

ISSN 2147 7728



# Nefroloji Hemşireliği Dergisi

***Journal of  
Nephrology  
Nursing***

- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Destek ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi
- Hemodiyalizden Ev Hemodiyalizine Geçişte Deneyimler: Meleis'in Geçiş Teorisine Dayalı Nitel Bir Çalışma
- Görme Engeli Periton Diyalizine Engel mi?

2024 Eylül- Aralık Sayı: 3

2024 September – December Number: 3

**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 yayımlanan 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 Alan Hastalarda Sosyal Destek ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki  
*The Relationship Between Social Support and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment*  
Ayşe Gamze ELPE, Ayşe Nefise BAHÇECİK ..... 119

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak  
Öz-Bakım Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi  
*The Relationship Between Social Support and Self-Efficacy in Patients Undergoing  
Hemodialysis Treatment*  
Şerife ÇETİN, Hacer SÖNMEZER ÖCAL ..... 129

Hemodiyalizden Ev Hemodiyalizine Geçişte Deneyimler: Meleis'in Geçiş Teorisine  
Dayalı Nitel Bir Çalışma  
*Transition Experiences from In-Center Hemodialysis to Home Hemodialysis:  
A Qualitative Study Using Meleis' Transition Theory*  
Evre YILMAZ, Hatice BALCI, Elife TUNÇ, Selda ARSLAN ..... 142

### OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Görme Engeli Periton Diyalizine Engel mi?  
*Is Visual Impairment a Barrier to Peritoneal Dialysis?*  
Elif Elzem ÖZER ..... 154



## Editörden

### Değerli Nefroloji Hemşireliği Dergisi Okurları;

Nefroloji Hemşireliği Dergisi olarak 19. yılımızda 2024 yılının üçüncü sayısı ile sizlerle. Uzun yıllardır nefroloji hemşireliği alanında kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları meslektaşlarımızla paylaşıyoruz; en önemli amaçlarımızdan biri ulusal ve uluslararası alanda tanınan ve tercih edilen bir dergi olmayı başarmak ve bunu sürdürmek olmuştur. Daha önceki yazılarımızda da paylaştığımız gibi son yıllarda buna yönelik çalışmalarımız hızla devam etmektedir. Zaman içinde bu gayretlerimizin karşılığını alıyor olmak bizleri ayrıca memnun etmekte ve çalışmalarımızdaki motivasyonu artırmaktadır. Bu başarılarımızı Dergi editörlüğü ve yayın kurulu olarak bu sayımızda sizlerle paylaşmaktan memnuniyet duyuyoruz. Dergimiz uluslararası alan indekslerinden biri olan Index Copernicus (ICI) kapsamında Eylül 2024 tarihinden bu yana ve Scilit kapsamında Nisan 2024 tarihinden bu yana dizinlenmeye başlamıştır. Daha önceden dâhil olduğumuz Türk Medline, Türkiye Atıf Dizini ve Asos İndeks'in ardından uluslararası alanda da tanınmanın ve bilinmenin mesleğimiz adına dergimizin kalitesini artıran olumlu bir gelişme olarak değerlendirmekteyiz. Dergimizin Türkçe dilinin yanı sıra İngilizce dilinde de makaleler kabul ederek yayınlaması bu başarıları destekleyen önemli faktörlerden biridir. Bu bağlamda araştırmacı meslektaşlarımızın dergimize gösterecekleri ilginin giderek artacağına inancımız tamdır.

Bu sayımızda hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve öz yeterlilik ilişkisi, hemodiyaliz hastalarında Tip 2 diyabet stigmatı, ev hemodiyalizine geçiş deneyimleri ve görme engelli bireyde periton diyalizi konularını ele alan üç araştırma makalesi ve bir olgu sunumunu okumanıza sunuyoruz.

Diyaliz tedavisi hasta için zorlu bir süreçtir. Hastaların sahip olduğu sosyal destek ağı ve destek sistemleri; hem tedavinin başarısını, hem de hastanın fiziksel ve psiko-sosyal olarak iyilik halinde olmasının ve sürdürülmesinin önemli belirleyicisidir. Hastalığın ciddiyeti arttıkça sosyal destek sistemleri de yetersiz kalırsa; hastaların başatma düzeyleri, öz yeterlikleri, öz yönetim becerileri giderek azalmaya başlayacak ve bu durum tedaviye bağlılığı ve iyileşmeye süreçlerini sekteye uğratacaktır. Nefroloji hemşirelerinin bakım ve tedavi uygulamalarının başarısını sağlamada etki eden tüm faktörlerin ilişkilerini anlayabilmeleri ve hastaları güçlendirecek durumları iyi yönetebilmeleri gibi sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu sayımızda yayınlanan **“Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Destek ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki”** konulu araştırma makalesi bu ilişkiye dikkat çekerek öz yeterlilik düzeylerinin artırılmasına yönelik nefroloji hemşirelerine önerilerde bulunmaktadır.

Kronik böbrek hastalıklarının etiyolojik faktörleri arasında diyabetes mellitus’un yüksek bir payı bulunmaktadır. Diyabet hastalığında yeterli kan şekeri kontrolü sağlanamadığında ve öz bakım uygulamaları yetersiz kaldığında en sık görülen kronik komplikasyonlarından biri diyabetik ayaktır. Özellikle stigma türlerinden biri olan toplumsal stigmanın diyabetli bireylerde sıklıkla ortaya çıkabileceği dikkate alındığında; sağlık profesyonelleri tarafından hem diyaliz, hem de diyabet tedavi süreçlerinde bu durumlara neden olan faktörlerin bilinmesi ve uygun girişimlerin planlanması önem taşımaktadır. Bu sayımızda sizlerle paylaştığımız **“Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi”** konulu araştırma makalesinde elde edilen sonuçlar paylaşılmış ve bu konuda değerli öneriler sunulmuştur.

Bireylerin hastalık deneyimleri sürecinde hemşirelik girişimlerinin uygun modeller kapsamında planlanması daha sistematik ve bilinçli bir yaklaşım imkânı sunmaktadır. Özellikle bir durumdan farklı bir duruma geçiş aşamasında (örn. kurumsal hemodiyaliz sürecinden ev hemodiyaliz sürecine geçiş gibi) mevcut kolaylaştırıcı ve engel durumların farkında olunarak tedavi ve uyum sürecinin planlanması ve yürütülmesi hemşirenin sorumluluk alanında yer almaktadır. **“Hemodiyalizden Ev Hemodiyalizine Geçişte Deneyimler: Meleis’in Geçiş Teorisine Dayalı Nitel Bir Çalışma”** konulu araştırma makalesi; ev hemodiyalizine geçiş aşamasında hastaların yaşadıkları deneyimler, hemşire desteğine ilişkin deneyimler, sürecin kolay ve zor yanları gibi birçok durumu nitel araştırma teknikleri ile okurlarımıza sunması açısından yararlı bir makaledir.

Bir birey yaşam süreci içinde tanı konmuş renal hastalıklar nedeniyle organ kaybı yaşaması, tranplantasyon endikasyonu alması veya diyaliz tedavilerine başlaması gibi birçok durumda hafif düzeyden ağır düzeye kadar değişen durumlarda engelli olarak tanımlanabilmektedir. Böbrek hastalığı öncesinde-sonrasında oluşan kronik hastalıklar, kaza ve yaralanmalarla oluşan engellilikler veya doğuştan gelen engellilik durumları da böbrek hastalığı ile yaşayan kişinin yaşamı; çok daha zorlu hale gelmekte ve yakınlarına bağımlı olabilmektedir. Dergimizin bu sayısında engellilik gibi özel durumlara sahip hastalarımıza uygun hemşirelik yaklaşımlarının nasıl sürdürülebileceğine ilişkin bir yazı olan **“Görme Engeli Periton Diyalizine Engel mi?”** başlıklı olgu sunumunu okumanıza sunuyoruz.

40. Ulusal Nefroloji Kongresi & 33. Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresi; bu yıl 6-10 Aralık 2024 tarihlerinde Antalya’da gerçekleştirilecektir. Hemşirelik oturumlarının ev sahipliğini Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneğimiz üstlenmektedir. Nefroloji hekimliği ve hemşireliği alanında bilimsel düzeyde bilginin üretildiği ve paylaşıldığı bu kongreye kanıta dayalı uygulamalara katkı sağlayacak araştırma ve konferans oturumlarına katılım için tüm meslektaşlarımızı davet ediyor ve kongrede buluşmayı diliyorum.

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.

30 Eylül 2024  
Prof. Dr. Yasemin TOKEM  
Editör, Nefroloji Hemşireliği Dergisi

# Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Destek ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki

## The Relationship Between Social Support and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment

Ayşe Gamze ELPE<sup>1</sup> , Ayşe Nefise BAHÇECİK<sup>2</sup> 

### Özet

**Amaç:** Araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal destek ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir ilin ve ilçelerindeki hemodiyaliz merkezlerinde tedavi alan 159 hasta ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Student-t test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Person Korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması, 57,65±9,88 yıl olup, %78'i evli %34,6'sı lise mezunu, %49,7'si ev hanımıdır. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir kişi desteği alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; 46,95±13,18, 14,31±4,67, 14,80±4,47, 17,84±4,49 olarak, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ve başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt boyut puanları sırasıyla; 55,97±14,35, 31,39±8,19, 16,43±4,28, 8,16±2,29 olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyutları arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (p<0,01).

**Sonuç:** Hastaların sosyal destek ve öz yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sosyal destek düzeyi arttıkça hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve yükseltilmesi için çalışmalar yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz; Hemşire; Öz Yeterlilik; Sosyal Destek.

### Abstract

**Aim:** The study was conducted to assess the relationship between social support and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis treatment.

**Materials and Method:** The descriptive and cross-sectional study was performed with 159 patients undergoing treatment at hemodialysis centres in a city and its districts in the Eastern Anatolia Region. The data were collected using the Patient Information Form, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the General Self-Efficacy Scale. Descriptive statistics, Student-t test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, and Pearson Correlation analysis were used to analyse the data.

**Result:** The mean age of hemodialysis patients was 57.65±9.88 years, with 78% being married, 34.6% having graduated from high school, and 49.7% being housewives. The mean total score on the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and its subscales family support, friend support, and support from a significant other were 46.95±13.18, 14.31±4.67, 14.80±4.47, and 17.84±4.49, respectively. The mean total score on the General Self-Efficacy Scale and the subscales of initiative, persistence, and effort to continue were 55.97±14.35, 31.39±8.19, 16.43±4.28, and 8.16±2.29, respectively. A statistically significant positive correlation was found between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and its sub-scales and the General Self-Efficacy Scale and its sub-scales (p<0.01).

**Conclusion:** The study revealed that patients' levels of social support and self-efficacy were moderate. It also showed that as social support levels increased, patients' self-efficacy improved. We recommend conducting periodic evaluations and implementing targeted interventions to assess and enhance both social support and self-efficacy among hemodialysis patients.

**Keywords:** Hemodialysis; Nurse; Self-Efficiency; Social Support.

**Geliş Tarihi / Submitted:** 16 Ağustos/ Aug 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10 Eylül/Oct 2024

<sup>1</sup> Uzman 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, İstanbul, Türkiye.



## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), ilerleyici, geri dönüşü olmayan böbrek fonksiyonlarının kaybıdır. Böbrek fonksiyonlarının kaybı kritik bir düzeye ulaştığında böbrek yetersizliği gelişir ve vücudun tüm organlarını etkileyen ciddi sorunlar ortaya çıkmaya başlamaktadır. Böbrek yetersizliğinin son aşaması olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 15 ml dak/ 1,73 m<sup>2</sup>'den az olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada yaşamın sürdürülmesi için diyaliz veya transplantasyon uygulaması gereklidir (1).

Kronik böbrek hastalığı, ülkemiz de olmak üzere dünyada epidemik olmuş önemli bir halk sağlığı problemidir. Görülme sıklığı giderek artmakta, sebep olduğu yüksek morbidite-mortalite oranları ve hastalığın tedavi edilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan renal replasman tedavilerinin (RRT) yüksek maliyeti sebebiyle topluma yük olabilecek bir hastalıktır. Artan KBH prevalansı kısmen yaşlanan nüfus, obezite ve diyabet oranlarındaki artış ve insidansının artması gibi risk faktörlerindeki artışa bağlanmaktadır. Böbrek hastalığının evresi ilerledikçe mortalite oranı artmakta ve 5. evrede olan hastalar için oran %19-24'e kadar yükselebilmektedir (2).

Kronik böbrek hastalığının (KBH) en yaygın nedeni glomerüllerde meydana gelen hasarlanmadır. İlk sırada yer alan nedenler arasında diyabet (%35,54) ve hipertansiyon (%34,15) bulunmaktadır. Daha az yaygın etiyolojiler arasında ise diğer nedenlere bağlı gelişen glomerülonefritler, polikistik böbrek hastalıklarıdır (3). İlerlemiş SDBY tedavisinde hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon gibi RRT'den yararlanılmaktadır. Bu tedaviden biri olan hemodiyaliz hastanın yaşantısında önemli farklılıklar ortaya çıkarmakta, hastayı makineye, kuruma, tedavi ekibine bağımlı hale getirmektedir (2, 4).

Haftada iki-üç kez, dört-altı saat kuruma tedavi için gitme ve makineye bağlanma zorunluluğu hastada, ailesinde, çalışma yaşamında, sosyal ilişkilerde, beden imgesinde değişime, ekonomik problemlere,

yorgunluk, anksiyete, depresyon, yalnızlık, sıvı kısıtlaması, gelecek korkusu gibi birçok sorunlara neden olmaktadır (5, 6, 7). Aynı zamanda hemodiyaliz, kişinin sosyal yaşamını ve öz yeterliliğini etkilemektedir. Yaşanan bu süreçte bireyin hayatındaki toplumsal ilişkiler ve sosyal destek çok önemlidir. Sosyal destek özellikle aile, arkadaş ve yakın çevresindeki bireylerin hastayı desteklemesi, tedavisi için iş birliğinde olmaları hastanın hastalığına uyumunu daha kolaylaştırır. Sosyal destek, duygusal, fiziksel ve maddi açıdan ilişkili olan sosyal ilişkiler ile elde edilir (8).

Sosyal destek, kişiyi stresin oluşturduğu negatif etkilere karşı korumakta, sağlığını yükseltmekte, benlik saygısını güçlendirmektedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ve tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ve yaşamındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının en büyük desteği aile üyeleridir. Ayrıca hemodiyaliz tedavisi sürecinde yakın arkadaş ve akrabalar ile ilişkilerin güçlendirilmesi, sosyal faaliyetlerin devam ettirilmesi önemlidir (8, 9, 10). Hemşire hastayı bir bütün olarak ele almalı sadece hastalığının fiziksel seyri değil, bireyin sosyal ve psikolojik sorunları ile yakından ilgilenmelidir. Tedavi süresince hemşire bakıma aileyi de katarak hastaya destek olunmasını sağlamalıdır. Hemşirelerin desteği, hastanın ve özellikle ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları problemlerle baş etmelerinde önemlidir (11). Sosyal desteği güçlü olan bireylerin, hastalıklara karşı daha dirençli olduğu, iyileşme süreçlerinin hızlandığı ve tedavi uyumlarının arttığı, yaşam güçlükleri ile baş edebildiği belirtilmektedir (4).

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı davranışı başlatıp, devam ettirmede faydalanılan yollardan biri de, hastanın genel ve olaya özgü öz yeterlilik algısının yorumlanmasıdır. Öz yeterlilik, kişilerin gerçekleştirebileceği ihtimali olan durumlarla baş edebilmeleri için gereken eylemleri iyi bir şekilde yapabilmeleri ile ilgili yargılardır (12). Düşük öz yeterlilik durumu, depresyon ve anksiyeteye neden olabilir. Hastaların özgüvenleri de düşük olduğundan, başarıları ve gelişimleri ile ilgili olumsuz düşüncelere sahiptirler (4). Güçlü öz yeterlilik durumunda ise hastalar

başkalarına bağımlı olmadan günlük aktivitelerini gerçekleştirebilir (13).

Hastaların bakım kalitesi, öz yeterlilik gibi bireysel faktörlerden ve alınan sosyal destek gibi sosyal faktörlerden etkilenebilir. Hastanın öz yeterliliğini belirlemek ve iyileştirmek için planlama yapmak, öz yönetimi iyileştirmeye, yaşam beklentisini artırmaya ve sağlık davranışlarını değiştirmeye yol açabilir (14). Eşlerden, aile üyelerinden ve arkadaşlardan gelen destek de dahil olmak üzere sosyal desteğin kronik hastaların sağlığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (15). Aile desteği çok önemlidir, böylece hastalar özgüvene sahip olur ve kendi kendilerini yönetebilirler, bu da daha fazla öz yeterliliğe yol açabilir (16). Sağlık çalışanlarının bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için insan davranışları üzerinde etkili olan öz yeterlilik kavramını anlamaları, öz yeterliliği etkileyen faktörlerin neler olduğunu bilmeleri önemlidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin, algılanan öz yeterlilik durumundaki değişimleri tanıyarak destekleyici bir yaklaşım içinde olmaları gerekmektedir. Bu anlayışla hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin sosyal destek ve öz yeterliliklerinin artırılmasında sağlık profesyonellerine büyük görevler ve sorumluluklar düşmektedir (12).

Bu bilgilerden yola çıkarak, araştırma; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal destek ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Soruları

1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek düzeyi nedir?
2. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik düzeyi nedir?
3. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek ile öz yeterlilik arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel biçimde tasarlanıp, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal destek

ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla gerçekleştirilen araştırma, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerindeki hemodiyaliz ünitelerinde 25 Nisan-26 Ağustos 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir il ve ilçe devlet hastanelerindeki toplam dört hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 226 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örnekleme birey sayısını belirlemek amacıyla formülle hesaplandı.

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

N: Evrendeki birey sayısı (226)

n: Örneklem alınacak birey sayısı p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülme sıklığı

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n = \frac{(226)(1,96)^2(0,50)(0,50)}{(0,05)^2(226-1) + (1,96)^2(0,50)(0,50)}$$

n= 143 toplam hasta sayısı

Örneklem büyüklüğü 143 olarak bulundu. Ardından tabakalı örnekleme yöntemiyle her bir hastaneden alınacak hasta sayıları hesaplandı. Kayıplar göz önüne alınarak bu sayı 159 olarak belirlenip araştırma gerçekleştirildi.

### Dahil edilme kriterleri

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

## Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile toplandı.

## Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu literatürden yararlanılarak (8, 9, 13, 17) hazırlanmış olup hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalışma ve gelir durumu, sosyal güvence, kiminle yaşadığı, hastalık süresi, kronik hastalık durumu, hemodiyaliz süresi, haftalık hemodiyaliz sıklığı, hastalığıyla baş etme durumu, hastalığı süresince ihtiyaçları için yardımcı olabilecek birisinin varlığını içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

## Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşlarının (18) geliştirdiği ölçek, Türk toplumuna uyarlama ve revize yapma çalışması Eker ve arkadaşları (19) tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçek yedili likert tipte bir ölçek olup 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan ölçekte, “aile”, “arkadaş”, “özel bir insan” olmak üzere üç alt boyut yer almaktadır. Ölçekten en az 12, en fazla ise 84 puan alınmaktadır (15). Eker ve arkadaşlarının (15) yaptığı çalışmada Cronbach’s Alfa katsayısını 0,89 olarak saptamıştır. Çalışmada ise Cronbach’s Alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

## Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)

Sherer ve ark. (20) geliştirmiş olduğu ölçeğin Türk toplumuna uyarlama çalışması Yıldırım ve İlhan (21) tarafından gerçekleştirilmiştir. GÖYÖ, 17 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. GÖYÖ’den alınabilecek olan puanlar 17 ile 85 aralığında değişim göstermektedir. Ölçekte, “başlama”, “yılmama”, “sürdürme çabası-ısrar” olmak üzere üç alt boyut yer almaktadır Yıldırım ve İlhan GÖYÖ’nün, çalışmasında Cronbach’s Alfa katsayısını 0,84 olarak bulunmuştur (21). Çalışmada ise Cronbach’s Alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

## Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemodiyaliz tedavisi alan hastalara, araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllülük

esasyla katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi amacıyla bir vakıf üniversitesi Etik Kurulu’ndan (25.03.2022 tarih 2022/03 sayı), çalışmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu kurumdan ve çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili izinler alınmıştır. Çalışma öncesi hastalar araştırma ile ilgili bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması  $57,65 \pm 9,88$  yıl olup, % 50,3’nün kadın, %40,3’ünün köyde yaşadığı, %79,2’si ailesi ile birlikte kaldığı, %58,5’i çekirdek aileye sahip olduğu, %78’inin evli olduğu, %34,6’sının eğitim durumunun lise ve üzeri olduğu, %76,1’inin çalışmadığı, %49,7’sinin ev hanımı olduğu, %60,4’ünün geliri giderlerinden az olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Hastalarda hastalık süresi ortalaması  $5,80 \pm 4,02$  yıldır. Hastaların %40,9’unun ( $n=65$ ) hastalık süresinin 5 yılın altında olduğu, %82,4’ünün ( $n=131$ ) ilaç kullandığı görülmüştür. Hastaların tedavi süresi ortalamasının  $4,55 \pm 3,67$  yıl olduğu, araştırmaya katılan hastaların tamamının ( $n=159$ ) haftada üç kez diyaliz seansına girdiği, %62,9’u ( $n=100$ ) hemodiyaliz tedavisi eğitimi almış olduğu, %88,1’inde ( $n=140$ ) kronik hastalık bulunduğu, kronik hastalığa sahip olanlardan, %99,3’ünde ( $n=139$ ) diyabet hastalığı görülmüştür. Hastaların %32,7’sinin ( $n=52$ ) hastalıkla baş ettiği, hastalıkla baş edenlerin %46,2’sinin ( $n=24$ ) ailesiyle vakit

geçirdiği, %53,8'inin hobileriyle ilgilendiği, %68,6'sının tedavi sürecinde destek olan kişilere sahip olduğu ve bu desteğin de %92,6'sının ailesinden aldığı görülmüştür (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği" alt boyutundan elde ettikleri puanlar ortalama 14,31±4,67, "Arkadaş Desteği" alt boyutundan elde ettikleri puanlar ortalama 14,80±4,47, "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 17,84±4,49 ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ortalama 46,95±13,18 saptanmıştır. Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği "Başlama" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 31,39±8,19 olarak, "Yılmama" alt boyutundan

aldıkları puanlar ortalama 16,43±4,28, "Sürdürme Çabası-Israr" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 8,16±2,29 ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ortalama 55,97±14,35 saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ ve alt boyutları ile GÖYÖ ve alt boyutları arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 4). Çalışmaya katılan hastaların Aile Desteği ile Başlama ( $r=0,839$ ), Yılmama ( $r=0,843$ ), Sürdürme Çabası-Israr ( $r=0,749$ ) ve GÖYÖ ( $r=0,848$ ) arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=159)

Özellikler		n	%
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	57.65±9.88	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	59	24-79
	≤45 yaş	16	10,1
	46-55 yaş	44	27,7
	56-65 yaş	68	42,8
Cinsiyet	>65 yaş	31	19,5
	Kadın	80	50,3
Yaşanılan Yer	Erkek	79	49,7
	Köy	64	40,3
	İlçe	43	27,0
Yaşanılan Kişi	İl	52	32,7
	Aile	126	79,2
Aile Tipi	Çocuklar ile	33	20,8
	Geniş Aile	66	41,5
Medeni Durum	Çekirdek Aile	93	58,5
	Evli	124	78,0
Eğitim Durumu	Bekâr	35	22,0
	Okur-Yazar Değil	48	30,2
	Okur-Yazar	19	11,9
	İlkokul	26	16,4
	Ortaokul	11	6,9
Çalışma Durumu	Lise ve Üzeri	55	34,6
	Evet	38	23,9
Meslek	Hayır	121	76,1
	Ev Hanımı	79	49,7
	Emekli	19	11,9
	İşçi	35	22,0
Gelir Durumu	İşsiz	26	16,4
	Gelir Giderden Az	96	60,4
	Gelir Gidere Eşit	55	34,6
	Gelir Giderden Fazla	8	5,0

**Tablo 2.** Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı (n=159)

		n	%
<b>Hastalık Süresi</b>	<i>Ort±Ss</i>	5,80±4,02	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (1-16)	
	<5 yıl	65	40,9
	5-10 yıl	62	39,0
	≥10 yıl	32	20,1
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>	Evet	131	82,4
	Hayır	28	17,6
<b>Hemodiyaliz Tedavi Süresi</b>	<i>Ort±Ss</i>	4,55±3,67	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,5 (0,17-15)	
	≤1 Yıl	39	24,5
	2-5 Yıl	71	44,7
	6-10 Yıl	30	18,9
≥10 Yıl	19	11,9	
<b>Hemodiyaliz Seansı</b>	Üç	159	100
<b>Hemodiyaliz Tedavisi Eğitimi</b>	Evet	100	62,9
	Hayır	59	37,1
<b>Kronik Hastalık</b>	Hayır	19	11,9
	Evet	140	88,1
	Hipertansiyon	80	57,1
	Diyabet	139	99,3
	KOAH	5	3,6
	Kalp ve Damar Hastalıkları	29	18,2
	Diğer	25	15,7
<b>Hastalıkla Baş Etme Durumu</b>	Hayır	107	67,3
	Evet	52	32,7
	Aile ile Vakit Geçirmek	24	46,2
	Hobiler ile İlgilenmek	28	53,8
<b>Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişiler</b>	Hayır	50	31,4
	Evet	109	68,6
	Aile	100	92,6
	Arkadaşlar/Komşular	9	7,4

**Tablo 3.** Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=159)

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Aile Desteği</b>	4	14,31±4,67	15 (5-26)
<b>Arkadaş Desteği</b>	4	14,80±4,47	16 (5-25)
<b>Özel Bir Kişi Desteği</b>	4	17,84±4,49	19 (6-25)
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	12	46,95±13,18	51 (17-73)
<b>Başlama</b>	9	31,39±8,19	34 (13-44)
<b>Yılmama</b>	5	16,43±4,28	17 (7-24)
<b>Sürdürme Çabası-Israr</b>	3	8,16±2,29	8 (4-14)
<b>Genel Öz Yeterlilik Ölçeği</b>	17	55,97±14,35	58 (26-81)

**Tablo 4.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=159)

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği						
			Başlama	Yılmama	Sürdürme Çabası-Israr	Toplam Puan
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	r	0,839 <sup>a</sup>	0,843 <sup>b</sup>	0,749 <sup>b</sup>	0,848 <sup>a</sup>
		p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Arkadaş Desteği	r	0,806 <sup>a</sup>	0,811 <sup>b</sup>	0,714 <sup>b</sup>	0,812 <sup>a</sup>
		p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Özel Bir Kişi Desteği	r	0,835 <sup>a</sup>	0,840 <sup>a</sup>	0,737 <sup>a</sup>	0,843 <sup>a</sup>
		p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Toplam Puan	r	0,847 <sup>a</sup>	0,860 <sup>b</sup>	0,752 <sup>b</sup>	0,857 <sup>a</sup>
		p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>

<sup>a</sup>r=Spearman's Korelasyon Katsayısı, <sup>b</sup>r=Pearson Korelasyon Katsayısı \*\*p<0,01

Çalışmaya katılan hastaların Arkadaş Desteği ile Başlama (r=0,806), Yılmama (r=0,811), Sürdürme Çabası-Israr (r=0,714) ve GÖYÖ (r=0,812) arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hastaların Özel Bir Kişi Desteği ile Başlama (r=0,835), Yılmama (r=0,840), Sürdürme Çabası-Israr (r=0,737) ve GÖYÖ (r=0,843) arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ ile Başlama (r=0,847), Yılmama (r=0,860), Sürdürme Çabası-Israr (r=0,752) ve GÖYÖ (r=0,857) arasında olumlu yönden istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastaları, hastalığın getirdiği kısıtlamalar ve zorluklar nedeniyle fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlarla başa çıkmada, aile, arkadaşlar ve tedavi ekibi önemli destek kaynaklarıdır (8). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal destek ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmada ÇBASDÖ'ye ait soruların toplamından almış oldukları puanların ortalamasına göre hemodiyaliz hastalarının orta düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca hastaların en fazla sosyal desteği özel bir kişiden aldıkları bulunmuştur. Büyükbayram ve arkadaşlarının (8) yapmış olduğu çalışmada hastaların sosyal desteğinin orta düzeyde olduğu ve en çok desteği aileden aldıkları saptanmıştır. Yapılan farklı çalışmalarda hastaların sosyal desteğinin normalin üstünde olduğu ve en çok desteği aile üyelerinden aldıkları saptanmıştır (21-25). Hemodiyaliz tedavisinin haftada üç kere ve hastanın uzun süre makineye bağlı olması, hastalık süresinin uzun olması, gelir durumunun iyi olmaması sosyal desteği olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. KBH'li hastalar daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyar çünkü hemodiyaliz sosyal etkileşimlerinde değişikliklere neden olur (24). Sağlanan sosyal destek, hastaların hastalıkla ve ilgili sorunlarla daha kolay başa çıkmalarını ve hastalık yönetimini daha etkili bir şekilde sürdürmelerini sağlar (23).

Araştırmada GÖYÖ'ye ait soruların toplamından almış oldukları puanların ortalamasına göre hastalarının orta düzeyin üzerinde öz yeterliliğe sahip oldukları saptanmıştır. Literatürde de benzer şekilde hastaların orta düzeyde bir öz yeterliliğe

sahip olduğu bildirilmiştir (17,25-27). Hastalığın kronik doğası nedeniyle KBH sürekli takip ve bakım gerektirmektedir. KBH yönetimi temel olarak hastanın kendi kendini yönetme becerilerine bağlıdır. Bunlar yaşam tarzı değişikliklerini uygulama ve semptomlarla, ilaçlarla ve KBH ve ilgili komorbiditelere sahip olmanın fiziksel ve psikososyal yan etkileriyle baş etme becerisini içermektedir (28). Kronik hastalıkların yönetiminde hasta, bakım ekibinin temel bir üyesi olarak dahil edilmelidir. Diyalize giren hastaların öz yeterliliği, etkili yönetim, hemşirelik müdahaleleri ve daha iyi sonuçların bir belirleyicisidir. Hemşireler, diyaliz gibi karmaşık bakım araçlarının kullanımı yoluyla kritik bakım sağlar. Ayrıca, hastalara eğitim sağlamaktan ve hastanın öz bakım davranışını güçlendirmekten de sorumludurlar. Hemşireler de dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri, düşük düzeyde öz yeterliliğe sahip hastaların erken teşhisine odaklanmalı ve bireyselleştirilmiş müdahale yaklaşımları geliştirmelidir. Hemodiyalizdeki hastalar arasında öz yeterliliği iyileştirmek için etkili stratejilerin uygulanmasına daha fazla dikkat edilmelidir. Bu konu, hasta bakımını desteklemek ve nihayetinde sağlık sonuçlarını iyileştirmek için hasta merkezli davranışsal yöntemlerin sunulmasına yardımcı olacaktır (26).

Çalışmada algılanan sosyal destek arttıkça hastaların öz yeterlilik düzeyleri de artmaktadır. Hastaların fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş etmesinde, kendisini daha iyi hissetmesinde algıladığı sosyal destek önem taşımaktadır. Hastaların çevrelerinden aldığı destek arttıkça belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançları da artmaktadır (29,30). Literatürde öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerini inceleyen farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (14,25, 31,32). Sosyal destek, çeşitli günlük aktiviteleri gerçekleştirirken cesaretlendirme ve cezalandırma gibi çeşitli şekillerde bir kişinin öz yeterliliğini etkileyebilir

(33). Bu sorun kronik hastalarda, özellikle hemodiyalizde daha fazla hissedilir. Hemodiyaliz tedavisinin uzun vadeli olması nedeniyle hasta günlük aktivitelerde bazı zorluklarla, yaşam tarzındaki değişikliklerle ve çeşitli ihtiyaçlarla karşı karşıya kalır. Bu sınırlamalara uyum sağlamaları gerekir (34). Tedavilerin başarılı olması için uyum çok önemlidir ve başarısızlık komplikasyon oranlarının (ve ilgili maliyetlerin) artmasına ve sağ kalımın azalmasına yol açabilir (30). Sosyal destek hastaların durumlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olur ve refahlarını önemli ölçüde artırır (29). Aile, arkadaşlar ve toplum, hastaların bağımsızlığını, örgütlenmesini, sorun çözmesini ve sosyal destek aramasını etkileyen en önemli sosyal destek kaynaklarıdır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların ailelerini sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iş birliği yapmaya ve hastaların ihtiyaçları konusunda paylaşılan karar almaya katılmaya teşvik etmelidir. Bu nedenle, sosyal desteğin hastanın öz yeterliliği üzerindeki nedensel etkisini değerlendirmek için klinik çalışma çalışmalarının dikkate alınması önerilmektedir (14).

## SONUÇ

Hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu belirtilebilir. Sosyal destek düzeyi arttıkça hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi, sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri düşük olan hastalara düzenli aralıklar ile danışmanlık ve eğitim verilmesi, düşük sosyal destek ve öz yeterliliğe sahip hastaların mevcut durumlarından daha kötü olmamaları açısından ek hastalıkların tanı ve tedavisi konusunda hassas olunması gerektiği, araştırmanın farklı kurumlarda daha büyük örnekleme yapılması önerilmektedir.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışma için etik komite onayı, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Tarih ve no: 25.03.2022 tarih 2022/03 sayı).

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Çalışmaya katılan hastalarda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

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

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum/ kuruluşun desteği bulunmamaktadır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## EK AÇIKLAMA

Bu makale Ayşe Gamze ELPE'nin yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: AGE, ANB

Veri toplama: AGE

Veri analizi ve yorum: AGE, ANB

Makalenin hazırlanması: AGE, ANB

Eleştirel inceleme: ANB

## Kaynaklar

1. Birol L, Çınar Pakyüz S. İdrar yolları-böbreklerin yapı ve fonksiyonları. Akdemir N, Birol L, eds. In: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 8. Basım. Ankara: Akademisyen Kitapevi;2023.p.701-85.
2. Bülbül E, Çelik S. Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Olgun N, Çelik S, eds. In: Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri;2021.p.251-93.
3. 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://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf)
4. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. BAUN Sağ Bil Derg [Internet]. 2013[cited 2024 Jun 15];2(1):15-21. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/520749>
5. Alemdar H, Pakyüz Ç. S. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. NefroHemDergi [Internet]. 2015[cited 2024 Jun 10];10:19-30. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/292254>
6. Yanmış S, Mollaoğlu M. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşam doyumu ve etkileyen faktörler. NefroHemDergi. 2021;16(3):115-23. doi: 10.47565/ndthdt.2021.39
7. Yucens B, Kotan V.O, Ozkaynar N, Kotan Z, Yuksel R, Bayram S. The association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease. Dusunen Adam J Psychiatry NeurolSci. 2019;32(1):43-51. Doi: 10.14744/DAJPNS.2019.00006
8. Büyükbayram Z, Bıçak Ayık D, Aksoy İl D. Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. NefroHemDergi. 2021;16(3):134-43. Doi:10.47565/ndthdt.2021.41
9. Atik D, Atik C, Asaf R, Cinar S. Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin sosyal görünüş kaygısına etkisi. Medicine Science. 2015;4(2):2210-23. Doi: 10.5455/medscience.2015.04.823510.
10. Doğan BK, Öztürk AB. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. TUSHAD [Internet]. 2020[cited 2024 Jun 15];4(3):28-36. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1166174>
11. Şahin S. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri [dissertation]. Erciyes Üniversitesi;2007.
12. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. İst Tıp Fak Dergisi [Internet]. 2009[cited 2024 Jun 15];72:37-42. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/98321>
13. Bektaş N, Akpınar Ş, Ceran M. A, Şafak B. Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi [Internet]. 2019[cited 2024 Jun 15];2(1):5-10. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/756489>

14. Safi F, Areshtanab HN, Ghafourifard M, Ebrahimi H. The association between self-efficacy, perceived social support, and family resilience in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*. 2024;25(1):207. Doi: 10.1186/s12882-024-03629-4
15. Boroumand S, Shahriari M, Abbasi Jebeli M, Baghersad Z, Baradaranfard F, Ahmadpoori F. Determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with ischemic heart disease: a descriptive correlational study. *Iran J Nurs Res [Internet]*. 2015[cited 2024 Semp 3];9(4):61–9. Available from: <https://ijnr.ir/article-1-1442-en.pdf>
16. Uchino BN, Trettevik R, Kent de Grey RG, Cronan S, Hogan J, Baucom BRW. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2018;37(5):462–71. doi: 10.1037/hea0000594
17. Biçer H, Karabulutlu EY. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlik düzeyleri ve sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi [Internet]*. 2020[cited 2024 Jun 15];3(2):1-9. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1374957>
18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30–41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2
19. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]*. 2001[cited 2024 Jun 15];12(1):17-25. Available from: <https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/cok-boyutlu-algilanan-sosyal-destek-olcegi-toad.pdf>
20. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*. 1982;51(2):663-71. doi:10.2466/pr0.1982.51.2.66
21. Yıldırım F, İlhan İ. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]*. 2010[cited 2024 Jun 15];21(4):301-8. Available from: <https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/genel-ozyeterlilik-olcegi-toad.pdf>
22. Demirel M, Sukut Ö. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikolojik sağlık, tedaviye uyum, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*. 2024;6(1):49-56. Doi: 10.48071/sbuhemşirelik.1363343
23. Karadag E, Ugur O, Mert H, Erunal M. The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. *J Basic Clin Health Sci*. 2019;3:9-15. Doi: 10.30621/jbachs.2019.469
24. Sarıkaya N. A, Kartal M, Akçam M. Psychological distress and perceived social support levels of patients with chronic hemodialysis. *SAUHSD*. 2023;6(1):32-43. Doi:10.54803/sauhsd.1228791
25. Şimşek M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve sosyal destek algısı [dissertation]. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi;2018.
26. Almutary H, Tayyib N. Evaluating Self-Efficacy among patients undergoing dialysis therapy. *Nursing Reports*. 2021;11(1):195–201. Doi: 10.3390/nursrep11010019
27. Hafezieh A, Dehghan M, Taebi M, Iranmanesh S. Self-Management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: A case in Iran. *Journal of Research in Nursing*. 2020;25:128-38. Doi: 10.1177/1744987120904770.
28. Lin CC, Wu CC, Anderson RM, Chang CS, Chang SC, Hwang SJ, Chen HC. The Chronic Kidney Disease Self-Efficacy (CKD-SE) Instrument: Development and psychometric evaluation. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27: 3828-34. Doi: 10.1093/ndt/gfr788
29. Deepak K, Annalakshmi N. Social Support as Predictors of Resilience Among Single Women. *IAHRW [Internet]*. 2021 [cited 2022 Dec 15];9(4):349-59. Available from: <https://indianmentalhealth.com/pdf/2022/vol9-issue4/5-OR1.pdf>
30. Ozen N, Cinar F. I, Askin D, Mut D, Turker T. Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *Journal of Nursing Research*. 2019;27(4):e36. Doi: 10.1097/jnr.0000000000000309
31. Albayrak Okçin F, Gerçekoğlu G. Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *GÜSBBD [Internet]*. 2013[cited 2022 Nov 15];2(1):40-51. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/84296>
32. Kiajamali M, Hosseini M, Estebarsari F, Nasiri M, Ashktorab T, Abdi A, et al. Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015. *Electronic Physician*. 2017;9(7):4820-7. Doi: 10.19082/4820.
33. Guan M, So J. Influence of social identity on self-efficacy beliefs through perceived social support: a social identity theory perspective. *Communication Stud*. 2016;67(5):588–604. Doi: 10.1080/10510974.2016.1239645
34. Figueiredo PHS, da Silva ACR, Costa HS, Nominato GA, Lopes PH, Campos P, et al. The glitter activities of daily living as a potential test for functional evaluation of patients on hemodialysis: a validation study. *Disabil Rehabil*. 2022;44(10):2083–90. Doi: 10.1080/09638288.2020.1812121

# Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

## The Relationship Between Social Support and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment

Şerife ÇETİN<sup>1</sup> , Hacer SÖNMEZER ÖCAL<sup>2</sup> 

### Özet

**Amaç:** Hemodiyaliz tedavisi alan ve diyabeti olan hastalarda tip 2 diyabet stigmasının diyabetik ayak öz bakım davranışları ile ilişkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, Kayseri'de bulunan iki özel diyaliz merkezinde tedavi gören 108 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme Ölçeği ve Diyabetik Ayak Öz Bakım Davranışı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi  $p < .05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların %50,9'u kadın, %56,5'i ortaöğrenim düzeyinde, %83,3'ü evli, %50,9'u emeklidir. Yaş ortalaması  $66,11 \pm 10,87$ 'dir. Hastaların Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması  $34,50 \pm 13,31$ 'dir. Hastaların yaşı, eğitim durumu, gelir ve sağlık durumunu algılama düzeyi stigma puanını etkilemektedir ( $p < .05$ ). Diyabetik Ayak Öz Bakım Davranışı Ölçeği toplam puan ortalaması  $16,72 \pm 7,03$ 'tür. Hastaların yaşı, sağlık durumunu algılama düzeyi, diyabet ve diyabetik ayak eğitimi alması öz bakım puanlarını etkilemektedir ( $p < .05$ ). Her iki ölçek arasındaki negatif korelasyon anlamlı bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

### Abstract

**Aim:** To examine the relationship between Type 2 diabetes stigma and diabetic foot self-care behaviors in patients with diabetes undergoing hemodialysis treatment.

