

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

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARIN SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN VE DİYET
UYUMLARININ KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim Talha DÜNDAR

İstanbul
Temmuz-2024

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

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARIN SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN VE DİYET UYUMLARININ
KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim Talha DÜNDAR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

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

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Erhan İÇENER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine 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.

İbrahim Talha DÜNDAR

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim boyunca değerli vaktini bana ayırıp bana rehberlik eden, akademik kariyerleriyle bana her zaman ulaşmak istediğim yeri hatırlatan çok kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Lisans eğitimimden başlayıp yüksek lisans eğitimimin bitişine kadar bilgi ve deneyimlerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, her zorluğumda destek aldığım, her özelliğiyle örnek aldığım ve hayatımın her zamanında en güzel şekilde anacağım çok kıymetli Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e,

Araştırmama katılmayı kabul eden çok kıymetli hastalara, araştırmamı yaptığım diyaliz merkezindeki güler yüzlü çalışanlara ve özellikle diyaliz merkezlerini bulmama vesile olan Metropol Diyaliz Merkezi'nin çok değerli başhemşiresi Derya Güler'e,

Şu kısa ömrümde kurduğum tüm hayallerimi dinleyen ve gerçekleştirmem için bana her zaman destek olan, her kararında arkamda duran, her sıkıştığım da yanımda olan, varlıkları için ettiğim şükürlerin yetersiz kaldığı canım annem Arife DÜNDAR, canım babam Musa DÜNDAR ve canım ablam Rümeyza AYDIN'a,

Eğitim hayatımız boyunca her zorluğu beraber aştığımız, en güzel günleri beraber geçirip beraber güldüğümüz, birbirimizde kendimizi bulduğumuz, hayatı beraber keşfettiğimiz çok değerli arkadaşlarıma,

Sonsuz sevgilerim ve teşekkürlerimle...

İbrahim Talha DÜNDAR

İstanbul-2024

ÖZET

**HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARIN SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN VE DİYET UYUMLARININ
KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

İbrahim Talha DÜNDAR

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Temmuz, 2024- Sayfa 165

Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve diyet uyumlarının konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırma, İstanbul ilinde bulunan üç diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan 374 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerinin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD), Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ) ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Student t testi, One-way ANOVA test, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis test, Pearson Korelasyon test, Regresyon analizi ve Sobel Test kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması $63,24 \pm 12,46$ olup, %58,8'i erkek, %78,6'sı evli, %45,7'si ilkokul mezunu, %65,8'i emeklidir. SOY-HD puan ortalaması $25,81 \pm 9,24$; HDTÖ toplam ve bilişten etkilenen davranış eğilimi, gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyut puanları sırasıyla; $46,86 \pm 7,07$, $20,56 \pm 4,07$, $18,96 \pm 2,63$, $7,33 \pm 2,08$; Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam ve fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama, psikospiritüel rahatlama, psikospiritüel güçlenme, çevresel güçlenme, sosyokültürel rahatlama alt boyut puanları sırasıyla; $103,52 \pm 10,86$, $17,24 \pm 2,55$, $15,16 \pm 3,47$, $39,38 \pm 5,28$, $14,97 \pm 2,35$, $7,15 \pm 1,41$, $9,61 \pm 2,13$ bulunmuştur. Hastaların SOY-HD ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile HDTÖ toplam ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların HDTÖ toplam puanları ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, diyet

tedavisine uyum ve konfor düzeyleri artmaktadır. Hastaların diyet tedavisine uyum düzeyleri arttıkça hastaların konfor düzeyi artmaktadır. Ayrıca diyetle uyum düzeyi konfor düzeyini artırırken sağlık okuryazarlığı düzeyi bu artışı desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Sağlık Okuryazarlığı, Diyet Uyumu, Konfor, Hemşirelik



ABSTRACT
**THE EFFECT OF HEALTH LITERACY LEVELS AND
DIETARY COMPLIANCE ON COMFORT LEVEL OF
PATIENTS ON HEMODIALYSIS**

İbrahim Talha DÜNDAR

Master's Degree, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

July, 2024- Page 165

The research was conducted to determine the effect of health literacy levels and dietary compliance on the comfort level of patients undergoing hemodialysis. The descriptive and cross-sectional research was conducted with 374 patients receiving hemodialysis treatment in three dialysis centres in Istanbul. The data was collected using the Patient Information Form, Hemodialysis Patients' Health Literacy Scale (HLS-HD), Attitude Scale for the Dietary Therapy of Hemodialysis Patients (ASDTHP), and Hemodialysis Comfort Scale Version-II. Student t-test, one-way ANOVA test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson Correlation test, regression analysis and Sobel test were used to evaluate the data. The patients' mean age was 63.24 ± 12.46 . 58.8% were male, 78.6% were married, 45.7% were primary school graduates, and 65.8% were retired. The mean HLS-HD score was 25.81 ± 9.24 . ASDTHP total and propensity of behavior that is affected by cognition, propensity of behavior that is affected by food culture, and negative affect that modifies the diet subscale scores were 46.86 ± 7.07 , 20.56 ± 4.07 , 18.96 ± 2.63 , and 7.33 ± 2.08 , respectively. Hemodialysis Comfort Scale Version-II total and physical relief, physical ease, psychospiritual ease, psychospiritual transcendence, environmental transcendence, and sociocultural ease subscale scores were 103.52 ± 10.86 , 17.24 ± 2.55 , 15.16 ± 3.47 , 39.38 ± 5.28 , 14.97 ± 2.35 , 7.15 ± 1.41 , and 9.61 ± 2.13 , respectively. A significant positive relationship was found between the patients' total scores from the HLS-HD scale and the ASDTHP total and Hemodialysis Comfort Scale Version-II total scores. A significant positive relationship was found between the ASDTHP total scores and the Hemodialysis Comfort Scale Version-II total scores. As patients' health literacy levels increased,

their compliance with diet therapy and comfort levels increased. In addition, as the level of compliance with diet therapy increased, the patients' comfort level also increased. In addition, the level of compliance with diet therapy increased the level of comfort, while the level of health literacy supported this increase.

Keywords: Hemodialysis, Health Literacy, Dietary Compliance, Comfort, Nurse



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kronik Böbrek Hastalığı	4
2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri	6
2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığı Tanı ve Evrelelendirmesi.....	8
2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları	10
2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri.....	11
2.1.6.1. Renal Transplantasyon.....	12
2.1.6.2. Periton Diyalizi	12
2.1.6.3. Hemodiyaliz	13
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	20
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanım.....	21
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflaması	22
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Önemi	22

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Rolü	23
2.2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı	24
2.3. Hemodiyaliz Hastalarında Diyet	24
2.4. Konfor Kavramı	27
2.4.1. Hemodiyalizde Konfora Yönelik Hemşirelik	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Soruları.....	33
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	34
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	34
3.5.2. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	34
3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği.....	35
3.5.4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II	35
3.6. Verilerin Analizi.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	37

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	38
----------------------	-----------

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	98
-----------------------	-----------

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER	116
KAYNAKLAR	121
EKLER.....	137

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Sistemlere Göre Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Bulguları.....	10
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 4.3: Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	41
Tablo 4.4: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	44
Tablo 4.5: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.6: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 4.7: Hastaların Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	49
Tablo 4.8: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi.....	51
Tablo 4.9: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.10: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 4.11: Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	61
Tablo 4.12: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi	63
Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4.14: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması	71
Tablo 4.15: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II İlişkisi.....	79
Tablo 4.16: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II İlişkisi	81
Tablo 4.17: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel Ferahlama” Düzeyi Üzerine Etkisi	86
Tablo 4.18: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II	

“Fiziksel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi.....	87
Tablo 4.19: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi.....	87
Tablo 4.20: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel Güçlenme” Düzeyi Üzerine Etkisi	88
Tablo 4.21: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel Güçlenme” Düzeyi Üzerine Etkisi	89
Tablo 4.22: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi	89
Tablo 4.23: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Üzerine Etkisi.....	90
Tablo 4.24: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanının Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon II Alt Boyutları ve Toplam Puanı Üzerine Etkisi	91
Tablo 4.25: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, Sağlık Okur-Yazarlığı ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Regresyon ve Aracılık Analizi.....	93
Tablo 4.26: Sağlık Okur-Yazarlığı, Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Uyum İndeksleri Sonuçları	94
Tablo 4.27: Yapısal Model Uyum İyiliği Kriterleri.....	95
Tablo 4.28: Yapısal Model Hipotez Katsayıları	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüriye Göre Kronik Böbrek Hastalığı İlerleme Hızı 8
- Şekil 4.1: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Üzerine Etkilerinin Sonuç Modeli..... 92
- Şekil 4.2: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon II Arasındaki Yapısal Eşitlik Modeline Göre Hazırlanmış Yol Diyagramı.. 97



KISALTMALAR

AKÖ	: Albümin- Kreatin Ölçümü
APD	: Aletli Periton Diyalizi
DM	: Diyabetis Mellitus
ESPEN	: European Society of Parenteral and Enteral Nutrition
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HDTÖ	: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcomes
NFK-KDOQI	: Ulusal Böbrek Vakfı- Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
PD	: Periton Diyalizi
PKÖ	: Protein- Kreatin Ölçümü
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SOY-HD	: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TND	: Türk Nefroloji Derneği
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
UF	: Ultrafiltrasyon

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kronik hastalıklar Dünya’da ve Türkiye’de her yıl birçok insanın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kronik hastalıklar mortalite ve morbiditenin de önemli sebeplerinden birisidir (World Health Organization, 2018). Dünyada ve Türkiye’de yaşam süresi artmış ve obezite, diyabet (DM), hipertansiyon (HT) gibi hastalıkların artmasıyla birlikte kronik böbrek hastalığı (KBH) sayılarında artış meydana gelmiştir (Ateş vd., 2023; Jager vd., 2019; Sağlık Bakanlığı, 2018).

Kronik böbrek hastalığı böbreğin yapı veya işlevlerinde üç aydan uzun süreyle anormallik bulunması olarak tanımlanır. KBH’da tanı koyabilmek için Glomerüler filtrasyon hızının (GFH) üç aydan uzun süreyle 60 ml/dk/1.73 m² ’nin altında olması veya GFH’den bağımsız olarak böbrekte hasar bulunması gerekmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2020). KBH’nın son evresi son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) GFH’nın 15 ml dak/ 1,73 m²’den düşük iken ortaya çıkmaktadır. Bu evrede hayatın devam ettirilebilmesi için diyaliz veya transplantasyon uygulamaları gerekmektedir (Biol ve Pakyüz, 2021).

Ülkemizde KBH’ta uygulanan tedavi yöntemlerinden en çok kullanılanı hemodiyalizdir (Ateş vd., 2023). Hemodiyaliz, vasküler bir yol ile hastadan alınan kanın, makine aracılığıyla sıvının ve elektrolitlerin düzenlenmesi ve üre ve benzeri atık maddelerin temizlenmesiyle hastaya yeniden verilmesi işlemidir (Yürügen vd., 2015). HD tedavisinde böbreğin yerine getiremediği işlevler diyaliz makinesi aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Genel olarak, hastalar haftanın 2-3 günü 4-6 saatlik periyotlarla diyaliz makinesine bağlanarak hemodiyaliz tedavisine zaman ayırmak durumundadırlar (Kaya, 2023).

Hemodiyaliz tedavisi bireylerin yaşam sürelerini uzatmakla birlikte hasta yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda etkileyen birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir (Flythe vd., 2015; Taş ve Akyol, 2017).

Dünyada KBH’da dahil birçok kronik hastalığın sayılarında günden güne artış meydana gelmekte, hastalıkların etkili bir biçimde yönetebilmesinde sağlık okuryazarlığının SOY önemi de gün geçtikçe artmaktadır. SOY bireylerin sağlığını

korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri olarak tanımlanmaktadır. Hasta bireylerin bilinçli kararlar almaları, sağlık sistemlerine erişebilmeleri, sağlık çalışanlarıyla iletişim kurabilmeleri ve hastalığın beraberinde getirdiği karmaşık sağlık yönetimini bireysel olarak başarabilmeleri SOY ile gerçekteşmektedir (Heide vd., 2018). Hemodiyaliz tedavisinde de tedaviye uyum faaliyetlerinde önemli bir etken olan sağlık okuryazarlığı ön plana çıkmaktadır. Hemodiyaliz hastalarının belirli günlerde ve belirli saatlerde tedavi alacaklarını bilmeleri, diyaliz seansı dışında hastaların yiyecek ve içeceklerinde uymaları gereken rejimi anlayabilmeleri, rejimlerine uymazlarsa yaşayacakları semptomların (hipotansiyon, kas krampları vb.) farkında olabilmeleri, kendi sağlıklarıyla ilişkili doğru bilgilere ulaşip anlama, değerlendirme ve uygulamayla ilgili bilgi ve motivasyona sahip olabilmeleri sağlık okuryazarlığıyla ilişkilidir (Bülbül ve Demiroğlu, 2023). Ayrıca hemodiyaliz tedavisi alan ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların diyaliz tedavilerini daha sık kaçırdığı, acil servise daha çok başvurduğu ve son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) şikayetleri dolayısıyla hastane yatışlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum da hastaların ekonomik olarak zorlanmalarına sebep olmaktadır (Green vd., 2013).

Hemodiyaliz tedavisinin başarılı olabilmesi için hastaların diyetlerine uyum sağlamaları gerekmektedir (Griva vd., 2018). SDBY hastalarında uygulanan diyetin başlıca amaçları hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak veya önlenmek, üremik toksisiteyi azaltmak, nefron kaybının yol açtığı sistemik komplikasyonları önlemek, hastanın iştahının yerine gelmesine yardımcı olmak, malnütrisyonu ve sıvı elektrolit dengesizliklerini önlemektir (Kızıltan, 2018). Tedavinin başarısı için son derece önemli olan diyete uyumda başarısız olunması komplikasyon oranlarının artmasına, sağlık harcamalarında artışa ve sağkalım süresinin azalmasına neden olabilmektedir (Günalay vd., 2017). Hastaların yemekten zevk alabilmeleri ve konfor düzeylerinin düşmemesine yönelik planlamalar yapılabilmesi için de hastaların diyete uyum seviyelerinin belirlenmesi gerekmektedir (Onbe ve Kanda, 2017).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları psikolojik ve duygusal kaygılar, uzun süren hemodiyaliz seansları, aile bireylerinden yeterli desteğin görülmemesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, gibi pek çok

unsur konforu olumsuz etkilemektedir (Melo vd., 2019). Ayrıca bireylerin hemodiyaliz tedavisinde yaşadığı komplikasyonlardan ağrı, ciltte kaşınma, yorgun hissetme, mide bulantısı- kusma, kas krampları vb. belirtiler ve hastaneye yatışların fazlalığı, fiziksel disfonksiyon, beslenme de değişiklikler, sıvı kısıtlaması, ölüme karşı korku ve uyku düzeninde bozulma gibi değişikliklerle birlikte hemodiyaliz uygulanan hastaların konfor düzeyleri olumsuz etkilenmektedir (Tabiee vd., 2017). Türkiye’de gün geçtikçe hemodiyaliz uygulanan hasta sayısının artmasıyla (Ateş vd., 2023) ve hemodiyaliz sırasında yaşanan semptomların fazla olması sebebiyle (Flythe vd, 2015) hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi de önem kazanmıştır.

Hemodiyaliz tedavisi süresince başarılı sonuçlara ulaşmak için uzmanlaşmış, multidisipliner bir ekip gerekmektedir. Hemodiyaliz süresince hastaların tedavisinde ve bakımında aktif rol alan hemşireler de bu bağlamda çok önemlidir. Hemşireler, hemodiyalizin öncesinde hazırlık, hemodiyaliz tedavisini başlatma, hemodiyaliz tedavisi boyunca hastayı gözlemleme, hemodiyalizi bitirme ve hemodiyalizden sonra hastaların hastalık süreçlerinin yönetimi gibi konularda hastalara ve ailelerine uygun desteği ve danışmanlığı sağlamaktadırlar (Karabey ve Karagözoğlu, 2021).

Alanyazında kronik böbrek hastalarının sağlık okuryazarlığı, diyetle uyumları ve konfor düzeylerinin ilişkisini ölçmek için yapılan bir çalışma bulunamamıştır. Elde ettiğimiz bu bilgilerden dolayı araştırmamızda bu konuda çalışılması amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte hem Dünya’da hem de Türkiye’de hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde pek çok ilerleme yaşanmıştır. Yaşanılan bu ilerlemelere paralel bir biçimde ortalama yaşam süresi artmış, kronik hastalığa sahip bireylerin sayısı da bu durumun bir sonucu olarak artış göstermiştir. Artış gösteren kronik hastalıklardan bir tanesi de kronik böbrek hastalığıdır (KBH). KBH, kronik, ilerleyici ve nefron kaybının geri dönüşsüz olması ile karakterizedir ve farklı hastalıklara bağlı olarak gelişen bir hastalıktır (Akpınar Bektaş vd., 2019). Böbrek hasarı glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma ile karakterizedir. Kronik böbrek hastalığında tüm hastaların serum kreatin değerlerinden GFH hesaplanır. Bu ölçüm böbrek hastalığının derecesini anlamak ve hastalığın seyrini, tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılır (Özmen vd., 2023). GFH azalmasıyla sıvı ve elektrolit dengesi bozulmakta, böbreğin endokrin ve metabolik fonksiyonlarında ilerleyici, geri dönüşsüz işlev kaybı yaşanmaktadır. GFH normal olması gereken orandan %75 azaldığında, bu durumun sebebi olan tahribat ortadan kaldırılrsa bile böbrek fonksiyonlarında geri dönüşsüz bir biçimde kayıp görülmeye devam etmektedir (Varol ve Sivrikaya, 2018).

Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzuna (*Kidney Disease Improving Global Outcomes /KDIGO 2024*) göre KBH tanımı;

3 aydan uzun süren yapısal veya fonksiyonel böbrek hasarı belirteçleri;

- Albüminüri (Albümin Atılım Hızı ≥ 30 mg/24 saat; Albümin Kreatinin Oranı ≥ 30 mg/g [≥ 3 mg/mmol])
- İdrar sedimentinde saptanan anormallikler
- Tübüler bozukluklar nedeniyle gelişen elektrolit ve diğer anormallikler
- Histolojik incelemelerde anormallik saptanması
- Tıbbi görüntüleme yöntemlerinde anormallik saptanması
- Böbrek transplantasyonu olmuş bireyler ve/veya

- Böbrek hasarı olsun veya olmasın 3 aydan fazla süreyle GFH azalması (<60 ml/dk/1.73m²) şeklinde belirtilmektedir (KDIGO, 2024).

2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı hem dünyada hem de Türkiye’de sıklığı gün geçtikçe artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. KBH morbiditeyi ve mortaliteyi yükseltmekte, fiziksel, psikolojik ve ekonomik gibi birçok yönden bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir (Varol ve Sivrikaya, 2018). Son yıllarda yapılmış 100 epidemiyolojik çalışma dahil edilerek hazırlanan meta-analizde, dünyadaki erişkinlerin yüzde 13,4’ünün çeşitli evrelerde KBH olduğu belirlenmiştir (Hill vd., 2016).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün “*Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023*” eylem raporuna göre, KBH görülme sıklığının Çin’de %13, Tayvan’da %12 ve Avustralya’da %10 olduğu, tüm dünyada KBH prevalansının ise %6-10 arasında olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri KBH Sürveyans Sistemi, 1-4. evre KBH prevalansının 2015-2016 yılları arasında %14,2 oranında olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda ayrıca Norveç’in 1995-2008 yılları arasında KBH evre 1-5 prevalansının sabit olduğu, İngiltere’de ise KBH evre 3-5 prevalansının 7 yıl içinde önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (Kovesdy, 2022).

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), GFH’nın 15 ml dak/ 1,73 m²’den düşük iken ortaya çıkmaktadır (Bırol ve Pakyüz, 2021). Ayrıca SDBY 3 aydan uzun süren süreçte vücudun sıvı ve elektrolit dengesini sürdürmek için gerekli olan böbrek fonksiyonlarında geri dönüşsüz bozulmanın olması olarak tanımlanır ve bu durum da hayati risklerin arttığı bir durumdur (Karadakovan ve Kaymakçı, 2017). SDBY, yaşlı nüfusun artması, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların ve obezite oranlarının artışına bağlı olarak her yıl sayısı artarak ilerlemektedir. 2030’da dünyada SDBY tedavisi olan 5,5 milyon kişi olacağı beklenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Türk Nefroloji Derneği (TND) 2022 verilerine göre ise SDBY’li 86.665 hasta bulunmaktadır (Ateş vd., 2023).

Kronik böbrek hastalığı farklı kronik hastalıkların sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca KBH dağılımı yaş, cinsiyet ve ırka göre de farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nin KBH prevalansı son yıllarda sabit kalmakla birlikte, diyabetli bireylerde KBH prevalansı %38, hipertansiyonlu

bireylerde bu oran %21,5'dir (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases/ NIDDK, 2023*).

Cinsiyete göre bakıldığında KBH oranları çok farklı olmamakla birlikte ABD'de kadınlarda %15,4, erkeklerde %12,6'dır (NIDDK, 2023). Bu oran ülkemizde kadınlarda KBH sıklığı 18,4, erkeklerde 12,8 bulunmuştur (Arınsoy vd., 2019).

2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

Günümüzde kronik böbrek hastalığının Dünya'daki ve Türkiye'deki en mühim etiyolojisi diyabettir. TND Kayıt Sisteminde yer alan raporlara göre ülkemizde diyaliz tedavisine başlayan hastalardan her 5 hastanın 2'sinin hastalığı diyabet ile ilişkilidir. KBH'nın DM'den sonra ikincil etiyojik faktörü hipertansiyondur. Ülkemizde ise hemodiyalize başlamış KBH hastalarında diyabet hastalığı varlığı oranı %38,4, hipertansiyon varlığı %31,3'tür (Ateş vd., 2023). Glomerülo nefritler de bütün yaş gruplarında görülebilmekte ve etiyojik dağılımda üçüncü sırada yer almaktadır. KBH'nın etiyojisinde özellikle polistik böbrek hastalığı gibi genetik böbrek hastalıkları, tübülointerstisyel nefritler, renal vasküler hastalıklar, aloidoz, obstrüktif nefropati vb. diğer etiyojik nedenlerdir. KBH'na sahip hastaların nefroloji kliniklerine başvuruları önemli bir ölçüde hastalığın son evrelerinde olduğu için hastalığın kaynağı kesin olarak anlaşılamamaktadır. Bu yüzden, "nedeni bilinmeyen KBH" KBH'nın etiyojik dağılımında önemli bir oran sahiptir (Ateş vd., 2023; Sağlık Bakanlığı, 2020; Süleyman vd. 2015).

Kronik böbrek hastalığının etiyojisinde popülasyonlara göre farklılık göstermekle birlikte cinsiyet, yaş, meslek, sigara kullanımı, gelir durumu, diyalize başlama yaşı, eğitim durumu, komorbidite ve primer hastalık gibi faktörlerinde etkili olduğu görülmektedir (Erdem vd., 2018).

2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

Kronik böbrek hastalığının gelişmesine yol açan risk faktörleri, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen olarak ikiye ayrılmaktadır;

- Değiştirilebilir Risk Faktörleri: Pre-diyabet, hipertansiyon, proteinüri, insülin direnci, sigara kullanma, obezite ve sedanter yaşam, hiperürisemi, dislipidemi, ağır metal ve eroin gibi kimyasal ve çevresel toksinlere maruz kalma, nefrotoksik ilaç

kullanımı, küçük yaş gebelikleri ve eğitim düzeyinin düşük olmasıdır (Francis vd., 2024; Korkmaz, Topbaş, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2018).

Böbrek hastalıklarında diyabetes mellitus, hipertansiyon, sigara, sedanter yaşam, sağlıksız beslenme ve alkol kullanımı gibi önemli değiştirilebilir risk faktörleri önlenildiğinde; KBH'nin büyük kısmının önlenileceği öngörülmektedir (Yılmaz vd., 2015).

- Değiştirilemeyen Risk Faktörleri: İleri yaş, erkek cinsiyeti ve etnik kökendir. Afro-Amerikan, Afro-Karayipli, Hispanikler ve Güney Asyalı ve Pasifik Asyalıları içeren etnik köken, KBH'nin ilerlemesini olumsuz yönde etkilemektedir (Charles ve Ferris, 2020; Vaidya vd., 2021).

Kronik böbrek hastalığında gestasyonel faktörler, gelişimsel faktörler, böbrek taşları, iklim değişikliğine, nefrotoksik ilaçlara, çevresel toksinler ve hava kirliliğine maruz kalmakta önemli risk faktörleri arasındadır (Francis vd., 2024; Luyckx vd., 2020).

Kronik böbrek hastalığı için tarama testleri risk faktörüne sahip bireylerde 1-2 yılda bir, diyabeti ve hipertansiyon hastalıkları olan bireylerde yılda en az bir kere yapılmalıdır.

Kronik böbrek hastalığına yönelik düzenli tarama yapmaları önerilen gruplar:

- 60 yaş ve üzeri bireyler
- Böbreği etkileyen sistemik hastalığı olanlar (sistemik lupuseritematozis, vb.)
- Hipertansifler
- Aile üyelerinde böbrek hastalığı öyküsü bulunanlar
- Tekrarlayan üriner sistem taşı veya enfeksiyonu olanlar,
- Yapısal idrar yolu anomalisi olanlar,
- Diyabetikler
- Akut böbrek hasarı öyküsü olanlar
- Kardiyovasküler hastalığı olanlar (iskemik kalp hastalığı, periferik damar hastalığı, kalp yetersizliği)

Sürekli ağrı kesici ve nefrotoksik ilaç kullanımı olanlar (Gündoğan, 2023).

2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığı Tanı ve Evrelendirilmesi

Geçmiş yıllarda KBH hafif, orta ve ağır şeklinde sınıflandırılırken Ulusal Böbrek Vakfı- Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NFK-DOQI) önerisi ile günümüzde tedavide uluslararası ortak bir dil oluşturulması için KBH evrelere ayrılarak değerlendirilmektedir (Topbaş, 2015). Hastanın GFH hesaplamasına ve albüminürinin düzeyine göre belirlenen KBH evresi ve ilerleme hızı şekil 2.1’de verilmiştir.

				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 m ²)	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 2.1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüriye Göre Kronik Böbrek Hastalığı İlerleme Hızı

Yeşil: Düşük risk (Böbrek hastalığının diğer belirtileri, kronik böbrek yetmezliği yoksa)

Sarı: Orta derecede artmış risk Turuncu: Yüksek risk Kırmızı: Çok yüksek risk

Kaynak: KDIGO, 2024.

Evre 1: KBH’nın belirti vermediği, GFH’da azalma haricinde labotatuvar ve klinik bulgusunun olmadığı evredir. Bu evrede yıllık GFH ölçülmeli, hastada sağlıkta koruyucu davranışlarının gelişmesi sağlanmalı, kilo takibi ve uygun kilo planlaması

yapılmalı, kan basıncı ölçümlerine dikkat edilmeli ve kardiyovasküler risk faktörleri belirlenmelidir (Topbaş, 2015).

Evre 2: Böbrek yıkımının var olmasına karşın hiperfiltrasyonun görüldüğü, böbrek hasarı olan kişilerde böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalıkların gelişme riskinin olduğu evredir. Bu evrede glikoz, kan basıncı ve kolesterol düzeyleri izlenmeli ve kontrol sağlanmalı, hastaya öz bakım gücü, yaşam stili değişiklikleri ve ilaç tedavisine uyumda destek sağlanmalıdır (Karadakovan ve Kaymakçı, 2017, Topbaş, 2015).

Evre 3: GFH'nın üç ay süresince 60 ml/dk'ya veya daha aşağısına düşmesiyle hastaların böbrek işlevleri yarı oranda ya da daha fazla oranda kaybolduğu görülmektedir. Üçüncü evrede fonksiyonel kayıplar belirginleşmekte ve biyokimyasal olarak poliüri, noktüri, anemi, kan üre nitrojeni (BUN) ve kreatinde artış, idrar konsantrasyonunda azalış gibi belirtiler görülmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı, 2017). Bu evrede 6 ayda bir GFH, Ca, P, Hb ve K kontrolü yapılmalı, kan basıncı kontrol altında tutulmalı, tekrarlayan grip ve pnömoni önlenmeli, renal replasman tedavi (RRT) yöntemleri konusunda hastalar bilgilendirilmeli, kilo ve ödem takibi yapılmalı, hastalar nefrotoksik ilaçlara karşı uyarılmalı, GFR'de hızlı bir düşüş, mikroskopide hematüri varsa, PKÖ (protein-kreatin ölçüm) 45 mg/mmol ve AKÖ (albumin-kreatin ölçüm) >30 mg/mmol olduğunda programlı bir şekilde nefroloji servisine gidilmelidir (Topbaş, 2015). KDIGO'nun 2024 raporuna göre evre 3 grubu evre 3a (GFH 59-45 ml/dk/1.73 m², Hafif - orta derecede azalmış) ve evre 3b (GFH 44-30 ml/dk/1.73 m², Orta- şiddetli derecede azalmış) olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır.

Evre 4: Üremik semptomların GFH'ındaki ciddi azalmayla birlikte belirginleştiği, hiperfosfatemi, hipokalsemi, anemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz, gastrointestinal (mide bulantısı, kanama, iştahsızlık, kusma) ve üremik ensefalopati ve üremik nöropati gibi nörolojik bulguların görüldüğü evredir. Bu evrede hastalar RRT yöntemlerine hazırlanmalıdır. Kemik hastalıkları ve kardiyovasküler komplikasyonlar bakımından hastalar dikkatli izlenmeli, devamlı diyaliz tedavisi sağlanmalı, hastaların 3 ayda bir GFH ve evre 3'te yer alan kan ölçümleri ve PTH seviyesi ve bikarbonat gibi ek ölçümler yapılmalıdır (Topbaş, 2015).

Evre 5: GFH dakikada 15 ml altına düştüğü, metabolik sorunların ve üremik belirtilerin şiddetlendiği evredir. Bu üremik toksinlerin vücutta birikimi, inflamasyon ve inflamatuvar sitokinlerin artması sonucunda hastalarda protein ve enerji alımı azalmaktadır. Böbrekler tümüyle görevini yapamaz duruma geldiğinde yani ilaç ve diyet tedavisiyle üremik belirti ve bulgular kontrol edilemediğinde hastalara RRT uygulanmalıdır (Kızıltan, 2018).

2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları

Kronik böbrek hastalığında hastalığın altta yatan etiyolojisine ve evresine göre belirti ve bulgular farklılaşmaktadır. KBH'nın erken evrede farkına varabilmek için özellikle idrardaki değişiklikler ve kan basıncının yüksekliğine dikkat edilmesi gerekmektedir (Gündoğan, 2023). Hastalarda görülmekte olan ilk bulgu noktüri, yorgunluk ve anemiye bağlı halsizliktir. GFH'nın 20-25 ml/dakika ve altında olması durumunda da üremik belirtiler ortaya çıkmaktadır (Tayaz ve Koç, 2020).

