146
Potasyum (mEq/l)	$4,99 \pm 0,76$	3,30-8,61

SS: Standart sapma; PTH: Paratiroid hormonu; HD: hemodiyaliz; Kt/V: diyalitik madde klirensi; URR: üre redüksiyon oranı

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların DSİ puan ortalamaları ile hemoglobin düzeyleri ( $r=0,231$ ;  $p=0,01$ ) ve albümin düzeyleri ( $r=-0,223$ ;  $p=0,02$ ) arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptandı. Hastaların hemoglobin düzeyleri ve albümin düzeyleri azaldıkça deneyimledikleri semptomlar da arttı. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların DSİ puan ortalamaları ile fosfor düzeyleri arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ( $r=0,190$ ;  $p=0,04$ ). Hastaların fosfor düzeyleri arttıkça hastaların deneyimledikleri semptomların da arttığı bulundu. Ancak DSİ puan ortalamaları ile sodyum, üre, kreatinin, potasyum,

kalsiyum, parathormon, Kt/V ve URR değerleri arasında bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların DSİ puan ortalaması  $22,26\pm 13,58$  idi. Hastaların en sık ve en şiddetli yaşadığı semptomlar sırasıyla yorgunluk veya enerji eksikliği (%81,7;  $2,01\pm 1,23$ ), uykuyu sürdürmede zorluk (%64,2;  $1,74\pm 1,5$ ) olduğu belirlendi. Hastaların en az ve şiddeti en düşük yaşadığı semptomlar ise sırasıyla kendini rahatsız hissetme (%0,9;  $0,02\pm 0,19$ ) ve cinsel doyumda zorlanma (%2,8;  $0,06\pm 0,33$ ) oldu. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı semptomların sıklığı ve şiddeti Tablo 2'de sunuldu.

**Tablo 2.** Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların DSİ'ye Göre Yaşadıkları Semptomların Sıklığı Ve Şiddeti

*Semptomlar	n	%	Semptom Şiddeti (Ortalama $\pm$ SS)
Yorgunluk veya enerji eksikliği	89	81,7	2,01 $\pm$ 1,23
Uykuyu sürdürmede zorluk	70	64,2	1,74 $\pm$ 1,52
Kas kramp	60	55,0	1,39 $\pm$ 1,41
Ağız kuruluğu	60	55,0	1,60 $\pm$ 1,59
Uykuya dalmada zorluk	53	48,6	1,33 $\pm$ 1,52
Kaşıntı	53	48,6	1,26 $\pm$ 1,42
Kemik veya eklem ağrısı	46	42,2	1,22 $\pm$ 1,52
Deride kuruluk	46	42,2	1,06 $\pm$ 1,34
Sinirli hissetmek	45	41,3	0,95 $\pm$ 1,26
Ayaklarda uyuşma veya karıncalanma	39	35,8	0,95 $\pm$ 1,34
Endişe duymak	38	34,9	0,81 $\pm$ 1,18
Kaygılı olma	37	33,9	0,81 $\pm$ 1,21
Nefes darlığı	32	29,4	0,70 $\pm$ 1,12
Bacaklarda ödem	29	26,6	0,70 $\pm$ 1,26
Huzursuz bacaklar	28	25,7	0,65 $\pm$ 1,20
Konstipasyon	26	23,9	0,78 $\pm$ 1,50
Baş ağrısı	26	23,9	0,59 $\pm$ 1,06
Bulantı	25	22,9	0,63 $\pm$ 1,23
Baş dönmesi	25	22,9	0,51 $\pm$ 1,01
Kas ağrısı	24	22,0	0,58 $\pm$ 1,15
İştah azalması	19	17,4	0,42 $\pm$ 0,99
Üzgün hissetmek	17	15,6	0,32 $\pm$ 0,82
Kusma	14	12,8	0,32 $\pm$ 0,91
Konsantrasyon zorluğu	14	12,8	0,27 $\pm$ 0,75
Öksürük	13	11,9	0,24 $\pm$ 0,68
Diyare	8	7,3	0,11 $\pm$ 0,44
Göğüs ağrısı	7	6,4	1,22 $\pm$ 1,52
Cinsel ilgide azalma	6	5,5	0,13 $\pm$ 0,61
Cinsel doyumda zorlanma	3	2,8	0,06 $\pm$ 0,33
Rahatsız hissetmek	1	0,9	0,02 $\pm$ 0,19
DSİ toplam puan ortalaması			22,26 $\pm$ 13,58
DSİ toplam puan min.-maks.			0-61
Medyan			19

\*Hastalar semptomlara birden fazla yanıt vermiştir. DSİ: Diyaliz Semptom İndeksi; SS: Standart sapma

**Tablo 3.** Bazı Laboratuvar Parametrelerinin Diyaliz Semptom İndeksi Puanlarıyla İlişkisi

		Üre	Kreatinin	K	Na	Hb	Alb,	Ca	P	PTH	Kt/V	URR
<b>DSİ total</b>	<b>r</b>	-0,021	-0,046	-0,014	-0,001	<b>-0,231*</b>	<b>-0,223*</b>	0,006	<b>0,190*</b>	0,143	0,056	0,081
<b>puan</b>	<b>p</b>	0,82	0,63	0,88	0,99	<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	0,95	<b>0,04</b>	0,13	0,56	0,40

DSİ: Diyaliz Semptom İndeksi; Na: Sodyum; K: Potasyum; Hb: Hemoglobinin; Alb: Albümin; Ca: Kalsiyum; P: Fosfor; PTH: Paratiroid hormonu; Kt/V: diyalitik madde klirensi; URR: üre redüksiyon oranı; r: Spearman korelasyon testi, \*p < 0,05.

## TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen birçok psikolojik ve fiziksel semptom yaşamaktadır (20,21). Bu araştırmada hastaların diyaliz semptom şiddeti düşük olarak belirlendi. Literatürde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptom şiddetinin düşük (22) orta (15,16,23) ve yüksek düzeyde (24) olduğu görülmektedir. Çalışmaların farklı birimlerde yapılmış olması hastaların farklı şiddette semptom yaşamasına neden olmuş olabilir. Ayrıca bu çalışmadaki hastaların ortalama Kt/V ve URR değerlerinin önerilen hedef URR ve Kt/V değerlerinde olması bu çalışmadaki hemodiyaliz hastalarının semptom deneyiminin düşük olmasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hastaların en sık ve en şiddetli yaşadığı semptom sırası ile yorgunluk hissi, uykuyu sürdürmede zorluk idi. Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı semptomların şiddeti ve sıklık sıralaması benzer olarak belirlendi. Chaiviboontham et al. (20), yaptıkları çalışmada hastaların yaşadığı ilk beş semptomun yaygınlığının kaşıntı, cilt kuruluğu, kas ağrısı, ağız kuruluğu, kas krampları ve uykuyu sürdürmede zorluk olduğunu bildirmiştir. Siriwardana et al. (21), çalışmasında hemodiyaliz hastaları tarafından en sık bildirilen fiziksel semptomlar yorgunluk, hareket kabiliyetinde azalma, ağrı, bacaklarda uyuşukluk, uykuda zorluk ve kaşıntıdır. Karasneh et al., (2020), tarafından yapılan başka bir araştırmada ise hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda en sık görülen semptomların kas gerginliği, kaşıntı, anksiyete, uykusuzluk, nefes darlığı ve kemik veya eklem ağrısı olduğu görülmüştür (25). Hastaların bireysel özelliklerinin, laboratuvar verilerindeki farklılıkların hastaların deneyimlediği semptomların

değişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada en yaygın deneyimlenen semptomun yorgunluk olması hastaların hemoglobin ortalamasının  $10,81 \pm 1,41$  (gr/dl) bulunması ile açıklanabilir.

Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı en sık ve en şiddetli semptom yorgunluk hissiydi. Yorgunluk, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların en sık yaşadığı (24,26) ve en az yarısını etkileyen bir semptomdur (27). Hemodiyaliz hastalarında farklı semptom indekslerinin kullanıldığı çalışmalarda da yorgunluk en sık bildirilen semptom olmuştur (28,29). Sistemik bir incelemede, hemodiyaliz hastalarının %45-80'inde yorgunluğun ortaya çıktığını ve uyku bozuklukları, depresyon, komorbid durumlar, yetersiz beslenme, fiziksel hareketsizlik, anemi ile daha da kötüleştiğini bildirmiştir (30). Başka bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarında daha yüksek hemoglobin düzeylerinin daha iyi algılanan mental sağlık ile ilişkili olduğunu bildirildi (31). Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek hastalarında yorgunluk, üremi, yetersiz diyaliz, diyaliz sırasında çekilen sıvı miktarının fazla olması, L-karnitin eksikliği, eritropoietin üretimine bağlı anemi gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkan Hipoalbüktadır. Yorgunluk aneminin bir belirtisidir (32,33). Bu çalışmada hastaların ortalama hemoglobin düzeyi  $10,81 \pm 1,41$  olarak belirlendi. Ayrıca hastaların hemoglobin düzeyleri düştükçe yaşadıkları semptomların da arttığı gözlemlendi. Düşük hemoglobin düzeylerinin hastaların yorgunluk yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hastaların albümin düzeyleri azaldıkça hastaların yaşadığı semptomlar da arttı. Hipoalbümineminin hemodiyaliz hastalarında mortalite ve morbidite açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (34). Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı gastrointestinal semptomlar, düşük serum albümin düzeyleri için bir risk

faktörüdür (35). Başka bir çalışmada hipoalbumi-nemi, diyaliz hastalarında daha düşük zayıf fiziksel aktivite ile ilişkilendirilmiştir (31). Diyaliz yeterliliğinin belirlenmesinde, klinik değerlendirmede hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi de ele alınan bir alandır (8). Albümin düzeyi düşük olan hemodiyaliz hastalarında yeterli protein alınmaması ve protein yetersizliğinden söz edilmektedir. Bu hastanın genel durumu üzerinde belirleyici rol oynayan diyaliz yeterliliği açısından da önemlidir (8,35). Hipoalbuminin önemli bir mortalite ve morbitide göstergesi olması ile ilişkili olarak hastaların daha fazla semptom deneyimlemiş olabileceği düşünülmektedir.

Kaşıntı, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı en yaygın ve şiddetli semptomlardan biriydi. Yapılan bir meta-analizde, üremik kaşıntı prevalansının %18 ile %97,8 arasında değiştiği ve genel prevalansının %55 olduğu bildirilmiştir (36). Hastaların fosfor düzeyi arttıkça deneyimledikleri semptomlar da arttı. Literatürde üremik kaşıntının hemodiyaliz serum fosfor düzeylerinin artmasıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (37,38). Yedi ülkeden 17.034 hastayı kapsayan geniş örneklemlili Diyaliz Sonuçları ve Uygulama Modelleri DOPPS çalışmasında, yüksek serum kalsiyumu (>10,2 mg/dl), yüksek serum fosforu (>5,5 mg/dl) ve yüksek serum kalsiyum fosfor düzeyleri arasında bağımsız ve güçlü ilişkiler görülmüş ve yüksek fosfor düzeyinin üremik kaşıntı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada serum fosfor düzeyinin 3,5 mg/dl'nin altında ve 5,5-6,7 mg/dl aralığında olmasının, kaşıntı oluşumuna sırasıyla 1 ve 1,2 olasılık oranıyla eşlik ettiği vurgulanmıştır. Serum fosfor düzeyi 6,7 mg/dl'nin üzerinde olanlarda olasılık oranı 1,37'ye yükseldiği rapor edilmiştir (39). Bu çalışmada hastaların fosfor düzeyleri  $4,91 \pm 1,36$  olarak belirlendi. Hiperfosfateminin hastaların deneyimlediği semptomları arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada DSİ puanları ile URR, Kt/V düzeyleri puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Karaaslan ve Pembegül (17), Kt/V oranının DSİ puanlarının bağımsız bir yordayıcısı olduğunu bildirmiştir. You et. al (2020), tarafından yapılan prospektif bir kohort

araştırmada, Kt/V ve URR ile tanımlanan düşük diyaliz yeterlilik düzeylerinin bulantı ve dispne gibi semptomlarla ilişkili olduğunu bildirilmiştir (40). Literatürde bu çalışmayla benzer şekilde diyaliz yeterliliği ile semptom yükü arasında bir ilişki olmadığını bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (16,26). Diyaliz yeterliliği klinik değerlendirme, biyokimyasal değerlendirme ve kinetik göstergelerin değerlendirilmesi ile belirlenebilir (8). Diyaliz hastalarında diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde sadece biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi yeterli ve uygun değildir. Aynı zamanda hastaların yaşadığı semptomların da dikkate alınması gerekir (26). Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının ortalama Kt/V ve URR değerleri hedef değerdedi. Bu nedenle diyaliz yeterliliği ile hastaların yaşadığı semptomlar arasında bir ilişki saptanmamış olabilir. Kinetik göstergelerden Kt/V ve URR değerleri diyaliz yeterliliğini belirlemek için tek başına yeterli değildir. Hastaların iyilik halinin sorgulanması diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Gelecek çalışmalarda diyaliz yeterliliğinin, semptomların ve hasta iyilik halinin sorgulandığı daha geniş ve kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın kesitsel tanımlayıcı bir tasarıma sahip olması bir sınırlılıktır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise sıvı yüklenmesinin ve hastaların iyilik halinin, yaşam kalitesinin sorgulanmamış olmasıdır. Ayrıca sonuçların hastaların subjektif bildirimlerine dayanması da bir başka sınırlılıktır. İlave olarak hastalardan alınan en son kan örneklerinin değerlendirilmiş olması da bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Araştırma çalışmanın yürütüldüğü örnekleme sınırlıdır. Bu nedenle sonuçların tüm hemodiyaliz hastalarına genellenmesi mümkün değildir.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarının deneyimlediği semptomların şiddeti düşüktü. Hemodiyaliz hastalarının en sık ve en şiddetli deneyimlediği semptomu yorgunluk hissiydi. Hemodiyaliz tedavisi gören

hastalar, diyalizleri yeterli olmasına rağmen diyalize bağlı birçok semptom ile karşılaşmaktadır. Hastaların hemoglobin düzeyi ve albümin düzeyi azaldıkça yaşadıkları semptomlar arttı. Sadece URR ve Kt/V değerleri diyalizin yeterliliğini belirlemek için yeterli değildir. Sağlık profesyonellerinin hastaların semptomlarını sistematik olarak değerlendirmeleri gerekmektedir. Diyaliz yeterliliğinin

değerlendirilmesinde biyokimyasal parametreler ve kinetik göstergeler ile hastaların semptomlarının düzenli olarak birlikte kontrol edilmesi önerilmektedir. Gelecek çalışmalarda diyaliz yeterliliğinin, semptomların ve hasta iyilik halinin sorgulandığı daha geniş ve kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih 20.03.2023 ve no: PR0456R0).

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Araştırmaya herhangi bir kurum yada kuruluş fon desteğinde bulunmamıştır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılarak destek olan tüm hemodiyaliz hastalarına teşekkürlerimizi sunarız.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: ÖÖ  
Veri toplama: ÖÖ  
Veri analizi ve yorum: ÖÖ  
Makalenin hazırlanması: ÖÖ  
Eleştirel inceleme: ÖÖ

## Kaynaklar

1. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, ve ark. A population based survey of chronic renal disease in Turkey the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(6):1862-71. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq656>
2. Varol E, Sivrikaya SK. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* [Internet]. 2018[cited 2024 Apr 15];8(3):969-76 Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/504947>
3. Abeywickrama HM, Wimalasiri S, Koyama Y, Uchiyama M, Shimizu U, Kakihara N, Chandrajith R, Nanayakkara N. Quality of Life and symptom burden among chronic kidney disease of uncertain etiology (CKDu) patients in Girandurukotte, Sri Lanka. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(11):4041. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114041>
4. Horigan AE, Schneider SM, Docherty S, Barroso J. The experience and self management of fatigue in hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2013[cited 2024 Apr 10];40(2):113-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703392/>
5. Şanlıtürk D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefro Hem Dergi* [Internet]. 2013[cited 2024 Apr 10];1(13):17-25. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire/issue/34384/363161>
6. Bossola M, Pepe G, Picca A, Calvani R, Marzetti E. Treating symptoms to improve the quality of life in patients on chronic hemodialysis. *Int Urol Nephrol*. 2019;51(5):885-87. <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02121-5>
7. Horigan AE. Fatigue in hemodialysis patients: A review of current knowledge. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(5):715-24. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.015>





8. Zedelenmez A, Çağlar M. Hemodiyaliz hastalarında yeterli diyaliz en doğru nasıl değerlendirilir? Nefro Hem Dergi [Internet]. 2019[cited 2024 Apr 10];14(2):70-4. Available from: <https://dergipark.org.tr/pub/hemsire/issue/45515/497885>
9. Evrenkaya TR, Atasoyu M, Ünver S, Gültepe M, Narin Y, Tülbek Y. Hemodiyaliz yeterliliği ile komorbid faktörler arasındaki ilişki. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi [Internet]. 2002[cited 2024 Apr 10];11(1):44-51. Available from: <https://turkjnephrol.org/Content/files/sayilar/385/44-51.pdf>
10. Kalender N, Tosun N. Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and selfcare agency. J Clin Nurs. 2014;23(5-6):820-28. <https://doi.org/10.1111/jocn.12208>
11. Daugirdas JT. Second generation logarithmic estimates of single-pool variable volume Kt/V: An analysis of error. J Am Soc Nephrol. 1993;4(5):1205-13. <https://doi.org/10.1681/ASN.V451205>
12. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group, Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. Am J Kidney Dis. 2006;48(1):2-90. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.03.051>.
13. Stolic RV, Trajkovic GZ, Jekic D, Sovtic SR, Jovanovic AN, Stolic DZ, et al. Predictive parameters of survival in hemodialysis patients with restless leg syndrome. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2014;25(5):74-80. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.139869>
14. Yapa HE, Purtell L, Chambers S, & Bonner A. The relationship between chronic kidney disease, symptoms and health-related quality of life: A systematic review. J Ren Care. 2020;46(2):74-84. <https://doi.org/10.1111/jorc.12303>
15. Dikmen RD, Aslan H. The effects of the symptoms experienced by patients undergoing hemodialysis treatment on their comfort levels. J Clin Nephrol Ren Care. 2020;6(2):1-9. <https://doi.org/10.23937/2572-3286/1510060>
16. Ozen N, Cepken T, Sousa CN. Does adequate hemodialysis prevent symptoms?: A national cross-sectional survey. Clin Nurs Res. 2021;30:334-42. <https://doi.org/10.1177/1054773820913986>
17. Karaaslan T, Pembegül I. Relationship between symptom burden and dialysis adequacy in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. North Clin Istanbul. 2023;10(4):435-43. <https://doi.org/10.14744/nci.2023.01799>.
18. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, et al. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: The dialysis symptom index. J Pain Symptom Manag. 2004;27(3):226-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.004>
19. Önsöz HB, Usta Yeşilbalkan O. Reliability and validity of the Turkish version of the dialysis symptom index in chronic hemodialysis patients. Turk Neph Dial Transpl. 2013; 22(1):60-7. <https://doi.org/10.5262/tndt.2013.1001.08>
20. Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N, Tiansaard J. Symptom clusters in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. J Nephrol Renovasc Dis. 2020;297-305. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S271619>
21. Siriwardana AN, Hoffman AT, Brennan FP, Li K, Brown MA. Impact of renal supportive care on symptom burden in dialysis patients: A prospective observational cohort study. J Pain Symptom Manag. 2020;60(4):725-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.030>
22. Alkın Demir C, Özer Z. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi. Nefro Hem Dergi. 2022;17(1):10-27. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2022.49>
23. Akgöz N, Arslan S, Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. Nefro Hem Dergi [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 10];12(1):20-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/360008>
24. Zamanian H, Kharameh ZT. Translation and psychometric properties of the persian version of the dialysis symptom index in hemodialysis patients. Nephro Urol Mon. 2015;7(1):e23152. <https://doi.org/10.5812/numonthly.23152>
25. Karasneh R, Al-Azzam S, Altawalbeh SM et al. Predictors of symptom burden among hemodialysis patients: A cross-sectional study at 13 hospitals. Int Urol Nephrol. 2020;52(5):959-67. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02458-2>
26. Özkan İ, Taylan, S. Investigación sobre la relación entre síntomas observados en pacientes en hemodiálisis con la adecuación de diálisis y rasgos de personalidad. Rev Nefrol Dial Traspl [Internet].2020 [cited 2024 Apr 8];40(2):106-18. Available from: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/520/1014>
27. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review, Adv Chronic Kidney Dis. 2007;14(1):82-99. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2006.10.001>
28. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BAJ, Schatell D. Hemodialysis patients' symptom experiences: Effects on physical and mental functioning. Nephrol Nurs J [Internet]. 2002[cited 2024 Apr 12];29(6):562-98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12596605/>
29. Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of haemodialysis-associated symptoms. Nephrol Dial Transplant. 2011;26(8):2656-63. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq763>

30. Moledina DG, Perry Wilson F. Pharmacologic treatment of common symptoms in dialysis patients: A narrative review. *Semin Dialysis*. 2015;28(4):377-83. <https://doi.org/10.1111/sdi.12378>
31. Amro A, Waldum B, Dammen T, Miaskowski C, & Os I. Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality of life outcomes. *J Ren Care*. 2014;40(1):23-33. <https://doi.org/10.1111/jorc.12051>
32. Joshua B, Campbell ML. Fatigue in patients with chronic kidney disease: Evidence and measures. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2017[cited 2024 Apr 12];44(4):337-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29160968/>
33. Zadrazil J, Horak P. Pathophysiology of anemia in chronic kidney diseases: A review. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2015;159(2):197-202. <https://doi.org/10.5507/bp.2013.093>
34. Kalantar-Zadeh K, Ficociello LH, Bazzanella J, Mullon C, Anger MS. Slipping through the pores: Hypoalbuminemia and albumin loss during hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2021;11-21. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S291348>
35. Zhang X, Bansal N, Go AS, Hsu CY. Gastrointestinal symptoms, inflammation and hypoalbuminemia in chronic kidney disease patients: A cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2015;16:1-8. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0209-z>
36. Hu X, Sang Y, Yang M, Chen X, Tang W. Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus among adult dialysis patients: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(21):e10633. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010633>.
37. Xie Q, Hu N, Chen Y. Chronic kidney disease-associated pruritus significantly impacts on quality of life of patients on haemodialysis and associates with increased levels of serum calcium and phosphorus. *Postgrad Med J*. 2022;98(1161):e16. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139688>
38. Gatmiri SM, Mahdavi-Mazdeh M, Lessan-Pezeshki M, Abbasi M. Uremic pruritus and serum phosphorus level. *Acta Med Iran* [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 12];51(7):477-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23945893/>
39. Pisoni RL, Gillespie BW, Dickinson DM, Chen K, Kutner MH, Wolfe RA. The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): Design, data elements, and methodology. *Am J Kidney Dis*. 2004;44(5):7-15. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2004.08.005>
40. You AS, Kalantar SS, Norris KC, Peralta RA, Narasaki Y, Fischman R, Rhee CM. Dialysis symptom index burden and symptom clusters in a prospective cohort of dialysis patients. *J Nephrol*. 2022; 35(5): 1427-36. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01313-0>

# Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of Self-Care Ability and Spiritual Care Needs in Hemodialysis Patients

Emine HAS<sup>1</sup> , Ayşe Nefise BAHÇECİK<sup>2</sup> 

### Özet

**Amaç:** Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, İstanbul İlinde bulunan dört diyaliz merkezinde 400 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 57,10±12,95 olup, %41,3'ünün kadın, %47,7'si ilköğretim mezunudur. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam, İlaç Kullanımı, Diyet, Kendi Kendine İzlem, Hijyenik Bakım, Ruhsal Durum alt boyut puan ortalamaları sırayla 28,54±6,44, 8,21±2,41, 6,52±1,68, 3,87±1,86, 6,63±1,56, 3,32±1,74 olarak, Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam, Anlam ve Umut, Önemseme ve Saygı alt boyut puan ortalamaları sırayla 68,16±16,88, 39,26±11,02, 28,90±6,96 olarak bulundu. Önemseme ve Saygı alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği (r=0,126), Diyet (r=0,146) ve Kendi Kendine İzlem (r=0,132) aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur

**Sonuç:** Hastaların öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimleri orta düzeyde olduğu saptandı. Hastaların önemsenme ve saygı düzeyleri arttıkça öz bakım güçleri de artmaktadır. Hastaların öz-bakım gücünün iyileştirilmesini içeren uygulamaların geliştirilmesi ve spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması konusunda destek ve eğitim programlarının yapılması gerektiği önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz; Hemşirelik; Öz Bakım Gücü; Spiritüel Bakım

### Abstract

**Aim:** The study was conducted to evaluate the self care ability and spiritual care needs in hemodialysis patients.

**Materials and Methods:** This descriptive study was conducted with 400 patients hemodialysis in four dialysis centres in Istanbul. Data were collected using a Patient Information Form, the Self-Care Ability Scale (SCAS), and the Spiritual Care Needs Scale. Descriptive statistics and Spearman Correlation Analysis were used for evaluation.

**Results:** Mean patient age was 57.10 ± 12.95 years, with 41.3% female and 47.7% having primary school education. Mean scores on the SCAS and its subscales (Use of Medicine, Diet, Self-Monitoring, Hygienic Care, Mental Status) were 28.54 ± 6.44, 8.21 ± 2.41, 6.52 ± 1.68, 3.87 ± 1.86, 6.63 ± 1.56, and 3.32 ± 1.74, respectively. Mean scores on the Spiritual Care Needs Scale total and its subscales (Meaning and Hope, Care and Respect) were 68.16 ± 16.88, 39.26 ± 11.02, and 28.90 ± 6.96, respectively. A positive, statistically significant relationship was found between the scores on the Caring and Respect subscale and the scores on the SCAS subscales Self-Care Power (r=0.126), Diet (r=0.146), and Self-Monitoring (r=0.132).

**Conclusion:** Patients exhibited moderate self-care ability and spiritual care needs. Higher scores on the Care and Respect subscale correlated with better self-care in specific areas. Interventions to enhance SCAS scores and programs to identify and address spiritual care needs are recommended.

**Keywords:** Hemodialysis; Nursing; Self Care Ability; Spiritual Care

**Geliş Tarihi / Submitted:** 06 Mayıs/May 2024

**Kabul Tarihi / Accepted:** 28 Mayıs/May 2024

<sup>1</sup> Hemşire- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

<sup>2</sup> Prof. Dr.- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul/Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Ayşe Nefise BAHÇECİK / **E-posta:** ayse.bahcecik@izu.edu.tr, **Adres:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halkalı, Küçükçekmece, İstanbul/Türkiye



Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2024; 19(2): 53-62

Journal of Nephrology Nursing 2024 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), farkı hastalık durumlarına bağlı olarak gelişmekte olan kalıcı, ilerleyici ve aynı zamanda geri dönüştürülemeyecek şekilde nefron kaybı ile birlikte karakterize hastalıktır (1). KBH nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2022 yılı verilerine göre hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliğinde en çok tercih edilen (%69,77) renal replasman tedavi yöntemidir (2).

Hemodiyaliz (HD), hastada oluşturulan vasküler giriş yolundan (fistül, greft ve tünelli-tünelsiz kateter) alınmakta olan kanın bir yapay membran ve hemodiyaliz makinası ile birlikte kanın sıvı-solüt maddelerinin temizlenmesi, temizlenen kanın hasta bireye geri infüze edilmesi işlemidir (1). HD tedavisinde günümüze kadar gerçekleşmiş olan ilerlemelere karşın tedavi ve hastalık ile ilgili pek çok psiko-sosyal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tedavi boyunca hastalar kas krampları, konstipasyon, huzursuzluk, bulantı ve kusma, ödem, uyku problemleri gibi pek çok semptom ile karşı karşıya kalabilmektedir. İlgili semptomlar hasta bireylerin üzerinden fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal problemler ile karşı karşıya kalmalarına ve öz bakımlarında düşüşlere neden olmaktadır (3).

Bireylerin yaşamı, iyiliği ve sağlığını devam ettirmek amacıyla sağlık unsurlarını yerine getirebilmesi öz bakım şeklinde tanımlanırken ilgili faaliyetleri gerçekleştirebilme yeteneği öz bakım gücü şeklinde tanımlanmaktadır (4). Hemodiyaliz hastalarının öz bakımlarına aktif olarak katılıyor olmaları; hastalıkları ile ilgili ne zaman yardıma ihtiyacı olduklarını bilme, kendi sağlıklarını iyileştirebilme, hastalıkları önleyebilme veya azaltabilme, var olan hastalığın sonrasında kendi sağlık durumunu iyileştirebilmede oldukça önemlidir (5).

Hemşirelik mesleğinde oldukça büyük bir önem arz etmekte olan spiritüel (manevi) bakım; tüm insanların doğuştan gelmekte olan kişilik değerlerini tanıyabilme ve spiritüel bakım konusunda şefkatli

bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (6). Hastanın yaşamında spiritüel bakım, hastalık ve problemlerinin üstesinden gelmeyi ve onların içinde anlam, amaç ayrıca yön bulmalarını sağlar. Başa çıkma mekanizması olarak da kullanılabilir. Özellikle fiziksel hastalıklarla ilişkili psikolojik durumun stresli etkilerinin üstesinden gelmede yardımcı olması için güç ve destek kaynağı olmasını sağlar (7).

Sağlık hizmeti veren mesleklerin büyük çoğunluğunu oluşturmakta olan hemşirelerin ana misyonu "insana bakım hizmeti" sunmaktır (8). Hastalık gibi alışılabilirliği güç olan durumlar kişilerin günlük yaşantılarını oldukça güç olabilmektedir. Kabullenilemeyen ve alışılmayan bu yaşamsal durumların üstesinden gelebilmek ise oldukça güç olmaktadır (9). Hasta kişiler bu kısıtlayıcı tedavi uygulamaları doğrultusunda uyum gücünü yaşıyor olmalarının yanı sıra bağımlılık, ölüm gibi kavramlar ile de yüzleşmek durumunda kalmaktadırlar (10). Bu bağlamda da birçok hasta birey yaşadığı bu problemleri durumlara destek ve rahatlama sağlayabilmek için maneviyata ve inançlara bağlanmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hasta bireylerin yaşamakta oldukları psiko-sosyal problemlerin üstesinden gelebilmek için spiritüel yaklaşımdan yararlandığı görülmüştür (9). Öz bakım noktasında hemşire; hasta ile birlikte ailesini sağlık ekibinin birer parçası kabul edip, hastaların psikolojik ve sosyal uyumuna destek olarak her bir hastaya yeterli zamanı ayırarak öz bakım yeterliliğini, öz bakım güç düzeyini arttırmayı amaçlamaktadır (8). Hemodiyaliz hastalarının, öz bakım durumlarının ve spiritüel bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve hastaların bu noktada desteklenmesi hemşirelik açısından da ayrıca önemlidir (9).

## Araştırmanın Soruları

1. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda öz bakım gücü düzeyleri nedir?
2. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların spiritüel bakım gereksinim düzeyleri nedir?

3. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta bireylerde öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimi arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört diyaliz merkezinde 26 Şubat - 26 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde Avrupa yakasında yer alan hemodiyaliz tedavisi uygulanan 800 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısı bilindiği durumda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

$$n = \frac{(800) (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.04)^2 (800-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

n= 343 minimum toplam hasta sayısı

Örneklem büyüklüğü 343 olarak bulunmuştur. Ancak veri toplama araçlarının eksik doldurulması gibi nedenlerle örneklem büyüklüğünün %15 fazlası olan 400 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır.

### Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan (11-16), Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, hasta bireylerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, aile yapısı, mesleki durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve hastalığa yönelik bilgiler içeren hemodiyaliz tedavi gördüğü süre, hemodiyaliz uygulamasının haftada kaç kez yapılma durumu, kronik hastalık varlığı, hastalığın aile ilişkilerini etkileme olmak üzere 19 sorudan oluşmaktadır.

### Öz Bakım Gücü Ölçeği

Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Ören (14) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek ilaç kullanımı (1,2,3,4,5 ve 18. ifadeler), diyet (8,9,10,11 ve 12. maddeler), kendini izleme (6,7,13 ve 14. maddeler), hijyenik bakım (15,16,17 ve 19. maddeler) ve ruhsal durum (20,21 ve 22 maddeler) olmak üzere beş alt boyut ve 22 maddeden oluşmakta olup, üçlü likert şeklinde ve 2-“Her zaman”, 1-“Bazen” 0-“Hiç bir zaman” arasında derecelendirilmektedir. Ölçekte 12, 20, 21 ve 22. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-44 arasında olup, ölçekten alınan düşük düzeydeki puan öz bakım gücünün iyi olmadığını, yüksek düzeydeki puan ise iyi olduğunu göstermektedir (14,15). Öz Bakım Ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,80, yaptığımız çalışmada Cronbach’s Alpha değeri 0,81 olarak bulunmuştur.

### Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği

Wu ve arkadaşlarının (2016) (17) geliştirmiş olduğu Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğini (SBGÖ) ülkemizde İsmailoğlu ve arkadaşları (18) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, anlam ve umut (1-12, 14), önemseme ve saygı (13, 15-21) olmak üzere iki alt boyut ve 21 maddeden oluşmakta olup, beşli likert şeklinde ve 1- “Hiç gerekli değil”, 2 - “Gerekli değil”, 3 - “Fark etmez”, 4 - “Gerekli”, 5 -

“Kesinlikle gerekli” arasında derecelendirilmektedir. Ölçek toplam puanın yükselmesi, hasta bireylerin spiritüel bakım gereksinimine daha çok ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (18). Spiritüel Bakım Ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,93, yaptığımız çalışmada Cronbach’s Alpha değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

### Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemodiyaliz tedavisi gören hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya gönüllülük esasıyla katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzerinde olan, son üç ay içerisinde hemodiyaliz tedavisi uygulanmış olan, günlük yaşama ait eylemlerin bağımsız olarak yapılabilen, soruları algılayıp yanıtlayabilen hastalarla, veri toplama araçları yüz yüze görüşülerek toplanmıştır

### Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde NCSS (Number Cruncher Statistical System) programından yararlanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları durumu Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır Nicel değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (26.02.2021 tarih ve 2021/02 sayı) ve diyaliz merkezlerinden izin alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan her bir hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra gönüllülük esası doğrultusunda araştırmaya katılan hastalar bilgilendirilmiş ve onay formu ile yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili olarak yazılı izin alınmıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul İli Avrupa Yakasında yer alan dört diyaliz merkezinde gerçekleştirildiği için

sonuçlar genellenemez. Araştırmadan elde edilen veriler, diyaliz merkezlerinde, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların görüşleri ile sınırlıdır.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan hasta bireylerin yaşları ortalamasının  $57,10 \pm 12,95$  yıl, %58,7’si erkek, %73,3’ü evli, %47,7’si ilköğretim mezunu, %17’sinin çocuk sahibi olmadığı, %82,2’sinin çalışmadığı, %91’inin ailesiyle yaşadığı, %41’inin emekli, %58,7’sinin gelir durumunun orta olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların %62,2’si sağlığını orta olarak değerlendirdiği, %81,3’ünde ek kronik bir hastalık olmadığı, %60,8’inin hastalığının aile ilişkilerini etkilenmediği, %73,8’i aktiviteleri ile ilgili yardımcı olan kişilerin olduğunu, %80,5’i hemodiyaliz konusunda eğitim aldığı görülmüştür (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hasta bireylerin ÖBGÖ “İlaç Kullanımı” alt boyutlarından almış oldukları puan ortalaması  $8,21 \pm 2,41$ , “Diyet” alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması  $6,52 \pm 1,68$ , “Kendi Kendine İzlem” alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması  $3,87 \pm 1,86$ , “Hijyenik Bakım” alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması  $6,63 \pm 1,56$ , “Ruhsal Durum” alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması  $3,32 \pm 1,74$  olarak ve ölçek toplamından aldıkları puan ortalaması  $28,54 \pm 6,44$  olarak saptanmıştır. Hastaların SBGÖ “Anlam ve Umut” alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması  $39,26 \pm 11,02$  “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması  $28,90 \pm 6,96$  ve ölçek toplamından almış oldukları puan ortalaması  $68,16 \pm 16,88$  olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Çalışmaya katılan hastaların SBGÖ “Anlam ve Umut” alt boyutundan aldıkları puanlar ile ÖBGÖ “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendi Kendine İzlem”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). SBGÖ “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile ÖBGÖ “İlaç Kullanımı”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=400)

Yaş Ort: 57,10; SS:12,95, Min:18; Max:83		
	n	%
<b>Yaş</b>		
≤30 yaş	21	5,3
31-40 yaş	22	5,5
41-50 yaş	68	17,0
51-60 yaş	91	22,7
61-70 yaş	153	38,3
>70 yaş	45	11,2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	165	41,3
Erkek	235	58,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	293	73,3
Bekar	107	26,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar Değil	55	13,8
İlköğretim	191	47,7
Ortaöğretim	56	14,0
Lise	63	15,7
Lisans	35	8,8
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	68	17,0
1	31	7,8
2	117	29,2
3	84	21,0
≥4	100	25,0
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	321	80,3
Geniş	79	19,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	71	17,8
Hayır	329	82,2
<b>Yaşanılan Kişi</b>		
Aile	364	91,0
Bakıcı	13	3,2
Yalnız	23	5,8
<b>Meslek</b>		
Emekli	164	41,0
Memur	9	2,3
Ev Hanımı	136	34,0
İşçi	37	9,3
Serbest Meslek	54	13,4
<b>Gelir Durum</b>		
İyi	129	32,3
Orta	235	58,7
Kötü	36	9,0



Has & Bahçecik; Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri

Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=400)

Özellikler	n	%
<b>Sağlık Durumu</b>		
İyi	119	29.8
Orta	249	62.2
Kötü	32	8.0
<b>Kronik hastalık*</b>		
Yok	75	18.7
Var	325	81.3
<b>Diyabet</b>	139	42.8
<b>Hipertasyon</b>	199	61.2
<b>Periferik Vasküler Hastalıklar</b>	18	5.5
<b>Kronik Kalp Yetmezliği</b>	37	11.4
<b>Diğer</b>	30	9.2
<b>Hastalığın aileyi etkileme durumu</b>		
Evet	157	39.3
Hayır	243	60.8
<b>Aktiviteler ile ilgili yardımcı olan kişi</b>		
Evet	295	73.8
Hayır	105	26.3
<b>Yardımcı olan kişiler (n=295)*</b>		
Eş	195	66.1
Çocuklar	196	66.4
Kardeşler	25	8.5
Anne/Baba	29	9.8
Arkadaşlar	5	1.7
Komşu	3	1.0
Bakıcı	8	2.7
<b>Hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumu</b>		
Evet	322	80.5
Hayır	78	19.5
<b>Hemodiyaliz süresi</b>		
2 Kez	40	10.0
3 Kez	360	90.0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SS
<b>İlaç Kullanımı</b>	6	0-12	8,21±2,41
<b>Diyet</b>	5	0-10	6,52±1,68
<b>Kendi Kendine İzlem</b>	4	0-8	3,87±1,86
<b>Hijyenik Bakım</b>	4	0-8	6,63±1,56
<b>Ruhsal Durum</b>	3	0-6	3,32±1,74
<b>Öz Bakım Gücü Ölçeği</b>	22	4-44	28,54±6,44
<b>Anlam ve Umut</b>	13	13-65	39,26±1,02
<b>Önemseme ve Saygı</b>	8	8-40	28,90±6,96
<b>Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği</b>	21	22-105	68,16±16,88

**Tablo 4.** Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

			Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği		
			Anlam ve Umud	Önemseme ve Saygı	Spiritüel Bakım Toplam
Öz Bakım Gücü Ölçeği	İlaç Kullanımı	r	0,032 <sup>a</sup>	0,013 <sup>a</sup>	0,033 <sup>a</sup>
		p	<b>0,522</b>	<b>0,790</b>	<b>0,517</b>
	Diyet	r	0,075 <sup>b</sup>	0,146 <sup>a</sup>	0,092 <sup>b</sup>
		p	<b>0,134</b>	<b>0,003**</b>	<b>0,066</b>
	Kendi Kendine İzlem	r	0,037 <sup>b</sup>	0,132 <sup>a</sup>	0,052 <sup>b</sup>
		p	<b>0,459</b>	<b>0,008**</b>	<b>0,296</b>
	Hijyenik Bakım	r	0,087 <sup>a</sup>	0,078 <sup>a</sup>	0,090 <sup>a</sup>
		p	<b>0,081</b>	<b>0,118</b>	<b>0,071</b>
	Ruhsal Durum	r	0,068 <sup>b</sup>	0,079 <sup>a</sup>	0,087 <sup>b</sup>
		p	<b>0,175</b>	<b>0,115</b>	<b>0,084</b>
	Toplam Puan	r	0,066 <sup>b</sup>	0,126 <sup>a</sup>	0,074 <sup>b</sup>
		p	<b>0,185</b>	<b>0,012*</b>	<b>0,138</b>

<sup>a</sup>r=Spearman's Korelasyon Katsayısı <sup>b</sup>r=Pearson Korelasyon Katsayısı

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

Çalışmaya katılan hastaların SBGÖ “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile ÖBGÖ (r=0,126), “Diyet (r=0,146)” ve “Kendi Kendine İzlem (r=0,132)” aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

## TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan olan hastalarda öz-bakım gücü, spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada çalışmaya katılım sağlayan hastaların orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu saptanmıştır. Kurban ve Metin Akten'in (19) ile Akbıyık ve arkadaşlarının (20) yaptıkları çalışmalarda da hastaların orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu görülmüştür. Akin ve arkadaşlarının (21) araştırmasında da benzer şekilde hastaların orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu bildirilmiştir. Akansoy'un (22) 152 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile gerçekleştirdiği araştırmasında hasta bireylerin öz bakım gücü düzeylerinin orta olduğu saptanmıştır. Kirik'in (23) araştırmasında örneklem grubuna katılan hastaların öz bakım gücü düzeylerinin orta olduğu belirtilmiştir. Alemdar ve arkadaşlarının (24) 162

hemodiyaliz hastası ile gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında hastaların öz bakım gücü seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Araştırma ve yapılan diğer çalışmalarda incelendiğinde, hastaların orta seviyede öz bakım gücüne sahip olduğu anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin beraberinde getirmiş olduğu komplikasyonlar ve haftada üç kez hemodiyaliz tedavisiyle uzun süreler makineye bağlı olmanın öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışmada katılımcıların orta düzeyde manevi bakım gereksinimleri olduğunu saptanmıştır. Önceki çalışmalar hemodiyaliz hastalarının akut bakım (25), ostomi (26) veya ortopedik cerrahi (27) geçiren hastalara göre daha fazla manevi bakıma ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Üriner inkontinansı olan hastaların (28) ve kanser hastalarının (29) manevi bakım gereksinimlerinin daha da fazla olduğu gösterilmiştir. Farklılığın hastalık ve hastayla ilgili faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma doğrultusunda çalışmaya katılan hastaların SBGÖ alt boyutlarından “Önemseme ve Saygı” alt boyutları ile “Diyet” ve Kendi Kendine İzlem” ve ÖBGÖ arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

Sonuçlar doğrultusunda hastalarda Önemseme ve Saygı düzeyleri artıkça öz bakım güçleri düzeyleri iyileşmektedir. 'Önemseme ve Saygı' bileşeni, başkalarıyla etkileşimde bulunma, başkaları tarafından dinlenme, ilgi gösterme ve saygı duyulma gibi ortak ilişki alanını ifade etmektedir. Hastaların çevresindeki bireylerin onlarla etkileşime girmesi, endişe durumunda destek ve güvence gösterilmesi, mahremiyetlerine ve haysiyetlerine saygı duyulması ve kendilerine, dini ve kültürel inançlarına saygı duyulması öz bakım güçlerinin artmasını sağlamaktadır. Spiritüalitenin sağlık durumu ile olan ilişkisine odaklanıldığında, hastalık durumlarının önlenebildiği, sağlık durumunun iyileştirilebildiği, güç durumlar ve hastalıklar ile başa çıkma gibi karmaşık durumlar karşısında faydasının olduğu belirtilmiştir (13,26). Hastanın manevi ihtiyaçlarının anlamlılığı, hastanın tutum ve inançlarının, altta yatan dünya görüşlerinin, mevcut koşulların ve spesifik kültürel bağlamın karşılıklı etkileşimi ile belirlenmektedir. Hastaların manevi ihtiyaçlarının karşılanması, kapsamlı sağlık bakımının çok önemli bir bileşenidir. Hem hastalar hem de aileleri için manevi bakım sağlanması, oksijen doygunluğu, kalp atış hızı, kan basıncı ve solunum hızı gibi faktörler de

dahil olmak üzere sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda buluna-rak sonuçta genel yaşam kalitesini artırmaktadır. Hastaların sağlık planlarına bütünsel yaklaşımda manevi bakım temel bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların karşılanmamış manevi ihtiyaçlarını belirlemek ve anlamak, bu ihtiyaçları etkili bir şekilde desteklemek ve bakımlarına entegre etmek için bir ön koşuldur. Bu tanınma, genel sağlık hizmeti deneyimini optimize etmek için gereklidir (30-32).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların orta düzeyde öz bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin olduğu, önemsenme ve saygı düzeyleri artıkça öz bakım güçlerinin arttığı görülmüştür. Hasta bireylerin öz bakım gücü düzeyleri ve spiritüel bakım gereksinimleri tedavi başlangıcı ve tedavi süresince olacak şekilde değerlendirilmesi, kendilerine olan güveni artırılması ve desteklenmesi, öz bakım ve spiritüel konusunda bilincin artırılması amacıyla hasta bireylere eğitim programlarının düzenlenmesi, holistik bakımın sağlanması önerilmektedir.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışma için etik komite onayı, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Tarih ve no: 26.02.2021 tarih ve 2021/02 sayı).

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: EH, ANB  
Veri toplama: EH  
Veri analizi ve yorum: EH, ANB  
Makalenin hazırlanması: EH, ANB  
Eleştirel inceleme: ANB

## Kaynaklar

1. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* [Internet]. 2015[cited 2024 Apr 26];10(1):53-9. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/292265>
2. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon- Registry 2022 [Internet]. 2023 [cited 2020 Apr 20]; Available from: [https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf)
3. Gökalp K, Arpacı R. Diyaliz hastalarının psikolojik durumlarının değerlendirilmesi. *TFSD* [Internet]. 2021[cited 2021 Sem 10];2(1):22-30. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tfsd>
4. Gül A, Üstündağ H, Zengin N. Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg* [Internet]. 2010[cited 2021 Sem 10];20(1):7-11. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/132105/>
5. Tüzün Özdemir S, Akyol A. Hemodiyaliz hastalarına arteriyovenöz fistüle ilişkin verilen eğitim özbakım davranışlarını etkiler mi?. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* [Internet]. 2019[cited 2021 Sem 10];14(2):45-56. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/727833>
6. Erişen M, Karaca Sivrikaya S. Manevi bakım ve hemşirelik. *GÜSBD* [Internet]. 2017[cited 2021 Sem 10];6(3):184-90. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/386011>
7. Musa AS, Pevalin DJ, Al Khalaileh MA. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *J Holist Nurs*. 2018;36(4):354-65. <https://doi.org/10.1177/0898010117736686>
8. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz bakım yeterliliğinin değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bil Derg* [Internet]. 2013[cited 2021 Sem 10];2(1):15-21. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/520749>
9. Ayık ÜC, Yılmaz Karabulutlu E. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hastalığı kabullenmesi ve dini baş etme tarzlarının incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* [Internet]. 2020[cited 2021 Sem 10];15(2):57-67. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2020.17>
10. Ok E, Işıl Ö. Kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *J Psy Nurs*. 2019;10(3):181-9. DOI: 10.14744/phd.2019.35119
11. Aylaz R, Erci B. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* [Internet]. 2009[cited 2021 Sem 10];12(1):81-90. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29451>
12. Esendir İN, Kaplan H. Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. *Ekev Akademi* [Internet]. 2018[cited 2021 Sem 10];22(73):317-32. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2554349>
13. Köktürk Dalcalı B. Palyatif bakım hemşirelerinde manevi bakım ve hemşirelik. *SAUHSD* [Internet]. 2019[cited 2021 Sem 10];2(2):29-37. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/859375>
14. Ören B. Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2010.
15. Ören B, Enç N. Quality life in chronic hemodialysis and peritoneal dialysis patients in turkey and related factors. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(6):547-56. doi: 10.1111/ijn.12098.
16. Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritüalite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2011[cited 2021 Sem 10];14(2):61-70. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29499>
17. Wu LF, Koo M, Liao YC, Chen YM, Yeh DC. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. *Clin Nurs Res*. 2016;25(6):590-606. doi: 10.1177/1054773815579609.
18. İsmailoğlu EG, Özdemir H, Erol A, Zaybak A. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *DEUHEFED* [Internet]. 2017[cited 2021 Sem 10];12(4):255-63. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/831195>
19. Kurbun H, Metin Ayten İ. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl* [Internet]. 2018[cited 2021 Sem 10];27(3):277-287. doi: 10.5262/tndt.2018.3229
20. Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İKÇÜSBFD* [Internet]. 2016[cited 2021 Sem 10];1(2):1-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/240067>
21. Akin S, Mendi B, Ozturk B, Cinper C, Durna Z. Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. *J Clin Nurs*. 2014;23(5-6):856-64. doi: 10.1111/jocn.12248
22. Akansoy NY. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti devlet hastanelerinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz-bakım gücünün

değerlendirilmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü;2018.

23. Kirik B. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü değerlendirilmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2017.
24. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* [Internet]. 2015[cited 2021 Sem 10];10(2): 19-30. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/292254>
25. Wu LF, Koo M, Liao YC, Chen YM, Yeh DC. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. *Clin Nurs Res*. 2016;25(6):590-606. doi: 10.1177/1054773815579609.
26. Ayık C, Özden D, Kahraman A. Spiritual care needs and associated factors among patients with ostomy: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2021;30(11-12):1665-74. doi: 10.1111/jocn.15721.
27. Okgün Alcan A, Yıldız K, Korkmaz M. Determination of preoperative spiritual care needs of orthopedic surgery patients. *EĞEHFD*. 2022;38(3):193–201. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1101720>.
28. Özveren H, Karabey T, Gülнар E. Spiritual care needs of patients with urinary incontinence and in Turkey. *J Relig Health*. 2022;61(6):4433–49. doi: 10.1007/s10943-022-01613-6.
29. Üstündağ S, Çekiç Y, Kurtoglu Y, Ünver G. A comparative analysis of spiritual care needs among cancer patients receiving home care and their caregivers in Turkey. *J Relig Health*. 2024;63(2):1490–503. doi: 10.1007/s10943-023-01988-0
30. Haris F, Irawati K, Resti YS. Video education about spiritual needs for attached medical devices patients. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* [Internet]. 2020[cited 2021 Sem 10];7(06):1741-47. Available from: <https://jusst.org/video-education-about-spiritual-needs-for-attached-medical-devices-patients/>
31. Rababa M, Al-Sabbah S. The use of Islamic spiritual care practices among critically ill adult patients: A systematic review. *Heliyon*. 2023;9(3):E13862. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13862>.
32. Riklikienė O, Kaselienė S, Spirgienė L, Karosas L, Fisher JW. Spiritual well-being of cancer patients: What health-related factors matter? *J Relig Health*. 2020;59(6):2882–98. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01053-0>.

# Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki

## The Relationship Between Pain and Comfort in Patients Receiving Hemodialysis

Nazan KILIÇ AKÇA<sup>1</sup> , Sultan BAYKAN<sup>2</sup> 

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma hastaların hemodiyaliz tedavisi sırasında yaşadıkları ağrı ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu çalışma, bir hastanenin diyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan 96 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, "Hasta Tanıtım Formu", "Visual Analog Skala" ve "Hemodiyaliz Konfor Ölçeği" ile yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Etik kurul onayı ve kurum izni alındı.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların hemodiyaliz sırasında orta şiddette ağrı yaşadığı ( $4,39 \pm 1,0$ ) ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde ( $65,11 \pm 12,84$ ) olduğu bulundu. Hastaların Visual Analog Skala ağrı şiddeti puan ortalaması ile hemodiyaliz konfor ölçeği alt boyutu fiziksel rahatlatma ( $r = -0,269$ ,  $p < 0,05$ ) ve psikospiritüel rahatlatma ( $r = -0,317$ ,  $p < 0,05$ ) arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

**Sonuç ve Öneriler:** Yapılan bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının diyaliz sırasında orta şiddette ağrı yaşadığı ve yaşanan bu ağrının fiziksel ve psikospiritüel konforu azalttığı saptandı. Hastaların diyaliz sırasındaki ağrı şiddetini azaltarak konfor düzeylerini artıracak uygulamaların hemşireler tarafından planlanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı; Hemodiyaliz; Hemşirelik; Konfor

### Abstract

**Aim:** This research was carried out to determine the relationship between the pain experienced by patients during hemodialysis treatment and their general comfort levels.

**Method:** This descriptive and correlational research was conducted with 96 patients on dialysis who were receiving hemodialysis treatment in a dialysis unit of a hospital. Data were collected through face-to-face interviews with the "Patient Description Form", "Visual Analog Scale" and "Hemodialysis Comfort Scale." Ethics committee approval and institutional permission were obtained. A significance level of  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** The study shows that the patients experienced moderate pain during hemodialysis ( $4.39 \pm 1.0$ ), and the mean Hemodialysis Comfort Scale score was  $65.11 \pm 12.84$ . It was determined that there was a negative and significant relationship between the patients' mean Visual Analog Scale pain severity score and the hemodialysis comfort scale sub-dimension physical relaxation ( $r = -0.269$ ,  $p < 0.05$ ) and psychospiritual relaxation ( $r = -0.317$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions and Recommendations:** This research found that hemodialysis patients experienced moderate pain during dialysis, which decreased physical and psychospiritual comfort. It is recommended that nurses plan practices that will increase patients' comfort level by reducing the severity of pain during dialysis.

**Keywords:** Pain; Hemodialysis; Nursing; Comfort

**Geliş Tarihi / Submitted:** 07 Mayıs/May 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 29 Mayıs/May 2024

<sup>1</sup>Prof. Dr.- İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Menemen/İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Uzman Hemşire- İzmir Bakırçay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Menemen/İzmir, Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Sultan BAYKAN / **E-posta:** [sultankoyun85@gmail.com](mailto:sultankoyun85@gmail.com), **Adres:** İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Menemen/İzmir, Türkiye



## GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), vücudun metabolik ve elektrolit dengesini sürdürme yeteneğinin kaybolması ile sonuçlanan, böbrek fonksiyonlarının ilerleyici ve geriye dönüşsüz olarak bozulmasıdır. Dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından biri olan KBH; diabetes mellitus, hipertansiyon, glomerülonefrit, polikistik böbrek hastalıkları, obstrüktif nefropati gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir (1). KBH sıklıkla önlenemez veya ilerlemesi geciktirilebilir bir durum olmasına karşın, hastalığın bireyler tarafından farkındalık düzeyinin düşük olması ve buna bağlı olarak erken tanıya geç kalınması gibi nedenlerle her yıl artmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık %10'u KBH etkilenmektedir. KBH global mortalite nedenleri arasında hızlı bir şekilde artmakta ve son yıllarda üçüncü sırada yer almaktadır. Halen tüm dünyada yaklaşık iki milyon hasta diyaliz ve böbrek transplantasyon tedavileri ile yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır (2). Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (TND) Ortak Raporu 2020 yılı verilerine göre ise, Türkiye’de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığının nokta prevalansı milyon nüfus başına 996,8 olarak saptanmıştır. Türkiye’de en çok tercih edilen tedavi yöntemi hemodiyaliz (HD)’dir (1).

Hemodiyaliz (HD), “yarı geçirgen bir zar aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyalizat arasında sıvı ve solüt maddelerin değişimini temel alan bir tedavidir.” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tedavide vücutta biriken elektrolit ve atık maddelerin yarı geçirgen bir zar aracılığı ile vücuttan uzaklaştırılması sağlanır. Buradaki elektrolit ve sıvı hareketi, hastanın kanından diyalizata doğru olur. Diyalizat aracılığıyla vücuttan uzaklaştırılan bu maddeler sonucunda mevcut sıvı-elektrolit dengesizliğini normal değerlere yaklaştırır. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz tedavisi uygulanması için; kontrol edilemeyen hipertansiyon ve hiperkalemi, sıvı yüklenmesi, pulmoner ödem, perikardit, malnütrisyon, ileri ensefalopati, anoreksi, bulantı, kusma ve metabolik asidoz endikasyonlar arasında yer almaktadır (3).

Böbrek hastalığına bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular HD tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın HD makinesine bağlı sürdürülmesi fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. HD tedavisindeki gelişmelere rağmen, hastalar tedavi süresince sıvı-elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, göğüs ve sırt ağrıları, ateş, üremi, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, psikososyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları gibi pek çok, göz ardı edilemeyecek sorunları deneyimlemektedir (4). Yapılan bir sistematik derleme de hemodiyaliz hastalarında görülen semptomlar şu şekilde sıralanmıştır; yorgunluk (%81), nefes darlığı (%71), uykusuzluk (%67), iştahsızlık (%67), bulantı-kusma (%67), baş dönmesi (%57), kuru ve kaşıntılı cilt (%52), ishal/kabızlık (%48), ağrı (%48), baş ağrısı (%43), kas krampları (%38), uyuşukluk (%38), zayıflık (%33), göğüs ağrısı (%33), ödem (%33) olarak belirlenmiştir (5). Bu sıkıntılar tedavi süresi uzadıkça birbirlerini tetikleyebilir. Hastalarda tedaviye bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma ve kısıtlılık, bağımlılık duygusu, erken emeklilik, ekonomik sorunlar, rol değişimleri, aile yaşamında zorlanma, beden imajında ve benlik saygısında değişimler meydana gelmektedir (3).

Ağrı HD uygulanan hastaların sık deneyimledikleri semptomlardan biri olarak bildirilmiştir (4). Yapılan farklı çalışmalarda HD hastalarında kronik ağrının prevalansı %33 ile %82 arasında değişirken, akut ağrı prevalansı (son dört haftada boyunca süren, intradiyalitik ağrı) %21'den %92'ye kadar değiştiği, hastaların %74 ile %95 arasında orta ve şiddetli düzeylerde ağrı hissettikleri bildirilmiştir (5). Amerikan Ağrı Derneği, ağrının önemini vurgulamak ve sağlık profesyonellerinin ağrı kontrolü hakkında farkındalıklarını arttırmak için “ağrı: beşinci yaşam belirtisi” ifadesini kullanmıştır. Ağrı,



HD uygulanan hastalarda fiziksel ve zihinsel problemlere neden olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur ve ağrı yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (6).

Ağrı fiziksel konforun azalmasında en büyük etken olarak görülmektedir (7). Konfor; bireylerin karşılanması gereken temel insan gereksinimlerindedir. Hemşirelikte güncel bir öneme sahip olan konfor kavramı, hastanın konforunun sağlanmasının kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Konfor kavramının hemşirelik için tarihi ve çağdaş önemi vardır. Kolcaba, holistik konfor kuramı üzerinde çalışmış ve kuramını düzeyler ve boyutlar üzerinden açıklamıştır (8). Kolcaba konforu, temel insan ihtiyaçları olan rahatlama, ferahlama ve sorunların üstesinden gelme ile güçlenmiş hissetme deneyimi olarak tanımlamaktadır (12). Hemşire hastanın konfor gereksinimlerini tanımlamalı, uygun bakımı vermeli ve konfor düzeyini değerlendirebilmelidir. Hastanın konfor gereksiniminin başarılı bir şekilde karşılanması hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır. Hasta da görülen ağrı, bulantı, kaşıntı gibi rahatsız edici uyarılara tepki olarak rahatsızlık duygusu yaşayan bireyin konforunda bozulma görülebildiği belirtilmektedir. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği'nin (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) belirlediği "Rahatlıkta/Konforda Bozulma" tanısında bu durum ele alınmıştır (9).

Günümüzde HD alanındaki ilerlemeler, Son Dönem Böbrek Hastalığı (SDBH) hastalarının yaşam sürelerinin uzamasına yol açmıştır. Fakat bu gelişmelere bağlı hastalık ve tedavi ile ilişkili birçok fiziksel ve psikososyal semptom gelişmektedir. Konstipasyon, bulantı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, ödem, ciltte kuruluk, kaşıntı, uyku problemleri, ağrı, huzursuzluk, cinsel işlev bozukluğu gibi deneyimlenen bu semptomlar hastada fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastaların öz bakım gücünde, yaşam kalitesinde, konforunda azalmaya neden olabilmektedir. Deneyimlenen ağrı semptomu, HD tedavisine uyumu azaltmakta, yaşam kalitesini ve konforu olumsuz yönde etkilemektedir (9).

Bu çalışmada hastaların HD tedavisi sırasında deneyimledikleri ağrı ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışma, HD hastalarının diyaliz sürecinde yaşadığı ağrı şiddeti ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Şubat-Haziran 2022 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin HD ünitesinde gerçekleştirildi.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hemodiyaliz merkezinde her seansta 30 hasta olmak üzere toplamda 120 hasta hemodiyalize alınmaktadır. Araştırmanın evreni 120 kişi oluşturmaktadır. Örneklemeye dahil etme kriterleri; gönüllü olma, 18 yaş ve üstünde olma, bilinç düzeyi (veri toplama araçlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olma), oryantasyonu yerinde olma, işitme sorunu yaşamama ve en az altı aydır HD tedavisi alma olarak belirlenmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan 96 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

### Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Çalışma verilerinin toplanmasında; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, hastalıkla ilgili yaşadıkları semptomları belirlemek için; literatür taraması sonrasında (6,8,9) araştırmacı tarafından hazırlanan dokuz sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu, Visual Analog Skalası (VAS) ve Hemodiyaliz Konfor ölçeği (HDKÖ) kullanılmıştır.

### Hasta Bilgi Formu

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, HD süresini, ağrının yerini, şiddetini, tipini, zamanını, nedenini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini içermektedir (10).

## Visual Analog Skalası (VAS)

Freyd tarafından geliştirilen Visual Analog Skala ağrı şiddetini belirlemeye yönelik kullanılmıştır. VAS, 10 cm'lik bir çizginin 1'den 10'a kadar ölçeklendirilmiş halidir ve 10 değeri en şiddetli ağrıyı, 0 değeri ise hiç ağrı olmadığı anlamına gelmektedir. Hastalardan hissettikleri ağrı durumuna göre ölçekte bir yeri işaretlemeleri istenmektedir. Bu ölçüm aracının bir dilinin olmaması ve uygulama kolaylığı önemli bir avantaj olup, ölçek tüm dünya literatüründe kabul görmüş güvenli ve yaygın kullanılan bir ölçüm aracıdır (11)

## Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II

Orak Şahin ve ark. tarafından geliştirilen (8) Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-Versiyon II 26 maddeden ve altı alt boyuttan oluşan 5'li Likert tipte bir ölçektir. Ölçekte ters olmayan maddeler (19, 20, 22, 25, 26) 1'den 5'e doğru; ters maddeler (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24) 5'den 1'e doğru puanlanmaktadır. Ölçek puanı arttıkça konfor artarken, puan azaldıkça konfor azalmaktadır. Ölçek puan aralığı min-max= 26-130 puandır. Alt boyutlarda yer alan maddeler ve puan aralıkları; Fiziksel ferahlama: 5, 6, 7, 8. (4-20 puan), Fiziksel rahatlama: 1, 2, 3, 4. (4-20 puan), Psikospiritüel rahatlama: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. (9-45 puan), Psikospiritüel güçlenme: 14, 15, 16, 17. (4-20 puan), Çevresel güçlenme: 12, 13. (2-10 puan), Sosyokültürel rahatlama: 9, 10, 11. (3-15 puan). Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı bu araştırma için 0,87'dir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21 istatistik paket programı ile yapılacaktır. Veriler ortalama, standart sapma, yüzde, ortanca şeklinde ifade edilecektir. Sayısal ölçülen veriler için normal dağılım analizi yapılacak, bu analiz sonucuna göre normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  olasılık değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için İzmir Bakırçay Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih ve no17.12. 2021 tarih ve 442 sayılı karar). Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden "isteklilik, gönüllülük" ilkesi ışığında "Bilgilendirilmiş/Aydınlatılmış Onam" koşulu yerine getirilmiştir.

## BULGULAR

Tablo 1'de hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %56,2'sinin kadın, %59,4'ünün evli, %30,2'insin ilköğretim mezunu olduğu ve %96,9'u çalışmadığı, hastaların yaş ortalamasının 49 tespit edilmiştir. Hastaların hemodiyaliz tedavisine başlama zamanının ortalama 5,70±3,88 yıl olduğu, %46,9'unun sabah seansında diyaliz tedavisi aldığı, %81,3'ünün vasküler giriş yolunun arteriovenöz fistül olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastalar ağrı nedenlerini; yorgunluk (%24), hareketsizlik (%22,9), fazla sıvı birikimi (%22,9) ve diyet uyumsuzluk (%15,6) olarak ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hastalar genel vücut ağrısının olduğunu ve en fazla hareket (%50), uyku (%43,8) vb. günlük yaşam aktivitelerini etkilediklerini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hastaların %46,9'unun hipertansiyonu olduğu, giriş sistolik kan basınçlarının 139,85±25,48 (86-198), giriş diyastolik kan basınçlarının 82,68±16,05 (60-123), çıkış sistolik kan basınçlarının 126,59±22,71 (83-179) ve çıkış diyastolik kan basınçlarının 74,86±14,42 (48-110) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2'de Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) toplam puan ortalaması ile alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Hemodiyaliz konfor ölçeği toplam puan ortalaması 65,11±12,84(37-99) olduğu; ölçeğin alt boyutlarında ise fiziksel ferahlama puan ortalaması 9,17±3,07, psikospiritüel rahatlama puan ortalaması 22,12±6,01, psikospiritüel ferahlama puan ortalaması 8,27±3,74, çevresel güçlenme puan ortalaması 5,32±2,31, sosyokültürel rahatlama puan ortalaması 5,63±2,12 ve ağrı şiddeti puan ortalaması 4,39±1,0 olarak bulunmuştur.

