T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül İŞSEVER

İstanbul
HAZİRAN-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül İŞSEVER

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul
Haziran-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluşun Konfor Üzerine Etkisi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşegül İŞSEVER

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca, tezimin tüm aşamalarında bilgi ve desteğini hiç esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e,

Hemşirelik alanında dersleriyle bize vizyon katan, bilgi birikimi ve deneyimleriyle yolumuza daima ışık tutan hem akademik hem de kişisel gelişimimizde bizlere destek olan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK' e,

Çalışmama katılmayı kabul eden hastalara ve çalışmamda her türlü konuda yardımcı olan diyaliz ünitesi çalışanlarına,

Yüksek lisans eğitimimin bana kazandırdığı ve bu süreçte beni yalnız bırakmayan sevgili arkadaşım Rabia Büşra ÇELİK ALP' e,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Yavuz İŞSEVER, ailem ve arkadaşlarıma,

Varlığıyla hayatıma değer ve anlam katan canım kızım Defne' me teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül İŞSEVER

İstanbul-2025

ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşegül İŞSEVER

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Haziran, 2025 -113 Sayfa

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde uzun süreli tedavi süreci psikolojik, fiziksel ve spiritüel düzeyde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesini, konfor düzeylerini ve spiritüel iyi oluşlarını etkileyebilir. Bu çalışma hemodiyaliz uygulanan hastalarda spiritüel iyi oluşun konfor düzeyleri üzerine etkisini incelenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte olan bu araştırma, İstanbul' da Aralık 2024- Ocak 2025 tarihleri arasında 251 hemodiyaliz hastasıyla yapılmıştır. Çalışmada veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi (MCKİ) ", "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP-12) " ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II (HKÖ-II)" kullanılarak yüzyüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması 30,36±12,15 olup Anlam 10,54±4,48, Barış 9,43±4,27 ve İnanç değeri 9,91±3,62 olarak bulunmuştur. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II puanı ortalaması ise 93,8±13,79 olup Fiziksel ferahlama 12,86±4, Fiziksel rahatlama 17,08±3,14, Psiko-spiritüel rahatlama 28,83±7,89, Psiko-spiritüel güçlenme 16,95±3,77, Çevresel güçlenme 4,45±2,4 ve Sosyo-kültürel rahatlama 13,64±2,39 olarak bulunmuştur. Regresyon analizine ait katsayılar incelendiğinde, spiritüel iyi oluş (β=0,616, $p<0,001$) değişkeninin hemodiyaliz konfor düzeyi üzerinde pozitif ve anlamlı etki gösterdiği anlaşılmaktadır. Regresyon modelinde yer alan bağımsız değişken, konfor düzeyine ilişkin toplam varyansın yaklaşık %38,8'ini açıklamaktadır ($p<0,01$). Sonuç olarak, hastaların spiritüel iyi oluş ve konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu, spiritüel

iyilik hali arttıkça konfor düzeyi de artmaktadır. Bulgular spiritüel iyi oluşun artırılmasının hastaların konforunu destekleyebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Spiritüel İyi Oluş, Konfor, Hemşire.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SPIRITUAL WELL-BEING ON COMFORT IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Ayşegül İŞSEVER

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

June, 2025– 113 Pages

The prolonged treatment process in individuals undergoing hemodialysis can lead to various psychological, physical, and spiritual challenges. These issues may impact patients' quality of life, comfort levels, and spiritual well-being. This study was conducted to examine the effect of spiritual well-being on the comfort levels of patients receiving hemodialysis treatment. Designed as a descriptive, cross-sectional, and correlational study, it was carried out between December 2024 and January 2025 with 251 hemodialysis patients in Istanbul. Data were collected through face-to-face interviews using the "Personal Information Form," "Modified Charlson Comorbidity Index (MCCI)," "Spiritual Well-Being Scale (FACIT-SP-12)," and the "Hemodialysis Comfort Scale-II (HCS-II)." The mean score of the Spiritual Well-Being Scale was 30.36±12.15, with sub-dimension scores as follows: Meaning 10,54±4,48, Peace 9.43±4.27, and Faith 9.91±3.62. The mean score of the Hemodialysis Comfort Scale-II was 93.8±13.79, with sub-dimension scores: Physical Ease 12.86±4.00, Physical Relief 17.08±3.14, Psycho-Spiritual Relief 28.83±7.89, Psycho-Spiritual Empowerment 16.95±3.77, Environmental Empowerment 4.45±2.40, and Socio-Cultural Relief 13.64±2.39. Regression analysis revealed that spiritual well-being ($\beta=0.616$, $p<0.001$) had a statistically significant positive effect on hemodialysis comfort levels. The independent variable included in the regression model accounted for approximately 38.8% of the total variance in comfort levels ($p<0.01$). In conclusion, it was determined that the patients' spiritual well-being and comfort levels were moderate, and as spiritual well-being increased, so did their comfort levels. The findings suggest that enhancing

spiritual well-being may support and improve the comfort of patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Hemodialysis, Spiritual Well-Being, Comfort, Nurse.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **viii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xi**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xiii**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xiv**

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ **1**

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı 3

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi 3

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi 5

2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri 6

2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları 9

2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi 10

2.6.1. Periton Diyalizi 12

2.6.2. Böbrek Nakli 12

2.6.3. Hemodiyaliz 13

2.7. Spiritüalite Kavramı 19

2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Spiritüel İyi Oluş.....22
2.8. Konfor Kavramı 24
2.8.1. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor.....26
2.9. Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluş ve Konfor'da Hemşirenin Rolü.....27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM.....29
3.1. Araştırmanın Modeli 29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 29
3.4. Veri Toplama Araçları.....29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1).....30
3.4.2. Modifiye Charlson Komorbidite Formu (MCKİ) (Ek 2).....30
3.4.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP-12) (Ek 3) 31
3.4.4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II (Ek 4).....31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....32

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR 33

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA 62

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....70

KAYNAKÇA **72**

EKLER **91**

ÖZGEÇMİŞ **99**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığı Sistemlere Ait Klinik Bulguları…….10

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ……..…….....33

Tablo 4.2: Bireylerin Hastalık Özellikleri 34

Tablo 4.3: Bireylerin Laboratuvar Sonuçları 35

Tablo 4.4: Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Değerlendirmeleri.....36

Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması 37

Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....38

Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....39

Tablo 4.8: Çocuk Sahibi Olma Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması...42

Tablo 4.9: Çalışma Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....43

Tablo 4.10: İkamet Edilen Yere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....44

Tablo 4.11: Gelir Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....45

Tablo 4.12: Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması...47

Tablo 4.13: Egzersiz Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması...50

Tablo 4.14: Sağlık Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....51

Tablo 4.15: Ailede Kronik Böbrek Hastalığı Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....52

Tablo 4.16: Evde İhtiyaçları Bağımsız Karşılama Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması.....53

Tablo 4.17: Yaş, Kronik Böbrek Hastalığı Süresi, Hemodiyaliz Süresi ile Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Korelasyon Analizi.....55

Tablo 4.18: Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Korelasyon Analizi.....57

Tablo 4.19: Spritüel İyi Oluş Ölçeğine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi-Regresyon Analizi.....59

Tablo 4.20: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi-Regresyon Analizi.....60

Tablo 4.21: Spritüel İyi Oluş Ölçeğinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Yordanması İle İlgili Basit Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Registry 2023 Yılı Son Dönem Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi 4

Şekil 2.2: Türkiye' de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Yetmezliği'nin İnsidans ve Prevalansı 6

Şekil 2.3: 2024 yılı Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüri Düzeyine göre Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri ve Hastalığın İlerleme Hızı (Kırmızı: Çok yüksek risk, Turuncu: Yüksek risk, Sarı: Orta derecede artmış risk, Yeşil: Düşük risk). 7

Şekil 2.4: 2023 Yılı Sonu Renal Replesman Tedavisi Gören Mevcut Hastaların (Çocuk hastalar da dahil) Renal Replesman Tedavi Türlerine Göre Dağılımı 14

Şekil 2.5: 2023 Yılı İçerisinde İlk Renal Replesman Tedavisi Olarak Hemodiyaliz' e Başlayan Hastaların Hemodiyaliz Başlangıcındaki Damar Erişim Yollarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi 15

KISALTMALAR LİSTESİ

BUN:	Kan Üre Azotu
DM:	Diyabetes Mellitus
GFH:	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD:	Hemodiyaliz
HKÖ-II:	Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II
HT:	Hipertansiyon
KBH:	Kronik Böbrek Hastalığı
KDIGO:	Kidney Diease: Improving Global Outcomes
MCKİ:	Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi
PD:	Periton Diyalizi
SDBY:	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
FACIT-SP-12:	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
TND:	Türk Nefroloji Derneği
UF:	Ultrafiltrasyon

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Böbrek fonksiyonlarının kaybı kritik seviyeyi aştığında, kronik böbrek hastalığı (KBH) artık geri dönüşümü imkânsız bir aşamaya ulaşır. Eğer böbreğin filtreleme kapasitesi dakikada 15 ml' nin altına düşerse Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olarak tanımlanmaktadır. O zaman birey için renal replesman tedavisi (RRT) olarak adlandırılan, böbrek işlevlerini destekleyen diyaliz ya da böbrek nakli gibi tedavi alternatiflerine ihtiyaç duyulmaktadır (Ateş vd., 2024). En yaygın olarak uygulanan RRT yöntemi hemodiyalizdir (HD); buna ek olarak böbrek nakli ve periton diyalizi de diğer uygulanmakta olan tedavi yöntemleri arasındadır (Ateş vd., 2024). Dünya çapında yapılan değerlendirmelere göre, KBH' nin görülme sıklığı yaklaşık %13,4 olarak bildirilmektedir. SDBY nedeniyle RRT' ye ihtiyaç duyan birey sayısının ise 4,9 ile 7,1 milyon arasında olduğu tahmin edilmektedir (Danial vd., 2024). Türk Nefroloji Derneği (TND) 2024 Raporu' na göre Türkiye' de RRT gereksinimi olan SDBY insidansı, her milyon nüfusa 159,8 olarak belirlenmiştir. SDBY hastalarının %69,4' üne HD tedavisi uygulanmaktadır (Ateş vd., 2024).

Hemodiyaliz işleminin hedefi; elektrolit ve sıvı dengesizliklerini dengelemek, üremi nedeniyle ortaya çıkabilecek metabolik ve sistemik komplikasyonaları önlemek, hastanın öz bakım becerilerini desteklemek ve bu yolla hastanın konforunu dolaylı olarak iyileştirmektir (Alemdar ve Pakyüz, 2015).

Kronik böbrek hastalığı, hastalara dünya, kendileri ve gelecekleri hakkında düşüncelerini zorlayan pek çok psikososyal ve fiziksel stres yükler; bireyler, yaşam standartlarını da etkileyen kronik hastalıklarıyla baş edebilmek için inanca ve manevi değerlere yönelirler (Fradelos, 2021). Hastalık sürecinde bireylerin yaşamlarına değer ve amaç katabilme, umutlarını koruyabilme, manevi kaynaklardan güç alarak iç huzuru deneyimleyip yaşam kalitelerini artırarak kendilerini daha geniş bir bütünün parçası olarak hissetme durumu, hastaların spiritüel iyilik halleriyle tanımlanmaktadır (Koenig, 2018; Puchalski vd., 2014). Pek çok hasta, hastalık sürecinde karşılaştığı olumsuz durumlarla baş edebilmek için spiritüel inanç ve uygulamalardan destek almaktadır (Ölmez ve Karadağ, 2022). Özellikle spiritüel bakım, hastalarda bedensel

rahatsızlıklarla bağlantılı durumun, stres yaratan etkilerini aşmada yardımcı bir güç ve destek kaynağı olmasına olanak tanır (Has ve Bahçecik, 2024). Spiritüel iyi oluş, hastaların sağlıkları ile ilgili görüşleri ve ciddi hastalıkların tedavi süreçleri üzerindeki yararlı etkileri ön plana çıkmaktadır (Fradelos, 2021).

Günümüzde HD alanındaki gelişmeler, SDBY hastalarının yaşam sürelerini uzatmıştır. Ancak bu ilerlemelere bağlı olarak, hastalıklara ve tedaviye dair birçok fiziksel ve psikososyal belirti ortaya çıkmaktadır (Gülay vd., 2020). HD uygulanan hastalarda deneyimlenen fiziksel ve psikolojik gibi belirtilerle birlikte konforu etkileyen pek çok unsur mevcuttur (Demir ve Özer, 2022; Gülay vd., 2020). İnsanların en temel gereksinimlerinden biri olan konfor, oldukça karmaşık bir olgudur (Santos vd., 2020). Konfor; bireyin zorluklar ve üzüntüler karşısında huzur ve rahatlık bulması, yaşamını kolaylaştıran unsurlarla keyif alma durumunu ifade eder (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Konfor, hemşirelik bakımının kalitesini şekillendiren temel bir faktördür. Konforlu ve sakin hastaların iyileşme süreçlerinin daha hızlı ilerlediği, endişelerini daha etkili bir şekilde yönettiği ve yaşamlarını daha huzurlu bir şekilde geçirdiği gözlemlenmektedir (Orkun ve Yücel, 2017). Hemşireler, HD tedavisi gören hastaların bedensel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini kapsamlı bir biçimde inceleyip uygun müdahaleleri hayata geçirmelidir. Bu metod, hastaların rahatlığını ve yaşam standardını yükseltir (Tabiee vd., 2017). Bunun yanında, hastaların manevi gereksinimlerinin değerlendirilmeli, spiritüel sıkıntılar belirlenmeli ve hastanın duygu ve beklentilerini ifade edebilmesine destek sağlanmalı, spiritüel ritüel ve etkinlikler için uygun ortamlar sunulmalıdır (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Erişen ve Sivrikaya, 2017; Erol, 2020). Spiritüel destekle sağlanan içsel huzur, hastanın genel konfor düzeyini artırabilir. Hemşireler bu çalışmayla, holistik bakım anlayışı doğrultusunda hastanın bütüncül iyilik halini değerlendirme fırsatı bulur. Aynı zamanda kültürel değerlere duyarlı bir bakım sunarak hastaların inançlarına ve yaşam görüşlerine saygılı bir yaklaşım sergilemiş olurlar. Bu çalışma hastaların spiritüel iyi oluşun konfor üzerine etkisini belirlemek için yapılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Vücudun en hayati organlarının başında böbrekler gelmektedir. Böbreklerin temel işlevleri arasında; vücuttan zararlı ve toksinli atık maddelerin atılması, sıvı hacminin dengelenmesi ve sodyum, potasyum gibi önemli elektrolitlerin dengesinin korunması gibi hayati rolleri bulunmaktadır. Böbreklerin yapısında ve işlevlerinde yaşanan herhangi bir aksama, vücudun diğer fizyolojik sistemlerine de etki ederek büyük sağlık problemlerine yol açabilir (Çiftçi vd., 2022).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), vücuttaki sıvı-elektrolit ve metabolik dengeyi sağlamak için gerekli olan böbrek fonksiyonlarının ilerleyici ve döndürülemez şekilde azalması olarak tanımlanmaktadır. 3 aydan fazla süren yapısal veya fonksiyonel anormalliklerle seyreden böbrek fonksiyon bozukluğu, idrar, kan veya görüntüleme çalışmalarında glomerüler filtrasyon oranının (GFH) azalmış veya azalmamış olması veya 3 aydan fazla sürede GFH' nin 60 ml/dk/1.73m² olması hastalığın bulgularında kesin tanı kriteridir (Karadakovan, 2020). Genellikle diyaliz veya nakil gibi renal replasman tedavisini (RRT) gerektiren ilerleyici bir böbrek işlevi kaybını içerir. Bir hastanın RRT'ye gereksinimi olduğunda, bu durum son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olarak adlandırılır (Bindroo vd., 2023). SDBY, GFH'nin 15 ml/dk/1,73 m²' nin altına inmesi durumudur (Bindroo vd., 2023; Topbaş, 2015).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı riskini artıran unsurların belirlenmesi kritik öneme sahiptir (Tuğlular, 2019). KBH' nin etiyolojisinde birçok neden bulunur. Bu etiyolojik unsurların varlığı ülkeden ülkeye değişim göstermektedir (Birol ve Pakyüz, 2020). KBH' nin yaygınlığı coğrafi bölgelerde farklılık göstermekte olup genel olarak %10 ile %20 arasında değişim göstermektedir, ancak özellikle gelişmiş ülkelerde yavaş yavaş artmaktadır. Bu durum, kısmen dünya genelinde artan yaşlı nüfusla ilişkilendirilebilir (Yan vd., 2021).

Türk Nefroloji Derneği' nin (TND) gerçekleştirdiği araştırma verilerine dayanarak, diyabetik nefropati, kronik glomerülonefrit, kronik interstisyel nefrit, nefroskleroz,

hipertansiyon ve ürolojik kist böbrek hastalıkları gibi etkenler, KBH' nin temel taşlarını oluşturmaktadır (Ateş vd., 2024).

Kronik böbrek hastalığının en sık nedeni glomerüler hasardır. En sık görülen nedenler ile diyabet (%34,87) ve yüksek tansiyon (%27,17) yer almaktadır. Daha seyrek görülen kronik böbrek hastalığı etkenleri arasında, bazı glomerülonefrit çeşitleri ile polikistik böbrek rahatsızlığı da yer almaktadır (Ateş vd., 2024). Ayrıca KBH; ürolojik hastalıklar, kronik böbrek pelvis iltihabı, böbrek arter stenozu, kronik interstisyel böbrek iltihabı, nefrolithiazis, malign tümörler, nefrotoksik maddeler, amiloidoz, vezikoüreteral reflü, nefropati, düşük sosyoekonomik durum, ailede KBH öyküsü gibi faktörler veya bilinmeyen nedenlerle de ortaya çıkabilir (Ateş vd., 2024; Çiftçi vd., 2022). Bunun yanısıra, sigara içimi, sedanter yaşam şekli gibi hayat tarzı, yaş, ırk ve etnik köken gibi etmenler de KBH üzerinde etkili olan unsurlar arasındadır (Taylan, 2021). Şekil 2.1'de Registry 2023 yılı içerisindeki yeni HD vakalarının etiyolojik dağılımları görülmektedir (Ateş vd., 2024).

	n	%
Diabetes mellitus (DM) / *Diabetes mellitus (DM)*	2.602	34,87
Tip 1 DM / *Type 1 DM*	780	10,45
Tip 2 DM / *Type 2 DM*	1.822	24,42
Hipertansiyon / *Hypertension* *	2.027	27,17
Polikistik böbrek hastalıkları / *Polycystic kidney diseases*	196	2,63
Glomerülonefrit / *Glomerulonephritis*	185	2,48
Obstrüktif nefropati / *Obstructive nephropathy*	64	0,86
Tübülointerstisyel nefrit / *Tubulointerstitial nephritis*	52	0,70
Renal vasküler hastalık / *Renal vascular disease*	51	0,68
Sekonder (AA) amiloidoz / *Secondary (AA) amyloidosis*	39	0,52
Primer (AL) amiloidoz / *Primary (AL) amyloidosis*	29	0,39
Diğer nedenler / *Miscellaneous*	945	12,67
Etiyolojisi bilinmeyen / *Unknown etiology*	1.271	17,03
Toplam / *Total*	7.461	100,00

Şekil 2.1: Registry 2023 Yılı Son Dönem Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

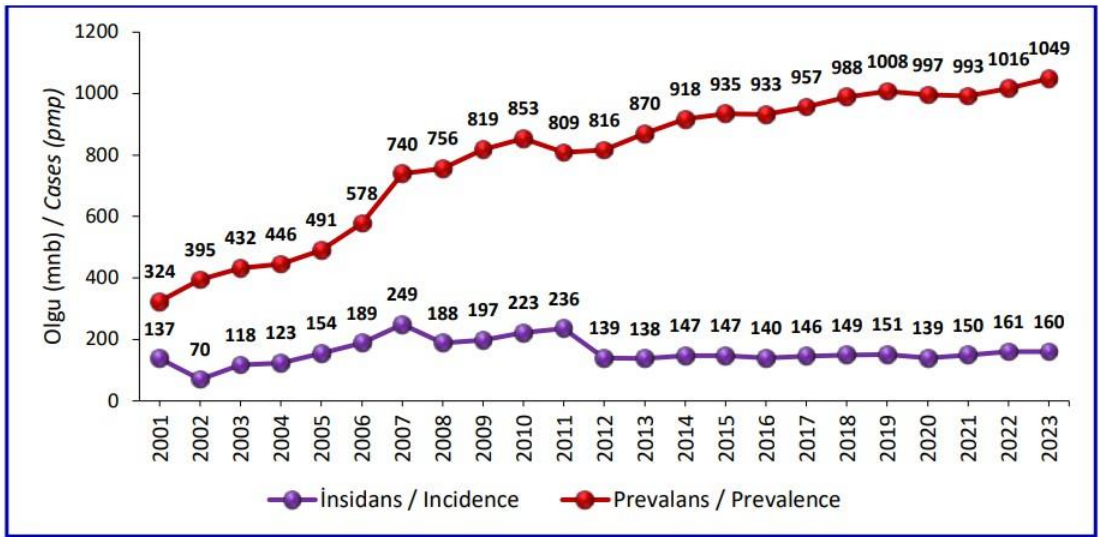
Kaynak: Ateş vd., 2024

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı dünyada ve ülkemizde giderek artan sıklıkta görülen kronik bir hastalıktır (Abatay ve Akyol, 2024). Dünya çapında ölümle sonuçlanan kronik hastalıklar listesinde, KBH 16. sırada bulunmaktadır (Korkmaz ve Topbaş, 2023). Dünya genelinde KBH' den etkilenen toplam birey sayısının 800 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Kovesdy, 2022). KBH, genel itibariyle ABD' deki nüfusun %14,9' unu etkilemektedir. En fazla prevalansa sahip alt gruplar kadınlar (%16), 65 yaş ve üzeri bireyler (%38,6), Hispanikler (%15,3) ve siyahiler (%17) olarak belirtilmektedir (Burrows vd., 2022). TND 2024 yılı kayıt raporuna göre, 2020 yılında, gelişmiş ülkeler içerisinde milyon nüfus başına SDBY insidansı Tayvan' da 525, Amerika Birleşik Devletleri' nde 396 ve Singapur' da 366 olarak bildirilmiştir. Buna karşılık, düşük gelirli ülkelerden Güney Afrika' da bu oran yalnızca 11 olarak saptanmıştır (Ateş vd., 2024).

2024 Türk Nefroloji Derneği raporuna göre Türkiye' de 2006 yılında 578 olan (milyon nüfus başına) SDBY hasta sayısı, 16 yılda 1,7 kat artarak 2022' de 1.016 olmuştur (Ateş vd., 2024). Türkiye' de yer alan yetişkin bireyler arasında KBH görülme sıklığı %15,7 oranındadır. Bu bağlamda, Türkiye' de her 6 ila 7 yetişkinden birinin böbrek rahatsızlıklarının çeşitli aşamalarıyla yüzleştiği ifade edilmektedir. KBH sıklığı kadınlar, yaşlı bireyler, kırsalda yaşayanlar, belirli coğrafi alanlarda (Marmara, Güneydoğu Anadolu) ikamet edenler, HT' si, DM' si ve kalp hastalığı bulunanlar arasında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ülkemizde RRT gereksinimi olan SDBY insidansı TND 2024 Raporu' na göre, her milyon nüfusa 159,8 olarak belirlenmiş; nokta prevalansı ise her milyon nüfusa 1048,7 olarak tespit edilmiştir. RRT' ye ihtiyaç duyan SDBY' nin prevelansı, her milyon nüfusa merkez HD için 727,7, ev HD için 15,6, PD için 43,1 ve transplantasyon için 262,3 olarak belirlenmiş; yıllık insidansı, HD için 120,4, PD için 16 ve transplantasyon için 23,4 olarak tespit edilmiştir (Ateş vd., 2024).



Şekil 2.2: Türkiye' de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Yetmezliği'nin İnsidans ve Prevalansı

Kaynak: Ateş vd., 2024

2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Böbreğin yapısal anormallikleri arasında renal kistler ve histolojik anormallikler bulunur. Fonksiyonel anormallikler arasında albüminuri (albümin atılım hızı >30 mg/g saat veya albümin/kreatinin oranı >30 mg/g) veya anormal idrar sedimenti bulunur. 2012 Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) KBH' nin KBH nedenine, GFH ve albüminüri kategorisine göre sınıflandırılmasını önermektedir (Ashar vd., 2019; KDIGO, 2012).

Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Vakfı, 2024 yılında yenilediği değerlendirme ve yönetim klavuzuna göre KBH' nin GFH ve albüminüri seviyelerine bakılarak, KBH seyrinin riskini hastalık belirtileri ve KBH' nin olmadığı düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olarak sınıflandırmış ve bu sınıflandırmayı KBH evrelerine göre tablo halinde klavuzda belirttiği şekilde şekil 2.3 ' te gösterilmiştir (KDIGO, 2024).

				Albüminüri Kategorileri		
				A1	A2	A3
				Normal/ yüksek normal	Yüksek	Çok yüksek
				<30 mg/gr <3 mg/mmol	30-300 mg/gr 3-30 mg/mmol	>300 mg/gr >30 mg/mmol
GFH Kategorileri (ml/dk/1.73 m²)	G1	Normal veya yüksek	≥90			
	G2	Hafif azalmış	60-89			
	G3a	Hafif - orta derecede azalmış	45-59			
	G3b	Orta - şiddetli derecede azalmış	30-44			
	G4	Şiddetli azalmış	15-29			
	G5	Böbrek yetmezliği	<15			

Şekil 2.3: 2024 yılı Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüri Düzeyine göre Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri ve Hastalığın İlerleme Hızı (Kırmızı: Çok yüksek risk, Turuncu: Yüksek risk, Sarı: Orta derecede artmış risk, Yeşil: Düşük risk).

Kaynak: KDIGO, 2024

Evre 1: Kronik böbrek hastalığının bu aşaması genellikle belirgin bir belirti oluşturmaz ya da sessiz bir şekilde ilerler. GFH seviyesindeki düşüş dışında laboratuvar bulguları gözlenmez. GFH oranı ≥ 90 ml/dk/1.73m² olarak tespit edilir. Hastadan geniş kapsamlı anemnez alınır. KBH' ye neden olabilecek risk faktörleri tespit edilip ortadan kaldırılmalı, sağlığı destekleyici alışkanlıkların oluşturulması sağlanıp; uygun tedavi alternatifleri sunulur (Topbaş, 2015).

Evre 2: Hafif GFH düşüşü, böbrek zararına işaret eder. GFH seviyesinin 60-89 ml/dk/1,73 m² aralığında olduğu bu evrede hafif GFH düşüşü ile böbrek hasarı tanımlanmaktadır. Bu evrede hastaların glikoz seviyeleri düzgün bir şekilde izlenmeli, kan basıncı tedavisi uygulanıp takip edilmeli. Düzenli fiziksel aktivite yapılması, tütün ve alkol kullanımının sonlandırılması gibi hastalar kendi kendine bakım yetenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda teşvik edilmelidir. Kolesterol düzeyleri dikkatle takip edilmeli, senelik GFH değerlendirilmeli ve ilaç tedavisine uyumları adaptasyonaları sağlanmalıdır (Topbaş, 2015).