Tablo 2.2. Sistemlere Göre Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Bulguları

Sistemler	Klinik Bulgular
Solunum sistemi	Kussmaul solunum, plevral effüzyon, aşırı sıvı birikimi sonrasında akciğer ödemi, çeşitli enfeksiyonlar
Deri	Damar cidarına kalsiyum fosfat çökmesi sonucunda oluşan iskemik ülserler (kalsifikasyon), hiperpigmentasyon, kaşıntı, tırnak atrofisi, hiper pigmentasyon
Kardiyovasküler system	İskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, aritmiler, kardiyomyopati, sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetersizliği, üremik perikardit
Gastrointestinal system	Stomatit, inatçı hıçkırık, mukoza ülserasyonları, pankreatit, kusma, değişik etyolojili hepatitler, bulantı, iştahsızlık
Metabolik bulgular	Glikoz intoleransı, diyabetiklerde hipoglisemi, hiperlipidemi, hiperürisemi, malnütrisyon
Hemopoetik sistem	Anemi, immunosupresyon, kanama, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, mikrositik anemi
Endokrin sistem	Sekonder hiperparatiroidi, impotans, hiper prolaktinemi, frijidite, tiroid fonksiyon bozuklukları, sterilite
Lokomotor sistem	Renal osteodistrofi, dinamik kemik hastalıkları, osteomalasi, spontan tendon rüptürü, patolojik fraktür, karpal tünel sendromu, kristal artropatileri, miyopatiler
Sıvı-elektrolit dengesi	Hipervolemi, hipovolemi, hiperkalemi, hipokalemi, hipernatremi, hiponatremi, metastatik kalsifikasyonlar, hipermağnezemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz
Nöromusküler system	Otonom nöropati, istemsiz hareketler, konvülsiyon, huzursuz bacak sendromu, diyaliz disequilibrium sendromu, diyaliz demansı
Psikiyatrik bulgular	Konsantrasyon bozukluğu, uyumsuzluk (çevre, tedavi), ajitasyon, depresyon,

Kaynak: Tayaz ve Koç, 2020

2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Kronik böbrek hastalığı tedavisinde hastanın tanısına uygun özgül tedavi, KBH dışında eşlik eden hastalık varsa, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, eşlik eden hastalıkların kontrol altına alınması (ör:DM), böbreklerin işlev kaybını önlemek amacıyla; kan basıncı kontrolü, egzersiz, sigara bırakılması, nefrotoksik ajanlardan kaçınma ve lipit kontrolü gibi yaşamı daha sağlıklı hale getirecek uygulamaların yapılması, SDBY gelişmiş ve üremi belirtileri var ise de; RRT olan periton diyalizi (PD), renal transplantasyon ve hemodiyalize (HD) yönlendirmeyi barındıran bir tedavi planlanması önerilmektedir (Topbaş, 2015).

2.1.6.1. Renal Transplantasyon

RRT seçeneklerinde başta renal transplantasyon gelmektedir. Buna karşın böbrek nakli yapılabilecek organların sayısının yetersiz olması nedeniyle PD ve HD halen en yaygın RRT seçenekleridir. PD ve HD'in birbirlerine karşı avantaj ve dezavantajları bulunmasına karşılık birbirlerine geçişlidirler (Doğan vd., 2020).

Ülkemizde 2022 yılı sonu itibariyle RRT ile izlenen hastaların sayısına baktığımızda 86.665 böbrek hastasının %24,68'i, yani 21.390 hasta renal transplantasyon ile izlenmektedir (Ateş vd., 2023). SDBY'nin tedavisinde sağkalımı ve yaşam kalitesini arttırmak gibi avantajları olan renal transplantasyonun, nakil sonrası cerrahi işleme maruz kalma, nakilli hastanın kullandığı ilaçlara bağlı enfeksiyon gelişme riski, nakil sonrası hipertansiyon ve diyabet görülmesi ve malignite gelişme riski gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Uysal vd., 2017)

Böbrek naklinin endikasyonu olan durumları: Glomerülonefritler, toksik nefropati, hemolitik üremik sendrom, sistemik hastalıklar, obstrüktif üropati, genetik böbrek hastalıkları, kronik piyelonefrit, travma ve tümörlerdir.

Böbrek nakli yapılmasının kontrendike olduğu durumlar: Ciddi kalp veya akciğer hastalığı, progresif karaciğer hastalığı, aktif malignite, koagülasyon bozukluğu, kontrolü güç kronik enfeksiyonlar, aktif viral enfeksiyon, ciddi psikiyatrik rahatsızlık sebebiyle cerrahinin tolere edilememesi, alkolizm ve ilaç kötüye kullanımlarıdır (Karadakovan ve Kaymakçı, 2017).

2.1.6.2.Periton Diyalizi (PD)

Periton zarı iç organları, bağırsağı ve karın boşluğu duvarlarını örten bir yapıdır. Periton diyalizi (PD), membran olarak periton zarının kullanıldığı basit, ucuz ve uygulanabilirliği kolay olan bir tedavi yöntemidir (Sevinç vd., 2019). KBH'nın son evresi olan SDBY'ne girmiş hastaların hayatlarını devam ettirebilmeleri amacıyla, evde renal replasman (böbrek yerine koyma) tedavisini gerçekleştirmek, hastanın yaşam tarzında kolaylıklar sağlamak, hastanın tedavisinde kontrolünü arttırmak ve sağlık merkezine uzaklık sebebiyle sağlık hizmeti alımını kısıtlanmasını ortadan kaldırılmaya yönelik kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). PD uygulamasında hastanın kendi periton zarı kullanılır ve bu periton zarı aracılığıyla sıvı ve kreatinin, üre, glukoz, diğer üremik toksinler ve elektrolitler, kapiller kan ve PD solüsyonu arasında değiş tokuş edilir. PD solüsyonu periton boşluğuna kalıcı olarak implante edilmiş silikon kauçuk bir tüp olan PD kateteri aracılığıyla infüze edilir (Khanna, 2017).

Periton diyalizi uygulaması iki şekilde yapılabilir: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) ve Aletli Periton Diyalizi (APD).

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinde makineden bağımsız ve manuel olarak günde 3 ya da 4 değişim yapılmaktadır. Hastanın yaklaşık 6 saatlik periyotlarla periton boşluğunda yer alan solüsyonu boşaltması ve yeni solüsyonu karın içine vermesi gerekmektedir. Sürekli yaklaşık 30 dakika süren değişimin yapılması gerekliliği zorluk oluşturmaktadır.

Aletli Periton Diyalizinde makine aracılığıyla kısa süreli ve çoklu dolumlar yapılır. Hastanın klinik özelliklerine göre PD süresi değişiklik gösterebilmektedir. Hasta APD makinesinde bağlı kaldığı 8-12 saatten sonra karın gün içinde dolu ya da boş bırakılabilir. Bağlantı sıklığının az olması ve başkasının yardımıyla PD uygulayan hastalar için APD, SAPD'ye göre daha caziptir (Sevinç vd., 2019).

Ülkemizde 2022 yılı sonu itibariyle 3552 hasta, yani RRT uygulanan hastaların %4.1'i PD ile izlenmektedir (Ateş vd., 2023). PD'nin kolay uygulanması ve evde de diyaliz yapılmasına imkân tanınması, kardiyovasküler sistemi koruyan bir tedavi yöntemi olması, vasküler girişime gereksinim olmaması, biyokimyasal değerlerin korunması, suya, elektriğe ve teknik ekibe gereksinim olmaması gibi avantajları vardır. Peritonit

oluşması, diğer enfeksiyon riskleri obezite, hiperlipidemi, malnütrisyon, periton geçirgenliğinde azalma, protein kaybı, ultrafiltrasyon (UF) yeterliliğinde azalma olması, psikolojik sorunlara neden olması PD'nin dezavantajları arasındadır (Yürügen vd., 2015).

2.1.6.3.Hemodiyaliz

Kronik böbrek hastalığında kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi de hemodiyalizdir. Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın vasküler giriş yolu aracılığıyla hemodiyaliz makinasında sıvı ve elektrolitlerin düzenlendiği ve vücuttan uzaklaştırıldığı, üre gibi atık maddelerin temizlenerek hastaya geri verildiği tedavi işlemidir (Yürügen vd., 2015). Diyalizat adı verilen HD ekipmanı sayesinde vücuttan uzaklaştırılan bu maddeler sonucunda sıvı-elektrolit dengesizliği normal değerlerine yaklaşmaktadır (Tayaz ve Koç, 2020).

Hemodiyaliz işleminin başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için yeterli düzeyde kan akımını sağlamak amacıyla damar giriş yolu olması gerekmektedir. Hemodiyalize giren hastaların diyaliz makinesine bağlanabilmesi için damar yolu olması gerekmektedir. Bu nedenle hastalarda arteriovenöz fistül, arteriovenöz greft, kalıcı ve geçici santral ven kateterleri kullanılmaktadır. Diğer vasküler tiplerle karşılaştırıldığında, arteriovenöz fistüllerin enfeksiyon ve pıhtılaşma olasılığının azlığı nedeniyle hastalar için en iyi sonuçları sağlamaktadır (Çetin, 2015; Kosa vd., 2015). HD'e anında başlamayı sağlayan ve kalıcı olmayan santral venöz kateterler de mevcuttur. Günümüzde bu kateterlerin kullanımı için en fazla tercih edilen yerler internal juguler ven, femoral ven veya subklaviyen vendir (Santoro vd., 2014).

Hemodiyaliz işlemi diffüzyon ve ultrafiltrasyon öğelerini içerir;

Diffüzyon: Hastanın kanı, yarı geçirgen bir membran olan diyalizer aracılığıyla, içerdiği solüt konsantrasyonlarının istendiği gibi ayarlanabildiği bir sıvı olan diyalizat ile temas eder. Her iki sıvıdaki her bir solüt, yüksek konsantrasyonun olduğu taraftan, membrandaki porlar aracılığıyla düşük konsantrasyonun olduğu tarafa geçmesi işlemidir.

Ultrafiltrasyon: Hidrostatik basıncın kan tarafında istendiği kadar arttırılarak, kanın su parçasının kandan diyalizata kolaylıkla ittirilerek atılması işlemidir (Arınsay vd., 2019).

Son dönem böbrek yetmezliğinin gelişmesiyle böbrekler, hayati fonksiyonlarını gerçekleştirememekte ve hastalar RRT ihtiyaç duymaktadır. Bu durumda böbrek nakil olunması veya uygun diyaliz yöntemi (hemodiyaliz, periton diyalizi) seçilmektedir (Webster vd., 2017). Seçilen diyaliz yöntemlerinden birisi de hemodiyalizdir. 2017 yılında Dünya böbrek hastalığı verilerine baktığımızda 843,6 milyon kronik böbrek hastası ve 3,9 milyon RRT alan hasta bulunmaktadır. (Jager vd., 2019). Tüm dünyada en yaygın renal replasman tedavisi HD olup, 2 milyon hasta bu sayede yaşamını sürdürmektedir. Hastaların %90'ı diyaliz merkezine haftada 3 gün 4'er saatlik periyotlarla giderek tedavi görmektedir (Arınsoy vd., 2019). TND Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu verilerine göre ülkemizde SDYB nedeniyle RRT tedavisi uygulanan 71.318 hasta bulunmaktadır. Bu hastalardan hemodiyaliz uygulanan hasta sayısı 55.890'dır (Süleymanlar vd., 2015). TND'nin 2022 verilerine göre ise SDBY'li 86.665 hasta bulunmakta ve bu hastaların 61.723 tanesine hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Bu verilere göre 6 yılda hastalığın prevalansı artmıştır. TND'nin 2022 verilerine göre ülkemizde en çok tercih edilen (%71,22) RRT yöntemi hemodiyalizdir (Ateş vd., 2023).

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları:

- Hastanın hemodiyaliz seansları dışındaki zamanlarında normal yaşantısını sürdürebilmesi,
- Malnütrisyon oranlarının hemodiyalizde daha az olması,
- Hastane yatış ihtiyacında azalma olması,
- Diyalizat ürünlerinin hızlı ve etkili bir biçimde insan vücudundan atılabilmesi,
- Hemodiyalizin serum trigliserid seviyesini düşürmesi,
- Periton diyalizine oranla batında görülen komplikasyonların hemodiyalizde görülmemesidir (Kaya, 2023).

Hemodiyaliz tedavisiyle birlikte KBH'na bağlı meydana gelen belirtiler ve bulgular kontrol altına alınmaktadır ancak hemodiyaliz süreci ve hayatın hemodiyaliz makinesine bağlı olarak ilerletilmesi farklı akut ve kronik komplikasyonlara neden olmaktadır (Şanlıtürk vd., 2018). Hemodiyalizin en sık rastlanan akut komplikasyonu hipotansiyondur (Karadakovan ve Kaymakçı, 2017). Özellikle yaşlılar bireyler, diyabetikler ve kardiyovasküler sorunlara sahip kişilerde hipotansiyona daha sık rastlanmaktadır (Yürügen vd., 2015). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde sık görülen

diğer bir komplikasyon da kas kramplarıdır. Yoğun UF ve diyalizat solüsyonunda sodyum düşüklüğünün kas kramplarına neden olduğu görülmektedir (Prabhakar vd., 2015). Ayrıca hemodiyaliz tedavisi alan hastalar yorgunluk (%81), nefes darlığı (%71), uykusuzluk (%67), iştahsızlık (%67), bulantı-kusma (%67), kaşıntı (%52) ve ağrı (%48) gibi birçok semptomla daha baş etmek zorunda kalmaktadır (Flythe vd., 2015). Aşırı UF'nun sebep olduğu hipotansiyon, üremi ve yetersiz diyaliz, diyaliz sırasında görülen mide bulantısı ve kusmanın en önemli nedenlerindedir (Şanlıtürk vd., 2018). Kaşıntı komplikasyonu hemodiyaliz hastalarının %20-90'ı arasında görülmekte olup uyku kalitesi başta olmak üzere yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplikasyonlardan biridir. Kaşıntının olmasının sebepleri anemi, yetersiz diyaliz, demir eksikliği, kuru deri ve düşük hipersensitiviteli diyaliz araçlarıyla diyaliz işleminin gerçekleştirilmesidir (Yürügen vd., 2015). Hemodiyaliz hastalarının %60'tan fazlasında görüldüğü belirtilen uyku sorunları tek bir nedene bağlı değil, kaşıntı, huzursuz bacak sendromu, günlük yaşamından kaynaklı anksiyete, hastalığa bağlı depresyon, hemodiyaliz seanslarında uyuya kalmak gibi birçok nedene bağlı gelişebilmektedir. Morbidite ve mortalite üzerinde olumsuz etkileri olan ve hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan diğer komplikasyon örnekleri depresyon ve anksiyetedir. Uzun süren HD tedavisi, bireylerin yaşam stillerinde ve kişiliklerinde değişikliklere sebep olur ve bu durum neticesinde hastaların depresyon ve anksiyete gibi psikososyal problemler yaşadıkları düşünülmektedir (Şanlıtürk vd., 2018). Ayrıca hemodiyaliz, hastaların haftanın 3'er günü 4'er saat makinede bağımlı olma zorunluluğunun olması; iş kaybı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma, sakatlık, sosyal izolasyon, beden imajında bozulmalar, ekonomik sorunlar, seksüel problemler gibi birçok olumsuzluk yaşamasına da neden olmaktadır (Taş ve Akyol, 2017).

a. Hemodiyaliz ve Hemşirelik

Birçok sistemi etkileyen, geriye dönüşsüz ve ilerleyici bir seyri olan KBH'nin tedavisinde hastaların daha rahat ve uzun yaşaması amacıyla sıklıkla hemodiyaliz yöntemi kullanılmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi sırasında hastalar birçok belirti ve bulguyla karşılaşmakta, zorlu tedavi süreci ve diyaliz makinesine bağlı olma gibi nedenlerle hastaların yaşam kaliteleri azalmaktadır. Sağlık ekibinde etkin bir rol oynayan hemşireler diğer hastalıklarda olduğu gibi hemodiyaliz hastalığına sahip kişilerle ve hasta yakınlarıyla en fazla vakit geçiren sağlık profesyonelleridir. Uzun

sürelili bu tedavi sürecinde hastaların en önemli destekçilerinden biri olan hemodiyaliz hemşirelerinin bu süreçte hasta ve hasta yakınlarına karşı duyarlı olması gerekmektedir (Erdem ve Uyaroğlu, 2021).

Hemşireler hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tedavisinde ve bakımında primer olarak görev almakta ve hastalara holistik (bütüncül) olarak yaklaşmaktadır. Hemşirenin hemodiyaliz hastaları üzerindeki temel sorumluluğu, hastaların optimal sağlıklarına kavuşmalarını ve kendi bakımlarını mümkün olan en kısa sürede üstlenmelerini sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmaktır (Karabey ve Karagözoğlu, 2021).

Hemodiyaliz hemşireleri, hastayı hemodiyaliz öncesinde hazırlamalı, hemodiyaliz süreci boyunca hastanın durumunu gözlemeli, hastalara doğru beslenme ve sıvı kısıtlamalarını öğretmeli ve tüm süreci izlerken öz bakım için de destek sağlayacak profesyonel yeteneklere sahip olmalıdır. Kapsamlı hemşirelik bakımının, hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesini artırmak için tedavi sürecinde hastanın yaşadığı komplikasyonları azaltması ve önlemesi beklenir (Nurjannah ve Mailani, 2016).

Vasküler bir yol ile hastanın hemodiyaliz makinesine bağlanması, hekim istemiyle uygun diyalizerin ve diyalizatın hazırlanması ve planlanan tedavinin uygulanması, komplikasyonlara karşın hastanın gözlemlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi, hastadan istenen kan örneklerinin doğru zaman ve doğru teknik ile alınması hemodiyaliz yeterliliğini etkileyen hemşirelik girişimlerindedir (Biçer, Şahin ve Sarıkaya, 2013). Hemodiyaliz hemşireleri ayrıca tüm damaryolu girişimlerinde aseptik teknik kullanılmalı, enfeksiyon bulgularını takip etmeli ve damaryolu ile ilgili herhangi bir sorun yaşandığında diyaliz hekimi ve nefrolog ile iletişime geçmelidir (Ünal vd, 2022).

Kronik böbrek hastalığı olan ve HD tedavisi alan hastalarda görülen problemlerden bir tanesi de cilt sorunlarıdır. Şiddetli kuruluk, lezyonlar, kaşıntı gibi problemler kötü prognozla ve artmış mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Hemodiyaliz hastalarının cilt değerlendirilmesi, bakımı ve tedavisinde de hemşireler büyük rol oynamaktadır. Cildin değerlendirilmesinde ilk olarak cildin tanınması, sorunun lokal veya genel olması, şiddeti, akut veya kronik olması, lezyon varlığı ve sorunu azaltan ve arttıran faktörler değerlendirilir. Daha sonra sorunun bireyde oluşturabilecek duygu durum değişiklikleri, yaşam aktivitelerinde oluşturabileceği engelleri, uyku ve yaşam

kalitesine etkisi belirlenir. Hastanın cildi için kullandığı malzemeler değerlendirilir ve cilt sorunları multidisipliner ekip içerisinde planlanır. Tedavi aşamasında cilt problemi olan HD hastalarına uygun farmakolojik tedavi, uygun cilt bakımı, uygun diyeti, uygun giysileri, uygun hijyeni ve uygun tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler öğretilir ve uygulanır. Bakım aşamasında cilt sorunu olan HD hastaları haftada 1-2 kez çok sıcak olmayan suyla banyo yapmalıdır (Sık banyo cilt kuruluğuna, fazla sıcak su da histamin salınımının artmasıyla kaşıntıya neden olabilir). Deri kıvrımları özenle kurulanmalıdır (Kıvrımlı bölgelerin nemli kalması mantar enfeksiyonuna yol açabilir). Isı ve ter kaşıntıya neden olabileceğinden hastalara aşırı sığa maruz kalmaktan, alkol kullanımından ve baharat tüketiminden uzak kalması önerilebilir. Yine kaşıntı oluşturabileceğinden sentetik kıyafetlerden ve yünlü giysilerin kullanmaktan kaçınmaları, bol olan ve pamuklu kumaştan yapılmış giysileri kullanmaları önerilebilir. Hastaların vücutlarını kaşımaları lezyon oluşumuna, bakteri ve mantar enfeksiyonlarına neden olabileceğinden tırnakların kısa ve düz kesilmesi konusunda hastalar uyarılmalıdır (Akça, 2019).

Bu bağlamda hemodiyaliz tedavisi alan KBH hastalarının optimal düzeyde sağlıklarına kavuşmaları ve yaşam kalitelerinin artması için hemodiyaliz hemşiresinin sorumlulukları şunlardır:

- Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvıların takibi yapılır,
- Hastanın kilo takibi ve ödem durumu kontrol edilir,
- Arter kan basıncı, nabızı, solunumu ve ateş takibi yapılır,
- Cilt bütünlüğüne dair korunma sağlanır,
- Olası elektrolit dengesizlikleri (Asidoz, hiponatremi, hiperkalsemi vb.) açısından laboratuvar bulguları takip edilir,
- Hastaların aktivite düzeyleri değerlendirilir ve yorgunluk oluşturabilecek aktiviteleri belirlenir,
- Hastanın uygunluk durumuna göre nonfarmakolojik yöntemlere (egzersiz, yoga, akupresure vb.) yönelik eğitimler verilir,
- Diyetisyen ile iş birliği yapılır ve hastanın beslenme ve sıvı alımı düzenlenir, potasyum, protein, tuz ve fosfora yönelik düzenlemeler yapılır,
- Hastanın öz yönetiminde engeller varsa kaynağı belirlenir,
- Psikolojik destek hastaya ve ailesine sağlanır (Karabey ve Karagözoğlu, 2021).

Hemşireler aynı zamanda hastalarda gelişen semptomların yönetilmesinde de primer rol oynamaktadır (Şanlıtürk vd., 2018).

Bulanti-kusma semptomunu önlenmeye yönelik hemşireler;

- Diyaliz makinesi kan akım hızının kontrolü yapılmalı,
- Hipotansiyonun önlenmesi sağlanmalı,
- Gerekğinde uygun farmakolojik tedavi uygulanmalı (Şanlıtürk vd., 2018).
- İlaç etkinliğinin/yan etkileri gözlemlenmeli ve yönetilmeli, ilaç-ilaç etkileşimi olabilecek durumları bilerek gerekli önlemler alınmalı (Akyol vd., 2022).

Ağrı semptomunu önlenmeye yönelik hemşireler;

- Ağrı tanılanmalı ve ağrının yol açtığı sorunlar belirlenmeli,
- Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler belirlenmeli (Akça ve Arslan, 2015),
- Hastanın ağrısı için kullanılması uygun ise sıcak -soğuk uygulamalar yapılmalı, hasta ve ailesine öğretilmeli,
- Hastanın ağrısını başka yöne çekecek alternatif yöntemler uygulanmalı, uygunsa masaj önerilmeli,
- Gerekğinde order edilen aneljezikler uygulanmalı ve ağrı kontrol altına alınmalı (Tayaz ve Koç, 2020),
- Birey ve ailenin ağrı inanç ve tutumları belirlenmeli, yanlış inanç ve tutumlar kontrol altına alınmalı,
- Yalnızca bireye değil, ailesine de ağrıya yönelik stratejiler öğretilmeli ve ağrının giderilmesi sağlanmalı
- Ağrıyı etkileyen psikososyal faktörler belirlenmelidir (Özer vd., 2020).

Yorgunluk semptomunu önlenmeye yönelik hemşireler;

- Hastanın günlük gerçekleştirdiği aktiviteler değerlendirmeli,
- Hastanın yorgunluk oluşturacak aktiviteleri belirlenmeli ve hastanın önceliklerini tanımlayarak, vazgeçilebilir aktivitelerinin bırakılması önerilmeli
- Hastaya uygun aktivite planı oluşturulmalı
- Hastanın önemli işlerini enerjisinin en yüksekte olduğu zamanlarda yapması konusunda bilgilendirilmeli

- Hasta, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanıyorsa yardım alması konusunda desteklenmeli ve hareketsiz olmanın meydana getirdiği riskler göz önüne alarak aktif- pasif hareketler yaptırılmalı (Şanlıtürk vd., 2018).
- Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, ekonomik hal ve hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma gibi değişkenleri göz önünde bulundurarak KBH semptomları ile ilgili etkili eğitim programları hazırlanmalı, bu sayede hastaların kaygı düzeylerini azaltarak yorgunlukları ile baş etmeleri sağlanmalıdır (Varol ve Sivrikaya, 2018).

Uyku sorunları semptomunun önlenmesine yönelik hemşireler;

- Hastaların uyku sorunlarını belirlemede uygun formları geliştirmeli, var olan formları kullanmalı,
- Hastaların uyku bozukluklarını ve uykusunu etkileyen faktörleri saptamalı,
- Hastanın uyku sorunlarını gidermeye yönelik hemşirelik girişimlerini belirlemeli ve sonuçlarını ölçmeli
- Yeni diyalize başlayan hastaların uyku sorunlarını saptamalı ve uyku hijyeni konusunda bilgilendirme programları başlatmalı (Akyol vd., 2017),
- Hastanın gün içinde uygun olan aktiviteleri daha fazla yapmasını sağlamalı ve bu sayede yorularak gece rahat uyumasına yardımcı olmalı
- Hastalar, gece uyuyacağı saatlere uyum sağlaması konusunda teşvik edilmeli
- Hastalara uyku problemlerini önleyici alternatif tedavi yöntemlerini (aromaterapi, müzik dinletilmesi vb.) kullanabileceği konusunda bilgi verilmelidir (Şanlıtürk vd., 2018).

2.2.Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının artması ve önem kazanmasıyla birlikte hastalıklardan korunma çalışmaları da geliştirilmeye başlanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için bireylerin, sağlık davranışlarında ve yaşam şekillerinde değişiklik yapmaları gerekmektedir. Bu yüzden bireylerin hastalıkları hakkında ve hastalıklarından korunma yaklaşımlarıyla ilgili bilgi sahibi olması, doğru bilgiye doğru kaynaklardan ulaşip ulaştığı bilgiyi doğru olarak algılayıp hayata geçirmesi gerekmektedir. Bireylerin bilgiye ulaşacakları kaynaklara erişim, bilgileri okuyup özümseme, aldığı bilgiler doğrultusunda sağlık ve sağlığın koruyup-geliştirilmesine yönelik konularda, yaşadıkları süreç boyunca hayat

kalitelerini yükseltmeye yönelik doğru kararlar vermeleri ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri “sağlık okuryazarlığı” olarak isimlendirilir (Bilir, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘ne göre sağlık okuryazarlığı (SOY) tanımı, “*bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleridir.*” şeklindedir (World Health Organization, 1998).

2011 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde yer alan SOY tanımı ise “*bireylerin, sağlıklı olmayı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.*” şeklindedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2012 yılında Sorensen ve arkadaşları, o güne kadar yapılan tüm tanımları analiz ederek “*SOY; okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak ve yargıda bulunmak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamak için bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini içerir ve yaşam seyri boyunca yaşam kalitesini artırır.*” şeklinde tanımlamışlardır (Sorensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin okuryazarlık becerileri ile sağlık kelimesi arasında köprü oluşturmaktadır. Kısaca sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlık kararlarını alabilmeleri için gerekli temel sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir. Sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin ve yüksek sağlık harcamalarının düşürülmesinde önemli etkileri olan sağlık okuryazarlığı, sağlık alanında en güçlü sosyal belirleyicilerden bir tanesidir. Bireylerin sosyal imkanlarının farklılığından, sağlık sistemindeki beklentilerin fazlalığından ve sağlık bilgisinin karmaşık bir yapıda olmasından dolayı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi zorlaşmaktadır. Bu nedenle ilk olarak bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için çalışmalar yapılmalı, sağlık ve eğitim alanlarında multidisipliner çalışmalar teşvik edilmeli, toplumun sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığı artırılmalı ve politik destek sağlanmalıdır. (Gözlü, 2020).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin evde, sağlık kliniklerinde ve diğer sağlık hizmeti sunulan yerlerde sağlıklarıyla ilgili kararlar alabilmek için gerekli okuryazarlık

becerilerine sahip olmalarını ifade eder. Bu beceriler herkes için farklılık göstermektedir. Ancak sağlık okuryazarlığının düşük olması sağlık sonuçlarının sürekli olumsuz olmasıyla ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı, eğitim yoluyla ve iyi bir iletişim aracılığıyla geliştirilebilir ve bu gelişim iletişimin sağlandığı ortam tarafından yönetilir. Klinik ortamlarda yapılan araştırmalar sağlık okuryazarlığının düşük olmasının başarılı bir şekilde tespit edilebileceğini ve hasta eğitiminin etkili bir biçimde gerçekleştirilmesiyle sağlık okuryazarlığının geliştirilebileceğini göstermiştir. Ancak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi elde edilen yeni bilgileri aktarmaktan daha fazlasını gerektirmekte, aynı zamanda sağlığını güvenle koruyabilen ve olumsuz durumda iyileştirebilen bir dizi eyleme katılımı sağlayan kişisel becerilerin güçlendirilmesini de içerir (Nutbeam, 2017).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflaması

En yaygın kullanılan sağlık okuryazarlığı sınıflaması 2000 yılında Dr. Don Nutbeam tarafından geliştirilen 3 aşamalı sınıflamadır;

Temel/Fonksiyonel SOY: Temel düzeyde okuma-yazma becerilerine dayanmaktadır. İhtiyaçları olan doğru kaynağa ulaşma konusunda yetersizdirler ancak sağlık ile ilgili bilgi kendilerine sunulduğunda okuyup anlayabilmektedirler.

İletişimsel/İnteraktif SOY: Bilişsel ve okuryazarlık becerileri daha gelişmiştir. Sosyal becerilerin yanı sıra günlük faaliyetlere aktif olarak katılmakta, diğer iletişim biçimlerinden anlam çıkarmakta ve yeni ulaştıkları bilgileri farklı koşullarda uygulamak amacıyla kullanılabilirler.

Kritik/Eleştirel SOY: Bilişsel ve sosyal becerileriyle birlikte, elde ettikleri bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etmekte ve bu bilgiyi kolaylıkla yaşadıkları olaylar üzerinde kullanabilmektedirler. Sağlığın sosyal, ekonomik ve politik boyutunu anlayabilmektedirler (Nutbeam, 2000).

Bu becerilerin düşük olduğunda, bireyler olumsuz sağlık durumları ile karşılaşmakta, hastalar tıbbi hizmetleri daha fazla, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, tedavilerini anlamakta zorluk çekmekte ve tedaviye uyum düzeyleri daha düşük düzeyde seyretmektedir (Balçık vd., 2014).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Önemi

Sağlık okuryazarlığında birey, sağlık ile ilgili doğru bilgileri almalı ve kendi sağlığı ile ilgili karar verirken bu bilgileri doğru şekilde kullanmalıdır. Yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerde görülen problemler şunlardır (Bilir, 2014; Çopurlar ve Kartal, 2016; Tanrıöver vd., 2014; Yavuz, 2021).

- Sağlıklarıyla ilgili doğru kararları alamama
- Hastaneye daha sık başvurma ve bu yüzden hastane masraflarında artma
- Hastanede yatış sürelerinde artma
- Yüksek oranda gereksiz tetkik yaptırma
- Sağlık çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama
- Sağlık durumlarını ifade etmekte zorlanma
- Tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamama
- Uygulanan tedaviye uyumda güçlük (kontrollere, ilaç tedavisine uyum, vb.)
- Sağlığını sürdürme ve koruyucu sağlık hizmetleri konularında yetersiz bilgiye sahip olma ve bu hizmetleri kullanmada sorun yaşama (tarama, egzersiz programları, aşılar, vb)
- İlaç uygulama hatalarında artma
- Artmış mortalite
- Kronik hastalıkları yönetmede veya uzun süren tıbbi durumlarda zorlanma (karmaşık tedavi rejimlerini, hayat tarzı değişiklikleri vb.)
- Hastaların okuma düzeylerinin sağlık ile ilgili yazılarda eksik kalması (Prospektüs, bilgilendirilmiş onam vb.)
- Hastaların eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı meydana gelen aksaklıklar
- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma konusunda zorluk yaşama
- Sağlığı pozitif yönde etkileyecek davranışları yapmama (Hareketsiz yaşam, sigara, alkol kullanımı, obezite vb.)