**Tablo 1.** Hemodiyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	54	56,2
Erkek	42	43,8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	57	59,4
Bekar	39	40,6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	3	3,1
Çalışmıyor	93	96,9
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	46	47,9
İlköğretim	29	30,2
Lise ve üzeri	21	21,9
<b>Hipertansiyon</b>		
Var	45	46,9
Yok	51	53,1
<b>HD seansı</b>		
Sabah	45	46,9
Öğle	50	52,1
<b>Vasküler giriş yolu</b>		
Fistül	94	97,9
Santra venöz katater	2	2,1
<b>Ağrı nedeni*</b>		
Hareketsizlik	22	22,9
Yorgunluk	23	24,0
Diyete uyumsuzluk	15	15,6
Fazla sıvı birikimi	22	22,9
Bilmiyorum	14	14,6
<b>Azaltan faktörler</b>		
Uyku	2	2,1
Müzik	1	1,0
Yok	93	96,9
<b>Ağrıdan Etkilenen Genel Yaşam Aktivitesi</b>		
Beslenme	48	50,0
Hareket	42	43,7
Uyku	6	6,3
<b>Analjezik kullanma</b>		
Var	80	83,3
Yok	16	16,7
<b>Ağrı yeri</b>		
Baş ağrısı	17	17,7
Genel vücut ağrısı	60	62,6
Bacak ağrısı	17	17,7
Kol ağrısı	1	1,0
Bel ağrısı	1	1,0
<b>Yaş(yıl)</b>	49,40±16,37 (18-81)	
<b>KBH tanı süresi(yıl)</b>	5,57 ±3,77 (1-20)	
<b>HD tedavi süresi(ay)</b>	5,70±3,88 (1-20)	
<b>HD Başlangıcı SKB</b>	139,85±25,48 (86-198)	
<b>HD başlangıcı DKB</b>	82,68±16,05 (60-123)	
<b>HD bitişi SKB</b>	126,59±22,71 (83-179)	
<b>HD bitişi DKB</b>	74,86±14,42 (48-110)	

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı; HD:Hemodiyaliz; SKB:Sistolik Kan Basıncı; DKB:Diyatolik Kan Basıncı

**Tablo 2.** Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Konfor Ölçeği ve Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Ort ±SS (min-max)
<b>Hemodiyaliz konfor ölçeği</b>	65,11±12,84(37-99)
• Fiziksel ferahlama	14,51±4,35 (6-38)
• Fiziksel rahatlama	9,17±3,07 (4-16)
• Psikospiritüel rahatlama	22,12±6,01 (9-52)
• Psikospiritüel ferahlama	8,27±3,74 (4-20)
• Çevresel güçlenme	5,32±2,31 (2-10)
• Sosyokültürel rahatlama	5,63±2,12 (3-1)
<b>Visual Analog Skala</b>	4,39±1,0 (2-10)

Tablo 3'de hemodiyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri, hemodiyalizde konfor ölçeği puan

ortalamalarının ve ağrı şiddeti karşılaştırılması yer almaktadır. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği puan dağılımlarına bakıldığında; evli hastaların puan ortalaması 62,96±9,82 ile bekar hastaların puan ortalaması 68,34±15,97 ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Cinsiyet, çalışma durumu, HD seansı, ağrı ve analjezi kullanımı ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların hemodiyaliz konfor ölçeği ile yaş ( $r:-0,306$   $p:0,003$ ) arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Tedavi alan hastaların VAS ağrı şiddeti ile yaş ( $r:0,294$   $p:0,004$ ) ve diyaliz çıkışı sistolik kan basıncı ( $r:0,296$   $p:0,003$ ) arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 3.** Hemodiyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve Hemodiyalizde Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Hemodiyaliz Konfor Ölçeği	Visual Analog Skala
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	65,09±13,31	4,61±1,99
Erkek	65,13±12,58	4,46±1,56
<i>Test*</i>	0,014	-0,479
<i>P</i>	0,989	0,669
<b>Medeni durum</b>		
Evli	62,96±9,82	4,68±1,69
Bekar	68,34±15,97	4,30±1,85
<i>Test*</i>	-2,032	1,030
<i>P</i>	<b>0,045</b>	0,305
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	66,66±7,23	1,96±0,17
Çalışmıyor	65,06±13	4,51±1,77
<i>Test*</i>	0,211	0,467
<i>P</i>	0,365	0,642
<b>HD seansı</b>		
Sabah	67,17±13,39	4,62±1,88
Öğle	63,28±12,28	4,44±1,66
<i>Test*</i>	1,469	0,500
<i>P</i>	0,145	0,618
<b>Ağrı</b>		
Var	65,31±12,27	4,92±1,55
Yok	63,84±16,51	4,53±1,75
<i>Test*</i>	0,382	6,770
<i>P</i>	0,703	<b>,000</b>
<b>Analjezik kullanma</b>		
Var	65,56±12,25	4,98±1,54
Yok	62,87±15,72	2,25±0,57
<i>Test*</i>	0,763	6,958
<i>P</i>	0,447	<b>,000</b>

HD: Hemodiyaliz \*Bağımsız gruplarda t-testi

**Tablo 4.** Hemodiyaliz Konfor Ölçeği ve VAS Ağrı Şiddeti Skalası Arasındaki İlişki

Ölçekler arası ilişki		HDKÖ	FF	FR	PR	PG	ÇG	SR	VAS
HDKÖ	r	1	0,539	0,350	0,733	0,662	0,679	0,440	-0,107
	p	-	0	0,001	0	0	0	0	0,302
Fiziksel Ferahlama (FF)	r	0,539	1	0,050	0,161	0,120	0,290	0,134	0,041
	p	0	-	0,630	0,117	0,246	0,004	0,192	0,690
Fiziksel Rahatlama (FR)	r	0,350	0,050	1	0,001	0,059	0,187	0,255	-0,269
	p	0,001	0,630	-	0,992	0,570	0,068	0,012	0,008
Psikospritiüel Rahatlama (PR)	r	0,733	0,161	0,001	1	0,419	0,366	0,123	-0,317
	p	0	0,117	0,992	-	0	0	0,232	0,002
Psikospritiüel Güçlenme (PG)	r	0,662	0,120	0,059	0,419	1	0,467	0,205	-0,162
	p	0	0,246	0,570	0	-	0	0,046	0,116
Çevresel Güçlenme (ÇG)	r	0,679	0,290	0,187	0,366	0,467	1	0,294	-0,074
	p	0	0,004	0,068	0	0	-	0,004	0,476
Sosyokültürel Rahatlama (SR)	r	0,440	0,134	0,255	0,123	0,205	0,294	1	0,117
	p	0	0,192	0,012	0,232	0,046	0,004	-	0,255
VAS	r	-0,107	0,041	-0,269	-0,317	-0,162	-0,074	0,117	1
	p	0,302	0,690	0,008	0,002	0,116	0,476	0,255	-

HDKÖ: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği; FF: Fiziksel Ferahlama; FR: Fiziksel Rahatlama; PR: Psikospiritüel Rahatlama; PG: Psikospiritüel Güçlenme; ÇG: Çevresel Güçlenme; SR: Sosyokültürel Rahatlama; VAS: Visual Analog Skala

**Tablo 5.** Hemodiyaliz Hastalarının Bazı Değişkenler ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği, VAS Ağrı Şiddeti Skalası Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler		HDKÖ	VAS	YAŞ	HD YILI	SKB GİRİŞ	SKB ÇIKIŞ	DKB GİRİŞ	DKB ÇIKIŞ
HDKÖ	R	1	-0,107	-0,306	-0,023	-0,243	-0,109	0,011	-0,035
	P	0	0,302	0,003	0,828	0,018	0,292	0,917	0,738
VAS	R	-0,107	1	0,294	0,070	0,355	0,296	0,089	0,139
	P	0,302	0	<b>0,004</b>	0,501	0	<b>0,003</b>	0,390	0,176
YAŞ	R	-0,306	0,294	1	0,049	0,283	0,189	-0,005	-0,077
	P	<b>0,003</b>	<b>0,004</b>	-	0,636	0,005	0,066	0,962	0,458
HD YILI	R	-0,023	0,070	0,049	1	0,124	0,142	0,085	0,102
	P	0,828	0,501	0,636	-	0,228	0,168	0,413	0,323
Sistolik kan basıncı giriş	R	-0,243	0,355	0,283	0,124	1	0,620	0,506	0,475
	P	0,018	0	0,005	0,228	-	0	0	0
Sistolik kan basıncı çıkış	R	-0,109	0,296	0,189	0,142	0,620	1	0,468	0,701
	P	0,292	<b>0,003</b>	0,066	0,168	0	0	0	0
Diyastolik kan basıncı giriş	R	0,011	0,089	-0,005	0,085	0,506	0,468	1	0,544
	P	0,917	0,390	0,962	0,413	0	0	0	0
Diyastolik kan basıncı çıkış	R	-0,035	0,139	-0,077	0,102	0,475	0,701	0,544	1
	P	0,738	0,176	0,458	0,323	0	0	0	0

HDKÖ: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği; VAS: Visual Analog Skala; HD: Hemodiyaliz; SKB: Sistolik Kan Basıncı; DKB: Diyastolik Kan Basıncı

Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sırasındaki ağrı ve konfor ilişkisini değerlendirdiğimiz bu çalışmada, hemodiyaliz konfor ölçeği puan ortalamasıyla VAS ağrı şiddeti puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Hastaların VAS ağrı şiddeti puan ortalaması ile hemodiyaliz konfor ölçeği alt boyutu fiziksel rahatlama ( $r: -0,269$ ,  $p:0,005$ ), psikospiritüel rahatlama ( $r: -0,317$   $p:0,002$ ) arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyaliz sürecinde yaşadığı ağrı şiddeti ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapıldı. Hemşirelerin görevleri arasında yer alan rahatlatma fonksiyonunun üzerine temellenen konfor karmaşık, çok boyutlu bir yapıdır ve temel bir insan ihtiyacıdır. Kolcaba konforu, temel insan ihtiyaçları olan rahatlama, ferahlama ve sorunların üstesinden gelme ile güçlenmiş hissetme deneyimi olarak tanımlanmaktadır (12). Bu çalışmada HD tedavisi alan hastaların hemodiyaliz sırasındaki konfor düzeyleri değerlendirildi. Hastaların hemodiyaliz konfor ölçeği genel puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Ölçek alt boyut puanlarının ortalama kesim değerine göre orta düzeyde olduğu saptandı. Turgay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (13) hemodiyaliz hastalarının konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Alkın Demir ve Özer'in (12) semptom yükü ile konfor ilişkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada da hastaların konfor düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır.

Çalışmamızda hemodiyaliz hastalarının işlem sırasında orta düzeyde ağrı yaşadığı, yarıdan fazlasının genel vücut ağrısı yaşadığı, diyaliz sırasında hareketsiz kalma ve yaşadıkları yorgunluk ve interdiyalitik kilodaki fazlalığın ağrıya neden olduğunu ve ağrının da hareket ve uyku başta olmak üzere günlük yaşam aktivitelerini etkiledikleri saptandı. Hemodiyaliz konfor ölçeği puan ortalamasıyla VAS ağrı şiddeti puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak hastaların ağrı şiddeti puanı arttıkça hemodiyaliz konfor ölçeği alt boyutu fiziksel

rahatlamada ve psikospiritüel rahatlama azalma saptandı. Literatürde de hemodiyaliz sırasında ve sonrasında yaşanan ağrının genellikle hareketsizliğe ve uyku düzeninde değişikliklere neden olarak hastaların konfor düzeylerini etkilediği belirtilmektedir (12,14,15). Hemodiyaliz hastalarıyla konfor düzeylerini etkileyen faktörlerle ilişkili yapılan kalitatif bir çalışmada da diyaliz sırasındaki yaşanan ağrı önemli bir etken olarak bildirilmiştir (14). Bu nedenle hemodiyaliz hemşireleri, bu bireylerin hemodiyaliz sırasındaki konforlarını artırmak için ağrı değerlendirmesi yaparak ağrı ile baş etmeyi arttıracak müdahaleler planlamalıdır. Konfor, hasta ve ailesinin yüksek yaşam kalitesine sahip olmasında etken olan önemli bir kavramdır. Hastaların sosyodemografik özellikleri de bu süreci olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada hastaların tanımlayıcı özellikleri ile puan dağılımlarına bakıldığında; evli hastaların konfor düzeyleri daha düşük bulundu. Evli olan hastaların diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası evdeki sorumluluklarının fazla olması ve buna bağlı yorgunluk yaşamaları hemodiyaliz sırasındaki konfor düzeylerini etkileyen bir faktör olabilir. Çalışmamızda yaş arttıkça hastaların konfor düzeylerinin düştüğü saptandı. Yaş ilerledikçe fiziksel sorunların artması, ağrı çeşitliliğinin ve şiddetinin artması hastaların konfor düzeyini düşürmektedir. Yapılan çalışmalarda da Hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça ağrı şiddetinin arttığı ve uyku kalitesi ve yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmiştir (10,16,17)

Literatür tarandığında HD tedavisi alan hastalarda diyaliz sürecinde yaşanan ağrının hastaların kan basıncına olan etkisi ile ilgili çalışmalar bulunamamıştır. Bu çalışmada hastaların VAS ağrı şiddeti sistolik kan basıncı (diyaliz çıkış) arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ağrı şiddeti ile kan basıncı arasındaki ilişkiyi açıklamak için daha kapsamlı araştırma yapılması gerekmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının diyaliz sırasında konfor ve ağrı düzeyinin orta olduğu tespit edilmiştir. Yaşanan bu ağrının fiziksel ve psikospiritüel konforu azalttığı saptandı. Hastaların deneyimledikleri ağrıya bağlı olarak hareket ve uyku

başta olmak üzere genel yaşam aktivitelerinin etkilendiği bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların ağrılarının azaltılıp konfor düzeylerini artıracak yeni çalışmalar planlamalı, nonfarmakolojik uygulamaların kullanımıyla birlikte alana özgü düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastaların analjezik kullanımları ağrı değerlendirmesi sırasında sınırlılığa sebep olmuştur.

### ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışmanın etik komite onayı İzmir Bakırçay Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih ve no 17.12.2021 tarih ve 442 sayılı karar).

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

### ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

### FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

### HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

### TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılarak destek olan tüm hemodiyaliz hastalarına teşekkürlerimizi sunarız.

### YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: NKA, SB

Veri toplama: SB

Veri analizi ve yorum: NKA

Makalenin hazırlanması: NKA, SB

Eleştirel inceleme: NKA

### Kaynaklar

1. Büyük Bayram Z, Aksoy M. Hemodiyaliz hastalarının semptom yönetiminde kullanılan integratif yöntemler. *NefroHemDergi*. 2021;16(1):30-40. doi: 10.47565/ndthdt.2021.30
2. Bilgiç N. Kronik böbrek hastalıkları ile diyaliz birimlerinde hemşirelerin maliyet-etkililik ve verimliliğe etkisi. *NefroHemDergi*. 2020;15(1):23-9. doi: 10.47565/ndthdt.2020.3
3. Tayaz E, Koç A. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020.23(1):147-56. Doi: 10.17049/ataunihem.441384
4. Tuna D, Ovayolu N, Duygu K. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *NefroHemDergi* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 28];13(1):17-25. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hemsire/issue/34384/363161>
5. Zülfünaz Ö, Turan G, Çelikkbilek F. Hemodiyaliz hastalarında ağrı inançları ile ağrı yönetimleri arasındaki ilişki. *NefroHemDergi*. 2020;15(3):226-34. Doi: 10.47565/ndthdt.2020.19
6. Zülfünaz Ö, Sebahat A. Hemodiyaliz hastalarında ağrı ve ağrı yönetimi. *İZÜFBED* [Internet]. 2020[cited 2021 Jun 18];2(2):1-7. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/izufbed/issue/54470/706259>
7. Terzi, B., & Kaya, N. Konfor kurami ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017[cited 2024 Feb 20]; 20(1), 67-74. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/28475/303469>
8. Orak Ş, Pakyüz SÇ, Kartal A. Ölçek geliştirme çalışması: Hemodiyaliz hastalarında konfor. *NefroHemDergi*[Internet]. 2017[cited 2021 Sep 7];12(2):68-77. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire/issue/30695/331781>
9. Gülay T, Eler Ç, Ökdem Ş, Çıtak E. Hemodiyaliz hastalarında konfor düzeyinin incelenmesi. *HUHEMFAD*. 2020;7(2):122-29.



Doi: 10.31125/hunhemsire.763155

10. Akça NK, Arslan D. Hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş altı bireylerde ağrı ve baş etme yöntemleri. *Turk Neph Dial Transpl.* 2015;24(3):278-82. doi: 10.5262/tndt.2015.1003.04
11. Bahadır Ö, Kürtüncü M. Müzik terapinin 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete ve ağrı yönetimine etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *EGEHFD* [Internet]. 2020[cited 2021 Jul 18];36(3):175-88. Available from <https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/58771/716881>
12. Demir CA, Zülfünaz Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi. *NefroHemDergi.* 2022;17(1):10-27. Doi: 10.47565/ndthdt.2022.49
13. Turgay G, Özdemir Eler Ç, Ökdem Ş, Kaya S. Hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisi. *NefroHemDergi.* 2020;15(1):16-22. Doi: 10.47565/ndthdt.2020.2
14. Freire SDML, Melo GAA, Lima MMDS, Silva RA, Caetano JÁ, Santiago JCDS. Contexts of experience of being (un) comfortable in patients with chronic kidney disease. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):e20190326. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0326
15. Can Ş, Arda A. Pain assessment in patients who receive hemodialysis treatment. *J Contemp Med.* November. 2021;11(6):768-73. doi:10.16899/jcm.920561
16. Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E. Pain in hemodialysis patients. *Turk Neph Dial Transpl* 2016; 25 (1): 88-94. DOI:10.5262/tndt.2016.1001.10
17. Dikmen RD, Aslan H. The effects of the symptoms experienced by patients undergoing hemodialysis treatment on their comfort levels. *J Clin Nephrol Ren Care.* 2020;6(2):060. Doi: 10.23937/2572-3286.1510060

# Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının, Umudun ve Hasta Güçlendirmenin İncelenmesi

## Examination of Illness Perception, Hope and Patient Empowerment in Patients Undergoing Hemodialysis

Yağmur ÖZMEN<sup>1</sup> , Zülfünaz ÖZER<sup>2</sup> 

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısı, umut ve hasta güçlendirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma, İstanbul'da Kasım 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında 253 hemodiyaliz hastası ile yapıldı. Çalışma verileri, "Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Sürekli Umudun Ölçeği, Hasta Güçlendirme Ölçeği" ile yüz yüze görüşme yoluyla toplandı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 57,13±14,32 yıl, hemodiyalize girme süresi 71,34±65,6 ay olup Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından Hastalık tipi 4,43±2,99, Süre (akut/kronik) 18,35±1,99, Sonuçlar 19,39±5,16, Kişisel kontrol 18,52±3,03, Tedavi kontrolü 17,12±2,98, Hastalığı anlayabilme 13,79±3,94, Süre (döngüsel) 14,62±3,36, Duygusal temsiller 18,56±6,2, Psikolojik atıflar 18,69±5,2, Risk faktörleri 21,27±6,72, Bağışıklık 9,68±2,77, Kaza veya şans 5,33±2,08 bulundu. Sürekli Umudun Ölçeği 39,64±11,32, Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarından Karar alma 3,33±0,8, Kimlik özdeşlik 3,12±0,98, Kişisel kontrol 3,36±1,02, Bilme anlama 3,42±0,96 ve Başkaları ile etkileşim 3,26±1,1 puan bulundu. Sürekli Umudun Ölçeği ile sonuçlar ( $r=-,300$ ,  $p<0,01$ ), hastalığı anlayabilme ( $r=-,337$ ,  $p<0,01$ ) ve duygusal temsiller ( $r=-,191$ ,  $p<0,01$ ) arasında ve Hasta Güçlendirme Ölçeği ile sonuçlar ( $r=-,364$ ,  $p<0,01$ ), Hastalığı anlayabilme ( $r=-,448$ ,  $p<0,01$ ) ve Duygusal temsiller ( $r=-,279$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif ilişki saptandı. Sürekli Umudun Ölçeği ve alt boyutları ile Hasta Güçlendirme Ölçeği arasında pozitif ilişki saptandı ( $r=,762$ ,  $p<0,01$ ).

### Abstract

**Aim:** This study aimed to examine disease perception, hope, and patient empowerment in patients undergoing hemodialysis.

**Materials and Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted with 253 hemodialysis patients in Istanbul between November 2023 and January 2024. Data were collected through face-to-face interviews using a Personal Information Form, the Illness Perception Scale (IPS), Dispositional Hope Scale (DHS), and Patient Empowerment Scale (PES).

**Results:** The study included 253 hemodialysis patients in Istanbul with a mean age of 57.13±14.32 years. The average hemodialysis duration was 71.34±65.6 months. The sub-dimensions of the Illness Perception Scale (IPS) yielded the following mean scores: Disease Type 4.43±2.99 points, Duration (acute/chronic) 18.35±1.99 points, Results 19.39±5.16 points, Personal control 18.52±3.03 points, Treatment control 17.12±2.98 points, Understanding the disease 13.79±3.94 points, Duration (cyclic) 14.62±3.36 points, Emotional representations 18.56±6.2 points, Psychological attributions 18.69±5.2 points, Risk factors 21.27±6.72 points, Immunity 9.68±2.77 points, Accident or chance 5.33±2.08 points. The Continuous Hope Scale was 39.64±11.32 points, alternative ways 20.88±5.82 points, activist thinking 18.76±6.11 points from the sub-dimensions of the Continuous Hope Scale. Patient Empowerment Scale 3.29±0.84 points, Patient Empowerment Scale sub-dimensions Decision making 3.33±0.8 points, Identity identification 3.12±0.98 points, Personal control 3.36±1.02 points, Knowing understanding 3.42±0.96 points and Interaction with others 3.26±1.1 points were found. A negative correlation was found between the Continuous Hope Scale and Outcomes ( $r=-,300$ ,  $p<0,01$ ), Understanding the Disease ( $r=-,337$ ,  $p<0,01$ ) and Emotional Representations ( $r=-,191$ ,  $p<0,01$ ) and between the HOS and Outcomes ( $r=-,364$ ,  $p<0,01$ ), Understanding the Disease ( $r=-,448$ ,  $p<0,01$ ) and

Geliş Tarihi / Submitted: 08 Mayıs/May 2024

Kabul Tarihi / Accepted: 28 Mayıs/May 2024

<sup>1</sup> Hemşire- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

<sup>2</sup> Doç. Dr.- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul/Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Zülfünaz ÖZER / **E-posta:** [zulfinazozer@gmail.com](mailto:zulfinazozer@gmail.com), **Adres:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halkalı, Küçükçekmece, İstanbul/Türkiye



Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2024; 19(2): 73-87

Journal of Nephrology Nursing 2024 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

**Sonuç:** Hastalığın negatif sonuçlarının, kişinin hastalığını iyi kavrama düzeyini ve kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini, umut ve güçlendirme düzeylerini azalttığı belirlendi. Hastaların umut düzeyi arttıkça güçlendirme düzeylerinin de arttığı saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalık Algısı; Hasta Güçlendirme; Hemodiyaliz; Hemşire; Umut

Emotional Representations ( $r=-,279$ ,  $p<0,01$ ). A positive correlation was found between the Continuous Hope Scale and its subscales and the Patient Empowerment Scale ( $r=,762$ ,  $p<0,01$ ).

**Conclusion:** Perceptions of negative disease consequences, limited disease understanding, and disease-related worries were associated with lower hope and empowerment. Conversely, higher hope scores correlated with increased patient empowerment.

**Keywords:** Disease Perception; Patient Empowerment; Hemodialysis; Nurse; Hope

## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), tüm dünyada bireylerin yaşamını kısıtlayan, yaşam kalitelerini bozduğu gibi, işlevselliğin yitirilmesine sebep olan ve bireylerin çalışma hayatlarını sonlandıran ve ağırlıklı olarak genç erişkinler olmak üzere tüm yaş gruplarını etkileyen bir durumdur (1). KBH'da glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik belirtiler başlamaktadır ve GFH 15-10 ml/dakikaya gerileyince Son Dönem Böbrek Yetersizliği (SDBY) gelişmektedir (2). KBH nedeniyle hemodiyaliz (HD) tedavisi gören hasta sayısı her geçen gün artmaktadır (3).

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından 2022 yılında yayınlanan sonuçlara göre HD, SDBY'de en sık kullanılan (%69,77) renal replasman tedavi (RRT) seçeneğidir (4). HD, toksin yüklü kanın hastadan suni bir zar yoluyla ve bir HD makinesi yardımı ile alınması, sıvı ve elektrolit içeriğinin düzenlenmesi ve tekrar hastaya verilmesi işlemidir (5). HD tedavisi, hastalar için haftada iki ya da üç gün boyunca ortalama dört-altı saat süren bir tedavi sürecini gerektirir. Bu süreçte cihaza bağımlı olmaları, makine alarmlarının kaygı ve endişeye yol açması gibi bir dizi fiziksel ve psikolojik soruna neden olabilir. Ayrıca, zamanın ve iş gücünün kaybı, cinsel fonksiyon bozuklukları, fonksiyon ve rol kaybı gibi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (6). Hastalarda yaşanan zorlukların artmasında veya azalmasında hastaların hastalığı algılama düzeyleri etkili olmaktadır (7).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Hastanın birey olarak hastalığa dair düşüncesi ve algısı, oluşturduğu davranışsal ve duygusal tepkilerinde, baş etme biçiminde, psikosos-

yal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişmesinde ve yaşam kalitesinde belirleyici bir faktördür (8). Hastalık algısı, bireyin hastalığa karşı geliştirdiği psikolojik cevabı ve tedaviye uyumu direkt etkilemektedir (9). KBH hastalarında hastalığın pozitif algılanması benlik saygısı ve özerkliği olumlu yönde etkilemektedir (10). Hastalar fiziksel fonksiyonlar ve genel sağlık algısının bozulması, psikolojik, sosyal ve duygusal problemler nedeniyle sorumluluklarını yerine getirmede güçlükler yaşamaktadır (11). Hastalarda yaşanan bu olumsuzluklar umutsuzluğa neden olabilmektedir (12).

Umut, sevgi, sevinç, bağışlama, şefkat, inanç, saygı, coşku, memnuniyet, tatmin, kontrol duygusu ve minnettarlıkla birlikte olumlu duyguların bir parçasıdır. Umut, özellikle kronik ve/veya ciddi hastalıklar nedeniyle tedavi gören bireylerin refahını sağlayan ve yaşam kalitesini artıran olumlu duygulara yol açan bir duygudur (13). Umut, geleceğe yönelik olumlu beklentiyle ilişkili bir durumdur ve etkili bir başa çıkma stratejisidir. Kişiyi harekete geçmeye, hayatta ilerlemeye teşvik eder ve kişinin ruhsal refahının anahtarıdır (14). Umut, insanların fiziksel ve zihinsel sağlıklarını iyileştirmelerine ve hayatlarını daha verimli yaşamalarına olanak sağlayabilmektedir. Umutlu insanlar kendilerine daha iyi bakabilmektedir (15). Umut, ruhsal iyilik durumlarını ve değer duygusunu yükseltmekte, daha iyi mental sağlık için sosyal ilişkiler kurmaya destek olmakta, anlamlı bir durum sağlamakta, şartlara uyum göstermek için zor durumda olan bir kişiye güçlüklerle baş etme yöntemi sunmaktadır (16). HD tedavisi uygulanan hastalarda umudun psikososyal problemlerin kontrolünde önemli bir faktör olduğu, mortalite ve hastaneye tekrarlı yatışları etkilediği görülmektedir (12).

Kronik hastalıkları olan hastaları tedavi sürecine katmak ve hastaları güçlendirmek hasta sonuçları ile hasta memnuniyetini artırmaktadır (17). Güçlendirme, hastaların pasif rollerinden kurtulmalarına, sağlıkları ve yaşam kalitesine ilişkin karar verme sürecinde aktif bir rol oynamalarına olanak sağlamak için tanıtılan karmaşık, çok boyutlu bir kavramdır. Güçlendirmeyi geliştirmenin faydaları çok geniştir; bunlar arasında, hastaların sıkıntı ve gerginlik düzeylerinde azalma, buldukları durum üzerinde tutarlılık ve kontrol hissinde artış, kişisel gelişim ve büyümenin yanı sıra konfor ve iç tatminin artması da yer almaktadır (18). HD hastalarının yaşadığı sorunlar doğru ve etkin bir şekilde yönetilmelidir (11). Hastaların sürece etkin bir biçimde katıldığı bu dönemde; hastanın bilgilendirilmesi ve deneyimler kazanması yani hastanın güçlendirilmesi daha önemli olmaktadır (19). HD'nin olumsuz etkilerini ve tedavinin yan etkilerini hafifletmek, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine destek olmak ve hastaların yaşam kalitelerini artırmak için sağlık ekibinin parçası olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir (3). HD hastalarında ortaya çıkan psikolojik sorunların altında yatan sebeplerle ilgili bilgiler çoğaldıkça, bakım veren hemşirelerin hastalara destek olmaları kolaylaşacak ve muhtemel psikolojik sorunların büyük bölümü ortaya çıkmadan önlenebilecektir (20). Fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sorun yaşayan hastaların hastalık ve tedavinin hastaları nasıl etkilediğinin anlaşılması, çözümlerin getirilmesi, diyaliz günlerini problemsiz geçirebilmeleri için etkin hemşirelik görevlerinin oluşturulmasında kanıt oluşturabileceği ve tedavi sürecine pozitif yönde destek sağlayabileceği düşünülmektedir (3). Bu çalışma hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısı, umut ve hasta güçlendirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

### Araştırmanın Soruları

1. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda hastalık algıları nasıldır?
2. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların umut düzeyleri nedir?
3. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların hasta güçlendirme düzeyleri nedir?

4. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta bireylerde hastalık algıları, umut ve güçlendirme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırma hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısı, umut ve hasta güçlendirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi sebebiyle yapılmıştır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

İstanbul'un Avrupa yakasında bulunan üç Eğitim ve Araştırma Hastanesinin diyaliz merkezi ve özel bir diyaliz merkezinde Kasım 2023 ile Ocak 2024 arasında hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde çalışma gerçekleştirildi. Bu çalışma için gerekli olan etik kurul onayları ve kurum izinleri alındıktan sonra yürütüldü.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ekim 2023 ile Aralık 2023 tarihleri arasında diyaliz ünitelerinde tedavi gören 391 hasta oluşturdu. Bu hastalar arasından dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 253 hasta ile veri toplama işlemi gerçekleştirildi (%67 katılım oranı).

### Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterlikte olmak

### Veri toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Sürekli Umut Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği ile toplanmıştır.

### Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form, sosyodemografik özellikler (yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir-gider durumu, birlikte yaşadığı kişiler) ile sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli olarak egzersiz yapımı, ne kadar süredir

kronik böbrek hastası olduğu, ne kadar süredir HD'ye eşlik eden hastalıklar, ailede KBH öyküsü, evde kendi ihtiyaçlarını bağımsız karşılayıp karşılamadığı, hemodiyaliz ile ilgili bilgi alıp almadığı ve aldığı bilginin yeterli olup olmadığı gibi tıbbi bilgileri içeren 18 sorudan oluşmaktadır (21-23).

### Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Bireylerin hastalık algısını ölçmek için orijinal formu Weinman tarafından (1996) (24) geliştirilen, Moss-Morris ve arkadaşları (2002) (25) gözden geçirilen, geçerlik ve güvenilirliği Kocaman ve arkadaşları tarafından (2007) (26) yapılan “*Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi, Hastalık Nedenleri ve Hastalık Hakkındaki Görüşleri*” olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. “*Hastalık tipi boyutu; boğazda yanma, ağrı, bulantı, kilo kaybı, yorgunluk, soluk almada güçlük, eklem sertliği, hırıltılı solunum, gözlerde yanma, baş ağrıları, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlükleri, güç kaybı*” gibi 14 maddeden meydana gelmektedir. Hastada hastalığı başlangıcından beri bu semptomları deneyimleyip deneyimlemediği ve bu semptomların hastalığı ile alakası olup olmadığı konusundaki fikrini evet veya hayır biçiminde cevaplayarak bildirmesi şekilde düzenlenmiştir. “*Hastalık Hakkındaki Görüşler*” bölümü, beşli Likert tip ölçüm kullanılan (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum), 38 sorudan oluşmakta ve yedi alt boyut içermektedir. Bunlar; “*sonuçlar, süre (akut/kronik), kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller*” olarak adlandırılmıştır.

Hastaların hastalık tipiyle ilgili yüksek puan almaları, hastalığın eşlik eden belirtilerinin artmasına dair güçlü bir inanca işaret eder. Ayrıca, sürenin akut ya da kronik olduğuna dair yüksek puanlar, durumun kronik olduğunu gösterirken, döngüsel süre alt boyutunda yüksek puanlar, durumun döngüsel doğasını belirtir. Sonuçlar alt boyutunda yüksek puan alanlar, hastalığın olumsuz sonuçlarına dair bir farkındalığa sahiptirler. Kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında yüksek puan almak, kişinin hastalığı ve tedaviyi etkileyebileceğine dair olumlu inançlarını yansıtır. Hastalığı anlama alt boyutunda yüksek puan, kişisel anlayışın derin olduğunu gösterirken, duygusal temsiller alt boyutunda yüksek

puan, hastalığın provoke ettiği olumsuz duyguların arttığını işaret eder. “*Hastalık Nedenleri*” bölümü beşli Likert tipinde ölçüm kullanılan (Kesinlikle böyle düşünüyorum- Kesinlikle böyle düşünmüyorum) 18 soruyu içermektedir. Bu bölümde, kişinin hastalığının muhtemel sebepleri ile ilgili fikirlerini araştırır ve dört alt boyutu kapsamaktadır. Bu alt boyutlar şunlardır: “*Risk Etkenleri, Psikolojik Atıflar, Kaza veya Şans ve Bağışıklık*”. Alt boyutların puan hesaplanması; her bir bölümde yer alan boyuttan elde edilen puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Yüksek skor hastalığa sebep olan etkenleri algılamayı göstermektedir. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur (26). Bu çalışmada değer 0,77 olarak saptanmıştır.

### Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ)

Bireylerin sürekli umut düzeylerini ölçmek için orijinal formu Snyder ve arkadaşları (1991) (27) tarafından geliştirilen, güvenilirlik ve geçerliliği Tarhan ve Bacanlı (2015) (28) tarafından yapılan SUÖ, “*Eyleyici Düşünme ve Alternatif Yollar Düşüncesi*” olmak üzere iki alt boyut ve toplam 12 maddeden meydana gelmektedir. “*Alternatif Yollar Düşüncesi*”: Bu boyut istenen hedeflere ulaşmada kullanılabilir yöntemler bulma yeteneğidir. Bu boyut bireyin normal ya da ağır şartlar altında istenen amaçlar için başarılı planlar yapabilme ve yollar elde edebilme yeteneğine dair algısıdır. Puan yükseldikçe Alternatif yollar düşünce düzeyinin arttığı görülmektedir. “*Eyleyici Düşünce*”: Bu boyut hedefi başarmayı isteme ve hedefi başarabilmek için kendisinde azim hissetme olarak kabul edilmektedir. Bu boyut, eskiden içinde bulunulan dönemde ve gelecekte amacı başarmada, başarılı kararlar verildiğine/ verilebileceğine dair düşüncelere ve duygularına karşılık gelir. Puan yükseldikçe eyleyici düşünce düzeyinin arttığı görülmektedir. SUÖ, 15 yaş ve üzerindeki bireylere uygulanabilen sekizli likert tipli bir ölçektir (8= kesinlikle doğru- 1= kesinlikle yanlış). Ölçekten alınabilecek puanlar sekiz ila 64 arasında değişmektedir. Toplam puan yükseldikçe umut düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (28). Bu çalışmada değer 0,68 olarak saptanmıştır.

## Hasta Güçlendirme Ölçeği (HGÖ)

Hasta güçlendirme düzeylerini ortaya çıkarmak sebebiyle orijinal formu Small (2012) (29) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve Işık (2018) (30) tarafından yapılan HGÖ 37 ifade ve beş alt boyuttan “*Kişisel Kontrol, Kimlik/Özdeşleşme, Karar Alma, Başkaları ile Etkileşim, Bilme ve Anlama*” oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan ifadeler (5-Kesinlikle katılıyorum-1-Kesinlikle katılmıyorum) beşli Likert sistemi kullanılarak puanlanmıştır. Ölçekten alınan puan beşe doğru yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, bire doğru indikçe hasta güçlendirme düşük olarak görülmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (30). Bu çalışmada değer 0,96 olarak saptanmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirilmesi için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Çalışmanın verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov analiz yöntemi ile test edilmiştir. Ayrıca parametrik testler ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (07.07.2023 tarih 2023/06 sayı) onay alınmıştır. İlgili diyaliz ünitelerinden çalışma yapılmasına ilişkin kurum izni (İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 28.11.2023 tarih 2023/19 sayı, özel diyaliz merkezinden (24.10.2023 tarih) alınmıştır. Çalışmaya katılan her bir katılımcıya veri toplama öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklamalar yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formuyla yazılı izin alınmıştır.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 57,13±14,32 yıl, KBH süresi (ay) ortalama 100,41±90,76, HD girme süresi (ay) ortalama 71,34±65,6, %58,5'i erkek, %71,9'u

evli, %47'si ilkokul, %78,7'sinin çocuğu bulunmakta, %90,1'i çalışmamakta, %67,2'si geliri giderden az, %45,8'i eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %72,7'si sigara ve %97,2'si alkol tüketmemektedir (Tablo 1).

Hastaların %26,1'i düzenli egzersiz yapmakta, %65,6'sının ek kronik hastalığı bulunmakta, %66,8'i ailede KBH bulunmakta, %73,9'u günlük yaşam aktivitelerini bağımsız ihtiyaç karşılayabilmekte, %74,3'ü HD ile ilgili bilgi almış ve %51'i HD ile ilgili alınan bilgiyi yeterli bulmaktadır (Tablo 2).

Hastaların HAÖ alt boyut puan ortalamaları Hastalık Tipi 4,43±2,99, Süre (akut/kronik) 18,35±1,99, Sonuçlar 19,39±5,16, Kişisel Kontrol 18,52±3,03, Tedavi Kontrolü 17,12±2,98, Hastalığı Anlayabilme 13,79±3,94, Süre (Döngüsel) 14,62±3,36, Duygusal Temsiller 18,56±6,2, Psikolojik Atıflar 18,69±5,2, Risk Faktörleri 21,27±6,72, Bağışıklık Değeri 9,68±2,77, Kaza veya Şans 5,33±2,08 puandır. SUÖ ortalaması 39,64±11,32, Alternatif yollar 20,88±5,82, Eyleyici düşünce 18,76±6,11 puan olarak saptanmıştır. HGÖ puan ortalaması 3,29±0,84, Karar alma 3,33±0,8, Kimlik özdeşlik 3,12±0,98'dir. Kişisel kontrol puan ortalaması 3,36±1,02, Bilme anlama 3,42±0,96, Başkaları ile etkileşim 3,26±1,1 puandır (Tablo 3).