Evre 3: Glomerüler filtrasyon hızı üç ay ya da daha uzun bir süre zarfında 60 ml/dk/1,73 m²'nin altında seyrediyorsa, bu durum böbrek işlevlerinde kalıcı bir düşüş olduğunu ortaya koyar. Böbrek hasarı, hafif-orta (G3a) ve orta-ağır seviyede (G3b) azalmış olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada, GFH 30 ile 59 ml/dk/1,73 m² arasında ölçülmektedir. Üre ve kreatinin seviyeleri normalin sınırında ya da biraz yüksektir. İdrar konsantrasyon yeteneğinde azalma, poliüri, noktüri, Kan Üre Azotu (BUN) ve kreatinin seviyesinde artış, hafif anemi ve arteriyel basıncın yükselmesi gibi belirtiler görülmektedir. Gelişebilecek durumlara karşı böbrek takibi, beslenme takibi ve meydana gelebilecek olumsuz etkiler izlenir (Birol ve Pakyüz, 2020; Ovayolu, 2017; Taylan, 2021; Topbaş, 2015). Bu hastalarda tansiyon takibi yapılmalı, 6 ayda bir kan değerleri ve GFH oranı takip edilmeli, hasta diyet kısıtlaması ve ödem, kilo takibi yapılmalı, hasta / yakınlarına diyet, düzenli ilaç kullanımı, nefrotoksik ilaçlar bakımından eğitim verilmeli (Topbaş, 2015).

Evre 4: GFH' de düşüş ve üremik belirtilerde artış tespit edilir. GFH' nin azalmasıyla birlikte ağır böbrek yetmezliği konusu gündeme gelir. GFH 15-29 ml/dk/1,73 m² değerleri arasındadır. Bu aşamada hastalar RRT' ye hazırlanmalı ve düzenli dönemlerde HD uygulaması gerçekleştirilmelidir. Hiperfosfatemia, düşük kalsiyum seviyeleri, böbrek osteodistrofisi, anemi ve metabolik asidoz ile birlikte üremik ensefalopati ve üremik nöropati gibi nörolojik belirtiler, iştahsızlık ve bulantı, kusma gibi gastrointestinal sistem bulguları da gözlemlenebilir (Karadokovan, 2020; Topbaş, 2015).

Hastalar bu evrede laboratuvar bulguları ve GFH yönünden 3 ayda bir takip edilir. Komplikasyonların (kardiyovasküler sorunlar, anemi, kemik mineral bozuklukları vb.) yönetimi son derece mühimdir. Psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzman desteği sağlanmalıdır (Topbaş, 2015).

Evre 5: Tüm organ ve sistemlerde çeşitli belirtilerin meydana geldiği, SDBH olarak adlandırılan bu evrede, üremik belirtilerin sıklığı ve şiddetinde artış görülür. GFH, 15 ml/dk/1,73 m² 'nin alındadır. İşlevsel nefron sayısı %10' dan daha azdır ve bu aşamada RRT gereklidir (Kavurmacı, 2023; Topbaş, 2015). Tedavi ve takip açısından hastalara evre 4 'teki ile aynı yöntemler uygulanır. Bu evrede hastalara bütüncül sağlık ve iyilik durumu sağlanıp, muhafaza edilmelidir (Topbaş, 2015).

2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları

Böbrekler, tüm vücut dokuları ve organların işlevlerini etkileyen önemli işlevsel rollere sahip olduğundan, KBH' nin ilerlemesiyle beraber tüm sistemlerde belirti ve bulgular ortaya çıkabilmektedir (Bayazıt vd., 2020). Hastalardaki belirtilerin ortaya çıkışı, KBH' nin seviyesi, ilerleme hızı ve altında yatan patolojik durum ile ilişkilidir. Genel olarak etkilenen sistemlerin klinik durumuna bakıldığında GFH' nin 20-25 ml/dk/1,73 m² veya altına inmesiyle birlikte üremik semptomlar ortaya çıkar ve hastalarda ilk görülen belirti, yorgunluk ve anemiye bağlı halsizlikle birlikte birçok sistem ve organların bu durumdan etkilendiği görülür (Tayaz ve Koç, 2020).

Kronik böbrek hastalığının erken evrelerinde klinik belirtiler nadirdir. Başlangıçta, GFH' de azalma olmadan hematüri ve proteinüri gibi idrar anormallikleri görülür ve bu dönemde, pozitif sodyum ve su dengesi nedeniyle hafif ödem ve hipertansiyon ortaya çıkabilir (Girndt, 2017). KBH özellikle evre 3b' den itibaren belirti ve bulgular göstermeye başlar. Hastalık ilerledikçe bu semptomların sıklığı ve şiddeti artar. Yaygın belirtiler arasında dizüri, noktüri, hipertansiyon, bitkinlik, iştahsızlık, sıvı kaybı, kaşıntı, bulantı, kusma, kemik ağrıları, kramp ve çocuklarda büyüme geriliği bulunur (Bayazıt vd., 2020). KBH' nin sistemlere ait klinik belirti ve bulguları tablo 2.1' de belirtilmektedir.

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığı Sistemlere Ait Klinik Bulguları

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Bozuklulukları	Hipovolemi, hipervolemi, hiponatremi, hiperfosfatemi, metabolikasidoz, hipokalsemi, hipokalemi, hiperkalemi, hipermagnezemi, metastatik kalsifikasyonlar.
Sinir Sistemi	Stupor, koma, uyku problemleri, konuşma bozuklukları, konvülsiyon, demans, baş ağrısı, sersemlik, polinöropati, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, kramp, meningsm, yorgunluk, tik, tremor, huzursuz bacak (restlessleg) sendromu, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar, diyaliz disequilibrium sendromu.
Gastrointestinal Sistem	İştahsızlık, bulantı-kusma, kronik hepatit, hıçkırık, gastrit, parotit, gastrit, stomatit, pankreatit, motilite bozuklukları, ülser, gastrointestinal kanama, perforasyon, kandidaveyaherpes kaynaklı özofajit, bağırsak tıkanıklığı, karın boşluğunda sıvı birikimi
Hematoloji-İmmünoloji	Anemi, normokromnormositeranemi, lenfopeni, eritrosit frajilitesinde artış, enfeksiyonlara karşı artmış duyarlılık, immünosüpresyon, aşı yanıtında azalma, mikrositer anemi (alüminyuma bağlı), kanser, PPD gibi tanısal testlerde yanıltıcı sonuçlar
KardiyovaskülerSistem	HT, ödem, perikardit, aritmi, kardiyomyopati, kalp kapak hastalığı, hızlanmış ateroskleroz
PulmonerSistem	Pulmoner ödem, plevral sıvı, üremik akciğer
Deri	Yavaş yara iyileşmesi, pruritus, tırnak atrofisi, deri, nekroz, solgunluğu, üremik döküntü, hiperpigmentasyon, ülserasyon.
Metabolik-Endokrin Sistem	Hiperürisemi, hiperprolaktinemi, bozulmuş glukoz toleransı, hiperparatroidi, yüksek lipid düzeyleri, gelişme geriliği, impotans, gonadolyetmezlik, cinsel istekte azalma, malnütrisyon.
Kemik	D vitamin metabolizma bozukluğu, hiperparatroidi, üremik kemik rahatsızlığı, amiloidiz (beta2- mikroglobülin), artrit.
Diğer	Kilo düşüklüğü, hipotermi, susuzluk, üremik halitozis, ince doku kalsifikasyonu, karpal tünel sendromu, miyopati, edinsel renal kistik hastalık, gece idrara çıkma

Kaynak: Tayaz ve Koç, 2020

2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi

Böbrek hastalıkları kronik hastalıklar içerisinde büyük bir öneme sahiptir. Erken teşhis edildiğinde engellenebilir bir durum olmasına karşın, bununla ilgili farkındalık oldukça azdır (Akbal ve Nural, 2021).

Kronik böbrek hastalığı komplikasyonlarının etkili bir şekilde ele alınması, böbreklerin ilerleme hızını da yavaşlatabilir (Özerson, 2024; Yan vd., 2021). Yaşam tarzı değişiklikleri ve KBH risk faktörlerinin düzeltilmesi yanında, akut böbrek

hastalığının hemen tanımlanması ve hiperkalemi, metabolik asidoz, ketoanaloglarla düşük proteinli diyet, anemi ve KBH' ye bağlı mineral kemik bozuklukları gibi komplikasyonlar için zamanında yapılacak olan tıbbi müdahaleler, böbrek gelişimini yavaşlatmak ve KBH' ye sahip hastaların morbiditesini ve mortalitesini azaltmak açısından son derece önemlidir (Yan vd., 2021).

Böbrek hastalığının pek çok tehlike unsuru bulunmaktadır. Fakat sigara içimi, fazla tuz alımı ve aşırı kilo en önemli tehlike unsurlarıdır (Özerson, 2024). Böbrek problemlerinin belirlenmesi, kan ve idrar testlerinin sonuçlarına göre değerlendirilir. Eğer böbrek yetmezliğine yol açabilecek risk faktörleri arasında HT, DM, kalp yetmezliği veya ailede böbrek sorunları öyküsü mevcutsa, bu testlerle böbrek işlevlerinin izlenmesi hayati bir önem taşımaktadır (Tayaz ve Koç, 2020).

Son dönem böbrek yetmezliği, hayatı tehlikeye atan üremiden koruma amacıyla hastaya sürekli olarak diyaliz veya organ nakli gibi RRT' nin uygulandığı klinik durumdur (Türker, 2019). GFH' nin 15 ml/dk/1.73 m2' nin altına düşmesi durumu ve üre birikimi belirtileri mevcutsa; hastalar uygun tedaviye yönlendirilerek etkili ve bireye özgü bir tedavi stratejisinin oluşturulması gerekmektedir (Topbaş, 2015).

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu Türkiye' nin 2018-2023 yılları arasında uygulamaya koyduğu Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı' nın eylem planında, hastalığın erken teşhis edilmesi, etkili izleme ve tedavi teknikleri ile hastalığın ilerlemesini durdurma, yavaşlatma ve RRT' nin ertelenmesine dair stratejiler yer almaktadır. Buna ek olarak, sağlıklı yaşam tarzını benimseyerek, spor yaparak, düzenli ve dengeli beslenerek, tuz alımını azaltıp su tüketimini artırarak ve sigara ile alkolden kaçınılarak, böbrek hastalığının gelişmesinde önemli rol oynayan DM ve HT gibi risk faktörlerinin kontrolüne katkıda bulunulabilir (Çakıcı ve Olgun, 2024).

Kronik böbrek hastalığında gerçekleştirilen tedavi yöntemlerinin tamamının hedefi; hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte, aynı zamanda yaşam kalitesinin de en üst düzeyde devam ettirilmesini temin etmektir. KBH sürecinde etkilenmemiş organ ve sistemler yok denecek kadar azdır, bu yüzden konservatif tedavi önem taşımaktadır (Varol ve Sivrikaya, 2018).

Türk Nefroloji Derneği 2024 verilerine göre en sık kullanılan RRT %69,4 oranıyla HD' dir, bunu böbrek nakli (%25,01) ve PD (%4,11) takip etmektedir (Ateş vd., 2024). Renal replesman tedavisi arasında böbrek naklinin en iyi yaşam kalitesini ve sağkalımı

sağlayan tedavi olduğu iyi bilinmektedir. Bununla birlikte, HD, büyük ölçüde organların sınırlı mevcudiyeti nedeniyle, SDBY olan hastalar için en yaygın kullanılan tedavi olmaya devam etmektedir (Basile vd., 2021).

2.6.1. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, PD solüsyonunun, PD kateteri aracılığıyla karın içine aktarıldığı etkili bir RRT yöntemidir. Hastanın kendi periton zarından yararlanarak, kapiller kan ile PD solüsyonu arasında sıvı, üre, kreatinin, glukoz, elektrolitler ve diğer üremik toksinlerin değişimi sağlanır (Sevinç vd., 2019). Periton diyalizindeki temel amaç, vücuttaki toksik maddeleri ve fazla sıvıyı uzaklaştırarak elektrolit dengesini korumaktır (Taylan, 2021).

Periton diyalizi, rezidüel böbrek işlevlerini muhafaza etme, ekonomik olma ve pratik şekilde uygulanabilirlik gibi avantajlar sunmaktadır (Zhang-Yafeng vd., 2025). Bu avantajlar, HD' den farklı olarak, hastaya sağlanan bir eğitimle beraber, bu tedaviyi daha kısa sürede tamamlayıp hastanın bireysel olarak gerçekleştirebilmesi sayesinde bir sağlık kuruluşuna bağımlı olma gereği duyulmaması, taşınabilir olması, tansiyon takibinin daha iyi yapılabilmesi, sıvı toplanmasında aşırıya kaçınılmamasına rağmen sıvı takibinin etkin bir biçimde gerçekleştirilmesi ve diyet kısıtlamasının daha az olması bulunmaktadır (Bıçakçı ve Sezer, 2020; Yürügen vd., 2015).

Periton diyalizi, hastanın sürece daha fazla katılımını gerektirse de enfeksiyon riski ve sterilizasyon zorlukları nedeniyle HD' ye oranla daha az tercih edilmektedir (Bıçakçı ve Sezer, 2020).

2.6.2. Böbrek Nakli

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için tercih edilen RRT yöntemlerinden biri olan böbrek nakli, diyalize göre yaşam kalitesini artırması, hastaneye yatışları düşürmesi ve sağkalım süresini uzatması nedeniyle ön plandadır (Moeinzadeh vd., 2025).

Türk Nefroloji Derneği 2024 raporuna göre; organ bağışçısından yapılan transplantasyon oranı %8,7 olarak bildirilmiş; COVİD-19 pandemisiyle başlayan kadavradan nakil oranlarındaki düşüş eğiliminin ise devam ettiği belirtilmiştir. Aynı yıl içerisinde toplam 3.452 böbrek nakli gerçekleştirilmiş olup, bu sayı 2022' deki 3621

nakle kıyasla azalma göstermiş ve nakil sayılarında durağan bir sürece girildiği bildirilmiştir (Ateş vd., 2024). Böbrek nakli, alıcıların yaşam süresini uzatsa da enfeksiyon riski, organ reddi ve immünsupresif ilaçların yan etkileri gibi nedenlerle alıcılarda kaygıya yol açmakta; bu süreçte düzenli kontroller ve tıbbi desteğe ihtiyaç duyulmaktadır (Yang vd., 2020). Böbrek nakli için yeterli sayıda donör bulunamaması sebebiyle, diyaliz yöntemleri en sık başvurulan RRT seçenekleri arasında yer almaktadır (Doğan vd., 2020).

2.6.3. Hemodiyaliz

Son dönem böbrek yetmezliği yaşayan bireylerde en yaygın tercih edilen tedavi şekli olan HD (%73,2), böbreklerin işlevsizlik sebebiyle vücuttan atılamayan atık maddelerin ve sıvıların dışa atılmasını sağlamak amacıyla yapılan, hastalara nakil için uygun bir böbrek temin edilene kadar belirli aralıklarla uygulanan bir tedavi türü olmasının yanısıra maliyet açısından oldukça yüksek ve zorlu bir süreci kapsamaktadır (Balcı vd., 2021; Özer vd., 2022). KBH sebebiyle HD uygulanan hasta sayısı günden güne artmaktadır (Özmen ve Özer, 2024).

Hemodiyaliz, hasta tarafından alınmış kanın bir damar yolu kullanılarak cihazda sıvı ve elektrolitlerin ayarlanıp, üre gibi atık ürünlerin arındırılarak hastaya iade edilme işlemidir. HD tedavisi sayesinde böbrek yetmezliğine bağlı semptomlar ve bulgular yönetilirken, hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve ölüm ile hastalık oranlarının azaltılması amaçlanmaktadır (Demir ve Özer, 2022).

Diyaliz sürecine başlamak için belirlenmiş bir tahmini GFH sınırı mevcut değildir ve hastanın doktoruyla birlikte yaptığı değerlendirme, diyaliz uygulamasına ne zaman başlanacağını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Üremi (örneğin, mide bulantısı, halsizlik) ve sıvı yüklenmesi (örneğin, nefes darlığı, periferik ödem) gibi sürekli bulgular ve durumlar, kötüleşen GFH, metabolik asidoz ve yüksek potasyum seviyeleri, tedavi sürecinin başlama zamanını belirlemektedir. Randomize bir klinik araştırma, GFH 10-14 ml/dk/1,73 m² arasında olan hastalar ile 5-7 ml/dk/ m² arasında olan hastaların diyalize başlama zamanlamasının, hayatta kalma açısından herhangi bir avantaj sağlamadığını ortaya koymuştur (Flythe ve Watnick, 2024).

Hemodiyaliz süreci, hastanın böbrek işlevselliğinin ne denli var olduğuna ve günlük protein alımına bağlı olarak değişiklik göstermekte, fakat genellikle haftada 2 ila 3

seans ve her biri 4 ile 6 saat aralığında gerçekleştirilmektedir (Namoğlu vd., 2023). Çoğu hasta hastalığın 3. aşamasında başvurmakta olup, KBH hastalarının neredeyse üçte biri acil ya da planlanmamış RRT' ye gereksinim duymaktadır (Duan vd., 2024).

Günümüzde küresel olarak yaklaşık 2 milyon SDBY hastası hayatlarını devam ettirebilmek için HD tedavisi görmektedir (Ma vd., 2023). HD, ülkemizde en yaygın olarak kullanılan RRT tekniğidir. 2023 yılında HD tedavisine yeni dahil olan hasta sayısı (10.276) bir önceki yıla (10.340) kıyasla belirgin bir değişiklik göstermemiştir. Mevcut HD hasta sayısı ise (63.454) geçen yıla göre (61.723) artış göstermiştir. 2023 yılında hastaların RRT tipine göre dağılımı şekil 2.4' te gösterilmektedir (Ateş vd., 2024).

	n	%
Merkez hemodiyalizi /*In-centerhemodialysis*	62.123	69,39
Ev hemodiyalizi /*Homehemodialysis*	1.331	1,49
Peritondiyalizi / *Peritonealdialysis*	3.678	4,11
Böbrektransplantasyonu /*Kidneytransplantation**	22.395	25,01
Toplam /*Total*	89.527	100,00

Yaklaşık sayı/*Approximatenumber

Genel prevalans/ *General prevalence*=1.048,7mnb/*pmp*

Şekil 2.4: 2023 Yılı Sonu Renal Replesman Tedavisi Gören Mevcut Hastaların (Çocuk hastalar da dahil) Renal Replesman Tedavi Türlerine Göre Dağılımı

Kaynak: Ateş vd., 2024

Hemodiyaliz tedavisi için damar erişimi gereklidir ve en yaygın yöntemler arasında; arteriovenöz fistül ile arteriovenöz greft, kalıcı ve geçici kateterler yer alır. TND 2024 raporlarına göre, en sık tercih edilen damarsal erişim yöntemi arteriovenöz fistüldür. 2023 yılında RRT içinde HD' ye başlayan hastaların damar erişim yollarına göre dağılımı şekil 2.5' te gösterilmektedir (Ateş vd., 2024).

	n	%
Arteriyo-venözfistül /*Arterio-venous fistula*	2.728	26,58
Arteriyo-venözgreft /*Arterio-venous graft*	18	0,18
Kalıcı (tünelli) kateter /*Permanent (tunneled) catheter*	5.280	51,44
Geçici (tünelsiz)k ateter /*Temporary (non-tunneled) catheter*	2.238	21,80
Toplam /*Total*	10.264	100,00

Şekil 2.5: 2023 Yılı İçerisinde İlk Renal Replesman Tedavisi Olarak Hemodiyaliz' e Başlayan Hastaların Hemodiyaliz Başlangıcındaki Damar Erişim Yollarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Kaynak: Ateş vd., 2024

Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler, akut ve kronik olmak üzere birçok fiziksel, ruhsal semptomlarla başa çıkmak durumundadırlar (Tayaz ve Koç, 2020). Sistematik bir derlemede, hemodiyaliz hastalarında gözlenen semptomlar şu şekilde sıralanmıştır; yorgunluk (%81), nefes darlığı (%71), uykusuzluk (%67), iştahsızlık (%67), bulantı/kusma (%67), baş dönmesi (%57), kuru/kaşıntılı cilt (%52), ishal/kabızlık (%48), ağrı (%48), baş ağrısı (%43), kas spazmları (%38), uyuşukluk (%38), güçsüzlük (%33), göğüs ağrısı (%33) ve ödem (%33). Daha uzun süreli tedavilerde bu sorunlar birbirini tetikleyebilir. HD tedavisi alan kişilerde tedavi döneminde beliren belirtiler, birlikte etki göstererek bireyin ve ailesinin yaşam standartlarını olumsuz yönde etkiler (Akça ve Baykan, 2024; Tayaz ve Koç, 2020).

Son on yılda HD teknolojisindeki ilerlemelere rağmen, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda ölüm oranları ve hastalık halleri hala oldukça yüksektir (Çaydam ve Pakyüz, 2016). HD tedavisi, hastaların yaşamını sürdürmesine yardımcı olsa da KBH' yi, ek hastalıkları ve diyalizle ilişkili belirtilerin hepsini engelleyememektedir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021).

Hemodiyaliz tedavisinin akut komplikasyonları; hipotansiyon, düzensiz kalp ritmi, hipoksi, sürekli ateş, hipoglisemi, kaşınma, ani ve güçlü kasılmalar, diyaliz dengesizlik sendromu, göğüs ve sırt bölgesinde oluşan ağrı, yorgunluk-güçsüzlük, yoğun bulantı veya kusma, alerjenik reaksiyon, hava embolisi şeklinde sıralanmaktadır (Chowdhury ve Kumar, 2023; Habas vd., 2021; Tayaz ve Koç, 2020; Vaidya ve Aeddula, 2024). Kronik komplikasyonları ise yetersiz beslenme, üremi, asetat birikimi, alüminyum

toksisitesi ve diyaliz senslarının yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yüksek tansiyon, perikardit, kalp yetmezliği, gonadal disfonksiyon, hiperlipidemi renal osteodistrofi, kanamaya eğilim ve anemi gibi hematolojik sorunlar, nöropati, viral enfeksiyonlar (Hepatit C, Hepatit B, HIV vb.), uyku bozuklukları ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır (Birol ve Pakyüz, 2020; Burkev, 2021; Tayaz ve Koç, 2020).

Hipotansiyon, HD' nin en yaygın karşılaşılan komplikasyonudur. Özellikle yaşlılar, DM hastaları ve kardiyovasküler sorunları olan kişilerde daha sık rastlanmaktadır. Diyaliz sırasında kan hacminde düşüş, düşük hematokrit düzeyleri, vazokontrüksiyonun sağlanamaması, kalp ile ilgili etmenler, antihipertansif ilaçların diyaliz öncesinde alınması, asetat içeren diyaliz sıvılarının kullanımı ve beslenme durumu hipotansiyona yol açmaktadır. Intradiyalitik hipotansiyon, genellikle büyük miktarda sıvı ve çözeltinin hızla vücuttan atılmasının kan hacminin hızlı bir şekilde düşmesine neden olması ve bu azalan kan hacmini telafi edecek kompansatuar mekanizmaların yetersiz kalmasıyla ortaya çıkar (Birol ve Pakyüz 2020; Şanlıtürk vd., 2018).

Ciltte kuruma ve kaşıntı, HD tedavisi gören bireylerde prevalansı %20-90 arasında görülen, yaygın, iyi tanınan ve tehlikeli bir yan etkidir (Rehman vd., 2019; Şanlıtürk vd., 2018). Kaşıntı; bireylerde depresif belirtilerin artması, uyku düzeninin bozulması, yaşam kalitesinin düşmesi ve mortalite riskinin artışı ile ilişkilendirilmektedir. HD hastalarında gözlemlenen kaşıntının ardındaki sebepler arasında ikincil hiperparatroidizm, histaminler, yüksek fosfat düzeyi, ciltte kalsiyum-fosfat birikimi, yağ dokusunda azalma, terleme, ciltte kuruma, yetersiz diyaliz, demir eksikliği, anemi, safra asitlerinin birikmesi, cilt pH' ındaki değişimler, hassasiyeti azalmış diyaliz ekipmanları ile uygulanan diyaliz süreçleri, psikojenik, nöropatik ve sosyodemografik faktörler sayılabilir (Shahriari vd., 2021; Şanlıtürk, 2018).

Kas krampları, HD tedavisi gören hastalarda prevalansı %46-62 arasında sıklıkla karşılaşılan hipotansiyon ve yüksek volümlü ultrafiltrasyonun (UF) neden olduğu durumdur (Şanlıtürk vd., 2018; Tayaz ve Koç, 2020). Bunlara ek olarak, kas kramplarının yaygın nedenleri arasında hipoosmolalite, karnitin eksikliği, artmış leptin düzeyleri, elektrolit dengesizlikleri ve dokularda hipoksisi yer almaktadır (Liu vd., 2021). Bu semptomlar içerisindeki kas spazmlarındaki ağrı oldukça yoğundur ve önemli bir rahatsızlık kaynağıdır. HD hastalarının diyaliz esnasında yaşadıkları

şiddetli spazmları, diyaliz sürecinin erken sona ermesine ve tedavinin tamamlanamamasına yol açabilmektedir (Dhudum ve Bhore, 2023).

Bulantı ve kusma, vücutta üre birikiminden kaynaklanabileceği gibi, uygulanan aşırı UF sonucu gelişen hipotansiyon (en yaygın olanı), yetersiz diyaliz, hiperkalsemi ve disequilibrium sendrom sonucunda da görülebilir (Şanlıtürk vd., 2018; Tayaz ve Koç, 2020). Hipotansiyon sonucu ortaya çıkan mide bulantısı ve kusma, sıvı alımının kısıtlanması ve HD tedavisi sırasında sıvının hızla vücuttan atılmasını engelleyen tekniklerin uygulanmasıyla önlenebilir (Tayaz ve Koç, 2020).

Hemodiyaliz hastalarının en yaygın şikayetleri arasında bulunan yorgunluk; böbrek anemisi, beslenme eksiklikleri, eritropoezisin engellenmesi, hiperparatiroidizm, hemoliz, eritrositlerin ömründe kısalma ve kan kaybı gibi anormallikler, atık maddelerin (üre, ürik asit, kreatin vb.) vücutta toplanması, kan basıncındaki değişimler, diyaliz sürecinde uzun süre aynı pozisyonda bulunulması ve psikolojik faktörler dolayısıyla oluşabilir (İlter ve Ovayolu, 2022). Yorgunluk ve güçsüzlük, bireylerin yaşam standartlarını olumsuz etkilediği gibi, yaşamları için bir tehdit oluşturduklarından dolayı büyük bir öneme sahiptir (Şanlıtürk, 2018).