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Rolü

Ülkemizde 9980 hanede TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılmış sağlık okuryazarlığı çalışması sonucunda bireylerin %68,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde 4924 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada da bireylerin %64,6'sının SOY düzeylerinin

yetersiz veya sorunlu olduğu belirlenmiştir. SOY düzeylerinin düşük olması birçok probleme neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018; Tanrıöver vd., 2014). Bu yüzden sağlık hizmeti sunucularının en büyük gruplarından olan hemşirelere çok iş düşmektedir (Dickens, 2013). Hastayı eğitmek ve etkili iletişim kurmak da hemşirelik mesleğinin temel unsurlarındandır. Hemşireler bireylerin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, direkt hasta bakımında, sağlık hizmetleri sunumunda yer aldığı için sağlık-bakım kalitesinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artmasında önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın sağlığıyla ilgili farkındalığının olması, hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, bilgiye nereden erişeceğini bilmesi, hastalığıyla ilgili doğru ve güvenli karar verebilmesi gibi konularda SOY devreye girmektedir. Hastalara bu konularda destek sağlayacak ve SOY'na teşvik edecek kişilerde devamlı hastalarla iç içe olan hemşirelerdir. Öte yandan hemşirelerin SOY düzeyinin düşük olması da hastayla iletişimi olumsuz yönde etkileyebilmekte bu durum da bakımdan beklenen faydaları engelleyebilmektedir. Bu yüzden hemşirelerin SOY hakkında bilgi düzeyleri iyi incelenmeli ve hemşirelik uzmanlarının SOY hakkında verecekleri eğitimler ile SOY düzeyleri iyileştirilmelidir. SOY düzeyinin bakım veren hemşirede yüksek olmasıyla hasta ve ailesinin de SOY düzeyinin artabileceği belirlenmiştir (Kaya ve Sivrikaya, 2018).

2.2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı

Sürekli olarak diyaliz merkezine gitme, devamlı ilaç kullanımı, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum sağlama gerekliliği, uzun süren tedavi süreleri gibi sebeplerle hemodiyaliz tedavisinde sağlık okuryazarlığı önemli bir faktör haline gelmiştir (Bülbül ve Demiroğlu, 2023). Yapılan çalışmalarda sınırlı SOY düzeyine sahip hastaların sağlık kaynaklarından daha sık yararlandıkları ve bu yüzden sosyoekonomik zorluklar yaşayabilecekleri, öz yeterlilik ve öz bakım konusunda da desteklenmeleri gerektiği belirtilmektedir (Green vd., 2013). Ayrıca hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yaşam tarzı değişikliklerini yönetmede SOY düzeyi düşük bireylerin daha çok zorlandıkları ve daha çok komplikasyon riskiyle karşı karşıya oldukları aktarılmaktadır (Taylor vd., 2018). SOY düzeyinin yetersiz olduğu HD hastalarının, SOY düzeyi yüksek HD hastalarına göre daha çok HD seansını kaçırdığı ve acil servis bölümüne daha çok başvurdukları, sağlık ile ilgili bilgileri anlamada, hastalık bilgilerini ve test sonuçlarını anlamada zorluk çektikleri görülmektedir (Green vd., 2013; Lambert vd., 2015). Sınırlı

sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük KBH bilgisi ile ilişkilendirildiği, düşük SOY düzeyine sahip KBH hastalarının düşük glomerüler filtrasyon hızı ile ilişkili olduğu, kardiyovasküler hastalık oranlarının yüksek olduğu, KBH'nın erken evrelerinde hastaların SOY düzeylerini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmektedir (Jain ve Green, 2016). SOY düzeyi düşük olan hemodiyaliz hastalarının KBH'a neden olan faktörleri anlamada zorluk çektiği ve sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilmediği, kullanması gereken ilaçlarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve diyetle uyuma konusunda zorlandıkları vurgulanmaktadır. Hastaların SOY düzeylerindeki yetersizliğin yol açtığı uyum sorunlarının sonucunda da hastaların biyokimyasal kan değerlerinde istenmeyen sonuçlarla karşılaştığı belirtilmektedir (Shayan, 2018). Yapılan diğer çalışmalarda SOY düzeyi yetersiz olan hastaların kan basıncı kontrollerinde olumsuz sonuçlara ve ölüm riskinde artışa neden olabileceği bildirilmektedir (Adesun vd., 2012; Cavanaugh vd., 2010). Ayrıca KBH'da hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yönetimlerini gerçekleştirebilmeleri ve uygunsuz sağlık davranışlarından kaçınabilmeleri için SOY düzeyi önemlidir. SOY düzeyi düşük hemodiyaliz hastalarının öğrenme isteksizliklerinin fazla olduğu, öz yönetimlerini gerçekleştirmekte zorlandıkları ve hastaların SOY düzeylerinin yükseltilmesiyle daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılacağı belirtilmektedir (Hou vd., 2022; Mahjubian vd., 2018).

2.3.Hemodiyaliz Hastalarında Diyet

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin kendi sağlık yönetimini yapabilmeleri ve hemodiyaliz tedavilerinin başarılı olabilmesi için diyet, ilaç ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlamaları gerekmektedir (Griva vd., 2018). Özellikle hemodiyalize başlarken, hastalar tedavinin invaziv ve yorucu doğası karşısında kendilerini bunalmış hissedebilmekte ve diyet kontrolüne yeterli dikkati veremeyebilmektedir (Stevenson vd., 2018). SDBY hastalarında beslenme tedavisi uygulamanın en önemli amaçları, hastalığın progresyonunun yavaşlatılması ya da önlenmesi, üremik toksisitenin azaltılması, nefron kaybı ve bu kaybın yol açtığı sistemik problemlerin önlenmesi, hastanın azalmış yeme isteğinin yerine gelmesine yardımcı uygun bir beslenme sağlanması, malnütrisyonun önlenmesi ve sıvı elektrolit dengesizliklerinin engellenmesidir (Kızıltan, 2018). Malnütrisyon, KBH olan kişilerde yaygın görülen bir sorundur ve bu kişilerin morbidite, mortalite ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde

etkilenir. Malnütrisyon, enerji, protein veya diğer besin maddelerinin alımındaki eksiklik veya fazlalığın (veya dengesizliğin) dokular/organizma (vücut şekli, boyutu ve vücut bileşimi) üzerinde işlevsel ve klinik sonuçlarda ölçülebilir olumsuz etkiler oluşturduğu beslenme durumunu ifade eder. Malnütrisyonun ana formu, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yetersiz enerji ve/veya protein alımını ifade eden protein-enerji malnütrisyonudur (PEM). KBH'nın evresi ne olursa olsun ayrıntılı beslenme değerlendirmesi, uygun bakımı sağlamak açısından son derece önemlidir (Poulia, 2024).

Kronik böbrek hastası olan bireylerin diyetleriyle ilgili bilgi düzeyleri hastalığın gidişatı ve komplikasyonlara karşı önlem alma açısından çok önemlidir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyetleri hakkında doğru bilgileri öğrenip uygulamasıyla öncelikle malnütrisyon olmak üzere böbrek hastalığına bağlı gelişen birçok komplikasyonun da azaltılabileceği düşünülmektedir (Kocamış vd., 2016). Ayrıca uygulanan diyet tedavisinde hemodiyaliz hastaları kendi yemek zevkiyle çatışan bir diyetle maruz kalabilirler. Bu durum da hastaların yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu yüzden diyaliz hastalarına diyet kısıtlaması uygulanırken aynı zamanda yemekten keyif almalarını sağlayacak ve diyetle uyumlarını kolaylaştıracak uygun bir beslenme programı geliştirilmelidir (Onbe ve Kanda, 2017).

Hemodiyaliz hastalarına uygulanacak diyet tedavisinde enerji, protein, potasyum, fosfor, kalsiyum ve sodyum gibi değerler dikkate alınmaktadır (Süzen, 2018). HD uygulanan bireylerde genellikle protein ve enerji kaybı görülmektedir (Olcay Eminsoy, 2018).

Enerji: HD hastalarının enerji gereksinimi yaşa göre değişkenlik göstermekle birlikte 60 yaş altındaki hastaların günlük alması gereken enerjinin 35 kkal/kg olması, 60 yaş üstü hastaların günlük alması gereken enerjinin 30-35 kkal/ kg olması önerilmektedir (Alataş vd., 2021). Fiziksel olarak sedanter olan Evre 1-3 60 yaş üstü KBH bireylerde enerji gereksinimi 30-35 kkal/kg/gün, 4. Evre ve 60 yaşın altı komorbid KBH hastalarında enerji gereksinimi 30 kkal/kg/gün'dür (Süzen, 2018).

Protein: HD hastalarının protein ihtiyacı sağlıklı yetişkinlere göre daha fazladır. HD katabolik bir süreçtir, bu HD'de yeterli protein almak son derece önemlidir. Hemodiyaliz sırasında glukagon, glukokortikoidler ve adrenalin gibi katabolik hormonlar salgılanır. Açlık durumunda 6-8 g/seans, tokluk durumunda ise 8-10

g/seans düzeyinde amino asit kaybı olduğu gözlenir. Buna ek olarak 2-3 g/seans peptit kaybı olur ve bu kayıpların yerine konması gereklidir. Bu nedenle, protein alımının artırılması ve HD hastalarına 1-1,2 g protein/kg vücut ağırlığı/gün verilmesi önerilmektedir. DM'li HD hastaları için, hiper veya hipoglisemi yaşayanlar hariç, aynı protein alımı önerilmektedir. Bu durumda, iyi glisemik kontrol elde etmek için karbonhidratların azaltılmasıyla birlikte protein miktarının artırılması önerilir (Poulia, 2024).

Potasyum: Hücre içinde yer alan ve elektrolit olarak kalp kasılmalarında önemli bir rol oynayan potasyum, yüksek düzeye ulaşması durumunda hiperkalemi denilen kalp atım hızında bozulmaya neden olabilmektedir. KBH Evre 1-4 hastalarında laboratuvar bulguları göz önünde bulundurularak düzenleme yapılması gerekmektedir. Evre 5 hemodiyaliz hastalarında potasyum alımı 2000-3000 mg/ gün ile sınırlandırılmaktadır (Süzen, 2018).

Fosfor: KBH'ın ileri evrelerine kadar serum fosfor seviyeleri normal düzeyler arasındadır. Hastaların diyetlerindeki fosfor kısıtlaması 5. evrede gereklidir ve genellikle protein kaynaklarındaki fosfor içerikleri yüksektir (Süzen, 2018). HD'de fosfor alımı sınırlandırılmalıdır, ancak bu sınırlandırma protein alımı aleyhinde yapılmamalıdır. HD hastalarında fosfor alımının <800 mg/gün veya <17 mg/kg olması önerilmektedir. HD'de artan protein alımı gereksinimi, her diyaliz seansında 500-700 mg fosfat uzaklaştırıldığı için fosfor birikimine yol açar. Düşük fosforlu gıdaların seçilmesi, artan protein alımını sürdürürken aynı zamanda fosfor alımını azaltmaya da yardımcı olabilir (Poulia, 2024).

Kalsiyum: KBH olan bireylerde böbrek işlevlerini yeterli düzeyde gerçekleştirememekte ve vücut gereksiniminde fazla olan kalsiyum idrar ile atılamamaktadır. KBH'da pozitif kalsiyum dengesinde kardiyovasküler olay riski ve vasküler kalsifikasyon riski yükselirken, negatif kalsiyum dengesinde kırık riski ve osteoporozis riski yükselmektedir. KBH'da günde 800-1000 mg kalsiyum tüketiminin kalsiyum dengesinde olumlu etkileri olacağı belirtilmektedir (Gallant ve Spiegel, 2017).

Sıvı ve Sodyum: HD tedavisi gören bireylerin tedavilerinin başarılı olabilmesi için sıvı kısıtlamasına uyum sağlamaları gerekmektedir (Griva vd., 2018). HD hastalarında sıvı volümü değerlendirmesi hastanın iki diyaliz arasında aldığı kilo (İnterdiyalitik),

hastanın kan basıncı ödem ve UF hızı gibi ölçütlere temellendirilir (Kulaksız ve Arslan, 2018). HD hastalarının iki diyaliz seansı arasında sıvı ve tuz kısıtlamasına uymaması sonucu interdiyalitik kilo artışı meydana gelir. Hemodiyalizde yer alan F ile sıvı fazlalığı ortadan kaldırılmaya çalışılır. İnterdiyalitik kilo, günlük idrar çıkışı hesaplanırken sıvı alımını değerlendirmek için kullanılan bir parametredir ve bu kilo arttıkça diyaliz öncesinde ölçülen kan basıncı daha yüksek çıkar. Ayrıca interdiyalitik kiloda artış olması UF oranlarının yüksekliği ve mortalitenin artması ile de ilişkilidir (Hecking vd., 2013).

Az miktarda idrar çıkışı olan kişilerde bile sodyum alımının sınırlandırılması istenir, çünkü susuzluğun sınırlandırılmasıyla HD seansları arasında daha az kilo alımı olacaktır. HD seansları arasında kilo alımının 2-2,5 kg veya kuru vücut ağırlığının <4'ü olması önerilir. Sodyumun 1500-2000 mg/gün ile sınırlandırılması ve sıvı alımının 500-1000 ml ile sınırlandırılması artı olarak hasta anürik değilse idrar hacmi ile sınırlandırılması kilo alımında istenen hedefe ulaşmak için genellikle yeterlidir. Sıvı alımı, oda sıcaklığında (18-20 °C) sıvı olan tüm gıdaları içermekte ancak katı gıdaların neminden meydana gelen sıvıyı içermemektedir. Bu durum günde 500-800 ml'lik toplam sıvı alımına katkıda bulunabilir, ancak bireylerin günde 500 ml'ye ulaşan görünmez kayıplarının bu durumu karşıladığı kabul edilir. Hiperkalemi riskini artırdıkları için tuz muadillerinin kullanımı yasaktır. Susuzluklarını kontrol altına almak için HD hastalarının susuzluklarını mümkün olan en az miktarda sıvı ile gidermeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir. Buzlu sıvılar içmek veya buz paketleri şeklinde su içmek, özel ağız gargaraları kullanmak, sakız çiğnemek ve suda limon kullanmak susuzluğu azaltmak için yararlı eylemler olabileceği düşünülmektedir (Poulia, 2024).

Hastaların yaş, aile yapısı, kültür gibi sebeplerle diyetle bakış açıları değişmektedir. Genç hastalar, özellikle çocuğu olanlar, diyet kısıtlamalarına uyamama hissine daha yatkındır ve diyetlerini kontrol etmedeki zorlukları aile baskılarına bağlamaktadırlar. Yaşlı erkekler diyetlerindeki öğünler ve gıda seçimleri sağlama konusunda eşlerine güvendikleri belirtilmekte bu da diyet eğitimine aile veya sosyal desteklerin dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Birden fazla diyet bileşenini (örn. sodyum, sıvı, potasyum ve fosfat) değiştirmesi gereken hastalar diyetlerine uyumda daha çok zorlanmaktadır. Ayrıca multidisipliner ekip içerisindeki diyet tavsiyeleri hastalarda

kafa karışıklığına neden olmakta, deneyimli klinisyenler tarafından desteklenmenin önemi de bu bağlamda artmaktadır. Hastaların çok yönlü diyet ihtiyaçlarını yönetmek için gerekli öz yönetim stratejilerini geliştirmeleri konusunda eğitilmeleri ve desteklenmeleri, kişisel koşulların yeterince tanınması ve çelişkili tavsiyelerin azaltılması, hastaların diyet değişikliklerini benimsemelerini sağlamak için çok önemlidir (Stevenson vd., 2018).

2.4. Konfor Kavramı

Konfor kavramı karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve temel insan ihtiyaçlarından bir tanesidir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991). “Konfor” kavramının “confortare” kelimesinden türetildiği bilinmektedir ve kelime Latince “güçlendirmek” anlamına gelmektedir (Siefert, 2002). Hemodiyaliz uygulanan bireylerin yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler, konfor düzeylerini olumsuz etkilemektedir (Orak vd., 2017). HD tedavisi alan bireylerin de tedavi için sürekli olarak diyaliz merkezine gitmek zorunda kalmaları, HD aldığı seans süresince hareket kısıtlılığı yaşamaları, HD’ye bağlı bireysel bağımsızlığının azalması, sosyal ilişkilerinde ve iş hayatında bozulmaların yaşanması bireylerin günlük konforlarını azalmaktadır (Gülay vd., 2020). Görüş ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz uygulanan bireylerin en fazla yorgun hissetme ya da enerjide azalma (%85.5) ve kas krampları (%59.6) semptomlarını yaşadıkları görülmektedir. Fleishman ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmasında hemodiyaliz hastalarının en çok yorgunluk (%80), cinsel doyumlarında zorlanma (%72), cinsel ilgilerinde azalma (%72), semptomları yaşadıkları belirlenmiştir. Bu semptomlar genellikle her hemodiyaliz seansında tekrarlanmakta, bireyleri fiziksel psikolojik ve sosyal anlamda sıkıntı oluşturmakta ve dolayısıyla bireylerin konfor düzeylerinin düşmesine sebep olmaktadır (Estridge vd., 2018).

Konfor kavramını geniş bir şekilde tanımlayanlardan biri de Kolcaba’dır. Kolcaba konforu farklı anlamlarda açıklayarak ele almıştır. Kolcaba’ya göre konforun ilk anlamı, “rahatsızlıktan kurtulmanın ve/veya rahatlık durumunun bir nedeni” şeklindedir. Konforun ikinci anlamı, “rahatlık ve huzurlu, hoşnut olma hali” olarak tanımlanmaktadır. Rahatlık durumunu endişe, ağrı, sinir, sıkıntı gibi durumların yokluğu şeklinde açıklamaktadır. Konforun üçüncü anlamı, “rahatsızlıktan kurtulma” olarak tanımlanmakta ve ilk iki anlam aracılığıyla açıklandığı belirtilmektedir.

Kolcaba konforun dördüncü anlamını, “hayatı kolaylaştıran veya zevkli kılan her şey” olarak açıklamaktadır. Konforun son iki anlamını da, “güçlendirme, cesaretlendirme, olgunlaştırma, yardımcı olma, destek olma” ve “fiziksel tazelenme veya beslenme, yeniden canlandırıcı etki” olarak tanımlamaktadır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991).

Kolcaba’ya göre konfor, konfor boyutları ve konfor düzeyleri olmak üzere iki yapıdan oluşmaktadır. Bireyin konforu bu üç boyutta karşılanmadığında birey eksiklik hissetmektedir. Konfor boyutları ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç tanedir;

Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanıp sıkıntılarından kurtulmasıyla hissettiği duygudur. Ağrısı geçen hastanın ferahlaması bu duruma örnek olarak gösterilir (Aydın, 2021).

Rahatlama: Bireyin huzurlu ve sakin olması, memnuniyet duygusunu belirtmesidir.

Üstünlük: Bireyin ihtiyacı olan konfor tam olarak sağlandığında bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Balkan, Oskay, 2023).

Konfor düzeyleri fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört tanedir;

Fiziksel Konfor: Fizyolojik sistemlerdeki işleyişle ilgili bireyin duyduğu rahatlık durumunu içerir. Fiziksel rahatlık, hastalık veya invaziv girişimler nedeniyle bozulan fizyolojik mekanizmalardaki eksiklikleri içermektedir. Homeostatik mekanizmalar bireyin fiziksel olarak hissettiği rahatlık durumunu etkiler. Örneğin; oksijen saturasyonunun yeterliliği, sıvı elektrolitte denge, normal kan kimyası ve vücuttaki metabolik fonksiyonların herhangi birinde meydana gelebilecek bir anormallik konforu olumsuz etkiler (Aydın, 2021).

Psikospiritüel Konfor: Bu düzeyde konfor emosyonel (duygusal), spiritüel (manevi) ve mental (akılsal) bileşenlerinden oluşmaktadır. Psikospiritüel konforda güven ve motivasyona ihtiyaç öne çıkmaktadır. Psikospiritüel konforu saptamaya yönelik girişimler ağız bakımı vermek, masaj yapmak, dokunmak, bireyin kendi konforunu sağlama stratejileri kazanmasını sağlamak gibi örnekler verilebilir (Aydın, 2021; Erdemir ve Çırlak, 2013; Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Yücel, 2011).

Çevresel Konfor; İnsan ve çevre hemşirelik kuramlarının majör kavramlarından biridir. Bireyin bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarını desteklemede çevre önemli bir rol oynamakta çevresel konforun sağlanmasıyla da fiziksel ve bilişsel fonksiyonlar desteklenmektedir. Aydınlik, güvenli çevre, gürültü, sıcaklık gibi dış etkenlerin birey üzerindeki etkisi çevresel konforu oluşturmaktadır. Hemşireler hasta bireylerin ve ailelerinin yaşadıkları çevresel konforu sağlamak için destekleyici bir görev üstlenmektedirler.

Sosyokültürel Konfor: Aile ve sosyal çevre ile etkileşimler, kişilerarası ilişkiler, dini inanışlar, finansal destek ve taburculukta verilen eğitim, evde bakımın sağlanması sosyokültürel konfor oluşturmaktadır. Sosyokültürel konforu azaltan etkenler, bireyin aileden ayrılması, bakımın sürekli olmaması, bireye verilen bakımın kalitesinin kötü olması, bireyin kültürel geleneklerinin önemsenmemesi ve bireyin sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (Aydın, 2021; Balkan ve Oskay, 2023; Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Yücel, 2011).

2.4.1. Hemodiyalizde Konfor ve Hemşirelik

Birçok boyuta sahip ve karmaşık bir kavram olan konfor, hemşirelik alanında da birçok kuramcı tarafından incelenmiştir. Hemşirelik mesleğinde konfor, hemşirelik bakımının hedefi ve elde edilmek istenen sonucu olarak aktarılmıştır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991). Hemşirelik sürecinde konfor, bireylerin hastalık durumunda veya yaşadıkları olumsuz süreçlerin başında ve sonunda uygun ölçekler veya sözlü materyaller ile değerlendirilerek ve ihtiyaçlar doğrultusunda önlemler planlanarak uygulanmasını içerir (Aydın, 2021). Hemşireler hasta bireyleri biyopsikososyal bir varlık olarak bir bütün içinde değerlendirmekte ve bireylerin memnuniyetini artırma, rahatlatma gereksinimlerinin karşılanması gibi konularda destek sağlamaktadır. Hemşireler, klinik uygulamalarında kullandıkları kuramlar ve modellerle hasta bireylerin fiziksel, spiritüel ve psikososyal temel gereksinimlerini karşılamakta, bakımlarına katılmalarını sağlamakta ve güçlendirilmelerinde önemli bir destek görevi görmektedir. (Şentürk, 2021). Hemodiyaliz hastalarının konforunun artması sağlık arama davranışının artmasına, daha iyi tedavi uyumuna, olumlu hasta sonuçlarına, diyaliz süresinin ve hemşirelik girişimlerinin azalmasına sebep olmaktadır. Ayrıca konfor düzeyinin artması morbidite ve mortalite oranlarının düşmesini ve kurumsal hasta sonuçlarında iyileşmeyi sağlamaktadır (Estridge vd., 2018).

Kolcaba, hastaların konforunu arttırmak için hemşirelerin en az üç tür konfor girişiminde bulduklarını belirtmiştir. Bu girişimlerden ilki standart konfor girişimleridir. Standart konfor girişimleri bireylerin homeostazisini sürdürmek için hayati belirtilerinin izlenmesini, hastalara uygun hemşirelik girişimlerini, ilaç tedavilerini ve fiziksel fonksiyonların korunmasını veya yeniden kazanılmasına yardımcı olunmasını kapsamaktadır. Koçlukla sağlanan konfor girişimleri ikinci tip konfor girişimidir. Hastalara duygusal destek sağlanmasını, kaygılarının azaltılmasını ve hastalara umut aşılmasını içermektedir. Koçluk girişimlerinin etkin olması hastaların yeni fikirleri almalarına hazır oluştukları ve uygulama zamanına bağlıdır. Ruhsal destek sağlamak için konfor girişimleri üçüncü tip konfor girişimleridir. Bu girişimler hemşire ile hasta ya da aile arasındaki ilişkiyi arttırmayı hedefler. Bu ilişkilerin artırılması sonucu da hemşireler, hastaların iyileşme, rehabilitasyon ve normal günlük yaşama dönüş ile ilgili zorlukları düzeltmelerine yardımcı olur (Yücel ve Ergin, 2021).

Türkiye’de hemodiyaliz uygulanan hasta sayısının giderek artmasından dolayı (Ateş vd., 2023) hemşireler, hemşirelik süreci doğrultusunda, birey, aile ve toplumun gereksinimlerine yönelik bilgiler toplamalı, analiz etmeli, konfor kavramını da dikkate alınarak planlamalar yapmalı ve bütüncül bir bakım vermelidir (Arslankılıç ve Göl, 2020).

Bütüncül bakım veren hemşirelerin hasta ile olumlu ilişkiler geliştirmesi ve sağlıklı, psikolojik ve duygusal bir ortam oluşturması çok önemlidir. Bütüncül bakım veren hemşirelerin aşağıdaki uygulamaları kullanılmasında önerilmektedir (Kızıltan ve Şendir, 2018; Korkut Bayındır ve Biçer, 2019);

- Hastanın adını öğrenmek ve hastaya adıyla hitap etmek
- Hasta ile göz teması kurmak
- Hastaya kendisini nasıl hissettiğini sormak ve bakım verirken içtenlikle davranmak
- Uygun zamanlarda terapötik dokunmayı kullanmak
- Hastalara uygun bir biçimde gülümseyerek bakım vermek
- Hastaların onurlandırılmayı hak eden insanlar olduklarını görmelerine yardımcı olmak
- Hastalara öz bakımın geliştirilmesi konusunda eğitim vermek

- Hastaların konfor seviyesini olumsuz etkileyen ağrı gibi durumlarda farmakolojik olmayan gevşeme teknikleri ve hayal etme gibi yöntemleri kullanmak
- Birincil hastalıklarından dolayı ağız bakımını ihmal eden veya üremik toksinler nedeniyle ağız sağlığına önem veremeyen hastalar için hastalara ağız bakımı konusunda eğitim vererek hastaların ağız bakımı alışkanlığı kazanmasını sağlamak, ağız sağlığının sürdürülmesine yardımcı olmak ve gerektiği durumlarda hastaları diyaliz hekimine veya diş hekimine yönlendirmek

Hemodiyalizde diyaliz ünitesinde uzun süreler geçirme, diyaliz seansı boyunca sağlık personeliyle yeterince iletişim kuramama, tedavi süresince bireylerin yaşadığı rol kayıpları, hobilerin kısıtlanması, beden imajındaki değişiklikler, bulaşıcı hastalıklardan ve enfeksiyondan kaçınmak için izole edici davranışlar, diyaliz tedavisinde yapması gereken diyet nedeniyle çevresindekiler gibi beslenememe gibi sebeplerle konfor düzeyleri düşmüş hastalara yönelik hemşirelerin, öncelikli olarak hastaların mevcut durumlarına ilişkin yeterli veri toplaması gereklidir. Hastalarla kurulacak iletişim boyunca hemşirelerin beden diline ve ses tonuna dikkat etmeleri, yargılayıcı olmamaları ve aktif dinleme yöntemini kullanarak iletişim kurmaları önemlidir. Hemşireler hastaların bilgi düzeylerini belirleyerek uygun eğitim programı hazırlamalı ve hastalarında katılımını sağlayarak tedaviye uyumları artırılmalıdır. Hastalara hastalıklarıyla baş etme yöntemleri ve gevşeme teknikleri öğretilmeli, gerekliyse bilişsel terapi, aile terapisi gibi psikolojik destek almaları konusunda yönlendirilmeli, periyodik aralıklarla ve geçerli ölçeklerle hastaların psikolojik durum ve iyilik halleri değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda liyezon psikiyatri hemşiresine başvurulmalıdır (Topbaş ve Bingöl, 2017).

Hemşirelik mesleğinde hastanın konforunun sağlanması, bakımın kalitesini arttıran bir parçadır. Hemşireler, hasta bireylerin konfora yönelik ihtiyaçlarını tanılamalı, bu gereksinimler doğrultusunda uygun hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı, yaptığı uygulamaların sonrasında hasta bireylerin konfor düzeylerini tekrar değerlendirebilmelidir. HD hastalarında etkin bakımın sağlanmasında hemşirelerin rolü büyük önem taşımaktadır. Tedavinin başında ve ilerleyen dönemlerinde hemşireler, iyi izlem yaptığı ve semptom yönetimini etkili bir şekilde uyguladığında HD hastasının konfor düzeyini yükseltilebilmektedirler (Gülay vd., 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve diyet uyumlarının, konfor düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul İli Avrupa Yakasında bulunan Metropol Diyaliz Merkezi, Özel Reşitpaşa Diyaliz Merkezi ve Özel Seyrantepe Avrupa Diyaliz Merkezinde bulunan 374 hemodiyaliz hastası ile 01 Eylül 2023 – 01 Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul ilinin Avrupa Yakasında bulunan Metropol Diyaliz Merkezi, Özel Reşitpaşa Diyaliz Merkezi ve Özel Seyrantepe Avrupa Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan 400 hasta oluşturmuştur.

Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Dahil edilme kriterleri;

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

01 Eylül 2023- 01 Aralık 2023 tarihleri arasında Metropol Diyaliz Merkezi, Özel Reşitpaşa Diyaliz Merkezi ve Özel Seyrantepe Avrupa Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören ve dahil edilme kriterlerine karşılayan 374 hasta araştırmamızın örneklemini oluşturmuştur.

3.4.Araştırmanın Soruları

- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının diyet uyum düzeyleri nedir?
- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının konforları hangi düzeydedir?
- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile sağlık okuryazarlık düzeyi, diyet uyum düzeyi ve konfor düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri, diyet uyum düzeyleri ve konfor düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ile diyet uyum düzeyleri, konfor düzeylerini etkiler mi?