**Materials and Method:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with 108 patients receiving treatment in two private dialysis centers in Kayseri. Patient Introduction Form, Stigma Assessment Scale for Type 2 Diabetes and Diabetic Foot Self-Care Behavior Scale were used to collect the data. The statistical significance level was set at  $p < .05$ .

**Results:** Of the patients, 50,9% were female, 56,5% had secondary-level education, 83,3% were married, and 50,9% were retired. The mean age was  $66,11 \pm 10,87$  years. The mean total score of the Stigma Assessment Scale for Type 2 Diabetes was  $34,50 \pm 13,31$ . Patients' age, education level, income and perceived health status affected their stigma score ( $p < .05$ ). The mean total score of the Diabetic Foot Self-Care Behavior Scale was  $16,72 \pm 7,03$ . The patients' age, level of perceived health status, diabetes and diabetic foot education affected self-care scores ( $p < .05$ ). The negative correlation between the two scales was not statistically significant ( $p > .05$ ).

Geliş Tarihi / Submitted: 16 Ağustos/ Aug 2024

Kabul Tarihi / Accepted: 17 Eylül/Oct 2024

<sup>1</sup> Öğr. Görevlisi Dr.- Kayseri Üniversitesi İncesu Ayşe ve Saffet Arslan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup> Öğr. Görevlisi Dr. - Kayseri Üniversitesi İncesu Ayşe ve Saffet Arslan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kayseri, Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Şerife ÇETİN / **E-posta:** srfcngz@gmail.com, **Adres** Kayseri Üniversitesi İncesu Ayşe ve Saffet Arslan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kayseri, Türkiye



**Sonuç ve Öneriler:** Hastaların deneyimlediği stigma düşük ve diyabetik ayak öz bakım davranışı orta düzeydedir. Yaş arttıkça, öz bakım davranışı düzeyi azalmaktadır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalarda stigma düzeyi yüksektir. Sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda ve diyabetik ayak eğitimi alanlarda öz bakım davranışı düzeyi yüksektir. Stigma düzeyinin diyabetik ayak öz bakım davranışını etkilemediği saptanmıştır. Hastaların etkili olarak diyabetik ayak bakımı uygulamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, hastaların iyi oluşlarını destekleyecek stratejilere önem verilmesi, stigmaya ilişkin farkındalık eğitimlerinin verilmesi, diyabet eğitimi verilmiş olsa bile diyabetik ayağa yönelik ek eğitimlerin hemşireler tarafından planlanması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım; Diyabet; Diyabetik Ayak; Hemodiyaliz; Hemşirelik; Öz Bakım; Stigma

## GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) olan hastaların büyük çoğunluğunun etiolojisinde Diabetes Mellitus (DM) yer almaktadır. Ülkemizin 2022 yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporunda, KBH olan hastaların yaklaşık %75'inin Hemodiyaliz (HD) tedavisi aldıkları ve bu hastaların %38,4'ünün diyabetli olduğu belirtilmiştir (1).

Diyabetin, bireyi önemli ölçüde etkileyen birçok komplikasyonu bulunmaktadır. Diyabetik ayak komplikasyonu, iyi bir öz-bakımla önlenemez. Fakat küçük bir yara ile başlayıp amputasyona kadar ilerleyen bu komplikasyon, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve sağlık bakım hizmetlerinin yükünü artırmaktadır (2). Diyabeti olan hastaların yaklaşık %25'inde diyabetik ayak gelişmektedir. Tüm nedenlerle gerçekleştirilen alt ekstremitte amputasyonlarının yaklaşık %50'si diyabetik ayak ile ilişkilidir. Amputasyon sonrası mortalite oranları ise oldukça yüksektir (3).

Diyabetik ayak yarısı regüle olmayan kan şekeri ve yetersiz öz-bakımla ilişkilidir (4,5). Diyabetik ayak sorunlarının yaşam kalitesine etkisini inceleyen sistematik bir derlemede; hastaların diyabetik ayak nedeniyle fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının ve duygusal rolünün azaldığı, ağrı ve rahatsızlık yaşadığı, öz-bakım düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (6). Diyabeti olan bireylerde ayak bakımı ile ilgili yapılan araştırmalarda; ayak

**Conclusion and Recommendations:** The stigma experienced by patients was low, while diabetic foot self-care behavior was at a moderate level. As age increased, the level of self-care behavior decreased. Patients who perceived their health status as poor showed higher levels of stigma. Conversely, patients who perceived their health status as good and those who received diabetic foot education demonstrated higher levels of self-care behavior. It was found that stigma level did not affect diabetic foot self-care behavior. It was concluded that patients did not apply diabetic foot care effectively

Based on the results of the study, it is recommended that strategies to enhance patients' well-being be prioritized, awareness training on stigma be provided, and additional diabetic foot education be planned by nurses, even for those who have already received diabetes education.

**Keywords:** Care; Diabetes; Diabetic Foot; Haemodialysis; Nursing; Self-Care; Stigma

bakımına yönelik bilgi eksikliğinin olduğu, ayak yarasına neden olabilecek yanlış uygulamaların yapıldığı, hedeflenen glisemik değerden daha yüksek sonuçlarının bulunduğu belirlenmiştir (7,8).

Tip 2 diyabeti olan hastaların beden algısı olumsuz etkilenmektedir (9). Beden algısı ve benlik saygısı birbiri ile ilişkili iki bileşen olmakla birlikte stigma ile ilişkilendirilebilir (10). Stigma, damgalama olarak ifade edilen bir terimdir. Toplumsal ve bireysel olmak üzere iki temel stigma türü vardır. Stigma, bireye karşı ayrımcılığa, sürdürülebilir istihdamına ve refahına engel oluştururken ön yargıların kişi tarafından içselleştirilmesine, fiziksel ve bilişsel olumsuzluklara da neden olmaktadır (11,12). Meslek, medeni durum, yaş, cinsiyet, hastalık durumu, ırk, inanç ve değerler algısı, psikososyal özellikler gibi birçok faktör stigmayı etkilemektedir (11-13). Zayıf öz yönetim ve bakım davranışları, düşük öz saygı, kan şekeri kontrolü olmayan diyabeti olan bireylerde stigmmanın yüksek olduğu belirtilmektedir (10,14). Tip 2 diyabeti olan hastaların deneyimlediği stigmmanın, öz değer duygusunu, sosyal katılıma yönelik tutumlarını ve öz yönetimi etkilediği bilinmektedir. Hastaların deneyimlediği stigmmanın diyabetik ayak bakımına doğrudan ya da dolaylı olarak etki edebileceği düşünülmektedir. Bu araştırmanın amacı, HD tedavisi alan ve diyabeti olan bireylerde tip 2 diyabet stigmasının diyabetik ayak öz bakım davranışları ile ilişkisini incelemektir (10,14).

## Araştırmanın Soruları

1. HD tedavisi alan ve diyabeti olan hastaların tip 2 diyabet stigmatı ve diyabetik ayak öz bakım düzeyleri nelerdir?
2. HD tedavisi alan ve diyabeti olan hastaların tip 2 diyabet stigmatını ve diyabetik ayak öz bakım davranışı düzeylerini etkileyen değişkenler nelerdir?
3. HD tedavisi alan ve diyabeti olan hastaların tip 2 diyabet stigma düzeyi ile diyabetik ayak öz bakım davranışı düzeyi arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışmada tanımlayıcı ve kesitsel tasarım kullanılmıştır.

### Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırmanın verileri, Kayseri ilinde bulunan iki özel diyaliz merkezinde, 15 Temmuz – 10 Ağustos 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütülmesine izin veren iki özel diyaliz merkezinde HD tedavisi alan diyabetik hastalar evreni oluşturmaktadır (N=152). Araştırma ölçütlerine uyan gönüllü hastalar örneklemi oluşturmaktadır (n=108). Elde edilen veriler ile G\*Power programında yapılan güç analizinde Diyabetik Ayak Öz Bakım Değerlendirme (DAÖD) Ölçeği puan ortalaması kullanılmıştır. Alfa=,05 olarak hesaplandığında araştırmanın gücü %94, etki büyüklüğü ,63 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın raporlanmasında STROBE kontrol listesine uyulmuştur.

### Araştırmanın Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş ve üzeri, Türkçe konuşup anlayabilen, iletişim kurulabilen, en az bir yıldır tip 2 DM tanısı olan ve HD tedavisi alan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplamayı engelleyecek düzeyde işitme sorunu olan ve bilişsel işlev bozukluğu olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

## Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme Ölçeği (SDÖ) ve DAÖD Ölçeği kullanılmıştır.

### Hasta Tanıtım Formu

Bu form, hastanın sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi) ve tıbbi durumunu (tedavi yöntemi, hastalık süresi gibi) değerlendiren 11 sorudan oluşmaktadır. Form oluşturulurken literatürden yararlanılmıştır (2-15).

### Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme Ölçeği (SDÖ)

Ölçek, Browne ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Farklı davranılması (altı madde), suçlama ve yargılama (yedi madde) ve öz stigma (altı madde) olmak üzere üç alt boyuttan oluşan toplam 19 maddeli bir ölçektir. "Kesinlikle katılmıyorum" ve "Kesinlikle katılmıyorum" arasındaki seçime göre puanlanan beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ,95'dir. Ölçeğin toplam puanı 19 ile 95 puan arasındadır. Puanın yükselmesi stigma düzeyinin arttığını göstermektedir (16). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2021 yılında 153 diyabeti olan hasta ile gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı ,92 olarak bulunmuştur. Madde analizi sonuçlarında tüm faktör yüklerinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Test-tekrar test tekniği arasındaki korelasyon katsayısı ise ,82 bulunmuştur (13). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ,902 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin farklı davranılması, suçlama-yargılama ve öz stigma alt boyutları için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla ,810, ,692, ,801 olarak hesaplanmıştır.

### Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı Ölçeği (DAÖD)

Huang ve Chin tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Yedi maddeden ve iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde yer alan ilk dört soru, maddelerdeki ifadelerin bir hafta süresince ne sıklıkla uygulandığını değerlendirmektedir. Birinci bölümün puanlaması; gün yok (bir puan değerinde), bir-iki, gün (iki puan değerinde)," Sırasıyla üç-dört gün (üç puan değerinde), beş-altı gün (dört puan değerinde) ve tüm hafta (beş puan

değerinde). Bu bölümden alınabilecek puanlar dört-yirmi arasındadır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan üç soru ise beşli Likert şeklindedir. Bu bölümün toplam puan aralığı üç-onbeştir. Ölçeğin toplam puanı yedi-otuzbeş puan arasında değişmektedir. Puanın artması öz bakım davranışının daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  katsayısı ,73, iki hafta sonra ölçülen tutarlılığı ,92 olarak belirlenmiştir (17). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 330 diyabeti olan hasta ile yapılmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ,27-,88 olarak bulunmuştur (18). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ,761 olarak hesaplanmıştır.

### Verilerin Toplanması

Araştırmanın amacı ve çalışma hakkındaki bilgiler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan “Bilgilendirmiş Gönüllü Onam”ları alınmıştır. Gönüllülerin HD tedavisi aldığı sırada yüz yüze görüşme yöntemi ile Google Formdan hazırlanan anket kullanılarak anketörler tarafından veriler toplanmıştır. “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” kapsamında ekosistemi korumak, sürdürülebilir kullanımını teşvik etmek, kâğıt tüketimini ve atık oluşumunu azaltmak amacıyla araştırma verilerinin Google Form ile toplanması tercih edilmiştir (19). Ayrıca, veri toplama formlarının fiziki olarak kullanılmaması ekonomik kaynakların uygun şekilde yönetilmesini sağlamıştır.

### Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 22 Statistics (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi, Kolmogorov Smirnov testi ve çarpıklık-basıklık değerleri ile belirlenmiştir. Sürekli veriler ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik veriler n ve % olarak verilmiştir. İki gruplu değişkenler açısından normal dağılım gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. İki den fazla grup içeren verilerin karşılaştırılmasında One Way Anova testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi karşılaştırmak için Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Sürekli veriler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için normal

dağılım gösteren verilere Pearson korelasyon testi, normal dağılmayan verilere Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Ölçek puanlarına etki eden değişkenleri yordamak amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizinde Enter Modeli kullanılmıştır. Tüm analizlerin anlamlılık düzeyi  $p < ,05$  ise anlamlı kabul edilmiştir.

### Araştırmanın etik ilkeleri

Araştırmaya başlamadan önce kurum izni ve yerel etik kuruldan (Karar No:107/2024, Karar Tarihi: 09.07.2024) onay alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi esasları temel alınmıştır. Hastaların haklarını korumak için araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “özerklik”, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik ilkelerine uyulmuştur. “İnsan onuruna saygı” etik ilkesine araştırmanın tüm aşamalarında dikkat edilmiştir. Hastaların kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “kimliksizlik ve güvenlik etik ilkesi” yerine getirilmiştir. Araştırmaya gönüllü katılan hastalara çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmıştır.

### BULGULAR

Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %50,9’u kadın, %56,5’i ortaöğrenim düzeyinde, %83,3’ü evli, %50,9’u emekli, yaş ortalaması  $66,11 \pm 10,87$  yıldır. Hastanın algısına göre %63,9’unun geliri orta düzeydedir. Hastaların %83,3’ü ailesi ile yaşamaktadır ve %84,3’ünün sigara kullanmamaktadır. Hastaların sağlık-hastalık durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların %47,2’si sağlık durumunu orta düzey olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Hastaların %75,9’u insülin kullanmakta olup %55,6’sı diyabet eğitimi almıştır. Araştırma grubunda, diyabet eğitime ek olarak diyabetik ayağa yönelik eğitim alan 17 (%15,7) hasta bulunmaktadır. Araştırma grubunun tip 2 DM hastalığı süresinin ortalaması  $212,11 \pm 132,91$  ay, HD tedavi süresinin ortalaması  $55,61 \pm 52,45$  aydır. Hastaların %73,1’inde tip 2 DM ve KBY dışında

farklı bir ya da birden fazla kronik hastalık mevcuttur. Farklı kronik hastalığı olan bireylerde en fazla hipertansiyon (%60,2) saptanmıştır.

Hastaların Tip 2 Diyabet için SDÖ toplam puan ortalaması  $34,50 \pm 13,31$ 'dir. Araştırma grubunun Tip 2 Diyabet için SDÖ alt boyut puanları incelendiğinde; "farklı davranılması" alt boyutu puan ortalamasının  $10,19 \pm 4,82$ , "suçlama-yargılama" alt boyutu puan ortalamasının  $13,12 \pm 5,06$ , "öz stigma" alt boyutu puan ortalamasının  $11,19 \pm 5,00$  olduğu bulunmuştur. Tablo 1 ve Tablo 2 incelendiğinde; hastanın algısına göre gelir düzeyini ifade eden gruplarda ve sağlık durumunun değerlendirilmesini ifade eden gruplarda Tip 2 Diyabet için SDÖ'nün "farklı davranılması" alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=,001$  ve  $p=,004$ ). Eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinde Tip 2 Diyabet için SDÖ'nün "suçlama-yargılama" alt boyutunda gruplar arasındaki puan farkı anlamlı bulunmuştur ( $p=,021$  ve  $p=,010$ ). Hastanın algısına göre gelir düzeyini ifade eden gruplarda ve sağlık durumunun değerlendirilmesini ifade eden gruplarda Tip 2 Diyabet için SDÖ'nün "öz stigma" alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=,023$  ve  $p=,002$ ). Hastanın algısına göre gelir düzeyi ve sağlık durumunun değerlendirilmesi değişkenleri ile Tip 2 Diyabet için SDÖ'nün toplam puan ortalamasında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=,002$  ve  $p=,004$ ). Tip 2 Diyabet için SDÖ toplam puan ortalaması ve "suçlama-yargılama" alt boyut puan ortalaması ile yaş arasında saptanan negatif ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p=,034$  ve  $p=,001$ ).

Hastaların DAÖD ölçeği toplam puan ortalaması  $16,72 \pm 7,03$ 'dür. Ölçeğin maddelerine göre, hastaların bir hafta içinde yaptıkları ayak bakım alışkanlıkları incelendiğinde; %26,9'unun ayakaltını, %28,7'sinin parmak aralarını incelediği ve %19,4'ünün parmak aralarını yıkadığı tespit edilmiştir. Ancak, hastaların %33-51,9'unun bu uygulamaları hiç yapmadığı belirlenmiştir. Araştırma grubunun %12'si düzenli olarak nemlendirici losyon kullanmakta, %19,4'ü ayakkabılarını giymeden önce içini kontrol etmekte ve %9,3'ü yeni ayakkabı kullanımı sırasında gereken özeni göster-

mektedir. Fakat hastaların %49,1-60,2'sinin bu uygulamaları hiç yapmadığı belirlenmiştir. Tablo 1 ve Tablo 2 incelendiğinde; yaş, diyabet eğitimi ve diyabetik ayak eğitimi alma durumu dışındaki sosyo-demografik ve sağlık-hastalık durumlarına ilişkin özelliklerine göre DAÖD ölçeği puanlarının dağılımında anlamlı fark görülmemektedir. Yaş ile DAÖD ölçeği toplam puan ortalaması arasında saptanan negatif ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p=,002$ ). Diyabet eğitimi alan hastaların DAÖD ölçeği toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=,022$ ). Diyabetik ayak eğitimi alan hastaların DAÖD ölçeği toplam puan ortalamasının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<,001$ ).

Tip 2 Diyabet için SDÖ ile DAÖD ölçeği arasındaki Korelasyon Tablo 3'te verilmiştir. Ölçeklerin toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

Araştırmaya alınan hastaların Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme düzeyine etkisi olan bağımsız değişkenlerin bir arada değerlendirilmesi için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4'de verilmiştir. Oluşturulan model anlamlıdır ( $F=3,809$ ;  $p=,006$ ). Hastaların Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme düzeyini hastanın sağlık algısını değerlendirme durumu ( $\beta=-5,716$ ;  $p=,006$ ) anlamlı derecede açıklamaktadır. Bu doğrultuda, hastanın algısına göre sağlık durumu kötü olanların Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme düzeyi yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya alınan hastaların Diyabetik Ayak Öz Bakım Davranışı düzeyine etkisi olan bağımsız değişkenlerin bir arada değerlendirilmesi için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Oluşturulan model anlamlıdır ( $F=7,787$ ;  $p<,001$ ). Hastaların Diyabetik Ayak Öz Bakım Davranışı düzeyini diyabetik ayak eğitimi ( $\beta=5,794$ ;  $p=,002$ ) ve hastanın sağlık algısını değerlendirme durumu ( $\beta=2,194$ ;  $p=,016$ ) anlamlı derecede açıklamaktadır. Bu doğrultuda, diyabetik ayak eğitimi alanların ve hastanın algısına göre sağlık durumu iyi olanların Diyabetik Ayak Öz Bakım Davranışı düzeyleri yüksek bulunmuştur.