Ağrı, HD tedavisi gören hastaların sıkça karşılaştığı belirtilerden biri olarak ifade edilmiştir (Özer vd., 2020). SDBY ve HD hastalarında hissedilen ağrı, kas- iskelet sistemindeki değişimlere, HD tedavi süreçlerine, periferik nöropatiye, periferik damar hastalıklarına, karpal tünel sendromuna, anjina ve diğer etkenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir (Tayaz ve Koç, 2020). Hastalarda ağrı, kas ağrısı, kramplar, kas-iskelet kaynaklı ağrı, baş ağrıları, nöropatik ağrılar ve/veya göğüs ağrısı biçiminde vücudun farklı bölgelerinde farklı şiddetlerde kendini gösterebilir (Dos Santos vd., 2021). Diyaliz, üreyi plazmadan, ürenin beyinden ayrılabildiğinden daha hızlı uzaklaştırdığı için, kan-beyin bariyerinde çok geçici bir ozmolalite farkı gelişir. HD sırasında üre kan seviyesinde ani bir düşüşle, ozmotik bir gradyan gelişir ve su beyne kayar, bunun sonucunda kafa içi basıncında artış, beyin ödemi ve baş ağrısı meydana gelir. Baş ağrısı, HD hastalarında görülen ağrı içerisinde en sık karşılaşılan nörolojik bir semptomdur. HD hastaları en sık HD tedavisi esnasında yaşadıkları baş ağrısından yakınmaktadırlar. HD seanslarının en az yarısında ortaya çıkan bu ağrı, diyalizden sonraki 24 saat içerisinde kaybolur. Baş ağrısı ile ilişkili hiperkalsemi, hiperfosfatemi ve hipomagnezemi durumlarının serebral damarların vazokonstriksiyonuna ve oto düzenlemede eksikliklere yol açtığı, ayrıca HD seansından önce kan basıncından veya

seans sırasında aşırı kan basıncı değişikliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Gözübatik vd., 2019; Tayaz ve Koç, 2020).

Hemodiyaliz hastalarında sıkça karşılaşılan depresyon ve anksiyete, hastaların klinik göstergelerinin kötüleşmesine, tedavi uyumlarının düşmesine, intihar düşüncelerinin artmasına, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara, mortalite ve morbidite oranlarının yükselmesine neden olmaktadır (Barello vd., 2023; Şanlıtürk vd., 2018; Tomska vd., 2023). HD tedavisinin gerekliliği dolayısıyla haftanın belirli günlerinde diyaliz merkezine gitmenin, 4 saat boyunca sırt üstü pozisyonda kalmanın yanısıra hastalar iş programları ile rutin günlük işlerini gerçekleştirmede ve boş zamanlarını değerlendirmede zorluk yaşamaktadırlar (Xie vd., 2022).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde, fiziksel yetersizlikle beraber tedavi ekibine ve makineye bağımlı olmanın etkisiyle hastalarda aile içi rollerde değişme, iş hayatının kısıtlanması, toplumsal bağlantılarının azalması, gerçekleşen içsel çatışmalar neticesinde, cinsel işlevlerde bozulma, yorgunluk, beden algısında değişiklik ve sürekli gelecek kaygısı gibi psikososyal sıkıntılar görülmektedir (Varol ve Sivrikaya, 2018). Ayrıca HD tedavisinin kronik yapısı, tam iyileşme şansının olmaması ve olası bir böbrek nakli için beklemek, uykusuzluk, yorgunluk gibi fiziksel semptomların yaşanması da depresyon ve anksiyetenin gelişmesine neden olmaktadır (Tomska vd., 2023).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde uyku problemleri yaygın bir sorundur ve uyku ile ilgili sorunların yaşanma sıklığı %20 ile %85 arasında değişmektedir (Namoğlu vd., 2023). Uykusuzluk, uykuya geçişte ve sürekli uykuyu devam ettirmekte zorluk çekmek, sabah erken ya da gece uyanmak ve düşük kaliteli uyku yaşamakla ilgilidir. Bu bireylerde ayrıca düzensiz uyku saatleri, sabah baş ağrıları, kâbus görme ve gündüz uyku hali gözlemlenmektedir (Benetou vd., 2022). Uyku düzenindeki bu sürekli değişimler hem fiziksel hem de zihinsel açıdan sorunlar yaratmaktadır (Tayaz ve Koç, 2020). Hareket kısıtlaması, interlökin-1 salınımında artış olması, vücut ısısında artış ve bilinçte azalma ile sonuçlanan beyindeki ozmotik dengesizlik gibi faktörler HD hastaları üzerinde uykuya meyili artırıcı etkiler yaratır (Mirghaed vd., 2019). Bununla birlikte uykusuzluk, üremik toksinlerin birikmesi, huzursuz bacak sendromu, üremik kaşıntı, anemi, uyku apnesi, ağrı, kontrolsüz diyabet ve psikolojik problemlerden etkilenir (Benetou vd., 2022). Uyku problemleri, HD hastalarının zihinsel etkinliklerini ve performans kapasitelerini azaltarak, günlük yaşam aktivitelerini

olumsuz şekilde etkilemekte, enerji seviyelerinin düşmesine, öz bakım yeteneklerinin ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Düşük uyku kalitesine sahip HD tedavisi gören 3. ve 4. evre SDBY hastalarında ölüm oranı, hastalık riski ve kalp damar rahatsızlıkları riski daha yüksektir (Namoğlu vd., 2023).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda enfeksiyonlar önemli bir morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. En sık karşılaşılan enfeksiyon türleri arasında damar yolu enfeksiyonları, bakteriyemi, akciğer iltihabı ve idrar yolu enfeksiyonları bulunmaktadır. Özellikle venöz katater kullanımı, enfeksiyon riskini belirgin bir şekilde artırmaktadır (Çaydam ve Pakyüz, 2016; Şanlıtürk vd., 2018). HD hastlarında morbidite ve mortalite hastalık sebepleri arasında enfeksiyon ikinci sırada yer almaktadır ve enfeksiyonun %70 ' ten fazlası vasküler giriş (kateter/tünelli kaflı kateter kullanımı, AV greft kullanımı) noktasıyla bağlantılıdır (Hasanoğlu vd., 2022; Şanlıtürk vd., 2018). HD hastalarında hepatitler, HIV ve immünsüpresif tedaviye bağlı enfeksiyonlar da sık görülmektedir. Ayrıca septik artrit, osteomiyelit, spinal apse gibi yaygın enfeksiyonlar; üremi, sık enjeksiyon, ileri yaş, eşlik eden hastalıklar, kan transfüzyonu, ortak alan kullanımı, kirli ekipman ve sağlık personeli aracılığıyla bulaş riski de enfeksiyon nedenleri arasındadır (Çaydam ve Pakyüz, 2016; Şanlıtürk, 2018).

2.7. Spiritüalite Kavramı

Spiritüalite terimi, Latince kökenli olup hayatın derin anlamlarını kapsayan bir çerçeve sunmaktadır. Bu terim, "nefes almak" ve "hayatta var olmak" anlamlarına gelen "spiritus" kelimesinden gelmektedir. Daha geniş bir bağlamda ele alındığında, yaşamın duygularını hissetmek olarak tanımlanabilir (Erişen ve Sivrikaya, 2017).

Spiritüalite, din, inanç ve manevi değerler gibi kavramlarla ilişkilendirilerek tarih boyunca birçok farklı anlama bürünmüştür. Başlangıçta, insan hayatına psikolojik boyutunu tanımlamak için kullanılmış, daha sonra ise din görevlilerinin yükümlülüklerini belirtmek amacıyla göz önüne alınmıştır. Günümüzde dini inançların ötesinde daha kapsamlı bir terim olarak algılanmaktadır (Çınar ve Eti Aslan, 2017). Spiritüalite, literatürde birçok benzer terimle kullanılmakta ve çoğunlukla "maneviyat, inanç ve din" kavramlarıyla paralel şekilde ifade edilmektedir (Alpay, 2024; Erişen ve Sivrikaya, 2017).

Maneviyat, insani bir yön ve bireyin hayatındaki şahsi mükemmellik, bilinç, hassasiyet ve anlam arayışıyla ilgili içsel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavram, Yüce olan bir varlığa veya Tanrı' ya inanma ve başkalarıyla etkileşimde bulunma ile tanımlanmaktadır (Moosavi vd., 2019). Aynı zamanda maneviyat, bireyin içsel evrenine yönelmesi ve bu yönelimle elde edilen sezgiyle yaşamını biçimlendirmesidir. Maneviyat, her bireyin öznel tecrübelerine dayanarak farklı anlamlar edinebilen karmaşık bir kavramdır. Anandarajah ve Hight (2001), manevi olgunun zihinsel, deneyimsel ve davranışsal unsurlar barındırdığını ifade etmektedir. Bilişsel boyutun, anlam, hedef ve gerçeklikle birlikte sahip olduğumuz inanç ve değerleri keşfetme arayışımızı kapsadığı ifade edilmektedir. Deneyimsel yönün, umut, sevgi, bağlantı, iç huzuru ve rahatlık duygularını barındırdığı, ayrıca iç kaynaklarımızın niteliğini, manevi sevgiyi hem verme hem de alma yeteneğimizi, kendimizle, toplumla, çevreyle, doğal dünya ve aşkın olanla (Tanrı, kozmik bilinç vb.) olan ilişkimizi belirleyen bir gösterge olduğu ifade edilmektedir. Son olarak, davranışsal boyutun, ruhsal inançlarımızı ve içsel manevi farkındalığımızı gösterme ya da bu doğrultuda hareket etme şekillerimizi kapsadığı belirtilmektedir (Nilsson, 2022).

"Dindarlık" ya da "maneviyat" tanımları üzerinde bir ortak görüş mevcut değildir (Abu vd., 2018; Bragazzi ve Puente, 2013). Din, belli başlı kurallar, ritüeller ve sosyal yapılar ile tanımlandığından, standart hale getirilmesi daha kolaydır. Ancak maneviyat, kişisel ve öznel bir deneyim olduğu için ölçülmesi ve yapılandırılması güçtür. Din; inanç, ahlak, etik ilkeler ve ibadetlerle şekillenirken, maneviyat bu unsurları içerebilir ya da içermeyebilir ve bir yaratıcının varlığına ihtiyaç duymaz (Alpay, 2024, Elhang vd., 2022). Din genellikle bir cemiyet içinde düzenlenir ve hayata geçirilir. Buna bağlı olarak din, dua, meditasyon ve kutsal kitap çalışması gibi aşkın ve özel varlığı hakkındaki kişisel inançlar ve bunlara bağlılık gibi bir kurum dışında tek başına ve özel olarak da uygulanabilir (Elhang vd., 2022).

Maneviyat, yaşam ve ölüm üzerine farklı bir perspektif sunar, bireylerin bir duruma entegre olmasına destek olur ve insanlığın ayrılmaz bir parçasıdır (Köktürk Dalcalı ve Kaya, 2022). İnsanoğlu yaşamı boyunca karşılaştığı zorlukların üstesinden gelebilmek için, hayattan elde ettiği bireysel tecrübeleri, etik, spiritüel ve kültürel değerleri kullanmaktadır (Kökcü ve Kutlu, 2020). Kişiler herhangi bir inanca sahip olamasalar dahi manevi yönleri bulunabilir. Maneviyat, iyileşme yolculuğu için önemli bir güç kaynağıdır, bu nedenle sağlığın diğer yönleri manevi bir huzur olmadan etkin bir

şekilde çalışamaz (Moosavi vd., 2021; Özdemir vd., 2023). Güçlü manevi refahı olan insanlar, var olan mutluluk, saygı, memnuniyet, affetme, merhamet, alçakgönüllülük, barış, güzellik, bütünlük ve uyum yoluyla var olurlar; hayatın bir anlamı, önemi ve hedefi bulunduğuna inanır ve bu inançla doludurlar (Chen vd., 2021; Leung ve Pong, 2021). Hayatta net bir anlamı ve amacı vardır ve kendilerini geliştirmek için her zaman kendini motive etme ve iç gözlemlere sahiptirler (Leung ve Pong, 2021).

Maneviyat içsel bir kudrete bağlıdır. Bireylerin umut, anlam ve hedef edinmelerinin bir aracıdır ve hastalık veya zorluk anında kritik bir görev üstlenir, hastaların sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına ve tedaviye uyum sağlamalarına destek olur (Chen vd., 2021). Sağlık alanındaki literatürlere bakıldığında maneviyat, manevi bir otoriteyle bağlantı kurmak, yaşamda derin anlam ve hedef bulmak, dua etmek, meditasyon uygulamak, fiziksel olamayan yöntemlerle şifa bulmak ve içsel huzur ile mutluluk hissi olarak tanımlanmaktadır (Büyükbayram vd., 2022). Maneviyatın değişik ortamlarda hastaların iyilik hali için değerli olduğu kanıtlanmıştır (Can Öz ve Duran, 2021). Dini ritüeller ve manevi inanç sistemleri, farklı kronik hastalıklarla mücadele ederken başa çıkma stratejilerini etkiler (Abu vd., 2018). Sağlık problemleri, kişilerin inanç ve ruhsal yönelimlerini hem ilham verici hem de olumsuz biçimde etkileyebilir. Bazı hastalar, manevi ve dini duygularını artırarak huzur arayışına giderken, diğerleri olumsuz sağlık deneyimi yaşadıkları için inanç ve bağlılıklarında bir zayıflama hissedebilirler (Hvidt vd., 2017; Mckie ve Gaida, 2022).

Spiritüel iyi oluş, bireyin hayatının anlamını benimsemesi, kendisini, başkalarını ve çevresini anlama ve onaylama yetisine sahip olması, çevre ile uyum içinde ilişkiler geliştirme kabiliyeti, içsel güce ve kaynaklara sahip olmayı ifade eder. Zorluklarla başa çıkabilme yetisidir. Spiritüel açıdan güçlü bir birey, yaşamında dengeyi yakalar (Dağlı, 2024, Hu vd., 2019). Spiritüel iyilik hali, bireylerin psikolojik, fiziksel, sosyal ve zihinsel yönlerini bir araya getiren eşsiz bir kuvvettir ve hissedilen yaşam standartının önemli bir göstergesidir (Demir Çam ve Uzun, 2024). Spiritüel iyi oluş, ileri yaştaki bireylerin zorlukları karşısında ruhsal olarak iyiliğe duyulan bir ihtiyaç neticesinde ortaya çıkmıştır (Erişen ve Sivrikaya, 2017). İki temel boyut barındırır. Yatay eksen, hayatın anlamı, huzur ve yaşamdan alınan tatmin hissini temsil ederken; dikey eksen, Tanrı ya da daha yüksek bir güçle ilgili manevi tatmin duygusunu ortaya koyar (Akpınar ve Aşti, 2021; Alradaydeh ve Khalil, 2018; Erişen ve Sivrikaya, 2017).

Spiritüel iyilik durumunun, kronik hastalıklara sahip bireylerde kaygı, depresyon ve sosyal yalnızlık gibi olumsuz hisleri azaltmada ve yaşam standatlarını yükseltmede etkili olduğu gösterilmiştir (Zhou vd., 2025). Bazı araştırmalar, spiritüel iyilik hali bulunmayan bireylerde biyolojik, psikolojik ve sosyal işlevselliğin diğer yönlerinin ya da en yüksek kapasiteye ulaşmanın olanaksız olabileceğini veya tam olarak çalışamayacağını ortaya koymuştur (Eslami vd., 2014).

2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Spiritüel İyi Oluş

Kronik böbrek hastalığı gibi kronik bir hastalıkla yaşamını sürdürmek, günlük yaşam tarzı ve alışkanlıkların pek çok adaptasyon ve değişikliğe ihtiyacı olduğu anlamına gelir; bu durum da hastaların psikolojik ve sosyal refahları üzerinde olumsuz bir etki yaratır (Abeywickrama vd., 2020).

Hemodiyaliz tedavisi, bireyin yaşamının neredeyse tüm yönlerini etkilemektedir (Has ve Bahçecik 2024). HD tedavisi gören bireyler, hastalık ve tedavi sürecine bağlı birçok semptomla karşılaşmakta ve bunun yanında birçok zorlukla mücadele etmek zorundadırlar (Karabey ve Karagözoğlu, 2021; Turgay vd., 2020). HD tedavisi boyunca, tedavi planlarına, beslenme kısıtlanmalarına ve diğer olası sorunlara her zaman uyum göstermelidirler (Al- Ghabeesh vd., 2018). Hastaların yaşam süresini uzatan diyaliz teknolojisindeki kayda değer ilerlemelelere rağmen, HD' nin uzun süreli tedavi süreci, dikkate alınması gereken önemli fiziksel ve psikolojik yükümlülükler getirmektedir (Zhou vd., 2025). En çok rastlanan ruhsal bozukluklar arasında depresyon ve anksiyete bozukluğu yer almaktadır (Özsoy ve Kulu, 2020). Depresyon, bu hastalar arasında sıklıkla görülen bir psikolojik sorun olup, yüksek yaygınlık oranlarına sahiptir. Yüksek düzeyde depresyon, daha da kötüleşen fiziksel sağlık koşullarına ve artan intihar oranlarına yol açar. Bunun yanı sıra, hastaların sınırlı miktarda sosyal yardıma sahip olmaları durumunda depresyonun şiddetinde artış olabilir (Alradaydeh ve Khalil, 2018). Hemodiyaliz süreci boyunca hastanın hayatında kayda değer dönüşümler gerçekleşir ve birey, cihaza, kuruluşa ve sağlık profesyonellerine bağımlı duruma gelebilmektedir. Belirli günler ve saatlerde sağlık kuruluşuna gitme ve cihaza bağlı kalma zorunluluğu, diyette kısıtlama, beden imgesinde değişim, fiziksel günlük aktivitelerde kısıtlamalar, hastanın aile, iş ve sosyal yaşamında aksamalara yol açmakta olup, bu aksaklıklar yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemekte, hastalar birçok fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlarla

karşılaşmaktadırlar (Bahar, 2023; Demir Çam ve Uzun, 2024; Senmar vd., 2020). Ayrıca tedavi sürecinde hastalar, kas spazmları, kabızlık, huzursuzluk, mide bulantısı ve kusma, ödem, uyku bozuklukları gibi birçok semptomla da mücadele etmektedirler (Has ve Bahçecik, 2024). HD hastaları, bu kısıtlayıcı tedavi yöntemlerine bağlı olarak uyum sağlamakta zorluklar yaşarken, aynı zamanda bağımlılık ve ölüm olgularıyla da yüz yüze gelmektedirler (Ok ve Işıl, 2019). Bu durumda, zorlayıcı yaşam olayları karşısında bireyler, zorluklarla yüzleşmek ve duygusal dengeyi koruyabilmek için genellikle manevi destek unsurlarından faydalanmaktadırlar (Bahar, 2023). Maneviyat, diyaliz tedavisi gören KBH' ye sahip bireylerin psikolojik durumlarında belirleyici bir etki yaratır. Yaşam kalitesini artırarak, hastaların hastalıkla başa çıkma ve adapte olma süreçlerini ve hastalıkla mücadele yöntemlerini olumlu bir şekilde şekillendirir (Loureiro vd., 2018; Musa vd., 2018). Hemodiyaliz hastalarında manevi ve ruhsal boyutlar, stresin azalmasına, psikolojik sağlığın desteklenmesine ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunarak, uyum süreçlerine yardımcı olmaktadır. Bu açıdan spiritüel yaklaşımlar, hastaların duygusal huzur bulmalarında ve tedaviye bağlılıklarını artırmada önemli bir rol oynamaktadır (Darvishi vd., 2020).

Hastalığı yönetmeyi kolaylaştıran en temel etken, bireyin hastalığını kabullenmesi ve özerkliğini elde etmesidir. Hastalığını kabullenmiş bireylerin negatif hisleri azalır, koruyucu ve geliştirici sağlık tutumları artar. Hiç Durmaz ve Öz' ün (2009), HD ile devamlı ayaktan periton diyalizi tedavisi gören hastaların strese karşı baş etme yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarda hastaların başa çıkma stratejisi olarak kabullenmeyi sıklıkla benimsedikleri ve bireylerin gelişiminde kontrol güçleri bulunmadığı, hastalık anında hastalığı reddetmek yerine, onun Tanrı' nın bir lütfu olduğuna inanarak, hastalığı benimseyip olumlu bir şekilde değerlendirdikleri ifade edilmiştir (Ayık ve Karabulutlu, 2020). Manevi iyilik hali yükseldikçe, diyaliz hastalarının hissettikleri depresif duygudurum ve diyaliz ile ilişkili belirtileri azalır; depresyon, stres ve endişe oranları düşer (Bahadır Yılmaz vd., 2023; Durmuş ve Ekinci, 2022). HD tedavisinin neden olduğu psikososyal sorunların çözüm önerileri arasında spiritüel iyilik halinin iyileştirilmesi, artırılması etkili bir yöntem olacaktır (Şanlıtürk vd., 2018).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler üzerinde gerçekleştirilen araştırmalara dayanarak, spiritüel durumu hastalığa adaptasyonda, mücadele yeteneklerini geliştirmede ve fiziksel ile psikolojik iyilik halini yükseltmede, kaygı, depresyon, bağımlılık ve intihar

oranlarını azaltmada önemli bir etkiye sahiptir (Demir Çam ve Uzun, 2024). Kesitsel araştırmalardan elde edilen bulgular, maneviyatın SDBY' li bireylerin hayatlarında kritik bir rol oynadığını ve yaşam kaliteleriyle pozitif bir bağlantı kurabileceğini ortaya koymaktadır (Al-Ghabeesh vd., 2018).

Kronik böbrek hastalığı yaşayan ve diyaliz tedavisi gören bireyler üzerinde din ve maneviyat konusundaki araştırmalar oldukça sınırlıdır; ayrıca maneviyatın tanımı tutarsızlık göstermektedir. Genellikle maneviyat ve din birbirinin yerine geçmekte ve buna ilişkin ölçütler yeterince kapsamlı olamamaktadır (Liu vd., 2024). Fradelos vd. (2022), maneviyatın insan hayatı üzerinde büyük bir etkisi olduğunu ve maneviyat düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de paralel olarak yükseldiğini vurgulamıştır (Demir Çam ve Uzun, 2024). Cho ve diğer araştırmacılar (2022), böbrek nakli yapılmış bireylerle karşılaştırıldığında HD hastalarında depresyonun görülme sıklığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Rayani vd., 2025). Scherer ve arkadaşları, diyaliz tedavisi gören 927 Amerikalı hastayla bir anket çalışması gerçekleştirmiş ve dini veya manevi inançlara daha fazla değer verenlerin resüsitasyona daha yatkın olduklarını, ortak bir karar alma sürecini tercih etme eğiliminde bulunduklarını ve diyalizi bırakma fikrini düşünme ya da tartışma olasılıklarının daha az olduğunu keşfetmişlerdir (Chu vd., 2024).

2.8. Konfor Kavramı

Konfor terimi, Latince "confortare" (desteklemek/güçlendirmek) kelimesinden türetilmiştir ve bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ortaya çıkan, ferahlatma, hafifletme ve zorluklarla başa çıkabilme durumunun geçici ve öznel deneyimi olarak tanımlanmaktadır (Demir ve Özer, 2022; Duman vd., 2020). Konfor, çeşitli dil kaynaklarında fiziksel ihtiyaçların giderilmesi, bedensel ve maddi refahın sağlanması, rahatsızlık ve acının giderilmesi", "zihinsel sıkıntılardan arınma, teselli edilme, yatıştırılma ve aynı zamanda güçlendirme, cesaret verme ve destek sunma durumlarını kapsamaktadır (Terzi ve Kaya, 2017).

Konfor, tarihsel açıdan hemşirelik hizmetiyle hemşirelik bağlantılı bir unsur olarak belirlenmiştir (Pereira, 2020). Konfor teorisine göre hemşire; hastaların ve aile bireylerinin huzur gereksinimlerini tespit eder ve bu gereksinimleri karşılamak amacıyla planlarını hazırlar ve hayata geçirir (Duman vd., 2020). Konfor, karmaşık ve çok yönlü bir yapıdadır; aynı zamanda temel bir insan gereksinimidir. Hemşirelik

mesleğinin önemli sorumluluklarından biri olan rahatlama işlevine dayanan konfor teorisini Teorisyen Katharine Kolcaba oluşturmuştur. (Demir ve Özer, 2022). Kolcaba, kişisel rahatlık gereksinimlerini ve hemşireliğin konfor unsurlarını "rahatlama", "ferahlama" ve "sorunların üstesinden gelme" şeklinde tanımlamıştır (Güner vd., 2024). Kolcaba' nın konfor anlayışı iki boyutu kapsamaktadır. Birinci boyutta bulunan üç aşama;

Rahatlama (Ease); hastanın belirli gereksiniminin karşılanması durumunu kapsar. Huzurun sağlanması, hastanın taleplerinden kurtulup eski fonksiyonelliğine yeniden kavuşması açısından hayati bir öneme sahiptir (Kolcaba, 1994).

Ferahlama (Relief); bireyin mevcut bir fiziksel, psikolojik veya sosyal rahatsızlığının karşılanmaya başlanmasıyla birlikte hissettiği rahatlama durumu olmakla beraber aynı zamanda konforun başlangıç düzeyidir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994).

Üstünlük (Transdence); konfor ihtiyaçları yeterince karşılanan birey, kendi potansiyelini gerçekleştirebilir ve mevcut sorunlarının ötesine geçerek yaşamını anlamlı bir şekilde yönlendirebildiği bu durum onun içsel gücünü artırır (Kolcaba, 1991).

Her günlük durumda hastaların karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabilmeleri için güçlenmeleri gerekmektedir. Rahatlık ve kolaylıktan saparak, hastanın olağanüstü performans yeteneğinin belirlenmesi asıl amaç olarak ön plana çıkar. Bireylerin hem rahatlamalarını hem de kolaylık elde etmelerini sağlamak üzere gerekli güç, zorlukları aşmaları ile elde edilir (Kolcaba, 1994). Konfor ihtiyaçları tamamen karşılanan birey, konforu aşan sorunları aşma kabiliyetine ulaşabilmektedir (Terzi ve Kaya, 2017).

Konforun ikinci boyutu, konforun ortaya çıktığı çevresel koşulları ifade eder (Kolcaba, 2003). Bu ortamlar;

Fiziksel konfor; bireyin bedensel durumlarıyla doğrudan ilişkilidir ve dinlenme, gevşeme, yeterli beslenme ve boşaltım gibi temel fizyolojik faktörleri kapsar. Bu alanlardaki olağandışı değişiklikler konforu etkiler; bu nedenle bu değişikliklerin kontrol altına alınması ve tedavi edilmesi gerekir (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003, Yücel, 2011).

Psikospiritüel rahatlık; bireyin yaşamındaki kimliği, inancı, benlik algısı, yaşam amacı ve anlam arayışı gibi manevi ve içsel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ortaya çıkan huzur ve denge durumudur (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994).

Çevresel konfor; dış faktörlerin ve durumların birey üzerindeki etkisini kapsamaktadır. Çevresel rahatlık, ortamın aydınlatılması, rengi, sıcaklığı, kokusu, sesi, mobilya durumu, çevresel güvenlik gibi unsurları içerir (Kolcaba, 1991).

Sosyokültürel rahatlık, kişinin, ailevi, kültürel, ekonomik-sosyal destek ve iletişim yapılarından kaynaklanan rahatlık düzeyini ifade eder (Kolcaba 1991; Kolcaba, 2003). Konfor, bu dört bağlam ve üç düzeyin etkileşimiyle şekillenen bir yapıdadır. Bu etkileşimler, konforun bütüncül tanımını oluşturur ve konforun tam anlamıyla sağlanması, bu yapının tüm öğelerinin karşılanmasıyla mümkündür (Kolcaba 1994, Yücel, 2011).