3.5.Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından veriler hastaların 4 saatlik diyaliz seansları içinde, gerekli açıklamalar her hastaya özel olarak yapıldıktan sonra 10-15'er dakika yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Ayrıca hasta dosya kayıtları diyaliz saatlerinin dışında incelenmiş ve hastaların laboratuvar bulguları ve seans bilgileri elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Hasta Bilgi Formu" (Ek 1), "Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD)" (Ek 2), "Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ)" (Ek 3) ve "Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II" (Ek 4) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 1)

Hastanın sosyodemografik (*yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, gelir durumu gibi*) ve klinik özellikleri (*ek kronik hastalık, hemodiyaliz başlangıç tarihi, hemodiyaliz uygulanma sıklığı gibi*) ile ilgili 20 adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD) (Ek 2)

Ölçek hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için Yavuz (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 22 maddeden oluşmakta olup 4'lü likert tipte bir ölçüm aracıdır. Bireyin, ölçekte yer alan her maddenin içerdiği konunun kendisi için zorluk düzeyi değerini (*çok zor, zor, kolay, çok kolay*) işaretlemesi istenmektedir. 1 ile 4 arası bir puanlama sistemine sahip olup

ölçekten alınabilecek puan 22-88 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-50 arasında standardize edilmiştir (0-25: yetersiz, 25-33: sorunlu sınırlı, 33-42: yeterli, 42-50: mükemmel). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0.96'dır (Yavuz, 2021). Çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha katsayısının 0.95 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ) (Ek 3)

Ölçek Onbe ve Kanda (2018) tarafından hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların diyet tedavisine yönelik tutumlarını belirlemek için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Turan ve arkadaşları (2022) tarafından yapılmıştır. Ölçek 16 maddeden oluşup 4'lü likert ve 3 alt boyutludur. Her madde, "4-Kesinlikle katılıyorum, 3-Katılıyorum, 2-Katılmıyorum, 1-Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki alt boyutlar; Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi (8, 9, 10, 11, 12, 13) ve Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki (14, 15, 16). Ölçeğin sonunda yer alan üç madde ters çevrilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 16-64 olarak değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan tutumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısının 0,84 olduğu saptanmıştır (Turan vd., 2022). Çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,91, Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,94, Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,78 ve Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II (Ek 4)

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II, Şahin ve Pakyüz (2019) tarafından hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların konfor düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 26 madde, 6 alt boyut ve 5'li likert (*Hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çok sık, her zaman*) tipindedir. Ölçeğin alt boyutları; Fiziksel Ferahlama (1, 2, 3, 4), Fiziksel Rahatlama (5, 6, 7, 8), Psikospiritüel Rahatlama (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17), Psikospiritüel Güçlenme (18, 19, 20, 21), Çevresel Güçlenme (22, 23) ve Sosyokültürel Rahatlama (24, 25, 26)dır. Ölçekte ters olmayan maddeler (19, 20, 22, 25, 26) 1'den 5'e doğru, ters maddeler (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24) 5'ten 1'e doğru puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan

aralığı 26-130 olarak değişmektedir ve alınan puan arttıkça hastanın konfor düzeyinin artmakta, puan azaldıkça konfor düzeyi de azalmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısının 0,79 olduğu saptanmıştır (Şahin ve Pakyüz, 2019). Çalışmamızda ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,82, Fiziksel ferahlama alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,56, Fiziksel rahatlama alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,92, Psikospiritüel rahatlama alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,80, Psikospiritüel güçlenme alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,56, Çevresel güçlenme alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,68, Sosyokültürel rahatlama alt boyutu Cronbach's Alpha katsayısı 0,55 olarak bulunmuştur.

3.6.Verilerin Analizi

Elde ettiğimiz bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanılmıştır. Çalışma verilerinden nicel değişkenler değerlendirilirken ortalama, medyan, standart sapma, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler değerlendirilirken frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterilmiştir. Verilerde normal dağılıma uygunluk değerlendirilirken Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanılmıştır. Niceliksel değişkenler arasında normal dağılım gösteren iki grup değerlendirmelerinde Student t-testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda ise One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grupların belirlenmesi için Bonferroni testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenler için iki grup arasındaki değerlendirmelerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grupların belirlenmesi için de Dunn testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler değerlendirilirken dağılımlarına göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizi ve Regresyon analizi yapılmıştır. Değişkenler arası nedensel ilişkileri tahmin etmek için Yapısal Eşitlik kullanılmıştır. Ayrıca aracılık etkisini tespit etmek için Sobel Testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın yapılacağı diyaliz merkezlerinden çalışmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır (Ek 6-8). Örneklem kapsamında ölçeklerin uygulandığı her bir hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra gönüllülük esası doğrultusunda hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (Ek 9). Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili olarak izin alınmıştır (Ek 10-12).

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan 3 diyaliz merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın 3 özel diyaliz merkezinde yatan 374 hemodiyaliz hastasıyla yapılması ve farklı merkezlerde tedavi gören hastalar için genelleme yapılmaması, hastaların sorulara verdikleri yanıtların hastaların sorulara yanıt verirken ki psikolojik durumlarına göre farklılaşabileceğinin düşünülmesi, araştırmada kullandığımız ölçeklerle yapılmış sınırlı sayıda çalışmanın bulunması araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve diyet uyumlarının, konfor düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla 1 Eylül 2023- 1 Aralık 2023 tarihleri arasında İstanbul İlinde bulunan 3 diyaliz merkezinde 154'ü kadın, 220'si erkek olmak üzere toplam 374 hemodiyaliz hastasının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır;

1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular
2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular
3. Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlar ile İlgili Bulgular
4. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile İlgili Karşılaştırmalar
5. Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlar ile İlgili Bulgular
6. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ile İlgili Karşılaştırmalar
7. Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Sorularına Verdikleri Yanıtlar ile İlgili Bulgular
8. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II ile İlgili Karşılaştırmalar
9. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği, Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular
10. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Konfor Düzeyleri Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular
11. Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, Sağlık Okur-Yazarlığı ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Regresyon ve Aracılık Analizi ile İlgili Bulgular
12. Yapısal Eşitlik Modeli ile İlgili Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleriyle ilgili bulguları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=374)

Özellikler		n	%
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	63.24±12.46	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	63	18-91
	≤45 yaş	31	8.3
	46-55 yaş	58	15.5
	56-65 yaş	115	30.7
	>65 yaş	170	45.5
Cinsiyet	Kadın	154	41.2
	Erkek	220	58.8
Medeni Durum	Bekar	80	21.4
	Evli	294	78.6
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	35	9.4
	Okur-yazar	27	7.2
	İlkokul	171	45.7
	Ortaokul	58	15.5
	Lise	60	16
	≥Üniversite	23	6.2
Meslek	Çalışmıyor	115	30.7
	Memur	7	1.9
	Emekli	246	65.8
	İşçi	6	1.6
Gelir durumu	Gelir giderden az	34	9.1
	Gelir gidere eşit	305	81.6
	Gelir giderden fazla	35	9.4
Sigara Kullanımı	Evet	72	19.3
	Hayır	302	80.7
Alkol Kullanımı	Evet	18	4.8
	Hayır	356	95.2
Egzersiz Yapma	Evet	135	36.1
	Hayır	239	63.9

Hastaların yaşları 18 ile 91 arasında değişmekte olup; ortalaması 63,24±12,46 olduğu, %45,5’inin (n=170) 65 yaş üstünde, %58,8’inin (n=220) erkek, %78,6’sının (n=294) evli, %45,7’sinin (n=171) ilkokul mezunu, %65,8’inin (n=246) emekli, %81,6’sının (n=305) geliri giderine eşit, 80,7’sinin (n=302) sigara içmediği, %95,2’sinin (n=356) alkol kullanmadığı, %63,9’unun ise (n=239) egzersiz yapmadığı görülmüştür.

4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine dair bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=374)

		n	%
KBH hastalık süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	7.09±6.45	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5.5	0.08-40
	<1 yıl	25	6.7
	1-5 yıl	162	43.3
	6-10 yıl	110	29.4
>11 yıl	77	20.6	
•Ailede KBH Öyküsü	Var	122	32.6
	Yok	252	67.4
	Anne, Baba, Kardeş	114	93.5
	Eş ve Çocuk	24	19.7
••Akraba		52	42.7
	•••		
Son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastaneye yatma	Evet	80	21.4
	Hayır	294	78.6
Hemodiyalize girme süresi	<i>Ort±Ss</i>	4.57±3.81	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3	0.08-20
	<1 yıl	41	11.0
	1-5 yıl	200	53.5
	6-10 yıl	106	28.3
>11 yıl	27	7.2	
Periton Diyalizi alma öyküsü	Evet	8	2.1
	Hayır	366	97.9
Böbrek Nakli Olma Durumu	Evet	17	4.5
	Hayır	357	95.5
•••Ek hastalık	Diyabet	168	44.9
	Hipertansiyon	220	58.8
	Periferik Vasküler Hastalıklar	20	5.3
	Kalp Arter Hastalığı	75	20.1
	••••Diğer	16	4.3
Genel Olarak Sağlığına Bakış	İyi	228	61.0
	Orta	117	31.2
	Kötü	29	7.8
•Hastalık hakkında bilgi edinilen yerler	Aile, akraba	113	31.7
	İnternet	36	10.1
	••••Sağlık Profesyoneli	239	66.9

•Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

••••KOAH, Hepatit B, SVO

••Teyze, Hala, Amca, Dayı, Dede, Kuzen, Yeğen

•••••Doktor, Hemşire

•••Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların KBH hastalık süreleri 0,08 ile 40 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 7,09±6,45 yıl olduğu, %43,3'ünün (n=162) 1-5 yıl aralığında KBH olduğu, %67,4'ünün (n=252) ailesinde KBH öyküsü olmadığı, %32,6'sının (n=122) ailesinde KBH öyküsü olduğu ve ailesinde KBH öyküsü olan hastaların da %93,4'ünün (114) anne, baba veya kardeşinde KBH hastalığı öyküsü olduğu, %21,4'ünün (n=80) son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastanede yattığı görülmüştür. Hastaların hemodiyalize girme yılları 0,08 ile 20 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 4,57±3,81 yıl olduğu. %53,5'inin (n=200) hemodiyalize girme süresinin 1-5 yıl

aralığında olduğu, %2,1'sinin (n=8) periton diyalizi alma öyküsü olduğu, %4,5'inin (n=17) böbrek nakli olduğu, ek hastalık olarak %44,9'unun (n=168) diyabet, %58,8'inin (n=220) hipertansiyon hastalığına sahip olduğu, %61'inin (n=228) sağlığına bakış açısının iyi olduğu ve %66,9'inin (n=234) hastalık hakkında bilgi edindiği yerin sağlık profesyonelleri olduğu görülmüştür.

4.3. Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlar İle İlgili Bulgular

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların “Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-yazarlığı Ölçeği” sorularına vermiş oldukları yanıtlara yönelik bulgular Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.3: Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımları (n=374)

	Çok kolay		Kolay		Zor		Çok zor		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	
SOY HD 1	89	23.8	143	38.2	93	24.9	49	13.1	2.27±0.97
SOY HD 2	162	43.3	209	55.9	3	0.8	0	0.0	1.57±0.51
SOY HD 3	24	6.4	266	71.1	74	19.8	10	2.7	2.19±0.58
SOY HD 4	42	11.2	224	59.9	100	26.7	8	2.1	2.20±0.65
SOY HD 5	74	19.8	202	54.0	87	23.3	11	2.9	2.09±0.74
SOY HD 6	6	1.6	98	26.2	176	47.1	94	25.1	2.96±0.76
SOY HD 7	13	3.5	124	33.2	169	45.2	68	18.2	2.78±0.78
SOY HD 8	170	45.5	183	48.9	20	5.3	1	0.3	1.60±0.60
SOY HD 9	19	5.1	182	48.7	139	37.2	34	9.1	2.50±0.73
SOY HD 10	20	5.3	167	44.7	148	39.6	39	10.4	2.55±0.75
SOY HD 11	14	3.7	193	51.6	115	30.7	52	13.9	2.55±0.78
SOY HD 12	29	7.8	314	84.0	28	7.5	3	0.8	2.01±0.43
SOY HD 13	15	4.0	234	62.6	106	28.3	19	5.1	2.34±0.64
SOY HD 14	24	6.4	100	26.7	73	19.5	177	47.3	3.08±1.00
SOY HD 15	28	7.5	107	28.6	108	28.9	131	35.0	2.91±0.96
SOY HD 16	40	10.7	77	20.6	42	11.2	215	57.5	3.16±1.09
SOY HD 17	43	11.5	89	23.8	40	10.7	202	54.0	3.07±1.11
SOY HD 18	33	8.8	258	69.0	70	18.7	13	3.5	2.17±0.62
SOY HD 19	32	8.6	160	42.8	137	36.6	45	12.0	2.52±0.81
SOY HD 20	26	7,0	190	50.8	123	32.9	35	9.4	2.45±0.76
SOY HD 21	30	8.0	171	45.7	124	33.2	49	13.1	2.51±0.82
SOY HD 22	44	11.8	181	48.4	90	24.1	59	15.8	2.44±0.89

Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği sorularına verilen yanıtlara göre dağılımlar Tablo 4.3'teki gibidir. Buna göre;

Hastaların “*Hastalığınızla ilgili acil bir durum olduğunda (solunum sıkıntısı, tansiyon dengesizlikleri, diyaliz giriş yolunda ağrı, şişlik, kızarıklık gibi) ne*

yapabileceğinize hızlı bir şekilde karar vermek” sorusuna %38,2’si (n=143) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,27±0,97)

Hastaların “*Planlanan diyaliz seanslarınıza ve kontrollerinize düzenli şekilde devam etmek*” sorusuna %55,9’unun (n=209) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 1,57±0,51)

Hastaların “*Sağlığınızı olumsuz etkileyecek davranışlarla (Fazla sıvı tüketimi, diyetinizin dışında besin tüketimi, sigara içmek...) nasıl başa çıkacağınız konusunda doktor tarafından belirtilen uyarıları anlamak*” sorusuna %71,1’inin (n=266) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,19±0,58)

Hastaların “*Diyaliz giriş yolunuzu (kateter, fistül, greft) korumakla ilgili bilgiye ulaşmak (kol koruması, hijyen...)*” sorusuna %59,9’unun (n=224) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,20±0,65)

Hastaların “*Diyaliz giriş yolunuzu korumakla ilgili önerilere uymak (kol koruması, hijyen...)*” sorusuna %54’ünün (n=202) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,09±0,74)

Hastaların “*Kronik böbrek yetmezliği ile ilgili temel kavramları anlamak (kuru ağırlık, hemodiyaliz, hipervolemi, hipovolemi, hipertansiyon, hipotansiyon, kateter enfeksiyonu, fistül trombozu gibi)*” sorusuna %47,1’inin (n=176) “zor” yanıtını verdiği, (Ort. 2,96±0,76)

Hastaların “*Bazı ilaçların böbrek yoluyla atıldığını, bu nedenle ilaç dozunda ayarlama yapılması gerektiğini hatırlamak*” sorusuna %45,2’sinin (n=169) “zor” yanıtını verdiği, (Ort. 2,78±0,78)

Hastaların “*Diyaliz ünitesine geldiğinizde kendiniz tartılıp giriş kilonuzu diyaliz personeline doğru şekilde bildirmek*” sorusuna %48,9’unun (n=183) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 1,60±0,60)

Hastaların “*Hemodiyaliz seansını kaçırmamanızın olası risklerini anlamak*” sorusuna %48,7’sinin (n=182) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,50±0,73)

Hastaların “*Hemodiyaliz seansınızın tıbbi gereklilikler dışında erken sonlandırılmasının olumsuz etkilerini anlamak*” sorusuna %44,7’sinin (n=167) “kolay” yanıtını verdiği, (Ort. 2,55±0,75)

Hastaların **“Gıda ambalajlarının üzerindeki hastalığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak”** sorusuna %51,6’sının (n=193) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,55±0,78)

Hastaların **“Diyetisyen tarafından önerilen diyet listesini anlayabilmek”** sorusuna %84’ünün (n=314) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,01±0,43)

Hastaların **“Sağlığınız için yaşam tarzınızı değiştirmek (sağlıklı ve diyetinize uygun beslenmek, düzenli egzersiz yapmak)”** sorusuna %62,6’sının (n=234) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,34±0,64)

Hastaların **“Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak”** sorusuna %47,3’ünün (n=177) **“çok zor”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,08±1,00)

Hastaların **“Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak”** sorusuna %35’inin (n=131) **“çok zor”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,91±0,96)

Hastaların **“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak”** sorusuna %57,5’inin (n=215) **“çok zor”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,16±1,09)

Hastaların **“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak”** sorusuna %54’ünün (n=202) **“çok zor”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,07±1,11)

Hastaların **“Doktorunuzun hastalığınız ile ilgili açıklamalarını anlamak”** sorusuna %69’unun (n=258) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,17±0,62)

Hastaların **“Hastalığınızla ilgili ilaçların kutusundaki kullanma talimatlarını anlamak”** sorusuna %42,8’inin (n=160) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,52±0,81)

Hastaların **“Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak”** sorusuna %50,8’inin (n=190) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,45±0,76)

Hastaların **“Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin yerini arayıp bulmak”** sorusuna %45,7’sinin (n=171) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,51±0,82)

Hastaların **“Gerekli durumlarda ambulans çağırmak”** sorusuna %48,4’ünün (n=181) **“kolay”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,44±0,89) görülmüştür.

Tablo 4.4: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

SOY-HD Ölçeği Puanı	
Soru sayısı	22
Ort±Ss	25.81±9.24
Medyan (Min-Maks)	25.76 (4.55-46.97)
Yetersiz (0-25 puan)	176 (47.1)
Sorunlu-Sınırlı (25-33 puan)	107 (28.6)
Yeterli (33-42 puan)	73 (19.5)
Mükemmel (42-50 puan)	18 (4.8)

Araştırmaya katılan hastaların “Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği” alınan puanlar 4,55 ile 46,97 arasında değişmektedir ve ortalaması 25,81±9,24’tür. Hastaların SOY-HD aldıkları puanların sınıfları incelendiğinde; %47,1’inin (n=176) yetersiz, %28,6’sının (n=107) sorunlu-sınırlı, %19,5’inin (n=73) yeterli, %4,8’inin (n=18) mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür.

4.4. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği ile ilgili Karşılaştırmalar

Hemodiyaliz hastaları sağlık okuryazarlığı ölçeğinin, hastaların tanıtıcı özelliklerine ve hastalıkla ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılmalar Tablo 4.5 ve 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.5: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		SOY-HD Ölçeği		Test değeri	P
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
Yaş	≤35 yaş (n=10)¹	39.55±6.28	43.2 (31.8-47)	92.104	^a0.001**
	36-45 yaş (n=21)²	33.04±6.61	34.1 (18.2-47)		
	46-55 yaş (n=58)³	31.32±7.7	32.2 (12.9-47)		
	56-65 yaş (n=115)⁴	26.81±9.00	28 (4.5-47)		
	>65 yaş (n=170)⁵	21.55±7.71	20.8 (4.5-43.2)		
Anlamlılık	5<1,2,3,4	4<1,2,3			
Cinsiyet	Kadın (n=154)	22.27±10.01	20.8 (4.5-47)	6.520	^b0.001**
	Erkek (n=220)	28.28±7.77	28.8 (8.3-47)		
Medeni durum	Bekâr (n=80)	26.47±10.24	27.7 (6.8-44.7)	0.521	^c0.471
	Evli (n=294)	25.63±8.96	25 (4.5-47)		

Tablo 4.5: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		SOY-HD Ölçeği		Test değeri	P
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil (n=35)¹	13.23±4.37	12.1 (4.5-25.8)	68.215	^c 0.001**
	Okur-yazar (n=27)²	19.02±7.05	19.7 (8.3-34.1)		
	İlkokul (n=171)³	25.77±7.5	25.8 (4.5-43.2)		
	Ortaokul (n=58)⁴	25.94±8.01	25 (9.8-41.7)		
	Lise (n=60)⁵	32.74±7.51	32.6 (18.2-47)		
	≥Üniversite (n=23)⁶	34.75±9.17	37.1 (14.4-47)		
Anlamlılık	1<2,3,4,5,6	2<3,4,5,6	3,4<5,6		
Meslek	Çalışmıyor (n=115)¹	22.02±10.29	20.5 (4.5-47)	32.668	^a 0.001**
	Memur (n=7)²	35.39±7.1	33.3 (26.5-44.7)		
	Emekli (n=246)³	27.23±8.00	27.3 (4.5-47)		
	İşçi (n=6)⁴	28.91±13.67	25.8 (12.1-47)		
Anlamlılık	1<2,3				
Gelir durumu	Gelir giderden az(n=34)¹	19.79±10.65	16.3 (4.5-44.7)	16.830	^c 0.001**
	Gelir gidere eşit (n=305)²	25.75±8.67	25.8 (4.5-47)		
	Gelir giderden fazla (n=35)³	32.16±8.75	32.6 (14.4-47)		
Anlamlılık	1<2,3	2<3			
Sigara kullanımı	Evet (n=72)	29.53±8.52	30.3 (9.8-47)	-3.855	^b 0.001**
	Hayır (n=302)	24.92±9.19	24.2 (4.5-47)		
Alkol kullanımı	Evet (n=18)	30.6±9.2	30.7 (17.4-44.7)	-2.264	^b 0.036*
	Hayır (n=356)	25.56±9.19	25.8 (4.5-47)		
Egzersiz yapma	Evet (n=135)	31.24±6.96	31.8 (7.6-47)	-9.521	^b 0.001**
	Hayır (n=239)	22.74±8.96	22 (4.5-47)		

^aKruskal Wallis Test & Dunn Benferroni Test

^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Bonferroni Test

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

Tablo 4.6: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		SOY-HD Ölçeği		Test değeri	p
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
KBH hastalık süresi (yıl)	<1 yıl (n=25)	25.91±8.97	23.5(10.6-44.7)	F:0.297	^c 0.828
	1-5 yıl (n=162)	25.60±8.81	26.1 (4.5-47)		
	6-10 yıl (n=110)	26.46±9.32	25.8 (7.6-47)		
	>10 yıl (n=77)	25.27±10.17	24.2 (6.8-47)		
Ailede KBH Öyküsü	Var (n=122)	25.74±10.14	26.1 (4.5-47)	t:0.098	^b 0.922
	Yok (n=252)	25.84±8.79	25.8 (4.5-47)		

Tablo 4.6: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		SOY-HD Ölçeği		Test değeri	p
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
Son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastaneye yatma	Evet (n=80)	26.34±9.15	27.3 (4.5-47)	t:0.098	^b 0.564
	Hayır (n=294)	25.66±9.27	25.4 (4.5-47)		
Hemodiyali ze girme süresi	<1yıl (n=41)¹	28.36±8.60	29.5 (10.6-47)	F:3.422	^c 0.017*
	1-5 yıl (n=200)²	25.98±9.39	26.5 (4.5-47)		
	6-10 yıl (n=106)³	25.68±8.86	24.6 (7.6-47)		
	>10 yıl (n=27)⁴	21.16±9.26	21.2 (7.6-43.2)		
Anlamlılık	4<1				
Genel olarak sağlığına bakış	İyi (n=228)¹	27.00±8.90	27.3 (6.8-47)	F:7.622	^c 0.001**
	Orta (n=117)²	24.78±9.13	25 (4.5-45.5)		
	Kötü (n=29)³	20.53±10.22	18.2 (9.1-47)		
Anlamlılık	3<1				

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Bonferroni Test

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

Yaşlarına göre hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,001; p<0,01). Farklılığın hangi parametreler arasında olduğunu belirleyebilmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Benferroni Testi neticesinde; 65 yaş üstündeki hastaların aldıkları puanlar 35 yaş altındakilerden, 36-45, 46-55, 56-65 yaş arasındakilerden anlamlı düşüktür (p=0,001; p=0,001; p=0,001; p=0,001; p<0,01). 56-65 yaş arasındaki hastaların aldıkları puanlar 35 yaş altındakilerden, 36-45, 46-55, yaş arasındakilerden anlamlı düşüktür (p=0,003; p=0,029; p=0,031; p<0,05).

Kadınların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanların erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir (p=0,001; p<0,01).

Medeni durumuna göre hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Eğitim durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan farklılığın anlamlı olduğu

belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nerede olduğunu belirleyebilmek amacıyla yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; okur-yazar olmayan hastaların aldıkları puanlar, okur-yazar olan hastalardan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri mezunlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,037$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$). Okur-yazar olanların aldıkları puanlar ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri mezunlarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). İlkokul mezunlarının aldıkları puanlar lise ve üniversite üzeri mezunu hastalardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ortaokul mezunu hastaların aldıkları puanlar lise ve üniversite üzeri mezunu hastaların aldıkları puanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Benferroni Testi neticesinde; çalışmayan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden memur ve emekli hastaların aldığı puandan düşüktür ($p=0,002$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Gelir durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığa sebep olan kaynağı belirleyebilmek için yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; geliri giderinden az olan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar gelir durumu giderine denk olan ve gelir durumu giderinden yüksek olan hastaların aldığı puanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Geliri giderine eşit olan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar geliri giderinden fazla olan hastaların aldığı puandan düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$).

Sigara kullanmayan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar sigara kullanan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,01$).

Alkol kullanmayan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar alkol kullanan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,036$; $p<0,05$).

Egzersiz yapmayan hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden aldığı puanlar egzersiz yapan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların hemodiyaliz hastaları sağlık okur-yazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar ile hemodiyalize girme süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmüştür ($p=0,017$; $p<0,05$). Farklılığa neden olan parametreleri belirleyebilmek için yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; hemodiyalize girme süresi 10 yıl üzerinde olanların ölçekten aldıkları puanlar hastalık süresi 1 yılın altında olan hastalardan anlamlı oranda düşüktür ($p=0,010$; $p<0,05$).

Hastaların hemodiyaliz hastaları sağlık okur-yazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel olarak sağlığına bakışları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynaklandığı yeri belirleyebilmek amacıyla yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; kötü bakış açısı olanların aldıkları puanlar iyi bakış açısı olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların hemodiyaliz hastaları sağlık okur-yazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar KBH hastalık sürelerine, ailede KBH öyküsü olma durumuna, son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastaneye yatma durumları, istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

4.5. Hastaların Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlar İle İlgili Bulgular

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların “Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği” sorularına vermiş oldukları yanıtlara yönelik bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Hastaların Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=374)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	
HDTO 1	13	3.5	87	23.3	221	59.1	53	14.2	2.84±0.70
HDTO 2	13	3.5	101	27.0	204	54.5	56	15.0	2.81±0.72
HDTO 3	10	2.7	95	25.4	225	60.2	44	11.8	2.81±0.67
HDTO 4	11	2.9	97	25.9	202	54.0	64	17.1	2.85±0.73
HDTO 5	7	1.9	77	20.6	236	63.1	54	14.4	2.90±0.65
HDTO 6	5	1.3	98	26.2	217	58.0	54	14.4	2.86±0.66
HDTO 7	5	1.3	5	1.3	164	43.9	200	53.5	3.49±0.60
HDTO 8	4	1.1	28	7.5	272	72.7	70	18.7	3.09±0.55
HDTO 9	3	0.8	40	10.7	256	68.4	75	20.1	3.08±0.58
HDTO 10	3	0.8	33	8.8	264	70.6	74	19.8	3.09±0.56
HDTO 11	7	1.9	45	12.0	175	46.8	147	39.3	3.24±0.73
HDTO 12	8	2.1	50	13.4	183	48.9	133	35.6	3.18±0.74
HDTO 13	3	0.8	30	8.0	199	53.2	142	38.0	3.28±0.64
HDTO 14	20	5.3	139	37.2	164	43.9	51	13.6	2.66±0.78
HDTO 15	21	5.6	212	56.7	106	28.3	35	9.4	2.41±0.74
HDTO 16	21	5.6	159	42.5	144	38.5	50	13.4	2.60±0.79

Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.5’te verilmiştir. Buna göre;

Hastaların *“Diyalize başladıktan sonra nasıl beslenmem gerektiğiyle ilgili deneyimlerimden faydalaniyorum.”* sorusuna %59,1’inin (n=221) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,84±0,70)

Hastaların *“Komplikasyonları önlemek için durumumu ve semptomlarımı göz önünde bulundurarak beslenmeye çalışırım.”* sorusuna %54,5’inin (n=204) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,81±0,72)

Hastaların *“Çok fazla protein ve fosfor almamaya çalışırım.”* sorusuna %60,2’sinin (n=225) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,81±0,67)

Hastaların *“Diyet tedavisine çabalarım.”* sorusuna %54’ünün (n=202) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,85±0,73)

Hastaların *“Evdeki tıbbi tedavi hayatımdan dolayı diyaliz hakkında bilgi ve deneyim sahibiyim.”* sorusuna %63,1’inin (n=236) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,90±0,65)

Hastaların *“Aldığım yağın kalitesine ve türüne dikkat ederim.”* sorusuna %58’inin (n=217) *“katılıyorum”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,86±0,66)

Hastaların **“Sağlık çalışanlarından sağlık ile ilgili bilgi toplarım.”** sorusuna %53,5’inin (n=200) **“kesinlikle katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,49±0,60)

Hastaların **“Mevsimin tadını çıkarmama izin veren yemekler yemeye çalışırım.”** sorusuna %72,7’sinin (n=272) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,09±0,55)

Hastaların **“Doğal olarak yetiştirilen gıdalardan yapılan yemekleri yemeye çalışırım.”** sorusuna %68,4’ünün (n=256) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,08±0,58)

Hastaların **“Mevsimsel gıdaların kullanıldığı yemekleri yemeye çalışırım.”** sorusuna %70,6’sının (n=264) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,09±0,56)

Hastaların **“Ailem ve / veya arkadaşlarım benimle diyet tedavime uyan yemekleri yerler.”** sorusuna %46,8’inin (n=175) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,24±0,73)

Hastaların **“Benim için Diyet tedavime uyan yemekleri pişiren ailem ve/ veya arkadaşlarım var.”** sorusuna %48,9’unun (n=183) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,18±0,74)

Hastaların **“Çok fazla sebze içeren yemekler yemeye çalışırım.”** sorusuna %53,2’sinin (n=199) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 3,28±0,64)

Hastaların **“Gıda ve sıvılarla ilgili kısıtlamalar beni sıkıntıya sokar.”** sorusuna %43,9’unun (n=164) **“katılıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,66±0,78)

Hastaların **“Doğruyu söylemek gerekirse, izin verilenden daha fazla yemek isterim.”** sorusuna %56,7’sinin (n=212) **“katılmıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,41±0,74)

Hastaların **“Susama konusunda çok hassasım.”** sorusuna %42,5’inin (n=159) **“katılmıyorum”** yanıtını verdiği, (Ort. 2,60±0,79) görülmüştür.

Tablo 4.8: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	7	20.56±4.07	21 (7-28)
Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	6	18.96±2.63	19 (10-24)
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	3	7.33±2.08	7 (3-12)
HDTÖ Toplam puan	16	46.86±7.07	48 (21-64)

Araştırmaya katılan hastaların Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan alınan puanlar 7 ile 28 arasında değişmekte ve ortalama 20,56±4,07 puan; “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan alınan puanlar 10 ile 24 arasında değişmekte ve ortalama 18,96±2,63 puan; “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan alınan puanlar 3 ile 12 arasında değişmekte ve ortalama puan 7,33±2,08 olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı 21 ile 64 arasında değişmekte ve ortalaması 46,86±7,07’dir.

4.6. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ile ilgili Karşılaştırmalar

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutum ölçeğinin, hastaların tanıtıcı özelliklerine ve hastalıkla ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılmalar Tablo 4.9 ve 4.10'de verilmiştir.