Hastalar hastalığın başlangıcından itibaren en çok yorgunluk (%87,4), uyku güçlükleri (%68,8), güç kaybı (%63,6) ve baş ağrıları (%63,2) yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Sürekli Umut Ölçeği ve sonuçlar ( $r=-,300$ ,  $p<0,01$ ), Hastalığı Anlayabilme ( $r=-,337$ ,  $p<0,01$ ) ve Duygusal Temsiller ( $r=-,191$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. SUÖ ile Kişisel Kontrol ( $r=,417$ ,  $p<0,01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. HGÖ ile Süre (Akut/Kronik) ( $r=,133$ ,  $p<0,05$ ) ve Kişisel Kontrol ( $r=,447$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. HGÖ ile Sonuçlar ( $r=-,364$ ,  $p<0,01$ ), Hastalığı Anlayabilme ( $r=-,448$ ,  $p<0,01$ ) ve Duygusal Temsiller ( $r=-,279$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. SUO ve alt boyutları ile HGÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 1.** Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler		Ort±SS	Min-Max (Median)
Yaş		57,13±14,32	20-86 (59)
Kronik Böbrek Hastalığı Süresi (Ay)		100,41±90,76	6-564 (72)
Hemodiyalize Girme Süresi (Ay)		71,34±65,6	1-360 (48)
		<b>n</b>	<b>%</b>
Cinsiyet	Kadın	105	41,5
	Erkek	148	58,5
Medeni Durum	Evli	182	71,9
	Bekar	71	28,1
Eğitim Durum	Okuryazar Değil	66	26,1
	İlkokul	119	47,0
	Ortaokul	38	15,0
	Lise-Üniversite	30	11,9
Çocuk Varlığı	Var	199	78,7
	Yok	54	21,3
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	14	7,0
	2 Çocuk	52	26,1
	3 Çocuk	48	24,1
	4 Çocuk	33	16,6
	5 Çocuk	26	13,1
	6 Çocuk ve Üzeri	26	13,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	9,9
	Çalışmıyor	228	90,1
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	170	67,2
	Gelir Gidere Eşit	77	30,4
	Gelir Giderden Fazla	6	2,4
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	19	7,5
	Eşi	60	23,7
	Eşi ve Çocukları	116	45,8
	Anne/Baba	29	11,5
	Yakınları/ Akrabaları	29	11,5
Sigara Kullanım Durumu	Evet	69	27,3
	Hayır	184	72,7
Alkol Kullanım Durumu	Evet	7	2,8
	Hayır	246	97,2

**Tablo 2.** Hastaların Hastalık Özellikleri

Değişkenler		n	%
Düzenli Egzersiz Durumu	Evet	66	26,1
	Hayır	187	73,9
Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Kronik Hastalık Durumu	Evet	166	65,6
	Hayır	87	34,4
Ailede Kronik Böbrek Hastalık Varlık Durumu	Evet	86	34,0
	Hayır	167	66,0
Kronik Böbrek Hastalığı Akraba Yakınlığı (n=86)	1.Derece Akraba	58	22,9
	2.Derece Akraba	28	11,1
Evde Bağımsız İhtiyaç Karşılama Durumu	Evet	187	73,9
	Hayır	66	26,1
Hemodiyaliz ile İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	188	74,3
	Hayır	65	25,7
Hemodiyaliz ile İlgili Alınan Bilginin Yeterlilik Durumu	Evet	129	51,0
	Hayır	124	49,0

**Tablo 3.** Hastalık Algısı Ölçeği, Sürekli Umud Ölçeği, Hasta Güçlendirme Ölçeği Ölçüm Ortalamaları

Değişkenler	Ort±SS	Min-Max (Median)	
<b>Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu</b>	4,43±2,99	0-24 (4)	
<b>Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutları</b>	Süre (Akut/Kronik)	18,35±1,99	6-24 (18)
	Sonuçlar	19,39±5,16	10-72 (20)
	Kişisel Kontrol	18,52±3,03	6-26 (19)
	Tedavi Kontrolü	17,12±2,98	7-25 (17)
	Hastalığı Anlayabilme	13,79±3,94	7-22 (13)
	Süre (Döngüsel)	14,62±3,36	4-20 (15)
	Duygusal Temsiller	18,56±6,2	6-30 (20)
<b>Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Boyutları</b>	Psikolojik Atıflar	18,69±5,2	6-30 (18)
	Risk Faktörleri	21,27±6,72	7-35 (22)
	Bağışıklık	9,68±2,77	3-15 (10)
	Kaza veya Şans	5,33±2,08	2-10 (5)
<b>Sürekli Umud Ölçeği</b>	39,64±11,32	13-64 (40)	
<b>Sürekli Umud Ölçeği Alt Boyutları</b>	Alternatif Yollar	20,88±5,82	6-32 (21)
	Eyleyici Düşünce	18,76±6,11	5-32 (19)
<b>Hasta Güçlendirme Ölçeği</b>	3,29±0,84	1,11-4,95 (3,43)	
<b>Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları</b>	Karar Alma	3,33±0,8	1,38-5 (3,38)
	Kimlik Özdeşlik	3,12±0,98	1-5 (3,22)
	Kişisel Kontrol	3,36±1,02	1-5 (3,57)
	Bilme Anlama	3,42±0,96	1-5 (3,5)
	Başkaları ile Etkileşim	3,26±1,1	1-5 (3,6)

**Tablo 4.** Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Boyutu Ölçüm Dağılımı

Değişkenler	n	%
Ağrı	136	53,8
Boğazda Yanma	52	20,6
Bulantı	100	39,5
Soluk Almada Güçlük	102	40,3
Kilo Kaybı	145	57,3
Yorgunluk	221	87,4
Eklem Sertliği	78	30,8
Gözlerde Yanma	66	26,1
Hırıltılı Soluma	38	15,0
Baş Ağrıları	160	63,2
Mide Yakınmaları	118	46,6
Uyku Güçlükleri	174	68,8
Sersemlik Hissi	135	53,4
Güç Kaybı	161	63,6



**Tablo 5.** Hastalık Algısı Ölçeği, Sürekli Umud Ölçeği, Hasta Güçlendirme Ölçeği Korelasyon Analizi

Değişkenler		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Hastalık Tipi	r	1														
2. Süre (Akut/kronik)	r	0,025	1													
3. Sonuçlar	r	,211**	-0,059	1,000												
4. Kişisel Kontrol	r	-0,063	,181**	-,170**	1											
5. Tedavi Kontrolü	r	0,108	0,057	0,09	0,112	1										
6. Hastalığı Anlayabilme	r	,203**	0,01	,308**	-,144*	-,125*	1,000									
7. Süre (Döngüsel)	r	0,02	0,015	,184**	-0,058	,003	,180**	1								
8. Duygusal Temsiller	r	,241**	-0,023	,438**	-,159*	0,03	,232**	,154*	1,000							
9. Psikolojik Atflar	r	,185**	0	0,009	,245**	0,123	-0,062	-0,013	0,122	1,000						
10. Risk Faktörleri	r	0,061	0,043	0	,197**	,281**	-,198**	-,182**	0,041	,417**	1					
11. Bağısıklık	r	,161*	-0,017	-0,014	,173**	,208**	-0,097	-0,052	0,05	,402**	,474**	1,000				
12. Kaza veya Şans	r	,234**	0,007	0,097	0,035	,177**	,042	0,032	0,11	,201**	,381**	,248**	1			
13. Alternatif Yollar	r	-0,005	0,068	-,270**	,390**	,110	-,313**	-0,018	-,154*	0,11	0,107	0,052	,156*	1		
14. Eyleyici Düşünce	r	-0,08	,173**	-,300**	,403**	0,017	-,328**	0	-,204**	0,122	0,094	,065	,143*	,802**	1,000	
15. Sürekli Umud Ölçeği	r	-0,046	0,122	-,300**	,417**	0,062	-,337**	-0,043	-,191**	0,122	0,107	0,061	,157*	,941**	,953**	1
16. Karar Alma	r	-0,038	,073	-,153*	,267**	0,08	-,215**	0,09	-0,006	0	-0,038	-0,038	0,071	,503**	,512**	,532**
17. Kimlik Özdeşlik	r	-,211**	,106	-,391**	,361**	,017	-,431**	-0,064	-,341**	0,065	0	,004	0,003	,660**	,716**	,725**
18. Kişisel Kontrol	r	-,071	,133*	-,349**	,460**	,152*	-,464**	-,088	-,308**	,223**	,224**	0	0,119	,645**	,684**	,698**
19. Bilme Anlama	r	-,075	,152*	-,328**	,442**	0,116	-,407**	0,013	-,275**	,170**	,139*	0,048	0	,657**	,656**	,688**
20. Başkaları ile Etkileşim	r	-0,031	,089	-,307**	,373**	,047	-,387**	-0,096	-,227**	,194**	,177**	0,003	0,058	,592**	,551**	,594**
20. Hasta Güçlendirme Ölçeği	r	-,114	,133*	-,364**	,447**	0,088	-,448**	-0,045	-,279**	,163**	,115	0,025	0,07	,715**	,737**	,762**

Spearman's \*p<0,05, \*\*p<0,01

## TARTIŞMA

Hemodiyaliz, SDBY olan hastaların hayatlarını sürdürebilmeleri için en çok kullanılan RRT seçeneklerinden biridir (4). Hayat kurtarıcı bir tedavi olan HD, uzun süre uygulandığında bireyin yaşamında istenmeyen sorunlara ve bireylerin birçok semptom yaşamasına sebep olmaktadır (31). Hastaların hastalıklarını nasıl hissettikleri yaşanan bu semptomların artmasında veya azalmasında önemli bir faktördür (7). Hastalarda yaşanan bu olumsuzluklar umutsuzluğa neden olabilmektedir (12). Umudun, hastaların hastalığa ve hastalığın etkilerine adapte olmalarına, zihinsel acılarını azaltmasına, yaşam kalitelerini artırmasına yarar sağladığı görülmektedir (16). HD hastalarının yaşadığı sorunlar doğru ve etkin bir şekilde yönetilmelidir (11). Bu çalışma hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısı, umud ve hasta güçlendirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada hastaların en sık yorgunluk (%87,4), uyku s (%68,8), güç kaybı (%63,6) ve baş ağrısı (%63,2) semptomları yaşadıkları görülmüştür. HD hastalarında gelişen L-carnitine eksikliği (diyaliz kaybı, böbreklerden üretiminin azalması ve diyetle alımın azalmasına bağlı), anemi ve yorgunluk gibi sorunların altında yatan sebep olarak belirtilmektedir. Yorgunluğun, HD hastalarında %45-80 oranında olduğu ve anemi, depresyon, uyku bozuklukları, malnutrisyon, komorbid durum ve fiziksel inaktivite ile arttığı görülmektedir (32). Kronik böbrek hastalarının yaşadığı yaygın semptomlar arasında yorgunluk, kaşıntı, sinirlilik, anksiyete ve mide bulantısı görülmektedir (33). Fleishman ve arkadaşlarının (2020) (34) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin en sık yorgunluk, cinsel doyumsuzluk, zorlanma, cinsel ilgide azalma, endişe, uykuyu sürdürme güçlüğü ve uykuya dalma zorluğu yaşadığı görülmüştür.

Zamanian ve Kharameh tarafından (2015) (35) İran'da yapılan çalışmada en çok bildirilen fiziksel semptomun %85,3 oranında yorgunluk olduğu, Caplin ve arkadaşları (2011) (36) tarafından ise yapılmış bir çalışmada %82 düzeyinde yorgun hissetme ve enerjide azalma olduğu saptanmıştır. Görüş ve arkadaşlarının (2016) (37) araştırmasında en sık görülen semptomlar; yorgunluk ve enerji eksikliği (%85,5), kas krampları (%59,6), ve uykuya dalmada zorlanma (%52,8) olarak görülmüştür. Akgöz ve Arslan'ın (2017) (38) yapmış olduğu çalışmada hastalar tarafından en fazla deneyimlenen ilk üç semptomun yorgun hissetme veya enerjide azalma (%74,3), baş ağrısı (%62,9), kemik veya eklem ağrısı (%61) olduğu belirtilmiştir. Demir ve Özer'in (2022) (39) çalışmasında ise HD tedavisi alan bireylerin en çok deneyimledikleri semptomların yorgunluk (%72,6), rahatsızlık (%56,5) ve kaygılı olma (%47,9) olduğu belirlenmiştir. Bizim araştırma bulgularımız ile yapılmış çalışmaların sonuçları paralellik göstermektedir. Hastaların en fazla güç kaybı ve yorgunluk semptomlarından yakınmasında hemodiyaliz seanslarının etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada HAÖ alt boyutlarının puanları üzerinden yapılan değerlendirmede; HAÖ'nün en yüksek boyutu Risk Faktörleri (21,27±6,72) ve Sonuçlar (19,39±5,16); en düşük boyutu ise Kaza veya Şans (5,33±2,08) olarak bulunmuştur. Hastaların hastalıklarının nedenleri hakkında görüşlere sahip olduklarını ve hastanın hastalığının negatif sonuçları olduğuna dair inançlarının arttığını göstermektedir. Strugala ve arkadaşları (2019) (40) tarafından yapılmış bir çalışmada, zaman çizelgesi ve sonuçlar alt boyutu puanı diğer alt boyutlara göre yüksek bulunmuştur. Suudi Arabistan'da yapılmış farklı bir çalışmada HD uygulanan hastaların süre (döngüsel), sonuçlar ve hastalık tutarlılığı alt boyutu puanı diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur (41). Mollaoğlu ve arkadaşları (2016) (42) tarafından yapılmış çalışmada HD uygulanan hastaların zaman çizelgesi alt boyutu puanının yüksek, kimlik alt ölçek puanlarının ise düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011) (10) yapmış olduğu çalışmada hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde;

duygusal temsiller algısı, süre (akut/kronik) algısı ve kişisel kontrol algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Hastalığı anlayabilme algısı puan ortalaması en düşük bulunmuştur. Cengiz ve Sarıtaş (2019) (43) tarafından yapılmış çalışmada HD uygulanan hastaların hastalıkla ilgili görüşleri incelendiğinde en yüksek süre (akut/kronik) alt boyutu ve duygusal temsil alt boyutu puan ortalaması olduğu görülmüştür. Bu çalışmada Risk Faktörleri ve Sonuçlar alt boyutunun puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre yüksek bulunması hastaların hastalıklarının sebepleri ile ilgili görüşlere sahip olmasından ve hastaların hastalığının negatif sonuçları olduğuna dair inançlarının yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Bireyler fiziksel bir hastalık geliştirdiğinde, hastalıklarıyla ilgili belirli bir inanç, temsil veya algı modeli oluşturma eğilimindedirler. Bu zihinsel temsiller, Sağduyu Öz Düzenleme Modeli olarak bilinen bir öz düzenleme çerçevesinde kavramsallaştırılmaktadır. Modele göre insanlar, hastalık inançları veya sağlık tehdidine ilişkin hastalık algıları olarak da bilinen kendi bilişsel ve duygusal temsillerini geliştirerek sağlık tehdidini anlamlandırır. Böylece hastalık algıları üç aşamada işlenir; Yorumlama; bireyin demografik özellikler, bilgi veya eğitim ve semptom algısı gibi içsel faktörlere dayalı olarak hastalık algılarını oluşturmalarıdır. Bunu, bireyin hastalıkla ilişkili sağlık tehdidini azaltmaya yönelik stratejiler belirlemesine olanak tanıyan başa çıkma prosedürleri takip eder ve son olarak, bireyin benimsediği başa çıkma stratejilerinin sonuçlarını analiz ettiği değerlendirme gerçekleşir (44).

Bu çalışmada SUO puanı 39,64±11,32 olarak saptanmıştır. SUÖ'den alınabilecek en düşük puan sekiz, en yüksek puan 64 (28) olduğu göz önünde bulundurulduğunda hastaların umutları orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca Alternatif Yollar (20,88±5,82) puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmaya katılan hastaların normal ya da zorlu şartlar altında istenen amaçlar için başarılı planlar yapabilme ve yollar üretebilme düzeyi daha fazladır. Yapılmış diğer çalışmalarda HD uygulanan hastaların umut düzeyi orta bulunmuştur (45-47). Tavassoli ve arkadaşlarının (2019) (48) yapmış

olduğu çalışmada HD uygulanan hastaların büyük çoğunluğunda umudun yüksek olduğu görülmüştür. Park ve Yoo'nun (2016) (49) çalışmasında hastaların umut düzeyi ortalamanın üstünde bulunmuştur. Zeabadi ve arkadaşları (2022) (50) tarafından yapılmış çalışmada hastaların umut düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada Alternatif Yollar alt boyutunun puan ortalamasının diğer alt boyuta göre yüksek bulunması hastaların istedikleri amaçlara ulaşmak için yollar üretebilme düzeyinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Umut düzeyi fazla bireyler daha fazla yaşam hedefine sahiptirler ve bu hedeflere erişmek için daha çok strateji üretebilirler. Ayrıca kendilerine güvenli, canlı, enerjik, istekli ve güçlüklerle başa çıkabilecek kuvvettedirler, önemli bir güçlükle karşılaşınca başarısızlıktan çok hedefi takip etmeye odaklanırlar, uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerine inanırlar (27).

Bu çalışmada HGÖ puanı  $3,29 \pm 0,84$  olarak saptanmıştır. HGÖ'den alınan puan beşe doğru yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, bire doğru indikçe hasta güçlendirme düşük olarak görülmektedir (30). Bu bilgiye dayanarak mevcut çalışmada HD uygulanan hastaların güçlendirilmeleri orta düzeyde bulunmuştur. Literatürde HD hastalarında HGÖ ve alt boyutlarının ortalamasını inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından farklı gruplarda yapılan çalışmalarla değerlendirilmiştir. Özmen ve Kocakaya'nın (2024) (51) yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde kanser hastalarının hasta güçlendirme seviyesinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark. (2020) (52) da toplam 515 hasta ile yürüttükleri çalışmada, hastaların güçlendirme düzeyini ortalamanın üzerinde bulmuşlardır. Romatoid artritli hastalarla yapılan çalışmada da hastaların güçlendirme düzeyleri ortalama bir seviyede bulunmuştur (53). Bu çalışmada hastalarda HGÖ ve alt boyutlarını etkileyen faktörler cinsiyet, eğitim durumu, çocuk varlığı, gelir durumu, düzenli egzersiz yapma, farklı bir kronik hastalığın olması, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu ve bu bilginin yeterlilik durumu olarak tespit edilmiştir. Güçlendirme, kişilerin gereksinim duydukları kaynaklara ulaşmalarını, sorunlarını anlamalarını, eleştirel

düşünerek kendi kararlarını almalarını, kişisel seçimlerini belirlemelerini, diğer bireylerle güçlü ilişkiler kurmalarını sağlar (30). KBH'li hastalar ve bakım ortakları da dahil olmak üzere aile üyeleri, belirlenen sağlık sonuçlarına ve yaşam hedeflerine ulaşmaları için güçlendirilmelidir (54). Hastayı güçlendirme faktörlerinin belirlenmesi, kronik rahatsızlıkları olan hastalarda daha iyi sonuçlara ulaşmak için özellikle önemlidir (55).

Bu çalışmada Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme, Duygusal Temsiller ile SUÖ ve HGÖ arasında negatif; SUÖ ve alt boyutları ile HGÖ arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin algısı, yarattığı duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini belirleyici bir unsurdur (26). HD tedavisi alan hastalarda fiziksel veya psikolojik çok fazla sorun görülmektedir. Bu sorunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım gücünü olumsuz etkileyebilmektedir (12). Semptomları KBH'ye atfetmenin zorluğu, hastaların hastalıklarını kronik, doğası gereği daha öngörülemez olarak algılamalarına yol açmaktadır ve bu da hastaların kontrol duygusunu ve öz yönetim rejimlerine bağlılığını etkileyebilmektedir (44). Yapılan bir araştırmada diyaliz uygulanan hastaların umut düzeylerinin iyi olmadığı (56), bu durumun HD tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunu zorlaştırabileceği söylenmiştir (57). Umut düzeyi yükseldikçe, hastaların doktorun önerdiği tarihte düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme, kan basıncı ölçümü, kan tahlili gibi rutin kontrolleri eksiksiz yaptırma, hastalığının yönetimi ile ilgili diyetini düzenli uygulama ve sıvı kısıtlamasına ya da sıvı alımına dikkat etme gibi tedaviye uyumları daha iyi olmaktadır (12). Umudun iyileştirme gücü olmasa da, hastaya mücadeleye devam etmesi ve klinik iyileştirmeleri takip etmesi konusunda cesaret vermektedir (57). HD, hastaların günlük rutininde pek çok değişiklik gerektirdiğinden bazı süreçler bireylerin umut düzeylerini etkilemektedir. Ancak hastalık karşısında umudunu sürdürebilmek sürekli ve önemli bir süreçtir çünkü bireyi yeni yollar aramaya veya hastalığın getirdiği yeni durumu kabul etmeye teşvik eder. Bu bağlamda kişinin günlük zorluklarla başa çıkma stratejilerini destekleyebilir

ve güçlendirilmesini sağlayabilir (14). Yücens ve arkadaşları (2019) (58) tarafından yapılmış bir çalışmada, KBH olan hasta grubunun sağlıklı insanlara kıyasla daha düşük umut düzeylerine ve daha fazla işlevsiz başa çıkma stratejilerine sahip olduğu belirtilmiştir. HD hastalarının umut düzeyinin yüksek olması stres, endişe ve üzüntülerini azaltmaktadır. Bu nedenle özellikle kronik hastalarda umudu geliştirecek ve güçlendirecek müdahalelerin yapılması gerekli görünmektedir (59). Hastaların güçlendirilmesi ile, hastalar sağlıklarının farkında olan, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile etkili iletişim kurabilen, sağlık okuryazarlığı yüksek, kullanması gereken ilaçları nasıl ve ne zaman kullanacağını bilen, sağlıklı davranışları benimseyen bireyler haline gelirler. Ayrıca; pasif hasta rolünden çıkıp, sağlık sisteminin bir parçası olarak katılımcı bir rol alırlar. Tanı ve tedavisinde üzerine düşeni yapabilir, hastalıklardan koruyucu ve sağlığı geliştirici faaliyetlerin farkında olan bireyler haline gelirler (60).

## SONUÇ

Bu çalışmada hastaların en çok yorgunluk, uyku güçlükleri, güç kaybı ve baş ağrısı semptomları yaşadıkları görülmüştür. Bu çalışmada HAÖ alt

boyutlarının puanları üzerinden yapılan değerlendirilmede; HAÖ'nün en yüksek boyutu Risk Faktörleri ve Sonuçlar; en düşük boyutu ise Kaza veya Şans olarak bulunmuştur. Hastaların umutları ve güçlendirme düzeyleri orta bulunmuştur.

Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme, Duygusal Temsiller ile SUÖ ve HGÖ arasında negatif; SUÖ ve alt boyutları ile HGÖ arasında pozitif ilişki saptandı. Hastalığın negatif sonuçları, kişinin hastalığını iyi kavrama düzeyi ve kişinin hastalığıyla ilgili endişeleri umut ve güçlendirme düzeylerini azaltmaktadır. Hastaların umut düzeyi artıka güçlendirme düzeyleri de artmaktadır. HD hastalarının hastalığı nasıl algıladıkları, umut ve güçlendirme düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve bu hastalarda umut ve güçlendirme düzeylerini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi, hastalara bütüncül yaklaşımda bulunularak hasta ve hasta yakınlarına gerekli eğitim ve danışmanlıkların verilmesi, hemodiyaliz ünitelerinde görevli hemşirelere güçlendirme ile ilgili faktörler konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi, hastaların güçlendirme yararları konusundaki farkındalıklarının artırılması, çalışmanın farklı örneklem grubunda tekrarlanması önerilmektedir.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışma için etik komite onayı, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Tarih ve no: 07.07.2023 tarih 2023/06 sayı).

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılarak destek olan tüm hemodiyaliz hastalarına teşekkürlerimizi sunarız.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: YÖ, ZÖ

Veri toplama: YÖ

Veri analizi ve yorum: YÖ, ZÖ

Makalenin hazırlanması: YÖ, ZÖ

Eleştirel inceleme: YÖ

## Kaynaklar

1. Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *NefroHemDergi* [Internet]. 2016[cited 2023 Ap 10];11(1):43-54. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/403808>
2. Birol L, Pakyüz SÇ. Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Akdemir N. (Ed.). In: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 6. Baskı. Ankara:Akademisyen Kitabevi;2020. p.699-786
3. Keskin AY, Özpulat F. Kronik böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları güçlükler. *Sağlık ve Toplum* [Internet]. 2019[cited 2023 Ap 10];1:32-43. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Alev-Yildirim-Keskin/publication/337051119\\_Difficulties\\_Experienced\\_by\\_Patients\\_Who\\_Receive\\_Hemodialysis\\_Treatment\\_Due\\_to\\_Chronic\\_Renal\\_Failure/links/5dc2a6f8a6fdcc212808e19e/Difficulties-Experienced-by-Patients-Who-Receive-Hemodialysis-Treatment-Due-to-Chronic-Renal-Failure.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alev-Yildirim-Keskin/publication/337051119_Difficulties_Experienced_by_Patients_Who_Receive_Hemodialysis_Treatment_Due_to_Chronic_Renal_Failure/links/5dc2a6f8a6fdcc212808e19e/Difficulties-Experienced-by-Patients-Who-Receive-Hemodialysis-Treatment-Due-to-Chronic-Renal-Failure.pdf)
4. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon registry 2022. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 15];p.1-51. Available from: <https://avesis.ankara.edu.tr/yayin/f52e56c1-7e04-4348-bf09-f3ba3b2048e2/turkiyede-nefroloji-diyaliz-ve-transplantasyon-registry-2022>
5. Enç N, Uysal H. Diyaliz tedavisi ve hemşirelik bakımı. Enç, N. (Ed.). In: *İç Hastalıkları Hemşireliği*. 3. Baskı. İstanbul;Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p.313-23
6. Rakhshan M, Mirshekari F, Dehghanrad F. The relationship between illness perception and self-care behaviors among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020[cited 2023 Ap 20];15(2):150. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215252/>
7. Özer Z, Turan GB, Öztürk D. Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: Karşılaştırmalı bir çalışma. *BAUN Sağ Bil Derg* [Internet]. 2022[cited 2023 Ap 15];11(1):10-7. Available from: <https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12436/5211/10.53424-balikesirsbd.959613-1850518.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Yorulmaz H, Keçeci N, Tatar, A. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisi. *Literatür Sempozyum*;2014. p.40-5
9. Süt HK. Jinekolojik cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörler. *Bakırköy Tıp Derg* [Internet]. 2017[cited 2023 Ap 10];13:83-90. Available from: [https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_23521/BTD-13-83.pdf](https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_23521/BTD-13-83.pdf)
10. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hem ve Sağlık Bil Derg* [Internet]. 2011[cited 2023 Ap 10];14(4):25-31. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29591>
11. Şanlıtürk D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *NefroHemDergi* [Internet]. 2018[cited 2023 Ap 10];13-7. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/418873>
12. Yılmaz FT, Sert H, Kumsar AK, Aygin D, Sipahi S, Genç AB. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* [Internet]. 2020[cited 2023 Ap 15];11(1):35-43. Available from: [journal.acibadem.edu.tr/tr/download/article-file/1701762](http://journal.acibadem.edu.tr/tr/download/article-file/1701762)
13. Moreira RA, da Silva Borges M, Moura ALG. The hope of patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Multidisciplinary Experiences in Renal Replacement Therapy* [Internet]. 2022[cited 2023 Dec 14];27 Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/79520>
14. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SC, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(2):248-54. doi: 10.1590/0104-1169.3323.2409.
15. Pasyar N, Jowkar M, Rambod M. The predictive role of hope and social relational quality in disability acceptance among Iranian patients under hemodialysis. *BMC Nephrol*. 2023;24(1):101. doi: 10.1186/s12882-023-03161-x.
16. Barmanpek NK, Kılıç SP. Kronik hastalıklar ve umut terapisi. *İKÇÜ Sağ Bil Fak Derg* [Internet]. 2022[cited 2023 Ap 10];7(1):185-90. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1609116>
17. Jørgensen CR, Thomsen TG, Ross L, Dietz SM, Therkildsen S, Groenvold M, Johnsen AT. What facilitates “patient empowerment” in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research* [Internet]. 2018[cited 2023 Ap 10];28(2):292-304. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732317721477>

18. Cuzco C, Castro RT, Torralba Y, Manzanares I, Rey PM, García MR, Momblan MM, Estalella GM, Hito PD, Castro P. Nursing Interventions for Patient Empowerment during Intensive Care Unit Discharge: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11049. doi: 10.3390/ijerph182111049.
19. Kaya N, Işık O. Hastaların hasta güçlendirmeyle ilgili değerlendirmeleri. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi [Internet]. 2019[cited 2023 Ap 10] Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Nazli-Kaya/publication/341103426\\_HASTALARIN\\_HASTA\\_GUCLENDIRMEYLE\\_ILGILI\\_DEGERLENDIRMELERI/links/5ead745aa6fdcc7050a2155f/HASTALARIN-HASTA-GUCLENDIRMEYLE-ILGILI-DEGERLENDIRMELERI.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nazli-Kaya/publication/341103426_HASTALARIN_HASTA_GUCLENDIRMEYLE_ILGILI_DEGERLENDIRMELERI/links/5ead745aa6fdcc7050a2155f/HASTALARIN-HASTA-GUCLENDIRMEYLE-ILGILI-DEGERLENDIRMELERI.pdf)
20. Büyükbayram Z, Ayık DB, İl DA. Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. *NefroHemDergi* [Internet]. 2021[cited 2023 Ap 10];16(3):134-43. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hemsire/issue/65182/989647>
21. Akbaba Ö. Hemodiyaliz hastaları için geliştirilen mobil tabanlı eğitim ve danışmanlığın yaşanılan semptomlara ve hastalığa uyuma etkisi [dissertation]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2022.
22. Cengiz DU. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının umutsuzluk düzeyi üzerine etkisi [dissertation]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2017.
23. Dikmen RD. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeylerine etkisi [dissertation]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2020.
24. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* [Internet]. 1996[cited 2023 Ap 10];11:431-45. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449608400270>
25. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* [Internet]. 2002[cited 2023 Ap 10];17:1-16. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440290001494>
26. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* [Internet]. 2007[cited 2023 Ap 10];8:271-80. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Nazmiye-Yildirim/publication/286816091\\_The\\_reliability\\_and\\_the\\_validity\\_study\\_of\\_Turkish\\_adaptation\\_of\\_the\\_revised\\_Illness\\_Perception\\_Questionnaire/links/5787f0a308aedc252a936e33/The-reliability-and-the-validity-study](https://www.researchgate.net/profile/Nazmiye-Yildirim/publication/286816091_The_reliability_and_the_validity_study_of_Turkish_adaptation_of_the_revised_Illness_Perception_Questionnaire/links/5787f0a308aedc252a936e33/The-reliability-and-the-validity-study)
27. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]. 1991[cited 2023 Ap 10];60(4):570-85. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1991-17270-001>
28. Tarhan S, Bacanlı H. Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlilik çalışması. *JHWB* [Internet]. 2015[cited 2023 Ap 10];3(1):1-14. Available from: [https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/surekli-umut-olcegi-toad\\_0.pdf](https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/surekli-umut-olcegi-toad_0.pdf)
29. Small NL. Patient empowerment in long-term condition: development and validation of a new measure. [dissertation] University of Manchester; 2012.
30. Kaya N, Işık O. Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği. *JOBS* [Internet]. 2018[cited 2023 Ap 10];6(1):27-42. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jobs/issue/36382/403021>
31. Taylan S, Özkan İ. Hemodiyaliz hastalarında görülen semptom kümelerinin cinsel işlev ile ilişkisi. *NefroHemDergi* [Internet]. 2020[cited 2023 Nov 20];15(2):79-88. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire/issue/54575/725820>
32. Hindistan S, Deniz A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom değerlendirilmesi. *Bezmiâlem Science* [Internet]. 2018[cited 2023 Sep 15];6(2):112-18. Available from: [https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_20171/BAS-6-112-En.pdf](https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_20171/BAS-6-112-En.pdf)
33. Senanayake S, Gunawardena N, Paliwardana P, Bandara P, Hanifa R, Karunarathna R, Kumara P. Symptom burden in chronic kidney disease; a population based cross sectional study. *BMC Nephrol* [Internet]. 2017[cited 2024 Ap 20];18:228. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12882-017-0638-y>
34. Fleishman TT, Dreier J, Shvartzman P. Patient-reported outcomes in maintenance hemodialysis: A cross-sectional, multicenter study. *Qual Life Res*. 2020;29:2345-54. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02508-3>.
35. Zamanian H, Kharameh ZT. Translation and psychometric properties of the persian version of the dialysis symptom index in hemodialysis patients. *Nephro Urol Mon* [Internet]. 2015[cited 2024 Ap 10];7(1):e23152. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330695/>
36. Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of haemodialysis-associated symptoms. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2011[cited 2023 Ap 10];26:2656-63 Available from: <https://academic.oup.com/ndt/article/26/8/2656/1914180?login=false>