2.8.1. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor

Günümüzde HD alanındaki yenilikler, SDBY hastalarının ömür sürelerinin uzamasını sağlamıştır. Ancak bu yenilikler sonucunda hastalık ve tedavi ile bağlantılı birçok fiziksel ve psikososyal belirti ortaya çıkmaktadır (Gülay vd., 2020).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler kabızlık, ishal, bulantı, iştahsızlık, ödem, nefes darlığı, kas spazmları, yorgunluk, uykusuzluk, kuru cilt, kemik veya eklem ağrıları, kaşıntı ve cinsel işlev bozuklukları gibi birçok farklı belirtiyle yüzleşmektedirler. Bu belirtilerin yanı sıra, sıvı-elektrolit bozuklukları, depresyon, hipotansiyon, fistül komplikasyonları, beslenme ve sıvı tüketiminde kısıtlamalar HD' ye bağlı fiziksel yetersizlikler, hayatta kalmak için HD cihazına bağımlılık, aile içindeki rollerin değişimi, iş ve sosyal yaşamda kısıtlamalar, beden algısındaki değişiklikler, içsel çatışmalar, kaygılar ve geleceğe dair korkular, haftanın üç günü en az dört saat makineye ve hastane ortamına bağımlı olma gibi fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorluklar da ortaya çıkabilmekte ve bu problemler hastalarda kendi kendine yeterlilik, yaşam kalitesi ve konforun azalmasına yol açabilmektedir (Demir ve Özer, 2022; Erci vd., 2023; Gülay vd., 2020; Köksal vd., 2024; Turgay vd., 2020; Yılmaz vd., 2020). Tüm bu sorunlara ek olarak HD ünitesinin ısısı gibi dışsal çevresel etkenler de rahatlığın düşmesine neden olabilir (Melo vd., 2019). HD hastalarında bu stres belirtilerini azaltmak için derhal yeni bir farmakolojik olmayan yaklaşıma ihtiyaç vardır (Zhang-Qiuling vd., 2025).

Kolcaba' ya göre, hasta konforu ile hedeflenen sağlık arayışı arasında pozitif bir bağlantı mevcuttur. Üstelik, konfor sadece rahatsız edici durumların bulunmaması

değil, aynı zamanda bir iyilik hali hissiyatıdır (Yanmış ve Mollaoğlu, 2024). Konfor ihtiyaçları karşılanmazsa hastalar eksiklik hisseder (Güner vd., 2024). HD hastaları için uygun konfor, yaşam kalitesini artırmak ve tedaviye uyumunun artırılması için son derece önemlidir (Kesik vd., 2023).

Konfor, hemşirelik bakımının kalitesini şekillendiren temel bir faktördür. Konforlu ve sakin hastaların iyileşme süreçlerinin daha hızlı ilerlediği, endişelerini daha etkili bir şekilde yönettiği ve yaşamlarının son dönemlerini daha huzurlu bir şekilde geçirdiği gözlemlenmektedir (Orkun ve Yücel, 2017). Hemşireliğin önemli bir unsuru olan konfor anlayışı, hastanın rahatlığının sağlanmasının kaliteli bakımın bir bileşeni olarak değerlendirildiğini göstermektedir (Akça ve Baykan, 2024). Hemşireler, HD tedavisi gören hastaların bedensel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini kapsamlı bir biçimde inceleyip uygun müdahaleleri hayata geçirmelidir. Bu metod, hastaların rahatlığını ve yaşam standardını yükseltir (Tabiee vd., 2017).

2.9. Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluş ve Konforda Hemşirenin Rolü

Kronik böbrek hastaları, HD' ye bağımlı hale geldiğinde, mevcut veya olası sağlık sorunlarının yönetiminde ve tedavi sürecine uyumlarının desteklenmesinde hemşirelik hizmetleri ve hasta eğitimi kritik bir rol oynamaktadır (Gülpak ve Oktay, 2020).

Hastalık sürecinde bireylerin yaşamlarına değer ve amaç katabilme, umutlarını koruyabilme, manevi kaynaklardan güç alarak iç huzuru deneyimleyip yaşam kalitelerini artırarak kendilerini daha geniş bir bütünün parçası olarak hissetme durumu, hastaların spiritüel iyilik halleriyle tanımlanmaktadır (Koenig, 2018; Puchalski vd., 2014). Pek çok hasta, hastalık sürecinde karşılaştığı olumsuz durumlarla baş edebilmek için spiritüel inanç ve uygulamalardan destek almaktadır (Ölmez ve Karadağ, 2022). Özellikle spiritüel bakım, hastalarda bedensel rahatsızlıklarla bağlantılı durumun, stres yaratan etkilerini aşmada yardımcı bir güç ve destek kaynağı olmasına olanak tanır (Has ve Bahçecik, 2024). Spiritüel ihtiyaçlar, soyut ve ölçülmesi güç olduğundan, sağlık hizmetlerinde genellikle fiziksel ihtiyaçların gölgesinde kalarak ihmal edilmektedir (Erişen ve Sivrikaya, 2017). Bununla birlikte HD hastaları tedavi sürecine dair çeşitli semptom veya olumsuz durumları tek başlarına ya da birlikte deneyimlemektedirler. Bu semptomlar konfor düzeyini olumsuz etkilemektedir (Güner vd., 2024). Anksiyete, bağımsızlık kaybı, HD seansları, günlük yaşamsal aktiviteleri gerçekleştirememe ve aile bireylerinin yeterince destek

alamaması gibi çeşitli etkenler konforu azaltan durumlar arasındadır (Demir ve Özer, 2022).

Hemşireler, hastaların konforunu etkileyen çevresel faktörler arasında; kötü kokan oda ortamı, yabancı kişilerle aynı alanda kalma, farklı odalardaki hastaların birbirinden farklı alışkanlıklara sahip olması, tuvalet kullanım düzeni ve bireylerin dinlenme ya da konuşma tercihleri gibi durumların önemli rol oynadığını belirtmişlerdir (Nuraini vd., 2017). Literatürde, HD tedavisi alan hastalar için sağlanacak manevi desteğin, anksiyete ve depresyon seviyelerini düşürebileceği belirtilmiştir (Durmuş vd., 2024). Bir başka literatürde hemşirelerin, spiritüel bakım uygulamalarını hayata geçirebilmek için spiritüalitenin anlamını anlayıp bu felsefi bakış açısını deneyimlemek gerektiği ifade edilmektedir (Çınar ve Eti Aslan, 2017). Hemşireler, bireyin spiritüel durumunu değerlendirebilmek için kendi değerlerinin farkında olmalı ve hastanın spiritüel baş etme sürecini anlayabilmelidir (Erol, 2020).

Hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal açılardan yaşadığı zorlukların hastalık ve tedavi sürecinin bireyleri nasıl etkilediğini anlamanın, çözüm yolları önererek diyaliz seanslarını daha sorunsuz geçirebilmeleri için etkili hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında bir temel oluşturabileceği ve tedavi sürecine olumlu katkılarda bulunabileceği düşünülmektedir (Keskin ve Özpulat, 2019).

Bireyi hemşirelik bakımının odağı olarak almak, bireyin rahatsızlık yaşayıp yaşamadığını değerlendirmek, bu durumu etkileyen faktörleri analiz etmek, konforun hangi boyutlarının öne çıktığını belirlemek ve bu süreçte ortaya çıkan gereksinimleri saptamak bakım sürecinin temelini oluşturur. Bu doğrultuda hemşirelik uygulamalarında uygun müdahalelerin planlanması ve etkili değerlendirme yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Hemşireler, bireyin ve ailesinin konforla ilgili ihtiyaçlarını belirleyerek bu ihtiyaçlara yönelik çözüm odaklı yaklaşımlar geliştirir ve uygulamaya koyar; böylece bireyin konfor düzeyinin artırılması hedeflenir (Martins vd., 2022; Melo vd., 2019; Yücel, 2011). Bunun yanında, hastaların manevi gereksinimleri değerlendirilmeli, spiritüel sıkıntılar belirlenmeli ve hastanın duygu ve beklentilerini ifade edebilmesine destek sağlanmalı, spiritüel ritüel ve etkinlikler için uygun ortamlar sunulmalıdır (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Erişen ve Sivrikaya, 2017; Erol, 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte olan bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda spiritüel iyi oluşun konfor üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, etik kurul izni alındıktan sonra Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakasında bulunan özel bir Diyaliz Merkezi' nde hemodiyaliz tedavisi gören hastalarla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapılacağı tarihlerde diyaliz ünitesinde tedavi olan 259 hasta oluşturmuştur. Dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 251 hasta ile veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. G-POWER programı kullanılarak mevcut örneklem büyüklüğü (n=251) üzerinden yapılan analizde %95 güç ve 0,05 hata payı ölçüm değerleri baz alınarak çalışmanın 0,225 etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur.

Dahil edilme kriterleri

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

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Modifiye Charlson Komorbidite Formu (Ek 2), Spiritüel İyi Oluş (FACIT-SP-12) (Ek 3), Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II (Ek 4) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form, sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir-gider durumu, birlikte yaşadığı kişiler) ikamet ettiği yer, düzenli olarak egzersiz yapımı, ne kadar süredir kronik böbrek hastası olduğu,ne kadar süredir hemodiyalize girdiği, eşlik eden hastalıklar, ailede kronik böbrek hastalığı öyküsü, evde kendi ihtiyaçlarını bağımsız karşılayıp karşılayamadığı, sağlık durumu ve laboratuar bulguları gibi tıbbi bilgileri içeren 16 sorudan oluşmaktadır (Albayrak, 2022; Alpay, 2024; Dikmen, 2020; Düzel, 2024; Has, 2021).

3.4.2. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi (MCKİ) (Ek 2)

ModifiyeCharlsonKomorbidite İndeksi (MCKİ), hastalıkların ciddiyetini ve bir yıl içindeki ölüm tehlikesini analiz etmek için 1984' te tasarlanmış bir derecelendirme sistemidir. Bu indeks, toplam 19 farklı eşlik eden hastalığı içermektedir. Her hastalık, yıllık mortalite riski esas alınarak belirli bir ağırlık puanıyla değerlendirilir. Komorbiditelerin ağırlığı ve ölüm tehlikesine dayalı olarak verilen puanlar 1 ile 6 arasında farklılık gösterir ve bu puanlar bir araya geldiğinde toplam Charlson komorbidite puanı belirlenmektedir. Düzenlenmiş Charlson indeksi çerçevesinde, 40 yaşından büyük her 10 yıllık yaş aralığı için ilave bir puan eklenir ve böylece genel puan hesaplanır. Skorlama, "*0*" puan hastalıkların yokluğunu belirtirken; "*1*" puan "*konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, peptik ülser hastalığı, periferik damar hastalığı, kronik pulmoner hastalık, DM, serebrovasküler hastalık, hafif derecede karaciğer hastalığı, demans ve bağ doku hastalıkları*" için verilir. *"2"* puan, "*organ hasarının eşlik ettiği DM, orta veya ağır derecede böbrek hastalığı, hemipleji, nonmetastatiksolid tümör, lösemi, lenfoma ve multiplmyelom gibi durumlar*" için ayrılmıştır. *"3"* puan, "*orta veya ağır derecede karaciğer hastalığı*" için belirlenmişken; *"6"* puan "*metastatik AIDS ve metastatiksolid tümörler*" için verilir. MCKİ'de elde edilebilecek en üst puan 37, en alt puan 0' dır. Çalışmada ölçütün Cronbach alfa değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir (Charlson vd., 1987; Charlson vd., 1994). Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP-12) (Ek 3)

Peterman ve arkadaşları (2002) tarafından kanser de dahil olmak üzere tüm kronik hastalıklarda bireylerin spiritüel iyi oluşunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP-12), Aktürk ve arkadaşları (2017) tarafından ülkemizde geçerlik ve güvenirlik açısından incelenmiştir. Ölçek spiritüel refahın bütün unsurlarının araştırılmasına imkân tanımaktadır. Ölçek 5' li likert tipte 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek dahilindeki maddeler 0' dan 4' e kadar (0-Hiç, 4-Çok fazla) bir sıralama sistemini kullanmaktadır. Ölçek; anlam, barış ve inanç adlı 3 alt boyuttan meydana gelmektedir. "Anlam" alt boyutunu madde 2,3,5,8, "Barış" alt boyutunu madde 1,4,6,7, "İnanç" alt boyutunu ise madde 9,10,11,12 belirlemektedir. Her bir alt boyut için puan aralığı 0 ile 16 arasında yer almaktadır. Genel ölçüm puanı ise 0 ile 48 arasında değişiklik göstermektedir. Yüksek ölçek değerleri, artan spiritüel iyi oluşu gösterir. Aktürk' ün (2017) ülkemizde gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenirlik araştırmasında Cronbach's Alpha değeri 0,87 olarak tespit edilmiştir (Aktürk vd., 2017). Bu çalışmada değer 0,95 olarak saptanmıştır.

3.4.4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II (Ek 4)

Koşar ve Çınar (2022) tarafından hemodiyaliz tedavisi gören hastaların konfor seyiyelerini değerlendirmek için Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II (HKÖ-II) tasarlanmıştır. Ölçek 5' li likert (*Hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çok sık, her zaman*) tipinde, 6 alt boyut ve 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; madde 1, 2, 3, 4 Fiziksel Ferahlama, madde 5, 6, 7, 8 Fiziksel Rahatlama, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 madde Psikospiritüel Rahatlama, madde 18, 19, 20, 21 Psikospiritüel Güçlenme, madde 22, 23 Çevresel Güçlenme ve madde 24, 25, 26 Sosyokültürel Rahatlama dır. Ölçekte 19, 20, 22, 25, 26 ters olmayan maddeler 1' den 5' e doğru, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24 ters maddeler 5' ten 1' e doğru puan almaktadır. Ölçekte puan aralığı, 26' dan 130' a kadar değişim gösterir ve hastanın elde ettiği puan arttıkça, konfor seviyesi de artmakta; puandaki düşüş konfor seviyesinin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değerinin 0,79 olduğu saptanmıştır (Koşar ve Çınar, 2022). Bu araştırmada Cronbach' s Alpha değeri 0,83 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra yanı sıra Shapiro-Wilk testi kullanılarak verilerin dağılımı değerlendirildi. İkili bağımsız değişkenlere göre analiz için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişken grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Ayrıca korelasyon analizi ve bağımlı değişkeni etkileyen unsurları saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmayı gerçekleştirebilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (31.10.2024 tarih 2024/08 sayı) onay (Ek 5) alınmıştır. İlgili diyaliz ünitelerinden çalışmanın yapılmasına dair kurum izni (özel diyaliz merkezinden 16.12.2024 tarih) (Ek 6) alınmıştır. Çalışmanın başında çalışmaya katılanhastalara çalışmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu (Ek 7) ile yazılı izin alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 62,63±12,92 sene olup, yaşlar 20 ile 88 arasında değişmekte, %53,4'ü erkek, %66,1'i evli, %47,8'i ilkokul mezunu, %87,6 çocuk sahibi, %91,6'sı çalışmamakta, %88,8'inin il merkezlerinde yaşamakta, %57'si geliri giderine eşit, %52,6 eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

		Ort±Ss	**Min-Max (Median)**
Yaş		62.63±12.92	20-88 (63)
		n	**%**
Cinsiyet	**Kadın**	117	46.6
	Erkek	134	53.4
Medeni Durum	**Evli**	166	66.1
	Bekar	85	33.9
Eğitim Durumu	**Okur-Yazar Değil**	35	13.9
	İlkokul	120	47.8
	Ortaokul	47	18.7
	Lise	34	13.5
	Üniversite	12	4.8
	Lisansüstü	3	1.2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	**Yok**	31	12.4
	Var	220	87.6
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	21	8.4
	Çalışmıyor	230	91.6
İkametgah Yeri	**Köy**	9	3.6
	Kasaba	3	1.2
	İlçe	16	6.4
	İl	223	88.8
Gelir Durumu	**Gelir Giderden Az**	59	23.5
	Gelir Gidere Eşit	143	57
	Gelir Giderden Fazla	49	19.5
Birlikte Yaşanan Kişiler	**Yalnız**	17	6.8
	Eşi	73	29.1
	Eşi Ve Çocuğu/Çocukları	132	52.6
	Anne/Baba	8	3.2
	Yakınları/Akrabaları	19	7.6
	Diğer	2	0.8

Çalışmaya katılan bireylerin KBH süresi ortalama 131,51 ± 107,24 ay, hemodiyaliz süresi ise ortalama 61,08 ± 59,74 ay, %52,6'sı egzersiz yapmamakta, %56,2'si sağlık durumunu orta düzeyde, %86,5'i evde ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilmekte, %68,5' inin ailesinde kronik böbrek hastalığı öyküsü bulunmamaktadır. Katılımcılarda kronik böbrek hastalığına ek olarak en sık bildirilen hastalık %78,1 oranıyla hipertansiyon olurken, bunu sırasıyla diyabet (%51,1) ve koroner arter hastalığı (%36,9) takip etmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Bireylerin Hastalık Özellikleri

		Ort±Ss	**Min-Max (Median)**
Kronik Böbrek Hastalığı Süresi		131.51±107.24	1-752 (116)
Hemodiyaliz Süresi		61.08±59.74	1-314 (44)
		n	**%**
Egzersiz Durumu	**Evet**	119	47.4
	Hayır	132	52.6
Sağlık Durumu	**İyi**	73	29.1
	Orta	141	56.2
	Kötü	37	14.7
Diğer Kronik Hastalıklar*	**Diyabet**	119	51.1
	Hipertansiyon	182	78.1
	Koroner Arter Hastalığı	130	55.8
	SVO	21	9.0
	KOAH-Astım	14	6.9
	Tiroid	12	5.2
	Peptik Ülser	16	6.9
	Diğer	60	25.8
Ailede KBH Öyküsü	**Yok**	172	68.5
	Var	79	31.5
Evde Bağımsız İhtiyaç	**Evet**	217	86.5
	Hayır	34	13.5

**** Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir***

Hastaların Serum kalsiyum düzeyi ortalama 8,93 ± 4,86 mg/dL, serum fosfor 4,78 ± 1,23 mg/dL, total protein 68,59 ± 43,03 g/L, albümin 38,56 ± 4,59 g/L, hemoglobin 10,9 ± 1,84 g/dL, hematokrit 34 ± 5,51%, Kt/V ve URR değerlerinin ortalaması 0,63 ± 0,98, serum demiri 61,66 ± 28,6 µg/dL, total demir bağlama kapasitesi 198 ± 49,95 µg/dL, ferritin 419,1 ± 312,14 ng/mL, ürik asit 6,59 ± 6,38 mg/dL, HDL kolesterol 41,44 ± 13,62 mg/dL, LDL kolesterol 98,27 ± 33,85 mg/dL ve total kolesterol 172,35 ± 45,4 mg/dL olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Bireylerin Laboratuvar Sonuçları

	Ort±Ss	**Min-Max (Median)**
Serum kalsiyum	8.93±4.86	5.2-84 (8.6)
Serum fosfor	4.78±1.23	2.2-8.6 (4.7)
Serum total protein	68.59±43.03	4.2-732 (66.2)
Albümin	38.56±4.59	3.9-48.1 (38.9)
Hemoglobin	10.9±1.84	3.5-28.7 (11.1)
Hct	34±5.51	15.7-91 (34.5)
Kt/V, URR	0.63±0.98	0.02-2.82 (0.02)
Serum demiri	61.66±28.6	5.5-272 (57)
Total demir bağlama kapasitesi	198±49.95	23.71-408.8 (191)
Ferritin	419.1±312.14	9.9-3728 (372.7)
Ürik asit	6.59±6.38	2.08-66 (5.9)
HDL	41.44±13.62	17-104 (39)
LDL	98.27±33.85	11-192 (94)
Total Kolesterol	172.35±45.4	76-331 (167)

Modifiye charlson komorbidite indeksi puanı 7,8±3,4 bulunmuştur. FACIT-SP-12 değeri 30,36±12,15' tir. FACIT-SP-12 alt boyut puan ortalamaları Anlam 10,54±4,48, Barış 9,43±4,27, İnanç 9,91±3,62' dir. HKÖ-II değeri 93,8±13,79, Fiziksel ferahlama değeri 12,86±4, Fiziksel rahatlama değeri 17,08±3, 14, Psiko-spiritüel rahatlama değeri 28,83±7,89, Psiko-spiritüel güçlenme değeri 16,95±3,77, Çevresel güçlenme değeri 4,45±2,4, Sosyo-kültürel rahatlama değeri 13,64±2,39 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Değerlendirmeleri

	Ort±Ss	Min-Max (Median)	Cronbach Alfa Katsayısı
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	7.8±3.4	3-24 (7)	0.754
Anlam	10.54±4.48	0-16 (12)	0.935
Barış	9.43±4.27	0-16 (10)	0.935
İnanç	9.91±3.62	1-16 (10)	0.887
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	30.36±12.15	0-48 (33)	0.958
Fiziksel Ferahlama	12.86±4	4-20 (13)	0.769
Fiziksel Rahatlama	17.08±3.14	7-20 (18)	0.779
Psiko-Spiritüel Rahatlama	28.83±7.89	9-45 (29)	0.874
Psiko-Spiritüel Güçlenme	16.95±3.77	4-20 (18)	0.714
Çevresel Güçlenme	4.45±2.4	2-10 (4)	0.777
Sosyo-Kültürel Rahatlama	13.64±2.39	3-15 (15)	0.849
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	93.8±13.79	47-121 (95)	0.836

Kadın grubunun inanç değerinin, erkek olanlara göre yüksek olması ve fiziksel rahatlama değerinin, erkek olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Kadın**	7.85±3.2	3-18 (8)	0.552
	Erkek	7.75±3.58	3-24 (7)	
Anlam	**Kadın**	10.88±4.11	0-16 (12)	0.603
	Erkek	10.24±4.77	0-16 (12)	
Barış	**Kadın**	9.44±4.05	0-16 (10)	0.768
	Erkek	9.43±4.47	0-16 (10)	
İnanç	**Kadın**	10.91±2.86	1-16 (11)	**0.001***
	Erkek	9.03±3.98	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Kadın**	31.56±11.07	2-48 (33)	0.273
	Erkek	29.32±12.96	0-48 (32)	
Fiziksel Ferahlama	**Kadın**	12.51±3.78	5-20 (13)	0.143
	Erkek	13.16±4.17	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Kadın**	16.58±3.13	8-20 (17)	**0.007***
	Erkek	17.51±3.09	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Kadın**	28.24±7.54	9-43 (28)	0.216
	Erkek	29.34±8.17	10-45 (30)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Kadın**	17.15±3.74	4-20 (18)	0.231
	Erkek	16.78±3.81	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Kadın**	4.48±2.53	2-10 (4)	0.882
	Erkek	4.42±2.3	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Kadın**	13.4±2.59	3-15 (15)	0.133
	Erkek	13.85±2.19	3-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Kadın**	92.36±13.55	59-121 (93)	0.070
	Erkek	95.07±13.93	47-121 (98)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Medeni durumuna göre evli grubunun inanç ve FACIT-SP-12 değerinin, bekar olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Evli grubunun psiko-spiritüel güçlenme değerinin, bekar olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Evli**	7.65±3.27	3-20 (7)	0.242
	Bekar	8.08±3.66	3-24 (8)	
Anlam	**Evli**	10.92±4.17	0-16 (12)	0.102
	Bekar	9.8±4.98	0-16 (12)	
Barış	**Evli**	9.81±4.03	0-16 (10)	0.086
	Bekar	8.69±4.65	0-16 (9)	
İnanç	**Evli**	10.24±3.61	1-16 (11)	**0.023***
	Bekar	9.26±3.59	1-16 (9)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Evli**	31.55±11.51	2-48 (33.5)	**0.038***
	Bekar	28.04±13.05	0-48 (30)	
Fiziksel Ferahlama	**Evli**	13.18±3.9	4-20 (13)	0.088
	Bekar	12.22±4.14	4-20 (12)	
Fiziksel Rahatlama	**Evli**	17.05±3.11	8-20 (18)	0.691
	Bekar	17.13±3.21	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Evli**	29.61±7.44	13-45 (29)	0.072
	Bekar	27.29±8.53	9-43 (29)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Evli**	16.47±3.81	4-20 (18)	**0.001***
	Bekar	17.89±3.53	5-20 (20)	
Çevresel Güçlenme	**Evli**	4.37±2.37	2-10 (4)	0.511
	Bekar	4.6±2.47	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Evli**	13.49±2.54	3-15 (15)	0.208
	Bekar	13.94±2.05	6-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Evli**	94.17±13.43	59-121 (95)	0.679
	Bekar	93.08±14.53	47-121 (95)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Eğitim durumuna göre MCKİ (p=0,003), çevresel güçlenme (p=0,031), HKÖ-II (p=0,001) ve psiko-spiritüel rahatlama (p=0,002) değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). İlkokul ve ortaokul grubunun çevresel güçlenme değerinin, lise olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Ortaokul grubunun HKÖ-II değerinin, lise olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Okur-Yazar Değil[1]**	8.86±2.96	4-16 (8)	**0.003***
	İlkokul[2]	7.73±3.18	3-20 (7)	
	Ortaokul[3]	8.53±3.93	3-24 (8)	
	Lise[4]	6.71±3.01	3-13 (6)	
	Üniversite[5]	6.5±4.5	3-18 (5)	
	Lisansüstü[6]	4.33±0.58	4-5 (4)	
Anlam	**Okur-Yazar Değil[1]**	8.74±4.82	0-15 (12)	0.122
	İlkokul[2]	10.85±4.38	0-16 (12)	
	Ortaokul[3]	10.68±4.29	1-16 (13)	
	Lise[4]	10.47±4.49	0-16 (12)	
	Üniversite[5]	12.08±4.14	1-16 (13)	
	Lisansüstü[6]	11.33±6.43	4-16 (14)	
Barış	**Okur-Yazar Değil[1]**	7.86±3.76	1-14 (8)	0.147
	İlkokul[2]	9.73±4.18	0-16 (10)	
	Ortaokul[3]	9.85±4.27	0-16 (10)	
	Lise[4]	9.15±4.49	0-16 (9.5)	
	Üniversite[5]	10.08±4.89	1-16 (11.5)	
	Lisansüstü[6]	10±7.94	1-16 (13)	
İnanç	**Okur-Yazar Değil[1]**	10.29±3.3	1-16 (11)	0.086
	İlkokul[2]	10.08±3.53	1-16 (10)	
	Ortaokul[3]	10.02±3.7	1-15 (10)	
	Lise[4]	8.5±3.77	1-16 (8.5)	
	Üniversite[5]	11.42±3.42	3-15 (13)	
	Lisansüstü[6]	7±6	1-13 (7)	

Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması (Devamı)