Tablo 4.9: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi		Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaş	≤35 yaş (n=10) ¹	21.20±4.80	21.5 (15-28)	17.1±3.75	16.5 (12-24)
	36-45 yaş (n=21) ²	21.52±3.66	21 (14-28)	19.05±3.38	19 (12-24)
	46-55 yaş (n=58) ³	21.03±4.46	21 (7-28)	18.78±3.10	19 (10-24)
	56-65 yaş (n=115) ⁴	20.61±4.17	21 (8-28)	19.27±2.54	19 (12-24)
	>65 yaş (n=170) ⁵	20.22±3.87	21 (8-28)	18.91±2.31	19 (11-24)
	Test değeri /p	$\chi^2: 3.360; ^a0.499$		$\chi^2: 4.202; ^a0.379$	
	Post Hoc test				
Cinsiyet	Kadın (n=154)	20.27±4.12	21 (9-28)	19.34±2.47	19 (11-24)
	Erkek (n=220)	20.77±4.03	21 (7-28)	18.69±2.71	19 (10-24)
	Test değeri /p	$t: -1.186; ^b0.236$		$t: 2.378; ^b0.018^*$	
Medeni Durum	Bekâr (n=80)	20.39±3.73	21.5 (8-28)	18.71±2.90	19 (10-24)
	Evli (n=294)	20.61±4.16	21 (7-28)	19.03±2.55	19 (10-24)
	Test değeri /p	$t: -0.438; ^b0.662$		$t: -0.948; ^b0.344$	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil (n=35) ¹	19.34±3.19	21 (12-23)	18.71±1.84	19 (14-22)
	Okur-yazar (n=27) ²	17.89±4.06	16 (12-28)	19.19±2.00	19 (16-24)
	İlkokul (n=171) ³	20.94±3.51	22 (8-28)	19.16±2.42	19 (12-24)
	Ortaokul (n=58) ⁴	20.14±4.16	21 (10-28)	18.29±2.61	18 (11-24)
	Lise (n=60) ⁵	21.40±4.65	22 (7-28)	19.08±3.26	19 (10-24)
	≥Üniversite (n=23) ⁶	21.65±5.61	22 (8-28)	18.91±3.76	19 (10-24)
	Test değeri /p	$F: 4.421; ^c0.001^{**}$		$F: 1.080; ^c0.371$	
	Post Hoc test	$2 < 3, 5, 6$			

^aKruskal Wallis Test & Post hoc Dunn Bonferroni Test

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.9: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi		Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Meslek	Çalışmıyor (n=115) ¹	19.83±4.10	21 (8-28)	18.96±2.69	19 (10-24)
	Memur (n=7) ²	19.57±6.24	21 (9-28)	17.57±3.36	19 (12-21)
	Emekli (n=246) ³	20.90±3.97	21 (7-28)	19.00±2.61	19 (10-24)
	İşçi (n=6) ⁴	22.17±2.99	21,5 (20-28)	19.17±1.72	19,5 (16-21)
Test değeri /p		$\chi^2: 5.637; ^a0.131$		$\chi^2: 0.988; ^a0.804$	
Gelir durumu	Gelir giderden az(n=34)	19.76±4.05	21 (12-28)	18.38±2.62	18 (13-24)
	Gelir gidere eşit (n=305)	20.56±3.98	21 (7-28)	19.00±2.55	19 (10-24)
	Gelir giderden fazla(n=35)	21.40±4.70	22 (8-28)	19.17±3.25	19 (10-24)
	Test değeri /p	$F:1.400; p=0.248$		$F:0.967; p=0.381$	
Sigara Kullanımı	Evet (n=72)	20.83±4.29	22 (7-28)	18.85±2.70	19 (10-24)
	Hayır (n=302)	20.50±4.02	21 (8-28)	18.99±2.62	19 (10-24)
	Test değeri /p	$t:0.625; p=^b0.533$		$t:0.952; p=^b0.687$	
Alkol Kullanımı	Evet (n=18)	21.33±3.73	21 (15-28)	18.61±2.23	19 (15-21)
	Hayır (n=356)	20.53±4.08	21 (7-28)	18.98±2.65	19 (10-24)
	Test değeri /p	$t:0.822; p=^b0.412$		$t:-0.576; p=^b0.565$	
Egzersiz Yapma	Evet (n=135)	21.46±4.06	22 (8-28)	19.29±2.64	19 (12-24)
	Hayır (n=239)	20.06±3.99	21 (7-28)	18.77±2.61	19 (10-24)
	Test değeri /p	$t:3.240; p=^b0.001^{**}$		$t:1.823; p=^b0.069$	

^aKruskal Wallis Test & Post hoc Dunn Bonferroni Test

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.9: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki		HDTÖ Toplam puan	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaş	≤35 yaş (n=10) ¹	6.00±1,83	6.5 (3-9)	44.3±8.81	45 (30-56)
	36-45 yaş (n=21) ²	6.90±1,89	7 (3-10)	47.48±7.09	48 (31-57)
	46-55 yaş (n=58) ³	7.26±1,78	7 (3-12)	47.07±7.28	47 (21-61)
	56-65 yaş (n=115) ⁴	6.99±2,14	7 (3-12)	46.87±7.39	48 (24-64)
	>65 yaş (n=170) ⁵	7.72±2,11	8 (3-12)	46.85±6.72	48 (24-61)
	Test değeri / p	$\chi^2:14.644; ^a0.005^{**}$		$\chi^2:1.058; ^a0.901$	
Post Hoc test	4<5				
Cinsiyet	Kadın (n=154)	7.06±2,20	7 (3-12)	46.67±7.22	48 (27-64)
	Erkek (n=220)	7.52±1,98	7 (3-12)	46.99±6.98	48 (21-63)
	Test değeri / p	$Z:-2.131; ^c0.034^*$		$t:-0.427; ^b0.670$	
Medeni Durum	Bekâr (n=80)	7.29±2,2	7 (3-12)	46.39±7.09	48 (21-61)
	Evli (n=294)	7.34±2,05	7 (3-12)	46.98±7.08	48 (24-64)
	Test değeri / p	$Z:-0.213; ^c0.831$		$t:-0.667; ^b0.505$	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil (n=35) ¹	7.26±2,52	7 (3-12)	45.31±5.83	48 (29-53)
	Okur-yazar (n=27) ²	6.81±2,2	7 (3-11)	43.89±7.24	43 (31-58)
	İlkokul (n=171) ³	7.37±1,88	7 (3-12)	47.47±6.06	48 (24-60)
	Ortaokul (n=58) ⁴	7.53±2,26	7 (3-12)	45.97±7.65	47 (25-64)
	Lise (n=60) ⁵	7.25±2,16	7 (3-12)	47.73±7.96	49 (24-61)
	≥Üniversite (n=23) ⁶	7.48±2,11	8 (3-12)	48.04±10.27	50 (21-61)
Test değeri / p	$\chi^2:0.500; ^a0.776$		$F:2.070; ^c0.068$		

^aKruskal Wallis Test & Post hoc Dunn Bonferroni Test

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.9: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki		HDTÖ Toplam puan	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Meslek	Çalışmıyor (n=115)¹	6.97±2.21	7 (3-12)	45.76±7.45	47 (21-64)
	Memur (n=7)²	5.86±2.19	6 (3-9)	43±10.36	43 (30-58)
	Emekli (n=246)³	7.57±1.98	8 (3-12)	47.46±6.79	48 (24-63)
	İşçi (n=6)⁴	6.17±1.94	6,5 (4-9)	47.5±3.08	46.5 (45-53)
	Test değeri /p	$\chi^2: 11.318; ^{a}0.010^*$		$\chi^2: 5.637; ^{a}0.131$	
Post Hoc test		3>1,2			
Gelir durumu	Gelir giderden az(n=34)	6.88±2.54	7 (3-12)	45.03±7.17	47.5 (29-58)
	Gelir gidere eşit (n=305)	7.38±2.02	7 (3-12)	46.94±6.82	48 (24-64)
	Gelir giderden fazla(n=35)	7.31±2.17	7 (3-12)	47.89±8.85	50 (21-61)
	Test değeri /p	$F:0.886; p=0.413$		$F:1.530; p=0.218$	
Sigara Kullanımı	Evet (n=72)	7.04±2.02	7 (3-12)	46.72±6.98	48 (29-60)
	Hayır (n=302)	7.40±2.09	7 (3-12)	46.89±7.11	48 (21-64)
	Test değeri /p	$Z:0.340; p=^d0.189$		$t:0.809; p=^b0.859$	
Alkol Kullanımı	Evet (n=18)	8.00±2.14	9 (3-12)	47.94±6.03	47.5 (37-61)
	Hayır (n=356)	7.30±2.08	7 (3-12)	46.80±7.13	48 (21-64)
	Test değeri /p	$Z:1.397; p=^d0.163$		$t:0.669; p=^b0.504$	
Egzersiz Yapma	Evet (n=135)	7.53±1.93	7 (3-12)	48.28±6.72	49 (24-64)
	Hayır (n=239)	7.22±2.16	7 (3-12)	46.05±7.16	47 (21-63)
	Test değeri /p	$Z:1.410; p=^d0.159$		$t:2.960; p=^b0.003^{**}$	

^aKruskal Wallis Test & Post hoc Dunn Bonferroni Test ^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test ^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.10: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi		Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
KBH hastalık süresi (yıl)	<1 yıl (n=25)	20.36±3.45	21 (14-28)	18.96±2.75	19 (13-24)
	1-5 yıl (n=162)	20.52±4.01	21 (8-28)	18.85±2.5	19 (10-24)
	6-10 yıl (n=110)	20.64±4.36	22 (7-28)	19.14±2.85	19 (10-24)
	>10 yıl (n=77)	20.62±4.02	21 (12-28)	18.94±2.59	19 (12-24)
	Test değeri /p	<i>F:0.044; ^c0.988</i>		<i>F:0.257; ^c0.857</i>	
Ailede KBH Öyküsü	Var (n=122)	20.29±4.31	21 (8-28)	18.60±2.88	19 (10-24)
	Yok (n=252)	20.70±3.94	21 (7-28)	19.13±2.49	19 (10-24)
	Test değeri /p	<i>t:-0.917; ^b0.360</i>		<i>t:-1.855; ^b0.064</i>	
Son 1 yılda böbrek yetmezliği hastaneye yatma	Evet (n=80)	20.50±3.98	22 (8-28)	19.26±2.73	19 (10-24)
	Hayır (n=294)	20.58±4.10	21 (7-28)	18.88±2.60	19 (10-24)
	Test değeri /p	<i>t:-0.159; ^b0.874</i>		<i>t:1.161; ^b0.246</i>	
Hemodiyalize girme süresi	<1 yıl (n=41)	20.59±3.51	21 (14-28)	19.02±2.92	19 (13-24)
	1-5 yıl (n=200)	20.76±4.13	21 (7-28)	18.99±2.6	19 (10-24)
	6-10 yıl (n=106)	20.53±4.08	21 (8-28)	19.06±2.6	19 (11-24)
	>10 yıl (n=27)	19.26±4.27	20 (12-28)	18.26±2.57	18 (12-23)
	Test değeri /p	<i>F:1.077; ^c0.359</i>		<i>F:0.701; ^c0.552</i>	
Genel olarak sağlığına bakış	İyi (n=228)	20.69±4.21	21 (7-28)	19.05±2.71	19 (10-24)
	Orta (n=117)	20.64±3.61	22 (12-28)	19.06±2.39	19 (12-24)
	Kötü (n=29)	19.28±4.53	20 (8-28)	17.83±2.71	18 (10-24)
	Test değeri /p	<i>F:1.588; ^c0.206</i>		<i>F:2.942; ^c0.054</i>	

^aKruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Test

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.10: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

		Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki		HDTÖ Toplam puan	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
KBH hastalık süresi (yıl)	<1 yıl (n=25)	7.44±1.87	8 (3-12)	46.76±6.18	49 (32-58)
	1-5 yıl (n=162)	7.52±2.10	7,5 (3-12)	46.89±6.98	48 (21-61)
	6-10 yıl (n=110)	7.05±1.94	7 (3-12)	46.83±7.4	48 (24-63)
	>10 yıl (n=77)	7.30±2.30	7 (3-12)	46.86±7.19	48 (27-64)
	Test değeri /p	$\chi^2:1.113; ^a0.344$		$F:0.003; ^c1.000$	
Ailede KBH Öyküsü	Var (n=122)	7.02±2.32	7 (3-12)	45.91±8.14	47 (21-60)
	Yok (n=252)	7.48±1.95	7 (3-12)	47.31±6.47	48 (24-64)
	Test değeri /p	$Z:-1.990; ^d0.062$		$t:-1.804; ^b0.072$	
Son 1 yılda böbrek yetmezliği hastaneye yatma	Evet (n=80)	7.16±2.25	7 (3-12)	46.93±7.33	48 (21-61)
	Hayır (n=294)	7.38±2.04	7 (3-12)	46.84±7.02	48 (24-64)
	Test değeri /p	$Z:-0.818; ^d0.414$		$t:0.099; ^b0.921$	
Hemodiyalize girme süresi	<1 yıl (n=41)	7.41±2.02	8 (3-12)	47.02±6.47	47 (32-58)
	1-5 yıl (n=200)	7.55±2.16	8 (3-12)	47.29±7.08	48 (21-64)
	6-10 yıl (n=106)	7.04±1.84	7 (3-11)	46.62±7.14	48 (24-63)
	>10 yıl (n=27)	6.78±2.36	7 (3-12)	44.3±7.46	46 (27-60)
	Test değeri /p	$\chi^2:2.078; ^a0.103$		$F:1.481; ^c0.219$	
Genel olarak sağlığına bakış	İyi (n=228)	7.48±2.10	7 (3-12)	47.22±7.32	48 (24-64)
	Orta (n=117)	7.15±1.91	7 (3-12)	46.85±6.24	48 (27-61)
	Kötü (n=29)	6.90±2.54	7 (3-12)	44.00±7.81	43 (21-57)
	Test değeri /p	$\chi^2:1.627; ^a0.198$		$F:2.688; ^c0.069$	

^aKruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Test

^bStudent-t Test

^cOne Way Anova & Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test

Yaşlarına göre hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Yaşlarına göre hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,01$). Farklılığa neden olan parametreleri tespit etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; 56-65 yaş arasındaki hastaların alt boyuttan aldıkları puanlar 65 yaş ve üzerindeki hastalardan anlamlı düşüktür ($p=0,036$; $p<0,05$).

Hastaların cinsiyetine göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinin 'Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi' alt boyutunda ve ölçekten aldıkları toplam puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kadınların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$).

Kadınların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı oranda düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,034$; $p<0,05$).

Medeni durumlarına göre bireylerin Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre bireylerin Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği'nin 'Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi' alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığa neden olan durumu belirleyebilmek için yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi sonucunda; okur-yazar hastaların aldığı alt boyut puanları ilkokul, lise ve üniversite mezunu hastalardan daha düşüktür ($p=0,004$; $p=0,002$; $p=0,014$; $p<0,05$).

Eğitim durumlarına göre hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt

boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Mesleklerine göre bireylerin Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığın nedenini bulmak amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; emekli olanların aldıkları puanlar çalışmayanlardan ve memurlardan anlamlı yüksektir ($p=0,013$; $p=0,043$; $p<0,05$).

Mesleklerine göre hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gelir durumlarına göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutları ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sigara kullanma durumları ile Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutları ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Alkol kullanma durumları ile Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutları ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Egzersiz yapan hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar egzersiz yapmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Alkol kullanma durumları ile Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt

boyutlarından alınan toplam puanlar istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

KBH hastalık sürelerine göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilene Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilene Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutlarından ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastaların ailesinde KBH öyküsü olma durumuna göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilene Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilene Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutlarından ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastaneye yatma durumuna göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilene Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilene Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutlarından ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemodiyalize girme sürelerine göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilene Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilene Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutlarından ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastaların genel olarak sağlığa bakışlarına göre Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilene Davranış Eğilimi”, “Gıda Kültüründen Etkilene Davranış Eğilimi”, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutlarından ve HDTÖ’den alınan toplam puanlar, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.7. Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Sorularına Verdikleri Yanıtlar İle İlgili Bulgular

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların “Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II” sorularına vermiş oldukları yanıtlara yönelik bulgular Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=374)

	Hiçbir zaman		Çok nadir		Bazen		Çok sık		Her zaman		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HKÖV-II 1	269	71.9	42	11.2	53	14.2	10	2.7	0	0.0	1.48±0.83
HKÖV-II 2	186	49.7	46	12.3	83	22.2	53	14.2	6	1.6	2.06±1.20
HKÖV-II 3	193	51.6	44	11.8	88	23.5	42	11.2	7	1.9	2.00±1.17
HKÖV-II 4	305	81.6	57	15.2	9	2.4	3	0.8	0	0.0	1.22±0.52
HKÖV-II 5	82	21.9	156	41.7	103	27.5	30	8.0	3	0.8	2.24±0.91
HKÖV-II 6	82	21.9	151	40.4	99	26.5	37	9.9	5	1.3	2.28±0.96
HKÖV-II 7	104	27.8	141	37.7	102	27.3	21	5.6	6	1.6	2.16±0.95
HKÖV-II 8	116	31.0	129	34.5	93	24.9	26	7.0	10	2.7	2.16±1.03
HKÖV-II 9	274	73.3	73	19.5	24	6.4	2	0.5	1	0.3	1.35±0.65
HKÖV-II 10	309	82.6	48	12.8	13	3.5	3	0.8	1	0.3	1.23±0.57
HKÖV-II 11	343	91.7	25	6.7	4	1.1	2	0.5	0	0.0	1.10±0.38
HKÖV-II 12	141	37.7	44	11.8	84	22.5	90	24.1	15	4.0	2.45±1.31
HKÖV-II 13	160	42.8	70	18.7	115	30.7	27	7.2	2	0.5	2.04±1.04
HKÖV-II 14	192	51.3	77	20.6	89	23.8	16	4.3	0	0.0	1.81±0.94
HKÖV-II 15	286	76.5	24	6.4	29	7.8	27	7.2	8	2.1	1.52±1.05
HKÖV-II 16	281	75.1	23	6.1	34	9.1	29	7.8	7	1.9	1.55±1.06
HKÖV-II 17	284	75.9	21	5.6	27	7.2	34	9.1	8	2.1	1.56±1.09
HKÖV-II 18	250	66.8	63	16.8	41	11.0	17	4.5	3	0.8	1.56±0.92
HKÖV-II 19	4	1.1	19	5.1	135	36.1	187	50.0	29	7.8	3.58±0.75
HKÖV-II 20	51	13.6	66	17.6	50	13.4	174	46.5	33	8.8	3.19±1.23
HKÖV-II 21	59	15.8	193	51.6	94	25.1	25	6.7	3	0.8	2.25±0.83
HKÖV-II 22	8	2.1	49	13.1	122	32.6	188	50.3	7	1.9	3.37±0.81
HKÖV-II 23	58	15.5	205	54.8	85	22.7	24	6.4	2	0.5	2.22±0.80
HKÖV-II 24	22	5.9	90	24.1	64	17.1	163	43.6	35	9.4	3.26±1.10
HKÖV-II 25	60	16.0	106	28.3	77	20.6	109	29.1	22	5.9	2.80±1.19
HKÖV-II 26	22	5.9	28	7.5	41	11.0	93	24.9	190	50.8	4.07±1.20

Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Buna göre;

Hastaların “*Diyaliz sırasında bulantım oluyor.*” sorusuna %71,9’unun (n=269) “*hiçbir zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 1,48±0,83)

Hastaların “*Diyaliz sırasında çoğu zaman üşüyorum.*” sorusuna %49,7’sinin (n=186) “*hiçbir zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 2,06±1,20)

Hastaların “*Diyaliz sırasında ara sıra başım ağrıyor.*” sorusuna %51,6’sının (n=193) “*hiçbir zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 2,00±1,17)

Hastaların “*Diyaliz sırasında kusuyorum.*” sorusuna %81,6’sının (n=305) “*hiçbir zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 1,22±0,52)

Hastaların *“Sevdiğim yiyecekleri istediğim kadar yediğim zaman fiziksel olarak rahatsızlık hissediyorum.”* sorusuna %41,7’sinin (n=156) *“çok nadir”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,24±0,91)

Hastaların *“Fazla sıvı aldığım zaman fiziksel rahatsızlık hissediyorum.”* sorusuna %40,4’ünün (n=151) *“çok nadir”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,28±0,96)

Hastaların *“Hastalığım için önerilen diyeti uygulamakta zorlanıyorum.”* sorusuna %37,7’sinin (n=141) *“çok nadir”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,16±0,95)

Hastaların *“Sıvı kısıtlaması yaparken zorlanıyorum.”* sorusuna %34,5’inin (n=129) *“çok nadir”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,16±1,03)

Hastaların *“Ailemle aynı sofrada yemekte zorlanıyorum.”* sorusuna %73,3’ünün (n=274) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,35±0,65)

Hastaların *“Ailemin onların yediklerini canım çekebileceğimi düşüncelerinden tedirgin oluyorum.”* sorusuna %82,6 (n=309) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,23±0,57)

Hastaların *“Evde sürekli benim için ayrı yemek pişirmek yorucu oluyor.”* sorusuna %91,7’sinin (n=343) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,10±0,38)

Hastaların *“Diyaliz çok kısıtlayıcı, bir hafta bile başka yere (tatile...) gidemiyorum.”* sorusuna %37,7’sinin (n=141) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,45±1,31)

Hastaların *“Diyaliz tedavisi arkadaşlarımla görüşmemi engelliyor.”* sorusuna %42,8’inin (n=160) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 2,04±1,04)

Hastaların *“Yakınlarımla sosyal yaşamının da benimle birlikte kısıtlandığını düşünüyorum.”* sorusuna %51,3’ünün (n=192) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,81±0,94)

Hastaların *“Dışarıdayken diyaliz hastası olduğumun fark edilmesini istemiyorum.”* sorusuna %76,5’inin (n=286) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,52±1,05)

Hastaların *“Damar yolumun görüntüsü beni rahatsız ediyor.”* sorusuna %75,1’inin (n=281) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,55±1,06)

Hastaların *“Dışarıdayken damar yolumu saklamaya çalışıyorum.”* sorusuna %75,9’unun (n=284) *“hiçbir zaman”* yanıtını verdiği, (Ort. 1,56±1,09)

Hastaların “*Vücudumdaki değişiklikler beni rahatsız ediyor.*” sorusuna %66,8’inin (n=250) “*hiçbir zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 1,56±0,92)

Hastaların “*Şu anda kendimi sağlıklı hissediyorum.*” sorusuna %50’sinin (n=187) “*çok sık*” yanıtını verdiği, (Ort. 3,58±0,75)

Hastaların “*Geleceğe dair planlarım var.*” sorusuna %46,5’inin (n=174) “*çok sık*” yanıtını verdiği, (Ort. 3,19±1,23)

Hastaların “*Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.*” sorusuna %51,6’sının (n=193) “*çok nadir*” yanıtını verdiği, (Ort. 2,25±0,83)

Hastaların “*Yorgunluğum ile başa çıkabiliyorum.*” sorusuna %50,3’ünün (n=188) “*çok sık*” yanıtını verdiği, (Ort. 3,37±0,81)

Hastaların “*Durumum beni bunaltıyor.*” sorusuna %54,8’inin (n=205) “*çok nadir*” yanıtını verdiği, (Ort. 2,22±0,80)

Hastaların “*Yalnız kaldığımda kendimi çoğu zaman mutsuz hissediyorum.*” sorusuna %43,6’sının (n=163) “*çok sık*” yanıtını verdiği, (Ort. 3,26±1,10)

Hastaların “*Geleceğim hakkında umutluyum.*” sorusuna %29,1 (n=109) “*çok sık*” yanıtını verdiği, (Ort. 2,80±1,19)

Hastaların “*Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.*” sorusuna %50,8’inin (n=190) “*her zaman*” yanıtını verdiği, (Ort. 4,07±1,20) görülmüştür.

Tablo 4.12: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Fiziksel ferahlama	4	17.24±2.55	18 (9-20)
Fiziksel rahatlama	4	15.16±3.47	16 (4-20)
Psikospiritüel rahatlama	9	39.38±5.28	40 (23-45)
Psikospiritüel güçlenme	4	14.97±2.35	15 (7-20)
Çevresel güçlenme	2	7.15±1.41	8 (3-10)
Sosyokültürel rahatlama	3	9.61±2.13	10 (3-15)
HKÖ Toplam Puan	26	103.52±10.86	104.5 (63-127)

Araştırmaya katılan olguların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama” alt boyutundan alınan puanlar 9 ile 20 arasında değişmekte ve ortalama 17,24±2,55 puan; “Fiziksel rahatlama” alt boyutundan alınan puanlar 4 ile 20

arasında değişmekte ve ortalama $15,16\pm3,47$ puan; “Psikospiritüel rahatlama” alt boyutundan alınan puanlar 23 ile 45 arasında değişmekte ve ortalama $39,38\pm5,28$ puan; “Psikospiritüel güçlenme” alt boyutundan alınan puanlar 7 ile 20 arasında değişmekte ve ortalama $14,97\pm2,35$ puan; “Çevresel güçlenme” alt boyutundan alınan puanlar 3 ile 10 arasında değişmekte ve ortalama $7,15\pm1,41$ puan; “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutundan alınan puanlar 3 ile 15 arasında değişmekte ve ortalama puan $9,61\pm2,13$ olduğu tespit edilmiştir. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Ölçeği alınan toplam puan 63 ile 127 arasında değişmekte ve ortalama puan $103,52\pm10,86$ ’dır.



4.8. Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği ile ilgili Karşılaştırmalar

Konfor ölçeğinin, hastaların tanıtıcı özelliklerine ve hastalıkla ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılmalar Tablo 4.13 ve 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

			Fiziksel ferahlama	Fiziksel rahatlama	Psikospiritüel rahatlama	Psikospiritüel güçlenme
Yaş	≤35 yaş (n=10) ¹	Ort±Ss	16.30±2.75	12.60±3.53	35.00±5.77	14.5±1.90
		Medyan (Min-Maks)	16.5 (11-20)	12 (8-18)	34 (25-45)	15 (11-17)
	36-45 yaş (n=21) ²	Ort±Ss	17.19±2.06	15.43±3.52	38.05±6.12	15.38±1.6
		Medyan (Min-Maks)	17 (13-20)	15 (10-20)	39 (26-45)	15 (12-18)
	46-55 yaş (n=58) ³	Ort±Ss	17.21±2.73	14.67±3.03	38.43±6.18	14.64±2.48
		Medyan (Min-Maks)	18 (11-20)	15 (6-20)	39 (23-45)	15 (9-19)
	56-65 yaş (n=115) ⁴	Ort±Ss	17.32±2.52	14.83±3.76	39.07±5.09	14.9±2.54
		Medyan (Min-Maks)	18 (9-20)	16 (4-20)	39 (23-45)	15 (7-20)
	>65 yaş (n=170) ⁵	Ort±Ss	17.26±2.58	15.67±3.31	40.34±4.73	15.1±2.27
		Medyan (Min-Maks)	18 (10-20)	16 (6-20)	41 (24-45)	15 (8-20)
Test değeri /p			$\chi^2:1.908;$ ^a 0.753	$\chi^2:10.759;$ ^a 0.059	$\chi^2:14.026;$ ^a 0.007**	$\chi^2:2.702;$ ^a 0.609
Post Hoc test					5>1	
Cinsiyet	Kadın (n=154)	Ort±Ss	16.42±2.71	14.73±3.59	38.64±5.74	14.9±2.55
		Medyan (Min-Maks)	17 (9-20)	15 (4-20)	39.5 (23-45)	15 (7-20)
	Erkek (n=220)	Ort±Ss	17.82±2.28	15.46±3.35	39.9±4.89	15.02±2.2
		Medyan (Min-Maks)	18 (11-20)	16 (4-20)	40 (23-45)	15 (8-20)
Test değeri /p			$Z:-5.393;$ ^d 0.001**	$Z:-2.013;$ ^d 0.058	$Z:-2.277;$ ^d 0.028*	$t:-0.495;$ ^b 0.621

^aKruskal Wallis Test & Post Hoc Dunn Bonferroni Test ^bStudent-t Test ^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tamtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Fiziksel ferahlama	Fiziksel rahatlama	Psikospiritüel rahatlama	Psikospiritüel güçlenme	
Medeni Durumu	Evli (n=80)	<i>Ort±Ss</i>	17.31±2.43	15.26±3.44	39.13±5.46	14.53±2.43	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (4-20)	39.5 (25-45)	15 (7-19)	
	Bekar (n=294)	<i>Ort±Ss</i>	17.22±2.59	15.14±3.48	39.45±5.24	15.09±2.31	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	40 (23-45)	15 (7-20)	
Test değeri/p			Z:0.273; ^a 0.785	Z:0.289; ^a 0.773	Z:-0.491; ^a 0.624	t:-1.912; ^b 0.066	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil (n=35)	<i>Ort±Ss</i>	16.4±2.83	14.43±4.06	39.43±5.85	14.6±2.39	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	16 (9-20)	16 (6-20)	41 (23-45)	14 (7-18)	
	Okur-yazar (n=27)	<i>Ort±Ss</i>	16±2.67	13.52±3.39	39.22±4.48	15.11±2.31	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	16 (10-20)	14 (6-20)	41 (30-45)	15 (8-19)	
	İlkokul (n=171)	<i>Ort±Ss</i>	17.27±2.49	15.31±3.21	39.42±5.25	14.85±2.44	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (4-20)	40 (24-45)	15 (7-20)	
	Ortaokul (n=58)	<i>Ort±Ss</i>	17.84±2.24	15.29±3.27	39.21±5.27	15.28±2.02	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (12-20)	16 (8-20)	39.5 (23-45)	15 (11-20)	
	Lise (n=60)	<i>Ort±Ss</i>	18.13±2.09	15.3±3.73	39.22±5.3	15.35±2.07	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	19 (11-20)	16 (8-20)	40 (25-45)	15 (11-19)	
	≥Üniversite (n=23)	<i>Ort±Ss</i>	17.48±2.63	16.43±3.74	40.13±5.97	14.48±2.95	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	17 (6-20)	42 (26-45)	15 (9-19)	
	Test değeri /p			χ²:2.698; ^a 0.057	χ²:2.285; ^a 0.066	χ²:0.122; ^a 0.987	F:1.001; ^c 0.417
	Meslek	Çalışmıyor (n=115)¹	<i>Ort±Ss</i>	16.46±2.76	14.24±3.8	38.46±5.64	14.7±2.8
<i>Medyan (Min-Maks)</i>			17 (9-20)	15 (4-20)	39 (23-45)	15 (7-20)	
Memur (n=7)²		<i>Ort±Ss</i>	17.43±3.15	13.86±4.02	36.14±7.58	14.43±2.23	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	13 (8-20)	37 (26-45)	15 (10-17)	
Emekli (n=246)³		<i>Ort±Ss</i>	17.65±2.35	15.67±3.17	40.04±4.89	15.11±2.11	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	16 (4-20)	41 (24-45)	15 (8-20)	
İşçi (n=6)⁴		<i>Ort±Ss</i>	15.33±1.86	13.33±4.08	34±5.18	14.67±2.07	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15.5 (12-17)	14.5 (6-18)	34.5 (26-42)	14.5 (12-17)	
Test değeri /p			χ²:7.143; ^a 0.001**	χ²:5.575; ^a 0.001**	χ²:5.574; ^a 0.001**	F:0.958; ^c 0.413	
Post Hoc test			3>1	3>1	3>1,4		