**Tablo 1.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet İçin Stigma Değerlendirme Ölçeği (SDÖ) Puanının Dağılımı (N=108) Ve Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı (DAÖD) Ölçeği Puanının Dağılımı (n=108)

	Toplam n(%)	Tip 2 Diyabet SDÖ- Farklı Davranılması		Tip 2 Diyabet SDÖ- Suçlama Yargılama		Tip 2 Diyabet SDÖ-Öz Stigma		Tip 2 Diyabet SDÖ Toplam		DAÖD Ölçeği Toplamı	
		Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p
*Cinsiyet											
Erkek	53(49,1)	10,41(4,97)	,643	12,88(5,21)	,640	11,18(5,50)	,994	34,48(14,52)	,994	16,92(7,28)	,771
Kadın	55(50,9)	9,98(4,70)		13,34(4,95)		11,18(4,52)		34,50(12,17)		16,52(6,85)	
**Eğitim Durumu											
İlköğretim	28(25,9)	9,67(4,86)		11,67(3,90) <sup>a</sup>		10,78(4,63)		32,14(11,94)		14,57(6,12)	
Ortaöğretim	61(56,5)	9,78(4,37)	,119	12,95(4,90)	,021	11,13(4,93)	,735	33,86(12,62)	,119	17,65(6,99)	,158
Yükseköğretim	19(17,6)	12,26(5,79)		15,78(6,19) <sup>a</sup>		11,94(5,87)		40,00(16,33)		16,89(8,04)	
*Medeni Durum											
Bekar	18(16,7)	11,05(5,19)	,409	13,11(5,41)	,993	11,61(4,42)	,694	35,77(12,84)	,658	15,44(6,62)	,401
Evlü	90(83,3)	10,02(4,75)		13,12(5,02)		11,10(5,12)		34,24(13,46)		16,97(7,12)	
**Çalışma Durumu											
Ev Hanımı	37(34,3)	9,21(4,25)		12,51(4,62)		10,56(4,35)		32,29(11,38)		15,64(5,96)	
Emekli	55(50,9)	10,36(5,11)	,172	12,81(5,23)	,108	11,00(5,13)	,187	34,18(14,03)	,105	16,98(7,21)	,420
Çalışan	16(14,8)	11,87(4,78)		15,56(5,04)		13,25(5,69)		40,68(13,85)		18,3(8,64)	
**Gelir Düzeyi (Hastanın Algısına Göre)											
Kötü	21(19,4)	12,52(6,02) <sup>a</sup>		14,00(6,36)		12,52(5,70)		39,05(15,56) <sup>a</sup>		17,29(7,14)	
Orta	69(63,9)	8,87(3,73) <sup>ab</sup>	,001	12,12(4,25) <sup>a</sup>	,010	10,22(4,29) <sup>a</sup>	,023	31,20(10,97) <sup>ab</sup>	,002	16,32(6,68)	,727
İyi	18(16,7)	12,56(5,32) <sup>b</sup>		15,94(5,28) <sup>a</sup>		13,33(5,87) <sup>a</sup>		41,83(14,93) <sup>b</sup>		17,61(7,03)	
*Kiminle Yaşadığı											
Ailesi	91(84,3)	10,03(4,76)	,423	13,23(4,98)	,602	11,31(5,09)	,524	34,58(13,20)	,883	17,03(7,13)	,291
Yalnız	17(15,7)	11,05(5,18)		12,52(5,59)		10,47(4,57)		34,05(14,31)		15,05(6,42)	
*Sigara Kullanımı											
Var	17(15,7)	11,17(4,87)	,363	14,82(6,91)	,261	13,76(7,11)	,104	39,76(17,62)	,178	17,05(7,11)	,831
Yok	91(84,3)	10,01(4,81)		12,80(4,61)		10,70(4,38)		33,51(12,22)		16,65(7,06)	
Mean(SD)		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
+Yaş	66,11(10,87) (38-87)	-0,136	,161	-0,303	,001	-0,106	,274	-0,204	,034	-0,291	,002

DAÖD: Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı, SDÖ: Stigma Değerlendirme Ölçeği  
 \*Bağımsız örneklem t testi, \*\*One Way Anova testi, \*Pearson Korelasyon Testi  
*a ve b list simgeleri gruplar arası farklılıkları göstermektedir*

Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışları

**Tablo 2.** Hastaların Sağlık-Hastalık Öyküsüne Göre Tip 2 Diyabet için Stigma Değerlendirme Ölçeği (SDÖ) Puanının Dağılımı (N=108) Hastaların Sağlık-Hastalık Öyküsüne Göre Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı (DAÖD) Ölçeği Puanının Dağılımı (n=108)

Toplam	Tip 2 Diyabet SDÖ-Farklı Davranılması		Tip 2 Diyabet SDÖ-Suçlama Yargılama		Tip 2 Diyabet SDÖ-Öz Stigma		Tip 2 Diyabet SDÖ Toplam		DAÖD Ölçeği Toplamı		
	n(%)	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p	Mean(SD)	p
<b>*Tip 2 DM ve KBY Haricinde Kronik Hastalık Durumu</b>											
Var	79(73.1)	10,24(4,80)	,871	12,93(4,91)	,536	11,22(5,08)	,885	34,04(13,13)	,903	16,63(6,51)	,829
Yok	29(26.9)	10,06(4,96)		13,62(5,51)		11,06(4,86)		34,75(14,04)		16,96(8,43)	
<b>*Hipertansiyon</b>											
Var	65(60.2)	10,33(4,85)	,705	12,90(4,70)	,594	11,26(4,99)	,846	34,50(13,03)	,994	16,86(6,41)	,802
Yok	43(39.8)	9,97(4,81)		13,44(5,60)		11,06(5,06)		34,48(13,88)		16,51(7,96)	
<b>*Koroner Arter Hastalığı</b>											
Var	16(14.8)	11,12(5,99)	,406	13,87(6,19)	,521	12,81(6,13)	,160	37,81(16,44)	,283	16,75(6,90)	,986
Yok	92(85.2)	10,03(4,60)		12,98(4,86)		10,90(4,76)		33,92(12,71)		16,71(7,09)	
<b>*İnsülin Kullanımı</b>											
Var	82(75.9)	10,02(4,64)	,518	13,10(4,93)	,969	11,03(4,70)	,586	34,17(13,00)	,650	16,76(6,84)	,905
Yok	26(24.1)	10,73(5,40)		13,15(5,55)		11,65(5,91)		35,53(14,47)		16,57(7,76)	
<b>**Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi (Hastanın Algısına Göre)</b>											
Kötü	15(13.9)	13,93(5,84) <sup>abc</sup>		15,53(5,98)		15,40(6,08) <sup>abc</sup>		44,86(15,86) <sup>abc</sup>		15,60(7,56)	
Orta	51(47.2)	9,60(4,21) <sup>ab</sup>	,004	12,86(4,75)	,133	10,45(3,60) <sup>ab</sup>	,002	32,92(10,76) <sup>ab</sup>	,004	15,43(6,09)	,067
İyi	42(38.9)	9,57(4,62) <sup>ac</sup>		12,57(4,95)		10,57(5,41) <sup>ac</sup>		32,71(13,78) <sup>ac</sup>		18,69(7,61)	
<b>*Diyabet Eğitimi Alma Durumu</b>											
Evet	60(55.6)	10,36(5,03)	,680	13,70(5,43)	,185	11,26(4,64)	,851	35,33(13,71)	,470	18,10(7,33)	,022
Hayır	48(44.4)	9,97(4,59)		12,39(4,50)		11,08(5,46)		33,45(12,87)		15,00(6,30)	
<b>*Diyabetik Ayak Eğitimi Alma Durumu</b>											
Evet	17(15.7)	9,70(5,12)	,651	13,58(5,74)	,680	10,82(3,94)	,747	34,11(12,50)	,898	22,70(7,76)	<,00
Hayır	91(84.3)	10,28(4,78)		13,03(4,95)		11,25(5,19)		34,57(13,53)		15,60(6,33)	,01
<b>Mean(SD) (min.-max.)</b>											
	r	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>*Tip 2 DM Hastalığı Süresi (Ay)</b>		-,163	,091	-,143	,138	-,084	,388	-,145	,134	,036	,710
<b>**HD Tedavi Süresi (Ay)</b>		,052	,591	,061	,528	-,107	,271	-,025	,793	,066	,499

DM: Diyabetes Mellitus, HD: Hemodiyaliz, KBY: Kronik Böbrek Yetermezliği, SDÖ: Stigma Değerlendirme Ölçeği  
 \*Bağımsız örneklem t testi, \*\*One Way Anova testi, \*Pearson Korelasyon Testi, \*\*Spearman Korelasyon Testi  
 a, b ve c list singeleleri gruplar arası farklılıkları göstermektedir.

Tip 2 Diyabet Stigmasının Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışları

**Tablo 3.** Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı (DAÖD) Ölçeği İle Tip 2 Diyabet İçin Stigma Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Korelasyon (n=108)

		Tip 2 Diyabet SDÖ-Farklı Davranılması	Tip 2 Diyabet SDÖ-Suçlama Yargılama	Tip 2 Diyabet SDÖ-Öz Stigma	Tip 2 Diyabet SDÖ Toplam
+DAÖD Ölçeği Toplam	r	-,077	,077	-,026	-,008
	p	,429	,428	,793	,933

DAÖD: Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı, SDÖ: Stigma Değerlendirme Ölçeği  
<sup>†</sup>Pearson Korelasyon Testi

**Tablo 4.** Tip 2 Diyabet İçin Stigma Değerlendirme Düzeyine Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Bir Arada Değerlendirilmesi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=108)

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	Standartlaştırılmış Beta	t	p	95% Güven Aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Tip 2 Diyabet Stigma Değerlendirme Ölçeği	(Sabit)	44,756		4,398	<,001	24,573	64,939
	Hastanın sağlık algısını değerlendirme durumu	-5,716	-,294	-2,789	,006	-9,781	-1,651
	Eğitim Durumu	3,344	,165	1,743	,084	-,460	7,148
	Yaş	-,143	-,117	-1,207	,230	-,378	,092
	Gelir Düzeyi	2,870	,130	1,225	,224	-1,778	7,518
Model		F= 3,809	p=,006	R <sup>2</sup> : ,129	Adj,R <sup>2</sup> = ,095	R: ,359	Durbin-Watson 1,114

**Tablo 5.** Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı Düzeyine Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Bir Arada Değerlendirilmesi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=108)

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	Standartlaştırılmış Beta	t	p	95% Güven Aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Diyabetik Ayak Öz-Bakım Davranışı Ölçeği	(Sabit)	21,310		4,923	<,001	12,725	29,895
	Diyabetik ayak eğitimi	5,794	,301	3,193	,002	2,196	9,392
	Reference = [eğitim almayan]						
	Diyabet eğitimi	,465	,033	,346	,730	-2,202	3,131
	Reference = [eğitim almayan]						
	Hastanın sağlık algısını değerlendirme durumu	2,194	,214	2,445	,016	,414	3,974
Yaş	-,162	-,250	-2,765	,007	-,278	-,046	
Model		F= 7,787	p<,001	R <sup>2</sup> : ,232	Adj,R <sup>2</sup> = ,202	R: ,482	Durbin-Watson 1,945

## TARTIŞMA

Diyabet stigmatı, diyabetle yaşamının getirdiği toplumsal bir yükürdür (10). Sağlık kaynaklarının kullanımı, hastaların öz yeterlilikleri ve kendilerine bakma yeteneklerini derinden etkileyebilmektedir (10,20). Eitel ve arkadaşlarının (10) yaptığı literatür

incelemesinde, tip 2 DM stigma yaygınlığının %12-70 arasında değiştiğini belirtmiştir. Toplumsal stigma bireye karşı ayrımcılığa, istihdamı ve refahına engel teşkil ederken bu sorunların içselleştirilmesi ve bireyin kendini algılama durumu öz stigmatın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (11,12).

Araştırma kapsamındaki hastaların Tip 2 Diyabet için SDÖ toplam puan ortalaması  $34,50 \pm 13,31$  (ölçeğin puan aralığı 19-95)'dir. SDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları ortalama değerinin altında yer almakta olup düşük düzeydedir. Benzer şekilde, Browne ve arkadaşları (16) çalışmasında, hastaların tip 2 DM stigmasının düşük düzeyde olduğunu bildirmiştir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak, Japonya'da HD tedavisi alan 7461 yaşlı bireyle yapılan çalışmada, hastaların %18,2'sinin diyaliz ilişkili stigmasının olduğu, aynı zamanda var olan diğer kronik hastalıklar için de stigma düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (21). Hastaların HD tedavi sürecini ve tip 2 DM'yi kabul edilmiş bir yaşam tarzı olarak benimsemesinden dolayı araştırmamızda stigma puanları düşük olabilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların DAÖD ölçeği toplam puan ortalamasına ( $16,72 \pm 7,03$ ) göre diyabetik ayak öz bakım davranışları düşük düzeydedir. Araştırmamıza benzer şekilde, Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada diyabeti olan hastaların ayak öz bakım uygulamalarına uyumunun zayıf olduğu saptanmıştır (22). Coffey ve arkadaşları (23) çalışmasında, diyabetli birçok kişinin ayak bakımı önerilerine uymadığını ifade etmiştir. Diyabetik ayak bakım davranışlarının incelendiği bir derlemede, 17 çalışmada ayak öz bakım davranışlarının zayıf olduğu, yedi çalışmada ise orta ve iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (24). Literatürde, araştırma sonucumuza kıyasla diyabetik ayak öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu çalışmalar da vardır. Ahmad Sharoni ve arkadaşları (25), hastanede yatan 60 yaş üzerindeki hastaların DAÖD ölçeği puanının  $25,37 \pm 5,88$  olduğunu bildirmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada, diyabetik bireylerde ayak öz bakım puanının  $20,82 \pm 7,01$  olduğu ve ölçeğin "ayak parmaklarının arasını yıkarım" maddesine en yüksek puanın verildiği saptanmıştır (26). Diyabetik ayak ülseri olan hastalarda öz bakım davranışları ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, hastaların orta düzeyde öz bakım davranışlarının olduğu belirlenmiştir (27). Araştırmaya dahil olan hastaların diyabetik ayak bakımı ve riski için sadece kendi bilgi ve duygusal davranışları doğrultusunda diyabetik ayak öz bakım davranışları hakkında bilgilerine başvurulmuştur. Araştırma grubunun ev yaşamında

ve günlük hayat koşullarında, son bir hafta içinde ayaklarının doku bütünlüğü takibi ve bakımına yönelik uygulamaların büyük çoğunluğunun hiç yapmadığı saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre; cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı, farklı kronik hastalıkların varlığı, insülin kullanımı, diyabet ve diyabetik ayak eğitimi, tip 2 DM tanı ve HD tedavi süresinin tip 2 DM SDÖ toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir. Hastaların yaşı, gelir düzeyi ve sağlık durumu algısının ise stigma düzeyini etkilediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, araştırma bulgularımıza benzer ve farklı sonuçların olduğu görülmektedir.

Holmes-Truscott ve arkadaşları (28) çalışmasında, insülin kullanan veya kullanmayan bireylerde stigma puanları ile kendi bildirdikleri HbA1c seviyeleri arasında yaşa, cinsiyete, diyabet süresine ve diyabetle ilişkili komplikasyonların sayısına göre anlamlı fark olmadığını ifade etmiştir. Eitel ve arkadaşları (29) çalışmasında, ırk ve etnik köken, cinsiyet, tedavi planı, HbA1c değeri, yaş, diyabet süresi, eğitim düzeyi ve sağlık sigortasının DM stigması ile ilişkili olduğundan bahsetmiştir.

Araştırmamızda, eğitim düzeyi arttıkça SDÖ'nün suçlama-yargılama alt boyut puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Ancak tip 2 DM SDÖ toplam puan ortalamasında fark bulunmamaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte diyabet stigmasının arttığı bildirilmiştir (15). Çin ve Irak'ta yapılan iki farklı çalışmada diyabet stigmasının daha düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu belirtilmiştir (30,31). Literatürdeki çalışmaların bulgularımızı desteklediğini söyleyebiliriz.

Ayak bakımı ile ilgili masrafların mali yükü oldukça fazladır (27). Araştırmamıza benzer şekilde, iki farklı çalışmada düşük gelir düzeyinin DM stigmasıyla ilişkili olduğu açıklanmıştır (30,31). Irak'ta yapılan bir çalışmada, diyabet stigması ile işsiz olmak arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (30). Hastaların sosyoekonomik stres yaşamaları diyabet stigması riskini artırmaktadır (10). Bu popülasyonlarda stigmatın değerlendirilmesi öncelik gerektirebilir.

Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, Joiner ve arkadaşlarının (32) yaptığı çalışmada, diyabet stigmatası ile diyabet süresi arasında ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Bu doğrultuda, hastalık süresinin uzamasıyla ilişkili olarak hastaların stigma konusunda duyarsızlaşmış olabileceği düşünülebilir.

Hastaların sağlık durumu algısı değerlendirildiğinde iyilik hali azaldıkça stigma toplam ve alt boyut puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde farklı hasta grupları ile yapılan araştırma sonuçlarının bulgumuzla benzer olduğu görülmektedir (20,33,34).

Araştırma bulgularına göre; cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, kiminle yaşadığı, farklı kronik hastalıkların varlığı, insülin kullanımı, tip 2 DM tanı ve HD tedavi süresinin diyabetik ayak öz bakım davranışını etkilemediği belirlenmiştir. Hastaların yaşı, sağlık durumu algısı, diyabet ve diyabetik ayak eğitimi almış olması diyabetik ayak öz bakım davranışını etkilemektedir. Literatür incelendiğinde, araştırma sonuçlarımıza benzerliği ve farklılığı olan çalışmaların olduğu görülmektedir (22-24, 27, 35-37).

Diyabetik ayak ülseri olan hastalarda öz bakım davranışları ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, algılanan aile desteği, diyabet eğitimi, algılanan stres, sorun odaklı başa çıkma tarzı, hastanede yatış deneyimi ve eşlik eden hastalıklarla önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya konmuştur (27). Yapılan başka bir çalışmada, diyabetik ayak öz bakım uygulamalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, ikamet yeri ve eşlik eden hastalıklarla anlamlı şekilde ilişkili olduğu çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile açıklanmıştır (35). Etiyopya'da gerçekleştirilen bir çalışmada; erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, kırsalda yaşamak, diyabete ilişkin komplikasyonlara sahip olmak, hem insülin hem de oral antidiyabetik ilaç kullanmak, ayak bakımı hakkında önceden bilgi sahibi olmamak ve zayıf aile desteğine sahip olmak gibi faktörlerin ayak öz bakım uygulamasını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (22). Woo ve Cui'nin (24) yaptığı derlemede, incelediği çalışmaların çoğunda; kadınların, yaşlı hastaların, aile desteğinin, bekârların, uzun zamandır diyabet hastası olmanın, yüksek gelir, eğitim ve ayak

bakımı bilgi düzeyine sahip olmanın, ayak bakımı eğitimi almış olmanın diyabetik ayak öz bakım davranışlarını artırdığını tespit etmiştir.

Araştırmamızda, ailesi ile yaşayan hastalarda yalnız yaşayanlara kıyasla öz bakım puanları daha yüksekti fakat istatistiksel fark saptanmadı. Araştırmamızı destekler nitelikte, iki farklı çalışmada, aile üyeleri tarafından yapılan tavsiyelerin ayak öz bakımını teşvik etmede önemli rol oynadığını bildirmektedir (23,27).

Bu araştırmada, hastaların sağlık durumu algısının iyi yönde artması ayak öz bakım davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde, Coffey ve arkadaşları (23), bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik halinin diyabet öz yönetim sorumluluklarını etkilediğini açıklamıştır.

Araştırma bulgularında, diyabet ve diyabetik ayak eğitimi aldığını belirten hastalarda DAÖD puanının daha yüksek olduğu anlamlı bulunmuştur. Bu hususta verilen eğitimlerin hastaların bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu etkiler sağladığı ve ayak bakımına gösterdiği özeni artırdığı görülmektedir. Literatürde araştırma bulgumuzu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Şahin ve Cingil'in (36) yaptığı çalışmada, hekim kontrol ziyaret sıklığı (ayda bir) ve ayak bakımı eğitiminin ayak öz bakım davranışını olumlu yönde yükselttiği belirtilmiştir. Yürütülen sistematik bir incelemede, ayak bakımı eğitiminin diyabetli bireylerde ayak öz bakım davranışı ve öz yeterlilik düzeyini artırdığı bildirilmiştir (37). Kırk iki makalenin dahil edildiği, meta-etnografik yaklaşım kullanılarak sentez yapılan çalışmada belirlenen temalar arasında diyabetik ayak ülserasyonunu önlemeye yönelik bakım uygulamalarında bilgi, tutum ve davranışlara vurgu yapılmıştır. Aynı çalışmada, diyabetik ayak öz bakım davranışlarının önemsenmediğinden ve ayak öz bakım davranışını motive eden faktörler arasında sağlık profesyonelinin alınan eğitim olduğundan bahsedilmiştir. Bu doğrultuda, net ve olumlu ifadelerle çerçevelendirilmiş, referans olarak saklanabilen eğitimlerin önemli olduğu bilinmektedir (23).