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Okur-Yazar Değil[1]**	26.29±11.7	7-43 (27)	0.133
	İlkokul[2]	31.32±12.22	2-48 (33)	
	Ortaokul[3]	31.15±11.87	6-47 (33)	
	Lise[4]	28.76±11.85	0-47 (31.5)	
	Üniversite[5]	34.5±12.47	6-48 (37.5)	
	Lisansüstü[6]	29±17.52	11-46 (30)	
Fiziksel Ferahlama	**Okur-Yazar Değil[1]**	11.2±3.9	5-18 (10)	0.203
	İlkokul[2]	13.3±3.91	4-20 (13)	
	Ortaokul[3]	12.74±4.1	4-20 (13)	
	Lise[4]	13±3.98	4-20 (13)	
	Üniversite[5]	13±4.61	6-20(13.5)	
	Lisansüstü[6]	14±1	13-15 (14)	
Fiziksel Rahatlama	**Okur-Yazar Değil[1]**	15.83±3.43	8-20 (16)	0.169
	İlkokul[2]	17.03±3.22	7-20 (18)	
	Ortaokul[3]	17.43±2.64	11-20 (18)	
	Lise[4]	17.71±2.75	11-20 (18.5)	
	Üniversite[5]	17.75±3.91	8-20 (20)	
	Lisansüstü[6]	18.33±1.53	17-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Okur-Yazar Değil[1]**	24.2±6.15	13-35 (25)	0.002*
	İlkokul[2]	29.3±7.34	10-43 (30)	
	Ortaokul[3]	30.19±8.36	14-45 (31)	
	Lise[4]	28.29±8.58	9-40 (30)	
	Üniversite[5]	33.33±8.38	18-43 (35.5)	
	Lisansüstü[6]	30.67±12.06	18-42 (32)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Okur-Yazar Değil[1]**	16.8±3.34	9-20 (18)	0.066
	İlkokul[2]	16.97±3.85	5-20 (18)	
	Ortaokul[3]	17.85±3.29	4-20 (19)	
	Lise[4]	15.21±4.68	4-20 (16)	
	Üniversite[5]	18.5±1.09	17-20 (18)	
	Lisansüstü[6]	17.67±1.53	16-19 (18)	

Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması (Devamı)

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Çevresel Güçlenme	**Okur-Yazar Değil[1]**	4.09±2.23	2-10 (4)	**0.031*** **2>4** **3>4**
	İlkokul[2]	4.74±2.42	2-10 (4.5)	
	Ortaokul[3]	4.89±2.61	2-10 (5)	
	Lise[4]	3.47±1.93	2-8 (2)	
	Üniversite[5]	4±2.52	2-10 (3.5)	
	Lisansüstü[6]	2.67±1.15	2-4 (2)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Okur-Yazar Değil[1]**	13.66±2.33	6-15 (15)	0.268
	İlkokul[2]	13.53±2.43	3-15 (15)	
	Ortaokul[3]	14.21±1.82	6-15 (15)	
	Lise[4]	13.21±3.15	3-15 (15)	
	Üniversite[5]	13.42±1.73	11-15 (14)	
	Lisansüstü[6]	15±0	15-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Okur-Yazar Değil[1]**	85.77±9.45	69-104 (87)	**0.001*** **3>4**
	İlkokul[2]	94.87±13.79	47-121 (96)	
	Ortaokul[3]	97.32±14.06	60-121 (100)	
	Lise[4]	90.88±14.28	59-110 (91.5)	
	Üniversite[5]	100±13.48	75-121 (100.5)	
	Lisansüstü[6]	98.33±11.93	85-108 (102)	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi, çocuğu olan bireylerde çocuğu olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Çocuk sahibi olma durumuna göre FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Çocuk Sahibi Olma Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Yok**	5.06±2.24	3-11 (5)	**0.001***
	Var	8.18±3.37	3-24 (8)	
Anlam	**Yok**	9.97±5.1	0-16 (11)	0.576
	Var	10.62±4.39	0-16 (12)	
Barış	**Yok**	9.1±4.61	0-16 (10)	0.679
	Var	9.48±4.23	0-16 (10)	
İnanç	**Yok**	9.06±3.92	1-14 (10)	0.237
	Var	10.03±3.57	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Yok**	28.81±13.73	0-48 (33)	0.577
	Var	30.58±11.92	2-48 (32.5)	
Fiziksel Ferahlama	**Yok**	13.55±4.04	5-20 (14)	0.317
	Var	12.76±3.99	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Yok**	17.94±2.62	12-20 (20)	0.084
	Var	16.96±3.19	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Yok**	28.65±9.22	11-43 (29)	0.980
	Var	28.85±7.7	9-45 (29)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Yok**	16.61±3.95	8-20 (18)	0.688
	Var	17±3.75	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Yok**	4.13±2.16	2-9 (4)	0.511
	Var	4.49±2.44	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Yok**	13.77±1.84	10-15 (15)	0.750
	Var	13.62±2.46	3-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Yok**	94.65±15.48	62-121 (99)	0.661
	Var	93.69±13.57	47-121 (95)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi, çalışmayan bireylerde çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,008; p<0,01). Çalışma durumuna göre FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p> 0,05) (Tablo 4.9)

Tablo 4.9: Çalışma Duruma Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Çalışıyor**	6.43±4.3	3-18 (5)	**0.008***
	Çalışmıyor	7.92±3.29	3-24 (8)	
Anlam	**Çalışıyor**	11.29±4.42	1-16 (13)	0.405
	Çalışmıyor	10.47±4.49	0-16 (12)	
Barış	**Çalışıyor**	9.52±4.39	1-16 (12)	0.817
	Çalışmıyor	9.43±4.27	0-16 (10)	
İnanç	**Çalışıyor**	9.19±4.41	1-15 (10)	0.663
	Çalışmıyor	9.97±3.55	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Çalışıyor**	30.62±12.46	5-47 (33)	0.967
	Çalışmıyor	30.34±12.14	0-48 (32.5)	
Fiziksel Ferahlama	**Çalışıyor**	12.43±4.43	4-20 (13)	0.670
	Çalışmıyor	12.9±3.97	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Çalışıyor**	17.52±3.44	8-20 (20)	0.262
	Çalışmıyor	17.04±3.11	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Çalışıyor**	31.24±7.78	15-43 (34)	0.112
	Çalışmıyor	28.61±7.87	9-45 (29)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Çalışıyor**	16.33±3.97	8-20 (18)	0.342
	Çalışmıyor	17.01±3.76	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Çalışıyor**	3.81±1.86	2-8 (3)	0.319
	Çalışmıyor	4.5±2.44	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Çalışıyor**	13.71±2.22	6-15 (15)	0.645
	Çalışmıyor	13.63±2.41	3-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Çalışıyor**	95.05±14.51	62-113 (97)	0.517
	Çalışmıyor	93.69±13.75	47-121 (95)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

İkamet edilen yere göre MCKİ, FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p> 0,05). (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: İkamet Edilen Yere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Köy**	6.33±1.58	4-9 (6)	0.354
	Kasaba	9.33±1.15	8-10 (10)	
	İlçe	7.81±4.94	3-24 (6.5)	
	İl	7.83±3.34	3-20 (7)	
Anlam	**Köy**	9.22±3.67	3-16 (9)	0.246
	Kasaba	8.67±7.51	0-13 (13)	
	İlçe	11.88±3.86	2-16 (13)	
	İl	10.52±4.51	0-16 (12)	
Barış	**Köy**	9±3.67	3-16 (9)	0.878
	Kasaba	8.33±6.43	1-13 (11)	
	İlçe	10.06±3.53	3-14 (11.5)	
	İl	9.42±4.34	0-16 (10)	
İnanç	**Köy**	8.78±2.86	6-13 (7)	0.488
	Kasaba	11±2	9-13 (11)	
	İlçe	10.75±2.79	5-14 (11)	
	İl	9.88±3.72	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Köy**	27.22±10.51	11-48 (26)	0.513
	Kasaba	28.67±18.15	8-42 (36)	
	İlçe	33.81±9.4	11-46	
	İl	30.26±12.32	0-48 (33)	
Fiziksel Ferahlama	**Köy**	11.33±4.27	6-17 (11)	0.322
	Kasaba	10±3	7-13 (10)	
	İlçe	12.31±4.27	6-19 (12.5)	
	İl	13±3.97	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Köy**	18.22±2.17	14-20 (19)	0.724
	Kasaba	15.67±4.51	11-20 (16)	
	İlçe	17.19±3.02	10-20 (18)	
	İl	17.04±3.17	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Köy**	26.44±6.86	17-42 (25)	0.341
	Kasaba	23.67±8.5	14-30 (27)	
	İlçe	30.31±6.92	17-42	
	İl	28.89±7.98	9-45 (29)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Köy**	17.44±2.92	13-20 (19)	0.911
	Kasaba	16.33±6.35	9-20 (20)	
	İlçe	18.06±1.69	16-20 (18)	
	İl	16.86±3.88	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Köy**	7±2.74	2-10 (7)	0.055
	Kasaba	6.33±1.53	5-8 (6)	
	İlçe	5.25±2.72	2-10 (4.5)	
	İl	4.26±2.3	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Köy**	13.67±2.92	6-15 (15)	0.187
	Kasaba	13±1	12-14 (13)	
	İlçe	13.25±2.35	8-15 (14.5)	
	İl	13.68±2.39	3-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Köy**	94.11±11.13	80-108	0.658
	Kasaba	85±15.87	73-103	
	İlçe	96.38±12.84	78-113	
	İl	93.73±13.96	47-121	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05

Gelir durumu ile anlam, barış, FACIT-SP-12, çevresel güçlenme, psiko-spiritüel rahatlama, fiziksel ferahlama ve HKÖ-II arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0,05). Geliri giderinden az olan bireylerin; anlam, barış, FACIT-SP-12, fiziksel ferahlama, psiko-spiritüel rahatlama ve HKÖ-II, geliri giderine eşit ve fazla olanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0,001). Buna karşılık, çevresel güçlenme düzeyi, geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Aynı şekilde, geliri giderine eşit olan grubun da çevresel güçlenme düzeyi, geliri fazla olanlardan anlamlı biçimde daha yüksektir (p=0,001) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Gelir Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	**Min-Max (Median)**	**p**
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Gelir giderden az[1]**	7.61±3.24	3-18 (7)	0.578
	Gelir gidere eşit[2]	7.97±3.45	3-24 (8)	
	Gelir giderden fazla[3]	7.51±3.49	3-18 (8)	
Anlam	**Gelir giderden az[1]**	9±4.97	0-16 (12)	**0.020 * 1<2 1<3**
	Gelir gidere eşit[2]	11.04±4.11	1-16 (12)	
	Gelir giderden fazla[3]	10.92±4.58	0-16 (13)	
Barış	**Gelir giderden az[1]**	7.61±4.3	0-15 (8)	**0.001 * 1<2 1<3**
	Gelir gidere eşit[2]	10.08±4.03	0-16 (11)	
	Gelir giderden fazla[3]	9.73±4.4	0-16 (11)	
İnanç	**Gelir giderden az[1]**	9.68±3.46	2-16 (9)	0.376
	Gelir gidere eşit[2]	10.15±3.51	1-15 (10)	
	Gelir giderden fazla[3]	9.47±4.14	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Gelir giderden az[1]**	26.17±13.04	3-44 (28)	**0.015 * 1<2 1<3**
	Gelir gidere eşit[2]	32.02±11.29	2-48 (33)	
	Gelir giderden fazla[3]	30.57±12.48	0-47 (34)	

Tablo 4.11: Gelir Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması (Devamı)

		Ort±Ss	Min-Max	p
Fiziksel Ferahlama	**Gelir giderden az[1]**	11.39±4.23	4-20 (12)	**0.011* 1<2**
	Gelir gidere eşit[2]	13.41±4	4-20 (14)	
	Gelir giderden fazla[3]	13±3.29	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Gelir giderden az[1]**	16.19±3.69	7-20 (17)	0.098
	Gelir gidere eşit[2]	17.52±2.7	10-20 (18)	
	Gelir giderden fazla[3]	16.88±3.43	8-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Gelir giderden az[1]**	25.41±7.48	10-39 (26)	**0.001* 1<2**
	Gelir gidere eşit[2]	30.13±7.44	13-45 (30)	
	Gelir giderden fazla[3]	29.16±8.55	9-43 (30)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Gelir giderden az[1]**	16.56±4.21	4-20 (18)	0.844
	Gelir gidere eşit[2]	16.97±3.83	4-20 (18)	
	Gelir giderden fazla[3]	17.37±2.99	8-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Gelir giderden az[1]**	4.51±2.37	2-10 (4)	**0.005* 3<2**
	Gelir gidere eşit[2]	4.75±2.47	2-10 (5)	
	Gelir giderden fazla[3]	3.49±1.99	2-10 (2)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Gelir giderden az[1]**	13.54±2.62	3-15 (15)	0.870
	Gelir gidere eşit[2]	13.67±2.4	3-15 (15)	
	Gelir giderden fazla[3]	13.67±2.13	6-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Gelir giderden az[1]**	87.59±14.43	47-116 (90)	**0.001* 1<3**
	Gelir gidere eşit[2]	96.45±13.18	59-121 (98)	
	Gelir giderden fazla[3]	93.57±12.52	66-121 (97)	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05

Birlikte yaşanan kişilere göre MCKİ değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,05). Eşi grubunun MCKİ değerinin, anne/baba, yakınları/akrabaları, eşi ve çocuğu/çocukları olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Eşi ve çocuğu/çocukları grubunun MCKİ değerinin, anne/baba, yakınları/akrabaları olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Birlikte yaşanan kişilere göre FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p> 0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Yalnız[1]**	7.35±3.41	3-16 (7)	**0.001***
	Eşi[2]	9.04±3.72	3-24 (9)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	7.58±3.09	3-18 (8)	
	Anne/Baba[4]	4.88±2.17	3-9 (4.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	6.05±3.06	3-13 (5)	
	Diğer[6]	8.5±3.54	6-11 (8.5)	
Anlam	**Yalnız[1]**	11.24±3.9	2-16 (12)	0.727
	Eşi[2]	9.89±4.9	0-16 (12)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	10.67±4.29	0-16 (12)	
	Anne/Baba[4]	11.13±5.33	1-16 (13.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	11±4.53	1-16 (12)	
	Diğer[6]	13±0	13-13 (13)	
Barış	**Yalnız[1]**	9.94±4.15	1-15 (10)	0.720
	Eşi[2]	8.99±4.44	1-16 (9)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	9.54±4.19	0-16 (10)	
	Anne/Baba[4]	8.5±4.9	2-16 (8.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	10.05±4.43	0-16 (11)	
	Diğer[6]	12.5±0.71	12-13	
İnanç	**Yalnız[1]**	9.06±4.29	1-13 (10)	0.349
	Eşi[2]	9.7±3.13	1-15 (10)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	10.01±3.8	1-16 (10)	
	Anne/Baba[4]	9.13±4.12	3-16 (9)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	10.74±3.43	4-15 (13)	
	Diğer[6]	13.5±2.12	12-15	

Tablo 4.12: Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması (Devamı)

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Yalnız[1]**	31.35±10.5	7-44 (32)	0.692
	Eşi[2]	28.73±12.82	2-48 (31)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	30.73±12.03	0-48 (32.5)	
	Anne/Baba[4]	29.75±13.14	6-47 (34)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	32.47±12.09	7-46 (37)	
	Diğer[6]	39.5±0.71	39-40 (39.5)	
Fiziksel Ferahlama	**Yalnız[1]**	12.65±4.09	5-20 (13)	0.602
	Eşi[2]	12.92±3.64	4-20 (13)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	12.65±4.03	4-20 (13)	
	Anne/Baba[4]	15.38±4.84	6-20 (16.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	13.11±4.84	4-20 (13)	
	Diğer[6]	13.5±2.12	12-15	
Fiziksel Rahatlama	**Yalnız[1]**	17.53±3.24	7-20 (18)	0.684
	Eşi[2]	16.84±3.21	8-20 (18)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	17.04±3.16	8-20 (18)	
	Anne/Baba[4]	18.63±2.5	13-20 (20)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	17.26±2.94	11-20 (18)	
	Diğer[6]	17±4.24	14-20 (17)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Yalnız[1]**	29.35±8.06	13-44 (30)	0.930
	Eşi[2]	28.27±7.14	14-42 (28)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	28.92±8.26	10-45 (29)	
	Anne/Baba[4]	29.88±8.58	18-43	
	Yakınları/Akrabaları[5]	29±8.56	9-42 (29)	
	Diğer[6]	32.5±0.71	32-33 (32.5)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Yalnız[1]**	17.35±3.9	6-20 (19)	0.704
	Eşi[2]	16.63±3.71	4-20 (18)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	17.1±3.75	4-20 (18)	
	Anne/Baba[4]	15.38±5.63	8-20 (18.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	17.26±3.43	6-20 (18)	
	Diğer[6]	19±1.41	18-20 (19)	

Tablo 4.12: Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması (Devamı)

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Çevresel Güçlenme	**Yalnız**[1]	3.65±1.9	2-8 (3)	0.578
	Eşi[2]	4.77±2.52	2-10 (5)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	4.45±2.52	2-10 (4)	
	Anne/Baba[4]	4.38±1.69	2-6 (4.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	4.05±1.68	2-8 (4)	
	Diğer[6]	3±1.41	2-4 (3)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Yalnız**[1]	14.41±1.66	10-15 (15)	0.165
	Eşi[2]	13.77±2.23	6-15 (15)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	13.53±2.44	3-15 (15)	
	Anne/Baba[4]	12±4.11	3-15 (13.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	14.05±2.04	8-15 (15)	
	Diğer[6]	12.5±3.54	10-15 (12.5)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği	**Yalnız**[1]	94.94±14.35	64-115 (100)	0.974
	Eşi[2]	93.19±13.83	59-116 (93)	
	Eşi ve çocuğu/çocukları[3]	93.7±13.99	47-121 (96)	
	Anne/Baba[4]	95.63±18.17	62-121 (99.5)	
	Yakınları/Akrabaları[5]	94.74±11.49	72-112 (94)	
	Diğer[6]	97.5±6.36	93-102 (97.5)	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05

Egzersiz yapan bireylerin MCKİ puanları, egzersiz yapmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak bulunmuştur (p=0,002). Ancak, bu bireylerin anlam ve barış alt boyutları ile toplam FACIT-SP-12 puanları, egzersiz yapmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,001). İnanç alt boyutunda egzersiz yapanların puanları yüksek olsa da bu fark anlamlı değildir (p>0,05). Ayrıca egzersiz yapan bireylerin, fiziksel ferahlama (p=0,001), fiziksel rahatlama (p=0,002) ve psiko-spiritüel rahatlama (p=0,001) puanları da anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ancak psiko-spiritüel güçlenme, çevresel güçlenme ve sosyo-kültürel rahatlama açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Genel toplam puan incelendiğinde ise, egzersiz yapan bireylerin puanları egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir (p=0,001) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Egzersiz Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Yapıyor**	7.22±3.48	3-20 (6)	**0.002***
	Yapmıyor	8.32±3.25	3-24 (8)	
Anlam	**Yapıyor**	11.76±4.05	0-16 (13)	**0.001***
	Yapmıyor	9.43±4.58	0-16 (11)	
Barış	**Yapıyor**	10.79±4.06	0-16 (12)	**0.001***
	Yapmıyor	8.21±4.1	0-16 (8)	
İnanç	**Yapıyor**	10.14±3.7	1-15 (11)	0.157
	Yapmıyor	9.7±3.55	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Yapıyor**	33.71±11.45	0-48 (38)	**0.001***
	Yapmıyor	27.34±12	2-48 (30)	
Fiziksel Ferahlama	**Yapıyor**	13.87±3.71	5-20 (14)	**0.001***
	Yapmıyor	11.94±4.04	4-20 (12)	
Fiziksel Rahatlama	**Yapıyor**	17.78±2.7	8-20 (18)	**0.002***
	Yapmıyor	16.45±3.37	7-20 (17.5)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Yapıyor**	31.9±7.49	10-45 (33)	**0.001***
	Yapmıyor	26.06±7.2	9-42 (27)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Yapıyor**	16.51±3.92	5-20 (18)	0.055
	Yapmıyor	17.35±3.6	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Yapıyor**	4.31±2.36	2-10 (4)	0.418
	Yapmıyor	4.57±2.44	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Yapıyor**	13.58±2.22	6-15 (15)	0.260
	Yapmıyor	13.7±2.54	3-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Yapıyor**	97.96±12.87	62-121 (100)	**0.001***
	Yapmıyor	90.06±13.56	47-121 (91)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Bireylerin sağlık durumlarına göre FACIT-SP-12 ile HKÖ-II ve bu ölçeklerin ilgili alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılıklar belirlenmiştir (p=0,001). Sağlık durumunu "iyi" olarak değerlendiren bireylerin, anlam, barış, inanç, toplam FACIT-SP-12, fiziksel rahatlama, psiko-spiritüel rahatlama ve HKÖ-II puanları, sağlık durumunu "orta" olarak tanımlayanlara kıyasla anlamlı biçimde yüksektir (p<0,05). Aynı şekilde, bu "iyi" grubun, anlam, barış, inanç alt boyutları ve toplam FACIT-SP-12 puanları ile fiziksel ferahlama, psiko-spiritüel rahatlama ve HKÖ-II, sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendiren bireylerden anlamlı şekilde yüksektir bulunmuştur (p=0,001). Ayrıca sağlık durumunu "orta" olarak tanımlayan bireylerin de söz konusu tüm bu boyutlarda "kötü" değerlendirmesi yapan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır (p=0,001) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Sağlık Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**İyi**	7.37±3.25	3-18 (7)	0.121
	Orta	7.84±3.58	3-24 (7)	
	Kötü	8.46±2.92	3-13 (9)	
Anlam	**İyi**	12.97±2.72	0-16 (13)	**0.001***
	Orta	10.21±4.36	0-16 (12)	
	Kötü	7±5.03	0-15 (6)	
Barış	**İyi**	11.97±2.88	1-16 (12)	**0.001***
	Orta	9.05±4.12	0-16 (9)	
	Kötü	5.89±4.21	0-15 (6)	
İnanç	**İyi**	10.67±3.43	1-15 (12)	**0.001***
	Orta	9.98±3.59	1-16 (10)	
	Kötü	8.14±3.61	1-16 (9)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**İyi**	37.16±8.36	5-48 (40)	**0.001***
	Orta	29.42±12	0-48 (31)	
	Kötü	20.54±11.32	3-43 (21)	
Fiziksel Ferahlama	**İyi**	14.08±3.74	6-20 (14)	**0.001***
	Orta	12.96±3.76	4-20 (13)	
	Kötü	10.03±4.11	4-19 (9)	
Fiziksel Rahatlama	**İyi**	18±2.69	8-20 (19)	**0.005***
	Orta	16.7±3	10-20 (18)	
	Kötü	16.73±4.08	7-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**İyi**	34.56±5.67	18-44 (35)	**0.001***
	Orta	27.59±7.17	10-45 (28)	
	Kötü	22.24±7.08	9-35 (21)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**İyi**	16.95±3.72	5-20 (18)	0.342
	Orta	16.84±3.79	4-20 (18)	
	Kötü	17.41±3.87	6-20 (20)	
Çevresel Güçlenme	**İyi**	4.59±2.5	2-10 (4)	0.258
	Orta	4.23±2.29	2-10 (4)	
	Kötü	4.97±2.6	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**İyi**	13.42±2.38	6-15 (15)	0.450
	Orta	13.7±2.5	3-15 (15)	
	Kötü	13.86±1.96	8-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**İyi**	101.6±11.88	65-121 (103)	**0.001***
	Orta	92.01±12.75	59-121 (93)	
	Kötü	85.24±13.96	47-112 (87)	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi, ailesinde kronik böbrek hastalığı öyküsü olmayan bireylerde, ailesinde kronik böbrek hastalığı bulunan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p> 0,05). Ailede kronik böbrek hastalığı durumuna göre FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p> 0,05). (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Ailede Kronik Böbrek Hastalığı Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Yok**	7.9±3.51	3-24 (8)	0.619
	Var	7.58±3.16	3-18 (7)	
Anlam	**Yok**	10.4±4.61	0-16 (12)	0.520
	Var	10.84±4.2	0-16 (12)	
Barış	**Yok**	9.31±4.41	0-16 (10)	0.752
	Var	9.7±3.98	0-16 (11)	
İnanç	**Yok**	9.98±3.59	1-16 (10)	0.718
	Var	9.75±3.72	1-16 (10)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Yok**	30.12±12.43	0-48 (32)	0.792
	Var	30.9±11.55	3-48 (33)	
Fiziksel Ferahlama	**Yok**	12.63±4.23	4-20 (13)	0.233
	Var	13.35±3.41	4-20 (13)	
Fiziksel Rahatlama	**Yok**	17.13±3.01	7-20 (18)	0.979
	Var	16.97±3.42	8-20 (18)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Yok**	28.37±8.37	9-45 (29)	0.294
	Var	29.82±6.65	10-43 (29)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Yok**	17±3.77	4-20 (18)	0.764
	Var	16.85±3.8	4-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Yok**	4.44±2.48	2-10 (4)	0.708
	Var	4.46±2.25	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Yok**	13.66±2.54	3-15 (15)	0.249
	Var	13.59±2.04	6-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Yok**	93.23±14.33	59-121 (94.5)	0.380
	Var	95.05±12.54	47-121 (95)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen bireylerin MCKİ puanları, karşılayamayan bireylere kıyasla anlamlı biçimde düşük saptanmıştır (p=0,028; p<0,05). İhtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen bireylerin, anlam, barış ve toplam FACIT-SP-12 değerleri ile fiziksel ferahlama ve psiko-spiritüel rahatlama değerlerinin, ihtiyaçlarını bağımsız karşılayamayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek skorlar elde edilmiştir (p=0,001; p<0,05). Toplam puan açısından ise, ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen bireylerin puanları, karşılayamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Evde İhtiyaçları Bağımsız Karşılama Durumuna Göre Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	**Evet**	7.66±3.5	3-24 (7)	**0.028***
	Hayır	8.68±2.61	4-15 (8.5)	
Anlam	**Evet**	11.11±4.11	0-16 (13)	**0.001***
	Hayır	6.88±5.07	0-16 (6.5)	
Barış	**Evet**	9.96±4.06	0-16 (11)	**0.001***
	Hayır	6.06±4.12	0-13 (7)	
İnanç	**Evet**	10.06±3.58	1-16 (10)	0.062
	Hayır	8.94±3.79	1-16 (9)	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**Evet**	31.84±11.44	0-48 (34)	**0.001***
	Hayır	20.91±12.42	3-44 (19.5)	
Fiziksel Ferahlama	**Evet**	13.39±3.74	4-20 (13)	**0.001***
	Hayır	9.47±4	4-18 (8)	
Fiziksel Rahatlama	**Evet**	17.29±2.9	8-20 (18)	0.078
	Hayır	15.74±4.17	7-20 (16.5)	
Psiko-Spiritüel Rahatlama	**Evet**	29.95±7.52	9-45 (30)	**0.001***
	Hayır	21.65±6.27	10-36 (22)	
Psiko-Spiritüel Güçlenme	**Evet**	16.94±3.79	4-20 (18)	0.843
	Hayır	17±3.68	6-20 (18)	
Çevresel Güçlenme	**Evet**	4.48±2.42	2-10 (4)	0.569
	Hayır	4.21±2.28	2-10 (4)	
Sosyo-Kültürel Rahatlama	**Evet**	13.64±2.43	3-15 (15)	0.903
	Hayır	13.68±2.18	7-15 (15)	
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	**Evet**	95.7±13.22	59-121 (97)	**0.001***
	Hayır	81.74±11.12	47-101 (82)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Yaş ile MCKİ arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,603). Öte yandan yaş ile anlam (r=-0,247) ve psiko-spiritüel rahatlama (r=-0,248) puanları arasında negatif yönlü, zayıf fakat anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (p<0,01). Benzer biçimde, yaş ile barış (r=-0,169; p<0,01), FACIT-SP-12 (r=-0,198; p<0,01), fiziksel rahatlama (r=-0,15; p<0,05) ve HKÖ-II (r=-0,149; p<0,05) arasında da negatif ve çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Buna karşın, yaş ile psiko-spiritüel güçlenme (r=0,165; p<0,01) ve sosyo-kültürel rahatlama (r=0,144; p<0,05) puanları arasında pozitif yönlü ve çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkiler görülmüştür. Ancak yaş ile kronik böbrek hastalığı süresi, hemodiyaliz süresi, inanç, fiziksel ferahlama ve çevresel güçlenme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Kronik böbrek hastalığı süresi ile hemodiyaliz süresi arasında ise pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,557; p<0,01). Ancak kronik böbrek hastalığı süresi ile MCKİ, anlam, barış, inanç, FACIT-SP-12, fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama, psiko-spiritüel rahatlama, psiko-spiritüel güçlenme, çevresel güçlenme, sosyo-kültürel rahatlama ve HKÖ-II arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05). Aynı şekilde, hemodiyaliz süresi ile MCKİ, FACIT-SP-12 ve alt boyutları ile HKÖ-II ve alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Yaş, Kronik Böbrek Hastalığı Süresi, Hemodiyaliz Süresi ile Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Korelasyon Analizi