37. Görüş S, Ceyhan Ö, Taşçı S, Doğan N. Do symptoms related to hemodialysis affect marital adjustment? *Sexuality and Disability* [Internet]. 2016[cited 2023 Ap 10];34:63–73. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-016-9428-x>
38. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *NefroHemDergi* [Internet]. 2017[cited 2023 Ap 10]; 12(1):20-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hemsire/issue/31999/349913>
39. Demir CA, Özer Z. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi. *NefroHemDergi*. 2022,17(1):10-20. Available from: <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2022.49>
40. Strugała M, Talarcka D, Kalfoss M, Niewiadomski T, Rozmarynowska B, Dyk D. Perception of illness by patients treated with haemodialysis. *Medical Research Journal* [Internet]. 2019[cited 2024 Ap 20];4(4):193-200. Available from: [https://journals.viamedica.pl/medical\\_research\\_journal/article/view/65755](https://journals.viamedica.pl/medical_research_journal/article/view/65755)
41. Alharbi AA, Alraddadi RM, Alharbi AA, Alharbi YA. Comparison of Saudi Arabian hemodialysis and peritoneal dialysis patients' illness perceptions. *Renal Failure* [Internet]. 2017[cited 2024 Ap 20];39(1):187-92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886022X.2016.1256314>
42. Mollaoğlu M, Candan F, Mollaoğlu M. Hemodiyalizde hastalık algısı ve umutsuzluk. *Arch Clin Nephrol* [Internet]. 2016[cited 2024 Ap 10];2(1):044-48. Available from: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50673695/ACN-2-114-libre.pdf?1480674729=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DIllness\\_Perception\\_and\\_Hopelessness\\_in\\_H.pdf&Expires=1715067891&Signature=aEylavAZPzbywMYHfVCKsqCK-5Z9wBJ~bxcOti3AuiH-jZzcF0FqNWKsmO4D9aaGO9nENI456xypkLK0cmp6AvDgBeO3SzlTHASBMyIFgR9q~nRYXjk9wLefnc32NJuorPcd~3kMcW6k0mu6uOrrDMyj2J1czf3anCTP0OiCTgCyMse0QyJfHlJyZxHGfgDu360KceP6T~WK1jiEzgeDKWhwTnN706pH0rLtnD HQ~tFVUcm1PHKUJkeof4nNWB0BzG~pIP8R1KXIDdG~3TLHEmEq1K20AgxCKB55lt-BNRe1nLOYIKwF8R-fpBBFTUIOlSzc0HpW86rksCD7rc5w\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50673695/ACN-2-114-libre.pdf?1480674729=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DIllness_Perception_and_Hopelessness_in_H.pdf&Expires=1715067891&Signature=aEylavAZPzbywMYHfVCKsqCK-5Z9wBJ~bxcOti3AuiH-jZzcF0FqNWKsmO4D9aaGO9nENI456xypkLK0cmp6AvDgBeO3SzlTHASBMyIFgR9q~nRYXjk9wLefnc32NJuorPcd~3kMcW6k0mu6uOrrDMyj2J1czf3anCTP0OiCTgCyMse0QyJfHlJyZxHGfgDu360KceP6T~WK1jiEzgeDKWhwTnN706pH0rLtnD HQ~tFVUcm1PHKUJkeof4nNWB0BzG~pIP8R1KXIDdG~3TLHEmEq1K20AgxCKB55lt-BNRe1nLOYIKwF8R-fpBBFTUIOlSzc0HpW86rksCD7rc5w__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
43. Cengiz DU, Sartaş SÇ. The effect of illness perception on hopelessness level of patients receiving hemodialysis. *Turk J Nephrol* [Internet]. 2019[cited 2023 Ap 10];28(4):257-62. Available from: <https://www.turkjnephrol.org/Content/files/sayilar/419/257-262.pdf>
44. Muscat P, Weinman J, Farrugia E, Camilleri L, Chilcot J. Illness perceptions predict mortality in patients with predialysis chronic kidney disease: a prospective observational study. *BMC Nephrol*. 2020;21:537. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02189-7>
45. Alshraifeen A, Al-Rawashdeh S, Herth K, Alnuaimi K, Alzoubi F, Khraim F, Ashour A. The association between hope and quality of life in haemodialysis patients. *British Journal of Nursing*. 2020;29(21):1260-65. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1260>
46. Rambod M, Pasyar N, Mokhtarizadeh M. Psychosocial, spiritual, and biomedical predictors of hope in hemodialysis patients. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease* [Internet]. 2020[cited 2023 Ap 10];163-69. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/IJNRD.S255045>
47. Vadaei S, Sahebalzamani M, Moghadam LF. Evaluation of mental health and hope in dialysis patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* [Internet]. 2019[cited 2024 Ap 10]; 6(2):132-9. Available from: [file:///C:/Users/yagmu/Downloads/ijrn-v6n2p132-en%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/yagmu/Downloads/ijrn-v6n2p132-en%20(2).pdf)
48. Tavassoli N, Darvishpour A, Mansour-Ghanaei R, Atrkarroushan Z. A correlational study of hope and its relationship with spiritual health on hemodialysis patients. *J Educ Health Promot*. 2019;8(1):146. doi:10.4103/jehp.jehp\_461\_18
49. Park GY, Yoo EK. A study on hope in hemodialysis patients. *Adv Sci Technol Lett (Healthcare and Nursing)*. 2016;128:244–46. Available from: [https://web.archive.org/web/20180604095817id\\_/http://onlinepresent.org/proceedings/vol128\\_2016/48.pdf](https://web.archive.org/web/20180604095817id_/http://onlinepresent.org/proceedings/vol128_2016/48.pdf)
50. Zeabadi SM, Ranjbaran M, Rashvand F, Rostampourromdasht A, Hosseinigolafshani S. Predictors of hope in Iranian patients undergoing hemodialysis. *Journal of Nephro pharmacology* [Internet]. 2022[cited 2024 Ap 20];11(2):e10415-e10415. Available from: [file:///C:/Users/yagmu/Downloads/npj-11-e10415%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/yagmu/Downloads/npj-11-e10415%20(3).pdf)
51. Özmen S, Kocakaya K. Kanser hastalarında hasta güçlendirme yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *IÜSHMYDerg*. 2024;12(1):99-117. Available from: <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1378070>
52. Yılmaz A, Kar A, Kaya M. Hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisi. *JOBS* [Internet]. 2020[cited 2023 Ap 10];8(1):97-114. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/jobs/article/682555>
53. Larsson I, Bremander A, Andersson M. Patient empowerment and associations with disease activity and pain-related and lifestyle factors in patients with rheumatoid arthritis. *ACR open rheumatology*. 2021;3(12):842-49. <https://doi.org/10.1002/acr2.11341>
54. Zadeh KK, Li PKT, Tantisattamo E, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui SF, ... & World Kidney Day Steering Committee Li Philip Kam Tao Kalantar-Zadeh Kamyar Andreoli Sharon Balducci Alessandro Dupuis Sophie Kumaraswami Latha Liakopoulos Vassilios Lui Siu-Fai Saadi Gamal Ulası Ifeoma. Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: kidney health for everyone everywhere. *American Journal of Hypertension*. 2021;34(2):220-25. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpaa213>

55. Chiauzzi E, DasMahapatra P, Cochin E, Bunce M, Khoury R, Dave P. Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* [Internet]. 2016[cited 2023 Ap 10];9(6):511-23. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-016-0171-2>
56. Andrade SV, Sesso R, Diniz DHMP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol*. 2015;37:55–63. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>
57. Melo GAA, Silva RA, da Silva MFC, Galvao MTG, da Silva VM, Caetano JA. Religiosity and hope in patients with chronic renal failure: coping strategies. *Int Arch Med* [Internet]. 2016[cited 2023 Ap 20];9:1–9. Available from: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23085/1/2016\\_art\\_gaamelo.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23085/1/2016_art_gaamelo.pdf)
58. Yücens B, Kotan VO, Özkayar N, Kotan Z, Yüksel RN, Bayram Ş, Dede F, Göka E. Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda umut, kaygı, depresyon, başa çıkma stratejileri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki . *Düşünen Adam J Psikiyatri Neurol Sci* [Internet]. 2019[cited 2023 Ap 10];32:43-51. Available from: [https://acikerisim.afsu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12933/524/Beng%C3%BC\\_Y%C3%BCcens\\_070622.pdf?sequence=1](https://acikerisim.afsu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12933/524/Beng%C3%BC_Y%C3%BCcens_070622.pdf?sequence=1)
59. Bayan NH, Farahani MJ, Sedaghat N, Mehrabi S, Ramezani F. The Effect of Hope Therapy on the Management of Hemodialysis Outcomes: A Review Article. *Cureus* [Internet]. 2024[cited 2024 Ap 10];16(2):e54104. Available from: [https://assets.cureus.com/uploads/review\\_article/pdf/212281/20240314-15907-1nkdrd8.pdf](https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/212281/20240314-15907-1nkdrd8.pdf)
60. Dalkılıç S, Kurtoğlu R. Hastaların tüketicileştirilmesi ve hasta güçlendirme USAYSAD [Internet]. 2021[cited 2023 Ap 20];7(3):456-71. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/issue/67428/1050130>



# Diyabetik Nefropatili Hastalarda Kronik Böbrek Hastalığının Önlenmesinde Hasta Merkezli Bakım

## Patient-Centered Care in Preventing Chronic Kidney Diseases in Patients with Diabetic Nephropathy

Fatma ÖZKAL<sup>1</sup> , Ayşe UÇAR<sup>2</sup> 

### Özet

Diabetes Mellitus, insülinin yeterli üretilmemesi ya da üretilen insülinin kullanımında bozukluk olması veya her ikisindeki kusurların bir sonucu olarak oluşun, kronik kan glukozunda yükseklikle seyreden metabolik bir hastalıktır. Diabetes Mellituslu birey sayısı dünya çapında giderek artmaktadır. Diyabetik nefropati, diyabetin böbrekler üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklanan bir komplikasyondur ve dünya genelinde son dönem böbrek hastalığının önde gelen nedenlerinden biridir.

Diyabetik nefropati, glomerüler filtrasyon hızı düzeylerine göre sınıflandırılmaktadır. Mikroalbuminüri taraması, diyabetik nefropati tanısında önemlidir ve genel olarak Tip 1 diyabette tanıdan beş yıl sonra, Tip 2 diyabette ise tanı sırasında ve sonrasında yıllık olarak yapılmalıdır. Diyabetik nefropatinin gelişiminde hiperglisemi ve arterial hipertansiyon temel risk faktörleridir. Ayrıca, kontrolsüz hipertansiyon, dislipidemi, obezite, sigara kullanımı, genetik faktörler ve ailesel yatkınlık gibi diğer faktörlerdir.

Diyabetik nefropatinin tedavisi multidisipliner bir ekip müdahalesi gerektirir. Hemşireler, bu ekipte önemli rol oynar ve hastaların eğitimi, tedaviye uyumu ve kendi kendine takip yetenekleri konusunda aktif bir rol üstlenir. Hasta merkezli bakım, hasta perspektifine saygı duymayı, hasta katılımını teşvik etmeyi, hasta konforunu sağlamayı ve hasta haklarını savunmayı içerir. İletişim, hemşire-hasta ilişkisinde kritik bir rol oynar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalarla duyarlı, saygılı ve işbirlikçi iletişim kurmalarına olanak tanır. Hasta merkezli bakım ve etkili iletişim, diyabetik nefropati yönetiminde başarılı sonuçlara ulaşmada önemli bir temel oluşturur.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetik Nefropati; Hasta Merkezli Bakım; İş Birliği; Kronik Böbrek Hastalığı

### Abstract

Diabetes Mellitus is a metabolic disease characterized by chronic high blood glucose levels, resulting from either insufficient insulin production, impaired insulin utilization, or defects in both. The number of individuals with Diabetes Mellitus is steadily increasing worldwide. Diabetic nephropathy is a complication arising from the negative effects of diabetes on the kidneys and is one of the leading causes of end-stage renal disease globally.

Diabetic nephropathy is classified based on glomerular filtration rate levels. Microalbuminuria screening is important in the diagnosis of diabetic nephropathy and is generally conducted five years after diagnosis in Type 1 diabetes, and annually from the time of diagnosis in Type 2 diabetes. Hyperglycemia and arterial hypertension are primary risk factors in the development of diabetic nephropathy. Additionally, uncontrolled hypertension, dyslipidemia, obesity, smoking, genetic factors, and familial predisposition are other contributing factors.

The treatment of diabetic nephropathy requires a multidisciplinary team intervention. Nurses play a significant role in this team and take an active role in patient education, treatment adherence, and self-monitoring capabilities. Patient-centered care involves respecting the patient's perspective, encouraging patient participation, ensuring patient comfort, and advocating for patient rights. Communication plays a critical role in the nurse-patient relationship and enables healthcare providers to communicate with patients in a sensitive, respectful, and collaborative manner. Patient-centered care and effective communication form a crucial foundation for achieving successful outcomes in the management of diabetic nephropathy.

**Keywords:** Diabetic Nephropathy; Patient-Centered Care; Collaboration; Chronic Kidney Diseases

**Geliş Tarihi / Submitted:** 22 Aralık / Dec 2023 **Kabul Tarihi / Accepted:** 15 Nisan / Apr 2024

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi- Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Meram/Konya, Türkiye.

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi- Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Meram/Konya, Türkiye.

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Fatma ÖZKAL / **E-posta:** fatmaozkal@hotmail.com, **Adres:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi- Yaka Mah. Beyşehir Cad. H Blok no:281 Meram/Konya, Türkiye.



## DİYABETİK NEFROPATİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Diabetes Mellitus (DM), insülinin yeterli üretilmesi ya da üretilen insülinin kullanımında bozukluk olması veya her ikisindeki kusurların bir sonucu olarak kronik kan glukozunda yükseklikle seyreden metabolik bir hastalıktır. DM şu anda dünya çapında 463 milyondan fazla insanı etkilemektedir. DM'lu hasta sayısının 2030 yılında 578 milyon, 2045 yılında ise 700 milyon civarında olabileceği söylenmektedir (1). Küresel olarak yaklaşık her 10 yetişkinden biri diyabet hastasıdır (2).

Diyabetes Mellitus, birçok sistem üzerinde olumsuz etkiler yapabilen bir hastalıktır. Bu etkilerden biri de en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında sayılan erişkin yaştaki diyabetli hastalarda görülen diyabetik nefropatidir (DN). Diyabetin böbreklerde oluşturacağı olumsuz sonuçlara dikkat çekmek için artık DN yerine “diyabetik böbrek hastalığı” teriminin kullanılması önerilmektedir (3). Tip 1 diyabet veya Tip 2 diyabet hastalarında diyabete bağlı olmakla birlikte çeşitli metabolik bozukluklar veya kortikosteroid kullanımıyla ilişkili de böbrek hastalığı gelişebilmektedir. Özellikle idrarda yüksek miktarda albümin atılımı veya düşük glomerüler filtrasyon hızı (estimated glomerular filtration rate-eGFR) veya her ikisi olarak tanımlanan diyabetik böbrek hastalığının (DBH) %25-40'ı, özellikle de Tip 2 diyabetli hastalarda, 25 yıllık diyabetten sonra gelişebilmekte ve dünya genelinde kronik böbrek hastalığı (KBH) ve son dönem böbrek hastalığının (SDBH) önde gelen nedeni olarak gösterilmektedir (4-6). Ayrıca diyabetli bireylerde SDBH prevalansı toplumdaki diğer bireylere oranla 10 kat daha fazla olmakla birlikte erkeklerde görülme oranının 1,7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (7). DN, eGFR düzeylerine göre beş evrede sınıflandırılmaktadır. Birinci evrede eGFR düzeyi genellikle  $\geq 90$  mL/dk/1,73 m<sup>2</sup>'dir, böbreklerin büyüklüğü %20 oranında artar ve renal plazma akımı ile filtrasyon miktarı da artar. İkinci evrede eGFR 60-89 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup>'dir; bu evrede bazal membranda kalınlaşma ve mezenşimal proliferasyon görülür, ancak genellikle klinik belirti yoktur. Üçüncü evrede eGFR 30-59 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup>'dir; diyabet tanısından

6-15 yıl sonra başlayan ilk glomerüler hasar ve mikroalbuminüri gözlemlenir. Dördüncü evrede eGFR 15-29 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup>'dir; bu evre, yerleşmiş hipertansiyon ve inatçı proteinüri ile karakterizedir. GFR azalma hızı antihipertansif tedavi ile %60 oranında azaltılabilir. Beşinci evrede eGFR<15 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup>'dir ve renal replasman tedavileri gerekmektedir, bu aynı zamanda SDBH'nin evresidir. DN'nin erken evrelerinde, nefromegali ve Doppler göstergeleri böbrekl hasarın belirtileri olabilir, ancak en iyi göstergeler proteinüri ve eGFR'dir (3,8,9).

Hastalığın tanılanmasında, genel olarak mikroalbuminüri taraması Tip 1 diyabette tanı konulduktan beş yıl sonra, Tip 2 diyabette ise tanı sırasında ve sonrasında yıllık olarak yapılmalıdır (10). DN tanılanmasında, üç ila altı ay arayla en az iki kez ölçülen kalıcı albuminüri (veya albuminüri atılım hızı >300 mg/gün veya 200 µg/dakika) ve sıklıkla birlikte ortaya çıkan eGFR ilerleyici azalma ile karakterize bulgular mevcuttur (11).

## DİYABETİK NEFROPATİ RİSK FAKTÖRLERİ

Diyabetik nefropati için yüksek kan şekeri ve hipertansiyon iki temel risk faktörüdür. Ayrıca DM hastalığının süresi, kötü glisemik kontrol, kontrolsüz hipertansiyon, dislipidemi, obezite, sigara kullanımı, hiperlipidemi, genetik faktörler ve özellikle ailesel yatkınlık DN gelişiminde önemli risk faktörleridir (9,12). Yapılan çalışmalarda hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabetlilerde DN oluşumu açısından ailesel yatkınlığın genetik bir katkı olduğu belirtilmiştir (12).

Hu ve Zhang (13)'in yaptığı çalışmada normal değer aralığındaki sistolik kan basıncı ve glikozile hemoglobin A1c (HbA1c)'nin diyabetik nefropati hastalarının hayatta kalma süresini artırmayacağı belirtilmiştir. Liao ve ark. (14)'nin yaptığı bir meta-analiz çalışmasında sigara içmenin özellikle Tip 1 diyabetli hastalarda DN için bağımsız bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır. Jitraknatee ve ark. (15)'nin Tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada, glisemik kontrolü kötü olan hastalarda böbrek hastalığı prevalansı yüksek bulunmuştur.

## TEDAVİ VE ÖNLEME

Diyabetik nefropatinin mevcut klinik tedavisi, kan basıncı ve glukoz kontrolü, lipid düşürme, düşük proteinli diyet vb. içerir. Hastanın tedavisi uzun vadeli olmalıdır. Hasta uyumu ve kendi kendine izlem yeteneği prognoz ile yakın ve önemli bir ilişkiye sahiptir (16). Diyabetik nefropatinin tedavisi ve böbrek hastalığının önlenmesinde multidisipliner bir ekip müdahalesi gerekmektedir. Diyabetli hastalara destek sağlamayı hedefleyen multidisipliner ekip müdahalesinin, sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemesi (glisemik ve lipit seviyeleri, kan basıncı, kilo kontrolü, diyabetle ilişkili komplikasyonlar ve hastaneye yatışlar, yaşam kalitesi ve ölüm dahil) beklenmektedir (3,8,9,17). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, Tip 2 diyabetli hastalar için ekip tabanlı bakımın kan şekeri, kan basıncını ve lipit düzeylerini iyileştirdiği belirtilmiştir (18). Diyabet hastalarını destekleyen multidisipliner ekip içerisinde; hekimler, hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler, eczacılar, diş hekimleri, ayak hastalıkları uzmanları ve ruh sağlığı uzmanları yer almaktadır (8,9,17).

Hemşireler bu ekipte, hastanın uyumu ve kendi kendini yönetme yeteneğinin geliştirilmesi için hastanın eğitimi konusunda aktif rol oynamaktadır. Etkin bir eğitim için, eğitim programının içeriği hem eğitimciler hem de diyabetli bireyler için standartlaştırılmalı ve eğitim ekibi arasında dil birliği sağlanmalıdır. Ayrıca hastalar ve sağlık hizmeti verenler arasında sürekli bir iş birliği olmalıdır. Eğitim modelleri, aktif katılımı teşvik eden, hastanın günlük yaşantısındaki sorunları çözmeye yönelik bilgi sağlayan bir yapıya sahip olmalıdır. Birçok hastanın diyabet tedavisine yönelik kişisel ve kültürel faktörlerden kaynaklanan yanlış inançları ve bakış açıları bulunmaktadır, bu nedenle eğitim programlarının bu faktörleri dikkate alması önemlidir. Eğitim modeli seçiminde, hastanın ihtiyaçlarına uygun bir yaklaşımın belirlenmesi kritiktir. Hasta eğitiminde iki temel model bulunmaktadır: bireysel eğitim ve grup eğitimi. Her iki modelde de bireyin gereksinimlerinin önceden değerlendirilmesi önemlidir (19).

## HASTA MERKEZLİ BAKIM

Hasta merkezli bakım, bakımın kalitesi ve hasta güvenliğinin en önemli bileşeni olup, hasta gereksinimlerini karşılamak, bireysel bakım sağlamak, tedavi sırasında hastaya saygı çerçevesinde yaklaşmak, hastaları hastalık süreci konusunda bilgilendirmek ve hastaları karar vermeye dâhil etmek olarak özetlenebilir. Hasta merkezli bakım boyutları hasta perspektifine (bakış açılarına) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hasta haklarını savunmak olarak belirlenmiştir (20).

**Hasta Perspektifine Saygı Duymak;** Hasta merkezli bakım, hastalık deneyimini hastanın perspektifinden anlama ve hastanın değerlerine, tercihlerine ve perspektifine saygı gösterme çabasını içerir. Bu yaklaşım, hastaların sosyal yaşamlarında değer verdikleri konuları anlamayı ve sunulan bakımın nasıl algılandığını anlamayı önemser. Sağlık bakımı uygulayıcıları, hasta ve ailenin görüş ve düşüncelerini dinler ve hastanın bilgi, değer, inanç ve kültürel geçmişini bakım sürecine entegre eder. Hasta merkezli bakımda, hastaların bireysel olarak görülmesi ve odaklanması ön plandadır. Hastalıklar bir bütün olarak ele alınmalı ve tedavi planlaması bireyin değerleri ve tercihlerine uygun olmalıdır. Sağlık profesyonelleri, hastaların sağlık önceliklerini ve değerlerini tanımak için zaman ayırmalı, ortak karar verme anlayışını benimsemeli ve iyi bir ekip çalışmasıyla koordinasyon sağlamalıdır. Hasta merkezli bakımın temelinde sabır, kültürel farkındalık ve ekip çalışması yer almaktadır (20,21).

**Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek;** Hasta merkezli bakımın önemli bir unsuru, hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma aktif katılımını sağlamaktır. Bu katılımın engelleri arasında iletişim zorlukları bulunmaktadır, bu nedenle hemşirelerin basit bir dil kullanması ve tıbbi terminolojiden kaçınması önemlidir. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu durumlarda, sağlık bilgileri hastanın seviyesine uygun bir şekilde düzenlenmeli ve kişiselleştirilmelidir. Hemşireler, hastaların bilgi, anlayış ve başa çıkma becerilerini artırmak için güçlendirme stratejileri belirlemelidir. Hasta merkezli bakımın başarısı için hastalarla güçlü

ve iş birliğine dayalı ilişkiler kurulmalı, karar verme süreçlerine aktif katılım teşvik edilmelidir (19,20).

**Hasta Konforu Sağlamak;** Hastalar genellikle hastalıklarının ve bakımlarının yaşamları üzerindeki etkileri konusunda endişeler yaşar. Fiziksel refahlarının yanı sıra sosyal yaşantılarındaki kısıtlamalardan ve bakım sürecindeki uygulamalardan kaynaklanan kaygıları vardır. Bu nedenle, hastaların fiziksel refahlarını iyileştirmek için etkili destek sağlanmalıdır. Hasta merkezli bakım ortamlarında, hastaların günlük yaşamlarındaki konfora özellikle önem verilmelidir. Yapılan çalışmalar, hastaların konforunu etkileyen faktörlerin hasta memnuniyetini etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanları hastaların fiziksel ve duyuşsal refah düzeylerini artırmak için uygun bakım planları oluşturmalıdır (20).

**Hasta Haklarını Savunmak;** Hasta haklarının savunuculuğu, hastaların çıkarlarını koruma amacını taşır ve hastaların en iyi bakımı alabilmelerine yardımcı olur. Bu, hasta merkezli bakımın temel bir özelliğidir ve hemşirelik ve liderlik rolleri için önemlidir. Hasta güçlendirmesi, hastaların kendi sağlıklarını yönetmelerine ve kararlar almalarına destek olur. Hasta savunuculuğu, etik kurallara uygun bir şekilde hastaların korunması, bilgilendirilmesi ve ihtiyaçlarına odaklanan bir hasta bakımı gerektirir. Sağlık kuruluşları, hasta merkezli bakımın yanı sıra hasta haklarının savunulması konusunda çaba göstermeli ve hastalara etkili iletişim ve destek sağlamak adına hasta savunuculuğu pozisyonları oluşturmalıdır. Hasta bakımında, hastaların bilgilendirilmesi, kendi bakımlarına katılımları için teşvik edilmeleri ve tedavi planlarına dair detaylı bilgilerin anlaşılır bir şekilde iletilmesi önemlidir (19-21).

## İLETİŞİM

İletişim, hasta ve hemşirenin karşılıklı olarak birbirini anlaması ve ortak eyleme geçilmesi açısından son derece önemlidir. Hemşire hasta arasındaki etkili iletişim için empati becerisinin gelişmiş olması ve terapötik iletişim yöntemlerinin bilincinde olunması gerekmektedir. Hastanın da bu süreçte sağlık çalışanları kadar özverili olması

önemlidir (22). Hemşire-hasta iletişimi, yalnızca hastanın hemşireyle ilişkisini değil, hastanın tedavi süreci ve sonucuna ilişkin kendi algısını da güçlendirmede önem arz eder. Ayrıca, etkili iletişim becerilerine sahip olmak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının uygulamaları ve hastaların klinik semptomlarını, psikolojik ve duyuşsal ihtiyaçlarını anlama yetenekleri için de gereklidir (21,22). Diyabetik nefropati tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada iletişimdeki zayıflığın, optimal sağlık hizmetinin önündeki temel engellerden birisi olduğundan bahsedilmiştir (23).

## DIYABETİK NEFROPATİSİ OLAN HASTALARDA HASTA MERKEZLİ BAKIM

Diyabetik nefropatisi olan bireylerde; hastanın SDBH'na ilişkin farkındalığı ve tutumu, hastalık konusundaki deneyimi, diyabetik böbrek hastalığına özgü bilgi düzeyi, hekime olan güveni, hastalığın yaşam kalitesine etkisi ve hastalığa yönelik tüm tedavi süreçlerinde hastanın da söz sahibi olması, kronik böbrek yetmezliğini önlemeye yönelik hasta merkezli bakımda dikkat edilmesi gerekenler olarak belirtilmiştir (24).

## HASTA MERKEZLİ BAKIM VE İLETİŞİM ENGELLERİ

Hasta merkezli bakım ve iletişimin önündeki engeller dört ana kategoriye ayrılır; kurumsal ve sağlık sistemiyle ilgili, iletişimle ilgili, çevreyle ilgili ve kişisel-davranışsal engellerdir. Hemşire-hasta iletişimi sürekli bir süreçtir ve etkin iletişim için önemli faktörler arasında iletişim ortamı, mahremiyet, zaman ve dikkat, dil kullanımı, açıklık ve dürüstlük, hasta tepkileri ile iletişim ihtiyaçlarına saygı bulunmaktadır. Bu unsurlar, birbirleriyle karmaşık bir şekilde bağlantılıdır ve hemşirelerin hasta iletişiminde başarılı olmalarını sağlar (25). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş sağlık eğitimi oturumu tasarlarken psikolojik hazırlığı ve hasta okuryazarlığının değerlendirilmesini sağlamaları gerekmektedir (26).

Hemşirelerin hastalarla iletişimi genellikle günlük aktivitelerin içine gömülüdür ve hemşire diğer görevlerini yerine getirirken hasta ile iletişime geçer.

Hemşirelik bakımı, hastaların deneyimleri ve duygusal endişelerine anlayış ve duyarlılık gerektirir. Hemşirelerin hastalarla ilişki kurma ve iletişimi, duyguların doğrulanmasını içerir. İletişim aynı zamanda hastaların ihtiyaçlarını ve endişelerini azaltmak ve gidermek için önemlidir. Bu nedenle, iletişim ve etkileşim zorunlu olup, insanlık değerlerini, saygıyı, özgürlüğü ve empatiyi yansıtabilir (21).

Hasta merkezli bakım ve iletişim, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalarla verilen hizmet hakkında görüş almak için akıllı, duyarlı ve işbirlikçi yaklaşımlar uygulamalarına yardımcı olan terapötik ilişkilerin kurulmasına olanak tanır (27). Joolae ve ark. (28), İran'daki bir hastanede hastaların bakım ilişkileri deneyimlerini araştırdığı çalışmada hemşireler ile hastalar arasındaki iyi iletişimin hastalar arasında "fiziksel bakımdan daha önemli" olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada Tip 2 diyabet tanısı alan bireylerin baş etme ve uyum düzeylerini, diyabet öz yeterliliğini ve diyabet öz bakım aktivitelerini artırmak için motivasyonel görüşmelerin kullanılabilirliği belirtilmiştir (29).

Diyabetik nefropati gelişim sürecinde ise; diyabet tanısında gecikme, optimalin altında glisemik kontrol, böbrek tutulumunun saptanmasında gecikme, optimalin altında böbrek koruması ve ilerlemiş kronik böbrek hastalığının yetersiz yönetimi dahil olmak üzere beş engel belirlenmiştir (30).

Sezgin ve Çınar'ın (31) yaptığı bir çalışmada, diyabetli bireylere verilen eğitim sonrası cep telefonu ile bireysel hasta takibinin, istendik glisemik kontrolün sağlanmasında, hastanın bilişsel-sosyal yaşamında etkili olduğu belirtilmiştir.

Yapılan bir sistematik derleme sonucuna göre; hemşirelerle hastalar arasındaki iletişimin, etkileşim ve gelişimin kritik bir başlangıç noktası olduğu vurgulanmaktadır. Ancak, hemşirelik temelli iletişimde teorik temellerin eksik olduğu yönünde sonuca varılmıştır (21). DN'si olan hastalarda yapılan bir çalışmada, WeChat tabanlı sürekli hemşireliğin, uzun tedavi döngülerine sahip kronik hastalıklar için son derece uygun olduğu ve DN hastalarının öz yönetim davranışını ve yaşam kalitesini etkili bir şekilde geliştirebileceği belirtilmiştir (16).

Diyabet hemşireleri, diyabetli bireylerin hasta merkezli bakım yönetiminde yeterlilik ve uyumluluklarını sağlamada önemli rol oynamaktadır. Her bireyin temel engellerini belirleyerek hastalık yönetim planlarının etkinliğini ve yaşam kalitesini artırmak için çaba göstermelidir (26).