Bu araştırmada, tip 2 Diyabet için SDÖ toplam ve alt boyut puanları ortalaması ile DAÖD ölçeği

toplam puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Diyabet stigmasının hastaların kendilerine yönelik algılarını ve öz bakımlarını etkileyebileceği ifade edilmesine rağmen aralarındaki ilişki netlik kazanmamıştır (10,20). Browne ve arkadaşlarının (16) yaptığı çalışmada, diyabet stigmasının öz-bakım davranışlarına olan etkisinin, bireysel farkındalığa ve sosyal destek düzeyine bağlı olarak değişebileceği belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, stigmatın öz bakım becerileri ve bakım hizmeti alınması konusunda engellere neden olduğu belirtilmiştir (38). Literatürde yer alan çalışmaların elde ettiği bulgular araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir (10,16,20,38).

### Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı kısıtlılığı bulunmaktadır. Birincisi, araştırma verileri hastaların beyanına göre toplanmıştır. İkincisi, araştırmanın kesitsel olmasıdır. Sınırlı kurumlarda yürütülen bu araştırmanın sonuçları evrene genellenemez.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçlarına göre, HD tedavisi alan hastaların Tip 2 Diyabet için stigma ve diyabetik

ayak öz bakım davranışları düşük düzeydedir. Hastaların yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi ve sağlık durumu algısı stigma düzeyini etkilemektedir. Hastanın yaşı, sağlık durumu algısı, diyabet ve diyabetik ayak eğitimi almış olmak ayak öz bakım davranışlarını etkilemektedir. Stigma ve diyabetik ayak öz bakım davranışları arasındaki negatif ilişki anlamlı değildir. Araştırma bulgularımızdan yola çıkarak, sağlık hizmetinde önemli rolü olan hemşirelere, stigmatın sosyal deneyimler, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım uygulamaları üzerindeki etkileri hakkında sistematik bir şekilde değerlendirme yapması önerilebilir. Bireylere özgü diyabet, diyabet komplikasyonları, stigma farkındalığını artırıcı, optimal öz bakım uygulamalarını destekleyici eğitim ve faaliyetler planlanabilir. Bu kapsamda sağlık bakım hizmeti sunucularının yanı sıra kamu ve sosyal alanda çeşitli stratejiler geliştirilebilir. Daha net ve evrene genellenabilir kanıtlara ulaşabilmek için daha büyük gruplarla nicel araştırmalar ve bu konunun derinlemesine aydınlatılabilmesi için nitel araştırmalar planlanabilir. Diyabet stigmasının, klinik ve psikososyal sonuçları ve öz bakım davranışları arasındaki zamansal ve nedensel ilişkiyi değerlendirmek için izlem araştırmalarının yapılması tavsiye edilebilir.

### ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışma için etik komite onayı, Kayseri Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No:107/2024, Karar Tarihi: 09.07.2024).

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Araştırmaya gönüllü katılan bireylere çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmıştır.

### ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### FİNANSAL DESTEK

Bu çalışma sırasında, herhangi bir kurum veya firmadan maddi ve/veya manevi bir destek alınmamıştır.

### HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

### TEŞEKKÜR

Çalışmamızın yürütülmesine izin veren kurumlara ve çalışmamıza katılan bireylere teşekkür ederiz.

### YAZARLIK KATKILARI

Fikir/Kavram: ŞÇ;

Tasarım: ŞÇ, HSÖ;

Denetleme/Danışmanlık: ŞÇ, HSÖ;

Veri Toplama ve/veya İşleme: ŞÇ, HSÖ;

Analiz ve/veya Yorum: ŞÇ;

Kaynak Taraması: ŞÇ, HSÖ;

Makalenin Yazımı: ŞÇ, HSÖ.

## Kaynaklar

1. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon-Registry 2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 06];1-31. Available from: [https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf)
2. Ejtahed SH, Naslaji NA, Mirmiran P, Yeganeh ZM, Hedeyati M, Azizi F, Movahedi MA. Effect of camel milk on blood sugar and lipid profile of patients with type 2 diabetes: a pilot clinical trial. *Int J Endocrinol Metab.* 2015;13(1):21160. Doi: 10.5812/ijem.21160
3. Akan KH. Diyabetik ayakta amputasyon. *TOTBİD Dergisi.* 2015;14:421–32. Doi:10.14292/totbid.dergisi.2015.62
4. McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, epidemiology, and disparities in the burden of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care.* 2023;46(1):209-21. Doi: 10.2337/dci22-0043.
5. Seid A, Tsige Y. Knowledge, practice and barriers of foot-care among diabetic patients attending Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, North West Ethiopia. *Adv Nurs.* 2015;13:1-9. Doi:10.1155/2015/934623
6. Eroğlu N. Diyabetli hastalarda diyabetik ayak sorunlarının yaşam kalitesine etkisi: sistematik inceleme. *Hemşirelik Bilimi Dergisi [Internet].* 2018 [cited 2024 Jul 06];1(2):19–22 Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/564585>
7. Nural N, Hintistan S. Diyabetik hastaların ayak bakımıyla ilgili bilgi ve tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;18(2):116-24. Doi: 10.17049/ahsbd.53764
8. Azak O, Kılıç M. Tip 2 diyabetli bireylerin ayak sağlığı durumu ve ayak öz bakım aktivitelerinin değerlendirilmesi. *GÜSBİD.* 2023;12(1):175-86. Doi: 10.37989/gumussagbil.1181879
9. Sulamiş N, Yıldırım Y, Varışoğlu YY. Tip 2 diyabetli kadınların beden algısı ile cinsel doyum puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *IGUSABDER.* 2023;20:549-67. Doi:10.38079/igusabder.1002790
10. Eitel KB, Pihoker C, Barrett CE, Roberts AJ. Diabetes stigma and clinical outcomes: an international review. *J Endocr Soc.* 2024;8(9):bvae136. Doi:10.1210/jendso/bvae136.
11. van Beukering IE, Smits SJC, Janssens KME, Bogaers RI, Joosen MCW, Bakker M, van Weeghel J, Brouwers EPM. In what ways does health related stigma affect sustainable employment and well-being at work? A systematic review. *J Occup Rehabil.* 2022;32(3):365-79. Doi:10.1007/s10926-021-09998-z.
12. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1399-405. Doi:10.2147/NDT.S54081.
13. İnkaya B, Karadağ E. Turkish validity and reliability study of type 2 diabetes stigma assessment scale. *Turk J Med Sci.* 2021;51:1302-9. Doi:10.3906/sag-2006-255
14. Kato A, Fujimaki Y, Fujimori S, Isogawa A, Onishi Y, et al. Psychological and behavioural patterns of stigma among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017;7(1):e013425. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-013425.
15. Liu NF, Brown AS, Foliyas Younge MF, Guzman SJ, et al. Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clin Diabetes.* 2017;35(1):27-34. Doi:10.2337/cd16-0020
16. Browne J, Ventura AD, Mosely K, Speight J. Measuring the stigma surrounding type 2 diabetes: development and validation of the type 2 diabetes stigma assessment scale (DSAS-2). *Diabetes Care.* 2016;39(12):2141-8. Doi:10.2337/dc16-0117
17. Chin YF, Huang TT. Development and validation of a diabetes foot self-care behavior scale. *J Nurs Res.* 2013;21(1):19-25. Doi: 10.1097/jnr.0b013e3182828e59.
18. Bakır E, Samancıoğlu S. Diyabetik ayakta öz bakım davranışı ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Karya J Health Sci.* 2021;2(2):39-43. doi: 10.52831/kjhs.894403
19. [turkiye.un.org.tr](https://turkiye.un.org.tr) [Internet]. Birleşmiş Milletler Türkiye. Sürdürülebilir kalkınma amaçları. 2024; [cited 2024 Jul 6]. Available from: <https://turkiye.un.org.tr/sdgs>
20. Parikh SK, Kempner J, Young WB. Stigma and migraine: developing effective interventions. *Curr Pain Headache Rep.* 2021;25(11):75. Doi:10.1007/s11916-021-00982-z.
21. Sugisawa H, Shimizu Y, Kumagai T, Shishido K, Koda Y, Shinoda T. Influence of dialysis-related stigma on health-related indicators in Japanese patients undergoing hemodialysis. *Ther Apher Dial.* 2023;27(5):855-65. Doi:10.1111/1744-9987.13992
22. Mekonen EG, Gebeyehu Demssie T. Preventive foot self-care practice and associated factors among diabetic patients attending the University of Gondar Comprehensive Specialized Referral Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *BMC Endocr Disord.* 2022;22(1):124. Doi:10.1186/s12902-022-01044-0.

23. Coffey L, Mahon C, Gallagher P. Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: a qualitative meta-synthesis. *Int Wound J.* 2019;16(1):183-210. Doi:10.1111/iwj.13010.
24. Woo MWJ, Cui J. Factors influencing foot care behaviour among patients with diabetes: an integrative literature review. *Nurs Open.* 2023;10:4216-43. Doi:10.1002/nop2.1710.
25. Ahmad Sharoni SK, MohdRazi MN, Abdul Rashid NF, Mahmood YE. Self-efficacy of foot care behaviour of elderly patients with diabetes. *Malays Fam Physician [Internet].* 2017 [cited 2024 Jul 06];12(2):2-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791827/>
26. Li R, Yuan L, Guo XH, et al. The current status of foot self-care knowledge, behaviours, and analysis of influencing factors in patients with type 2 diabetes mellitus in China. *Int J Nurs Sci.* 2014;1(3):266-71. Doi: 10.1186/s13104-020-4903-y
27. Kim EJ, Han KS. Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *J Clin Nurs.* 2020;29(9-10):1712–22. Doi:10.1111/jocn.15215.
28. Holmes-Truscott E, Ventura AD, Thuraisingam S, Pouwer F, Speight J. Psychosocial moderators of the impact of diabetes stigma: results from the second diabetes MILES-Australia (MILES-2) study. *Diabetes Care.* 2020;43(11):2651-9. Doi:10.2337/dc19-2447.
29. Eitel KB, Roberts AJ, D'Agostino R, et al. Diabetes stigma and clinical outcomes in adolescents and young adults: the SEARCH for diabetes in youth study. *Diabetes Care.* 2023;46(4):811-8. Doi:10.2337/dc22-1749.
30. Taher TMJ, Ahmed HA, Abutiheen AA, Alfadhul SA, Ghazi HF. Stigma perception and determinants among patients with type 2 diabetes mellitus in Iraq. *J Egypt Public Health Assoc.* 2023;98(1):20. Doi:10.1186/s42506-023-00145-5
31. Zhang Y-B, Yang Z, Zhang H-J, Xu C-Q, Liu T. The role of resilience in diabetes stigma among young and middle-aged patients with type 2 diabetes. *Nurs Open.* 2023;10(3):1776-84. Doi: 10.1002/nop2.1436
32. Joiner KL, Adams MP, Bayrakdar A, Speight J. A Spanish-language translation for the US of the type 2 diabetes stigma assessment scale (DSAS-2 Spa-US). *Front Clin Diabetes Healthc.* 2022;3:1057559. Doi: 10.3389/fcdhc.2022.1057559
33. Allen JO, Sikora N. Aging stigma and the health of US adults over 65: what do we know? *Clin Interv Aging.* 2023;18:2093-116. Doi:10.2147/CIA.S396833.
34. Robinson E, Haynes A, Sutin A, Daly M. Self-perception of overweight and obesity: a review of mental and physical health outcomes. *Obes Sci Pract.* 2020;6(5):552-61. Doi:10.1002/osp4.424.
35. Tuha A, Getie Faris A, Andualem A, Ahmed Mohammed S. Knowledge and practice on diabetic foot self-care and associated factors among diabetic patients at Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: mixed method. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021;14:1203-14. Doi:10.2147/DMSO.S300275.
36. Şahin S, Cingil D. Evaluation of the relationship among foot wound risk, foot self-care behaviors, and illness acceptance in patients with type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes.* 2020;14(5):469-75. Doi: 10.1016/j.pcd.2020.02.005
37. Goodall RJ, Ellauzi J, Tan MKH, Onida S, Davies AH, Shalhoub J. A systematic review of the impact of foot care education on self-efficacy and self-care in patients with diabetes. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;60(2):282-92. Doi: 10.1016/j.ejvs.2020.03.053.
38. Sánchez-Carracedo D. Obesity stigma and its impact on health: a narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022;69(10):868-77. Doi: 10.1016/j.endien.2021.12.007.

# Hemodiyalizden Ev Hemodiyalizine Geçişte Deneyimler: Meleis'in Geçiş Teorisine Dayalı Nitel Bir Çalışma

## Transition Experiences from In-Center Hemodialysis to Home Hemodialysis: A Qualitative Study Using Meleis' Transition Theory

Evre YILMAZ<sup>1</sup> , Hatice BALCI<sup>2</sup> , Elife TUNÇ<sup>3</sup> , Selda ARSLAN<sup>4</sup> 

### Özet

**Amaç:** Çalışma, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların hemodiyalizden, ev hemodiyalizine geçiş deneyimlerini Meleis'in geçiş teorisine göre incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Niteliksel bir yaklaşım benimsenmiştir. Hemodiyaliz tedavisinden sonra ev hemodiyalizine geçen 10 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler nitel veriler için tematik bir analiz kullanılarak kaydedilmiş, yazıya dökülmüş ve değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaşlarının 30-74 arasında değiştiği, beşinin kadın, beşinin erkek, sekizinin evli olduğu, yedisinin çocuk sahibi olduğu, kronik böbrek yetmezliği tanı alma sürelerinin 7-24 yıl arasında olduğu, hemodiyaliz tedavisi alma sürelerinin 1-12 yıl arasında değiştiği ve ev hemodiyalizi alma sürelerinin 10 ay- 9 yıl arasında olduğu bulunmuştur. Yarı görüşmelerde görüşme formlarına dayalı olarak yedi ana tema ve 10 alt tema ortaya çıkmıştır. Katılımcıların tamamının ilaca bağlılığın azalması, evde geçirilen sürenin artması, günlük yaşam kalitesinin ve hastalığa uyumun artması, zamanı etkin kullanmak gibi kodlar ile ev hemodiyalizine yönelik olumlu ifadeler bildirmişlerdir. Hastalar tarafından ev hemodiyalizine geçiş süreci ile ilgili olumsuz bir ifade olmamıştır.

### Abstract

**Objective:** This study aims to explore the transition experiences of patients with chronic renal failure from in-center hemodialysis to home hemodialysis, using Meleis' Transition Theory as a theoretical framework.

**Materials and Methods:** A qualitative research design was employed. Semi-structured interviews were conducted with 10 participants who transitioned from in-center hemodialysis to home hemodialysis. The interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and thematically analyzed to identify key themes in the qualitative data.

**Results:** The participants' ages ranged from 30 to 74 years.; five were female, and five were male. Eight participants were married, and seven had children. The duration of chronic renal failure diagnosis spanned 7 to 24 years, the length of in-center hemodialysis treatment ranged from 1 to 12 years, and the duration of home hemodialysis ranged from 10 months to 9 years. All participants expressed positive experiences regarding home hemodialysis, with themes including reduced reliance on medication, increased time spent at home, enhanced quality of daily life, improved adaptation to the disease, and more effective time management. Notably, no participants reported negative experiences related to their transition to home hemodialysis.

**Geliş Tarihi / Submitted:** 16 Ağustos/ Aug 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 31 Ağustos/ Aug 2024

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi- KTO Karatay Üniversitesi, SHMYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi- KTO Karatay Üniversitesi, SHMYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Diyaliz Programı, Konya, Türkiye

<sup>3</sup> Uzm Hemşire- Özel Daviva Konya Diyaliz Merkezi, Konya, Türkiye

<sup>4</sup> Doç. Dr. - Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Konya, Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Evre YILMAZ / **E-posta:** evregundogdu@gmail.com, **Adres:** Akabe Mah. Alaaddin Kap Cad. No:130 Karatay/KONYA.



**Sonuç:** Araştırma sonucunda ev hemodiyalizine geçmenin yaşam kalitesini artırması, ev konforunda tedavi alınması, komplikasyonların azalması, özgüvenin artması, kendine daha fazla vakit ayırması, kolaylıkla ev-iş ve aile dengesini sağlayabilmesi gibi hastalar üzerinde olumlu yönleri tespit edilmiştir. Hastalar için ev hemodiyalizi mevcut olan bağımsız hemodiyaliz seçeneklerine önemli bir katkı sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ev Hemodiyalizi; Meleis Geçiş Teorisi; Nitel Çalışma

## GİRİŞ

Ev Hemodiyalizi (EHD), çok eskiye dayanan bir diyaliz tedavi yöntemidir. Buna rağmen halen dünya genelinde birçok ülkede uygulama oranı düşüktür (1). Haftanın üç günü evde yavaş uygulanan hemodiyaliz ile diyaliz tedavisinin etkinliği artırılarak hastanın yaşam süresi de uzatılmaktadır (2,3). Son yıllarda, EHD'ne olan ilginin arttığı ve bu programa katılan hasta sayısında artış olduğu gözlenmektedir. Bu artışın Dünya'da ve Ülkemizde COVID-19 pandemi süreci nedeniyle hastaların merkezlere ya da hastanelere gitmek istememelerinin etkisi büyüktür. Literatürde evde diyaliz hastaları arasındaki COVID-19 vaka ölüm oranının, merkezde hemodiyaliz hastalarına göre daha düşük olduğu (4,5), hastaneye yatış, yoğun bakım ünitesine kabul yükünün daha az olduğu bildirilmiştir (5). Ayrıca pandemi sürecinde tele-sağlığın ağırlıklı olarak kullanılması sık hasta kontrolünü sağlamanın EHD uygulamasına da olumlu bir katkı sağladığı gösterilmiştir (6). Her ne kadar evde diyalize giren hastalar bu tür maruziyetlerden kaçınabilseler de kendilerine özgü zorluklarla karşılaştıkları da unutulmamalıdır (7).

Ev hemodiyalizinin sınırlı kullanımının nedenleri; yerel kaynaklar, diyaliz maliyetleri, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sistemi politikaları, önyargı ve kültürel inançlar, bireysel yaşam tarzı kaygıları, bakım vericinin potansiyel zamanı ve mali yükler olarak sıralanabilir (2,6,8). Evde hemodiyaliz oranı Yeni Zelanda'da %18,3, Avustralya'da %9,4, Kanada'da %3,0 ve Batı Avrupa ülkelerinde %6,0'dır (9). Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği

**Conclusion:** The findings suggest that the transition to home hemodialysis has a range of positive outcomes for patients, including improved quality of life, the convenience of receiving treatment at home, reduced complications, increased self-confidence, and a more remarkable ability to balance personal, family, and work responsibilities. Home hemodialysis, therefore, represents a valuable alternative to in-center dialysis, promoting patient independence and enhancing overall well-being.

**Keywords:** Home Hemodialysis; Meleis Transition Theory; Qualitative Study

Ortak Raporu 2022 raporuna göre EHD ülkemizde uygulaması giderek artan bir hemodiyaliz tedavisidir. 2022 yılı itibariyle EHD uygulayan hasta sayısında (1.257) önceki yıla (1.107) göre artış tespit edilmiştir (10).

Son yıllarda popülerlik kazanan evde hemodiyaliz tedavisi merkezde tedaviye göre hastalara daha fazla bağımsızlık ve esnek bir yaşam sağlama avantajına sahiptir (8,11,12). Üstelik evde hemodiyaliz tedavisi alan hastalar kendi kendine bakım sağlamanın yanında iş yaşamına dönebilme ve günlük sosyal aktivitelere katılabilme avantajına da sahip olmaktadır (8,11,13). EHD yoğunlaştırılmış diyaliz tedavisi sağlayarak ilaç yükünün azaltılmasına da olanak tanır (8). Tüm bu faktörler ile yaşam kalitesinin iyileşmesine de katkı sağlanabilir. Trinh ve ark (14), EHD uygulayan hastaların çalışma oranlarının merkez hemodiyaliz tedavisi alan hastalara oranla daha yüksek, böbrek nakli olan hastalarla da benzer çalışma oranlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Meleis Geçiş Teorisi, sağlık/hastalık, gelişimsel ve mekânsal olarak hayatında geçişler yaşayan kişilerin geçiş süreçlerine yardım etmenin önemini vurgular. Sağlık çalışanları, geçiş sürecinde birey aile ve toplum sağlığını korumalı ve geliştirmeli, semptomları iyileştirmeli, öz bakım aktivitelerini desteklemelidir. Geçiş sürecinin anlaşılması ve bu süreçte ortaya çıkabilecek ihtiyaçların karşılanması, iyilik halinin yükseltilmesi için teoriler yol göstericidir (15). Merkez diyaliz tedavisinden EHD tedavisine geçiş süreci de bilinen bir durumdan, bilinmeyen başka bir duruma rol geçişini ifade etmektedir. Hemşireler, birey ve ailenin geçiş

sürecini anlayıp, gereksinimlerini ve karşılaşılabileceği riskleri belirleyerek, iyilik halini artırıcı girişimler planlamalıdır (16). Hemşireler, geçiş sürecinde birey, aile ve topluma; geçişe olumlu tepki verilmelerini sağlama, semptomları iyileştirme, sağlık ve iyilik düzeyini geliştirme ve öz bakım aktivitelerini destekleyerek geçiş ile baş etmeleri konusunda rehberlik sağlamalıdır (16,17) (Şekil 1) (15,18).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tasarımı

Araştırma hemodiyalizden, EHD'ne geçiş deneyimlerinin derinlemesine görüşmelerle incelenmesi için tanımlayıcı ve fenomenolojik niteliksel türde yapılmıştır.

### Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Konya'da bulunan özel bir diyaliz merkezine kayıtlı EHD tedavisi alan hastalar ile

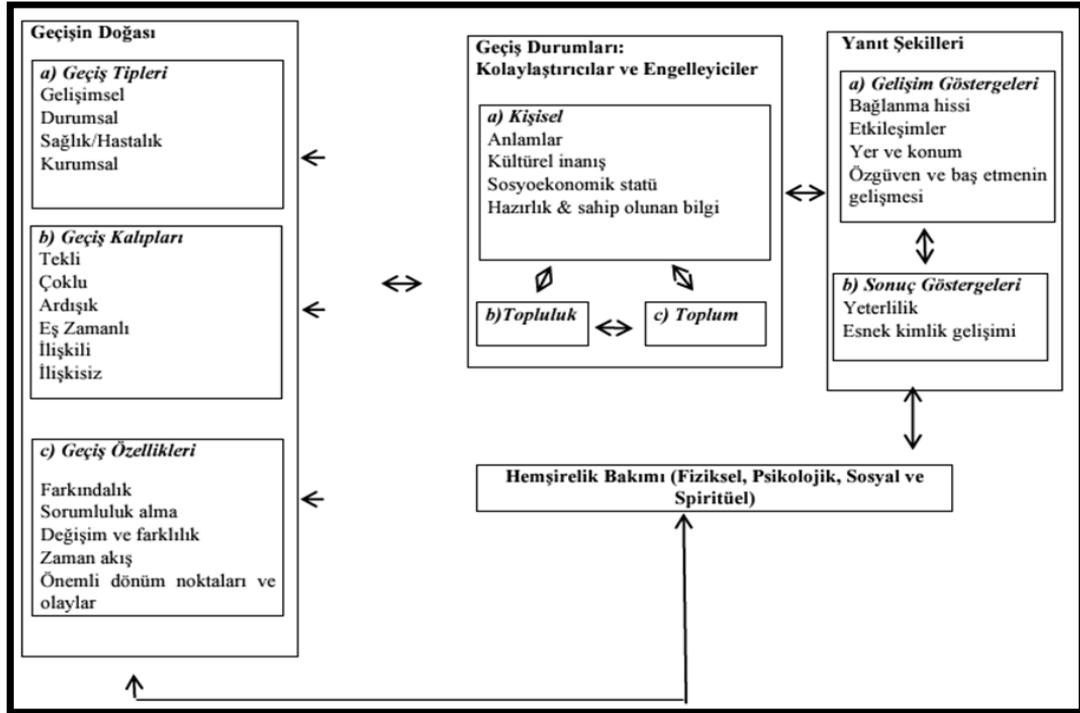
gerçekleştirilmiştir. Bu diyaliz merkezine kayıtlı 45 EHD tedavisi alan hasta bulunmaktadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Nitel araştırmada örneklem büyüklüğü doygunluk kavramına dayalı olarak tahmin edilmektedir. Araştırmanın evrenini diyaliz merkezine kayıtlı EHD tedavisi alan 45 hasta örneklemini ise veri toplamada doygunluğa ulaşılan 10 hasta oluşturmuştur. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü veri doygunluğuna, yani katılımcıların deneyimlerinden yeni temaların ortaya çıkmadığı noktaya göre belirlenmiştir (19). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş üstü, hemodiyaliz tedavisinden sonra EHD'ne geçen hastalar dahil edilmiştir. Ruhsal ve bilişsel problemi olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmada derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak veriler sosyodemografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır.



Şekil 1. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Özeti (18)\*

Meleis AI. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in nursing research and practice*. New York, Springer Publishing Company, 2010.; Öztürk Eyimaya A, Tezel A. *Examination of the menopausal period according to Meleis' Theory of Transition*. *TJFMPC*. 2020;14(4):676-85. doi: 10.21763/tjfmnc.723892

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, kronik hastalık varlığı, kronik böbrek hastalığı süresi, hemodiyaliz tedavi süresi ve EHD tedavi süresi olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

**Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu hastaların EHD'ne geçiş deneyimlerini ifade etmelerini amaçlayan Meleis Geçiş Teorisinin kavramsal çerçevesine dayandırılarak hazırlanmıştır (18). Geçiş teorisinin yapısı çerçevesinde Geçiş özellikleri, Geçiş koşulları, Yanıt modelleri ve Terapötik Hemşirelik alanları yer almıştır.

Nitel araştırma konusunda iki uzmanın görüşüne başvuruldu ve forma son şekli verildi. Çalışma öncesinde veri toplama araçları ve soruları için çalışmaya dahil edilmeyen iki hasta üzerinde pilot uygulama yapıldı. Görüşme sırasında araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra hastalara Meleis Geçiş Teorisinin kavramsal çerçevesine dayandırılarak hazırlanan aşağıda yer alan araştırma soruları sorulmuştur.

1. Hemodiyalizde ev hemodiyalizine geçiş süreci ile ilgili deneyiminiz nedir?
2. Ev hemodiyalizine girdikten sonra ne tür değişim ve farklılıklar yaşadınız?
3. Ev hemodiyalizi sizin için ne anlam ifade ediyor?
4. Ev hemodiyalizi geçiş sürecini kolaylaştıran ya da zorlaştıran durumlar nelerdir?
5. Ev hemodiyalizine yönelik ailenizden ve çevrenizden sosyal destek aldınız mı?
6. Bu desteği nasıl değerlendiriyorsunuz?
7. Ev hemodiyalizine başladığınızda ne hissettiniz?
8. Ev hemodiyalizine geçiş sürecinde hemşireden destek aldınız mı?
9. Aldıysanız bu desteğe ilişkin deneyimlerinizi açıklayabilir misiniz? Almadıysanız almak ister miydiniz? Hangi konularda, ne tür bir destek almak isterdiniz?

## Araştırmanın Uygulaması

Görüşmeler, sessiz bir ortamda üç araştırmacı tarafından, her biri 20-30 dakika süren önceden randevu oluşturulan 10 katılımcıyla çevrimiçi toplantılar (Zoom Video Communications Inc. [versiyon 2020]) ile görüşmelere katılmıştır. Bu süreçte metinler görüşme sırasında tekrar okunarak veri kaybının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Tüm görüşmelerin kayıtları yazılı ortama aktarıldıktan sonra nitel verileri oluşturmak ve raporlamak için COREQ (Consolidated Criteria for Reporting-Nitel Çalışmalar) yöntemi kullanılmıştır (20). Görüşmelerde EHD'ne yönelik olumlu ve olumsuz deneyimler tartışılmıştır. Katılımcılar arasında herhangi bir ret ya da ayrılma yaşanmamıştır. Yaşanması durumuna yönelik dördüncü araştırmacı görüşmelere katılmamıştır. Görüşme sırasında iki araştırmacı tarafından notlar alınmıştır. Görüşme, katılımcılar kendilerini yeterince ifade ettiklerini belirtene ve veri doygunluğuna ulaşılan kadar devam etmiştir.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulundan 2024/065 sayılı kararla ve araştırmanın yapılacağı Özel Diyaliz Merkezinden kurum izni alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi çerçevesinde yürütülmüş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerde güvenilirlik, tutarlılık, teyit edilebilirlik ve aktarılabilirlik gibi kriterler dikkate alınmıştır. Veriler betimsel fenomenolojik analize uygun olan yedi aşamalı Colaizzi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir (21). Verilerin analizinde şu adımlar izlenmiştir: (1) Yazılı bir sonuç elde etmek amacıyla ses kayıtları kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür. Yazıya aktarılan veriler bir bütün olarak anlamlandırabilmek için birkaç kez dikkatlice okunmuştur. Her katılımcıdan elde edilen veriler H1, H2 olarak kodlanmıştır. (2) Çalışma konusu ile ilgili cümleler görüşme belgelerinin yanına not edilmiştir. (3) Daha sonra veriler sınıflandırılmış ve kodlar oluşturulmuştur. (4) Daha sonra kodlar benzerlik-

lerine göre anlamlı kümeler halinde düzenlenmiştir. (5) Sonuçlar kapsamlı bir açıklama şeklinde derlenmiştir. (6) Katılımcıların her bir konuya ilişkin deneyimleri ve algıları hakkındaki yanıtları özetlenmiştir. (7) Son aşamada, çalışmada elde edilen temaların değerlendirilmesi için rastgele seçilen iki katılımcıdan geri bildirim alınmıştır. Her üç araştırmacı da veri analizini bağımsız olarak gerçekleştirmiştir. Daha sonra araştırmacılar, kodlanan metinleri, temalar ve alt temalar üzerinde anlaşmaya varıncaya kadar notlarını tartışmak ve karşılaştırmak için birkaç kez bir araya gelmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamıza yaşları 30-74 arasında değişen beş kadın, beş erkek olmak üzere toplam 10 katılımcı katılmıştır. Katılımcılardan sekizinin evli olduğu,

yedisinin çocuk sahibi olduğu, beşinin herhangi bir işte çalıştığı, sekizinin kronik böbrek yetmezliği (KBY) dışında herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, KBY tanı alma sürelerinin 7-24 yıl arasında olduğu, hemodiyaliz tedavisi alma sürelerinin 1-12 yıl arasında değiştiği, EHD alma sürelerinin 10 ay-9 yıl arasında olduğu görülmektedir. Tablo 1'de katılımcıların özellikleri verilmektedir.

Görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formlarına dayalı olarak **yedi ana tema** ve **10 alt tema** ortaya çıktı. Temalar Kodlar, alt temalar ve temalar Tablo 2'de sunulmaktadır. Her temanın altında verilen bireysel ifadeler hastalar tarafından tekrarlanan ifadelerin örnekleridir. Bu ifadelerdeki ince detaylar araştırmacılar tarafından seçilerek alt temalar oluşturulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıları Özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Çocuk Durumu	Eğitim Durumu	Çalışma Durumu	Kronik Hastalık Varlığı	KBY Tanı Alma Süresi	HD süresi	EHD süresi
Hasta 1	49	Erkek	Evli	Var	Üniversite mezunu	Çalışıyor	HT	10 yıl	1 yıl 4 ay	10 ay
Hasta 2	57	Erkek	Evli	Var	Üniversite mezunu	Çalışıyor	HT	7 yıl	3 yıl	1,5 yıl
Hasta 3	36	Erkek	Evli	Yok	Lise mezunu	Çalışıyor	Yok	11 yıl	3 yıl	3 yıl
Hasta 4	36	Kadın	Evli	Yok	İlkokul mezunu	Çalışmıyor	Yok	24 yıl	12 yıl	2 yıl
Hasta 5	46	Kadın	Evli	Var	Lise mezunu	Emekli	Yok	21 yıl	11 yıl	7 yıl
Hasta 6	50	Kadın	Bekar	Var	Üniversite mezunu	Emekli	Yok	15 yıl	3 yıl	9 yıl
Hasta 7	35	Erkek	Evli	Var	İlkokul mezunu	Çalışıyor	Yok	16 yıl	10 yıl	5 yıl
Hasta 8	30	Kadın	Evli	Var	Ortaokul mezunu	Çalışmıyor	Yok	20 yıl	9 yıl	5 yıl
Hasta 9	33	Erkek	Evli	Yok	Üniversite mezunu	Çalışıyor	Yok	8 yıl	8 yıl	4 yıl
Hasta 10	74	Kadın	Bekar	Var	Okuryazar değil	Çalışmıyor	Yok	12 yıl	5 yıl	7 yıl

HT: Hipertansiyon

Tablo 2. Geçiş Özellikleri

MODELİN BİLEŞENLERİ	TEMA	ALT TEMA	KODLAR
GEÇİŞ ÖZELLİKLERİ	Farkındalık	Bilgi kaynakları	Araştırma Okuma Tavsiye Sosyal medya
	Katılım	Sorumluluk/Bakımı üstlenme	Beslenme düzenini kontrol etme Makine setleme
	Kritik Noktalar	Hastalık, sağlık ve sosyal durumlar	Hastalık korkusu Geçişler (evlilikler) Yer değişikliği (ev değişikliği)
GEÇİŞ KOŞULLARI	Kolaylaştırıcı Durumlar	Kişisel	Hazırlık ve bilgi Deneyimler
		Ailevi	Tedavi desteği Psikososyal destek
		Toplumsal	İş birliği
		Sağlık ekibi	Güven ve Destek İletişim
	Engeller	Sağlık ekibi	Engelleyici
		Kişisel	Korku
GELİŞİM GÖSTERGESİ	Olumlu Gelişmeler	Geçişe uyum	İlaça bağlılığın azalması Günlük yaşam kalitesinin artması Evde geçirilen sürenin artması Hastalığa uyumun artması Zamanı etkin kullanmak
YANIT ŞEKİLLERİ	Yeterlilik	Ustalık	Güçlenme Özgüven Benlik Saygısı
HEMŞİRE DESTEĞİ			

### Farkındalık

Hastaların EHD'ne geçiş süreci ile ilgili bilgiye ulaşmada; okuma ve araştırma yöntemleri, sosyal medya ve sağlık çalışanlarının yönlendirmeleri ile farkındalıklarının arttığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 2).

“Bir Dergideki röportajı okuduk oğlumla birlikte niye yapmayalım dedik öylelikle EHD geçtik.” (H5)

“İstanbul'a geziye gittiğimde misafir olarak tedavi gördüğüm merkezde sağlıkçı olduğumu öğrenen sağlık ekibi bana ev hemodiyalizini önerdi. Ben de ev hemodiyalizini araştırdım ve hemen başvuru yaptım.” (H6)

“EHD ile ilgileniyordum araştırdım. Daha önce diyalizi olan bir hastadan duymuştum.” (H7)

“Tatile gittiğim şehirdeki diyaliz merkezi ekibi zorladı. Başta düşünmemiştim ama beni çok aradılar üç yıldır dua ediyorum iyi ki geçmişim.” (H3)

“Hemşirelerin öneri ile geçtim. Ben korkuyordum. EHD daha rahat.” (H4)

“Sosyal medyada bir kadın ev hemodiyalizi yapıyorum diye paylaşım yapmıştı. Ben de bunun üzerine doktorumdan ve hemşiremden bu konuyu araştıracağım ve deneyeceğim dedim.” (H2)

### Katılım

İki hasta EHD sürecinde beslenme düzenini takip etme, makine setleme gibi kendi tedavi sorumluluğunu ve bakımını üstlenme konusunda birincil kişi olarak yer aldığını diğer hastalar ise

bakım ve tedavi sürecinde aile desteğinin daha fazla olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

“.....Zaten merkezde diyaliz tedavisi alırken makine setlemeyi izleyerek öğrendim, bana verilen eğitimlerle de makine setlemede zorlanmadan öğrendim. Kolaylıkla makine setlemeyi kendim yapabildim...”(H7)

“Ben eğitim almaya başladığımda biraz korktum bir sıkıntı olursa ne yaparım diye düşündüm. Yanımda sağlık personeli olmasına rağmen destek almadan ilk diyalizi de kendim yapabildim. Zamanla tansiyonum falan düşünce müdahale yapabildim. Endişem kayboldu.” (H6)

### Kritik Noktalar

Hastaların EHD’ne geçişlerini destekleyen kritik noktalar temasının hastalık sağlık ve sosyal alt temasında iki hasta hastalık korkusu, iki hasta evlilik ve bir hasta ev değişikliği şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır (Tablo 2).

“Ev hemodiyalizinde bulaşıcı hastalık riskinin olmaması Makinenin sadece bana ait olması bulaşma riskinin olmaması, enfeksiyon hastalıklarını engellediğini düşünüyorum. Sağlıkçı olduğum için enfeksiyon önemini biliyorum, bu geçişimde önemli bir etkendi” (H1)

“Kalp ameliyatı olduktan sonra EHD’ne geçişe karara verdim.” (H10)

“Evlendikten sonra EHD karar verdim. Daha rahat oldu istediğim zaman giriyorum, evimdeyim bir yere gitmiyorum, daha konforluyum.” (H4)

“Antalya’ya nakil sırasını yenilemek için gittiğim tatilde bir klinikte başhemşire bana ulaştı genç hastasınız EHD geçmenizi öneririm dedi. Tatilden döndükten sonra aradılar beni, bende ailemin yanında iken istemiyorum dedim. Ama yine de eğitimlere başladım altı-yedi ay eğitim aldım evlendim ve makineyi eve kurdurdum.” (H9)

“Kliniğe gidiyorum bir gün önceden stresi basıyor dört saat sonra çok yorgun oluyordum. EHD ile ilgileniyordum araştırdım. Daha önce diyalizi olan bir hastadan duymuştum. Ama ev kira olunca olmaz mı diyordum ama şartları karşıladım. Keşke daha önce geçseydim.” (H7)

### Kolaylaştırıcı Durumlar

Hastaların EHD’ne geçiş sürecini kolaylaştırıcı durumlar incelendiğinde kişisel, ailevi, toplumsal, sağlık ekibi, şeklinde kolaylaştırıcı faktörler olduğu belirlenmiştir. Hazırlık ve bilgi, deneyimler, tedavi desteği, psikososyal destek, güven ve destek, iletişim şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır (Tablo 2).

“Ben sağlık çalışanı olduğum için eğitimleri bir defa gösterdiler anladım ama sağlık çalışanı olmayanlara üç-dört defa gösterdiler benim için zor olmadı eğitimde her şey yeterliydi.” (H1)

“Oğlum öğretmen olduğu için eğitimi oğlum aldı ve ev hemodiyaliz sürecimle ilgili tüm konularla oğlum ilgileniyor.” (H10)

“En büyük destekçim eşim. Ben işten gelinceye kadar makinemi hazır hale getiriyor.” (H3)

“Eşim arıcılık işi ile meşgul o pek yanımda olmuyor ama oğlum en büyük destekçim her zaman yanımda”. (H5)

“Bu süreci kolaylaştıran eşimin sağlık çalışanı olması teknik sorunlar çıkınca eşim yardım ediyor. Bana yüzde yüz destek”. (H1)

“Küçük bir ilçede yaşadığımızdan MEDAŞ ve KOSKİ çalışanlarının telefon numaraları oğlumda var herhangi bir acil durumda veya kesinti olacağı durumda oğlumun arıyorlar kesinti öncesi bizde aküyü bağlıyoruz.” (H10)

“Gece yataklarından kalkıp saat 03.00’te bile aradığım zaman hemşire hanım bana gerekli desteği sağlıyor. Bu konuda hiç sorun yaşamıyorum. Hepsine minnettarım.” (H4)

“Firma desteği çok iyi oldu 3,5 ay eğitim aldım. İlk hemodiyalizde yanımda hemşire vardı.” (H7)

“Diyaliz sistemini sağlayan firma 24 saat hizmet güveni verdiler bu da sürecimi kolaylaştırdı.” (H1)

### Engeller

Hastaların EHD’ne geçiş sürecinde kişisel ve sağlık ekibinden kaynaklı engeller ile karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Bunlar engelleyici ve korkutucu süreçler olmuştur. Evde hemodiyaliz tedavisinin sosyoekonomik ve toplumsal bir engel olduğu ifade

edilmemiştir. Bu konuda zorlaştırıcı bir faktör olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

*“Özel bir klinikteki doktor arkadaşım ev hemodiyalizini önermedi aksine tansiyonun düşer dedi bütün olumsuz yönlerini anlattı. Buna rağmen ben yine de geçtim. Bazı tanıdığım hastalar doktorları önermediğinden korkup ev hemodiyalizine geçemiyorlar” (H6)*

*“Kendi kendime fistül iğnesi takamayacağımdan korktuğum için ev hemodiyalizine geçmekten kaçındım.” (H3)*

*“Korkularım vardı. Yapamam diye düşünüyordum. İğneleri giremem zannediyordum. Eğitim alıp deneyince kolay olduğunu gördüm.” (H4)*

*“Tek korkum iğneyi damar yoluna girebilecek miyim idi. Ama bir kere yapınca o korku da geçti.” (H7)*

*“İğne girişi konusunda korkuyordum. Birkaç kez deneyince geçti.” (H8)*

### **Olumlu Gelişmeler**

Hastaların EHD'ne geçişte olumlu gelişme olarak geçişe uyum ön plana çıkmaktadır. İlaça bağlılığın azalması, günlük yaşam kalitesinin artması, evde geçirilen sürenin artması, hastalığa uyumun artması, zamanı etkin kullanmak gibi kodlar tespit edilmiştir (Tablo 2).