		Yaş	Kronik Böbrek Hastalığı Süresi	Hemodiyaliz Süresi
Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	r	**0.603***	-0.014	-0.01
	p	0.001	0.829	.874
Anlam	r	**-.247***	-0.028	-0.081
	p	0.001	.658	.201
Barış	r	**-.169***	-0.009	-0.033
	p	.007	.887	.600
İnanc	r	-.059	0.029	-0.051
	p	.356	.643	.424
Spritüel İyi Oluş Ölçeği	r	**-.198***	-0.034	-0.075
	p	0.002	.591	.233
Fiziksel Ferahlama	r	-0.097	0	-0.057
	p	.126	0.802	.365
Fiziksel Rahatlama	r	**-.150***	-0.035	0
	p	.017	.579	0.388
Psikospritüel Rahatlama	r	**-.248***	-0.08	-0.104
	p	0.001	.204	.100
Psikospritüel Güçlenme	r	**.165***	0.044	0.014
	p	.009	.489	.820
Çevresel Güçlenme	r	.079	-0.038	-0.059
	p	.213	.547	.348
Sosyokültürel Rahatlama	r	**.144***	0.046	0.082
	p	.023	.470	.194
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	r	**-.149***	-0.047	-0.067
	p	.018	.456	.290

Spearman's *p<0,05

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi ile psiko-spiritüel güçlenme arasında zayıf (r=0,209; p<0,01), çevresel güçlenme (r=0,16; p<0,05) ve sosyo-kültürel rahatlama (r=0,125; p<0,05) arasında ise çok zayıf düzeyde pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Buna karşılık MCKİ ile anlam, barış, inanç, FACIT-SP-12, fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama, psiko-spiritüel rahatlama ve HKÖ-II arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Anlam alt boyutu, barış (r=0,89), FACIT-SP-12 (r=0,924), inanç (r=0,583), HKÖ-II (r=0,597), psiko-spiritüel rahatlama (r=0,793), fiziksel ferahlama (r=0,255) ve fiziksel rahatlama (r=0,182) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (p<0,01). Ancak, psiko-spiritüel güçlenme, çevresel güçlenme ve sosyo-

kültürel rahatlama ile anlam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Barış ile inanç (r=0,589), FACIT-SP-12 (r=0,934), psiko-spiritüel rahatlama (r=0,809), HKÖ-II (r=0,657), fiziksel ferahlama (r=0,296) ve fiziksel rahatlama (r=0,211) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (p<0,01). Ancak barışın psiko-spiritüel güçlenme, çevresel güçlenme ve sosyo-kültürel rahatlama ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. İnanç boyutu ise FACIT-SP-12 (r=0,774), psiko-spiritüel rahatlama (r=0,5) ve HKÖ-II (r=0,308) ile pozitif yönde ilişkili bulunurken; diğer boyutlarla anlamlı bir ilişki göstermemiştir (p>0,05). FACIT-SP-12 ile psiko-spiritüel rahatlama (r=0,809) ve HKÖ-II (r=0,624) arasında pozitif ve güçlü ilişkiler saptanmıştır. Bunun yanında, fiziksel ferahlama (r=0,265) ve fiziksel rahatlama (r=0,181) ile de zayıf düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir. Diğer alt boyutlarla anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fiziksel ferahlama, HKÖ-II (r=0,567), psiko-spiritüel rahatlama (r=0,365) ve sosyo-kültürel rahatlama (r=0,203) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ancak, fiziksel rahatlama, psiko-spiritüel güçlenme ve çevresel güçlenme ile ilişkisi anlamlı değildir. Fiziksel rahatlama, psiko-spiritüel rahatlama (r=0,251) ve HKÖ-II (r=0,402) ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir; ancak diğer değişkenlerle anlamlı ilişki görülmemiştir. Psiko-spiritüel rahatlama, HKÖ-II ile çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir (r=0,822; p<0,01). Ancak diğer alt boyutlarla anlamlı ilişki bulunmamıştır. Psiko-spiritüel güçlenme, çevresel güçlenme (r=0,472), HKÖ-II (r=0,431) ve sosyo-kültürel rahatlama (r=0,264) ile pozitif ilişkiler göstermektedir. Çevresel güçlenme, sosyo-kültürel rahatlama (r=0,191) ve HKÖ-II (r=0,402) ile pozitif ve anlamlı ilişkilidir. Son olarak, sosyo-kültürel rahatlama ile HKÖ-II arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur (r=0,263; p<0,01) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Modifiye Charlson Komorbidite İndeks Ölçeği, Spritüel İyi Oluş Ölçeği, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5
1. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi	r	1.00				
	p	.				
2. Anlam	r	-0.068	1.00			
	p	0.28	.			
3. Barış	r	-0.06	**.890***	1.00		
	p	0.341	0	.		
4. İnanc	r	-0.023	**.583***	**.589***	1.00	
	p	0.72	0	0.001	.	
5. Spritüel İyi Oluş Ölçeği	r	-0.048	**.924***	**.934***	**.774***	1.00
	p	.450	0.001	0.001	0.001	.
6. Fiziksel Ferahlama	r	-0.112	**.255***	**.296***	0.122	**.265***
	p	.077	0.001	0.001	.054	0.001
7. Fiziksel Rahatlama	r	-.107	**.182***	**.211***	-.123	**.181***
	p	.091	.004	.001	.051	.004
8. Psikospritüel Rahatlama	r	0	**.793***	**.809***	**.500***	**.809***
	p	0.184	0.001	0.001	0.001	0.001
9. Psikospritüel Güçlenme	r	**.209***	0	0.031	-0.004	0.017
	p	.001	0.923	.621	.954	.792
10. Çevresel Güçlenme	r	**.160***	0.057	0	-0.005	0.065
	p	.011	.367	0.199	.933	.303
11. Sosyokültürel Rahatlama	r	**.125***	-0.078	-0.016	0	-0.071
	p	.049	.217	.795	0.269	.262
12. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II	r	-0.019	**.597***	**.657***	**.308***	**.624***
	p	.768	0.001	0.001	0.001	0

Spearman's *p<0,05

Tablo 4.19 incelendiğinde, FACIT-SP-12 düzeyini yordayan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=8,825$; $p<0,001$). Bağımsız değişkenler ile FACIT-SP-12 arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($R=0,498$, $p<0,001$). Ayrıca, modelde yer alan bağımsız değişkenler, FACIT-SP-12 ölçeği puanlarındaki toplam varyansın yaklaşık %24,8'ini açıklamaktadır ($p<0,01$). Regresyon katsayılarına göre, sağlık durumunu "iyi" olarak ifade eden bireylerin FACIT-SP-12 düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($\beta=0,240$, $p<0,001$). Bu bulgu, bireyin kendini sağlıklı hissetmesinin, FACIT-SP-12 üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermektedir (Tablo 4.19).

Tablo 4.20 incelendiğinde, HKÖ-II düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=18,443$; $p<0,001$). Bağımsız değişkenler ile HKÖ-II arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($R=0,678$, $p<0,001$). Regresyon modelinde yer alan bağımsız değişkenler, konfor düzeyine ilişkin toplam varyansın yaklaşık %45,9'unu açıklamaktadır ($p<0,01$). Regresyon analizine ait katsayılar incelendiğinde, FACIT-SP-12 ($\beta=0,552$, $p<0,001$) ve evde gereksinimlerini karşılama durumu ($\beta=4,549$, $p<0,001$) değişkenlerinin HKÖ-II düzeyi üzerinde pozitif ve anlamlı etkiler gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda, spiritüel iyi oluş düzeyi yükseldikçe hemodiyaliz konforunun da arttığı; ayrıca evde gereksinimlerini karşılayan bireylerin konfor düzeylerinin yapmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.19: Spritüel İyi Oluş Ölçeğine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi-Regresyon Analizi

		Univariable					Multivariable				
Model	**Değişkenler**	**B**	**S.Hata**	**Standart (B)**	**t**	**p**	**B**	**S.Hata**	**Standart (B)**	**t**	**P**
1	**Yaş**	-0.180	0.058	-0.191	-3.076	**0.001***	-0.038	0.058	-0.04	-0.653	0.514
	Ürik Asit	0.238	0.120	0.125	1.986	**0.048***	0.138	0.107	0.073	1.288	0.199
	Medeni Durum	-3.519	1.608	-0.137	-2.189	**0.03***	-1.281	1.516	-0.05	-0.845	0.399
	Egzersiz Durumu	6.373	1.484	0.263	4.294	**0.001***	-1.318	1.558	-0.054	-0.846	0.398
	Evde İhtiyaç Karşılama Durumu	10.932	2.135	0.309	5.120	**0.001***	-4.316	2.338	-0.122	-1.846	0.066
	Gelir Durumu-Gelir Giderden Az	-5.482	1.778	-0.192	-3.083	**0.002***	-1.523	2.162	-0.053	-0.704	0.482
	Gelir Durumu-Gelir Giderden Eşit	3.854	1.532	0.157	2.516	**0.013***	1.821	1.81	0.074	1.006	0.315
	Sağlık Durumu-İyi	9.591	1.578	0.359	6.077	**0.001***	6.412	1.633	0.24	3.926	**0.001***
F=8.825, R=0,498, R2=0.248, *p<0.05											

Tablo 4.20: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi-Regresyon Analizi

		Univariable					Multivariable				
Model	**Değişkenler**	**B**	**S.Hata**	**Standart (B)**	**t**	**p**	**B**	**S.Hata**	**Standart (B)**	**t**	**P**
1	**Spritüel İyi Oluş Ölçeği**	0.700	0.057	0.616	12.355	**0.001***	0.552	0.062	0.486	8.85	**0.001***
	Total Demir Bağlama Kapasitesi	0.042	0.017	0.154	2.454	**0.001***	0.02	0.014	0.073	1.467	0.144
	Yaş	-0.187	0.067	-0.176	-2.815	**0.001***	0.023	0.057	0.022	0.412	0.681
	Egzersiz Durumu	7.897	1.674	0.287	4.719	**0.001***	-0.512	1.548	-0.019	-0.331	0.741
	Evde İhtiyaç Karşılama Durumu	13.961	2.390	0.347	5.841	**0.001***	4.549	2.289	0.113	1.987	**0.048***
	Sağlık-İyi	10.996	1.790	0.363	6.144	**0.001***	4.77	2.53	0.157	1.885	0.061
	Sağlık-Orta	-4.086	1.739	-0.147	-2.350	**0.001***	0.302	2.094	0.011	0.144	0.885
	Gelir-Düşük	-8.120	1.992	-0.250	-4.077	**0.001***	-1.904	2.128	-0.059	-0.895	0.372
	Gelir-Eşit	6.142	1.718	0.221	3.575	**0.001***	1.891	1.744	0.068	1.085	0.279
	Eğitim-Okuryazar Değil	-9.335	2.447	-0.235	-3.814	**0.001***	-2.078	2.148	-0.052	-0.967	0.334
F=18.443, R=0.678, R2=0.459, *p<0.05											

Tablo 4.21 incelendiğinde, spritüel iyi oluşun hemodiyaliz konfor üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen basit lineer regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=152.640, p<0,001). Spritüel iyi oluş ile hemodiyaliz konfor arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir (R=0,616, p<0,001). Modelde yer alan bağımsız değişken hemodiyaliz konfor yordanmasını toplam varyansın %38'ini açıklamaktadır (p<0,01). Regresyon katsayıları incelendiğinde spritüel iyi oluş (β=0,616, p<0,001) değişkenin hemodiyaliz konfor üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; spritüel iyi oluş artığında hemodiyaliz konfor değerinin de arttığı görülmüştür.

Tablo 4.21: Spritüel İyi Oluş Ölçeğinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II Yordanması ile İlgili Basit Lineer Regresyon Analizi Bulguları

		Univariable				
Model	**Değişkenler**	**B**	**S. Hata**	**Std (B)**	**t**	**p**
1	**Spritüel İyi Oluş Ölçeği**	0.700	0.057	0.616	12.355	**0.001***
***p<0.05**						

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Kronik böbrek hastalığında renal replasman tedavisi için en yaygın olarak hemodiyaliz yöntemi tercih edilmektedir (Akça ve Baykan, 2024). Ancak bu kadar yaygın şekilde uygulanan hemodiyaliz tedavisi, birçok olumlu sonuçlarının yanında çeşitli sorunlar ve komplikasyonlar da yaratabilmektedir (Tabiee vd., 2017). Bütün bu unsurlar, bireylerin kendine bakım yeteneklerini, günlük faaliyetlerini ve konforlarını olumsuz bir biçimde etkilemektedir (Demir ve Özer, 2022). Aynı zamanda bireyler, bu sınırlayıcı tedavi yöntemlerine uymakta zorluk çekmelerinin yanı sıra bağımlılık, ölüm gibi kavramlarla yüz yüze gelmekte ve karşılaştıkları bu zorlu koşullarda destek ve huzur bulmak amacıyla manevi değerlere ve inançlarına sarılmaktadırlar (Ayık ve Karabulutlu, 2020; Ok ve Işıl, 2019).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda spiritüel iyi oluşun konfor üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada çalışmaya katılım sağlayan hastaların FACIT-SP-12 ve alt boyutlarının puanları üzerinden yapılan değerlendirmede; FACIT-SP-12 en yüksek boyutu anlam alt boyutu, en düşük boyutu inanç alt boyutu olup barış alt boyutuna nispeten biraz daha yüksek bulunmuştur. FACIT-SP-12' nin ölçüm puanı 0 ile 48 arasında değişiklik göstermektedir. Yüksek ölçek değerleri, artan spiritüel iyi oluşu gösterir (Aktürk vd., 2017). Bulgular neticesinde FACIT-SP-12 orta seviyede değerlendirilmiştir. FACIT-SP-12' nin orta düzeyde olması hemodiyaliz hastalarının manevi yaşamla ilgili bazı ihtiyaçlarının karşılandığını ancak durumun tüm boyutlarda yeterli düzeyde gerçekleşmediğini düşündürmektedir. FACIT-SP-12’ nin anlam, barış ve inanç değerlerinin orta seviyede yer alması, hastaların yaşamda bir anlam bulma, içsel huzura ulaşma ve dini inançlara yönelme konularında desteklenmelerinin gerekli olduğunu göstermektedir. Kılıç' ın (2024) 188 hemodiyaliz hastası üzerinden yaptığı çalışmasında, spiritüel iyilik düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Bahar’ın (2023) çalışmasında, anlam, barış ve inanç değerleri orta düzeyde olduğu görülmüştür. Pilger ve arkadaşlarının (2017) Brezilya' da gerçekleştirdiği çalışmasında yaşlı hemodiyaliz hastalarının spiritüel iyi oluş düzeyleri orta düzeyde bulunmuş olup özellikle anlam ve inanç alt boyutlarında farklılıklar

olduğunu raporlamışlardır (Pilger vd., 2017). Manevi iyilik hali ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için 95 hemodiyaliz hastasıyla yapılan bir başka çalışmada hastaların %52,6 sının spiritüel iyilik düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür (Taheri-Kharameh, 2016). 367 hemodiyaliz hastasının katıldığı kesitsel bir çalışmada, hastaların çoğunun nispeten yüksek toplam maneviyat değerlerine sahip olduğunu, ortalama alt boyut puan değerlerine bakıldığında anlam alt boyutu en yüksek, inanç ve huzur alt boyutu en düşük olarak değerlendirilmiştir (Fradelos, 2021). Yine Çetin' in (2024) 120 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmasında hem hemodiyaliz hastalarının hem de böbrek nakil hastalarının spiritüel iyilik düzeyinin yüksek düzeyde saptandığını ancak transplantasyon yapılan hastalarda bu düzeyin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar, ulusal ve uluslararası çalışmalarda bildirilen bulgularla büyük ölçüde örtüşmektedir. Bu düzey, hastaların inanç ve manevi uygulamalardan kısmen güç ve huzur bulduklarını ancak yaşam amacı ve anlam gibi daha derin manevi ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, spiritüel destek programlarının uygulanması, hastaların tedavi süreçlerine daha etkin bir şekilde uyum sağlamalarına destek olarak klinik sonuçları iyileştirmektedir (Bahadır-Yılmaz vd., 2023). Spiritüel iyi oluş ve alt kategorilerindeki farklılıklar; yaş aralığı, kültürel değerler, dini uygulamaların özellikleri ve bireylerin psikolojik hallerinin etkisinden doğabilir.

Çalışmamızda yapılan analizler doğrultusunda, spiritüel iyi oluşu etkileyen faktörler arasında cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, egzersiz yapma, sağlık durumu, evde ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilme ve yaş yer almaktadır. Kadınlar, evliler, düzenli egzersiz yapanlar, gelir durumu iyi olanlar, sağlığını iyi değerlendiren ve ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça spiritüel iyi oluş düzeyinde ise hafif bir düşüş gözlenmiştir. Yunanistan' da diyalize giren hastalarla yapılan bir çalışmada, evli bireylerin toplam spiritüel iyi oluş puanlarının evli olmayanlara oranla daha yüksek olduğu, ayrıca eğitim düzeyi arttıkça spiritüel iyi oluşun belirgin biçimde yükseldiği raporlanmıştır. Bu bulgu, bireylerin yüksek eğitim yoluyla edindiği bilişsel becerilerin ve evlilikle sağlanan sosyal desteğin, yaşamı anlamlandırma sürecine katkı sağlayabileceğini ortaya koymaktadır (Fradelos, 2021). Literatürde, kadınların genellikle dini/spiritüel faaliyetlere daha fazla katılım gösterdiği ve manevi iyi oluş düzeylerinin erkeklere göre yüksek olduğunun yaygın bir bulgu olduğu ifade edilmiştir (Reig-Ferrer, 2012).

Tayland' da kronik böbrek hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kadın hastaların özellikle inanç ve huzur boyutlarında erkeklere göre daha yüksek spiritüel iyi oluş puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Cheawchanwattana vd., 2015). Eşlik eden hastalığı az olan (komorbidite) yani genel sağlık durumu daha iyi olan hastaların spiritüel iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların güncel aktivite düzeyi arttıkça, spiritüel iyi oluşun tüm alt boyutlarında anlamlı düzeyde artış olduğu görülmüştür (Fradelos, 2021). Li ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada fiziksel semptom yükü ve depresyonu daha az olan hemodiyaliz hastalarının spiritüel iyi oluş puanlarının belirgin şekilde yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bu veriler, kişinin kendini daha sağlıklı ve aktif hissetmesinin ruhsal olarak da daha güçlü ve umutlu olmasına zemin hazırladığını desteklemektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, yaş ilerledikçe, spiritüel deneyimlerin ve inançların biraz daha artma eğiliminde olduğu, bu artışın çok belirgin olmamakla birlikte, kültürel bağlam, dini uygulama gelenekleri gibi farklı etkenlerin etkili olabileceği ifade edilmiştir (Derasin, 2024). Kılıç (2024) çalışmasında, kadın, yaşı 75 ve üzeri olan, evli ve herhangi bir işte çalışmayan bireylerin spiritüel iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Pilger ve arkadaşları (2017), sağlık durumu ve sosyal desteğin spiritüel iyilik düzeyi üzerinde etkisini ortaya koymuştur. Bahadır- Yılmaz ve arkadaşları (2023) çalılmalarında, 50 yaş ve üzeri, çocuklu, evli, sosyal güvencesi olan ve yakınlarından sosyal destek alabilen bireylerin daha yüksek manevi iyilik düzeyine sahip olduklarını ortaya koymuştur. Sosyodemografik değişkenler açısından, literatürdeki araştırmalar büyük oranda benzer eğilimler sergilemektedir. Eğitim seviyesi, medeni durum, ekonomik koşullar gibi unsurların manevi iyi oluş veya onun etkileri üzerinde rol oynayabileceği sıklıkla rapor edilmiştir (Fradelos, 2021). Bahar' ın (2023) çalışmasında spiritüel iyi oluş düzeyi arttıkça depresif belirtilen azaldığını, hemodiyaliz hastalarında spiritüel iyi oluşun desteklenmesinin depresyonu azaltacağını dolayısıyla bu durumun hastalarda daha iyi sağlık sonuçlarını doğuracağını ifade etmiştir. Sağlık durumunun iyi olması, hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ya da kronik hastalığı olan bireylerde spiritüel iyi oluş düzeyini artıran önemli bir etken olarak kabul edilebilir. Bu durum hem hemşirelik hizmetlerinde hem de psikososyal desteklerde dikkate alınmalıdır. Günlük klinik hizmetlerde spiritüel değerlendirme ve desteğin dahil edilmesi hasta sonuçlarını iyileştirebilir (Fradelos, 2021).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin karşılaştığı semptom ve komplikasyonlar, gündelik yaşam faaliyetlerindeki değişim nedeniyle konfor seviyelerini olumsuz etkileyebilir (Kılıç, 2024). Konfor, sıkıntısız olma hali olarak tanımlanır ve hastanın yaşam kalitesi ile iyileşme sürecini olumlu şekilde etkileyen önemli bir gereksinimdir. Yüksek konfor düzeyi, stresle baş etmeyi ve iyileşmeyi destekler (Büyükbakırcı, 2023). Bu çalışmada HKÖ-II 'den alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 130 (Koşar ve Çınar, 2022) olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızda hastaların konforları orta düzeyde saptanmıştır. Ayrıca psiko-spiritüel rahatlama alt boyutu diğer alt boyutlara göre yüksek, çevresel güçlenme alt boyutu diğer alt boyutlara göre en düşük tespit edilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikospiritüel rahatlama düzeylerinin yüksek olması, ruhsal sağlığı destekleyerek tedaviye uyumlarını artırabilir. Ayrıca, düşük çevresel güçlenme puanları, fiziksel çevre, dış destek sistemleri ve sosyal kaynaklara erişimde yetersizlik yaşandığını dolayısıyla bu unsurların iyileştirilmesi gerektiğini göstermekte ve hemşirelikte bu alana yönelik stratejilerin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Kavala ve Tokatlıoğlu, 2023; Şahin ve Pakyüz, 2021). Literatür taramaları hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin genellikle orta seviyede olduğunu ortaya koymaktadır (Estridge vd., 2018; Gülay vd., 2020; Turan, 2023; Turgay vd., 2020). Yapılan bir çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin konfor düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu ve yaşanan semptomların konfor üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu ortaya konmuştur (Dikmen ve Aslan, 2020). Çalışkan ve Pakyüz 'ün (2019) çalışmasına göre, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların kaşıntı şikayetinin yanı sıra konfor düzeyine ilişkin puan ortalaması, hemodiyaliz tedavisi almayan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Santos ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada hastaların konfor düzeyi %78,16 bulunmuş; en yüksek konfor psikospiritüel, en düşük ise sosyo-kültürel alanda saptanmıştır. Medeni durum, eğitim ve kaygı düzeyinin konfor alanlarıyla anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiş; bu bulgular hemşirelerin hastaların konfor ihtiyaçlarını belirleyerek sağlıklarını desteklemesine katkı sağlamaktadır (Santos vd., 2020). Bulgular, literatürle genel olarak uyumlu olmakla birlikte, çalışmalar arasında ortaya çıkan farklı sonuçlar; örneklem büyüklüğü, çalışma ortamı, dönemsel koşullar ve bireylerin sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklı olabilir. Belirtilen bu değişkenler, hastaların konfor algısını ve ölçek puanlarını doğrudan etkileyerek sonuçlarda çeşitlilik oluşturmuştur. Orta düzeyde konfor, hemodiyaliz hastalarının sürekli rahatsızlık yaşamadıklarını ancak fiziksel ve psikososyal stresörler nedeniyle

yüksek konfora da ulaşamadığını göstermektedir (Bilgiç ve Pamuk Cebeci, 2022; Dikmen ve Aslan, 2020). Kronik semptom yükü ve yaşam tarzı kısıtlamalarının yaşam kalitesi ile rahatlık algısını olumsuz etkilediği, ancak baş etme stratejileri ve semptom yönetimiyle belirli bir rahatlık sağlanabildiği bildirilmektedir (Gülay vd., 2020). Literatürde, hemşirelik girişimleriyle konfor düzeyinin artırılabildiği ve orta düzey konforun geliştirilebileceği vurgulanmaktadır (Bilgiç ve Pamuk Cebeci, 2022).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin konfor seviyesinin ve buna etki eden unsurların tespit edilmesi, konforu artırıcı hemşirelik ugulamalarının hazırlanması ve hayata geçirilmesi açısından son derece önem taşımaktadır (Seçil vd., 2024). Bu çalışmada konfor düzeyine etki eden faktörler arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, egzersiz yapma, sağlık durumu, evde ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilme ve yaş yer almaktadır. Kadınlar ve evli bireylerde bazı konfor alt boyutları daha düşük bulunurken, düşük eğitim ve gelir düzeyinde çevresel güçlenme daha yüksek, genel konfor daha düşüktür. Egzersiz yapan, sağlığı iyi olan ve ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen bireylerin konfor düzeyi daha yüksektir. İleri yaşın genel konfor düzeyini olumsuz etkilediği aynı zamanda yaş arttıkça konforun bazı boyutlarında azalma, bazılarında ise hafif artış olduğu görülmektedir. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarının konfor düzeylerine ilişkin yürütülen bir çalışmada ileri yaş hemodiyaliz hastalarının gençlere kıyasla daha düşük konfor düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (Melo vd., 2019). Yunanistan' da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek hastaların düşük eğitimlilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu; buna karşın finansal durumu düşük olanların orta ve yüksek gelir grubundakilere göre daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır (Floria vd, 2022). Bu bulgu, yüksek eğitimli ve maddi durumu iyi olan hastaların tedavi sürecini daha iyi yönetebildiğini, finansal zorluk yaşamayanların daha az stres altında olduğunu ve dolayısıyla konfor düzeylerinin arttığını düşündürmektedir. Santos ve arkadaşlarının (2020), Yanmış ve Mollaoğlu' nun (2024), Melo ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi alan erkek bireylerin kadınlara göre konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Estridge ve arkadaşları (2018) çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi gören kadınların, erkeklere kıyasla daha rahat ve huzurlu hissettiklerine vurgu yapmıştır. Bu araştırmanın bulgularına dayanarak, hemodiyaliz uygulamasının cinsiyet ayrımı gözetmeksizin bireylerin konfor seviyelerini etkilediği ifade edilebilir. Ateş' in (2022) çalışmasında konfor

seviyesine, eğitim durumu, gelir düzeyi, bakım konusunda destek alma, KBH dışında başka kronik hastalık varlığı, hemodiyaliz süreleri faktörlerinden etkilendiği görülmüştür. Kaya' nın (2022) Balıkesir' de 102 hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği araştırmada, egzersiz alışkanlığı ile yaşam kalitesi arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiş, araştırmada, egzersizin yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır. Ancak, hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğu egzersiz yapmaya istekli değildir. Çalışmamızda hastaların %52,6' sı egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Taş ve Akyol (2017) çalışmasında, hemodiyaliz hastalarının %59' unun fiziksel olarak aktif olmadığını, sedanter bir yaşam tarzı sürdürdüklerini belirtmiştir. Türkiye' de yapılan bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarının en sık yaşadığı stresörlerin yorgunluk, sıvı kısıtlaması gibi faktörlerle birlikte günlük işlerde başkalarına bağımlılık olduğu; ayrıca hastalığa bağlı stres düzeyi arttıkça konfor düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (Bilgiç ve Pamuk Cebeci, 2022). Bu bulgular, kendi işini görebilen, düzenli egzersiz yapabilen, günlük yaşamını bağımsız sürdürebilen hastaların daha az stres yaşayıp daha yüksek konfor hissedebildiğini desteklemektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz, spiritüel iyi oluşun ve egzersiz yapmanın hemodiyaliz HKÖ-II ve FACIT-SP-12 üzerindeki olumlu etkileri, bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, diyaliz tedavisi alan bireyler için fiziksel aktivitenin birçok avantajı göz önünde bulundurulduğunda, egzersiz planlarının oluşturulması ve hastaların bu planlara dahil olmalarının teşvik edilmesi gerektiğini göstermektedir (Akkoyun, 2021; Has ve Bahçecik, 2024; Taş ve Akyol, 2017).