## **DIYABETİK NEFROPATİDE TEDAVİ VE BAKIMA YÖNELİK KANIT TEMELLİ ÖNERİLER**

Diyabetik nefropatiyi önlemede etkili kanıt temelli öneriler ve kanıt düzeyleri (KD) Tablo 1'de sunulmuştur (8). Bu öneriler uygulanırken hastanın bakıma katılması, teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

**Tablo 1.** Diyabetik Nefropatide Kanıt Temelli Öneriler

Öneriler	Kanıt Düzeyi
11.1a: Tip 1 diyabeti olan kişilerde, en az yılda bir kez, diyabet süresi beş yıl olan Tip 2 diyabeti olan kişilerde ise tedavi durumundan bağımsız olarak, idrar albumin (örneğin, anlık idrar albumin-kreatinin oranı) ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı değerlendirilmelidir.	B
11.1b: Diyabetik böbrek hastalığı olan kişilerde, idrar albumini (örneğin, anlık idrar albumin-kreatinin oranı) ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı, hastalığın evresine bağlı olarak yılda 1-4 kez izlenmelidir.	B
11.2: Kronik böbrek hastalığının riskini azaltmak veya ilerlemesini yavaşlatmak için glukoz kontrolü optimize edilmelidir.	A
11.3: Kronik böbrek hastalığının riskini azaltmak veya ilerlemesini yavaşlatmak için kan basıncı kontrolü optimize edilmeli ve kan basıncı değişkenliğini azaltılmalıdır.	A
11.4a: Diyabeti ve hipertansiyonu olan (gebelik süreci hariç), orta düzeyde artmış albuminüriye (idrar albumin-kreatinin oranı 30-299 mg/g kreatinin) sahip bireylerde Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü ya da Angiotensin reseptör blokleri önerilmelidir.	B
11.4a: Şiddetli artmış albuminüriye sahip olanlar (idrar albumin-kreatinin oranı $\geq 300$ mg/g kreatinin) ve/veya tahmini glomerüler filtrasyon hızı $< 60$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> olanlar için Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü ya da Angiotensin reseptör blokleri önerilmelidir.	A
11.4b: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokleri ve mineralokortikoid reseptör antagonistleri kullanıldığında, veya diüretikler kullanıldığında hipokalemi durumunda serum kreatinin ve potasyum seviyeleri periyodik olarak izlenmelidir.	B
11.4c: Kan basıncı, idrar albuminüri/kreatinin oranı ( $< 30$ mg/g kreatinin) ve eGFR'si normal olan diyabetli bireylerde, kronik böbrek hastalığının birincil önlenmesinde Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokleri önerilmemelidir.	A
11.4d: Hacim eksikliği olmadan serum kreatininde (%30'dan fazla) artış olduğunda, renin-angiotensin sistemi blokajı durdurulmamalıdır.	A
11.5a: Tip 2 diyabeti ve diyabetik böbrek hastalığı olan kişilerde, tahmini glomerüler filtrasyon hızı $\geq 20$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> ve idrar albuminüri $\geq 200$ mg/g kreatinin olan hastalarda, bir sodyum-glukoz ko taşıyıcı 2 inhibitörünün kullanımı, kronik böbrek hastalığının ilerlemesini ve kardiyovasküler olayları azaltmak için önerilmelidir.	A
11.5b: Diyabetik böbrek hastalığı olan Tip 2 diyabetli bireylerde, tahmini glomerüler filtrasyon hızı $\geq 20$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> ve idrar albümin düzeyi normalden 200 mg/g kreatinini olan hastalarda, sodyum-glukoz ko taşıyıcı 2 inhibitörü kullanımı, kronik böbrek hastalığının ilerlemesini ve kardiyovasküler olayları azaltmak için önerilmelidir.	B
11.5c: Diyabetik böbrek hastalığı olan Tip 2 diyabetli bireylerde, tahmini glomerüler filtrasyon hızı $\geq 20$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> ise sodyum-glukoz ko taşıyıcı 2 inhibitörleri, bir glukagon-benzeri peptid 1 agonisti veya bir steroid olmayan mineralokortikoid reseptör antagonistinin (tahmini glomerüler filtrasyon hızı $\geq 25$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> ise) ek olarak kardiyovasküler risk azaltımı için düşünülmelidir.	A
11.5d: Kardiyovasküler riski artmış kronik böbrek hastalığı ve albüminüri olan hastalarda, kronik böbrek hastalığının ilerlememesi için klinik denemelerde etkili olduğu gösterilen steroid olmayan mineralokortikoid reseptör antagonistinin kullanımı, kronik böbrek hastalığının ilerlemesini ve kardiyovasküler olayları azaltmak için önerilmelidir.	A
11.6: İdrar albümin düzeyi $\geq 300$ mg/g olan kronik böbrek hastalığı olan kişilerde, idrar albümininde %30 veya daha fazla azalma, kronik böbrek hastalığının ilerlemesini yavaşlatmak için önerilmelidir.	B
11.7: Diyalize bağımlı olmayan evre 3 veya daha ileri evre kronik böbrek hastalığına sahip kişilerde, besin protein alımı günde 0,8 g/kg vücut ağırlığına ulaşacak şekilde hedeflenmelidir. Protein enerji israfı bazı diyaliz hastalarında önemli bir sorun olduğu için daha ileri seviyelerde protein alımı düşünülmelidir.	B
11.8: Sürekli artan idrar albümin düzeyleri ve/veya sürekli azalan tahmini glomerüler filtrasyon hızı olan hastalarda tahmini glomerüler filtrasyon hızı $< 30$ mL/dak/1,73 m <sup>2</sup> ise bir nefroloji uzmanına yönlendirilmelidir.	A
11.9: Böbrek hastalığının etiolojisi hakkındaki belirsizlik ve hastalığın hızlı bir şekilde ilerlemesi durumunda hasta, bir nefroloji uzmanına derhal yönlendirilmelidir.	A

## ETİK KOMİTE ONAYI

Yok

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Yok

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: FÖ

Veri toplama: Yok

Veri analizi ve yorum: Yok

Makalenin hazırlanması: FÖ, AU

Eleştirel inceleme: FÖ, AU

## Kaynaklar

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 9th ed.; International Diabetes Federation: Brussels, Belgium [Internet]. 2019[cited 2023 September 1]. Available from: [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_IDFATLAS9e-final-web.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf)
2. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: IDF, 2022[cited 2023 September 1]. Available from: [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org).
3. Salman S, Satman İ, Özdemir D, Adaş M, Pekkolay Z. ve ark. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu [Internet]. Ankara: TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu.2022[cited 2023 September 1]. Available from: [https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus\\_2022.pdf](https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf)
4. Gheith O, Farouk N, Nampoory N, Halim MA, Al-Otaibi T. Diabetic kidney disease: world wide difference of prevalence and risk factors. J Nephrothermol. 2015[cited 2023 September 1];5(1):49-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297507/pdf/npj-5-49.pdf>
5. World Health Organization. Diabetes-Health Impact [Internet]. [cited 2023 September 1]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes#:~:text=The%2520number%2520of%2520people%2520with,%2525%2520in%25202014%2520\(1\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes#:~:text=The%2520number%2520of%2520people%2520with,%2525%2520in%25202014%2520(1))
6. Gembillo G, Ingrassiotta Y, Crisafulli S, Luxi N, Siligato R., Santoro D. et al. Kidney disease in diabetic patients: from pathophysiology to pharmacological aspects with a focus on therapeutic inertia. Int J Mol Sci. 2021;22(9):4824. <https://doi.org/10.3390/ijms22094824>
7. Yüksel M, Bektaş H. Diyabete bağlı kronik komplikasyonların yönetiminde güncel yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2020;12(1):133-57. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70201>
8. American Diabetes Association (ADA). The Journal of Clinical and Applied Research and Education, 2023[cited 2023 September 1];46(1):191-99. Available from: <https://diabetes.org/newsroom/press-releases/2022/american-diabetes-association-2023-standards-care-diabetes-guide-for-prevention-diagnosis-treatment-people-living-with-diabetes>
9. Yılmaz MT, Kaya A, Balcı MK, Karadeniz Ş, Şahin İ ve ark. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi [Internet]. 2021[cited 2023 September 1]. Available from: [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet\\_Tani\\_ve\\_Tedavi\\_Rehberi\\_2021.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2021.pdf)
10. Samsu N. Diabetic nephropathy: challenges in pathogenesis, diagnosis, and treatment. Biomed Res Int. 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/1497449>
11. Thipsawat S. Early detection of diabetic nephropathy in patient with type 2 diabetes mellitus: A review of the literature. Diab Vasc Dis Res. 2021;18(6):1-9 <https://doi.org/10.1177/14791641211058856>
12. Natesan V, Kim SJ. Diabetic nephropathy- a review of risk factors, progression, mechanism, and dietary management. Biomol Ther (Seoul). 2021;29(4):365-72. <https://doi.org/10.4062/biomolther.2020.204>

13. Hu F, Zhang T. Study on risk factors of diabetic nephropathy in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Gen Med [Internet]*. 2020;13:351-60. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S255858>
14. Liao D, Ma L, Liu J, Fu P. Cigarette smoking as a risk factor for diabetic nephropathy: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS ONE*. 2019;4(2):e0210213. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210213>
15. Jitraknatee J, Ruengorn C, Nochaiwong S. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among type 2 diabetes patients: a cross-sectional study in primary care practice. *Sci Rep*. 2020;10(1):6205. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63443-4>
16. Li L, Chen H, Peng C, Yang L. Analysis on value of continuous nursing based on wechat in improving healthy quality of life and self-management behavior of patients with diabetic nephropathy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2022;2022:5131830. Retraction in: *Evid Based Complement Alternat Med*. 2023;9769745. <https://doi.org/10.1155/2022/5131830>
17. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AB, Bozdemir N, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *TJFMP*. 2020;14(3):479-91. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.698927>
18. Levenson TW, Peng Y, Xiong KZ, Song Z, Elder R, Ali MK. et al. Community preventive services task force. Team-based care to improve diabetes management: a community guide meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2019;57(1):17-26. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.005>
19. Sivrikaya SK, Ergün S. Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]*. 2018[cited 2023 September 1];2(2):25-36. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ahievransaglik/issue/65352/1006882>
20. Erdoğan M, Kırılmaz H. Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan Dergisi*. 2020; 7(24): 97-126. <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.668806>
21. Högländer J, Holmström IK, Lövenmark A, Van Dulmen S, Eide H, Sundler AJ. Registered nurse-patient communication research: An integrative review for future directions in nursing research. *J Adv Nurs*. 2023;79(2):539-62. <https://doi.org/10.1111/jan.15548>
22. Gökçe E, Atıcı M, Arslan S. Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişim sorunları ve beklentiler: Nitel bir araştırma\*. *SHYD*. 2021;8(2):171-80. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2021.79206>
23. Hwang SJ, Tan NC, Yoon S, et al. Perceived barriers and facilitators to chronic kidney disease care among patients in Singapore: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(10):e041788. Published 2020 Oct 16. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041788>
24. Shlipak MG, Tummalaipalli SL, Boulware LE, et al. The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int*. 2021;99(1):34-47. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.10.012>
25. Kourkouta L, Papataniasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014;26(1):65-7. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
26. Awang Ahmad NA, Sallehuddin MAA, Teo YC, Abdul Rahman H. Self-care management of patients with diabetes: nurses' perspectives. *J Diabetes Metab Disord [Internet]*. 2020[cited 2023 September 1];19(2):1537-42. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40200-020-00688-w>
27. Alshammari M, Duff J, Guilhermino M. Barriers to nurse-patient communication in Saudi Arabia: an integrative review. *BMC Nurs*. 2019;18(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0385-4>
28. Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht Nasrabadi A. Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. *J Med Ethics Hist Med [Internet]*. 2010[cited 2023 September 1];3(4):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714119/pdf/jmehm-3-4.pdf>
29. Muslu L, Ardahan M. The effect of the motivational interview program on coping and adaptation of patients with type 2 diabetes: An action research study. *JBACHS*. 2022;6(1):33-46. <https://doi.org/10.30621/jbachs.930592>
30. Beaubien-Souligny W, Leclerc S, Verdin N, Ramzanali R, Fox DE. Bridging Gaps in Diabetic Nephropathy Care: A Narrative Review Guided by the Lived Experiences of Patient Partners. *Can J Kidney Health Dis*. 2022;9:20543581221127940. Published 2022 Oct 11. <https://doi.org/10.1177/20543581221127940>
31. Sezgin H, Çınar S. Tip 2 diyabetli hastaların cep telefonu ile takibi: randomize kontrollü çalışma. *MÜSBED*. 2013;3(4):173-83. <https://doi.org/10.5455/musbed.20131203074020>



# Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Stigmaya Neden Olan Semptomlar ve Yönetimi

## Symptoms That Cause Stigma in Individuals Receiving Hemodialysis Treatment and Their Management

Sude Nur ÖLMEZ<sup>1</sup> , Gülay TURGAY<sup>2</sup> , Banu ÇEVİK<sup>3</sup> 

### Özet

Son dönem böbrek hastalığı olan bireyler yaşamlarını sürdürebilmek için renal replasman tedavisine ihtiyaç duymaktadır. En sık uygulanan renal replasman tedavi yöntemi hemodiyalizdir. Bireyler, gerek hastalıktan gerekse uygulanan tedavi yöntemlerinden kaynaklı birçok komplikasyonla karşılaşmaktadır. Bunlardan bazıları; bulantı, kusma, kramp, ağrı, yorgunluk, kaşıntı, fistül komplikasyonları, tromboz, anevrizma, rüptür, renal osteodistrofi, endokrin bozukluklar ve uyku sorunlarıdır. Dış görünüşte meydana gelen değişiklikler, fiziksel fonksiyonda azalmalar, rol ya da statü kaybı, bir cihaza ve/veya sağlık personeline bağımlı olma, yaşanan duygusal ve terapötik rejimi yönetmeye ilişkin zorluklar bireylerin genel sağlık algısının bozulmasına, beden imajının olumsuz etkilenmesine ve stigma algısı yaşamalarına neden olmaktadır. Stigma algısı nedeniyle bireyler sağlık hizmeti almada ve sosyal hayata katılmada sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu derlemede, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin stigma algılarına yer verilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Beden İmajı; Hemodiyaliz; Hemşirelik; Stigma; Semptom Yönetimi

### Abstract

Individuals with end-stage renal disease need renal replacement therapy to survive. The most commonly applied renal replacement treatment method is hemodialysis. These individuals encounter many complications arising from both the disease and the treatment methods applied. Some of these complications include nausea, vomiting, cramps, pain, fatigue, itching, fistula complications, thrombosis, aneurysm, rupture, renal osteodystrophy, endocrine disorders, and sleep problems. Changes in appearance, decreases in physical function, loss of role or status, dependence on a device and/or healthcare personnel, and difficulties in managing the emotional and therapeutic regimen cause individuals to perceive their general health as deteriorated, negatively affect their body image, and experience stigma. Due to the perception of stigma, individuals may encounter problems in receiving healthcare and participating in social life. This review addresses the stigma perceptions of individuals receiving hemodialysis treatment.

**Keywords:** Body Image; Hemodialysis; Nursing; Stigma; Symptom Management

**Geliş Tarihi / Submitted:** 26 Ocak/Jan 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 06 Mayıs/May 2024

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi- Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği (YL) (TEZLİ), Ankara/Türkiye

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi- Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Program, Ankara/Türkiye

<sup>3</sup> Dr. Öğr. Üyesi- Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara/Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Sude Nur ÖLMEZ / **E-posta:** [sudeolmez00@gmail.com](mailto:sudeolmez00@gmail.com), **Adres:** Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye



## GİRİŞ

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı fazla olan, yaşam kalitesini azaltan önemli bir sağlık sorunudur (1). SDBH'nin en sık rastlanan nedeni diyabettir. Hipertansiyon, glomerulonefrit, polikistik böbrek hastalıkları ve renal vasküler hastalıkları diğer etyolojik nedenler arasında yer almaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (TND) 2022 Ortak Raporu'na göre; diyaliz ile tedavi edilen hastalarda diyabet oranı %35,5'dir (2). Türk Nefroloji Derneği 2022 verilerine göre; Böbrek Replasman Tedavisi (BRT) gerektiren SDBH insidansı 52 ülke arasından milyon nüfus başına (mnb) en yüksek Tayvan, en düşük Güney Afrika olup Türkiye mnb 139 ile 24. sırada yer almaktadır. Aynı rapora göre; BRT gerektiren SDBH prevalansı mnb en yüksek 3.772 ile Tayvan, en düşük ise 109 ile Bangladeş'tir. Kore Cumhuriyeti mnb 2.798, Amerika mnb 2.452 ile BRT gerektiren SDBH prevalansı yüksek olan ülkeler olurken, Türkiye'de ise mnb 997 olarak hesaplanmıştır (2).

Son dönem böbrek hastalarında, böbrek işlevlerinin geri dönüşsüz olarak bozulmasıyla birlikte tüm organ ve sistemleri etkileyebilen üremik semptomların ortaya çıkması, uygun olan replasman tedavisinin başlanmasını gerektirmektedir. BRT tipleri; diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve böbrek transplantasyonudur (3). Türk Nefroloji Derneği 2022 verilerine göre; Türkiye'de en sık uygulanan tedavi tipi hemodiyalizdir (2).

Hemodiyaliz; bireylerin, tedavi ve beslenme rejimi, cihaza bağımlılık gibi nedenlerle uyum sağlama kapasitesini ve yaşamını zorlaştıran birçok stres faktörünün bir arada olduğu zorlu ve karmaşık bir tedavi yöntemidir (4). Bu tedavi yöntemi bireylerin semptomlarını azaltmaya çalışırken aynı zamanda fiziksel kapasitelerinde azalmaya, fonksiyonel kayıplara ve sosyal rollerde bozulmaya (iş ve statü kaybı, aile içi ilişkilerde bozulma vb.) neden olabilmektedir. Bu sorunlar bireylerin beden imajını ve benlik algısını olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona neden olabilmekte ayrıca bireylerde değersizlik hissi, farklılık, utanç, umutsuzluk, korku

gibi duyguların gelişmesine ve stigma algılarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (5-8).

## Stigma ve Stigma Algısı

Tarih boyunca birçok anlam değişikliğine uğrayan stigma, günümüzdeki sözlüklerde karşılığı, insanların hastalık veya ruhsal rahatsızlıklarla ilgili olumsuz davranış ve düşünceleri, kişiyi toplumdan ayıran fiziksel, ruhsal veya sosyal sorunları nedeniyle değersizleştiren ve ayrımcılığa yol açan durum olarak tanımlanır (9). Erving Goffman 1963 yılında stigma kelimesini "daha az kıymet verme davranışı, bu etiketi taşıyan kişilerin daha az istenebilir olması, itibarsızlaştırılması ve toplum tarafından reddedilmesi" olarak açıklamıştır. Goffman başka bir tanımla stigmayı "itibarlı derinden sarsan bir özellik" olarak da ifade etmiştir (10). Kronik hastalık tanısı alan bireyler toplumda kendini değersiz ya da itibarını kaybetmiş şekilde görebilmekte ve deneyimledikleri bu olumsuz durumlar bireylerde stigma algısına yol açmaktadır.

Deneyimlenen bu olumsuzluklar literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bunlar;

- **Algılanan Stigma;** stigmaya maruz kalan kişinin stigmaya ilişkin davranışlarını davranışlarını saklamaya çalışarak, bu duruma korku ve utanç gibi duygusal tepkiler ile yanıt vermesidir (11).
- **Deneyimlenen Stigma;** stigmaya maruz kalan kişilerin toplumdan kendisini uzak tutup umutsuzluğa düşmesine sebep olan reddedilme ve ayrımcılıkla fiilen karşılaşma olarak tanımlanmaktadır. İnsanların kalıplaşmış yargı, ön yargı ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını algılama derecesidir (12).
- **Yapısal Stigma;** stigmaya maruz kalmış kişinin önüne çıkan fırsat eşitsizliği ve adaletsizlik durumları gibi somut engelleri ifade etmektedir (9).
- **Sosyal Stigma;** bireylerin toplumun beklentilerine yönelik davranışlarını şekillendirmesini ifade eder. Kişiler toplumun kendilerine atfedilen rolleri yerine getirmeye çalışır (13).

- **İçselleştirilmiş Stigma;** diğer insanların görüşlerinin, stigmaya maruz kalan kişilerde düşünce, duygu, korku ve inanç boyutunu etkilemesi ve benimsenmesidir (14).

### **Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Stigmaya Yol Açan Semptomlar**

Literatürde kronik hastalıklar arasında özellikle kanser, insan immün yetmezlik virüsü (HIV), sifiliz, epilepsi, multiple skleroz, lepra ve şizofreni gibi psikiyatrik problemleri olan bireylerin daha fazla stigmaya maruz kaldığı belirtilmektedir (11-15). Belirtilen bu hastalıkların yanı sıra hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin de semptom yönetiminin zor olması, tedavi ve bakım süreçlerinin karmaşık ve maliyetli olması, mortalitelerinin yüksek olması stigmanın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bireyler sıklıkla bulantı, kusma, kas krampları, cilt sorunları (kaşıntı, kuruluk, hiperpigmentasyon, solgunluk vb.), yorgunluk, uyku sorunları, depresyon, kateter/fistül varlığı ve komplikasyonları, cinsel sorunlar ve enfeksiyon riski gibi komplikasyonların sonucunda beden imajında bozulma ve günlük yaşamda olumsuz duygular yaşayabilmektedirler (16).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde karşılaşılan intradiyalitik komplikasyonlardan bulantı ve kusmanın öncelikli nedenleri arasında hipotansiyon, üremi, yetersiz diyaliz, hiperkalsemi yer almaktadır (17). Hemodiyaliz sırasındaki vücut pozisyonu da bulantı insidansını etkilemektedir. Shahdadi ve ark. (18) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yaptığı çalışmada; sırtüstü pozisyonun, yarı oturur pozisyona oranla daha fazla bulantı ve kusmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde diyaliz tedavisi gören bireylerde görülen bulantı ve kusmanın hastalarda korku, kaygı ve depresyon görülme sıklığını arttırdığı, diyaliz tedavisini almak istememelerine neden olarak diyalizin erken sonlandırılmasına yol açabildiği belirtilmektedir (19, 20). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde bulantı ve kusma insidansı yüksektir. Dolayısıyla hemşireler tarafından hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde bulantı ve kusmanın çok yönlü olarak ele alınması, uygulamalı araştırmalar yaparak ve uygun

müdahaleleri değerlendirerek bulantı ve kusmanın şiddetini ve insidansını düşürmek için gereken tedbirler önceden alınmalıdır (20).

Kas krampları ani başlayan ve uzun süreli istemsiz şekilde devam eden kas kasılmasıdır. Ağrıya ve beraberinde fiziksel, psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (21). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde görülen kas krampları; serum leptin seviyesindeki yükseklik, hipovolemi, hiponatremi, doku hipoksisi gibi faktörlerden gelişmektedir. Görülen bu sorunlar sosyal izolasyona, aile içi sorunlara ve bağımlılığa yol açabilmektedir. Grandinetti ve ark. (22) hemodiyaliz tedavisi alan bireyler (n=20) ile yaptığı çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun alt ekstremitelerde kas krampları yaşadığını bildirmişlerdir. Katılımcılar kas krampları nedeniyle hareket edememe, harekette beceriksizlik, egzersiz yapmada güçlük ve günlük yaşam aktivitelerinde (yemek pişirme, araba kullanmak, eşyaları toplamak vb.) zorluklar yaşadıklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların kas krampları nedeniyle korku, sıkıntı, hayal kırıklığı ve sinirlilik yaşadıkları belirtilmiştir. Cox ve ark. (23) çalışmasında, katılımcıların diyalize bağlı kas kramplarının en rahatsız edici semptom olduğunu, kramplardan sonra kendilerini yorgun hissettiklerini ve kramp gelişimini önlemek için kilo alımına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir.

Sürekli ve sinir bozucu dinlenme ihtiyacı, yorgunluğun görünmezliği, bireylerin hasta görünmediği ve bu nedenle yorgunluklarını ifade ederken kendilerini kötü hissettikleri, başkalarının beklentilerini karşılayamamaları gibi nedenlerle yorgunluk bireyleri kısıtlayarak, bağımsızlıklarını azaltabilmekte ve kimliklerini zedeleyebilmektedir. Bu nedenle birey algıladığı stigmaya yorgunluğunu gizlemeye çalışmakta ve toplumun kendine atfettiği rolleri yerine getirmeye çalışmaktadır. Kadınlar özellikle ev işlerini layıkıyla yapamamaktan, eskisi gibi aktif olamamaktan şikayet etmektedir. Ancak giderek artan yorgunluk ve enerji tükenmesi nedeniyle bireyin sosyal ortamlardan uzak kalmasına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bundan dolayı yorgunluğu yönetirken, hastalığı tedaviden ve psikososyal şeklinden ayırmadan değerlendirmeye

çalışmak; klinik ortamlarda yorgunluğun ciddiyetini ve etkisini değerlendirmek için yeterli stratejiler geliştirmek ve hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde bu semptomu yönetmek için etkili müdahaleler geliştirmek oldukça önemlidir (22).

Villarrea ve ark. (24) hemodiyaliz tedavisi alan kadınlar ile yaptığı çalışmada, katılımcıların fiziksel görünümünde ve beden imajında önemli değişiklikler yaşadığını, kendi bedenlerini kötü hissederek aynaya bakamadıklarını ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Lev-Wiesel ve ark. (25) hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin beden imajına yönelik yaptığı çalışmada, bireylerden tanı öncesi ve şu anki bedenlerini nasıl algıladıklarını çizimlerini ve anlatmalarını istemiştir. Çizimlerde depresyon, anksiyete, yorgunluk ve kilo ile ilgili göstergeler tespit edilmiştir. Anlatımlarda ise bireyler üç tema üzerinde yoğunlaşmış olup hayattan umutsuzluk, fiziksel işlev bozukluğu ve beden imajı ön plana çıkmıştır. Hemodiyaliz nedeniyle değişen fiziksel görünüm; bireylerin fiziksel çekiciliklerini kaybetmelerine ve bireylerin kendilerini damgalanmış hissetmelerine ve sosyal çevreden uzaklaşmalarına neden olmaktadır (24).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde fiziksel değişikliklere neden olarak, bireylerin kendilerini damgalanmış hissetmelerine neden olan diğer bir durum ise bireylerde gelişen kutanöz değişikliklerdir. Önelmiş ve ark. (26) yaptıkları çalışmada; katılımcıların her birinde en az bir tane deri lezyonu olduğunu; %92'sinde tırnak anormallikleri, %87'sinde cilt kuruluğu, %68'inde mantar enfeksiyonu, %62'sinde hiperpigmentasyon, %51'inde kaşıntı ve %51'inde solgunluk olduğunu tespit etmişlerdir. Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan böbrek hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin %81,4'ünde, hemodiyaliz tedavisi almayan bireylerin ise %37,2'sinde hiperpigmentasyon görülmüştür (27). Cilt sorunu olan bireylerde umutsuzluk, utanma gibi boyutlarda stigma görülebilmektedir ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin azaldığı dile getirilmiştir. Sonuç olarak deri lezyonlarının tedavisi, stigmayı önleyebilecek bir durum olarak önem taşımaktadır (26).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin karşılaştığı önemli cilt sorunlarından bir diğeri olan kaşıntının patogenezi tam olarak belirlenememiştir. Ancak

anormal kalsiyum, fosfat, paratiroid hormon seviyeleri, opioid dengesizliği, cilt kuruluğu, periferik nöropati dahil olmak üzere birçok faktörün kaşıntı oluşumunu veya yükünü etkilediği belirtilmektedir (28). Literatürde kaşıntı, uyku sorunları, psikolojik semptomlar, yaşam kalitesinde düşüş, hastane yatışları ve ölüm gibi klinik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (29, 30). Van der Willik ve ark. (30) yaptığı çalışmada, diyaliz tedavisi alan bireylerin yarısında kaşıntı sorunu yaşadığı, %70'inde kaşıntının zamanla kalıcı hale geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Kaşıntı etkili bir şekilde tedavi edilmediğinde uyku sorunlarına, yorgunluğa ve psikolojik semptomların yükünün artmasına neden olmaktadır. Bu sorunlarda bireyin günlük yaşam aktivitelerine, işlerine, hobilerine, aile içi ilişkilerine ve sosyal hayatlarına yansımaktadır. Ortaya çıkan bu kısır semptom döngüsü bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkimekte ve değişen düzeylerde stigmaya neden olmaktadır. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin deri değişikliklerinin farkında olunmasının, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında ve bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (26).

Depresyon: üzüntü, ilgi kaybı, suçluluk duyguları, uyku problemleri, yemek yeme isteğinde azalma, yorgunluk ve konsantrasyon düşüklüğünü içeren zihinsel bir rahatsızlıktır (31). Chi ve ark. (32) son dönem böbrek hastalarında depresyon prevalansının %20 ile %40 arasında değiştiğini çalışmasında belirtmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde depresyonun nedeni; komorbidite varlığı, sık hastane yatışları, bilişsel bozukluklar, kronik ağrı, üremik toksinler, işsizlik, nakil başarısızlığı ve ölüme olan yakınlıktır (33). Ayrıca günlük yaşamda fonksiyonel ve beslenme kısıtlamaları, ilaç yan etkileri, sosyal desteğinin olmaması ve sağlık çalışanlarına bağımlılık depresyona yol açmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle yapılan bir çalışmada, depresyonun yaygın olarak görüldüğünü, uykusuzluk ve yorgunluk ile ilişki olduğu ifade edilmiştir (34). Benzer bir çalışmada ise katılımcıların çoğunlukla hastalıktan sonra ağır psikososyal problemlerle karşılaştıkları belirtilmiştir (35). Ayrıca hemodiyaliz ile birlikte depresyon, kaygı ve değişmiş benlik algısı gibi dışarıdan görülemeyen bazı semptomlar nedeniyle de bu hastalar, özürüllükleri olmamalarına

karşın bazı yapabilir gibi göründükleri eylemleri yapamadıklarında tembel veya beceriksiz olarak damgalanırlar. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde hastalığa bağlı görülen metabolik değişiklikler, kaşıntı, ağrı, dispne, yorgunluk, kramp, yaşamda kısıtlılıklar, depresyon, emosyonel sorunlar uyku sorunlarına yol açabilmektedir. Bireylerde sık uyanma, uykuya dalmada gecikme, gündüz uyuklama, huzursuz bacak sendromu sık görülen uyku sorunlarından (36). Bu nedenle, depresyon, uykusuzluk ve yorgunluk erken dönemde değerlendirilmeli ve bu kişilerin yaşam kalitesini arttırmak, hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak için etkili bir tedavi planı oluşturulmalıdır (34).

Villarreal ve ark. (24) yaptığı çalışmada, atriyoventöz fistülü olan kadınların kendilerine kollarındaki izler hakkında sorular sorulduğunda kendilerini rahatsız hissettiklerini ve bu soruları duymaktan kaçındıklarını ifade etmişleridir. Aynı çalışma, kadınların kataterlerini gizlemek için kıyafetlerini uyarlamak zorunda kaldıkları, vücut şekil bozukluk ve anormalliklerle her gün mücadele ettikleri belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada ise, fistülün bireylerin vücutlarında izler bırakarak, vücudu kusurlu duruma getirdiği, bu tür vücut değişikliklerinin düşük benlik algısına neden olarak, kişilerde utanç duygusunun gelişmesine neden olduğu ifade edilmiştir (37). Bu olumsuz duygular, hastaların sosyal faaliyetlere katılmamalarına ve ailelerine karşı suçluluk duymalarına yol açmaktadır (38). Bu durumda bireylerin farklı stigma türlerini bir arada yaşamalarına neden olmaktadır.

Hem kadın hem de erkek hemodiyaliz tedavisi alan bireyleri birtakım cinsel sorunu da deneyimlemektedir. Bireylerde gözlenen cinsel işlev kayıpları eşlerinde bireylere yönelik olarak olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Villarreal ve ark. (24) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan kadınların beden imajındaki değişiklikler nedeniyle kendilerini çekici bulmadıkları ve bu nedenle cinsel ilişkiyi reddettiklerini belirtilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan grubun hemodiyaliz tedavisi almayan kontrol grubuna göre erektil disfonksiyon prevalansı yüksek bulunmuştur ve bu konunun hastalara mental olarak zarar verdiği belirtilmiştir (39).

Bu bireylerin yaşamlarındaki benzer sınırlamalar örneğin, sıvı alımı, diyet ve seyahat kısıtlamaları bireylerin yaşam tarzını etkileyerek aile ve arkadaşlarıyla sosyal ilişkilerini etkilemektedir. Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, belirli bir hastalığa sahip olduğu ve tedavi planına uymak zorunda oldukları için sosyal etkileşimlerden dışlanırlar. Shouket ve ark. (40) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin çoğunun kısıtlı gıda alımları ve özel beslenme gereksinimleri nedeniyle sosyal toplantılardan kaçındığını, farklı bir odada yemek yemeyi tercih ettiklerini ifade etmiştir. Aynı çalışmada hemodiyaliz merkezlerindeki hemşirelerin, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadıkları damgalanmanın sosyal ve duygusal yansımalarına karşı koymalarına yardımcı olabilecek önemli bir sosyal destek sistemi sağlayabileceğini ifade etmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı önemli sağlık risklerinden biri, hepatit enfeksiyonlarıyla ilişkilidir. Bireyler arasında Hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu salgınlarının çoğu, bireylere; her kullanımdan sonra rutin olarak dezenfekte edilmeyen çevresel yüzeyler, malzemeler (örn: klempeler), bir birey için kullanılmayan çok dozlu ilaç şişeleri ve intravenöz solüsyonlar, kan örneklerinin alındığı alanlarda hazırlanmış enjeksiyon ilaçları ve HBV ile enfekte olup duyarlı bireylere aynı anda bakan sağlık personeli yoluyla bulaşmaktadır (41). Hepatit ile enfekte olmuş bireylerin ayrı ünitelerde diyalize alınması, makinalarının ayrılması diğer bireylerin enfekte olmasının önlenmesinde etkin rol oynamaktadır (42). Ülkemizde diyaliz merkezlerinde enfeksiyon kontrolüne yönelik yayınlanan yönetmeliğe göre, hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) pozitif olan bireylerin diyaliz makinesi, odası, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır (43). Hemodiyaliz alan HBV enfeksiyonlu bireylerin diğer bireylerden izole edilmeleri, bireylerde kaygı, depresyon, stres ve beden algısında bozulmayla beraber stigmaya yol açmaktadır.

Evrensel önlemlerde anti-hepatit C virüs (Anti-HCV) ve HIV pozitif bireyler için cihaz ayrılmamasını önerse de ülkemizde yayınlanan yönetmeliğe göre, bu bireyler için ayrı cihaz kullanılarak, bu bireylere hizmet veren personelin ayrı olması gerekmektedir (43). Ashkani Esfahani ve ark. (44)

ülkelere göre hepatit C prevalansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada Türkiye’de hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde hepatit C virüs (HCV) enfeksiyon prevalansı %23 olarak hesaplanmıştır. Hepatit C virüsünün belirli yüksek riskli davranışlarla ilişkisi (madde bağımlılığı, HIV vb.), etkilenenleri hastalığa yakalanmakla suçlayarak stigmaya yol açmaktadır. Bu nedenlerden dolayı HCV’li bireyler daha yüksek oranda depresyon, anksiyete, damgalanma ve sosyal izolasyon yaşayarak benlik algıları zarar görmektedir (45, 46). Çok sayıda çalışma, HCV ile ilişkili içselleştirilmiş stigmayı, klinik izolasyonun rolünü ve stigmanın olumsuz sağlık sonuçlarını tartışmaktadır (45).

### Stigmanın Sonuçları

Hemodiyaliz tedavisi almak, temel olarak utanç ve suçluluk duygusuyla bağlantılıdır. Bireyler bu olumsuz duygular nedeniyle kendilerini sosyal yaşamdan izole edebilmekte ya da toplum onları dışlayarak sosyal yaşamdan uzak kalmalarına neden olmaktadır (47). Bireyler tedavi aldıklarını komşularına, akrabalarına, iş arkadaşlarına ve hatta aile üyelerine bile açıklamak istemezler. Tedavinin gizli tutulması, sosyal izolasyonu daha çok arttırmakta ve bireylerin ihtiyaç duyduğu sosyal desteği almalarını engellemektedir. Stigma aynı zamanda bireylerin üzerindeki psikolojik yükü de arttırmaktadır (48). Gutman ve ark. (49) diyaliz tedavisi alan bireyler ve yakınları ile diyalize ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, katılımcıların kendilerini “hasta” olarak tanımlamayla ilgili damgalanmaya dikkat çektiklerini ve bu nedenle başkalarının utanç ve suçlamalarından dolayı deneyimlerini paylaşmakta tereddüt ettiklerini belirtmiştir. Başka bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde stigma düzeyinin azaltılmasında olumlu etkisi olan değişken “algılanan sosyal destek” olmuştur (50).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler arasındaki stigmada algılanan stresin temel bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Genellikle bireyler hastalığa olumsuz bakıp, kendilerine de olumsuz bakarlar. Bireyler geleceklere ve kendilerine inanmayabilirler. Hissedilen bu duygular onları daha da utandırabilir ve stigmanın ortaya çıkma olasılığını daha da

yükseltebilir. Bu nedenle stresi yönetmek ve sürdürmek oldukça önemlidir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde korku düzeyinin yüksek olması, bireylerin başkalarıyla iletişim konusunda daha isteksiz olmasına ve bireylerin kendisini toplumdan izole etmesine neden olabilmektedir. Bu durumda bireylerin yaşam kalitesine zarar vermektedir.

### Stigma ile Mücadele ve Semptom Yönetimi

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin stigma sürecinde, tedavi, sosyal etkileşim, benlik saygısı ve başkalarıyla ilişkiler gibi durumlar olumsuz etkilenmektedir. Stigma ile mücadele, bireylerde stigma sürecinin ele alınabilmesini ve bunu belirlemeye yönelik çalışmaların yapılmasını, stigmayı azaltmaya yönelik girişimlerin planlanmasını ve uygulanmasını kapsamaktadır (47). Hemşireler bireylerde gelişen semptomları yönetirken komplikasyonları önlemeye yönelik girişimlerde bulunmalı ve psikolojik destek rolünü de etkin olarak yerine getirebilmelidir.

Hemşireler bu konuda;

- Bireylerin kendi içlerinde var olan hastalığa yönelik olumsuz tutum ve davranışların farkında olmalı ve bunları olumluya çevirmek için eğitimler, yüz yüze görüşmeler ve destek grupları sağlamalı,
- Ayrımcılığı ve stigmayı engellemek için daha geniş nüfusta kronik böbrek hastalığı ve hemodiyaliz tedavisi konusunda farkındalık oluşturmaya yönelik etkinlikler planlamalı,
- Etkin semptom yönetimi için hasta ve bakım vericileri tedaviye katılım için teşvik edilmeli, desteklenmeli
- “Birey merkezli bakım” standardı geliştirilmeli,
- Bireye stres yönetimine ilişkin eğitimler verilmeli,
- Bireylerin düşünce ve değerlerine önem verilmeli,
- Ortak karar alma gibi stratejiler yoluyla hemodiyaliz tedavisi alan bireyleri ve bakım verenleri kendi bakımlarında aktif katılımcılar olmaya teşvik edilmeli,

- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere ve bakım vericilere sağlık profesyonellerine nasıl ulaşacakları ve onlarla nasıl iletişim kuracakları konusunda eğitim verilmeli,
- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere psikolojik destek programları uygulanmalı,
- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirilmeli,
- Sosyal izolasyonun önlenmesine destek programları oluşturulmalı,
- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere ve bakım vericilere eğitimin bireysel olarak potansiyel faydaları-vurgulanmalıdır (47-50).