^aKruskal Wallis Test & Post Hoc Dunn Bonferroni Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tamtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Fiziksel ferahlama	Fiziksel rahatlama	Psikospiritüel rahatlama	Psikospiritüel güçlenme
Gelir durumu	Gelir giderden az(n=34)¹	<i>Ort±Ss</i>	16.24±2.82	13.62±3.7	38.88±6.28	14.38±2.8
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	17 (9-20)	14.5 (6-20)	39.5 (23-45)	14 (7-20)
	Gelir gidere eşit (n=305)²	<i>Ort±Ss</i>	17.31±2.5	15.24±3.38	39.44±5.15	15.06±2.24
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (4-20)	40 (24-45)	15 (7-20)
Gelir giderden fazla(n=35)³	<i>Ort±Ss</i>	17.63±2.61	15.97±3.59	39.34±5.5	14.74±2.72	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	16 (6-20)	41 (26-45)	15 (9-18)	
Test değeri /p			$\chi^2:2.190;$ ^a0.072	$\chi^2:4.497;$ ^a0.012*	$\chi^2:0.172;$ ^a0.842	$F:1.455;$ ^a0.235
Post Hoc test			3>1			
Sigara Kullanımı	Evet (n=72)	<i>Ort±Ss</i>	17.49±2.30	15.04±3.26	39.10±6.00	15.19±2.31
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	15.5 (8-20)	40 (23-45)	15.5 (7-19)
	Hayır (n=302)	<i>Ort±Ss</i>	17.19±2.61	15.19±3.52	39.45±5.11	14.91±2.36
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	40 (23-45)	15 (7-20)
Test değeri /p			$Z:-0.629;$ ^a0.529	$Z:-0.605;$ ^a0.545	$Z:-0.003;$ ^a0.998	$t:-1.047;$ ^b0.295
Alkol Kullanımı	Evet (n=18)	<i>Ort±Ss</i>	18.17±2.48	17±3.14	42±4.37	15.89±1.64
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	19 (12-20)	18 (10-20)	45 (29-45)	17 (13-18)
	Hayır (n=356)	<i>Ort±Ss</i>	17.2±2.55	15.07±3.46	39.25±5.3	14.92±2.37
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	40 (23-45)	15 (7-20)
Test değeri /p			$Z:-1.877;$ ^a0.061	$Z:-2.344;$ ^a0.019*	$Z:-2.577;$ ^a0.010*	$t:-1.881;$ ^b0.060
Egzersiz Yapma	Evet (n=135)	<i>Ort±Ss</i>	17.58±2.34	15.62±3.37	38.98±5.24	15.38±2.21
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	16 (4-20)	39 (24-45)	16 (9-20)
	Hayır (n=239)	<i>Ort±Ss</i>	17.05±2.66	14.9±3.5	39.61±5.3	14.74±2.39
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	41 (23-45)	15 (7-20)
Test değeri /p			$Z:-1.729;$ ^a0.084	$Z:-2.019;$ ^a0.053	$Z:-1.330;$ ^a0.184	$t:-2.438;$ ^b0.015*

^aKruskal Wallis Test & Post Hoc Dunn Bonferroni Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Çevresel güçlenme	Sosyokültürel rahatlama	HKÖ Toplam
Yaş	≤35 yaş (n=10)¹	<i>Ort±Ss</i>	6.90±1.73	9.9±2.02	95.2±11.73
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (4-9)	9.5 (7-14)	96 (73-116)
	36-45 yaş (n=21)²	<i>Ort±Ss</i>	7.81±1.12	10.52±2.04	104,38±8.59
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (5-9)	11 (6-14)	104 (90-121)
	46-55 yaş (n=58)³	<i>Ort±Ss</i>	7.05±1.43	9.69±2.14	101.69±11.13
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (6-15)	103 (76-127)
	56-65 yaş (n=115)⁴	<i>Ort±Ss</i>	7.05±1.44	9.77±2.21	102.96±11.48
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-14)	104 (63-126)
	>65 yaş (n=170)⁵	<i>Ort±Ss</i>	7.18±1.38	9.35±2.06	104.91±10.29
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	106 (71-126)
Test değeri /p			$\chi^2:6.456; ^a0.168$	$\chi^2:7.738; ^a0.102$	$\chi^2:10.947; ^a0.027^*$
Post Hoc test					$5>1$
Cinsiyet	Kadın (n=154)	<i>Ort±Ss</i>	7±1.52	9.7±2.26	101.4±11.68
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	103 (63-126)
	Erkek (n=220)	<i>Ort±Ss</i>	7.25±1.32	9.55±2.03	105±10.01
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-15)	106 (76-127)
Test değeri /p			$Z:-1.685; 0.085$	$t:-0.676; ^b0.499$	$t:-3.202; ^b0.001^{**}$
Medeni Durum	Bekâr (n=80)	<i>Ort±Ss</i>	7.05±1.53	9.54±2.31	102.81±10.73
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (3-15)	105 (64-120)
	Evli (n=294)	<i>Ort±Ss</i>	7.18±1.37	9.63±2.08	103.71±10.9
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	104 (63-127)
Test değeri /p			$Z:-0.715; ^d0.475$	$t:-0.354; ^b0.723$	$t:-0.656; ^b0.512$

^aKruskal Wallis Test & Post Hoc Dunn Bonferroni Test ^bStudent-t Test ^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tamtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Çevresel güçlenme	Sosyokültürel rahatlama	HKÖ Toplam	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil (n=35)	<i>Ort±Ss</i>	6.8±1.37	9±1,68	99.66±12.33	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-9)	9 (4-11)	102 (63-117)	
	Okur-yazar (n=27)	<i>Ort±Ss</i>	7.19±1.66	9,26±1,81	100.3±9.62	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-9)	10 (5-12)	100 (79-121)	
	İlkokul (n=171)	<i>Ort±Ss</i>	7.04±1.38	9,81±2,19	103.7±10.33	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	104 (64-124)	
	Ortaokul (n=58)	<i>Ort±Ss</i>	7.28±1.32	9,38±2,25	104.28±10.85	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-14)	106 (76-126)	
	Lise (n=60)	<i>Ort±Ss</i>	7.43±1.29	9,82±2,02	105.25±10.58	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (5-15)	106 (73-124)	
≥Üniversite (n=23)	<i>Ort±Ss</i>	7.39±1.73	9,52±2,47	105.43±13.19		
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-14)	108 (81-127)		
Test değeri /p			$\chi^2:1.365$; ^a0.237	$F:1,295$; ^c0,265	$F:1.897$; ^c0.094	
Meslek	Çalışmıyor (n=115) ¹	<i>Ort±Ss</i>	6.82±1.69	9,62±2,36	100.3±12.35	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	101 (63-126)	
	Memur (n=7) ²	<i>Ort±Ss</i>	7.57±1.27	9,86±1,57	99.29±13.7	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (6-9)	10 (7-12)	95 (85-116)	
	Emekli (n=246) ³	<i>Ort±Ss</i>	7.29±1.24	9,6±2,03	105.37±9.58	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-15)	106 (76-127)	
	İşçi (n=6) ⁴	<i>Ort±Ss</i>	7.17±1.17	9,67±2,5	94.17±7.83	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (6-9)	9 (7-14)	95.5 (81-102)	
	Test değeri /p			$\chi^2:3.257$; ^a0.022*	$F:0,034$; ^c0,992	$F:8.009$; ^c0.001**
	Post Hoc test			3>1		3>1

^aKruskal Wallis Test & Post Hoc Dunn Bonferroni Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

Tablo 4.13: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Tamtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Çevresel güçlenme	Sosyokültürel rahatlama	HKÖ Toplam
Gelir durumu	Gelir giderden az(n=34)¹	<i>Ort±Ss</i>	6.56±1.58	9,15±2,09	98.82±11.96
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-9)	9 (4-15)	99.5 (63-117)
	Gelir gidere eşit (n=305)²	<i>Ort±Ss</i>	7.17±1.35	9,68±2,09	103.9±10.4
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (3-15)	105 (64-127)
	Gelir giderden fazla(n=35)³	<i>Ort±Ss</i>	7.57±1.6	9,46±2,47	104.71±12.73
<i>Medyan (Min-Maks)</i>		8 (4-10)	10 (4-14)	108 (80-126)	
Test değeri /p			$\chi^2:4.690; ^a0.010^*$	$F:1,070; ^c0,344$	$F:3.634; ^c0.027^*$
Post Hoc test			$3>1$		$3>1$
Sigara Kullanımı	Evet (n=72)	<i>Ort±Ss</i>	7.43±1.32	9.99±2.14	104.24±11.4
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (5-14)	104.5 (63-124)
	Hayır (n=302)	<i>Ort±Ss</i>	7.08±1.42	9.52±2.12	103.35±10.74
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	104.5 (64-127)
	Test değeri /p			$Z:-2.012; ^d0.054$	$t:-2.012; ^b0.098$
Alkol Kullanımı	Evet (n=18)	<i>Ort±Ss</i>	7.67±1.08	9.5±1.76	110.22±8.96
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (6-10)	9.5 (7-13)	112.5 (92-121)
	Hayır (n=356)	<i>Ort±Ss</i>	7.12±1.42	9.62±2.15	103.18±10.85
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (3-15)	104 (63-127)
	Test değeri /p			$Z:-1.363; ^d0.173$	$t:-0.367; ^b0.714$
Egzersiz Yapma	Evet (n=135)	<i>Ort±Ss</i>	7.29±1.36	10.01±2	104.85±9.97
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	106 (76-126)
	Hayır (n=239)	<i>Ort±Ss</i>	7.07±1.43	9.39±2.17	102.77±11.28
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	104 (63-127)
	Test değeri /p			$Z:-1.524; ^d0.128$	$t:-2.544; ^b0.011^*$

^bStudent-t Test ^dMann Whitney-U Test

Tablo 4.14: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması

			Fiziksel ferahlama	Fiziksel rahatlama	Psikospiritüel rahatlama	Psikospiritüel güçlenme
KBY hastalık süresi (yıl)	<1 yıl (n=25)	<i>Ort±Ss</i>	16.6±2.72	15.4±3.4	38.92±6.53	14.88±2.82
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	17 (11-20)	16 (7-20)	42 (26-45)	15 (10-20)
	1-5 yıl (n=162)	<i>Ort±Ss</i>	17.2±2.75	15.37±3.33	39.41±4.93	15.09±2.23
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (6-20)	40 (24-45)	15 (8-20)
	6-10 yıl (n=110)	<i>Ort±Ss</i>	17.42±2.36	14.97±3.4	39.66±5.19	14.99±2.33
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	15.5 (4-20)	40 (24-45)	15 (8-20)
	>10 yıl (n=77)	<i>Ort±Ss</i>	17.3±2.35	14.92±3.87	39.06±5.76	14.7±2.46
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	41 (23-45)	15 (7-19)
Test değeri /p			$\chi^2:0.728;$ ^a0.536	$\chi^2:0.465;$ ^a0.707	$\chi^2:0.261;$ ^a0.854	$F:0.498;$ ^c0.684
Ailede KBY Öyküsü	Var (n=122)	<i>Ort±Ss</i>	17.21±2.61	14.82±3.84	39.01±5.16	15.±2.48
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (9-20)	16 (4-20)	39 (23-45)	15 (7-20)
	Yok (n=252)	<i>Ort±Ss</i>	17.26±2.53	15.33±3.27	39.56±5.34	14.95±2.28
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (4-20)	41 (23-45)	15 (9-20)
Test değeri /p			$Z:-0.087;$ ^d0.930	$Z:-0.976;$ ^d0.329	$Z:-1.225;$ ^d0.220	$t:-0.484;$ ^b0.629

^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test **p<0,01 *p<0,05

Tablo 4.14: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Fiziksel ferahlama	Fiziksel rahatlama	Psikospiritüel rahatlama	Psikospiritüel güçlenme
Son 1 yılda böbrek yetmezliği hastaneye yatma	Evet (n=80)	<i>Ort±Ss</i>	16.74±2.86	14.88±3.41	39.35±4.53	15.09±2.49
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	17 (9-20)	16 (6-20)	40 (28-45)	15.5 (8-20)
	Hayır (n=294)	<i>Ort±Ss</i>	17.38±2.45	15.24±3.48	39.39±5.48	14.94±2.31
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (4-20)	40 (23-45)	15 (7-20)
Test değeri /p			Z:-1.716; ^a0.086	Z:-0.683; ^a0.495	Z:-0.884; ^a0.377	t:-0.460; ^b0.645
Hemodiyalize girme süresi	<1 yıl (n=41)¹	<i>Ort±Ss</i>	16.95±2.47	15.59±3.29	39.27±5.69	15.44±2.49
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	16 (7-20)	42 (26-45)	16 (10-20)
	1-5 yıl (n=200)²	<i>Ort±Ss</i>	17.21±2.71	15.47±3.43	39.45±4.93	15.08±2.19
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-20)	16 (6-20)	40 (24-45)	15 (8-20)
	6-10 yıl (n=106)³	<i>Ort±Ss</i>	17.55±2.23	14.83±3.33	39.64±5.16	14.91±2.33
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (11-20)	15 (4-20)	40 (24-45)	15 (9-20)
	>10 yıl (n=27)⁴	<i>Ort±Ss</i>	16.74±2.7	14.59±4.13	38.07±7.4	13.7±2.92
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	17 (9-20)	14 (4-20)	41 (23-45)	13 (7-18)
Test değeri /p			χ²:1.038; ^a0.376	χ²:1.928; ^a0.064	χ²:0.651; ^a0.583	F:3.395; ^c0.018*
Post Hoc test						4<1,2

^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test **p<0,01 *p<0,05

Tablo 4.14: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Çevresel güçlenme	Sosyokültürel rahatlama	HKÖ Toplam	
KBY hastalık süresi (yıl)	<1 yıl (n=25)	<i>Ort±Ss</i>	6.92±1.68	9.88±2.28	102.6±12.45	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (5-15)	103 (76-123)	
	1-5 yıl (n=162)	<i>Ort±Ss</i>	7.2±1.35	9.72±2.1	104±10.5	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	105 (71-127)	
	6-10 yıl (n=110)	<i>Ort±Ss</i>	7.31±1.31	9.45±1.99	103.8±10.05	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-14)	105 (77-124)	
	>10 yıl (n=77)	<i>Ort±Ss</i>	6.88±1.54	9.53±2.33	102.4±12.21	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (3-10)	10 (3-15)	104 (63-126)	
Test değeri /p			$\chi^2:1.705;$ ^a0.166	$F:0.536;$ ^c0.658	$F:0.460;$ ^c0.711	
Ailede KBY Öyküsü	Var (n=122)	<i>Ort±Ss</i>	7.07±1.44	9.37±2.16	102.48±12.09	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (3-14)	104 (63-126)	
	Yok (n=252)	<i>Ort±Ss</i>	7.19±1.39	9.73±2.11	104.02±10.2	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	105 (71-127)	
	Test değeri /p			$Z:-0.495;$ ^a0.621	$t:-1.388;$ ^b0.165	$t:-0.905;$ ^b0.365

^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test **p<0,01 *p<0,05

Tablo 4.14: Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeğinin Hastalıkla İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

			Çevresel güçlenme	Sosyokültürel rahatlama	HKÖ Toplam
Son 1 yılda böbrek yetmezliği hastaneye yatma	Evet (n=80)	<i>Ort±Ss</i>	7.05±1.57	9.6±2.41	102.7±11.16
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7.5 (3-10)	10 (4-15)	103.5 (76-126)
	Hayır (n=294)	<i>Ort±Ss</i>	7.18±1.36	9.62±2.05	103.74±10.78
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (3-15)	105 (63-127)
Test değeri /p			Z:-0.536; ^d0.592	t:-0.038; ^b0.969	t:-0.728; ^b0.467
Hemodiyalize girme süresi	<1 yıl (n=41)¹	<i>Ort±Ss</i>	7.12±1.57	10.56±2.31	104.93±11.29
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (5-15)	106 (76-124)
	1-5 yıl (n=200)²	<i>Ort±Ss</i>	7.22±1.35	9.72±2.03	104.14±10.4
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (3-10)	10 (4-15)	105 (71-127)
	6-10 yıl (n=106)³	<i>Ort±Ss</i>	7.24±1.33	9.37±2.01	103.53±10
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (4-10)	10 (4-14)	105 (77-124)
>10 yıl (n=27)⁴	<i>Ort±Ss</i>	6.33±1.64	8.33±2.34	96.78±14.49	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	6 (3-9)	9 (3-13)	99 (63-120)	
Test değeri /p			χ²:3.402; ^a0.018*	F:6.920; ^c0.001**	F:4.008; ^c0.008**
Post Hoc test			4<2,3	4<1,2,3	4<1,2

^bStudent-t Test ^cOne Way Anova & Post Hoc Bonferroni Test

^dMann Whitney-U Test **p<0,01 *p<0,05

Yaşlarına göre hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Psikospiritüel rahatlama” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; 65 yaş üstündekilerin alt boyuttan aldıkları puanlar 35 yaş ve altındakilerden daha yüksektir ($p=0,030$; $p<0,05$).

Yaşlarına göre Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmiştir ($p=0,027$; $p<0,05$). Farklılığa sebep olan parametreleri bulmak için yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; 65 yaş üstündekilerin alt boyuttan aldıkları puanlar 35 yaş ve altındakilerden daha yüksektir ($p=0,035$; $p<0,05$).

Yaşlarına göre Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama”, “Fiziksel rahatlama”, “Psikospiritüel güçlenme”, “Çevresel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyetine göre erkek hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama”, “Psikospiritüel rahatlama” alt boyutları ve ölçek toplam puanları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,028$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Cinsiyetine göre Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel rahatlama”, “Psikospiritüel güçlenme”, “Çevresel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Medeni durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği’nin tüm alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği’nin tüm alt boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığa neden olan meslek durumunu bulmayı

amaçlayarak yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; emekli olanların alt boyuttan aldıkları puanlar çalışmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel rahatlama” alt botundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; emekli olanların alt boyuttan aldıkları puanlar çalışmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Psikospiritüel rahatlama” alt botundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığa neden olan kaynağı bulmak için yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; emekli olanların alt boyuttan aldıkları puanlar çalışmayanlardan ve işçilerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,045$; $p=0,031$; $p<0,05$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Çevresel güçlenme” alt botundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p=0,022$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; emekli olanların alt boyuttan aldıkları puanlar çalışmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,016$; $p<0,05$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). One Way Anova & Bonferroni Testi yapılarak farklılığın kaynağı belirlenmeye çalışılmıştır. Emekli olanların, çalışmayanlara kıyasla alt boyuttan aldıkları puanlar anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Psikospiritüel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bireylerin gelir durumlarına göre Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği'ndeki "Fiziksel rahatlama" alt boyuttan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p=0,012$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; geliri gideriden

fazla olanların alt boyuttan aldıkları puanlar geliri giderinden az olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,022$; $p<0,05$).

Gelir durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Çevresel Güçlenme” alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığın neden kaynaklandığını bulmak amaçlanarak yapılan Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi neticesinde; geliri giderinden fazla olanların alt boyut puanı geliri giderinden az olan bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,025$; $p<0,05$).

Gelir durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,027$; $p<0,05$). Farklılığın hangi düzey gelir durumundan kaynaklandığı bulmak için yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; geliri giderinden fazla olanların alt boyut puanı geliri giderinden az olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,032$; $p<0,05$).

Gelir durumlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama”, “Psikospiritüel rahatlama”, “Psikospiritüel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sigara kullanımlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği tüm alt boyutları ve konfor ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Alkol kullanan bireylerin “Fiziksel rahatlama”, “Psikospiritüel rahatlama”, alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar alkol kullanmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,019$; $p=0,010$; $p=0,004$; $p<0,05$).

Alkol kullanımlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama”, “Psikospiritüel güçlenme”, “Çevresel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Egzersiz yapan hastaların “Psikospiritüel güçlenme”, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanları egzersiz yapmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$; $p=0,011$; $p<0,05$).

Sigara kullanımlarına göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Fiziksel ferahlama”, “Fiziksel rahatlama”, “Psikospiritüel rahatlama”, “Çevresel güçlenme”, alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

KBH hastalık sürelerine göre bireylerin Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ailede KBH öyküsü olma durumuna göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Son 1 yılda böbrek yetmezliği sebebiyle hastaneye yatma durumuna göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemodiyalize girme süresine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,018$; $p<0,05$). Farklılığa neden olabilecek kaynağı bulabilmek için yapılan One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; 10 yıl üzerinde hemodiyalize girenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar 1 yıl altında ve 1-5 yıl arasında olan hastalardan anlamlı düşüktür ($p=0,017$; $p=0,025$; $p<0,05$).

Hemodiyalize girme süresine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Çevresel güçlenme” alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,018$; $p<0,05$). Farklılığa neden olabilecek kaynağı bulabilmek için Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferroni Testi yapılmıştır. 10 yıl üzerinde hemodiyalize girenlerin alt boyuttan aldığı puanların 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olan hastalardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,012$; $p=0,017$; $p<0,05$).

Hemodiyalize girme süresine göre hastaların Hemodiyaliz Konfor Versiyon-II Ölçeği “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini bulabilmek için yapılan

One Way Anova & Bonferroni Testi neticesinde; 10 yıl üzerinde hemodiyalize girenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar 1 yıl altında ve 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olanlardan anlamlı düşüktür (p=0,014; p=0,005; p=0,022 p<0,05).

4.9. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği, Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği, Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 4.15 ve 4.16’da gösterilmiştir.

Tablo 4.15: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II İlişkisi

		Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği	
		r	P
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.391	0.001**
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.184	0.001**
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	‡0.126	0.015*
	HDTÖ Toplam puan	0.338	0.001**
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II	Fiziksel ferahlama	‡0.286	0.001**
	Fiziksel rahatlama	‡0.244	0.001**
	Psikospiritüel rahatlama	‡0.000	0.993
	Psikospiritüel güçlenme	0.221	0.001**
	Çevresel güçlenme	‡0.215	0.001**
	Sosyokültürel rahatlama	0.267	0.001**
	HKÖ Toplam Puan	0.284	0.001**

r: Pearson's Korelasyon Test

‡r: Spearman Korelasyon Test

**p<0,01

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı puanı artarken; Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi puanı artan) zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,391; p=0,001; p<0,01).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyut puanları arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,184$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyut puanları arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,126$; $p=0,015$; $p<0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden aldığı toplam puanlar ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinden aldığı toplam puanlar arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir ($r=0,338$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel ferahlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,286$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,244$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,221$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel güçlenme” alt boyut puanı arasında

pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,215$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,267$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,284$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 4.16: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II İlişkisi

		Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği			
		Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	HDTÖ Toplam puan
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği	Fiziksel ferahlama	‡r 0.192 p 0.001**	0.050 0.336	0.194 0.001**	0.203 0.001**
	Fiziksel rahatlama	‡r 0.570 p 0.001**	0.332 0.001**	0.717 0.001**	0.661 0.001**
	Psikospiritüel rahatlama	‡r 0.103 p 0.047*	0.050 0.336	0.189 0.001**	0.130 0.012*
	Psikospiritüel güçlenme	r 0.201 p 0.001**	0.131 0.011*	‡.170 0.001**	0.206 0.001**
	Çevresel güçlenme	‡r 0.241 p 0.001**	0.118 0.022*	0.212 0.001**	0.248 0.001**
	Sosyokültürel rahatlama	r 0.189 p 0.001**	0.155 0.001**	‡.035 0.502	0.163 0.001**
	HKÖ Toplam Puan	r 0.402 p 0.001**	0.217 0.001**	‡.456 0.001**	0.444 0.001**

r: Pearson's Korelasyon Test

‡r: Spearman Korelasyon Test

** $p<0,01$

Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu için;

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz

Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel ferahlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,192$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,570$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,103$; $p=0,047$; $p<0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,201$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,241$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,189$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği

Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,402$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu için;

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel ferahlama” alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,332$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanlar ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,131$; $p=0,011$; $p<0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,118$; $p=0,022$; $p<0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif

yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,155$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,217$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu için;

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyut puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel ferahlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,194$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,717$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,189$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,170$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf

düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,212$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutu toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,456$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı için; Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel ferahlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,203$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,661$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,130$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,206$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel güçlenme” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,248$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,163$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,444$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.10. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Konfor Düzeyleri Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular

Araştırmada Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum boyutlarının Hemodiyaliz Konfor düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analizin sonucunda Tablo 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.22 ve 4.23’de yer alan bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.17: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel Ferahlama” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel ferahlama	Sabit		25.610	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.264	5.338	0001**			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.056	0.828	0.408			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	-0.044	-0.871	0.384	24.070	0.001**	0.115
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.176	3.561	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin fiziksel ferahlama düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=24,070$; $p=0,001$; $p<0,01$). Fiziksel ferahlama düzeyinin belirleyicisi olarak sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki fiziksel ferahlama düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla* $\beta:0.264$; $\beta:0.176$). Bilişten etkilenen

davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğiliminin, fiziksel ferahlama düzeyi üzerinde etkili değişkenler olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.18: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Fiziksel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel rahatlama	Sabit		1.186	0.236			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.043	1.205	0.229			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.294	6.805	0.001**			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.098	2.544	0.011*	184.481	0.001	0.599
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.537	14.092	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin fiziksel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=184,481$; $p=0,001$; $p<0,01$). Fiziksel rahatlama düzeyinin belirleyicisi olarak bilişten etkilenen davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Fiziksel rahatlama düzeyinin belirleyicisi olarak bilişten etkilenen davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki fiziksel ferahlama düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla* $\beta:0.294$; $\beta:0.098$; $\beta:0.537$) Sağlık okur-yazarlığı fiziksel rahatlama üzerine etkili bir değişken olarak saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Psikospiritüel Rahatlama	Sabit		36.107	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	-0.045	-0.810	0.418			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.040	0.675	0.500			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.012	0.209	0.835	18.848	0.001	0.048
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.220	4.341	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin psikospiritüel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=18,848; p=0,001; p<0,01). Psikospiritüel rahatlama düzeyinin belirleyicisi olarak diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Diyeti değiştiren olumsuz etki psikospiritüel rahatlama düzeyini arttırmaktadır (β :0.220). Sağlık okur-yazarlığı, bilişten etkilenen davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi, psikospiritüel rahatlama düzeyi üzerinde etkili değişkenler olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.20: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Psikospiritüel Güçlenme” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Psikospiritüel Güçlenme	Sabit		24.317	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.195	3.861	0.001**			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.063	0.912	0.363			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.078	1.506	0.133	15.888	0.001**	0.079
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.175	3.467	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin psikospiritüel güçlenme düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=15,888; p=0,001; p<0,01). Psikospiritüel güçlenme düzeyinin belirleyicisi olarak sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki psikospiritüel güçlenme düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla*; β :0.195; β :0.175). Bilişten etkilenen davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi, psikospiritüel güçlenme düzeyi üzerinde etkili değişkenler olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.21: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Çevresel Güçlenme” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Çevresel Güçlenme	Sabit		17.590	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.206	4.142	0.001**			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.097	1.590	0.113			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.026	0.459	0.646	22.155	0.001**	0.107
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.224	4.515	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin Çevresel güçlenme düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=22,155; p=0,001; p<0,01). Çevresel güçlenme düzeyinin belirleyicisi olarak sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Sağlık okur-yazarlığı ve diyeti değiştiren olumsuz etki çevresel güçlenme düzeyini arttırmaktadır (*sirasıyla*; β :0.206; β :0.224). Bilişten etkilenen davranış eğilimi ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi, çevresel güçlenme düzeyi üzerinde etkili değişkenler olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.22: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II “Sosyokültürel Rahatlama” Düzeyi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Sosyokültürel Rahatlama	Sabit		7.277	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.236	4.711	0.001**			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.055	0.887	0.376			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.165	3.297	0.001**	20.066	0.001**	0.098
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	-0.055	-0.961	0.337			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin sosyokültürel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

belirlenmiştir (F=20,066; p=0,001; p<0,01). Sosyokültürel rahatlama düzeyinin belirleyicisi olarak sağlık okur-yazarlığı ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Sağlık okur-yazarlığı ve gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi sosyokültürel rahatlama düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla*; β :0.236; β :0.165). Bilişten etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki, sosyokültürel rahatlama düzeyi üzerinde etkili değişkenler olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.23: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Hemodiyaliz Konfor	Sabit		29.361	0.001**			
	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.152	3.198	0.002**			
	Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi	0.202	3.709	0.001**			
	Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi	0.065	1.267	0.206	51.637	0.001**	0.295
	Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	0.347	6.852	0.001**			

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okur-yazarlığı ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin hemodiyaliz konfor düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=51,637; p=0,001; p<0,01). Hemodiyaliz konfor düzeyinin belirleyicisi olarak sağlık okur-yazarlığı, bilişten etkilenen davranış eğilimi, diyeti değiştiren olumsuz etki ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Sağlık okur-yazarlığı bilişten etkilenen davranış eğilimi, diyeti değiştiren olumsuz etki hemodiyaliz konfor düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla*; β :0.152; β :0.202; β :0.347).

Tablo 4.24: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanının Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon II Alt Boyutları ve Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Toplam Puanı					
	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel ferahlama	0.201	3.954	0.001**	15.638	0.001**	0.040
Fiziksel rahatlama	0.704	19.121	0.001**	365.604	0.001**	0.496
Psikospiritüel Rahatlama	0.175	3.422	0.001**	11.711	0.001**	0.031
Psikospiritüel Güçlenme	0.245	4.871	0.001**	23.723	0.001**	0.060
Çevresel Güçlenme	0.277	5.550	0.001**	30.798	0.001**	0.076
Sosyokültürel Rahatlama	0.216	4.268	0.001**	18.213	0.001**	0.047
Hemodiyaliz Konfor	0.488	10.783	0.001**	116.277	0.001**	0.238

Bağımsız Değişken: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Toplam Puanı **p<0,01

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun fiziksel ferahlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:15,638; p=0,001; p<0,01). Modele göre; Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği fiziksel ferahlama düzeyini 0,201 kat arttırmaktadır (β :0.201; p:0,001).

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun fiziksel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:19,121; p=0,001; p<0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği fiziksel rahatlama düzeyini 0,704 kat arttırmaktadır (β :0.704; p:0,001).

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun psikospiritüel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:3,422; p=0,001; p<0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği psikospiritüel rahatlama düzeyini 0,175 kat arttırmaktadır (β :0.175; p:0,001).

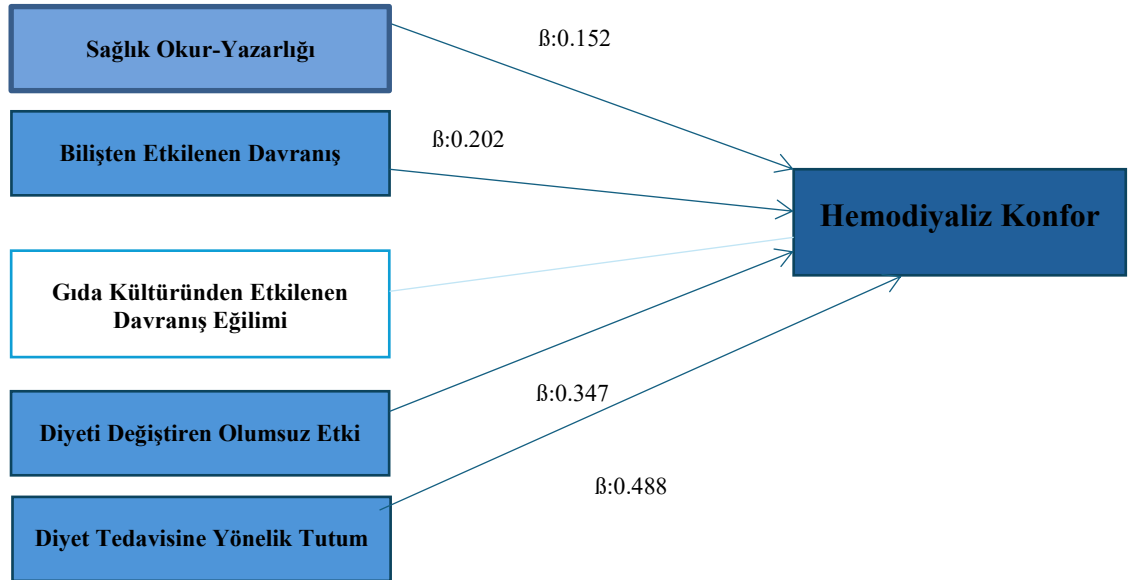
Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun psikospiritüel güçlenme düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:4,871; p=0,001; p<0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum

toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği psikospiritüel güçlenme düzeyini 0,245 kat arttırmaktadır (β :0.245; p :0,001).

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun çevresel güçlenme düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F :5,550; p =0,001; p <0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği çevresel güçlenme düzeyini 0,277 kat arttırmaktadır (β :0.277; p :0,001).