*“Kendimi hasta olarak görmüyorum. 2014'den beri benim kimse KBY olduğumu bilmez söylemem de. Hastalığım yaşamın bir parçası.” (H1)*

*“Keşke dediğim bir şey yok, asla olamaz. Ev ortamımdayım çok rahatım yanımda kimse yok. Normalde merkezde yanımdaki hasta of püf diyor, öksürüyor rahatımı ve psikolojimi bozuyorlardı.” (H3)*

*“Eğer diyalize gece giriyorsan gündüz sana kalıyor her işini yapıyorsun. Çok konforlu” (H4). “Evde hemodiyalizde bir zorluk yok gece giriyorum gündüz özgürüm. Kadın olarak EHD bence güzel bir dokunuş ben geç kaldım diye düşündüm oğlum küçükken işe gidip diyalize gidip gece 11 de eve geliyordum oğlum büyürken yanında olamadım. Keşke daha erken EHD ne geçseydim.” (H5)*

### **Yeterlilik**

Ev hemodiyalizine geçiş sürecinde hastaların yeterlilik aşaması gösterdiği noktada güçlenme, özgüven ve benlik saygısı kodları ortaya çıkmıştır. Hastalardan bazıları kendini hasta olarak hissetmediğini ifade ettiler (Tablo 2).

*“Eğitim bitiminden 15-20 gün sonra kendi iğnemi kendim girmeye başladım.” (H9)*

*“Tek korkum iğneyi damar yoluna girebilecek miyim! ile ilgiliydi. Ama bir kere yapınca o korku da geçti artık rahatlıkla yapıyorum” (H7)*

*“İğne girişi konusunda bilgisizdim. Birkaç kez deneyince öğrendim ve kendim yapıyorum” (H8)*

*“Gündüz işimi yapıyorum. Hiç hasta olduğumu anlamıyorum.” (H5)*

### **Hemşire Desteği**

Bu alana özgü ana tema “Bilgi ihtiyacı” olarak belirlenmiştir. Dokuz hasta hemşirelerden beklentilerinden yeterli olduğunu belirtirken sadece bir hasta hemşirelerin alt yapılarının artırılması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 2).

*“Bilgi düzeyi daha yüksek hemşireler eğitim vermeli. Hemşirelerin tedavi sırasında gelişebilecek sorunlara (elektrik-su kesintisi, makine arıza vb.) yönelik de bilgi sahibi olması gerekir. Yeni işe başlayan hemşireler deneyimli hemşireler tarafından eğitimlerle desteklenmesini isterim.” (H2)*

### **TARTIŞMA**

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların hemodiyalizden, EHD'ne geçiş deneyimlerini Meleis'in geçiş teorisine göre incelemek amacıyla yapılan araştırmanın ana temaları farkındalık, katılım, kritik noktalar, kolaylaştırıcılar, engeller, olumlu gelişmeler ve yeterlilik olarak belirlenmiştir. Araştırmada hastaların EHD'ne geçiş süreci ile ilgili bilgiye ulaşmada; kendileri tarafından yapılan araştırmalar, sosyal medya ve sağlık çalışanlarının yönlendirmeleri ile farkındalıklarının arttığı bildirilmiştir. EHD'ne başlama konusunda kaygı ve korkularını dile getirmişlerdir. Hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin EHD'ne karşı tutumları

EHD'ne geçişi daha kolay kılmaktadır (22). Bu çalışma sonuçlarını destekleyen çalışmaların da bulunduğu ve KBY'li hastaların, hemodiyaliz tedavi sürecinde iletişimde oldukları sağlık çalışanlarına karşı güven duyduğu ve EHD ile ilgili yapılan yönlendirmelerin hastalar tarafından olumlu karşılandığı söylenebilir (21,22). Geçişte yaşanan bu kaygı ve korkuları ele almak, evde hemodiyaliz düşünen hastaları daha iyi desteklemek için evde hemodiyaliz (HD) tanıtım programları iyileştirilebilir.

Hastaların çoğunluğu bakım ve tedavi sürecini aile desteği ile devam ettirdiğini ifade etmişlerdir. Kronik hastası olan bakım vericilerin bakım verme sürecinde, güçlük yaşaması, bakım sunarken fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal anlamda kendini yük altında hissetmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (23). Araştırmadaki sekiz hasta, en büyük sosyal destekçilerinin eşleri ve bakım verenleri olduğunu ve tedavi sürecine onların katkısının daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. EHD alan hastaların yakınları ile yapılan bir görüşmede bakım verenler bunun ağır bir sorumluluk olduğunu, ailenin yükünün arttığını, bu durumun bakım verenlerde panik ve sosyal izolasyona neden olduğunu ifade etmişlerdir (24). Bu farklılığın hastalığın prognozu, ekonomik koşullar, aile içi ilişki durumu gibi birçok nedenden kaynaklandığı düşünülebilir. Bakım verenlerin sosyal desteğinin bireylerdeki cesaret düzeyini ve güven duygusunu arttırdığı söylenebilir.

Araştırmada EHD'e geçişteki kritik nokta sorgulamasına yanıt olarak; iki hasta hastalık korkusunu, iki hasta evliliğini ve bir hasta da yer değişikliğini öne sürmüşlerdir. İnsan yaşamında yeni bir dönem olan evlilik, KBY gibi kronik hastalığı olan kişiler için önemli bir dönem noktasıdır. HD hastalarında eş desteğinin önemli bir rol oynadığı bilinirken EHD için bu önemin arttığını söyleyebiliriz. Bu çalışmada yalnız yaşarken EHD'ne geçmeyi düşünmeyen hastalar evlilikle birlikte EHD'ne geçtiklerini ifade etmişlerdir.

Hastaları EHD'ne geçiş sürecini kişisel, ailevi ve toplumsal düzeyde birçok kolaylaştırıcı faktör etkilemiştir. Hastanın tam zamanlı olarak günlük yaşantısına devam etmek istemesi, klinikte uygulanan HD tedavisi sırasında hastanın yaşadığı

bazı sorunlar (enfeksiyon, hipotansiyon, diğer hastalardan olumsuz etkilenme vb.) evde hemodiyaliz tercihini etkilemektedir (25). Katılımcılar EHD'ne geçişten önce alınan ortalama üç aylık eğitimin ve aile desteğinin geçiş sürecini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Seshasai ve ark. (26)'nın yaptığı bir çalışmada, firma tarafından yeterli desteği alamayan ve tedavi sürecini sağlıklı bir şekilde yürütemeyen hastalar EHD'den merkezdeki HD'e dönmek zorunda kalmışlardır. Merkezdeki HD'e dönseler de bu ortamı severek tercih etmediklerini belirtmişlerdir. EHD için kapsamlı eğitim verilmesi, makine kontrollerinin firma tarafından düzenli olarak sağlanması, hastaların 7/24 istedikleri zaman teknik ve sağlık desteği alabilmeleri, hastaların güven duygusunu artırarak geçiş süreçlerini kolaylaştırabilir.

Hastaların EHD'ne geçiş sürecinde kolaylaştırıcılar olmakla birlikte bazı sağlık ekibinden kaynaklı sorunlarla karşılaştıkları da ortaya çıkmıştır. Çalışmada ailevi, kişisel ve toplumsal zorlaştırıcı bir faktör olmadığı bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda EHD tedavisinin önündeki engellerin hasta ve bakım vericilerin eğitim eksikliği, kültürel faktörler ve organizasyonel faktörler olduğu belirtilmiştir. Yanı sıra diyaliz merkezine erişiminin yetersizliği, ev ziyaretlerinin yetersizlik, sağlık hizmetleri ve politikacılar tarafından yeterli desteğin sağlanmaması gibi engeller olduğu da belirtilmektedir (22,27).

Hastalar EHD'ne geçişte, geçişe uyum sağladıklarını ifade etmiş bu ve benzeri ifadeler hastaların olumlu gelişmeler gösterdiklerini ortaya koymuştur. Günlük yaşam kalitesinin artması, evde geçirilen sürenin ve ev konforunun artması, hastalığa uyumun artması önemli hasta ifadeleridir. EHD'nin hastanın kan basıncı dengesinde, uyku kalitesi ve mineral metabolizmasında iyileşmelere neden olarak yaşam kalitesini artırdığı ve daha fazla konfor sağladığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (27,28,29,30). Bu çalışmalardaki sonucun aksine EHD'nin hastaları anında sağlık ekibi tedavi ve sosyal destek yönünden izole ettiğini belirten çalışma da mevcuttur (31).

Ev hemodiyalizine geçiş sürecinde hastaların yeterlilik aşaması gösterdiği noktada güçlenme, özgüven ve benlik saygısı kodları ortaya çıkmıştır. EHD ile diyaliz ve sağlıklarının sağlık profesyonellerinin

sorumluluğu yerine yalnızca kendi sorumlulukları olduğunu belirttiler. Semptomları azaltmak ve sıvı kontrolünü yönetmek için diyaliz saatlerini ve sıklığını yönetme konusunda güçlenmiş hissettiler. HD öyküsü olan hastaların sürekli diyaliz merkezine gitme zorunluluğu ve bazı komplikasyonlar nedeniyle özgüvenleri ve benlik saygıları olumsuz yönde etkilenmektedir (32). Bu nedenle EHD'ne geçiş olumsuzluklarla baş etmede bir yaşam tarzı değişikliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla bu araştırmadaki hastalar kendi kendinin tedavi sürecini yönetebildikleri için özgüvenli şekilde olumlu ifadelerde bulunmuşlardır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, EHD e geçme ile hastalar; yaşam kalitesi artışı, ev konforunda tedavi alabilme, komplikasyonların azalması, özgüven artışı ile kendine daha fazla vakit ayırabilme, ev iş ve aile dengesini kurabilme kolaylığı gibi olumlu değişimler ifade etmişlerdir. Hastalar tarafından EHD'ne geçiş süreci ile ilgili olumsuz bir söyleme rastlanmamıştır. Hastalar tarafından EHD ile ilgili kendilerine verilen eğitimin yeterli olduğu söylene de firma ve sağlık ekibi tarafından periyodik olarak ziyaret edilmeleri önerilir.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Bu çalışma için etik komite onayı KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih ve no: 2024/065).

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Araştırma, Helsinki Bildirgesi çerçevesinde yürütülmüş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

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

## FİNANSAL DESTEK

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

## HAKEMLİK

Dış bağımsız, çift kör.

## YAZARLIK KATKILARI

Çalışma fikri ve tasarımı: SA,EY,HB,ET  
Veri toplama: SA,EY,HB,ET  
Veri analizi ve yorum: SA,EY,HB,ET  
Makalenin hazırlanması: SA,EY,HB,ET  
Eleştirel inceleme: SA,EY,HB

## TEŞEKKÜR

Çalışma boyunca bizden desteklerini esirgemeyen "DAVIVA Healthcare" a teşekkür ederiz.

## Kaynaklar

- Kara B. Ev hemodiyalizine yönelik inançlar ve deneyimler: güncel kanıtların gözden geçirilmesi. Turkish J Nephrol. 2016;25 (Ek/Suppl 1):17-23. <https://doi.org/10.5262/tndt.2016.03>
- Perl J, Brown EA, Chan CT, Couchoud C, Davies SJ, Kazancıoğlu R, Williams J. Home dialysis: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) controversies conference. Kidney Int. 2023;103(5):842-58. doi: 10.1016/j.kint.2023.01.006
- Bozfkıoğlu S. Ev hemodiyalizi. In: Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı [Internet]. Türk Nefroloji Derneği [cited 2024 Jun 27];100-2. Available from: [https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/ev\\_diyalizi.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/ev_diyalizi.pdf)

4. Hsu CM, Weiner DE, Aweh G, Salenger P, Johnson DS, Lacson Jr E. Epidemiology and outcomes of COVID-19 in home dialysis patients compared with in-center dialysis patients. *J Am Soc Nephrol.* 2021;32(7):1569-73. doi: 10.1681/ASN.2020111653
5. Jeffery-Smith A, Dun-Campbell K, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A, et al. Infection and transmission of SARS-CoV-2 in London care homes reporting no cases or outbreaks of COVID-19: prospective observational cohort study, England 2020. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;3:100038. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100038
6. Lew SQ, Wallace EL, Srivatana V, Warady BA, Watnick S, Hood J, et al. Telehealth for home dialysis in COVID-19 and beyond: a perspective from the American Society of Nephrology COVID-19 Home Dialysis Subcommittee. *Am J Kidney Dis.* 2021;77(1):142-48. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.09.005
7. Yerram P, Misra M. Home dialysis in the coronavirus disease 2019 era. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2020;27(5):442-46. doi: 10.1053/j.ackd.2020.07.001
8. Bonenkamp AA, van der Sluijs AVE, Hoekstra T, Verhaar MC, van Ittersum FJ, Abrahams AC, et al. Health-related quality of life in home dialysis patients compared to in-center hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Med.* 2020;2(2):139-54. doi: 10.1016/j.xkme.2019.11.005
9. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LY, Albertus P, Ayanian J, et al. US renal data system 2016 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2017;69(3):1-688. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.12.004
10. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Yıllık USRDS Veri Raporu 2021/USRDS Annual Data Report [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 07];54-5. Available from: [https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf)
11. Garg AX, Suri RS, Eggers P, Finkelstein FO, Greene T, Kimmel PL. Frequent Hemodialysis Network Trial Investigators. Patients receiving frequent hemodialysis have better health-related quality of life compared to patients receiving conventional hemodialysis. *Kidney Int.* 2017;91(3):746-54. doi: 10.1016/j.kint.2016.10.033
12. Akyıl RÇ, Kahraman A, Akdam H, Erdem N, Yüksel R, Yeniçerioglu Y. Evaluation of quality of life of patients transferred from hospital hemodialysis to home hemodialysis in terms of their own perceptions. *Journal of Nursing Science* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 27];3(1):12-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1128580>
13. Miller BW, Himmele R, Sawin DA, Kim J, Kossmann RJ. Choosing home hemodialysis: a critical review of patient outcomes. *Blood Purif.* 2018;45(1-3):224-29. doi: 10.1159/000485159
14. Trinh E, Na Y, Sood MM, Chan CT, Perl J. Racial differences in home dialysis utilization and outcomes in Canada. *CJASN.* 2017;12(11):1841-51. Doi: 10.2215/CJN.03820417
15. Öztürk Eyimaya A, Tezel A. Examination of the menopausal period according to Meleis' Theory of Transition. *TJFMPC.* 2020;14(4):676-85. doi: 10.21763/tjfmpe.723892
16. Gündoğan R, Güler S. Kadaverik böbrek rejeksiyonu: Meleis' in geçiş kuramı ışığında olgu sunumu ve hemşirelik bakımı. *NefroHemDergi.* 2024;19(2):106-17. doi: <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2024.87>
17. Yayla K. Understanding the diffusion of theoretical knowledge in nursing: A citation analysis of Meleis's Transition Theory. *FNJN.* 2019;27(3):275-83. doi: 10.5152/FNJN.2019.18028
18. Meleis AI, ed. *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practices.* New York: Springer Publishing Company [Internet]. 2010 [cited 2024 Jun 02];50-6. Available from: [https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice\\_.pdf](https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice_.pdf)
19. Fusch, P. I., & Ness, L. R. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *the qualitative report.* 2015;20(9): 1408-16. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>
20. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007;19(6), 349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
21. Morrow R, Rodriguez A, King N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist* [Internet]. 2015 [cited 2024 July 02];28(8):643-44. Available from: [https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26984/1/Morrow\\_et\\_a](https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26984/1/Morrow_et_a)
22. Tenekeci EG, Kara B. Ev Hemodiyalizinin Yaygınlaşmasının Önündeki Engeller Nelerdir? *NefroHemDergi* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 16];11(1):73-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/403828>
23. Açar A, Karataş H, Özgönül A. Transplantasyon yapılan çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi ve bakım yükü. *JGEHES.* 2021;3(1):41-50. doi: <https://doi.org/10.51123/jgehes.2021.16>

24. Tennankore KK, d'Gama C, Faratro R, Fung S, Wong E, Chan C. Adverse technical events in home hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(1):116-21. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.08.013
25. Soyaltın E, Yavaşcan Ö, Alparslan C, Arslansoyu Çamlar S, Alaygut D, Öncel EP. et al. Ev hemodiyalizinde çocuk hasta deneyimi: Olgu sunumu. *Turk Neph Dial Transpl.* 2018;27(1):96-9. Doi:10.5262/tndt.2017.1003.22
26. Seshasai RK, Wong T, Glickman JD, Shea JA, Dember LM. The home hemodialysis patient experience: A qualitative assessment of modality use and discontinuation. *Hemodial Int.* 2019;23(2):139-50. doi: 10.1111/hdi.12713
27. Karadağ E. Ev hemodiyalizi: Yararlar ve engeller. Ünsal Avdal E, editör. In: *Nefrolojide Güncel Kanıt Temelli Yaklaşımlar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022.p.42-6.
28. Jacquet S, Trinh E. The potential burden of home dialysis on patients and caregivers: a narrative review. *Can J Kidney Health Dis.* 2019;6:2054358119893335. doi: 10.1177/2054358119893335.
29. Roblero MFS, Rubio MAB, González-Moya M, Calviño Varela J, Pérez Alba A, Villaro Gumpert J, et al. Experience in Spain with the first patients in home hemodialysis treated with low-flow dialysate monitors. *Nefrologia (Engl Ed.)*. 2021;12:S0211-6995(21)00144-2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.001>
30. Tran E, Karadjian O, Chan CT, Trinh E. Home hemodialysis technique survival: insights and challenges. *BMC Nephrol.* 2023;24(1):205. doi: 10.1186/s12882-023-03264-5
31. Walker RC, Hanson CS, Palmer SC, Howard K, Morton RL, Marshall MR, et al. Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: A systematic review. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(3):451-63. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.10.020.
32. Bağ E, Mollaoğlu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):605-10. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01214.x.

# Görme Engeli Periton Diyalizine Engel mi?

## Is Visual Impairment a Barrier to Peritoneal Dialysis?

Elif Elzem ÖZER 

### Özet

Periton diyalizi; son dönem böbrek yetmezliğinde altın standart tedavi organ nakli olmasına rağmen çeşitli sebeplerle nakil ihtimali olmayan hastalarda tercih edilen renal replasman tedavilerinden biridir. Rezidüel renal fonksiyonu koruması, evde uygulanması, çalışma ve sosyal yaşamı kısıtlamaması, hastanın günlük yaşamına uyulanabilir esnek reçete formu gibi avantajlarıyla tercih edilmektedir. Hemodiyalizde olduğu gibi periton diyalizinde de göreceli ve kesin kontrendike olan hasta grupları bulunmaktadır. Periton diyalizindeki göreceli kontrendike durumların başında malnütrisyon, hiatal herni, diyabetik gastroparezi ve görme engelli hastalar gelmektedir. Periton diyalizi medikal ve sosyoekonomik avantajları olmasına rağmen sağlık profesyonellerinin göreceli kontrendikasyonları bulunan hastalara karşı şüpheli davranışları ile diyaliz ihtiyacı olan hastalarda periton diyalizine yeterince şans verilmemektedir. Göreceli kontrendikasyonlarda hasta bazlı düşünülerek ve hastanın ihtiyacına yönelik önlemler alınması, düzenlemelerin yapılması ile hastalara periton diyalizi şansı tanınmaktadır. Bu olgu sunumunda, göreceli kontrendike grubunda olan görme engelli hastaya periton diyalizi uygulanmış ve periton diyalizi ile yaşamına devam edebilmesi adına yapılmış, eğitimi ve uygulamayı kolaylaştırıcı hemşirelik girişimleri sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Görme Engeli; Periton Diyalizi; Rölatif Kontrendikasyon

### Abstract

Peritoneal dialysis is one of the preferred renal replacement therapies for patients with end-stage renal failure who cannot undergo organ transplantation, which remains the gold standard treatment. It is favored for its advantages, such as preserving residual renal function, being performed at home, allowing flexibility in work and social life, and offering a prescription that can be adapted to the patient's daily routine. Like hemodialysis, certain patient groups have relative and absolute contraindications for peritoneal dialysis. The primary relative contraindications include malnutrition, hiatal hernia, diabetic gastroparesis, and visual impairment. Although peritoneal dialysis offers significant medical and socioeconomic benefits, healthcare professionals often hesitate to recommend it for patients with relative contraindications. Patients are given the chance for peritoneal dialysis by considering relative contraindications on a patient-by-patient basis and taking precautions and making arrangements based on the patient's needs. This case report presents the application of peritoneal dialysis in a visually impaired patient, categorized as having a relative contraindication, along with the nursing interventions that facilitated the patient's education and management of the treatment, enabling them to continue living with peritoneal dialysis.