Umut düzeyi yüksek olan bireylerin hastalığa karşı umut verici bir tutum sergilemeleri, kendilerini değersizleştirmemeleri açısından faydalıdır. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, stres yönetiminin sağlanması, endişenin azaltılması, depresyonun tedavi edilmesi dolaylı olarak damgalanma düzeyini azaltabilir. Dolayısıyla bireylerin stigma düzeyinin azaltılması umuduyla müdahalelerde bulunabiliriz. Sosyal destek bireyler için hayati bir güçtür. Hastalığın uzun süreli, kesintisiz olması nedeniyle sosyal desteğin yüksek düzeyde olması önemlidir (50).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz ömür boyu süren bir tedavi olduğundan komplikasyonlar kaçınılmazdır ve bireyleri olumsuz etkileyebilmektedir. Hemodiyaliz tedavisinin neden olduğu fiziksel fonksiyondaki gerileme, yaşam tarzı, ekonomik durumdaki değişiklik ve psikolojik sorunların ortaya çıkması, hemodiyaliz tedavisi alan bireyleri stigmaya yatkın hale getirmektedir. Hastalığın ve tedavinin toplumsal yönünün ele alınması hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin bu süreçte benlik algısının korunmasına, sosyal destek çevresinin genişletilmesine katkı sağlayabilmektedir.

Literatüre baktığımızda hemşireler tarafından verilen hastalık ve komplikasyonlara ilişkin eğitim programları bireylerin baş etme stratejilerini geliştirmektedir. Hemodiyalizin getirdiği sorun ve çözümler bireyler tarafından bilindiğinde bireyin sorunlarla ilgili farkındalığı artmaktadır. Sağlık çalışanları, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadıkları semptomların stigma algısına etkisinin farkında olmalı ve buna yönelik planlama ve girişimlerde bulunmalıdır. Konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında bu konunun yeterince incelenmediği görülmüştür. Derlememizin bu alanda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Yok

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Yok

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## YAZARLIK KATKILARI

**Çalışma fikri ve tasarımı:** SNÖ, GT, BÇ

**Veri toplama:** Yok

**Veri analizi ve yorum:** Yok

**Makalenin hazırlanması:** SNÖ, GT, BÇ

**Eleştirel inceleme:** SNÖ, GT, BÇ

## EK AÇIKLAMA

Makalemiz bir kongrede veya bilimsel ortamlarda sunulmamıştır.



**Kaynaklar**

1. Irmak H, Yardım N, Temel F, Keklik K. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018 [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 22];1. Available from [https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye\\_Bobrek\\_Hastaliklari\\_Onleme\\_ve\\_Kontrol\\_Programi\\_2018-2023.pdf](https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf)
2. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2023 [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 22];149-69. Available from [https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf).
3. Chan CT, Blankestijn PJ, Dember LM, Gallieni M, Harris DCH, Lok CE, et al. Dialysis initiation, modality choice, Access, and prescription: conclusions from a kidney disease: improving global outcomes (kdigo) controversies conference. *Kidney Int.* 2019;96:37-47. Doi: 10.1016/j.kint.2019.01.017
4. Akyüz O, Parmaksız E, Ardahanlı İ. Investigation of the relationship between biochemical parameters, alexithymia, and stress levels in hemodialysis patients. *South Clin Ist Euras.* 2021;32(1):13-8. DOI: 10.14744/scie.2021.24993
5. Yu I, Huang J, Tsai Y. Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Appl Nurs Res.* 2012;25:190-6. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2010.11.002>
6. Muringai T, Noble H, McGowan A, Channey M. Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse. *Br J Nurs.* 2008;17(6):362-6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28900>
7. Shahgholian N, Tajdari S, Nasiri M. Reviewing and comparing self-concept in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Iran J Nurs and Midwifery Res.* 2012[cited 2024 Jan 29];17(2): 85-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696965/pdf/IJNMR-17-85.pdf>
8. Lev-Wiesel R, Sasson L, Scharf N, Abu Saleh Y, Glikman A, Hazan D, Shacham Y, et al. "Losing faith in my body": body image in individuals diagnosed with end-stage renal disease as reflected in drawings and narratives. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(10777):1-15. doi: 10.3390/ijerph191710777
9. Tüner E. (2019). Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeği'nin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı; 2019.
10. Özaslan Çalışkan BÖ, Akca M. Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. *JAVSTUDIES.* 2017;3(13):357-69. Doi: 10.23929/javs.437
11. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
12. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002;28(1):143-55. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917.
13. Heffernan K. Social work, new public management and the language of 'service user'. *Br J Soc Work.* 2006;36(1):139-47. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch328>
14. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Derg* [Internet]. 2012[cited 2024 Jan 29];13(1):1-7. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Mustafa-Yildiz-13/publication/282593074\\_Self-stigmatization\\_among\\_patients\\_with\\_schizophrenia\\_their\\_relatives\\_and\\_patients\\_with\\_major\\_depressive\\_disorder/links/56a8783508aeded22e37b01c/Self-stigmatization-among-patients-with-schizophrenia-their-relatives-and-patients-with-major-depressive-disorder.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mustafa-Yildiz-13/publication/282593074_Self-stigmatization_among_patients_with_schizophrenia_their_relatives_and_patients_with_major_depressive_disorder/links/56a8783508aeded22e37b01c/Self-stigmatization-among-patients-with-schizophrenia-their-relatives-and-patients-with-major-depressive-disorder.pdf)
15. Özmen S, Erdem R. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *SDÜİİBFD* [Internet] 2018[cited 2023 July 22];23(1):185-208. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1004031>
16. Novick TK, Gadegbeku CA, Crews DC. Dialysis for patients with endstage renal disease who are homeless. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1581-2. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.5470
17. Prabhakar Singh RG, Singh S, Rathore SS, Choudhary TA. Spectrum of intradialytic complications during hemodialysis and its management: A single-center experience. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015;26(1):168-72. doi: 10.4103/1319-2442.148771
18. Shahdadi H, Badakhsh M, Moein AA, Shahreki A. Comparison on nausea & vomiting between supine and semi fowler position during hemodialysis. *J Mazandaran Univ Med Sci* [Internet]. 2009 [cited 2023 June 27];18: 58-63. Available from: [https://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a\\_id=522&sid=1&slc\\_lang=en](https://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=522&sid=1&slc_lang=en)
19. Barth C, Boer W, Garzoni D, Kuenzi T, Ries W, Schaefer R, Schneditz D. Characteristics of hypotension-prone haemodialysis patients: is there a critical relative blood volume. *Nephrol Dial Transplant.* 2003;18(7):1353-60. <https://doi.org/10.1093/ndt/fgf171>
20. Asgari MR, Asghari F, Ghods A, Ghorbani R, Motlagh N, Rahaei F. Incidence and severity of nausea and vomiting in a group of maintenance hemodialysis patients. *J Renal Inj Prev.* 2017;6(1):49-55. DOI: 10.15171/jrip.2017.09



21. Gökdoğan F. Diyaliz hastalarında semptom yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jun 6];6(1):4-10. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/423053>
22. Grandinetti A, Hilliard-Boone TS, Wilund KR, Logan D, St. Peter WL, Wingard R, Tentori F, et al. Patient perspectives of skeletal muscle cramping in dialysis: a focus group study. *Kidney360*. 2023;4(6):734-43. doi: 10.34067/KID.0000000000000121
23. Cox KJ, Parshall MB, Hernandez SHA, Parvez SZ, Unruh ML. Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: a qualitative study. *Hemodial Int*. 2017;21(4):524-33. doi:10.1111/hdi.12521
24. Álvarez-Villarreal M, Velarde-García J, Chocarro-Gonzalez L, Pérez-Corrales J, Gueita-Rodríguez J, Palacios-Ceña D. Body changes and decreased sexual drive after dialysis: a qualitative study on the experiences of women at an ambulatory dialysis unit in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17):1-12. doi: 10.3390/ijerph16173086
25. Lev-Wiesel R, Sasson L, Scharf N, Abu Saleh Y, Glikman A, Hazan D, Shacham Y, et al. “Losing faith in my body”: body image in individuals diagnosed with end-stage renal disease as reflected in drawings and narratives. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10777):1-15. doi: 10.3390/ijerph191710777
26. Onelmis H, Sener S, Sasmaz S, Ozer A. Cutaneous changes in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Cutan Ocul Toxicol*. 2012;31(4):286–91. <https://doi.org/10.3109/15569527.2012.657726>
27. Sartika D, Putra IB, Yosi A. Profile of skin manifestations in chronic kidney failure patients with hemodialysis and non-hemodialysis in universitas Sumatera Utara Hospital Medan. *IJSRP*. 2019;9(10):497-500. <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.9.10.2019.p9465>
28. Verduzco HA, Shirazian S. CKD-associated pruritus: new insights into diagnosis, pathogenesis, and management. *Kidney Int Rep*. 2020;5(9):1387–402. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.04.027>
29. Sukul N, Karaboyas A, Csomor PA, Schaufler T, Wen W, Menzaghi F, Rayner HC, et al. Self-reported pruritus and clinical, dialysis-related, and patient-reported outcomes in hemodialysis patients. *Kidney Med*. 2021;3(1):42–53. doi: 10.1016/j.xkme.2020.08.011
30. Van Der Willik EM, Lengton R, Hemmelder MH, Hoogeveen EK, Bart HAJ, Van Ittersum FJ, Ten Dam MAGJ, et al. Itching in dialysis patients: impact on health-related quality of life and interactions with sleep problems and psychological symptoms—results from the renine/proms registry. *Nephrol Dial Transplant*. 2022;37(9):1731-41. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfac022>
31. Khan A, Khan AH, Adnan AS, Sulaiman SA, Mushtaq S. Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6796-z>
32. Chi CY, Lee SY, Chao CT, Huang JW. Frailty as an independent risk factor for depression in patients with end-stage renal disease: a cross-sectional study. *Front Med*. 2022;9(1):1-8. doi: 10.3389/fmed.2022.799544
33. Gerogianni G, Kouzoupis A, Grapsa E. A holistic approach to factors affecting depression in haemodialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2018;50(8):1467-76. doi: 10.1007/s11255-018-1891-0.
34. Sakiqi J, Vasilopoulos G, Koutelekos I, Polikandrioti M, Dousis E, Pavlatou N, et al. Depression among hemodialysis patients: related factors and the impact of insomnia and fatigue. *Cureus*. 2022;14(5):1-11. DOI: 10.7759/cureus.25254
35. Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Turkish J Nephrol*. 2017;26(1):67-73. doi: 10.5262/tndt.2017.1001.11
36. Saeedi M, Shamsikhani S, Farahani PV, Haghverdi F. Sleep hygiene training programme for patients on hemodialysis. *Iran J of Kidney Dis* [Internet]. 2014[cited 2023 Nov 20];8(1):65-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24413724/>
37. Silva DM, Silva RMCRA, Pereira ER, Ferreira HC, Alcantara VCG, Oliveira FS. The body marked by the arteriovenous fistula: a phenomenological point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2869-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0898>
38. Hagren B, Pettersen I, Severinsson E, Lützen K, Clyne N. Maintenance haemodialysis: patients’ experiences of their life situation. *J. Clin. Nurs*. 2005;14(3):294-300. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x
39. Bao J, Yu Q, Yu H, Hao J, Liu J, Yao J, Yuan W. Erectile dysfunction in male hemodialysis patients in China—one center experience. *Clin Nephrol*. 2011;75(2):134-40. doi: 10.5414/cn106408
40. Shouket H, Gringart E, Drake D, Steinwandel U. “Machine-dependent”: the lived experiences of patients receiving hemodialysis in Pakistan. *Glob Qual Nurs Res*. 2022;15(9):1-13. doi:10.1177/23333936221128240
41. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic hemodialysis patients. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2001[cited 2024 Jan 04];50(RR-5):1-43. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5005a1.htm>

42. Özer Etik D, Ocal S, Boyacıoğlu A.S. Hepatitis C infection in hemodialysis patients: a review. *World J of Hepatol.* 2015;7(6):885-95. DOI: 10.4254/wjh.v7.i6.885
43. Gökdoğan, F. Hemşireler ve teknikerler için diyaliz ilke ve teknikleri. Gökdoğan F, eds. In: *Diyaliz İlke ve Teknikleri-Hemodiyaliz İnfeksiyon Kontrolü*. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2015. p.110.
44. Ashkani-Esfahani S, Alavian SM, Salehi-Marzizarani M. Prevalence of hepatitis C virus infection among hemodialysis patients in the middle-east: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Gastroenterol.* 2017;23(1):151-66. DOI: 10.3748/wjg.v23.i1.151
45. Barreira DP, Marinho RT, Bicho M, Fialho R, Ouakinin SRS. Psychosocial and neurocognitive factors associated with hepatitis C – implications for future health and wellbeing. *Front in Psychol.* 2019;9(2666):1-6. doi:10.3389/fpsyg.2018.02666
46. Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C. The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy.* 2007;18(5):364–73. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.004>
47. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *J Psychiatr Nurs [Internet]*. 2011[cited 2024 May 14]; 2(3):136-40. Available from: [https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD\\_2\\_3\\_136\\_140.pdf](https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_3_136_140.pdf)
48. Ay P, Hidiroğlu S. Tuberculosis related stigma. *Marmara Med J.* 2021;34:1-6. doi: 10.5472/marumj.854373
49. Gutman T, Kelly A, Scholes N, Craig J, Jesudason S, Tong A. Patient and caregiver experiences and attitudes about their involvement in research in chronic kidney disease. *CJASN.* 2022;17(2):215-27. doi: 10.2215/CJN.05960521
50. Li B, Liu D, Zhang Y, Xue P. Stigma and related factors among renal dialysis patients in China. *Front Psychiatry.* 2023;14:1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1175179

# Kadaverik Böbrek Rejeksiyonu: Meleis'in Geçiş Kuramı Işığında Olgu Sunumu ve Hemşirelik Bakımı

## Cadaveric Renal Rejection: Case Report and Nursing Care in the Light of Meleis's Transition Theory

Reva GÜNDOĞAN<sup>1</sup> , Sevim GÜLER<sup>2</sup> 

### Özet

Son dönem böbrek yetmezliği; böbreğin, sıvı-elektrolit dengesi ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında geri dönüşümü olmayan bir şekilde bozulması durumudur. Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi üç farklı renal replasman tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Böbrek nakli, diyaliz tedavisine göre mortalite ve morbidite riskinde belirgin düşüş sağlamakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve alıcılara bağımsız bir yaşam alanı sağlamaktadır. Ancak böbrek nakli olan hastalarda nakil sonrası günler veya haftalar içerisinde istenmeyen bir tablo olan rejeksiyon gelişebilmektedir. Geçiş ise bilinen bir durumdan, bilinmeyen başka bir duruma rol geçişini ifade etmektedir. Hemşirelerin buradaki en önemli rolü, hastaların yeni bir duruma ve role sağlıklı bir geçişi tamamlamalarına yardımcı olmaktır. Bu olguda periton diyalizi tedavisinde iken böbrek nakli olan nakil sonrası rejeksiyon gelişen ve ardından hemodiyaliz tedavisi önerilen olgunun Meleis'in geçiş kuramına göre hemşirelik bakımı incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek Rejeksiyonu; Hemşirelik Bakımı; Meleis'in Geçiş Kuramı

### Abstract

End-stage renal failure is an irreversible deterioration in the fluid-electrolyte balance and metabolic-endocrine functions of the kidney. Patients with end-stage renal failure are treated with three different renal replacement treatment methods: hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. Kidney transplantation, one of these treatments, significantly decreases the risk of mortality and morbidity compared to dialysis treatment, improves quality of life, and provides an independent living space for recipients. However, in kidney transplant patients, rejection, an undesirable condition, may develop in the days and weeks following the transplant. Transition refers to the shift of roles from a known situation to another unknown situation. The most important role of nurses is to assist individuals experiencing transition and help them complete a healthy transition. This period requires the individual to adapt to a new role and situation. For these reasons, this article examines the case report and nursing care of a patient who previously received peritoneal dialysis treatment and was recommended hemodialysis treatment following rejection after kidney transplantation, in the light of Meleis's transition theory.

**Keywords:** Kidney Rejection; Nursing Care; Meleis's Transition Theory

**Geliş Tarihi / Submitted:** 28 Şubat/Feb 2024

**Kabul Tarihi / Accepted:** 29 Mayıs/May 2024

<sup>1</sup> Uzm. Hem. Dr., Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman İl Ambulans Servisi, Adıyaman/Türkiye

<sup>2</sup> Uzm. Hem. Dr., Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Göz Hastalıkları Kliniği, Adıyaman/ Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Reva GÜNDOĞAN / **E-posta:** r4a5\_reva@hotmail.com, **Adres:** Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman İl Ambulans Servisi, Adıyaman/Türkiye.



Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2024; 19(2): 106-117

Journal of Nephrology Nursing 2024 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

## GİRİŞ

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tüm dünyada ve Türkiye'de her geçen gün artan önemli bir kronik hastalıktır (1,2). Bu hastalıkta, glomerüler filtrasyon hızındaki düşme neticesinde böbreğin, sıvı-elektrolit dengesi ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında geri dönüşümü olmayan bozulma gelişmektedir (3). Bu nedenle SDBY hastaları yaşamlarını sürdürebilmek için hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi üç farklı renal replasman tedavi yöntemiyle tedavi edilmektedir. Bu üç tedavi yönteminin amacı; fonksiyonlarının neredeyse tamamını kaybetmiş, sağlıklı olmayan böbreklerin yerine uygulanan/ böbreklerin yerine geçen/ görevlerinin büyük bir kısmını karşılamaktır (4). Bu tedavi yöntemlerinden birisi olan böbrek nakli, SDBY hastalarında böbreklerin fonksiyon kaybını büyük oranda karşılayan, diyalize kıyasla daha iyi sağ kalım oranlarına sahip olan, yaşam kalitesini iyileştiren ve alıcılara bağımsız bir yaşam imkânı sağladığı için tercih edilen en seçkin tedavi yöntemidir. Böbrek nakli olan hastalar, diyaliz alan hastalarla karşılaştırıldığında mortalite ve morbidite riskinde belirgin düşüş ve yaşam kalitelerinde yükselme tespit edilmesine rağmen, hastalarda nakil sonraki günler ve haftalar içinde istenmeyen bir tablo olan akut rejeksiyon gelişebilmektedir (5,6). Rejeksiyon, nakledilen böbreğin işlevlerinin bozulması ile birlikte proteinüri, kreatin artışı ve hipertansiyonun görüldüğü bir komplikasyondur (7).

Geçiş, bilinen bir durumdan, bilinmeyen yeni başka bir duruma rol geçişini ifade etmektedir. Hemşirelerin en önemli rolü, çeşitli geçişler yaşayan hasta ve sağlıklı bireylere bu süreçte yardım ederek sağlıklı bir geçişi tamamlamalarına yardımcı olmak ve sağlıksız geçişleri en aza indirmektir. Bu amaçla bireyin ve ailenin geçiş sürecini anlama, gereksinimlerini ve karşılaşılabileceği riskleri belirleme, iyilik halini artırmaya yönelik girişimler planlanmalıdır. Hemşireler, geçiş sürecinde birey, aile ve topluma; geçiş olumlu tepki verilmelerini sağlama, semptomları iyileştirme, sağlık ve iyilik düzeyini geliştirme ve öz bakım aktivitelerini destekleyerek geçiş ile baş etmeleri konusunda rehberlik sağlamalıdır (8). Ayrıca rol geçiş sürecinde, bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını en iyi

değerlendirebilecek, bireylere rol geçişine bağlı ihtiyaçlarına göre bireysel ve bütüncül bakımı vermelidir (8,9).

Geçişler kompleks ve çok boyutlu olmalarına karşın, geçiş döneminin temel özelliklerini farkındalık, katılım, değişim ve farklılık, zaman süreci, dönüm noktaları ve olayları oluşturmaktadır (10). Hemşireler, Geçiş Kuramını rehber olarak bireyin farkındalık düzeyini, alması gereken sorumluluklarını, yaşanacak olan değişimi, geçişin başlangıç ve beklenen bitiş zamanını, kritik dönüm noktalarını değerlendirmeyi, değişimin günlük yaşam üzerindeki etkisini, bireyin geçirdiği aşamaları ve bu sürecin farklı aşamalarındaki bireyin tepkilerini anlarlar (11). Bu sayede hemşireler geçiş sürecinde olan kişiyi en etkili şekilde destekleyebilmek için geçiş sürecini anlayarak hemşirelik girişimleri planlayabilirler (12).

## OLGU SUNUMU

Hasta ile ilk tanışma ve görüşme nefroloji kliniğinde yaptığı bir haftalık süreçte yapıldı. Sonraki görüşmelere ise hasta taburcu edildikten sonra ev ziyaretleri yapılarak devam edildi. Hastaya gerekli açıklama sözlü ve yazılı olarak yapılarak 15.08.2022 tarihinde hastadan gerekli yazılı onam alındı. Hastanın değerlendirilmesi ve bakım planı böbrek rejeksiyonu geliştiği ve hemodiyaliz tedavisine geçiş hazırlıklarının yapıldığı Ağustos ve Ekim 2022 tarihleri arasındaki dönemde yapıldı.

Altmış bir yaşındaki G.V. 160 cm boyunda, 56 kg ağırlığındadır. G.V. okuryazar değil, evli, ev hanımı, altı çocuk annesidir. Eşi ve oğlu ile birlikte tek katlı müstakil bir evde oturmaktadır. Oğlu üniversite mezunu eşi ise ilkökul mezunu ve emeklidir. Oğlu çalışmamaktadır. Hastaya sekiz yıl önce hipertansiyon (HT), yedi yıl önce Tip 2 Diabetes Mellitus (DM), altı yıl önce Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanısı konulmuştur. Altı yıl önce birer yıl arayla Miyokard İnfarktüsü (MI) geçirmiş ve geçirdiği her MI sonrası kalp anjyosu yapılmış ve iki adet kalp stenti takılmıştır. Hastaya DM ve HT tanıları konulduktan sonra oral antidiyabetik ve antihipertansif ilaçlar başlanmış olup, MI geçirdikten sonra da antikoagülan tedavisi başlanmıştır. Hasta, nakilden sonra kan glikoz düzeyi kontrol

altında alınmadığı için hem oral tablet hem de insülin tedavisi aldığını ancak, ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade etti.

**-Hastalık Öyküsü:** Hasta altı yıl önce bacaklarında şişlik, bulantı-kusma, vücutta yaygın kaşıntı ve ağrı, halsizlik, yorgunluk ve yüksek tansiyon gibi şikâyetler ile dâhiliye polikliniğine başvurmuş ve yapılan tetkikler sonucu hastaya kronik böbrek hastalığı (KBH) tanısı konulmuştur. Bu altı yıllık sürecin sonunda nefroloji doktoru tarafından hastaya böbrek fonksiyonlarının gittikçe kötüleştiği, kreatin, üre ve elektrolit değerlerinin çok yüksek olduğu diyaliz tedavisine başlanması gerektiği bilgisi verilmiştir. Hasta periton diyalizi (PD) tedavisi almaya karar vermiş ve oğlunun desteğiyle PD tedavisi uygulanmaya başlamıştır. Hastanın PD tedavisi bir ay sürmüştür. Hasta, yaşadığı il dışındaki bir organ nakil merkezinde Nisan 2022' de kadavradan böbrek nakli yapılmıştır. Hasta, nakilden sonraki iki hafta içinde hipertansiyon, yüksek ateş, vücutta yaygın şişlik, bulantı-kusma, kilo artışı, idrarda renk değişikliği ve idrar miktarında azalma şikâyetleri yaşadığı için hastanede yakın takibe alınmıştır. Hastaya takip sonrası böbrek fonksiyonlarının yeniden bozulmaya başladığı, nakledilen böbreği vücudunun kabul etmediği bilgisi verilmiştir.

**-Genel Durum:** Bilinci açık oryante, yere ve zaman uyumlu. Hastanın ateşi 37 °C, nabız 90/dk, tansiyon 170/90 mmHg, açlık kan şekeri 145 mg/dl, tokluk kan şekeri 350 mg/dl idi.

**-Soy Geçmiş:** Hasta, bir abisinin böbreğinde atrofi olduğunu belirtti.

**-Sigara:** Aralıksız olarak 45 yıl, günde bir buçuk paket sigara kullanmış. Nakilden önce sigarayı kullanmayı bırakmış.

**-Diyet:** Tuzsuz, anti diyabetik, az proteinli diyetle beslenmesi ve bir buçuk litre sıvı içmesi önerilmiş. Hasta diyetine olabildiğince uyum sağlamaya çalıştığını belirtmiştir.

**-Davranış ve Emosyonel Hikâye;** Hasta, son dönem KBH hastası olduğunu ve diyaliz tedavisi alması gerektiğini öğrendiğinde “Dünya başıma yıkıldı

sandım” “çok üzüldüm” “hastanenin bahçesinde oturdum uzun süre ağladım” diye ifade etti. Bununla birlikte; “hemşire hanım ben güçlü bir kadındım, diğer hastalıklarımın hepsini yendim, üstesinden geldim, baş ettim, fakat “ben bu böbrek hastalığımı yenemedim” dedi. Hasta kendini “neden ben, ben acaba ne yanlış yaptım da bu durumu yaşıyorum, bu hastalık başıma geldi, hastalığımı kabullenmekte zorlanıyorum.” şeklinde ifade etti. Ev ziyaretlerinde hasta genel olarak konuşkan, dışadönük, sakin ruh haline sahip, pasif ve uyumlu. Oğlunun ifadesi: “Annem KBH hastası olduktan sonra sinirli ve huzursuz, zaman zaman bana bağırıyor, kızıyor” dedi. Psikiyatri desteği almadığını belirtti.

**-Sosyal İlişkiler:** Hasta evde bakımına genel olarak oğlunun destek olduğunu, kendisi için yorulduğunu ve uykusuz kaldığını, oğluyla aynı odada uyduğunu gece rahatsızlık hissettiğinde oğlunu uyandırdığını ve yaklaşık bir yıldan beri bu durumun devam ettiğini ve oğlunu rahatsız ettiği ve yük olduğu için üzülüğünü ifade etti. Enfeksiyondan korunmak için sosyal izolasyona dikkat etmediğini, evde sıkıldığı için sosyal çevresi ile görüşüğünü, eşi ve oğlu ile aynı odayı paylaştığını ve ziyaretçi kısıtlamasına gitmediğini belirtti.

**-Uyku Düzeni:** Hasta genellikle gece 23:30'da uyuyup sabah 07: 00'de uyandığını, uykuya dalmakta güçlük çektiğini, gece aralıklı olarak uyandığını, gece uykuda uyanmadığı zaman sabah dinlenmiş olarak kalktığını, gündüz vakti öğleden sonra üç-dört kez 30-40 dk uyuduğunu, uyumak için ilaç kullanmadığını, tek ve yüksek yastıkla uyuduğunu ifade etti. KBH tanısı konulduktan sonra çabuk yorulduğu, ancak kahvaltılık hazırlama gibi yorucu olmayan ev işlerini kısmen yapabildiğini, fistül açıldıktan sonra ise ev işlerini yapmaktan zorlandığını belirtti.

### Genel Fizik Muayenesi

**-Baş Boyun Bölgesi:** Hastanın saçları temiz, kumral renkte boyalı, ince telli görünümüne sahipti. Hasta, KBH tanısı konulduğundan beri saçlarının çok döküldüğünü ve saçlarının inceldiğini belirtti. Dudaklar, dil, mukoz membranlar kuru, diş etleri hafif hiperemikti. Dişlerini günde sabah akşam iki kez fırçaladığını belirtti.

**-Kalp Damar Sistemi:** Hasta, kan basıncı (KB) ve kan şekeri (KŞ) düzeyi yükseldiğinde göğsünde ağırlık, baskı, sıkışma, göğüste ağrı, sırtta ağrı hissettiğini ifade etti. Bu durumu gün aşırı yaşadığını ve acil servise başvurduklarını ve acil müdahale sonrası rahatladığını ancak artık hastaneye her rahatsızlandığında gitmek istemediğini ifade etti.

**-Solunum Sistemi:** KB ve KŞ yükseldiğinde sık sık nefes alıp verdiğini, nefes darlığı ve çarpıntısı olduğunu, diğer zamanlarda kendisini daha iyi hissettiğini söyledi.

**-Gastrointestinal Sistem:** Hastanın karın bölgesi elle palpasyon edildiğinde yumuşak ve distansiyon yoktu. Karın ağrısı hissetmediğini belirtti. Hasta günde üç öğün beslenmekte, iştahının azaldığını, yemek yemek istemediğini disfaji yaşadığını, nakil öncesi 72 kg olduğunu, nakilden sonraki beşinci ayda 56 kiloya düştüğünü ifade etti. Günde iki litre sıvı aldığını belirtti. Görüşmede bulantı-kusma, ishal yoktu. İki günde bir defekasyona çıktığını ifade etti.

**-Genito-Üriner Sistem:** Hasta, günde altı-yedi kez idrara çıktığını, toplam 1000 lt idrar çıkardığını ve idrarın açık sarı renkte olduğunu, hematüri olmadığını, idrar yaparken yanma sızlama olmadığını, gece idrar yapmadığını, idrar yapmayı ertelediğinde idrarını kaçırdığını belirtti.

**-Kas ve İskelet Sistemi:** Hasta nakilden sonra kemik ve eklemlerinde ağrı, fiziksel olarak hareketlerde yavaşlama, hareket ettiğinde çok çabuk yorulma, ellerde ve ayaklarda güçsüzlük ve bu nedenle genellikle oturduğunu ve yattığını, kaslarının gücünün azaldığını, merdiven çıkarken zorlandığını belirtti. Her iki bacakta (+++) derecede gode bırakan ödem vardı.

**-Cilt:** Hasta PD tedavisine başlamadan ve nakilden önce vücudunun yaygın olarak kaşındığını, ancak şimdi kaşıntı, döküntü ve terleme olmadığını belirtti. Hastanın baskın olmayan kolunda el bileğinin hemen üstünde fistül açılmış ancak, bir hafta sonra fistül çalışmamıştır. İlk ev ziyaretinde hasta bir hafta önce radial brakial ön kolda ikinci defa fistül açıldığını ve fistülün dikişlerinin yeni alındığını söyledi. Fistül yerinde sıcaklık, kızarıklık, ağrı yoktu ancak özellikle elde olmak üzere kolda yaygın ödem

vardı. Açılan fistül elle bastırmadan hafifçe palpe edildiğinde trıl sesi hissedilmekteydi. Hasta fistülün günde üç kez oğlu tarafından rutin pansuman edildiğini ancak, fistülde dışarı kanama sızıntısı olduğunda ise daha sık pansumanın değiştirildiği ifade etti.

## OLGUNUN MELEİS'İN GEÇİŞ KURAMINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Meleis kuramını geliştirirken hastaların büyük geçişler yaşayabileceğini ve geçiş dönemlerinin insanların hayatında oldukça zor dönemler olduğunu belirtmiştir. Geçiş deneyimlerken hazırlık yapmak geçiş kolaylaştırmakta iken, hazırlıksız olmak geçiş güçleştirebilmektedir. Bireyin geçiş deneyiminden beklentisi değişebileceği için yaşadığı geçiş ile baş etme stratejileri geliştirirken hazırlık yapmalıdır. Kronik hastalıklar gibi yıkıcı yaşam olaylarına geçiş yaklaşımı, neyin değiştiğine, değişiklikleri nasıl deneyimlediğimize ve öğrenmeye nasıl tepki verebileceğimize bağlıdır (8, 12, 13). Geçiş Kuramı'nın kavramsal çerçevesinde ele alınan olgumuzda hastaya KBH tanısı konulması, periton diyalizi alması, böbrek nakli olması ve rejeksiyon gelişmesi ile birlikte yeniden diyalize başlanmasına bağlı sağlık-hastalık geçişini yaşamaktadır. Hasta G.V. sağlık-hastalık geçişleri ve yaşamını sürdürmek ve kronik hastalık semptom ve komplikasyonlarını kontrol altına almak için uygulanan farklı diyaliz tedavi yöntemleri ile ardışık, ilişkili ve çoklu geçişler deneyimlemektedir.

### Geçiş Döneminin Özellikleri

#### -Farkındalık

Meleis farkındalığın geçişin önemli bir özelliği olduğunu, ancak geçiş deneyiminde farkındalığın zorunlu bir koşul olmadığını belirtmektedir. Farkındalık bireyin geçiş deneyimi konusunda algısı, bilgisi ve tanımlaması ile ilişkilidir. Farkındalık geçiş sonunda pozitif sonuçlar elde etmek için temel kavramlardan biridir. Bireyin farkındalık düzeyi geçiş sürecinin başlangıcına engel teşkil etmez (8, 14, 15). Hasta G.V. yaşadığı geçişlerin bir kısmında yeterli farkındalığa sahip iken (Örn; hastanın birçok kronik hastalığının olması, nakil sonrası rejeksiyon

geliştiğini ve hayatta kalmak için HD tedavisinin uygulanması gerektiğini ifade etmesi) bir kısmında ise farkındalığı yetersizdi. Örnek olarak hastanın uzun süreden beri kronik hastalıkları olmasına rağmen nakil öncesine kadar sigara içmesi, order edilen ilaçlarını düzenli olarak kullanmaması, sıvı kısıtlamasına önerildiği şekilde uyum sağlamaması verilebilir.

### **-Sorumluluk Alma**

Sorumluluk, bireyin geçiş sürecine katılım düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Farkındalık düzeyi, geçiş sürecinde bireyin sorumluluk almasını sağlayarak geçiş sürecini kolaylaştırır (8, 14, 15).

Hastamız kronik hastalık ve rejeksiyon sonrası böbrek fonksiyonlarının kötüleşmesine bağlı semptomlar ve komplikasyonları önleme veya kontrol etme (Örn; yüksek ateş, vücutta yaygın şişlik, bulantı-kusma, kilo artışı, KB: 170/90 mmHg, AKŞ: 145 mgr/dl ve TKŞ: 350 mgr/dl), önerildiği miktarda sıvı tüketime (hastaya 24 saate bir buçuk litre sıvı içmesi önerilmiş ancak, hastanın iki litre sıvı almış olması/24 saat) konularında yeterli düzeyde sorumluluklarını gerçekleştirememiştir.

### **-Değişim ve Farklılıklar**

Değişim ve farklılık geçişin temel özelliklerindedir. Tüm geçişler değişim içerse bile, tüm değişimler geçiş ile ilişkili olmayabilir. Bireyin yeni rol ve durumlara uyumu değişim gerektirir (8, 14, 16). Değişim, bir bireyin hayatını pozitif yönde değiştiren yolların değerlendirilmesine imkân tanır. Farklılık, çevreyi farklı şekilde görmeyi ya da farklı olma algısını ifade eder. Hemşireler bu değişimlerin ve geçiş sürecinin merkezinde yer alır ve değişime karşı hazırlıklı olan ve değişimle karşılaşan bireyleri sürekli olarak destekler (16).

Hastanın yaşadığı geçişler (günde dört kez PD yapılması, nakil olması ve kısa sürede rejeksiyon gelişmesi, fistül açılarak HD tedavisi için hazırlanması ve haftada üç gün diyalize girmek için hastaneye gidecek olması, insülin uygulanması, ömür boyu diyet ve sıvı kısıtlaması) hasta ve ailesinin hayatında büyük değişim ve farklılıklara neden olacak geçişlerdir.