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun sosyokültürel rahatlama düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F :4,268; p =0,001; p <0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği sosyokültürel rahatlama düzeyini 0,216 kat arttırmaktadır (β :0.216; p :0,001).

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutumun Hemodiyaliz konfor ölçeği toplam düzeyi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F :10,783; p =0,001; p <0,01). Diyet tedavisine yönelik tutum toplam puanı, Hemodiyaliz konfor ölçeği toplam düzeyini 0,488 kat arttırmaktadır (β :0.488; p :0,001).



Şekil 4.1: Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı ve Diyete Uyum Düzeylerinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Üzerine Etkilerinin Sonuç Modeli

4.11. Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, Sağlık Okur-Yazarlığı Ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Regresyon Ve Aracılık Analizi İle İlgili Bulgular

Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, Sağlık Okur-Yazarlığı ve Hemodiyaliz Konfor ölçekleri arasında regresyon ve devamında regresyondan elde edilen veriler kullanılarak aracılık analizi yapılmıştır. Aracılık analizinde bağımsız değişken= Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, aracı değişken= Sağlık Okur-Yazarlığı, bağımlı değişken= Hemodiyaliz Konfor olarak alınmış ve bu bağlamda analiz sonuçlandırılmıştır. Sobel testi ile değişken aracı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum, Sağlık Okur-Yazarlığı ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Regresyon ve Aracılık Analizi

Bağımsız D.	Bağımlı D.	R ²	F	β	S _β	T	p
Diyet Tedavisine Yönelik Tutum (X)	Hemodiyaliz Konfor (Y)	0.461953	319.389 2	0.537	0.030	17.871	0.000
Sağlık Okur-Yazarlığı (M)	Hemodiyaliz Konfor	0.054159	21.3008	0.107	0.023	4.615	0.000
Diyet Tedavisine Yönelik	Sağlık Okur-Yazarlığı	0.100632	41.6235 9	0.546	0.085	6.452	0.000
Diyet Tedavisine Yönelik	Hemodiyaliz Konfor	0.462278	159.474 1	0.532	0.032	16.780	0.000
Sağlık Okur-Yazarlığı				0.009	0.018	0.474	0.636
Sobel Testi						3.754	0.000

S_β = β katsayısının standart hatasıdır.

Diyet tedavisine yönelik tutum puanının hemodiyaliz konfor ölçeği üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (R²: 0,462; T:17,871; p<0,01); sağlık okuryazarlığının da Hemodiyaliz konfor ölçeği üzerine etkisi tek başına anlamlı bulunmuştur (R²: 0,054; T:4,615; p<0,01). Diyet tedavisine yönelik tutumun Sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi de yine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (R²: 0,100; T:6,452; p<0,01);

Aracılık modeli için bakılan Sobel testine göre p değeri 0,000 olarak saptanmış ve modelimiz anlamlı bulunmuştur, Hemodiyaliz konforu üzerine diyet tedavisi etkisine bakarken Sağlık okur yazarlığı değişkeninin aracılık rolünün anlamlı olduğunu doğrulamaktadır (R²: 0,462; p<0,01).

4.12. Yapısal Eşitlik Modeli İle İlgili Bulgular

Yapısal eşitlik modelini test etmeden önce her bir ölçek için uyum endeksleri kontrol edilmiştir. Kestirim yöntemi olarak sıralı ve kategorik verilerde daha iyi sonuç veren diyagonal en küçük kareler (*Diagonally Weighted Least Square=DWLS*) seçilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26: Sağlık Okur-Yazarlığı, Diyet Tedavisine Yönelik Tutum ve Hemodiyaliz Konfor Ölçekleri Uyum İndeksleri Sonuçları

MODEL	χ^2 / df <5	GFI ≥0.90	AGFI ≥0.90	CFI ≥0.90	TLI (NNFI) ≥0.90	RMSEA ≤0.08	SRMR < 0.10
Diyet Tedavisine Yönelik Tutum	1.113	1.000	0.999	1.000	1.000	0.017	0.030
Hemodiyaliz Konfor	2.233	0.998	0.995	0.999	0.998	0.057	0.053
Sağlık Okur-Yazarlığı	11.738	0.996	0.993	0.996	0.996	0.170	0.087

Diyet Tedavisine Yönelik Tutum = Modelimizin uyum istatistikleri oldukça güçlüdür. Ki-kare testi ($\chi^2 = 26,706$, $df = 24$, $p = 0,318$), modelin verilerle uyumlu olduğunu göstermektedir. Ek olarak, CFI ve TLI değerleri 1,000 olup mükemmel uyumu işaret etmektedir. RMSEA değeri 0,017, 90% güven aralığı [0,000, 0,047] ile çok düşük olup, modelin iyi uyum sağladığını göstermektedir. RMSEA'nın p-değeri 0,970, uyumun kabul edilebilir olduğunu desteklemektedir. SRMR değeri 0,030 olup, iyi bir uyumu göstermektedir. GFI (1,000) ve AGFI (0,999) değerleri de mükemmel uyum olduğunu göstermektedir. Tüm bu uyum istatistikleri, modelimizin verilerle çok iyi bir uyum gösterdiğini belirtmektedir.

Hemodiyaliz Konfor = Modelin uyum istatistikleri, Ki-kare testinin ($\chi^2 = 53,588$, $df = 24$, $p = 0,000$) modelin verilerle uyum sağlamadığını göstermesine rağmen, diğer uyum ölçütleri modelin iyi uyum gösterdiğini işaret etmektedir. CFI (0,999) ve TLI (0,998) değerleri mükemmel uyumu göstermektedir. RMSEA değeri 0,057 olup, iyi bir uyumu işaret etmektedir ve RMSEA'nın p-değeri (0,254) modelin iyi uyum sağladığını desteklemektedir. SRMR değeri 0,053 olup, iyi bir uyumu göstermektedir. GFI (0,998) ve AGFI (0,995) değerleri de mükemmel uyumu göstermektedir. NFI (0,998) ve IFI (0,999) değerleri de modelin mükemmel uyum sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, modelin verilerle oldukça iyi bir uyum gösterdiğini belirtmektedir.

Sağlık Okur-Yazarlığı = Modelin uyum istatistikleri, Ki-kare testinin ($\chi^2 = 1056,393$, $df = 90$, $p = 0,000$) modelin verilerle uyum sağlamadığını göstermesine rağmen, diğer uyum ölçütleri modelin iyi uyum gösterdiğini işaret etmektedir. CFI (0,996) ve TLI (0,996) değerleri mükemmel uyumu göstermektedir. RMSEA değeri 0,170 olup, yüksek bir değere işaret etmekte ve modelin bazı iyileştirmelere ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Ancak, RMSEA'nın p-değeri (0,000) modelin mükemmel uyum sağlamadığını belirtmektedir. SRMR değeri 0,087 olup, kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. GFI (0,996) ve AGFI (0,993) değerleri de mükemmel uyumu göstermektedir. NFI (0,996) ve IFI (0,996) değerleri de modelin mükemmel uyum sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, modelin genel olarak verilerle oldukça iyi bir uyum gösterdiğini belirtmektedir.

Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon II Arasındaki Yapısal Eşitlik Modeli uyum iyiliği kriterleri Tablo 4.27 de görülmektedir.

Tablo 4.27: Yapısal Model Uyum İyiliği Kriterleri

Kriterler	Çok İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Test İstatistiği
χ^2 / df	<2	<5	4.955
GFI	≥ 0.95	0.90 – 0.95	0.986
AGFI	≥ 0.95	0.90 – 0.95	0.983
CFI	≥ 0.95	0.90 – 0.95	0.985
TLI (NNFI)	≥ 0.95	0.90 – 0.95	0.989
RMSEA	< 0.05	0.05 – 0.08	0.115
SRMR	< 0.08	< 0.10	0.098

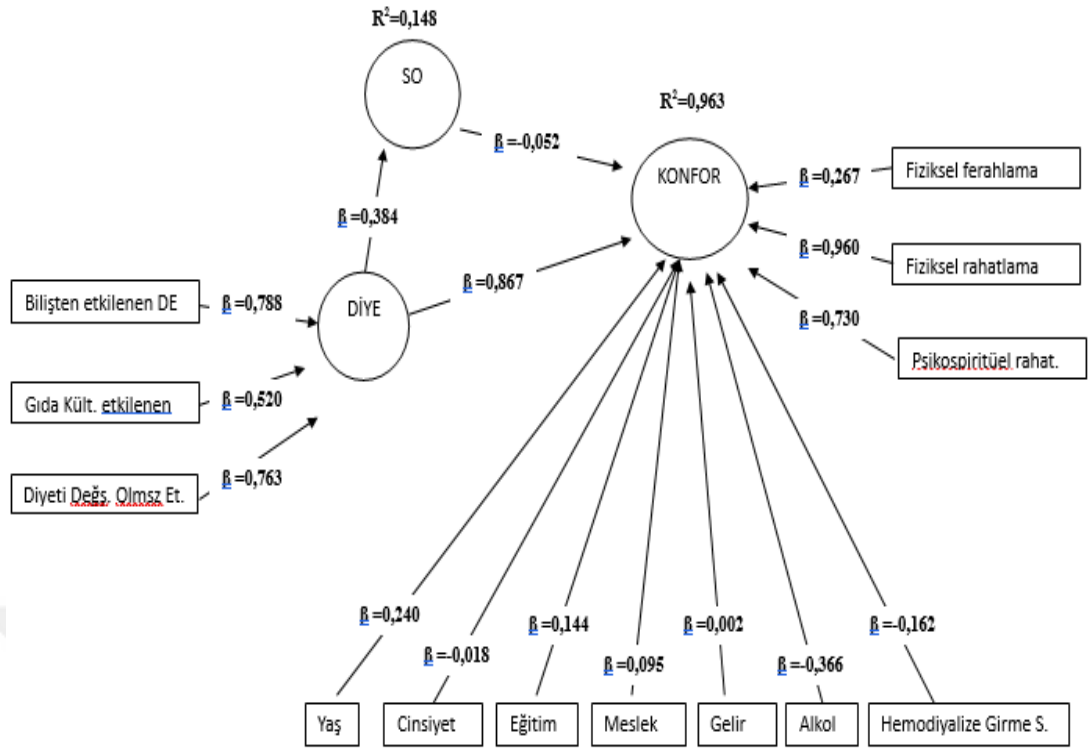
Yapısal eşitlik modeline ilişkin uyum iyiliği test sonucu test istatistik değeri 4,955 olarak saptanmış olup kabul edilebilir uyum göstermektedir. GFI, AGFI, CFI ve TLI katsayıları çok iyi uyum gösterirken; SRMR kabul edilebilir uyum göstermektedir.

Yapısal eşitlik modeline ilişkin standartlaştırılmış beta katsayıları Tablo 4.28’de görülmektedir.

Tablo 4.28: Yapısal Model Hipotez Katsayıları

Yol	β	Standartlaştırılmış β	Standart hata	t	p	R ²
Diyet Tedavisine Yönelik Tutum → Sağlık Okur-Yazarlığı	0.233	0.384	0.011	20.930	0.000	0.148
Diyet Tedavisine Yönelik Tutum → Hemodiyaliz Konfor	0.210	0.867	0.029	7.209	0.000	0.963
Sağlık Okur-Yazarlığı → Hemodiyaliz Konfor	-0.021	-0.052	0.007	-3.139	0.002	
YAŞ → Hemodiyaliz Konfor	0.004	0.240	0.001	5.335	0.000	
CİNSİYET → Hemodiyaliz Konfor	-0.007	-0.018	0.013	-0.540	0.589	
EĞİTİM → Hemodiyaliz Konfor	0.022	0.144	0.006	3.770	0.000	
MESLEK → Hemodiyaliz Konfor	0.020	0.095	0.007	2.671	0.008	
GELİR → Hemodiyaliz Konfor	0.001	0.002	0.014	0.060	0.953	
ALKOL → Hemodiyaliz Konfor	-0.328	-0.366	0.051	-6.488	0.000	
EGZERSİZ → Hemodiyaliz Konfor	-0.065	-0.162	0.014	-4.598	0.000	

Diyet tedavisine yönelik tutum ölçeğinin sağlık okur yazarlığı üzerine etkisinin beta (β) katsayısı 0,384; hemodiyaliz konforunun etkisinin beta katsayısı 0,867 olarak saptanmıştır ($p<0,01$). Sağlık okur yazarlığının hemodiyaliz konfor üzerine etkisinin ters yönlü olduğu ve beta katsayısının ise -0,052 olarak saptandığı görülmektedir. Tanımlayıcı özelliklerden yaşın (β :0,240), eğitimin (β :0,144), mesleğin (β :0,095), alkol kullanımının(β :-0,366) ve egzersizin (β :-0,162) olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Modelde konfor üzerine en büyük etkiyi diyet tedavisine yönelik tutum gösterirken, bunu yaş takip etmiş, alkol ise ters yönde etkilemiştir.



Şekil 4.2: Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon II Arasındaki Yapısal Eşitlik Modeline Göre Hazırlanmış Yol Diyagramı

DİYE: Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği SO: Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği

KONFOR: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARİŞMA

Ülkemizde kronik böbrek hastalığına sahip bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır ve KBH hastalığının tedavisinde kullanılan yöntemlerden en çok tercih edileni hemodiyaliz tedavisidir (Ateş vd., 2023). Ancak hemodiyaliz uygulanan bireyler fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda pek çok semptomla karşılaşmak durumunda kalmaktadırlar (Flythe ve ark, 2015; Taş ve Akyol, 2017). Dünyada KBH da dahil olmak üzere kronik hastalığa sahip bireylerin sayısı her gün daha çok artmakta ve bu durum sonucunda hastalıkları etkili şekilde yönetmek için gerekli olan sağlık okuryazarlığının önemi ortaya çıkmaktadır. SOY, hasta bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararları bilinçli verebilmelerini, sağlık sistemlerine erişebilmelerini, sağlık çalışanlarıyla uygun iletişim kurabilmelerini ve hastalıkları sebebiyle ortaya çıkan karmaşık sağlık yönetimlerini bireysel olarak başarabilmelerini sağlamaktadır (Heide vd., 2018). Hemodiyaliz tedavisi alan ve yetersiz SOY düzeyine sahip olan hastaların hemodiyaliz tedavilerini kaçırma sıklıklarının arttığı, acil servise daha çok başvurduğu ve SDYB şikayetleri sebebiyle hastane yatışlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Green vd., 2013). Ayrıca hemodiyaliz tedavisinin başarılı olabilmesi için hastaların diyetlerine uyum sağlamaları gerekmektedir (Griva vd., 2018). Hastaların diyet uyumunda başarısız olmaları durumunda komplikasyon oranlarında artma, sağlık harcamalarında artış ve sağkalım süresinde azalma meydana gelebilmektedir (Günalay vd., 2017). KBH'na sahip bireylerin hemodiyaliz tedavisinde yaşadığı komplikasyonların fazlalığı, hastane yatışlarının sık olması, sıvı ve beslenme durumunda yaşanan değişiklikler, uyku problemleri gibi birçok sorun hemodiyaliz uygulanan hastaların konforunu olumsuz etkilemektedir (Tabiee vd., 2017). Türkiye'de gün geçtikçe hemodiyaliz uygulanan hasta sayısının artmasıyla (Ateş vd., 2023) ve hemodiyaliz sırasında yaşanan semptomların fazla olması sebebiyle (Flythe vd, 2015) hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi de önem kazanmıştır. Bu nedenle çalışmamız hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve diyet uyumlarının, konfor düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması 63,24±12,46 yıl olup, hastaların çoğunluğunun 65 yaş üzerinde, erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli,

geliri durumları ortalama, sigara ve alkol kullanmayan ve egzersiz yapmayan bireyler olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Hastaların çoğunluğunun 1-5 yıldır KBH olduğu ve çoğunluğunun ailesinde KBH olmadığı görülmüştür. Ailesinde KBH olan hastaların büyük çoğunluğunun anne, baba ve kardeşinde de KBH olduğu bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun 1-5 yıldır hemodiyaliz tedavisi gördüğü ve son bir yıl içerisinde böbrek hastalıkları sebebiyle hastaneye yatmadığı saptanmıştır. Hastaların büyük bir kısmının renal replasman tedavilerinden olan periton diyalizi almadığı ve böbrek nakli olmadığı da görülmüştür (Tablo 4.2).

Araştırmada hemodiyaliz uygulanan bireylerin büyük çoğunluğunda hipertansiyon (%58,8) ve diyabet (%44,9) hastalıkları olduğu, hastaların genel olarak sağlıklarını iyi olarak tanımladıkları ve hastalık hakkında çoğunlukla doktor ve hemşire gibi sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.2).

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Green ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da aktarıldığı üzere yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların hemodiyaliz tedavilerini daha sık kaçırdığı, acil servise daha çok başvurduğu, SDYB şikayetleri sebebiyle hastane yatışlarının daha fazla ve bu sebeplerle ekonomik sıkıntılar yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yavuz (2021) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, Cavanaugh ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının %68'inin SOY düzeyinin yeterli olduğu, Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hastaların %74'ünün SOY düzeylerinin yeterli olduğu görülmüştür. Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzeyde olduğu, Stomer ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunun orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Green ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Shayan'ın (2018) çalışmasında DM olan hemodiyaliz hastalarının %76,2'sinin yetersiz, DM olmayan hemodiyaliz hastalarının %55,2'sinin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir. Grubbs ve arkadaşlarının (2009) böbrek nakli olmuş kronik böbrek hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların üçte biri olan %32,3'ünün yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğu görülmüştür.

Araştırmalardan elde edilen sonuçların farklı çıkma nedenlerinin farklı araştırma gruplarında, farklı yaşta olan gruplarda veya farklı ölçekler kullanılarak hastaların SOY düzeylerinin ölçülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastaların SOY düzeylerin sorunlu-sınırlı düzeyinde olmasının hastaların çoğunluğunun yaş ortalamasının 65 yaş ve üzerinde olmasına ve yaşlanmaya bağlı bireylerin yaşadıkları bilişsel değişimlerin sonucu SOY düzeylerinin düşük olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin eğitim durumlarına bakıldığından çoğunluğun ilkökul düzeyinde olmasının hastaların sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri öğrenme, işleme ve hayata geçirme konularında eksikliğe yol açabileceği ve SOY düzeylerinin düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden 35 yaş ve altında olan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer bütün yaş gruplarından daha yüksek düzeyde olduğu, 65 yaş ve üstü hastaların ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer bütün yaş gruplarından daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmada yaş arttıkça SOY düzeyleri düşmektedir (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer olarak Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşları arttıkça SOY düzeylerinin azaldığı, Yavuz (2021) çalışmasında hastaların yaşları ilerledikçe SOY düzeylerinde azalma olduğu, Peker ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşları arttıkça SOY düzeylerinin düştüğü, Grubbs ve arkadaşlarının (2009) böbrek nakli olmuş kronik böbrek hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların SOY düzeylerinin 65 yaş ve üstü bireylerde anlamlı bir şekilde düştüğü, Shayan'ın (2018) çalışmasında hemodiyaliz hastalarından 70 yaş ve üstü diyabeti olan bireylerin %86,2'si ve diyabeti bulunmayan hastaların %66,7'sinin SOY düzeylerinin yetersiz olduğu, Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaşları arttıkça SOY düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Cavanaugh ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaşlarıyla SOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamız da diğer çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte, yaşlı bireylerin yaşadıkları bilişsel değişikliklerden, dünyanın gelişen düzenine ayak uydurmada zorluk yaşamalarından, yaşlanmayla birlikte yaşanan problemlerin artmasından dolayı hastane başvurularının ve ilaç alımlarının artmasından ve bunun yol açtığı hastane dosyalarının doldurulması, hekimin sorularına verilen sınırlı cevaplar gibi

karışıklıklardan kaynaklı yaşlı bireylerin SOY düzeylerinin diğer yaş gruplarına oranla daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden erkek olan hastaların kadın hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek SOY düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer olarak Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında erkek hastaların SOY düzeylerini kadın hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, Shayan'ın (2018) çalışmasında erkek hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin kadınlara oranla yüksek olduğu görülmüştür. Green ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ve Yavuz (2021) çalışmasında hemodiyaliz hastalarında cinsiyete göre SOY düzeylerinde anlamlı değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Çalışmalarda genellikle erkek hastaların SOY düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeninin kız çocuklarının eğitim fırsatlarından yeteri kadar yararlanamamalarından ve erkek bireylerin çalışma oranlarının kadınlara göre daha yüksek olmasından kaynaklı erkeklerin bilgiye ulaşmasının daha kolay olabileceği düşünülmektedir (TÜİK, 2023).

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim durumuna göre SOY düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin lise, ortaokul, ilkokul, okuryazar ve okuryazar olmayan bireylere oranla SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu, okuryazar olmayan bireylerin SOY düzeylerinin ise okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üstü bireylere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer olarak Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların eğitim düzeyiyle orantılı şekilde SOY düzeylerinin arttığı, Peker ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip olan hemodiyaliz hastalarının daha düşük SOY düzeyine sahip oldukları, Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip hastaların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu, Cavanaugh ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip hemodiyaliz hastalarının sınırlı SOY düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Shayan'ın (2018) çalışmasında eğitim durumunun artmasıyla SOY düzeyinin arttığı bulunmuştur. Yavuz (2021) çalışmasında yalnızca okuryazar olan hemodiyaliz hastaları ile diğer eğitim durumuna sahip olan hastalar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamız da diğer çalışmalarla benzer olmakla birlikte eğitim durumunun artmasıyla SOY düzeylerinde artış olduğu belirlenmiştir ve eğitimin SOY'nın yapıtaşlarından biri

olduğu düşünölmektedir. Bireyler alacakları eğitim ile doğru bilgiye, doğru kaynaktan ulaşmanın yollarını öğrenecekler ve bilgileri sentezleyerek elde ettikleri sonuçları yaşamlarında uygulamaya başlama konusunda daha aktif olacaklardır.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden çalışmayan hastaların SOY düzeyleri anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer olarak Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla SOY düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçların çalışan hastaların sosyalleşme düzeylerinin yüksekliğinden kaynaklanabileceği, sosyalliğinde bilgi alımını arttırıp SOY düzeylerini yükselteceği düşünölmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden geliri düşük olan bireylerin SOY düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görölmüştür. Ayrıca araştırmamızda sigara kullanmayan hastaların, kullanan hastalara oranla anlamlı olarak düşük SOY düzeyine sahip oldukları, alkol kullanmayan hastaların da, kullanan hastalara oranla anlamlı olarak düşük SOY düzeyine sahip oldukları görölmüştür. Hastaların egzersiz yapma durumlarına göre bakıldığında egzersiz yapan hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görölmüştür (Tablo 4.5). Yapılan çalışmaların çoğunda gelir durumunun SOY düzeyleri üzerinde anlamlı olarak etkili olmadığı görölmekle birlikte, Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında düşük gelirin düşük SOY düzeyiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sigara kullanımında çalışmamızla benzer olarak Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yüksek tütün kullanımının düşük SOY düzeyleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Yavuz (2021) çalışmasında sigara kullanmayan hastaların SOY düzeylerinin kullananlara göre anlamlı oranda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda elde edilen sonuçlardaki farklılıkların, farklı gruplarda çalışılmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Hastaların SOY düzeylerinin düşük çıkmasının gelir durumları düştükçe sağlık harcamalarına ayıracakları bütçenin azalması, özel sağlık hizmetinden yararlanmanın gelir durumu düşük bireylerde zor olması sebebiyle olabileceği söylenilebilir. Ayrıca sigara kullanan ve alkol kullanan hastaların SOY düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeninin hastaların bağımlılıkları veya zararlı alışkanlıkları olduğunda sağlıklarıyla ilgili diğer konularda daha çok dikkat etme eğiliminde olabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Egzersiz yapan hastaların SOY düzeylerinin anlamlı bir şekilde yüksek çıkmasının

nedeninin de bireylerin sağlıklarına katkı sağlayacak alışkanlıklar edinmeleri ve bilinçli insanlar olmalarından kaynakladığı söylenilebilir.

Araştırmada 1 yıl ve altında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların 10 yıl ve üzerinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara göre SOY düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlığına bakış açısı iyi olan hemodiyaliz hastalarının, sağlığına bakış açısı kötü olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Yapılan çalışmaların çoğunda hemodiyaliz tedavi süresinin ve sağlığa bakış açısının SOY düzeylerine anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre hemodiyaliz hastalarının tedavi süresi 1 yıl ve altında olan hastaların SOY düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeninin, hastaların hastalığı yeni öğrenmiş olmaları, araştırma yapmaya ve söylenenleri uygulamaya daha çok özen göstereceklerinden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlığına bakış açıları iyi olan hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeninin, hastaların sağlıklarını koruma davranışlarına daha yatkın ve sağlıklarıyla ilgili daha çok araştırma yapabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyetle uyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Çalışmamızla benzer olarak Çiftci ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyetle uyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Çavuş'un (2016) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin %54,1'inin diyetlerine uyum sağladıkları belirtilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız ölçekten farklı bir ölçek kullanılarak yapılan Toku'nun (2022) çalışmasında hastaların %80,6'sının hafiften çok şiddetli düzeylerine farklı derecelerde diyetle uyumsuzluk yaşadığı, Günalay ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %70'inin hafiften çok şiddetli düzeylerine farklı derecelerde diyetle uyumsuzluk yaşadığı, Acar'ın (2018) çalışmasında hastaların %63,6'sında hafif ila çok şiddetli olacak şekilde farklı derecelerde diyetle uyumsuzluk yaşadıkları belirtilmiştir. Turan ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında hastaların %32,5'inin diyet ile ilgili sorun yaşadığı ifade edilmiştir. Kara'nın (2013) çalışmasında hastaların %57,1'inin ortalama ve daha yüksek düzeyde diyet uyumsuzluğu yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmaların çoğu benzerlik göstermekle birlikte hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin çoğunluğunun uygulamaları gereken diyetle uyma

konusunda zorluk yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Diyetlerinde kendi damak zevklerine uygun olmayan yemeklerin bulunması, uzun süren hemodiyaliz seansları sonucu ortaya çıkan yorgunluk gibi belirtiler sonucu hastaların yemek yapma, yeme isteklerinin azalması gibi sebeplerle hemodiyaliz hastalarının diyetle uyumlarının azalabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımının bireylerin diyetle uyum düzeyleri toplam puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Egzersiz yapan hastaların diyetle uyum düzeylerinin ise egzersiz yapmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Alt boyutlar incelendiğinde hemodiyaliz tedavisi alan 56-65 yaş arasındaki hastaların “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldıkları puanların 65 yaş ve üzerindeki hastaların aldığı puanlardan anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Cinsiyete bakıldığında kadınların “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları puanların erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıktığı, “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna bakıldığında okur-yazar olan hastaların “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları puanların ilkokul, lise ve üniversite mezunlarının aldığı puanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Meslek durumuna bakıldığında emekli olan hastaların “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutundan aldıkları puanların çalışmayanlardan ve memurlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Egzersiz durumu incelendiğinde egzersiz yapan hastaların “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutundan aldıkları puanların egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9)

Chan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında genç hemodiyaliz hastalarının uyumsuzluk eğilimlerinin daha yüksek olduğu, Khalil ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması ile diyetle uyumunun anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda yaş ile diyetle uyum toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçların nedeninin yaş arttıkça düzenin artmasından, ölüm korkusunun artmasından

ve uyum sağlayamadıklarında hastalık gibi sorunların daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Acar'ın (2018) çalışmasında kadınların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumunun erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek oldukları belirlenmiştir. Chan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında erkek hastaların uyumunun daha yüksek olduğu, Çavuş'un (2016) çalışmasında kadın hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumunun erkeklere göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda cinsiyet ile diyetle uyum toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmalarda elde edilen sonuçların farklı çıkmasının, farklı çalışma gruplarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kadın hastaların diyetle uyum konusunda yüksek düzeyde çıkmasının, kadın hastaların daha çok yemek yapmasına ve isteklerine uygun ürünleri diyetlerine uygun bir şekilde hazırlama konusunda daha iyi olabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin KBH süreleri, ailede KBH öyküsü, son 1 yılda böbrek hastalığı sebebiyle hastanede yatma durumu, hemodiyalize girme süreleri ve genel olarak sağlığa bakış açılarıyla Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği "Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi", "Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi", "Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki" alt boyutlarından aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (Tablo 4.10).