**Keywords:** Visual Impairment; Peritoneal Dialysis; Relative Contraindication

**Geliş Tarihi / Submitted:** 23 Temmuz/Jul 2024 **Kabul Tarihi / Accepted:** 16 Eylül/ Sep 2024

Hemşire, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Elif Elzem ÖZER / **E-posta:** [elif\\_elzemm@hotmail.com](mailto:elif_elzemm@hotmail.com), **Adres:** Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Olimpiyat Bulvarı Yolu, 34480 Başakşehir/İstanbul, Türkiye



## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH); The National Kidney Foundation-The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NFK-DOQI) tanımlama sisteminde böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerül filtrasyon hızı (GFR)'nın üç aydan uzun bir sürede 60 ml/ dk/1,73m<sup>2</sup>'den düşük olması veya GFR'nda azalma olmaksızın böbrekte üç aydan uzun süren yapısal ve işlevsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1). Kronik böbrek hastalığı olanlarda evre, tanı dikkate alınmaksızın, NKF-DOQI sınıflama sistemine göre belirlenmelidir (2) (Tablo 1) (3). Hastaların tedavisi evrelerine göre planlanmalı, Evre 4 hastalarında diyaliz öncesi eğitim verilmeye başlanmalı ve GFR <15 ml/dk 'nın altındaki hastalarda renal replasman tedavileri; diyaliz veya transplantasyon planlanmalıdır.

Son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) dünyaca kabul görmüş altın standart tedavi böbrek nakli olmakla birlikte donör kaynağı yetersizliğinden dolayı nakil şansı olmayan hastalarda hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) hasta sağ kalımını arttıran etkili renal replasman tedavileridir.

Periton diyalizinde, hastanın kendi periton zarı aracılığı ile kapiller kan ve PD solüsyonu arasında sıvı ve kreatinin, üre, elektrolitler, glukoz ve diğer üremik toksinlerin değişimi gerçekleşir (4). Periton diyalizi planlanan hastalar için temel olarak iki tip

PD modalitesi vardır: Birincisi, hastanın günde dört veya beş kez elle değişim yaparak gerçekleştirdiği sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve diğeri, hastanın genellikle geceleri bir makineye bağlanarak, uyurken değişimlerinin otomatik olarak yapıldığı aletli periton diyalizidir (APD) (4).

Periton diyalizi hastanın kendi başına gerçekleştirdiği bir tedavi modalitesi olduğu için hasta seçiminde dikkatli olunması gerekmektedir. Rezi-düel renal fonksiyonun korunmasını sağlayan periton diyalizi bilinç düzeyi yüksek, aktif sosyal yaşama sahip, sık seyahat eden, genç, okula devam etmesi veya çalışması gereken bireylerde ilk tercih edilen renal replasman tedavi yöntemi olmalıdır. Yapılan bir araştırmada; son dönem böbrek yetmezliği hastalarının %64'ünün hem hemodiyaliz hem de periton diyalizine uygun olduğu görülmüştür (5). Ancak göreceli kontrendikasyonu olan ve yukarıdaki nitelikleri taşıyan birçok hastada periton diyalizi bilgilendirmesi yapılmadan hemodiyaliz tercih edilmektedir. Bu da hastaların periton diyalizinin avantajlarından faydalanmasını engellemektedir.

Bu olguda, göreceli kontrendike olan görme engelli, genç, aktif, eğitim alan, sporcu bir hastaya periton diyalizi uygulaması ve yaşamına devam edebilmesi adına yapılmış, eğitimi ve uygulamayı kolaylaştırıcı hemşirelik girişimlerinden bahsedilmesi amaçlanmıştır.

**Tablo 1.** NKF-DOQI Sınıflama Sistemine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri\*

EVRE	TANIM	GFR (ml/dak/1,73m <sup>2</sup> )
0	Risk faktörü var	≥90
1	Böbrek hasarı var, GFR normal	≥90
2	Böbrek hasarı ve GFR hafif derecede azalma	60-89
3	GFR'nda orta derecede azalma	30-59
4	GFR'nda ciddi derecede azalma	15-29
5	Böbrek Yetmezliği (Diyaliz/Transplantasyon)	<15

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı

\*Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı. Yayın No:1117. Ankara;2018. p:1-4

**OLGU**

Hastamız 29 yaşında, kadın, yedi yıldır bilinen kronik böbrek hastalığı, epilepsi, hipertansiyon ve doğuştan %90 görme kaybı mevcut. Bulantı, kusma, baş ağrısı şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Yapılan tetkiklerde Kreatinin:9,2 mg/dL Üre:239 mg/ dL GFR:5 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> ve üremik semptomlar olması sebebiyle acil hemodiyalize alınarak, sonrasında nefroloji servisine interne edildi. Servis takiplerinde hipertansif (Tansiyon: 140/100 mmHg-145/95 mmHg) seyreden hastanın antihipertansif tedavisi düzenlendi. Yatışının beşinci gününde kronik bir diyaliz hastası olacağına karar verilerek hastaya renal replasman tedavi (RRT) eğitimi verildi. Hasta genç, aktif yaşama sahip aynı zamanda golbol oyuncusu olduğu için öncelikle PD tercih edildi. Katater öncesinde PD eğitimleri sırasında, uygulamayı kolaylaştırıcı faktörler belirlendi. Hastanın yeşil, kırmızı, mavi, sarı gibi renkleri daha kolay ayırt edebildiği saptandı, kullanılacak malzemeler renklerle eşleştirildi. Katater mavi, kullanılan sıvı sarı, yeni mini kapak beyaz renk ile kodlandı. Simülatör çanta ile katater-set bağlantısının pratiği yapıldı. Periton diyalizine başlama da en önemli kriter konteminasyon olmadan bağlantının tamamlanmasıydı. Hasta konteminasyon olmadan bağlantı yapana kadar bağlantı pratiğine devam edildi ve sonrasında döngü aşamaları öğretilmeye başlandı. Organizör üzerine dokunsal belirteçler eklenerek döngünün hangi aşamasında olduğunu anlaması kolaylaştırıldı (Resim 1). Periton

diyalizinde torba bağlantı ve döngü aşamaları tamamlandı ve el yıkama eğitimine başlandı. Steril el yıkama, sesli komutlar ve elleri üzerinde gösterme yapılarak öğretildi. Steril el yıkama hatasız tamamlanana kadar PD'ye başlanmadı. Klasik tartı yerine geniş ekranlı dijital tartı kullanılmaya başlandı. Sesli tartının projesi planlandı. Kayıtlar ve drenaj sıvıları fotoğrafları çekilerek gün gün oluşturulmuş bir albüm ile takip edildi. 13.04.2023'te laparoskopik yöntemle katateri takıldı ve PD' ye başlayana kadar HD desteklendi. SAPD 4x2000 ml ile programı oluşturulan hastamızın periton diyalizi başlangıç Kreatinin: 6,15 mg/dL Üre: 126,3 mg/dL Albümin: 4,0 mg/dL Hemogloblin (Hgb): 7,3 g/dL. 2 aylık eritropoetin tedavisi ile Hgb: 11g/dL(12.06.2023). 17.07.2023'te ilk Periton Eşitleme Testi (PET) yapıldı. Kreatinin: 8,46 mg/dL Üre:114,7mg/dL PET: 0,566 Kt/V: 2,82. Son tahlilleri (23.10.2023) Kreatinin: 6,78 mg/dL Üre: 112,3 mg/dL Albümin: 3,8 mg/dL Hgb: 10,2 g/dL. Programının birinci yılındaki hastamız peritonit atağı geçirmeden, komplikasyon olmadan, kan değerleri diyaliz yeterliliğinde (Tablo 2), anti-hipertansif ilaç kullanmadan (ev tansiyonları 120/80mmHg) devam etmekteydi. Spor hayatına geri dönmek isteyen hastamıza dört döngü, sekiz saat, 2000 ml dolum ile aletli periton diyalizi (APD) tedavisi oluşturuldu. APD öğretilirken yine renklerden ve hastaya özel hazırlanan, görebildiği büyüklükteki punto ile adım adım yapılışı anlatan kılavuzlardan yararlandı. Hastanın sorunsuz spor yaşamına dönmesi sağlandı.

**Tablo 2.** Hastamızın Bir Yıllık Kan Değerleri

Geliş	PD'ye Başlangıç	PET Testi	6 Aylık	1.Yıl
Kreatinin: 9,2 mg/dL	Kreatinin: 6,15 mg/dL	Kreatinin:8,46 mg/dL	Kreatinin:6,87 mg/dL	Kreatinin:8,08 mg/dL
Üre: 239 mg/dL	Üre: 126,3 mg/dL	Üre:114,7 mg/dL	Üre: 112,3 mg/dL	Üre: 80,7 mg/dL
Potasyum:4,17 mg/dL	Potasyum:5,35 mg/dL	Potasyum:2,97 mg/dL	Potasyum:4,16 mg/dL	Potasyum:3,78 mg/dL
Fosfor: -	Fosfor:4,79mg/dL	Fosfor:6,16mg/dL	Fosfor:5,94mg/dL	Fosfor:6,24 mg/dL
Albümin:-	Albümin: 4,0mg/dL	Albümin:4,2mg/dL	Albümin:3,8 mg/dL	Albümin:3,6 mg/dL
Hemogloblin:7,8mg/dL	Hemogram:7,3 g/dL	Hemogram:10,6 g/dL	Hemogram:10,2 g/dL	Hemogloblin:10,6g/dL
		PET: 0,566		PET:0,408
		Kt/V: 2,82		Kt/V:2,58

PD: Periton Diyalizi, PET: Periton Eşitleme Testi



**Resim 1.** Hastaya Yapılan Organizör

## TARTIŞMA

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (CREDIT) çalışması, KBH'nın ülkemiz açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, ülkemizde 18 yaşın üzerindeki yetişkin popülasyonda KBH prevalansının %15,7 olduğu göstermiştir (6). TND 2022 Registry raporuna göre ülkemizdeki hastaların %69,77 merkez hemodiyalizi, %4,1 oranında periton diyalizi yapılmaktadır (7). Tablo 3'te (8) ülkemizde 2022 yılı sonu itibari ile 3.552 periton diyaliz hastası olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların 2.304'ü SAPD, 1.248' i APD hastasıdır (7).

Periton diyalizi bireyselleştirmeye uygun en esnek bir tedavi yöntemidir (9). Fakat tedavi tipi seçilirken hastanın yaşam biçimi ve kişilik özellikleri dikkate alınmalı, hasta açısından özel bir yararı olup

olmadığı muhakkak değerlendirilmelidir (10). Tablo 4'te gösterilmiş olan avantajlar ve dezavantajlar hasta değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır (11,12).

Dr. Hamburger ve ark.'nın (13) 1990 yılında yaptıkları bir çalışmada tedavi seçiminde tıbbi, demografik ve psikosoyal etkenler göz önüne alınarak PD hastalarını beş grupta toplanmıştır:

- 1-Özellikle PD seçilmesi gereken hastalar
- 2-PD'nin endike olduğu hastalar
- 3-Endikasyonun tartışmalı olduğu hastalar
- 4-PD'nin tercih edilmediği hastalar
- 5-Kontrendike olan hastalar,

Endikasyonun tartışmalı olduğu hastalarda tıbbi grupta belirtilen parametrelerden bir tanesi de görme engelidir.

**Tablo 3.** 2022 yılı Registry verilerince PD hastalarının PD tipine göre dağılımı\*

	n	%
<b>SAPD/CAPD</b>	2.304	64,86
<b>APD/APD</b>	1.248	35,14
<b>Toplam/Total</b>	3.552	100,00

SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi, APD: Aletli Periton Diyalizi

\*Ateş K, Seyhani N, Koçyiğit İ. Periton diyalizi, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. 1. Baskı. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları;2023. p.73

**Tablo 4.** Periton Diyalizi Avantaj ve Dezavantajlar

<b>AVANTAJLAR</b>	<b>DEZAVANTAJLAR</b>
Rezidüel renal fonksiyonun korunması	Enfeksiyon
Hastaneye bağımlı olmamak	Diyaliz yetersizlik riski
Diyet ve sıvı alımında daha serbest olunması	Dislipidemi ve obezite riski
Günlük hayatı kesintiye uğratmaması	Malnütrisyon riski
Daha etkili hipertansiyon kontrolü	Metabolik ve mekanik komplikasyonlar
Aneminin daha az görülmesi	

Aksu ve ark. (14) 1995-2008 yılları arasında dezavantajlı hasta gruplarını değerlendirdikleri çalışmalarında, 110 hastaya PD başlamışlardır. Bu hastalardan 13 tanesi dezavantajlı gruptaki hastalardır. Bu hastaların arasında olumsuz ailevi- sosyal koşullar (dört hasta), serebral palsi (üç hasta), Down sendromu (bir hasta), ektopik anüs ve geçirilmiş çoklu karın ameliyatı (bir hasta), rektovezikal fistül (bir hasta), körlük-sağırılık (bir hasta), ventriküloperitoneal şanlı (bir hasta), kolostomi ve malnütrisyon (bir hasta) bulunmakta idi. Çalışmanın sonucunda, uygun aile desteği ve deneyimle multidisipliner ekip çalışması ile özel ihtiyacı olan ve/veya dezavantajlı hastalarda da PD'nin etkin ve güvenli olduğu gösterilmiştir.

Yine dezavantajlı grup hastalar olarak tanımlanan obez hastalar ile yapılan bir çalışmada obez hastalarda PD etkinliği değerlendirilmiş ve bu hasta gruplarında da etkin bakım ile hedef Kt/V değerlerinde ulaşılmıştır (15).

Görme engelli hastalarla ilgili literatürde sınırlı kaynak olmakla birlikte Wong ve Chau (16) 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada diyabete bağlı görme kaybı oluşmasından üç ay sonra SDBY tanısı alan 48 yaşındaki bir hastada din görevlisi, tıbbi sosyal hizmetler uzmanı, fizyoterapist, hemşire ve doktordan oluşan multidisipliner bir ekip ve UV-FlashTM Germicidal Exchange Device adındaki bir

cihazı kullanarak yaklaşık iki haftalık bir eğitim ile periton diyalizi yapmış ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir.

Görme engelli bir hastada da periton diyalizinin öğretilebileceği çalıştığımız vakada gösterilmiştir ancak ülkemizde özellikle PD seçilmesi gereken hasta gruplarında bile PD tercih edilme oranı oldukça düşüktür. Genç, bilinçli ve PD'ye uygun hasta gruplarında periton diyaliz uygulanarak bireylerin sosyal hayata dahil edilmesi sağlanabilmekte, hemo-diyaliz ünitelerindeki yoğunluk azaltılabilmektedir. Evre 4 hastaları ve ailelerini kapsayacak düzeyde oluşturulan eğitimler, hasta okulları ile renal replasman tedavi eğitimleri yaygınlaştırılabilir, özellikle pre-diyaliz hastalarında yapılan eğitimlerde PD bilgilendirmesi üzerinde durularak hastalardaki bilgi eksikliğine bağlı korku azaltılabilir.

## SONUÇ

Bu olguda tartışmalı endikasyon sayılan %90 görme engelli bir hasta üzerinde hastaya özgü eğitim yolları belirlenmiş, gereken materyaller oluşturulmuş ve hastaya verilen destek ile başarılı bir öğrenme süreci geçirilmiştir. Hastaya ve yaşam şartlarına uygun hale getirilen PD ile hasta bir yardımcıya ihtiyaç duymadan tedavisini almakta, PD'nin avantajlarından yararlanmaktadır.

## ETİK KOMİTE ONAYI

Yok

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Çalışmaya katılan hastadan 'bilgilendirilmiş onam' alındı.

## 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

Bu çalışmada bana bilimsel katkılarından dolayı Prof. Dr. Gürsel YILDIZ ve Doç. Dr. Gülay YILMAZ hocalarıma teşekkür ederim.

## EK AÇIKLAMA

40. Ulusal Nefroloji Kongresi & 33. Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresin Poster Sunumu 07.12.2023 Antalya.

## YAZARLIK KATKILARI

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

## Kaynaklar

1. Lesley A. Inker, Brad C. Astor, Chester H. Fox, Tamara Isakova, James P. Lash, Carmen A. Peralta, et al. KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2014 [cited 2024 Apr 18];63(5):713-35. Available form: <https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S0272-6386%2814%2900491-0>
2. Sevinç M, Ortoboz M, Ünsal A. Periton diyalizi fizyolojisi ve yöntemleri. Ünsal A, ed. *Periton Diyalizi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2019. p.1-5.
3. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı. Yayın No:1117. Ankara;2018. p:1-4.
4. Demirtaş G, Ersoy FF. Kronik böbrek hastalarının renal replasman tedavisine hazırlanması, modalite seçimi üzerine etkili faktörler. Kalender Gönüllü B, ed. *Kronik Böbrek Hastalığına Güncel Yaklaşım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2020. p.87-94.
5. Ataman R. Periton diyalizinde hasta seçimi. Ersoy F, ed. *Periton Diyalizi Başvuru Kitabı*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri;2013. p.37-47.
6. Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G. Türkiye'de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi 2016 Yılı özet raporu. *Turk Neph Dial Transpl* 2018;27(2):133-9. Doi:10.5262/tndt.2018.3329
7. Seyahi N, Kocyiğit İ, Eren N, et al. Current status of kidney replacement therapy in Türkiye: A summary of 2022 Turkish Society of Nephrology registry report. *Turk J Nephrol*. 2024;33(2):134-9. Doi: 10.5152/turkjnephrol.2024.24722
8. Ateş K, Seyhane N, Koçyiğit İ. Periton diyalizi, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, TC. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. 1. Baskı. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları;2023. p.73
9. Akgöl C, Koç Y, Şahutoğlu T. Zor olgularda periton diyalizi. Ünsal A, ed. *Periton Diyalizi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2019. p.31-7
10. Yılmaz G. Böbrek yetmezliğinde hasta eğitimi ve tedavi seçimi. Kösem M, ed. *Hemodiyaliz için Damaryolu-Multidisipliner Yaklaşım*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi;2021.p.1-11.

11. Gokal R, Mallick NP. Peritoneal dialysis. *Lancet*.1999;353(9155):823-8. Doi: 10.1016/s0140-6736(98)09410-0.
12. Kırıkçı G. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Seçenekleri. Ertürk J, Korkmaz R, Şentürk S, eds. *Periton Diyalizi El Kitabı*. 2.Baskı. Ankara: Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Derneği;2009.p.20-8.
13. Hamburger RJ, Mattern WD, Schreiber MJ, Soderblom R, Sorkin M, Zimmerman SW. A dialysis modality decision guide based on the experience of six dialysis centers. *Dial Transplant* [Internet]. 1990 [cited 2023 Oct 30];19(2):66-9+84. Available from:<https://lomalinda.elsevierpure.com/en/publications/a-dialysis-modality-decision-guide-based-on-the-experience-of-six-2>
14. Aksu N, Yavaşcan O, Anıl M, Kara OD, Bal A, Anıl AB. Özel ihtiyaçları veya sosyal dezavantajı veya her ikisi olan çocuklarda kronik periton diyalizi: Kontrendikasyonlar her zaman kontrendikasyon değildir. *Perit Dial Int*. 2012;32(4):424-30. Doi:10.3747/pdi.2009.00202
15. Shibagaki Y, Faber MD, Divine G, Shetty A. Feasibility of adequate solute clearance in obese patients on peritoneal dialysis: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis*. 2002;40(6):1295-300. Doi:10.1053/ajkd.2002.36904
16. Wong F. S-Y, Chau S-K. Multidisciplinary approach in training a blind patient for continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Hong Kong J Nephrol* 1999;1(1):71-74. Doi:10.1016/S1561-5413(09)60024-7