Çalışmamızda FACIT-SP-12 ile HKÖ-II arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Spiritüel iyilik hali yüksek olan bir hastanın, manevi olarak kendini daha huzurlu ve rahat hissetmesi beklenir; bu da konforun psikospiritüel yönünü doğrudan artırabilir. Çalışmamızdaki bulgu, literatürde doğrudan incelenmiş olmasa da benzer ya da dolaylı araştırma sonuçlarıyla desteklenmektedir. İnmeli hastalarla yapılan bir çalışmada, spiritüel boyutun konforun alt boyutlarından olması ve bu alandaki pozitif yönde bir artışın bireyin konforunu da olumlu biçimde artıracağı öngörülmüştür (Bozoğlan, 2022). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla gerçekleştirilen bir başka çalışmada, yaşlıların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile konforları arasında pozitif bir ilişki olduğu, spiritüel iyiliği yüksek olanların konfor düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle yaşlı bireylerin konforlarının artırılması için spiritüel

iyiliklerinin desteklenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz, 2019). Kılıç'ın (2024) çalışmasında hemodiyaliz hastalarında spiritüel iyilik düzeyinin artmasıyla uyum ve konfor düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Kanser hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada kilise tarafından ziyaret edilen kanser hastalarının %77,4' ünün ruhsal iyilik haline ve %50 oranında yüksek konfor seviyesine sahip olduğu, dolayısıyla spiritüel iyilik hali ile konfor düzeyi arasında pozitif yönde ilişki bulunduğu ifade edilmiştir (Watania vd., 2021). Yılmaz ve arkadaşlarının (2025) abdominal drenajı olan jinekolojik kanser tanılı bireylerle yürüttükleri araştırmalarında, manevi bakım ihtiyacı ile konfor arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır; manevi bakım ihtiyacı yüksek olan bireylerde konfor düzeyi daha düşük çıkmıştır. Araştırmacılar bunu bireysel dini algılar, tanı sonrası psikolojik süreçler ve sosyal destek eksiklikleriyle açıklamaktadır. Meneguin ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmış bir çalışmada, yoğun bakım hastalarının yakınlarında konfor düzeyinin düşük olduğu ve dini-spiritüel başa çıkma stratejilerinin sınırlı kullanıldığı saptanmıştır. Konfor düzeyi hastanede kalış süresi arttıkça yükselirken, dini-spiritüel başa çıkma düzeyi azalma eğilimi göstermiştir. Konfor düzeyiyle ilişkili bu durum, hasta yakınlarının iyileşme ve taburculuk gibi düşüncelerinin algılanan konfor düzeyini artırabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Aktürk ve Erci' nin (2025) çalışmasında, kalp yetmezliği ve KOAH hastalarında spiritüel iyi oluş ile konfor ilişkisi incelenmiştir. Kalp yetmezliği grubunda manevi inançların konfora katkısı %13,7 iken, KOAH gurubunda bu oran %0,19 olarak bulunmuştur. Özellikle ölüm korkusu yaşayan hastalarda karşılanmayan manevi inançların konforu olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir. Her iki grupta da psikolojik inançlar ve demografik etkenlerin konfor üzerinde daha etkili olduğu ifade edilmiştir. Karatay'ın (2019) çalışmasında, ebeveynlere sağlanan manevi desteğin ve spiritüel konularda yapılan bilgilendirmenin, onların spiritüel iyi oluşlarını güçlendirdiği ve bu durumun konforlarını olumlu yönde etkilediği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, yaşadıkları zorluklarla baş etmede desteklenen ebeveynlerin konfor düzeylerinde artış gözlenebileceği de çalışmada vurgulanmıştır. Çalışmalar bazı bireylerde yüksek manevi ihtiyaç konfor düşüklüğüne, bazılarında ise yüksek spiritüel iyilik hali artan konfora işaret etmektedir. Literatürde spiritüel iyi oluş ile konfor arasındaki ilişkinin farklı yönde bulunmasının nedeni, örneklem profili, hastalık evresi, psikolojik durumlar, bireysel manevi algılar ve çevresel koşullardaki farklılıklarla açıklanabilir. Konfor, bireyin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel ihtiyaçlarının karşılandığı kapsayıcı bir durumdur; iyilik hali ise daha çok psikolojik

ve spiritüel boyutlara yoğunlaşan öznel bir deneyimdir. Literatürde bu iki kavram birbirinin yerine geçebilen terimler olmayıp, ortak yönleri bulunsa da farklı boyutlara vurgu yaparlar. Kavram analizlerinde konfor daha bütüncül bir deneyim olarak tanımlanırken, iyi oluş daha çok ruhsal ve psikolojik boyutlarla ilişkilendirilmiştir Her iki terim, bireylerin algısına ve kişisel tecrübelerine dayanmakla birlikte, konfor, hemşirelik uygulamaları içinde somut müdahalerle sağlanırken; iyilik hali, bireysel yaşam memnuniyeti ve içsel huzurla ilişkilidir (Pinto vd., 2017). Çeşitli çalışmalar, bireyin spiritüel inanç ve değerlerinde güçlenmesinin, psikolojik dayanıklılığı artırarak stres düzeyini azalttığını ve konfor algısını olumlu etkilediğini göstermektedir. Özellikle yaşamın zorlu dönemlerinde inanç temelli baş etme stratejileri, bireyin anlam arayışını ve içsel dengesini destekleyerek fiziksel ve psikospiritüel rahatlamaya katkı sağlar (Aktürk ve Erci, 2025). Nitekim spiritüel gereksinimlerin karşılanması bireyin umut, anlam ve iç huzur duygularını pekiştirerek yaşam kalitesini yükseltmektedir (Arslan ve Konuk Şener, 2009). Çeşitli kültürlerde gerçekleştirilen araştırmaların ortak noktası, spiritüel açıdan daha güçlü olan hastaların tedavi sürecine daha iyi uyum sağladığı, psikososyal sıkıntılarla daha iyi başa çıktığı ve kendilerini daha rahat hissettikleridir (Musa vd., 2018; Pilger vd., 2017). Dolayısıyla spiritüel iyiliği yüksek olan bireylerin konfor düzeyleri de artmaktadır. Bu sebeple, hastaların konforunu artırmak için spiritüel iyi oluşlarının desteklenmesi gerekmektedir (Watania vd., 2021; Yılmaz, 2019). Manevi ihtiyaçların karşılanmasının konfor üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceğini, özellikle yaşam sonu korkusu yaşayan hastalarda daha fazla ön plana çıktığını göstermektedir (Aktürk ve Erci, 2025). Spiritüel konfor, bireyin kendisiyle, çevresiyle ve aşkın bir varlıkla kurduğu anlamlı etkileşimler sonucu ortaya çıkan, iç huzur ve desteklenmişlik hissiyle karakterize edilen bir durumdur. Bu doğrultuda, bütüncül ve hasta merkezli bakımın bir parçası olan spiritüel bakım yaklaşımları, bireyin manevi ihtiyaçlarını karşılayarak ruhsal denge ve konfor düzeyini artırmada önemli rol oynamaktadır (Tavares vd., 2022). Hemşirelik bakımında yalnızca manevi bakım değil, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel tüm düzeylerde konforun sağlanması da hastanın yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır (Zaman ve Ergin, 2024). Bu kapsamda, psikospiritüel konforu hedefleyen bütüncül hemşirelik müdahaleleri, hastanın yalnızca duygusal iyilik halini desteklemekle kalmayıp, aynı zamanda tedavi sürecine uyumuna kolaylaştırmaktadır (Arslan ve Konuk Şener, 2009).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada FACIT-SP-12 ve alt boyutlarının puanları üzerinden yapılan değerlendirmede; FACIT-SP-12’ nin en yüksek boyutu anlam, en düşük boyutu inanç veya barış olarak belirlendi. Hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri orta seviyede bulunmuştur.

Çalışmamızda HKÖ-II ve alt boyutlarının puanları üzerinden yapılan değerlendirmede; HKÖ-II' nin en yüksek boyutu psikospiritüel rahatlama, en düşük boyutu çevresel güçlenme olarak bulundu. Hastaların konfor düzeyi orta seviyede bulunmuştur.

Hastalarda FACIT-SP-12 ve alt boyutlar ile HKÖ-II ve alt boyutlarını etkileyen unsurlar cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir durumu, egzersiz durumu, sağlık durumu, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu, yaş olarak tespit edilmiştir.

HKÖ-II ile FACIT-SP-12 arasında güçlü pozitif ilişki belirlenmiştir. Hastaların spiritüel iyilik hali arttıkça konfor düzeyi artmaktadır.

Bu bulgular doğrultusunda

- Bireylerin yaşamlarında anlam ve amaç duygusunu güçlendirmek için, kendi inançları, değerleri ve yaşam anlayışları üzerine düşünmeleri ruhsal dayanıklılıklarını artırabileceğinden, bu sürecin desteklenmesi,

- Bireylerin içsel huzurunu ve psikolojik dengesini güçlendirmeye katkı sağlamak için inanç, dua, meditasyon ve doğayla temas gibi bireysel manevi uygulamaların desteklenmesi,

- Egzersiz ve bağımsız yaşam becerileri hem konforu hem de spiritüel iyi oluşu desteklediğinden bu alanlarda hastaların fiziksel kapasitelerine uygun şekilde düzenli egzersiz yapmaları ve günlük yaşamda bağımsız hareket edebilme becerisinin desteklenmesinin teşvik edilmesi,

- Bireylerin spirütüel iyi oluş ve konfor durumlarının değerlendirilmesi,

- Hemodiyaliz tedavisi sürecinde bulunan bireylerin spiritüel iyilik halleri ile konfor seviyeleri arasındaki bağlantının bütünsel bir bakış açısıyla incelenmesine yönelik çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu anlaşılmaktadır. Farklı kültürel ve sosyoekonomik ortamları kapsayan çok merkezli, büyük ölçekli çalışmaların yapılması, uzun dönemli takipler ile spiritüel iyi oluş ve konfor arasındaki ilişkinin zaman içindeki değişimin araştırılması, çalışmanın farklı ve daha büyük örneklem grubunda tekrarlanması, her iki kavramı bir araya getiren araştırmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Abatay, S. N., Akyol, A. D. (2024). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde sıvı kontrolüne uyum ile hastalık semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *19*(1), 1-17.

Abeywickrama, H. M., Wimalasiri, S., Koyama, Y., Uchiyama, M., Shimizu, U., Kakihara, N., ..., Nanayakkara, N. (2020). Quality of life and symptom burden among chronic kidney disease of uncertain etiology (CKDu) patients in Girandurukotte, Sri Lanka. *International journal of environmental researc hand public health*, *17*(11), 4041. Doi: 10.3390/ijerph17114041.

Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: Systematic review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilition*, *27*(11), 2777–2797. Doi:10.1007/s11136-018-1906-4.

Akbal, Y., Nural, N. (2021). İntradiyalitik komplikasyonlarda hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri*,*1*, 56-62.

Akça, N. K., Baykan, S. (2024). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ağrı ve konfor düzeyi arasındaki ilişki/the relationship between pain and comfort in patiens receiving hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *19*(2), 63-72.

Akkoyun, M. E. (2021). *Hemodiyaliz Hastalarında Egzersiz Engellerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Akpınar, Y. Y., Aşti, N. (2021). Maneviyat, manevi bakım ve manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *2*(3), 127-140.

Aktürk, Ü., Erci, B., Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the spiritual well being scale. Palliat Support Care, 15:684-692.

Aktürk, U., Erci, B. (2025). The effect of spiritual well-being scale level on general comfort in patients with two different chronic diseases (HF, COPD). *Acta Scientiarum. Health Sciences*, *47*, e66756.

Albayrak, F. (2022). *Hemodiyaliz Hastalarında Konfor ve Yaşam Kalitesi.* Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Alemdar, H., Pakyüz, S. Ç. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10*(2), 19-30**.**

Al-Ghabeesh, S. H., Alshraifeen, A. A., Saifan, A. R., Bashayreh, I. H., Alnuaimi, K. M., Masalha, H. A. (2018). Spirituality in the lives of patients with end-stage renal disease: A systematic Review. *J Relig Health* 57,2 461–2477 (2018). Doi: 10.1007/s10943-018-0622-2.

Alpay, Y. (2024). *Ayaktan Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali, Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Alradaydeh, M. F., Khalil, A. A. (2018). The association of spiritual well-being and depression among patients receiving hemodialysis. *Perspectives in psychiatriccare, 54*(3), 341-347. Doi:10.1111/ppc.12249.

Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1), 51-58.

Ashar, B. H., Miller, R. G., Sisson, S. D. (2019). Kronik böbrek hastalığı ve son dönem böbrek hastalığı. Akçay, T., Ulucan, K. (Ed.). İç hastalıkları (s. 298-299) içinde. Nobel Tıp Kitabevleri.

Ateş, F. (2022). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.

Ateş, K., Seyahi, N., ve Koçyiğit, İ. (2024). Türkiye'de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Türkiye'de Böbrek Replasman Tedavilerinin İnsidansı, Prevalansı ve Dağılımı. Türk Nefroloji Derneği, Yayınları, Ankara. https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2023_web.pdf Erişim tarihi: 03.03.2025.

Ayık, Ü., Karabulutlu, E. Y. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hastalığı kabullenmesi ve dini baş etme tarzlarının incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15*(2), 45-67.

Bahadır-Yılmaz, E., Şahin, M., Yüksel, A. (2023). Spiritual well-being and psychological well-being among hemodialysis patients in Turkey: A descriptive and correlational study. *Journal of religion and health,62*(6), 4347–4362. Doi: 10.1007/s10943-022-01719-x.

Bahar, A. (2023). Depression and spiritual well-being of hemodialysis patients: A sectional study. *Journal Of Contemporary Medicine, 13*(4), 593-598.

Balcı, H., Başer, G., Yılmaz, E., Özkalp, B. (2021). Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi, 6*(1), 6-13.

Barello, S., Anderson, G., Acampora, M., Bosio, C., Guida, E., Irace, V., Guastoni, C. M., Bertani, B., Graffigna, G. (2023). The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: A systematic reviewand a metaanalysis. *International Urology and Nephrology 55*: 897-912.

Basile, C., Davenport, A., Mitra, S., Pal, A., Stamatialis, D., Chrysochou, C., Kirmizis, D. (2021). Frontiers in hemodialysis: Innovations and technological advances. *Artificialorgans, 45*(2),175–182. Doi:10.1111/aor.13798.

Bayazıt, A. K., Büyükkaragöz, B., H. Z. T., Gülleroğlu, K. S., Ateş, K., M. A., Bakkaloğlu Ezgü, S., Bayrakçı, U. S. (2020). *Kronik böbrek hastalığı klinik protokolü.* https://saglik.gov.tr/. https://shgm.saglik.gov.tr/TR73672/kronik-bobrek-hastaligi-klinik-protokolu.html. Erişim tarihi: 03.03.2025.

Benetou, S., Alikari, V., Vasilopoulos, G., Polikandrioti, M., Kalogianni, A., Panoutsopoulos, G. I., Toulia, G., Leftheriotis, D., Gerogianni, G. (2022). Factors associated with ınsomnia in patients undergoing hemodialysis. *Cureus, 14*(2), e22197.

Bıçakcı, Ş., Sezer, M. (2020). 2014-2018 yılları arasında ülkemizde uygulanan renal replasman tedavilerinin genel değerlendirmesi. *Aydın Sağlık Dergisi, 6*(2): 79-89.

Bilgiç, Ş., Pamuk Cebeci, S. (2022). Relationship between stressors and comfort level in hemodialysis patients. *Archives of Health Science and Research, 9*(2), 105-109.

Bindroo, S., Rodriguez, B. S. Q., Challa, H. J. (2023). Renal Failure (Archived). In *StatPearls.* StatPearls Publishing.

Birol, L., Pakyüz, S. Ç. (2020). Böbrek hastalıklari ve hemşirelik bakımı. N. Akdemir., Birol, L. (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. (s.700-784) içinde. 5. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi.

Bozoğlan, S. (2022). *İnmeli Hastalarda Spiritüel İyi Oluş, Konfor İlişkisi ve Etkileyen Faktörler.* Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.

Bragazzi, N. L., Puente, G. D. (2013). Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: A Systematic Overview with the List of Eligible Studies. *Health psychology research, 1*(2), e26.

Burkev, F. G. (2021). *Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

Burrows, N. R., Koyama, A., Pavkov, M. E. (2022). Reportedcases of end-stage kidney disease -United States, 2000–2019. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 71(11), 412-415.

Büyükbakırcı, D. (2023). *Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Kaliteleri ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

Büyükbayram, Z., Aksoy, M., Şayan, G. (2022). Analysis of the spiritual orientations and the hopelessness levels of the patients diagnosed with COVID-19: A cross-sectional study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *30*(2), 182. Doi: 10.54614/FNJN.2022.21068.

Can Öz, Y., Duran, S. (2021). The effect of spirituality on the subjective recovery of psychiatric patients. *Journal of religion and health*, *60*(4), 2438-2449. Doi: 10.1007/s10943-021-01226-5.

Charlson, M. E., Pompel, P., Ales, K. L., Mackenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of ChronicDiseases, 40*(5): 373–83.

Charlson, M., Szatrowski, T. P., Peterson, J., Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology, 47*(11): 1245-51.

Cheawchanwattana, A., Chunlertrith, D., Saisunantararom, W., Johns, N. P. (2015). Does the spiritual well-being of chronic hemodialysis patients differ from that of pre-dialysis chronic kidney disease patients? *Religions, 6*(1), 14-23. Doi: 10.3390/rel6010014.

Chen, Z., Jiang, Y., Chen, M., Baiyila, N., Nan, J. (2021). Resilience as a mediator of the association between spirituality and self-management among older people with chronic obstructive pulmonarydisease. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1631). MDPI. Doi: 10.3390/healthcare9121631.

Chowdhury, G. R., & Kumar, Y. (2023). Non-pharmacological intervention approaches for common symptoms in advanced chronic kidney disease patients on haemodialysis: Narrative review. *Indian journal of continuing nursing education, 24*(2), 133-138.

Chu, W. M., Tsai, H. B., Chen, Y. C., Hung, K. Y., Cheng, S. Y., Lin, C. P. (2024). Palliative care for adult patients undergoing hemodialysis in asia: challenges and opportunities. *Journal of hospice and palliative care, 27*(1), 1–10. Doi: 10.14475/jhpc.2024.27.1.1.

Çakıcı, A. E., Olgun, N. (2024). Bir vakıf üniversitesindeki öğrencilerde kronik böbrek yetmezliği risk faktörlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing, 1*(1), 1-7.

Çalışkan, T., Pakyüz, S. Ç. (2019). Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntı konforu etkiler mi? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 14*(3), 84-96.

Çaydam, Ö. D., Pakyüz, S. Ç. (2016). Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 11*(1), 60-72.

Çetin, B. (2024). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Renal Transplantasyon Yapılan Hastaların Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin Karşılaştırılması.* Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi, Gaziantep.

Çınar, F., Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Taksim Journal of AcademicResearch in Nursing, 3*(1), 37-42.

Çiftçi, D., Tüzün Özdemir, S., Karadakovan, A. (2022). Böbrek hastalıklarını önlemeye yönelik evrensel önlemler. *2. Uluslararası Sağlık Araştırmaları Kongresi (ICOHER'22)*.

Dağlı, O. B., (2024). *Hemşirelerde Spiritüel İyi Oluş Düzeyi ile Spiritüel Bakım Yeterlilikleri Arasındaki İlişki* Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Danial, K., Mushtag, N., Alam, E., Mushtaq, M., Tariq, S. (2024). Depression, Anxiety, and Stress in Patients Undergoing Hemodialysis: Assessment of Contributing Factors. *National Journal of Health Sciences 9*(2). 98-103.

Darvishi, A., Otaghi, M., Mami, S. (2020). The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. *Journal of religion and health, 59(*1), 277-288.

Demir Çam, S., Uzun, S. (2024). Bio-Psychosocial dimension of hemodialysis and spiritual coping strategies: A phenomenological study on patient experiences in Türkiye. *Journal of religion and health*. Doi: 10.1007/s10943-024-02219-w.

Demir, C. A., Özer, Z. (2022). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi/the relationship of symptoms and comfort in patients receiving hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *17*(1), 10-27.

Demiroğlu, S., Bülbül, E. (2021). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi/the relationship of patients receiving hemodialysis with depression, anxiety, stress conditions and dialysis symptoms. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *16*(3), 124-133.

Derasin, L. M. C. (2024). Age and spirituality: Unveiling the connection to well-being in later life. *International Journal of Science and Management Studies (IJSMS)* Volume: 7 Issue: 5 page, 146-148.

Dhudum, B., Bhore, N. (2023). Living with musclecramps during hemodialysis. *Journal of Clinical Otorhinolaryngology, 27*(1), 1411-1414.

Dikmen, R. D., Aslan, H. (2020). The effects of the symptoms experienced by patients undergoing hemodialysis treatment on their comfort levels. *J Clin Nephrol Ren Care, 6*(2), 1-9.

Dikmen, R. D. (2020). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.

Doğan, İ., Uçar, E., Kaya, N. Ü., Ateş, K. (2020). Nefroloji kliniği, hemodiyaliz ve periton diyalizi ünitesinde çalışan hemşirelerin periton diyalizi ile ilgili algılarının araştırılması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15*(1): 1-9.

Dos Santos, P. R., Mendonça, C. R., Noll, M., Borges, C. C., Alves, P. M., Dias, N. T., Romeiro, A. M de S., Barbosa, M. A., Porto, C. C. (2021). Pain in hemodialysis patients: Prevalence, intensity, location, and functional interference in daily activities. *Healthcare 9*: 1-11.

Duan, P., Zhang, H., Zhang, Y. (2024). The effect of urgent-start peritoneal dialysis and urgent-start hemodialysis on clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: an updated systematic review and meta-analysis. *International urology and nephrology, 56*(7), 2301–2312. Doi: 10.1007/s11255-024-03999-6.

Duman, H. T., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç., Aykar, F. Ş. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 11(24)*: 37–42.

Durmuş, M., Ekinci, M. (2022). The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. *Journal of religion and health, 61*(3), 2041-2055.

Durmuş, M., Taşçı, Ö., Okanlı, A., Ekinci, M. (2024). The effectiveness of spiritual interventions in improving the mental health of patients receiving hemodialysis

treatment in nursing care: A meta-analysis study. *Journal of Nursology*, *27*(3), 281-291. Doi: 10.17049/jnursology.

Elhag, M., Awaisu, A., Koenig, H. G., Mohamed-Ibrahim, M. I. (2022). The association between religiosity, spirituality, and medication adherence among patients with cardiovascular diseases: a systematic review of the literature. *Journal of Religion and Health, 61*(5), 3988–4027. Doi: 10.1007/s10943-022-01525-5.

Erci, B., Aktürk, Ü., Dural, G. (2023). Comparison of quality of life and comfort levels in patients with three different chronic diseases. *Journal of Samsun health sciences, 8*(1): 113-128.

Erişen, M., Sivrikaya, S. K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(3), 184-190.

Erol, F. (2020). Spirituel Bakımın Hemşirelik Sürecine Yansıması. *Journal of Innovative Health care Practices (JOINIHP), 1*(1), 30-39.

Eslami, A. A., Rabiei, L., Khayri, F., Rashidi Nooshabadi, M. R., Masoudi, R. (2014). Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent medical journal*, *16*(7), e17155. Doi: 10.5812/ircmj.17155.

Estridge, K. M., Morris, D. L., Kolcaba, K., Winkelman, C. (2018). Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 45(1): 25-33.

Floria, I., Kontele, I., Grammatikopoulou, M. G., Sergentanis, T. N., Vassilakou, T. (2022). Quality of life of hemodialysis patients in Greece: Associations with Socio-Economic, Anthropometric and Nutritional Factors. *International journal of environmental research and public health*, *19*(22), 15389. Doi: 10.3390/ijerph192215389.

Flythe, J. E., Watnick, S. (2024). Dialysis for Chronic Kidney Failure: A Review. *JAMA*, *332*(18), 1559-1573. Doi: 10.1001/jama.2024.16338.

Fradelos, E. C. (2021). Spiritual well-being and associated factors in end-stage renal disease. *The Scientific World Journal*, 2021, 6636854. Doi: 10.1155/2021/6636854.

Girndt, M. (2017). Diagnosis and Treatment of Chronic Kidney Disease. *Der Internist, 58*: 243-256.