### **-Zamanın Akışı/Geçiş**

Tüm geçişler zaman üzerinde akış ve hareket ile bilinir. Geçiş deneyimi için zaman, sınır koymanın zorlayıcı, hatta yanlış olabileceği belirtilmektedir. Her bireyin geçiş deneyimi özeldir ve farklı zamanlarda sonlanabilir (8, 15, 16). Hastanın yaşadığı sağlıktan-hastalığa geçişler, KBH tedavi yöntemlerini ayrı ayrı deneyimlemesi uzun dönemli süreçlerdir. Geçiş deneyimlerini değerlendirirken hastanın devam eden süreçler yaşadığı unutulmamalıdır. Hasta komorbid hastalıklar ve bunlara bağlı olarak yaşadığı uzun dönemde, sağlık durumu ile ilgili karmaşık bir süreçten geçmektedir. Bir yandan karmaşık duygular yaşamakla birlikte ne yaşadığını bilemediği, bir yandan yeni duruma alışmaya çalıştığı ve bir yandan da yeni başlangıçlar yapmaya çalıştığı dönemin içindedir.

### **-Dönüm Noktaları ve Olaylar**

Geçişlerde hastalık tanısı almış olmak bireyin hayatında önemli bir dönüm noktası ve bir olaydır. Çoklu geçiş deneyimlerinin çoğu önemli dönüm noktaları ya da olayları içermektedir. Dönüm noktaları ve olaylar, sıklıkla değişime farkındalık ya da daha aktif katılım sağlamaktadır. Kritik noktalar, her birey için farklı olabilir, değişimin farklı doğasını ve özelliklerini yansıtabilir (8,16).

### **Geçiş Durumları**

#### **Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler**

Bireysel, topluluksal ve toplumsal durumlar, sağlıklı geçiş sürecini ve sonuçlarını kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı faktörlerdir. Ayrıca geçişin sonuçlarını etkileyebilirler (8,15). Bu durumlar aşağıda olgu özellikleriyle birlikte açıklanmıştır.

#### **-Bireysel Özellikler**

Bireysel özellikler bireyin geçişe yüklediği anlamları, kültürel inançları ve tutumları, sosyo-ekonomik durumu, hazırlığı ve bilgiyi kapsamaktadır (8,17).

#### **Anlamlar**

Anlamlar kavramı, beklenen ya da ani gelişen geçişe kişisel olarak verilen değeri ve kişinin kendi hayatını etkileme düzeyini değerlendirmesini kapsamaktadır. Geçişe verilen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif



olabilir (8). Hastanın KBH tanısı aldığıında kendisini çok kötü hissetmesi, güçsüzleşmesi, kabullenmede güçlük yaşaması hayatının oldukça olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ani gelişen rejeksiyon sonrası HD tedavisi için hazırlık yapmaya istekli olması da hastanın geçiş sürecine olan pozitif tutumunu yansıtmaktadır.

### **Kültürel İnanışlar ve Tutumlar**

Geçiş dönemlerinde bir araya gelen adetler, gelenekler, törenler ve töreler bir ülkenin ya da belirli bir yörenin geleneksel kültürünü yansıtmaktadır (18). Rol tanımları toplumsal rol beklentileri ile örtüştüğünde, geçişler daha az anlaşmazlık ya da psikososyal rahatsızlık ile gerçekleşmektedir (19,20). Hastanın yaşadığı kronik hastalık süreçlerindeki geçişlerinde aile, akraba ve dostlarının destek olduğunu, evde sıkıldığı için kardeşlerine gittiğini ve kendisini görmek isteyen tanıdıkları ile görüştüğünde mutlu olduğunu kendini daha iyi hissettiğini ifade etti.

### **Sosyo-Ekonomik Durum**

Sosyo-ekonomik durum geçişi etkilemektedir (8,15). Hasta eşinin emekli maaşı ile geçindiklerini, ara ara evli çocuklarından maddi destek aldıklarını belirtti. Hasta hem KBH tanısı konulduğundan hem de böbrek nakli olduktan sonra doktor kontrollerini yaptırmak için başka bir şehre gittiklerini ve her gidişte masraflarının arttığını bu duruma bağlı ekonomik güçlük yaşadıklarını söyledi.

### **Hazırlık ve Sahip Olunan Bilgi**

Geçiş deneyimlerinde ileriye yönelik yapılan hazırlık aşaması, geçiş için kolaylaştırıcı rol oynarken, hazırlığın olmaması ise geçiş süreci için zorlaştırıcı etkidir (8). Hasta HD tedavisinin uygulanabilmesi için doktorun önerdiği hazırlıkları yaptığını, bu konuda bilgi verildiğini ve kendisine oğlunun bu süreçte destek olduğunu, ancak haftada üç gün HD tedavisi için hastaneye yatmakta güçlük yaşayacağını ifade etti. HD tedavisine geçiş sürecinde gerekli olan plan ve uygulamalar dâhilinde fistül açılması, nefrolog kontrollerinin sürdürülmesi, KB, KŞ düzeyi takibi, diyet ve sıvı miktarı ayarlanması, insülin tedavisi konularında hastaya eğitim verilerek hazırlık desteklendi.

### **-Topluluk Özellikleri**

Bireyin geçiş süreci ile ilişkili sağlık personeli, kitaplar, eğitim grupları ve yazılı materyallerden elde edilen güvenilir bilgileri, güvenilir kişilerden alınan tavsiyeleri, rol modelleri geçişteki önemli topluluksal faktörlerdir (8, 17). Hasta her türlü ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bakımında en büyük destekçisinin oğlu olduğunu belirtti. Bununla birlikte eşi ve oğlu ile birlikte yaşadığı için onların varlığıyla güçlendiğini, sabah kalkıp kahvaltıyı hazırlamak için yardım ettiğinde kendini iyi hissettiğini söyledi.

### **-Toplum Özellikleri**

Toplumun büyüklüğü geçişler için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilir. Geçiş döneminde yaşanan geçiş olayının damgalanması ve kalıplaşmış anlamlar yüklemeye eğilimi sağlıklı bir geçişi engelleyebilir (8). Hastanın kadın olması ve yaşadığı geçişlerin çoklu ve zor olması nedeniyle toplumsal beklentileri karşılamakta güçlük yaşayabilmektedir. Örn; G.V. evde PD yaparken özellikle oğlunun destek olduğunu, evde kendi yapması gereken işleri (çamaşır yıkama, temizlik, yemek, evin düzeni vs.) yapmadığını, pazar ve çarşı alışverişine gidemediğini, tüm ev içinde ve ev dışındaki işleri oğlu ve eşinin yaptığını, evde sıkıldığında akrabalarından manevi destek aldığını ve yaşadığı bu durumun sosyal çevre tarafında normal karşılandığını ifade etti.

### **HEMŞİRELİK BAKIMI**

Meleis, hemşirelikte bilgi gelişiminin, sağlık-hastalık durumlarına verilen cevapların incelenmesiyle değil, fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşireliğin geliştirilmesiyle olacağını savunmuştur (8). Geçiş perspektifinden bakıldığında, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımında amaç sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak, sağlıksız geçişleri azaltmak ve olumlu süreç göstergelerini desteklemektir (21). Aşağıda geçiş sürecinde yaşanan zorluklar ve etkileyen olumsuz faktörlere yönelik olarak Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) hemşirelik tanıları, Hemşirelik



Girişimleri Sınıflandırması (NIC) girişimleri, çıktılar ışığında olguya ait hemşirelik bakımı Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırması (NOC) sunulmuştur (22) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hemşirelik Bakımı (NANDA Hemşirelik Tanıları/NIC Girişimleri/NOC Çıktıları)

Hemşirelik Tanılaması/NANDA	Beklenen Sonuçlar/NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme Kriterleri/NOC
<p>Objektif Veriler: Bacaklarda (+++) ödem, Dispne ve nefes darlığı varlığı</p> <p>1.Hemşirelik Tanısı: Renal disfonksiyona sekonder sıvı volüm fazlalığı</p> <p>Objektif Veriler: Fistül açılan kolda ödem varlığı</p> <p>2.Hemşirelik Tanısı: Etkisiz doku perfüzyonuna bağlı ödem</p>	<p>-Vücudun hücre içi ve hücre dışı bölmelerindeki su dengesi sağlanır.</p> <p>-Ventriküllerden atılan kan volümünün ve alveoller düzeydeki karbondioksit ve oksijen değişiminin yeterli olması sağlanır.</p> <p>-Elektrolitler arasındaki dengeyi sürdürmek için gerekli olan serum iyon konsantrasyonun sağlanır.</p> <p>-Vücut ısı, nabız, solunum ve kan basıncının normal sınırlardadır.</p>	<p>Periferik, sakral ve peri Orbital ödem lokasyonunu ve derecesini ölçek üzerinde +1 ve +4 arasında değerlendirildi (+3 ödem tespit edildi).</p> <p>-Solunum sıkıntısının, nabız hızının, kan basıncının artıp artmadığı değerlendirildi.</p> <p>-Anormal kalp sesleri veya anormal akciğer sesleri ile kendini gösteren pulmoner ödem veya kardiyovasküler komplikasyonlar açısından hasta değerlendirildi.</p> <p>-Ödemli ekstremiteleri veya vücut bölümünü dolaşım bozukluğu ve cilt bütünlüğü açısından değerlendirildi.</p> <p>-Abdomen ve ekstremiteleri çevresi düzenli olarak ölçüldü.</p> <p><b>Sıvı Yönetimi</b></p> <p>-Günlük kilo takibi ve değişikliklerin izlendi.</p> <p>-Aldığı ve çıkardığı sıvı miktarının kaydedildi.</p> <p>-Sıvı yüklenmesi veya retansiyonunun göstergelerinin izlendi.</p> <p>-Sık aralıklarla pozisyon değişimi yapılmış sağlandı.</p> <p>-Venöz dönüşü artırmak için ekstremiteleri elevasyona alındı.</p> <p>- Hastaya eğitim verilerek sıvı kısıtlaması sağlandı.</p>	<p><b>Sıvı dengesi</b></p> <p>-Hastanın sıvı kısıtlamasına uyum sağladığı gözlemlendi.</p> <p>-24 saatlik aldığı çıkardığı takibi arasındaki denge yeterli düzeydeydi.</p> <p>-Anormal solunum sesleri, asit, boyun venlerinde dolgunluk ve periferik ödem gözlenmedi.</p> <p>Vücut ısı, nabız ve solunum değerleri normal sınırlardaydı.</p> <p>-Ancak tansiyon değerleri hala istenilen değerlerde değildi (150/90 mmHg /160/90 mmHg).</p>
<p>Subjektif Veriler: Sosyal izolasyonun sağlanamaması</p> <p>*Objektif Veriler: Ümmünosüpresif ilaç kullanma, anemi (Hgb:6 g/dl Hct: %18,87),</p> <p>Hemşirelik Tanısı: İmmünosüpresif ilaç kullanımı ve anemiye sekonder immün fonksiyonda bozulma ile ilişkili enfeksiyon riski</p>	<p>-Hasta enfeksiyon geçişine katkıda bulunan faktörleri, enfeksiyon belirti ve bulgularını tanımlar.</p> <p>-Enfeksiyon ajanlarının geçiş ve istilasını en aza indirgenir.</p> <p>-Toplum kaynaklı enfeksiyon risk kontrolünün sağlanır.</p> <p>-Hasta enfeksiyon geçişine katkıda bulunan faktörleri, enfeksiyonun erken belirti ve bulgularını tanımlar ve enfeksiyon riskini azaltan davranışlar gösterir.</p>	<p>-Hastaya enfeksiyon belirti ve bulgularının öğretildi.</p> <p>-Enfeksiyona karşı korunma için bireysel hijyen uygulamaları öğretildi.</p> <p>-Gıdaların taşınması hazırlanması veya depolanması güvenlik önlemleri öğretildi.</p> <p>- Hastaya eğitim verilerek ziyaretçi sayısının sınırlandırılması sağlandı</p> <p>-Fistül bakımının uygun şekilde yapılması, kirli pansumanların nasıl imha edileceği öğretildi.</p>	<p>-Hastanın elinden geldiğince bireysel ve çevresel hijyen davranışı gösterdiği görüldü.</p> <p>-Hastanın enfeksiyon belirti ve bulgularını göstermediği görüldü.</p> <p>-Hastanın olabildiğince enfeksiyon tarama ve izlem işlemlerine katıldığı ve takip ettiği gözlemlendi.</p>
<p>Subjektif Veriler: Hastanın antikoagülan ve antihipertansif ilaçlarını düzenli olarak kullanmaması, nakilden sonra yeni başlanmış insülin tedavisine uyumsuzluk gözlenmesi</p> <p>* Objektif Veriler: Açlık kan şekeri:145 mg/dl, tokluk kan şekeri: 350 mg/dl, tansiyon: 170/90 mmHg, Aptt: 26,2 sn</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Terapötik rejimi etkisiz yönetme</p>	<p>-Hastanın önerilen ilaç tedavisine uyum gösterdiğine ilişkin uyumsuzluğu azalır.</p> <p>-Hasta uyum davranışı gösterir.</p> <p>-Belirtilen şekilde tedaviyi yerine getirir.</p>	<p>-Hasta ve ailesinin önerilen tedaviyi yapmasının önemi ve uyumsuzluğun sonuçları anlatıldı.</p> <p>- Hastanın uyumsuzluk davranışlarının olası nedenlerinin belirlendi (kronik hastalığa sahip olmak, sürekli enjeksiyon yapıyor olmak, ağrı duymak).</p> <p>-Hastaya İmmünosüpresif, antikoagülan ve tansiyon ilaçlarını kullanmasının önemi ve olası yan etkilerinin anlatıldı.</p> <p>-Hiperglisemi ve hipoglisemi belirtileri, doğru insülin uygulama tekniği öğretildi. Uygulamanın doğru yapıp yapılmadığı gözlemlendi.</p> <p>-Hastanın olumlu davranışları pekiştirildi. Mümkün olduğunca bakımın kişinin kendisi tarafından yönetilmesini teşvik edildi.</p> <p>-Hastanın tedaviyi kendi günlük planlarına entegre etmesine destek olundu.</p>	<p>Hastanın belirtilen derecelendirmeye göre tedaviyi yerine getirip getirmediği değerlendirildi (Bu işlemleri çoğu zaman aile bireyleri yardımıyla yapıyordu).</p> <p>1:Asla 2:Nadiren 3:Bazen 4:Sık sık x 5:Sürekli</p> <p>-Hastanın ilaçları ve terapötik etkileri ile teşhis ve tedavi hakkında bilgi almaya çalıştığı gözlemlendi.</p>

Tablo 1. Devam

Hemşirelik Tanılaması/NANDA	Beklenen Sonuçlar/NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme Kriterleri/NOC
<p>Subjektif Veriler: Hasta tarafından nakil sonrası ellerde ve ayaklarda güçsüzlük, kas gücünde azalmanın çabuk yorulma, ev işlerini kısmen yapabilme, merdiven çıkarken zorlanmanın ifade edilmesi.</p> <p>*Objektif Veriler: Anemi varlığı (Hgb:6 g/dl, Hct: %18,87).</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Yorgunluk</p>	<p>-Hastanın günlük aktiviteler ile enerji tüketen hareketlere fizyolojik yanıtı iyileşir.</p> <p>-Belirli bir uyarana odaklanma becerisi ve aktiviteyi sürdürülebile kapasitesi artar.</p> <p>-Aktivitenin başlatılması ve sürdürülmesi için enerjisi yöneten kişisel faaliyetleri yönetebilir.</p> <p>-Günlük yaşam aktiviteleri beslenme ve kişisel güvenliğini sürdürülmesinde bireysel kontrol ve enerjisini sağlar.</p> <p>-Temel öz bakım aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için bireysel faaliyetler gösterir.</p> <p>-Yorgunluk olarak tanımlanan yıkıcı etkilere ve yorgunluk seviyesine adapte olur.</p>	<p>-Hasta ve yakınlarının yorgunluk ve hastalık süreci arasındaki ilişki hakkında bilgilendirildi.</p> <p>-Hastanın yorgunluk belirtileri ve yorgunluğa verdiği fiziksel yanıtların gözlemlendi.</p> <p>-Ev ortamı yorgunluğu artıran faktörler açısından değerlendirildi ve yapılabilecek düzenlemeler konusunda fikir alışverişinde bulunuldu.</p> <p>-Yorgunluğu önlemek amacıyla zaman yönetimi teknikleri ve aktiviteleri öncelikleri öğretildi.</p> <p>-Yerine getirilmesi gereken işlerin önceliklerine göre sıralanması ve aktivitelerin dinlenme periyodundan sonra başlatılması sağlandı.</p> <p>-Hasta ve yakınlarına gerçekçi aktivite hedefleri belirlemesi konusunda yardımcı olundu.</p> <p>-Rahatlamayı sağlamak için sakinleştirici aktiviteler önerilmesi (kitap okuma, müzik dinleme vb.) desteklendi.</p> <p>-Belirlenen dinlenme aralığında aktivite kısıtlamasının önemi öğretildi.</p> <p>-Rahatlamayı kolaylaştırmak için çevresel uyaranların ve ziyaretçilerin kısıtlanması sağlandı.</p> <p>-Hastanın diğer kişilerden gelebilecek talepleri kendi durumuna göre sınırlandırması sağlandı.</p>	<p>-Aşağıda belirtilen derecelendirmeye göre enerjisini ne kadar koruduğu değerlendirildi:</p> <p>1: Asla 2:Nadiren 3:Bazen x 4:Sık sık 5:Sürekli</p> <p>-Hastanın hayat tarzını enerji seviyesine göre kısmen uyarladığı, aktivite ve dinlenme aralıklarını kısmen dengelediği, beslenmesini elinden geldiğince dengeli bir şekilde sürdürdüğü gözlemlendi.</p> <p>-Süreç içerisinde hastanın sosyal etkileşimini sürdürdüğü, konsantrasyon yeteneğini kısmen sürdürüldüğü görüldü.</p> <p>-Hasta dinlenme sonrasında enerjisini kısmen toplayabildiğini belirtti.</p>
<p>Hastanın uykuya dalmakta güçlük, aralıklı olarak uyanma, gündüz üç-dört kez 30-40 dk uyuklama şeklinde ifade etmesi.</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Uyku örüntüsünde bozulma.</p>	<p>-Hastanın uyku örüntüsü ve kalitesi düzelir.</p> <p>-Uykuda geçirilen süre artar.</p> <p>-Uygun zamanlarda uyanık olma durumlarında iyileşme gösterir.</p>	<p>-Hastalık, psikososyal stres ve bu gibi diğer durumlar yeterli uykunun önemini açıkladı.</p> <p>-Uykuyu etkileyen çevresel faktörlerin tanımlanması sağlandı.</p> <p>-Korku, çözülmemiş problemler ve çatışmalar gibi uykusuzluğa neden olan faktörleri tanımlanması sağlandı.</p> <p>-Sessiz ve sakin çevre sağlanarak uyku bölünmelerinin azaltılması sağlandı.</p> <p>-Uykuyu önleyen yiyecek ve içeceklerden yatma zamanından uzak durulmasının önemi açıklandı.</p> <p>-Hastanın uyku öncesi rutinini sürdürmesinin sağlanmasının önemi anlatıldı.</p> <p>-Hastanın gün içinde uyumasını sınırlandırmasına uyaklılığa yardımcı olan aktivitelerle yönelmesi sağlandı.</p> <p>-Hastaya otojen kas gevşemesi gibi uykuya geçişi kolaylaştıran nonfarmakolojik yöntemler öğretildi (nefes egzersizi)</p> <p>-Hasta yakını tarafından masaj, pozisyon verme ve dokunma gibi rahatlatıcı tekniklerin uygulanması sağlandı.</p> <p>-Hastanın uyku kalitesi açısından gözlemlendi.</p>	<p>-Hasta gece daha iyi uyuduğunu ifade etti, uykudan sonra yenilenme hissi nispeten daha iyiydi. Ara ara gün içerisinde kısa aralıklarla uyuduğunu belirtti.</p>
<p>Subjektif Veriler: Hasta yakını tarafından hastanın Sinirli ve huzursuz olma, zaman zaman bağırma, kızma.</p> <p>Hasta tarafından ifade edilen olumsuz sözel ifadeler.</p> <p>Objektif Veriler: Uzun dönem stres, fiziksel durumda bozulma, bakıma katılımda azalma.</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Başetme /Umutsuzluk</p>	<p>-Hasta kişisel doyum ve yaşam desteği veren iyimserlik gösterir.</p> <p>-Günlük yaşam aktiviteleri beslenme ve kişisel güvenliğini sürdürülmesinde bireysel kontrol ve enerjisi sağlar.</p> <p>-Umutsuzluk duygularını azaltabilecek davranışlar gösterir.</p> <p>-Fiziksel ve ruhsal yenilenme için yeterli uyku düzeni ve örüntüsü bildirir.</p> <p>-Uygun hijyen ve kendine bakımı sağlar ve sürdürür.</p> <p>-Sosyal ve kişisel ilişkilerde ilgi artışı gösterir.</p> <p>-Yaşamsal amaçlara ulaşma yönünde İyi ya da memnuniyet gösterir.</p>	<p>-Durumun araştırarak gerçeğin farkına varılması sağlandı.</p> <p>-Umutsuzluk duygusunu tetikleyen faktörleri araştırıldı.</p> <p>-Duyguların ve karar verme yetkisi izlendi ve desteklendi.</p> <p>-Hastanın psikiyatri polikliniğine başvurusu sağlandı.</p> <p>-Gelişim gösteren davranışlara yönelik olumlu geri bildirim ve destek sağlandı.</p>	<p>-Umut varlığı hasta tarafından aşağıdaki şekilde ifade edildi;</p> <p>1: Asla 2:Nadiren 3: Bazen 4: Sık Sık x 5: Sürekli</p> <p>-Hasta psikosomatik enerjisinin daha iyi olduğunu, kendine ve başkalarına daha çok inandığını, yaşamdan daha çok tad aldığını ifade etti.</p>

Tablo 1. Devam

Hemşirelik Tanılaması/NANDA	Beklenen Sonuçlar/NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme Kriterleri/NOC
<p>Subjektif Veriler:Hastanın bakımını oğlunun üstlenmiş olması, diğer aile bireyi olan babanın bakıma katılmıyor olması</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Bakım veren rolünde zorlanma</p>	<p>-Bakım verme rolünü üstlenmek için istekli olur.</p> <p>-Bakım veren kişi asgari koşullarda bakım verilmesi için uygun koşulları sağlayacak düzeyde fiziksel, duygusal sağlığı yerinde, dayanıklılık ve iyilik haline sahiptir.</p> <p>-Yardım ve gerekli ekipmanın nasıl kullanıldığı ve elde edileceği bilir.</p> <p>-Destek verme ve gereksinimi konusunda paylaşımda bulunur</p> <p>-Aile ve bireysel gereksinimler arasında denge sağlar.</p> <p>-Stressorları ve bakım yükünü azaltmak için yapılması gereken değişiklikleri bilir.</p> <p>-Toplum kaynakları sosyal destek ve bireysel güçleri kullanır</p>	<p>-Bakım veren ile birlikte kabul edilen sınırlılıkları, sosyal destekleri, kişisel güçleri ve baş etme mekanizmaları tanımlandı. Olumsuz duyguların ifadesini sağlandı.</p> <p>-Baş etmenin güçlendirilmesi için algıladığı stresörler tespit edildi.(bilgi eksikliği, yardım edememe korkusu, yalnızlık hissi). Bu konuda en önemli sorun babanın bakıma katılmıyor olmasıydı.</p> <p>-Öncelikli olarak bakım verecek olan aile üyeleri arasında özel rol davranışlarını ilave yapılarak ve netleştirerek aralarındaki ilişkilerin geliştirilmesi sağlandı.</p> <p>-Daha sonra her iki aile üyesine de hastalık ve uygulamalar ile ilgili eğitim verildi ve katılımları sağlandı.</p> <p>-İşlevlerin optimize edilmesi ve yorgunluğun önlenmesi için enerji kullanımının düzenlenmesi ile ilgili planlama yapıldı.</p> <p>-Dengeli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi ile ilgili bilgi verildi.</p> <p>-Destek sistemlerinin güçlendirilmesi aile arkadaş ve toplum tarafından hastaya destek olmasının kolaylaştırılması sağlandı.(yakın akraba, eş dost, komşu yardımı)</p>	<p>-Babanın bakıma katılması ve sosyal destek mekanizmasıyla birlikte bakım verenin duygusal sağlığını gösteren yaşam doyumu, kontrol hissi ve öz saygı, algılanan ruhsal iyilik durumunda eskiye göre düzelmeye gözlemlendi.</p>

\*Belirtilen objektif verilerde hastanın laboratuvar verilerine yer verilmiştir.

**NANDA:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği

**NIC:** Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması

**NOC:** Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırması

## Yanıt Örüntüleri/ Gelişim Göstergeleri

Sağlıklı bir geçiş hem süreç hem de sonuçla karakterize edilir. Süreç göstergelerinin belirlenmesi sağlıklı sonuçları kolaylaştırmak için hemşirelerin erken değerlendirme ve müdahalesine olanak tanır. Sağlıklı geçişleri karakterize eden tepkiler bağlanma hissi, etkileşimde bulunma, konumlanma, güven geliştirme ve baş etmenin geliştirilmesini içeren bir dizi tepkileri içermektedir (15,23). Yeni ilişkiler kurmak veya aile ve arkadaşlarla olan eski ilişkileri devam ettirmek, hastaneye yatışta bireylerin bina içini ve dışını tanıması, olanaklardan yararlanmaya istekli olması ve diğer hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimde kalması, bireyin sorularını yanıtlayan ve rahatını sağlayan sağlık personeline bağlanma hissi, olumlu bir geçişin göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık-hastalık geçişi herkes tarafından bir kriz olayı olarak görülmesine rağmen, öz bakım ve bakımı anlamı kişiden kişiye değişmektedir. Etkileşim ise hasta ve bakım vericiler arasında gelişen yeni ilişkinin öz bakımını sürdürmesinde

zorlaştırıcı rol oynamamasının sağlanması ve uyumun sağlanmasıdır. Ayrıca bu süreçte bireyin yeni rolü zihninde şekillendirmesi, bir yere oturtması ve geçişi deneyimleyen kendi bireysel katılımıyla özgüven düzeyindeki artışın sağlanmasıdır. Güven gelişimi ise; tanı ve tedavi aşamasında kaynak kullanımı, süreci yönetmede strateji geliştirme ve farklı süreçlerin anlaşılması olarak kendini gösterir (21).

G.V. ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakımını kabul ederek memnun olduğunu söyledi ve verilen eğitimi istekli bir şekilde dinlediği görüldü. Yapılan her ziyarette hastaya verilen önceki eğitimler hakkında geri bildirimler alınarak hastada davranış değişikliği olup olmadığı gözlemlenmiştir. Böylece bağlanma hissini geliştirmeye olanak sağlanmıştır ve hastanın etkileşimi güçlenmiştir. Hasta bağlanma hissini oluşmasıyla güven geliştirmiş, konumlanma ve baş etmenin geliştirilmesi konusunda çaba göstermeye başlamıştır.

## Sonuç Göstergeleri

Bir geçişi yönetmek ve bir değişimin gelişimini yönetmek için gereken yeni beceriler; ustalık ve akıcı, bütünleştirici kimliktir. Bir geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanması için kişinin kendisinin ve bakım veren kişinin semptomların izlenmesini, yorumlanmasını ve karar verilmesini, uygulamalı bakım sağlama, ayarlamalar yapma, kaynaklara erişme, kişilerle iş birliği içinde olmayı kapsayan davranışlarda uzmanlık göstermek ve ustalaşmak/ uzmanlaşmak göstergelerden biridir (15,23). Diğer bir gösterge ise; esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimi idi. Esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimi tanımlanabilir bir role sahip olmak şeklinde tanımlanır. Ancak kişi yeni rollerin yanı sıra, eski rolleri de rahat bir şekilde sürdürmeye devam ediyor olmalı ve bir rolün kişinin diğer rollerinin önüne geçmemelidir (8,10). Bazı geçişlerde başlangıç ve bitiş noktasını belirlemek daha kolay olmasına rağmen bir geçişin ne zaman tamamlanacağını belirlenmesi geçişin doğası ve değişimin türüne veya geçişi başlatan olaya bağlı olarak esnek ve değişkendir. Erken dönemde süreç göstergelerinin ele alınması dikkate alınmalıdır (15).

Erken dönem süreç göstergelerinin olumlu olması sonuç olarak hastada sonuç göstergeleri açısından olumlu olarak nitelendirilmiştir. Ancak uzun dönem sonuç göstergelerinde bakım veren olarak oğlunun semptomların izlenmesini, yorumlanmasını ve karar verilmesini, uygulamalı bakım sağlama, ayarlamalar yapma, kaynaklara erişme, kişilerle iş birliği içinde olmayı kapsayan davranışlarda uzmanlık geliştirdiği görülmüştür. Bu da özellikle geçiş döneminde bakım verenin eğitime dâhil edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

## SONUÇ

Geçişler dinamik ve ilerleyici süreçlerdir ve bu süreçte hemşireler bireylerin birincil bakıcıları konumundadır. Geçiş sürecindeki hemşirelik bakımının amacı, geçişin bireyin ve ailelerin hayatına getireceği değişiklikler için inisiyatif almak, kişi ve ailelerin sağlık-hastalık deneyimleriyle ilgili yeni becerilerin geliştirilmesi sürecinde öğrenmeyi kolaylaştırabilecek veya onları savunmasız bırakabilecek şartlara uyumunun sağlanmasıyla bireylere başarılı bir geçiş için katkıda bulunmak olmalıdır. Ayrıca bu alanda kurama dayalı müdahale çalışmalarla elde edilen bilimsel veriler belirlenmeli, açıklığa kavuşturulmalı, geliştirilmeli ve değerlendirilmelidir

Yapılan ev ziyaretlerinde hastanın geçişin genel aşamalarını açıklayan bitiş, nötr ve yeni başlangıç aşamalarını deneyimlediği gözlemlenmiştir. Bunlar: 1. Hastanın daha önce deneyimmediği PD ve böbrek nakli yöntemleri sürecinin sonlandığı dönem, HD tedavisi gibi beklemediği yeni bir tedavi yöntemine geçişin başladığı dönem bitiş aşamasıyla aynı anda yaşanan dönemdir. 2. Hastanın HD tedavisi için hazırlık yapması, sağlık ekibinin önerilerine uyum sağlama ve yaşadığı bu durumla baş etme ve kabullenme çabası nötr aşamaya uygun dönemdir. 3. Hastanın HD'in yaşam kurtarıcı bir tedavi olduğunu, günlük yaşamına entegre etmek için gayret göstermesini ve fiziksel ve psikolojik olarak hastalık özyönetimini yeni başlangıç aşaması yaşadığı ve zor da olsa kabullenmeye çalıştığı dönem olarak değerlendirildi. Tespit edilen geçiş engel ve zorluklara yönelik olarak yapılan hemşirelik bakımının hastaya yarar sağladığı görülmüştür. Bu amaca yönelik olarak yeni çalışma ve olgu sunumlarının yapılmasının literatüre katkı sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Çalışmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü olarak 'bilgilendirilmiş onam' alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun finansal desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: SG, RG

Veri toplama: SG, RG

Veri analizi ve yorum: RG, SG

Makalenin hazırlanması: RG, SG

Eleştirel inceleme: RG, SG

## Kaynaklar

1. Cozzolino M, Galassi A, Pivari F, Ciceri P, Conte F. The cardiovascular burden in end-stage renal disease. *contrib nephrol*. 2017;191: 44-57. doi: 10.1159/000479250.
2. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2020 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 2];136. Available from: [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry\\_2019.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf)
3. Tayaz E, Koç A. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(1):147-56. doi: 10. 17049/ataunihem.441384
4. Theisn.org [Internet].Global Kidney Health Atlas.Belgium;2019. 2021[cited 2024 Jan 2]; Available from: [https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas\\_2019\\_WebFile-1.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas_2019_WebFile-1.pdf)
5. Oytun MG, Güneç D, Aşçı G, Yılmaz M, Bozkurt D. Böbrek naklinde terapötik plazmaferez kullanımı. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*. 2017;2(1):30-3. doi: 10.5606/fng.transplantasyon. 2017.006
6. Naik RH, Shawar SH. Renal Transplantation Rejection. *StatPearls* [Internet].2024 [cited 2024 Jan 3];1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553074/?report=reader>
7. Fang TN, Lin CC. Applying Mishel's Uncertainty Theory to the care of a patient after living-donor kidney transplantation: A Care Experience. *Hu Li Za Zhi*. 2016;63(1):125-30. doi: 10. 6224/Jn.63.1.125
8. Meleis AI, Sawyer LM, İm E, Hilfinger Mestas DK, Schumacher K. Experiencing transitions:an emerging middle-range theory. Meleis AI, ed. In:Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice.New York, Springer Publishing Company:2010.p.52-82.
9. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions:A central concept in nursing. *J Nurs Sch*. 1994;26(2):119-27. doi: 10. 1111/j.1547-5069. 1994.tb00929.x
10. Körükçü Ö, Kukulcu K. Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin anneliğe geçişlerinin meleis'in geçiş teorisine göre incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 21];17(4):253-60. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2667/34585>
11. Düdükçü F, Taş Arslan F. Geçiş kuramı üzerine anneliğe geçişte izlemsel bir olgu çalışması. *JGEHES* 2020;2(3):208-217. doi:10. 51123/jgehes.2020. 11
12. Davies S. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(6):658-71. doi:10. 1111/j.1365-2648. 2005. 03637.x
13. Im EO, Meleis AI. Transition theory. Alligood MR, Torry AM, eds. In: *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Philadelphia: Mosby- Elsevier;2006.p.378-95.
14. Im EO.Situation-specific theories from the middle-range transitions theory.*Advances in Nursing Science*.2014b;37(1):19-31.doi:10.1097/ANS.000000000000014

15. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
16. Meleis, AI. Facilitating and managing transitions: An imperative for quality care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2019;21(1):1-3. doi:10. 11144/Javeriana.ie21-1.famt
17. Barimani M, Vikström A, Rosander M, Forslund Frykedal K, Berlin A. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci.* 2017 Sep;31(3):537-46. doi: 10.1111/scs.12367.
18. Cohen P, Kasen S, Chen H, Hartmark C, Gordon K. Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Dev Psychol.* 2003;39(4):657-69. doi: 10.1037/0012-1649.39.4.657
19. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(4):465-77. doi: 10.1177/0884217503255199
20. Shin H, White-Traut R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2007;58(1):90-8. doi:10. 1111/j.1365-2648. 2006. 04194.x.
21. Wilkinson JM, Barcus L, Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F, editörler. In: *Hemşirelik Tanıları El Kitabı: NANDA-I Tanılar, NIC Girişimleri, NOC Çıktıları.* 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi;2018. p.1152.
22. Konuk TG, Su S. Meleis'i anlamak: Geçiş kuramı. *JGEHES [Internet].* 2020 [cited Feb 15];2(2):61-76. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jgehes/issue/56493/695037>
23. Öztürk Eyimaya A, Tezel A. Menopozal dönemin Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre incelenmesi. *TJFMPC.* 2020;14(4):676-85. doi: 10. 21763/tjfmpe.723892