Gözübatik-Celik, G., Uluduz, D., Goksan, B., Akkaya, N., Sohtaoglu, M., Uygunoglu, U., Kircelli, F., Sezen, A., Saip, S., Karaali Savrun, F., Siva, A. (2019). Hemodialysis-related headache and how toprevent it. *European journal of neurology, 26*(1), 100–105. Doi: 10.1111/ene.13777.

Gülay, T., Eler, Ç. Ö., Ökdem, Ş., Çıtak, E. A. (2020). Hemodiyaliz hastalarında konfor düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 7*(2), 122-129.

Gülpak, M., Oktay, A. A. (2020). Kronik Böbrek Hastalığı Olan Hastada NANDA Tanıları ve NIC Girişimleri ile Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15*(2): 67-79.

Güner, S. H., Köksal, Z. P., Durmuş, Ş., Nural, N. (2024). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörler: tanımlayıcı ve kesitsel çalışma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(16): 57-66.

Habas, E., Habas, A., Elgamal, M., Shraim, B., Moursi, M., Ibrahim, A., ..., Elzouki, A. N. (2021). Common complications of hemodialysis: A clinical review. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences, 13*(04), 161-172.

Has, E. (2021). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Has, E., Bahçecik, A. N. (2024). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi [Evaluation of self-care ability and spiritual care needs in hemodialysis patients]. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 19*(2), 53–62. Doi: 10.47565/ndthdt.2024.82

Hasanoglu, I., Guner, R., Sahin, S., Yılmaz Karadag, F., Parmaksiz, E., Atalay, H. V., AlısırEcder, S., Arslan Gulen, T., Atan Ucar, Z., Karabay, O., Sipahi, S., Kaya Kılıc, E., Duranay, M., Yapar, D., Dogan, İ., Ersoz, G., Turkmen, G., Kıykım, A. A. (2022). Surveillance of hemodialysis related infections: A prospective

multicenter study. *Scientific reports*, *12*(1), 22240. Doi: 10.1038/s41598-022-24820-3.

Hu, Y., Jiao, M., Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care, 18*(1), 104. DOI: 10.1186/s12904-019-0489-3.

Hvidt, N. C., Hvidtjørn, D., Christensen, K., Nielsen, J. B., Søndergaard, J. (2017). Faith moves mountains-mountains move faith: Two opposite epidemiological forces in research on religion and health. *Journal Religion and Health, 56*, 294-304.

İlter, S. M., Ovayolu, Ö. (2022). Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk yönetiminde kanıta dayalı integratif yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *9*(1), 82-88.

Karabey, T., Karagözoğlu, Ş. (2021). Hemodiyaliz sürecinde semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 21-29.

Karadakovan, A. (2020). Üriner Sistem Hastalıkları. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed.), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s.857–887). içinde. 5. Baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara.

Karatay, S. (2019). *Kanser tanısı almış çocukların ebeveynlerinde manevi iyi oluş, bakım yükü ve konfor ilişkisi ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kavala, A., Tokatlıoğlu, T. Ş. (2023). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde anksiyete ve depresyonun yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin rolü: Bir literatür derlemesi/ The role of non-pharmacologial methods in the management of anxiety and depression in individuals undergoing hemodialysis treatment: A literature review. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 18*(2), 104-113.

Kavurmacı, M. (2023). Hemodiyaliz ve bakım. M. Tan, M. Kavurmacı., Z. A. Şahin (Eds.), Tüm Yönleriyle Nefrolojik Hastalıklar ve Bakım (s.80-100) içinde. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi.

Kaya, A. (2022). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Egzersiz Davranışı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.* Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.

KDIGO (2012). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney IntSuppl* 2013; 3: 1-150.

KDIGO (2024). Clinical Practice Guideline For The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International* 105 (Suppl 4S), S117–S314.

Kesik, G., Ozdemir, L., Yıldırım, T., Jabrayilov, J., Çeliksöz, G. (2023). Effects of warmorcold compresses applied to the legs during hemodialysis on cramps, fatigue, and patient comfort: A placebo-controlled randomized trial. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis*, *27*(2), 117–125. Doi:10.1111/hdi.13070.

Keskin, A. Y., Özpulat, F. (2019). Kronik böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları güçlükler. *Sağlık ve Toplum, 1,* 32-43.

Kılıç, A. N. (2024). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Uyum, Konfor ve Spiritüel İyilik Arasındaki İlişki.* Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Koenig, H. G. (2018). Religion and mental health: Research and clinical applications. *Academic Press*.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Company*.

Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image--the journal of nursing scholarship*, *23*(4), 237–240. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x.

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, *19*(6), 1178-1184.

Korkmaz, S. A., Topbaş, E. (2023). Böbrek sağlığının korunması ve böbrek hastalıklarının önlenmesinde ulusal ve uluslararası eylem planları / national and international action plans in protecting Kidney Health and Preventing Kidney Diseases. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *18*(1), 45-61.

Kosar, S. C., Cinar, P. S. (2022). A scale development study: Hemodialysis comfort scale version II. *Journal of Research in Nursing: JRN*, *27*(5), 449–464.

Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney International supplements, 12(1), 7-11 Doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003.

Kökcü, Ö. D., Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *36*(1), 53-59.

Köksal, Z. P., Sandıkçıoğlu, Ş., Nural, N. (2024). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma: Hemodiyaliz hastalarında konfor. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(16).

Köktürk Dalcali, B., Kaya, H. (2022). Spiritual care needs of patients in oncology units and nursing practices in turkey: A qualitative study. *Journal of religion and health*, *61*(3), 1861-1881. Doi:10.1007/s10943-022-01537-1.

Leung, C. H., Pong, H. K. (2021). Cross-sectional study of the relationship between the spiritual well being and psychological health among university students. *PloSone*, *16*(4), e0249702.

Li, C. Y., Hsieh, C. J., Shih, Y. L., Lin, Y. T. (2021). Spiritual well-being of patients with chronic renal failure: A cross-sectional study. *Nursing open*, *8*(5), 2461–2469. Doi: 10.1002/nop2.1004.

Liu, H. H., Wu, C. L., Chiang, Y. C., Tsai, K. H., Chu, T. L., Hsiao, Y. C. (2024). Religion and spiritual health in patients with and without depression receiving hemodialysis: A cross-sectional correlational study. *Thejournal of nursing research: JNR*, *32*(1), e309. Doi: 10.1097/jnr.0000000000000592.

Liu, Y. W., Hsu, Y. T., Lee, W. C., Tsai, M. Y. (2021). Review of traditional Chinese medicines for common complications related to hemodialysis: An evidence-based perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-14.

Loureiro, A. C. T., de Rezende Coelho, M. C., Coutinho, F. B., Borges, L. H. ve Lucchetti, G. (2018). The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. *Comprehensive psychiatry*, *80*, 39-45.

Ma, S., Pu, N., Ma, J. (2023). Effects of high-flux hemodialysis and hemodiafiltration on the mortality of patients with end-stage kidney disease: A meta-analysis. *Renal failure*, *45*(1), 214743 Doi:10.1080/0886022X.2022.2147436.

Martins, A. G., Sousa, P. P., Marques, R. M. (2022). Comfort: Theoretical contribution to nursing. *Cogitare Enfermagem*, *27*, e85214.

Mckie, A. L., Gaida, F. (2022). A scoping review of spirituality and religiosity in people who have had a kidney transplant. *Nursing Open*, *9*(5), 2277-2288. Doi:10.1002/nop2.1271.

Melo, G. A. A., Aguiar, L. L., Silva, R. A., Quirino, G. D. S., Pinheiro, A. K. B., Caetano, J. A. (2019). Factors related to ımpaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(4): 889-895. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0120.

Meneguin, S., Pollo, C. F., Benichel, C. R., Cunha, L. K., Miot, H. A. (2020). Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive & critical care nursing*, *58*, 102805. Doi: 10.1016/j.iccn.2020.102805.

Mirghaed, M. T., Sepehrian, R., Rakhshan, A., Gorji, H. (2019). Sleep quality in Iranian hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *24*(6), 403-409. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_184_18.

Moeinzadeh, F., Shahidi, S., Heidari, R., Mortazavi, M., Mansourian, M., Yadegar, B. B. (2025). Comparison of survival outcomes in preemptive versus non-preemptive kidney transplant recipients. *Journal of research in medical sciences: The official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *30*, 11. Doi: 10.4103/jrms.jrms_122_24.

Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., Akbari, M. E. (2019). Consequences of spiritual care for cancer patients and oncology nurses: a qualitative study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *6*(2), 137-144. Doi: 10.4103/apjon.apjon_37_18.

Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., Akbari, M. E. (2021). Spiritual care experiences by cancer patients, their family care giversand health care team members in oncology practice settings: A qualitative study. *Explore*, *17*(5), 430-437.

Musa, A. S., Pevalin, D. J., Al-Khalaileh, M. A. (2018). Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *Journal of Holistic Nursing, 36*(4), 354-365. Doi:10.1177/0898010117736686.

Namoglu, S. S., Güdük, Ö., Shaban, H. (2023). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon ve anksiyetenin uyku kalitesine etkisinin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8*(3), 969-976.

Nilsson, H. (2022). Spiritual self-care management for nursing professionals: A holistic approach. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of The American Holistic Nurses' Association, 40*(1), 64–73. Doi: 10.1177/08980101211034341.

Nuraini, T., Gayatri, D., Rachmawati, İ. (2017). Comfort assessment of cancer patient in palliative care: A nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences, 10*(1), 324-332.

Ok, E., Işıl, Ö. (2019). Kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10*(3): 181-189.

Orkun, N., Yücel, Ş. Ç. (2017). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin rahatta (konforda) bozulma hemşirelik tanısını kullanma durumları. *HSP, 4*(3), 162- 70.

Ovayolu, N. (2017). Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. içinde: Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (Ed), Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar: (s. 215-237). Nobel Tıp Kitapevi, Adana.

Ölmez, N., Karadağ, E. (2022). Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki. *Sakarya Tıp Dergisi, 12*(3): 390-402.

Özdemir, A. A., Kavak-Buda, F., Dural, G., Gültekin, A. (2023). The relation ship between spiritual well-being, life satisfaction and hope in elderly individuals in Turkey. *Journal of religion and health, 62*(5), 3123-3136. Doi: 10.1007/s10943-022-01517-5.

Özer, Z., Turan, G. B., Çelikbilek, F. (2020). Hemodiyaliz hastalarında ağrı inançları ile ağrı yönetimleri arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15*(3), 226-234.

Özer, Z., Turan, G. B., Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(1), 10-17.

Özerson, Z. K. (2024). Son dönem böbrek yetmezliği hastalığının önemi ve evreleri. Z. K. Özerson (Ed.), *Böbrek hastalıkları ve tıbbi beslenme tedavisi* içinde (s. 1-2). Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Özmen, Y., Özer, Z. (2024). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısının, umudun ve hasta güçlendirmenin incelenmesi/examination of ıllness perception, hope and patient empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *19*(2), 73-87.

Özsoy, F., Kulu, M. (2020). Hemodiyaliz hastalarında bedensel duyumları büyütme ve somatizasyon. *Konuralp Tıp Dergisi, 12*(2): 276-281.

Pereira, C. S. C. N., Mercês, C. A. M. F., Lopes, R. O. P., Souza, J. F. D., Souto, J. D. S. S., Brandão, M. A. G. (2020). Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de Disposição para Confortomelhorado. *Escola Anna Nery*, *24*, e20190205. Doi:10.1590/2177-9465-EAN-2019-0205.

Pilger, C., Santos, R. O. P. D., Lentsck, M. H., Marques, S., Kusumota, L. (2017). Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Revista brasileira de enfermagem*, *70*(4), 689-696. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0006.

Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, *2*(1), 6-12.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, *17*(6), 642–656. Doi: 10.1089/jpm.2014.9427.

Rayani, A. M., Smart, M. W., Alreshidi, S. M., Al-Mrayat, Y. D., Fawaz, M., Alodhailah, A. M., Abou Hashish, E. A., Dailah, H. G., Dewan, M. F., Alhaiti, A., Rababa, M. (2025). Correlations between spirituality, anxiety, and

depression in hemodialysis patients in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Journal of religion and health*, Doi: 10.1007/s10943-024-02239-6.

Rehman, I. U., Lai, P. S. M., Lim, S. K., Lee, L. H., Khan, T. M. (2019). Sleep disturb ance among Malaysian patients with end-stage renal disease with pruritus. *BMC Nephrology,20*(1). Doi: 10.1186/s12882- 019-1294-1.

Reig-Ferrer, A., Arenas, M. D., Ferrer-Cascales, R., Fernández-Pascual, M. D., Albaladejo-Blázquez, N., Gil, M. T., de la Fuente, V. (2012). Evaluation of spiritual well-being in haemodialysis patients. *Nefrologia: Publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia*, *32*(6), 731–742. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384.

Santos, R. C. D., Melo G. A. A., Silva R. A., Silva F. L. B. D., Viana Júnior, A. B., Caetano, J. Á. (2020). Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographicand clinical variables. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(5): 1-7. Doi: 10.1590/0034- 7167-2020-0085.

Seçil, G. G., Köksal, Z. P., Sandıkçıoğlu, Ş., Nural, N. (2024). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma: Hemodiyaliz hastalarında konfor. *Göbeklitepe Medical Science Journal, 7*(16).

Senmar, M., Razaghpoor, A., Mousavi, A. S., Zarrinkolah, F., Esmaeili, F., &Rafiei, H. (2020). Psychological symptoms in patients on dialysis and their relationship with spiritual Well-Being. *Florence Nightingale journal of nursing*, *28*(3), 243–249. 10.5152/FNJN.2020.19061.

Sevinç, M., Ortaboz, M., Ünsal, A. (2019). Periton diyalizi fizyolojisi ve yöntemleri. *Turkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics, 12*(2), 1-5.

Shahriari, A., Sarani, H., Sheikh, S., Arbabisarjou, A. (2021). The effect of foot reflexology massage on pruritus in hemodialysis patients. *Journal of Education and Health Promotion, 10*(1), 81.

Şahin, C. K., Pakyüz, S. Ç. (2021). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda konforun sağlanması. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics, 7*(2), 70-78.

Şanlıtürk, D., Ovalı, N., Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1*(13): 17-25.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı*. Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti, Ankara.

Tabiee, S., Momeni, A., Saadatjoo, S. A. (2017). The effects of comfort- based interventions (back massage and patient and family education) on the level of comfort among hemodialysis patients. *Modern Care Journal*, *14*(3), 1-6. Doi: 10.5812/modernc.64687.

Taheri-Kharameh, Z. (2016). The relationship between spiritual well-beingand stress coping strategies in hemodialysis patients. *Health, Spirituality and Medical Ethics, 3*(4): 24-28.

Taş, D., Akyol, A. (2017). Egzersiz ve kronik böbrek yetmezliği. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 12*(1), 10-19.

Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Pontífice Sousa, P., Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. In *Nursing forum* 57(6), 1559-1566. Doi: 10.1111/nuf.12845.

Tayaz, E., Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23*(1): 147-156.

Taylan, S. (2021). Kronik böbrek yetmezliği ve hemşirelik süreci. N. Eroğlu., G. Temiz (Ed.), *Kronik hastalıklarda hemşirelik süreci* içinde (s. 155-156). Nobel Tıp Kitabevleri.

Terzi, B., Kaya, N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1): 67-74.

Tomska, N., Turoń-Skrzypińska, A., Mosiejczuk, H., Rył, A., Szylińska, A., Marchelek Myśliwiec, M., Ciechanowski, K., Nagay, R., Rotter, I. (2023). Impact of virtual reality exercises on anxiety and depression in hemodialysis. *Scientific Reports 13*: 1-9.

Topbaş, E. (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10*(1): 53-59.

Tuğlular, S. (2019). Kronik böbrek hastalığı: Etyopatogenez, tanı ve değerlendirme. Y. Yeniçerioğlu., Ö. Güngör., M. Arıcı (Eds.), Temel Nefroloji (1.baskı). (s.291-298). Güneş Tıp Kitapevi.

Turan, S. (2023). *Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Turgay, G., Eler, Ç. Ö., Ökdem, Ş., Kaya, S. (2020). Hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15*(1), 16-22.

Türker, P. F. (2019). Kronik böbrek yetmezliği gelişen diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *47*, 74-81.

Vaidya, S. R., Aeddula, N. R. (2024). Chronic kidney disease. In *Stat Pearls.* Stat Pearls Publishing. PMID: 30571025.

Varol, E., Sivrikaya, S. K. (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *8*(2), 89-96.

Watania, L. N., Waluyo, A., Masfuri (2021). Cancer patients' spiritual well-being and comfort levels: The impacts of church visitation. *Enfermeria Clinica*, *31,* S86-S89. Doi: 1016/j.enfcli.2020.09.005.

Xie, C., Li, L., Li, Y. (2022). Learned helplessness in renal dialysis patients: concept analysis with an evolutionary approach. *Patient Preference and Adherence* 16: 2301- 2312.

Yan, M. T., Chao, C. T., Lin, S. H. (2021). Chronic kidney disease: Strategies to retard progression. *International journal of molecularsciences*, *22*(18), 10084. Doi: 10.3390/ijms221810084.

Yang, F. C., Chen, H. M., Pong, S. C., Chen, C. H., Wang, S. S., Chen, C. M. (2020). Difficulties and coping strategies of kidney-transplant recipients during their dark post operative recovery stage after returning home. In *Transplantation Proceedings* (Vol. 52, No. 10, pp. 3226-3230). Elsevier.

Yanmış, S., Molllaoğlu, M. (2024). Comfort level of patients undergoing hemodialysis and associated factors in Turkey: A cross-sectional study. *Nigerian Journal of Clinical Practice 27*(6): p779-784. Doi: 10.4103/njcp.njcp_890_23.

Yılmaz, E. (2019). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Spiritüel İyi Oluş, Konfor İlişkisi ve Etkileyen Faktörler.* Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.

Yılmaz, F. T., Sert, H., Kumsar, A. K., Aygin, D., Sipahi, S., Genç, A. B. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11*(1): 35-43.

Yılmaz, S., Ordu, Y., Atalay, F. (2025). Determination of comfort levels and spiritual care needs of gynecologic cancer patients with abdominal drains: A cross-sectional descriptive study in Turkey. *Journal of religion and health, 64*(1), 519–535. Doi: 10.1007/s10943-024-02139-9.

Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nin konfor kurami. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27*(2), 79-88.

Yürügen, B., Gökdoğan, F., Nural, N. (2015). Diyaliz Teknikerleri için Nefroloji Kitabı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

Zaman, F., Ergin, E. (2024). Determining the spiritual care and comfort needs of patients having undergone open-heart surgery: Cross-sectional descriptive study in Turkey. *Journal of Religion and Health* 1-22.Doi: 10.1007/s10943-024-02126-0.

Zhang, Q., Dou, J., Ao, H., Guo, D., Yang, X., Li, M. (2025). Effect of transcutaneous vagus nerve stimulation in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Therapeutic apheresis and dialysis: official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy,* Doi: 10.1111/1744-9987.14243.

Zhang, Y. F., Yao, J., Wu, B., Zhou, Y. (2025). Construction and validation of a prediction model for treatment failure in peritoneal dialysis associated peritonitis. *Zhonghuayixueza zhi, 105*(14),1087-1094.

Zhou, X. H., Chen, L., Zhang, Y. J., He, L., Liu, L., Shi, M., You, R. (2025). The effect of spiritual well-being on hope among hemodialysis patients: A latent profile analysis. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis, 29*(2), 222–230. Doi: 10.1111/hdi.13210.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, hemodiyaliz hastalarında spiritüel iyi oluşun konfor üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirleri alacak, gerekli her türlü yükümlülüğü özenle yerine getireceğiz. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

1. **Yaş:** …
2. **Cinsiyetiniz:** Kadın ( ) Erkek ( )
3. **Medeni Durum:**Evli( ) Bekar ( )
4. **Eğitim Durumu:**

   Okur-yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )Lisansüstü( )
5. **Çocuk Varlığı:**Var( ) Sayısı: … Yok ( )
6. **Çalışma Durumu:** Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )
7. **Şu An İkamet Ettiğiniz Yer :**

   Köy ( ) Kasaba ( )İlçe( ) İl ( ) Diğer .....
8. **Gelir-Gider Durumu:**

   Gelir Giderden Az ( ) Gelir Gidere Eşit ( ) Gelir Giderden Fazla ( )
9. **Birlikte Yaşadığı Kişiler:**

   Yalnız ( ) Eşi ( ) Eşi ve çocuğu/çocukları ( ) Anne/Baba ( ) Yakınları/Akrabaları ( ) Diğer: …
10. **Düzenli Olarak Haftada En Az 3 Gün 30 Dk Egzersiz Yapıyor Musunuz?**

    Evet ( ) Hayır ( )
11. **Ne Kadar Süredir Kronik Böbrek Hastasısınız?**.....…….yıl……..ay
12. **Ne Kadar Süredir Hemodiyalize Giriyorsunuz?** .....…….yıl……..ay

13. Sağlığınızı Nasıl Değerlendiriyorsunuz?

İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

14. Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Başka Kronik Hastalığınız Var Mı:

Evet (Açıklayınız .....) Hayır ( )

15. Ailede Kronik Böbrek Hastalığı Öyküsü Varlığı: Yok ( ) Var ( )Belirtiniz:……

16. Evde Kendi İhtiyaçlarınızı Bağımsız Karşılayabiliyor Musunuz:

Evet karşılayabiliyorum ( ) Hayır karşılayamıyorum ( )

Laboratuar Bulguları	
Serum kalsiyum	
Serum fosfor	
Serum total protein	
Albümin	
Hemoglobin	
Hct	
Kt/V, URR	
Serum demiri	
Total demir bağlama kapasitesi	
Ferritin	
Ürik asit	
HDL	
LDL	
Total Kolesterol	

Ek 2: Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi		var	yok
1	Koroner arter hastalığı	❑1	❑0
2	Konjestif kalp yetmezliği	❑1	❑0
3	Periferik vasküler hastalık	❑1	❑0
4	Serebrovasküler hastalık	❑1	❑0
5	Demans	❑1	❑0
6	Kronik Akciğer Hastalığı	❑1	❑0
7	Kornektif doku hastalığı	❑1	❑0
8	Peptik ülser hastalığı	❑1	❑0
9	Hafif düzeyde karaciğer hastalığı	❑1	❑0
10	Diyabet	❑1	❑0
11	Hemipleji	❑2	❑0
12	Orta-şiddetli böbrek hastalığı	❑2	❑0
13	Son organ hasarı yapan diyabet	❑2	❑0
14	Herhangi tümör varlığı	❑2	❑0
15	Lösemi	❑2	❑0
16	Lenfoma	❑2	❑0
17	Orta-şiddetli karaciğer hastalığı	❑3	❑0
18	Metastatik solid tümör	❑6	❑0
19	AIDS	❑6	❑0
40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir.			

Ek 3: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP-12)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen <u>son 7 günü</u> göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var	0	1	2	3	4
Sp3	Yaşamım verimlidir	0	1	2	3	4
Sp4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum	0	1	2	3	4
Sp5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	0	1	2	3	4
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	0	1	2	3	4
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	0	1	2	3	4
Sp9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum	0	1	2	3	4
Sp10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum	0	1	2	3	4
Sp11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi	0	1	2	3	4
Sp12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum	0	1	2	3	4

Ek 4: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-II

MADDELER Aşağıda bulunan maddelerde bazı durumlar yer almaktadır. Durumu yaşama sıklığınıza göre uygun seçeneği işaretleyiniz.	**1.Hiçbir zaman**	**2.Çok nadir**	**3.Bazen**	**4.Çok sık**	**5.Herzaman**
1. Diyaliz sırasında bulantım oluyor.					
2. Diyaliz sırasında çoğu zaman üşüyorum.					
3. Diyaliz sırasında arasıra başım ağrıyor.					
4. Diyaliz sırasında kusuyorum.					
5. Sevdiğim yiyecekleri istediğim kadar yediğim zaman fiziksel olarak rahatsızlık hissediyorum.					
6. Fazla sıvı aldığım zaman fiziksel rahatsızlık hissediyorum.					
7. Hastalığım için önerilen diyeti uygulamakta zorlanıyorum.					
8. Sıvı kısıtlaması yaparken zorlanıyorum.					
9. Ailemle aynı sofrada yemekte zorlanıyorum.					
10.Ailemin onların yediklerini canım çekebileceğimi düşünmelerinden tedirgin oluyorum.					
11. Evde sürekli benim için ayrı yemek pişirmek yorucu oluyor.					
12. Diyaliz çok kısıtlayıcı, bir hafta bile başka yere (tatile…) gidemiyorum.					
13. Diyaliz tedavisi arkadaşlarımla görüşmemi engelliyor.					
14. Yakınlarımın sosyal yaşamının da benimle birlikte kısıtlandığını düşünüyorum.					
15. Dışarıdayken diyaliz hastası olduğumun farkedilmesini istemiyorum.					
16. Damar yolumun görüntüsü beni rahatsız ediyor.					
17. Dışarıdayken damar yolumu saklamaya çalışıyorum					
18. Vücudumdaki değişiklikler beni rahatsız ediyor.					
19. Şuanda kendimi sağlıklı hissediyorum					
20. Geleceğe dair planlarım var.					
21. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.					
22. Yorgunluğum ile başa çıkabiliyorum.					
23. Durumum beni bunaltıyor.					
24. Yalnız kaldığımda kendimi çoğu zaman mutsuz hissediyorum.					
25. Geleceğim hakkında umutluyum.					
26. Şuanda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.					

Ek 5: Etik Kurul Onayı

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400041765 13.11.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Ayşegül İŞSEVER)

Sayın Ayşegül İŞSEVER
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluşun Konfor Üzerine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 31.10.2024 tarihli ve 2024/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ali Haydar ŞAR
Kurul Başkanı

Ek: Ayşegül İŞSEVER

Ek 6: Kurum İzni



Sayın Ayşegül İşsever,

16.12.2024 tarihli dilekçenize istinaden "Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluşum Konfor Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmanızı merkezimizde yapmanız uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize sunarız.

Saygılarımızla,

16.12.2024

[redacted]

Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi *Ayşegül İşsever* tarafından yürütülen **"Hemodiyaliz Hastalarında Spiritüel İyi Oluşun Konfor Üzerine Etkisi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma hemodiyaliz hastalarında spiritüel iyi oluşun konfor üzerine etkisinin güvenli incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının**:**
Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:
İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ayşegül İŞSEVER
İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Ayşegül İŞSEVER

A. EĞİTİM

- 2007-2011: Aksaray Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
- 2022-2025: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi-İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

B. MESLEKİ DENEYİM

- 2012-2013: İstanbul Florance Nightingale Hastanesi
- 2013-2014: Gaziantep Üniversite Hastanesi
- 2014-2020: Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi
- 2020: Halen-İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

C. SERTİFİKA, SEMİNER VE KURSLAR

- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası
- Aritmi Kursu /Katılım Belgesi
- Kan Alma Eğitimi/ Katılım Belgesi
- Hemşirelik Zirvesi Sempozyumu /Katılım Belgesi
- Hemşirelerin Güçlendirilmesi/Psiko-Onko Günleri/Katılım Belgesi
- Temel Kanser Eğitim Kursu /Katılım Belgesi