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ($103,52 \pm 10,86$) belirlenmiştir (Tablo 4.11). Çalışmamızla benzer olarak Göke Arslan'ın (2022) çalışmasında Kolcaba'nın konfor kuramına göre yapılandırılmış hemodiyaliz hastalarının bakımına yönelik eğitim kitapçığı hastalara verilerek 1-15-21. günlerde ölçülen konfor düzeylerinin sırasıyla 94.18 ± 9.57 , 101.90 ± 8.00 ve 102.81 ± 7.70 olarak belirlendiği ve hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Turgay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisini belirlemek için ön test ve son test uygulanmış ve hastaların konfor düzeylerinin ön test ve son testte orta düzeyde olduğu, progresif gevşeme egzersizlerinin hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Demir ve

Özer'in (2022) çalışmasında orta seviyede konfor düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Akça ve Baykan'ın (2024) çalışmasında hemodiyaliz konfor ölçeği toplam puan ortalaması $65,11 \pm 12,84$ olarak bulunmuş ve hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Melo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Çalışmaların çoğuna göre hemodiyaliz hastalarının konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Konfor düzeylerinin orta olmasının nedeninin hasta bireylerin günlük hayatlarında yaşadıkları olumsuz semptomlardan (bulantı, kusma, uykusuzluk, kaşıntı vb.), bireylerin vücut imajında bozulmalar yaşamasından, ailevi rollerinde değişiklikler meydana gelmesinden, uzun süren hemodiyaliz tedavisi sonucu hastaların sosyal hayatlarında eksiklik yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş ve üstü bireylerin konfor düzeylerinin 35 yaş ve altı bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda yaş durumu için 65 yaş ve üzeri hastaların "Psikospiritüel rahatlama" alt boyutundan aldıkları puanların 35 yaş ve altına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.13). Araştırmamızdan farklı bir ölçek kullanılarak yapılan Ateş'in (2022) çalışmasında 41-55 yaş aralığındaki bireylerin genel konfor ölçeği toplam puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır. Şentürk'ün (2021) çalışmasında yaş ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ancak en yüksek konfor düzeyinin 65-74 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında yaş ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ancak en yüksek konfor düzeyinin 39 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Akça ve Baykan'ın (2024) çalışmasında hemodiyaliz konfor ölçeği ile yaş arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışkan ve Pakyüz'ün (2019) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların genel konfor ölçeği toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamsız bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yaşlı bireylerin konfor düzeylerinin daha yüksek çıkmasının nedeninin, yaşlı hastaların ölüm korkusu gibi sebeplerle tedavilerine uyumlarının daha yükselmesi ve yaş ile beraber düzenin artması olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan erkek bireylerin konfor düzeylerinin kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda erkek bireylerin “Fiziksel ferahlama”, “Psikospiritüel rahatlama” alt boyutlarından aldıkları puanların kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksük çıktığı bulunmuştur (Tablo 4.13). Çalışmamızdan farklı bir ölçek kullanılarak gerçekleştirilen Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında erkek hastaların hemodiyaliz konfor ölçeği (HDKÖ) alt boyutlarından rahatlama ve üstesinden gelme puan ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksekte olduğu belirtilmiştir. Akça ve Baykan’ın (2024) çalışmasında erkek bireylerin konfor düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Aynı şekilde Şentürk’ün (2021) çalışmasında erkek bireylerin konfor düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin anlamlı düzeyde olmadığı belirtilmiştir. Melo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi alan erkek bireylerin konfor düzeyinin kadınlara oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalardan farklı olarak Estridge arkadaşlarının (2018) çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara oranla kendilerini daha konforlu hissettiği görülmüştür. Çalışmamız diğer çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek düzeyde konfora sahip olmalarının nedeninin, ülkemizde kadınlara yüklenen görev ve sorumlulukların (yemek yapma, evi temizleme, ütü gibi ev işlerinde daha fazla görev üstlenme, annelik rolü sebebiyle yüklenen sorumluluklar vb) fazla olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ancak evli bireylerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan farklı bir ölçek kullanılarak gerçekleştirilen Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında medeni durumun konfor üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Melo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında evli hastaların konfor düzeylerinin bekar hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şentürk’ün (2021) çalışmasında medeni durumla konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı ancak evli hastaların bekar hastalara oranla konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız da diğer çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte evli bireylerin konfor düzeyinin yüksek çıkmasının eşlerinin günlük yaşam aktivitelerinde hem fiziksel hem de psikolojik olarak destek sağlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz uygulanan bireylerin konfor düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir olmadığı ancak üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip bireylerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Ateş'in (2022) çalışmasında lise mezunu olan bireylerin konfor düzeylerinin diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere oranla daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Şentürk'ün (2021) çalışmasında yükseköğrenim eğitilmiş hastaların konfor düzeylerinin diğer eğitim düzeyi gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında eğitim düzeyinin konfor düzeyine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeninin farklı çalışma gruplarında çalışılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi gibi konularda bilgiye erişim yollarını ve uygulamayı daha iyi anlayabilecekleri ve bu sayede konfor düzeylerinin daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin meslek durumuna göre değerlendirildiğinde emekli olan hastaların konfor düzeylerinin çalışmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür. Alt boyutlara bakıldığında emekli olan hastaların "Fiziksel ferahlama", "Fiziksel rahatlama" ve "Çevresel güçlenme" alt boyutlarından aldıkları puanların çalışmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek çıktığı, emekli olan hastaların "Psikospiritüel rahatlama" alt boyutundan aldıkları puanların çalışmayanlardan ve işçilerden anlamlı düzeyde yüksek çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4.13). Şentürk'ün (2021) çalışmasında meslek değişkeninin konfor düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı ancak emekli bireylerin daha yüksek konfor düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Melo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre konfor düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında mesleğin konfor düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Akça ve Baykan'ın (2024) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışan hastaların konfor düzeylerinin çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların, emekli bireylerin elde ettikleri maddi kazancın çalışmayan bireylerde olmadığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin gelir durumuna göre değerlendirildiğinde gelir durumu giderinden fazla hastaların konfor düzeylerinin gelir durumu giderinden az olan hastalara göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır. Alt boyutlara bakıldığında geliri giderinden fazla olan hastaların “Fiziksel rahatlama” ve “Çevresel Güçlenme” alt boyutlarından aldıkları puanların geliri giderinden az olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.13). Ateş’in (2022) çalışmasında gelir durumu giderinden fazla olan veya eşit olan bireylerin konfor düzeylerinin gelir durumu giderinden az olan bireylere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Şentürk’ün (2021) çalışmasında gelir durumu ve konfor düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ancak geliri gidere denk olan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında gelir durumu ile konfor düzeyi arasındaki farkın anlamlı olmadığı ancak gelir durumunun yüksek olmasının HDKÖ üstesinden gelme alt boyutunda olumlu etkisinin bulunduğu belirtilmiştir. Santos ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında gelir düzeyinin artmasının KBH olan bireylerin hissettiği konforu arttırdığı görülmüştür. Çalışmamız da diğer çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte geliri yüksek olan bireylerin konfor düzeylerinin geliri düşük olan bireylere oranla daha yüksek çıkmasının nedeninin, gelir durumu yüksek bireylerin konforu arttıracak ürün ve hizmetlere ulaşımının daha kolay olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sigara kullanımının konfor düzeyi üzerinde etkisinin anlamsız olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanan hastaların ise konfor düzeylerinin alkol kullanmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek çıktığı, “Fiziksel rahatlama” ve “Psikospiritüel rahatlama”, alt boyutu puanlarının da anlamlı olarak yüksek çıktığı görülmüştür. Egzersiz yapmanın ise konfor düzeyi toplam puanı üzerinde etkisinin anlamsız olduğu ancak “Psikospiritüel güçlenme” ve “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutlarından aldıkları puanların egzersiz yapmayan bireylere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Hemodiyaliz hastalarında sigara kullanımı, alkol kullanımı ve egzersiz durumuna göre konfor düzeylerinin karşılaştırıldığı sınırlı düzeyde çalışmaya rastlanmıştır. Büyükbakırcı’nın (2023) çalışmasında sigara ve alkol kullanan hemodiyaliz hastalarının konfor düzeylerinin, sigara ve alkol kullanmayan bireylere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak bu düşüklüğün anlamlı olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda alkol kullanan hastaların konfor düzeylerinin kullanmayanlara oranla daha yüksek

çıkmasının zararlı bir alışkanlığı ya da bağımlılığı olan bireyin kendilerini gelebilecek diğer zararlardan korumaya çalışabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda egzersiz yapan hastaların konfor düzeylerinin egzersiz yapmayan hastalara oranla yüksek çıkmasının sebebinin sağlıklı yaşam alışkanlığı kazanmış olmalarından ve sağlıklarıyla ilgili konularda aktif olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin kronik böbrek hastalığı süresi, ailede KBH hastalığı durumu ve son 1 yılda böbrek hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumu için konfor düzeyi toplam puanı ve alt boyutlarının puanı değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmada hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin hemodiyalize girme süresi ile konfor düzeyi alt boyut puanları değerlendirildiğinde 10 yıl üzerinde hemodiyalize giren hastaların “Psikospiritüel güçlenme” alt boyut puanlarının 1 yıl altında ve 1-5 yıl arasında olan hastalardan anlamlı olarak düşük olduğu, “Çevresel güçlenme” alt boyut puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olan hastalardan anlamlı olarak düşük olduğu, “Sosyokültürel rahatlama” alt boyut puanlarının 1 yıl altında ve 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olan hastalardan anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Gülay ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hemodiyalize girme süresi ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte 10-12 yıl hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Melo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında 4 yıl ve daha fazla süredir renal replasman tedavi ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeylerinin 3 yıl ve altında olanlara oranla daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Büyükbakırcı'nın (2023) çalışmasında 6-10 yıldır kronik böbrek hastalığı olma durumunda konfor düzeylerinin 1-5 yıl, 11-15 yıl ve 16 yıl ve üstünde olanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 1 yıldan fazla süredir hemodiyalize giren hastaların konfor düzeylerinin 1 yılın altında hemodiyalize giren hastalara oranla daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Büyükbakırcı'nın çalışmasında elde edilen bu bulgularda anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır. Ateş'in (2022) çalışmasında hemodiyalize girme süresi 6 yıl ve üzeri olan hastaların konfor düzeylerinin 5 yıl ve altında olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmalarda elde edilen sonuçların farklılık göstermesinin nedeninin, çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hemodiyalize girme süresi yüksek olan hastaların

konfor düzeylerinin düşük olmasının sebebinin hastaların hemodiyaliz tedavilerine alışmalarından, uzun süren hemodiyaliz tedavileri sonucu tüketmeleri gereken gıdalar konusunda bıkkınlık yaşayabileceklerinden ve bireylerin yaşadıkları semptomların fazla olmasından dolayı yorgunluk yaşayabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden aldıkları toplam puan ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin artmasıyla diyet tedavisine uyumlarının da artacağı belirlenmiştir (Tablo 4.15). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin SOY düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi inceleyen Bülbül ve Demiroğlu'nun (2023) çalışmasında SOY düzeyi daha yüksek hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladıkları belirlenmiştir. HDTÖ içerisinde "Susama konusunda çok hassasım" sorusu da bulunmaktadır. Bu sebeple sıvı kısıtlaması da hemodiyalizde önemli bir durumdur. SOY düzeyinin diyet ve sıvı alımı tavsiyelerine uyum üzerine etkisi incelenen Peker ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında sıvı alımına uyum gösteren hastalarda göstermeyenlere göre SOY düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Shayan'ın (2018) çalışmasında SOY puanları yükseldikçe bireylerin diyetlerine daha çok dikkat ettikleri bu durumun da yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkileri olduğundan bahsedilmiştir. Green ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında sınırlı sağlık okuryazarlığının hastaların diyet kısıtlamalarına uyma kapasitesini etkileyebileceği belirtilmiştir. Wong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise düşük sağlık okuryazarlığının daha iyi beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız yapılan çalışmaların çoğuyla paralellik göstermekle birlikte SOY düzeyi ve diyetle uyum düzeylerinin pozitif yönlü ilişkisi olmasının nedeninin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça bireylerin kendilerine önerilen diyeti yani tüketmeleri gereken besinleri anlayıp bilinçli bir şekilde tüketerek sağlıklarını optimum düzeyde devam ettirmeye çalışacaklarından, öz yönetimlerini uygulayarak diyetlerine uygun olmayan yiyeceklerden kaçınmaya uğraşacaklarından, diyetleriyle ilgili kaynaklara erişim konusunda gelişerek tüketebilecekleri farklı gıdalar konusunda bilinçli olarak diyetle uyumlarına katkı sağlayabileceklerinden, besin etiketlerini doğru anlayabilme ve kullanabilme kabiliyeti kazanmalarından ve sosyal çevre veya medyadan duyduğu

bilgilerin doğruluğunu ayırt edebilme yeteneği kazanmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastaların diyetle uyum düzeylerinin artmasıyla da bireylerin fiziksel olarak daha rahat hissedecekleri ve aktivite düzeylerinin artacağı, bilişsel güçlenmelerinin artacağı ve semptomlarının azalmasıyla sosyal hayatlarında daha aktif rol oynayıp hayata daha olumlu yaklaşacakları düşünülmektedir. Ayrıca diyetle uyumun artmasıyla birlikte, diyetle uyumsuzluk sonucu yaşanabilecek olumsuz durumların yol açabileceği ekonomik yükün de önüne geçileceği düşünülmektedir.

SOY-HD toplam puanları ve HDTÖ alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde SOY-HD toplam puanı ile “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, SOY-HD toplam puanıyla “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyut puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, SOY-HD toplam puanıyla “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yani Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı puanı artarken Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi puanı, Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi puanı ve Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki puanı artmaktadır (Tablo 4.15). Bu durum bize sağlık okuryazarlığının, “Bilişten Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutunun içerdiği bireylerin düşüncelerinin, inançlarının ve tutumlarının, davranışlarını pozitif yönde şekillendirilmesiyle ilişkili olduğunu, “Gıda Kültüründen Etkilenen Davranış Eğilimi” alt boyutunun içerdiği bireylerin hangi gıdaları seçtikleri, nasıl pişirdikleri ve ne sıklıkla tükettikleri konusunda bilinçli olmalarıyla ilişkili olduğunu ve “Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki” alt boyutunun içerdiği bireylerin mevcut diyet veya beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyen durum veya faktörlerin üstesinden gelmeleriyle ilişkili olduğu görülmektedir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden alınan toplam puan ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II alınan toplam puan arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin artmasıyla konfor düzeylerinin de artacağı belirlenmiştir (Tablo 4.15). Ayrıca çalışmamızda Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II üzerine etkisi değerlendirildiğinde hastaların sağlık okur-yazarlığı düzeyinin konfor düzeyi

üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve sağlık okur-yazarlığı düzeyinin konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.23). Yavuz ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında SOY-HD düzeyleri arttıkça, hastaların günlük yaşamlarında fiziksel ve duygusal olarak daha az zorlanarak hedeflerini gerçekleştirdikleri, mental sağlıklarının daha iyi düzeyde bireyler oldukları, ağrıya daha az şikâyet ettikleri ve sağlık durumlarıyla ilgili daha olumlu düşüncelere sahip oldukları bildirilmiştir. Çalışmamızda SOY düzeyinin konfor düzeyini arttırmasının sebebinin SOY düzeyi yüksek bireylerin sağlıklarıyla, hastalıklarıyla ve sağlık sistemiyle ilgili bilgilere daha rahat ulaşabilmelerinden, yapmaları gereken diyeti, almaları gereken ilaçları ve sağlık profesyonellerinin uymalarını söyledikleri bilgileri anlama ve uygulama konusunda daha bilinçli hareket etmelerinden, öz yönetimlerini daha iyi yaparak konforlarının azalmasına neden olabilecek durumlarda farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. SOY düzeyinin konfor düzeylerini arttırmasıyla hastaların fiziksel ve psikolojik olarak sıkıntılarından kurtulacak stratejileri belirleyebilecekleri, daha huzurlu ve memnun hissedecekleri ve yaşayacakları sorunların üstesinden daha rahat gelecekleri düşünülmektedir.

SOY-HD toplam puanları ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde SOY-HD toplam puanıyla “Fiziksel ferahlama” alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, SOY-HD toplam puanıyla “Fiziksel rahatlama” alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde, SOY-HD toplam puanı ile “Psikospiritüel güçlenme” alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde, SOY-HD toplam puanıyla “Çevresel güçlenme” alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde, SOY-HD toplam puanıyla “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutundan alınan puan arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. SOY-HD toplam puanıyla “Psikospiritüel rahatlama” alt boyut puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yani Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı puanı artarken psikospiritüel rahatlama alt boyut puanı hariç diğer tüm alt boyutlarda puan artmaktadır (Tablo 4.15). Bu durum bize sağlık okuryazarlığının, “Fiziksel ferahlama” alt boyutunun içerdiği bireyin bedensel olarak özgürleşmesi, tazelenmesi ve ferah hissetme haliyle ilişkili olduğu, “Fiziksel rahatlama” alt boyutunun içerdiği bireyin bedeninin gerginlikten veya stres kaynağından kurtulmasıyla ilişkili olduğu, “Psikospiritüel güçlenme” alt boyutunun

içerdiği bireyin hem psikolojik hem de ruhsal (spiritüel) açıdan kendini geliştirmesi ve güçlenmesiyle ilişkili olduğu, “Çevresel güçlenme” alt boyutunun içerdiği bireyin çevresel koşulları ve kaynakları iyileştirmesi ve çevresel sorunlarla başa çıkmasıyla ilişkili olduğu ve “Sosyokültürel rahatlama” alt boyutunun içerdiği bireyin sosyal etkileşimler ve kültürel bağlamlar içinde rahatlama ve huzur arayışıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanıyla Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet tedavisine uyum düzeyinin artmasının konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.15). Ayrıca çalışmamızda hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin hemodiyaliz konfor düzeyi üzerine etkisi değerlendirildiğinde, HDTÖ bilişten etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutlarının hemodiyaliz konfor düzeyine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bilişten etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutlarının konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.23). Çalışmamızla benzer olarak Şahin ve Pakyüz’ün (2021) çalışmasında hastaların beslenme düzenlemeleri ve sıvı kısıtlamaları nedeniyle konfor düzeylerinin olumsuz etkilenebildiği, Atik ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında tedavi sürecine, diyetine ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlamanın bireylerin konforlarını arttıracakları belirtilmiştir. HDTÖ “Susama konusunda çok hassasım” sorusunun diyetle uyum düzeyinin belirlenmesinde kullanılmasından dolayı sıvı kısıtlaması diyetle uyumda önemli olduğu görülmüştür. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sıvı düzenlemesi ile konfor düzeyinin ilişkisinin değerlendirildiği Şentürk’ün (2021) çalışmasında konfor ile sıvı düzenlemesi arasında ilişki anlamlı bulunmamış, beslenmede tuz alımı ile sıvı düzenlemesine uyum ilişkisinin anlamlı olduğu ve negatif yönlü olduğu belirlenmiştir. Hastaların diyetlerinde tuz kullanımlarının azalmasıyla sıvı kontrolünün artacağı ancak konfor ile ilişkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Donar’ın (2019) çalışmasında tedaviye ve sıvı kısıtlamasına uyumama durumlarının sağlık hizmeti kullanımını arttırdığı, dolayısıyla konforun bozulduğu saptanmıştır. Atasoy ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında bireylerin diyetlerine uymama durumlarında volüm yüklü olacakları belirtilmiş, bu durumun da konfor düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çalışmamız da diğer çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte diyet uyumunun

artmasının konfor düzeyini artırma sebebinin bireylerin, diyetle uyumlarıyla semptomlarındaki azalmaları fark etmesinden, diyetlerine uymadıkları zaman yaşadıkları olumsuz durumları yaşamak istememelerinden ve hayatlarında sağlıklarıyla ilgili karar verecek kişinin kendileri olup hastalıklarında aktif rol oynayacağı bir konu olan diyetlerine uyunca yaşadıkları olumlu durumlar ile optimum sağlıklarını korumaya çalışmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca diyetle uyumun konfor düzeylerini artırmasıyla da hastaların fizyolojik göstergelerinde pozitif değişiklikler meydana geleceği, komplikasyonlarla daha az karşı karşıya kalacakları, psikospiritüel olarak daha rahat ve huzurlu hissedecekleri ve semptomlarının azalmasıyla sosyal hayatlarında daha aktif olacakları düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların diyetle uyum düzeyi konfor düzeyini artırırken, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bu artışı desteklediği belirlenmiştir. Yani hastaların diyetle uyum düzeylerinin artmasıyla konfor düzeylerinin artacağı, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasıyla da konfor düzeyinin daha fazla artacağı belirlenmiştir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve diyet uyumlarının, konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Tanıttıcı özelliklerine göre hastaların çoğunluğunun yaş ortalamasının 65 yaş ve üzerinde, erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli, gelir durumunun gidere eşit, sigara kullanmadıkları, alkol kullanmadıkları, egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir.

Hastaların çoğunluğunun 1-5 yıldır KBH hastası olduğu, ailesinde KBH öyküsü olmadığı, ailesinde KBH öyküsü olan hastaların %93,5'inin anne, baba veya kardeşinde KBH hastalığı olduğu, son 1 yılda böbrek hastalığı nedeniyle hastaneye yatışının olmadığı, 1-5 yıldır hemodiyalize giriyor olduğu, periton diyalizi öyküsü olmadığı, böbrek nakli öyküsü olmadığı, ek hastalık olarak hipertansiyon ve diyabet hastalığının olduğu, genel sağlıklarını iyi olarak nitelendirdikleri ve hastalıkları hakkında bilgileri doktor, hemşire gibi sağlık çalışanlarından elde ettikleri belirlenmiştir.

Hastaların sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin tanıttıcı özelliklerine göre SOY düzeyleri karşılaştırıldığında 35 yaş ve altında, erkek, üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip, gelir durumu giderinden fazla, sigara kullanan, alkol kullanan ve egzersiz yapan hastaların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre SOY düzeyleri karşılaştırıldığında 1 yıl ve altında hemodiyaliz tedavisi alan ve sağlığına bakış açısı iyi olan hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ) göre değerlendirildiğinde hastaların diyetle uyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin tanıttıcı özelliklerine göre diyetle uyum düzeyleri karşılaştırıldığında hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum,

eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımının bireylerin diyete uyum düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı, ancak 36-45 yaş arası, erkek, evli, üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip, işçi, gelir durumu giderinden fazla, sigara kullanmayan, alkol kullanan ve egzersiz yapan hastaların diyete uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II göre değerlendirildiğinde hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Hemodiyaliz uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre konfor düzeyleri karşılaştırıldığında hemodiyaliz uygulanan 65 yaş ve üstü, erkek evli, üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip, emekli, geliri giderinden fazla, sigara kullanan, alkol kullanan egzersiz yapan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden alınan toplam puan ile Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin artmasıyla diyet tedavisine uyumlarının da artacağı belirlenmiştir.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça ve diyet uyum alt boyutlarından aldıkları puanlarında arttığı belirlenmiştir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinden alınan toplam puan ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II alınan toplam puan arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerinin artmasıyla konfor düzeylerinin de artacağı belirlenmiştir.

SOY-HD toplam puanları ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeyi arttıkça konfor düzeyi alt boyutlarından psikospiritüel rahatlama hariç diğer bütün alt boyutlarından aldıkları puanların arttığı belirlenmiştir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin konfor düzeyi üzerine etkisi değerlendirildiğinde hastaların sağlık okur-yazarlığı düzeyinin konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

SOY düzeyinin konfor düzeyi alt boyutları üzerine etkisi değerlendirildiğinde hastaların SOY düzeyinin fiziksel ferahlama, psikospiritüel güçlenme, çevresel güçlenme ve sosyokültürel rahatlama düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

Hastaların Hemodiyaliz Hastaları Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği alınan toplam puan ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyet tedavisine uyum düzeyinin artmasının konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

Hastaların diyetle uyum düzeyleri ve konfor düzeyi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hastaların diyetle uyum düzeyleri arttığında konfor düzeyi alt boyutlarından “Fiziksel ferahlama”, “Fiziksel rahatlama”, “Psikospiritüel rahatlama”, “Psikospiritüel güçlenme”, “Çevresel güçlenme” ve “Sosyokültürel rahatlama” puanının arttığı belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin hemodiyaliz konfor düzeyi üzerine etkisi değerlendirildiğinde, diyetle uyum alt boyutlarından bilişten etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutlarının hemodiyaliz konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

HDTÖ alt boyutu ile Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II alt boyutlarına etkisi değerlendirildiğinde diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutunun fiziksel ferahlama düzeyini arttırdığı, bilişten etkilenen davranış eğilimi, gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi ve diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutlarının fiziksel rahatlama düzeyini arttırdığı, diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutunun psikospiritüel rahatlama düzeyini arttırdığı, diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutunun psikospiritüel güçlenme düzeyini arttırdığı, diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyutunun çevresel güçlenme düzeyini arttırdığı, gıda kültüründen etkilenen davranış eğilimi alt boyutunun sosyokültürel rahatlama düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre;

Hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin diyet uyum düzeyi ve konfor düzeyi üzerinde etkisi olduğu için hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin diyaliz merkezlerinde veya hastane yatışlarında sağlık profesyonellerince belirlenmesi sağlanabilir, düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip hastalara belirli aralıklarla diyaliz tedavileri süresince sağlık okuryazarlık düzeylerini arttıracak bilgilendirmeler yapılabilir.

Hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan hastalar için seminer düzenlenerek SOY düzeylerinin artırılması hedeflenebilir. Özellikle 65 yaş ve üzeri, kadın, eğitim durumu ve gelir durumu düşük hemodiyaliz hastalarının SOY düzeylerini arttıracak eğitim programları hazırlanarak, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma, sağlık sistemini bilinçli bir şekilde kullanma ve acil durumlarda nasıl davranılması gerektiğinin farkında olmaları sağlanabilir.

Egzersiz yapan hastaların SOY düzeylerinin daha yüksek olmasından yola çıkarak, egzersiz yapması uygun olan bireylere sağlık profesyonellerince kendilerine uygun olan egzersizler liste haline getirilerek verilebilir.

SOY düzeyinin artmasıyla diyet uyum düzeylerinin arttığı, bireylerin diyet uyum düzeylerinin de orta düzeyde olduğu belirlendiğinden bireylere diyetleri ile ilgili eğitim, seminerler veya bilgi kitapçıkları verilebilir. Bu sayede hastaların hemodiyaliz tedavisi süresince tüketecekleri gıdaların bilincinde olmaları sağlanabilir.

Verilecek eğitimlerin yalnızca hemodiyaliz hastalarına değil, hemodiyaliz hasta yakınlarına da verilmesiyle, kendisi yemek hazırlamayan hemodiyaliz hastalarının da diyetlerine uymaları sağlanabilir. Ayrıca verilecek eğitimler belirli periyotlarla tekrarlanabilir ve hastanın bilgilerini davranışa çevirmesi için hastalar desteklenebilir.

Hemodiyaliz hastalarının düzenli aralıklara diyet uyum düzeyleri ölçülebilir ve alınan sonuçlar neticesinde gerekli önemler alınabilir.

Hemodiyaliz hastalarının konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu, SOY düzeyinin ve diyet uyum düzeyinin konfor düzeyini yükselttiği belirlendiğinden hastaların konfor düzeylerinin güvenilir ölçeklerle belli aralıklarla sorgulanması yapılabilir.

Hemodiyaliz hastalarında bireylerin konfor düzeyini olumsuz etkileyen fiziksel, psikolojik, çevresel, sosyal faktörler araştırılabilir ve yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik müdahaleler geliştirilebilir. (Örneğin uykusuzluk sorunu çeken hemodiyaliz hastasına uygun alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımına teşvik edilmesi önerilebilir.)

Hastalara verilecek eğitimlerde, hasta ile iletişim kurulmasında ve sorunlara yönelik çözümlerde hemşireler aktif rol oynadığı için, belirli periyotlarla hemşirelere de hizmet içi eğitimler planlanabilir.

Literatürde hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri, diyet uyumları ve konfor düzeylerini ölçen daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Kullanmış olduğumuz Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma olduğundan, hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin bu ölçeklerle daha çok çalışma yapması ve literatüre yeni bilgiler sunması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, D. (2018). *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Depresyon, Hastalık Algısı* (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.
- Adeseun, G. A., Bonney, C. C., & Rosas, S. E. (2012). Health Literacy Associated With Blood Pressure but not Other Cardiovascular Disease Risk Factors Among Dialysis Patients. *American Journal of Hypertension*, 25(3), 348–353. doi:10.1038/ajh.2011.252
- Akça, N. K. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sık Karşılaşılan Cilt Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(1), 26-32.
- Akça, N. K. ve Arslan, D. (2015). Hemodiyaliz Tedavisi Alan 65 Yaş Altı Bireylerde Ağrı ve Baş Etme Yöntemleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24(3), 278-282.
- Akça, N. K., ve Baykan, S. (2024). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 63-72.
- Akpınar, N. B., Ceran, M. A., Şafak, Ş., ve Özkalp, B. (2019). Hemodiyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik Durumu, Bakım Gereksinimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilme Düzeyleri. *Hemşirelik Bilim Dergisi*, 2(1): 05-10.
- Akpolat, T. Ve Utaş, C. (2001). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1 – *Türk Nefroloji Derneği Yayını, Güzel Sanatlar Matbası, İstanbul.*
- Akyol, A., Yurdusever, S., Kırkayak, A. T., Sifil, H. M., ve Ecdar, T. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Sorunlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 59-67.
- Akyol, D., Seçgin, R., ve Tokem, Y. (2022). Hemodiyaliz Hastalarında Bulantı-Kusma Yönetiminde Yaklaşımlar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(2), 66-74.
- Alataş, H., Yıldırım, H., ve Yalçın, A. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Besin Alımı ile Malnütrisyon İnflamasyon Skoru Arasındaki İlişki. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 418-429.

- Arınsoy, T., Yıldız, A., Ok, E., ve Ersoy, F. F. (2019). Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi. Yeniçerioglu, Y., Güngör, Ö., Arıcı, M., Güneş (Ed.) içinde, *Temel Nefroloji* (S. 285-295). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Arslankılıç, Ç., ve Göl, E. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistemik Derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1): 34-44.
- Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M., ve Özyurt, B. (2013). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 23 (3): 133-141
- Ateş, F. (2022). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi. Muğla.
- Ateş, K., Seyahi, N., ve Koçyiğit, İ. (2023). Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry Raporu 2022. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara. https://Nefroloji.Org.Tr/Uploads/Pdf/REGISTRY2022_Web.Pdf Erişim Tarihi: 27.05.2024
- Atik, D., Karatepe, H., Yüce, U.O. (2020). The Relationship Between Fluid Control and Disease Adaptation Levels With Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal Of Basic and Clinical Health Sciences*, 4(3): 264-71. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2020.974>
- Aydın, M. (2021) Konfor Teorisi. Demirbağ, B.C. (Ed.) içinde, *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. (1b., S. 417-429).
- Bahçecioğlu Turan, G., Yılmaz Karabulutlu, E., ve Özer, Z. (2023). Attitude Scale For The Dietary Therapy Of Hemodialysis Patients: Turkish Validity and Reliability Study. *International Urology And Nephrology*, 55(3), 769-776. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03438-4>
- Balkan, E., Ve Oskay, Ü. (2023). Kolcaba'nın Konfor Kuramı Doğrultusunda Serviks Kanserli Bir Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 166-173.

- Biçer, S., Şahin, F., ve Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi ve Bu Konuda Eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3(3), 36-43.
- Bilir, N. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *Turkish Journal Of Public Health*, 12(1), 61-68. <https://doi.org/10.20518/Thsd.46492>
- Birol, L., ve Pakyüz, Ç. S. (2021). Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir, N. (Ed.) içinde, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (7b., S. 699-787). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Bülbül, E., ve Demiroglu, S. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Tedaviye Uyumluları Arasındaki İlişki. *Karya Journal Of Health Science*, 4(1), 1-5.
- Büyükbakırcı, D. (2023). *Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Kaliteleri ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi. Nevşehir.
- Cavanaugh, K. L., Wingard, R. L., Hakim, R. M., Eden, S., Shintani, A., Wallston, K. A., Huizinga, M. M., Elasy, T. A., Rothman, R. L., ve İkizler, T. A. (2010). Low Health Literacy Associates With Increased Mortality İn ESRD. *Journal Of The American Society Of Nephrology: JASN*, 21(11), 1979–1985. <https://doi.org/10.1681/ASN.2009111163>
- Chan, Y. M., Zalilah, M. S., ve Hii, S. Z. (2012). Determinants Of Compliance Behaviours Among Patients Undergoing Hemodialysis İn Malaysia. *Plos One*, 7(8), E41362. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0041362>
- Charles, C., ve Ferris, A. H. (2020). Chronic Kidney Disease. *Primary Care: Clinics İn Office Practice*. Doi:10.1016/J.Pop.2020.08.001
- Çavuş, A. Ö. (2016). *Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye ve Diyete Uyumluları ile Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi. Tekirdağ.
- Çetin, Ş. (2015). Kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yollarının kullanım süresi ve bu süreyi etkileyen faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 50-62.

- Çiftci, N., Yıldız, M., ve Yildirim, Z. (2024). The Relationship Between Satisfaction With Life, Dietary Attitude, And Comfort Level İn Hemodialysis Patients: Analysis With Machine Learning Approach. *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*, Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.14136>
- Çopurlar, C. K., ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 10(1).
- Demir, C. A., ve Özer, Z. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom ve Konfor İlişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 10-27.
- Dickens, C., Lambert, B. L., Cromwell, T., ve Piano, M. R. (2013). Nurse Overestimation Of Patients' Health Literacy. *Journal Of Health Communication*, 18(1), 62–69. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670>
- Doğan, İ., Emel, U., Nur, Ü., ve Kenan, A. (2020). Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi İle İlgili Algılarının Araştırılması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1): 1-9.
- Donar, G.B. (2019). *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Elisabeth Stømer, U., Klopstad Wahl, A., Gunnar Göransson, L., ve Hjorthaug Urstad, K. (2020). Health Literacy İn Kidney Disease: Associations With Quality Of Life And Adherence. *Journal Of Renal Care*, 46(2), 85–94. <https://doi.org/10.1111/Jorc.12314>
- Erdem, M., Tanrıverdi, E., Yüce, E., Erdem, D., Gökmen, E. S., Küçük, S. H., Kayabaşı, H., Atay, A. E., Yetmiş, M., Şıt, D. (2018). Evre V Aşamasına Gelen Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Diyaliz Başlangıcındaki Yaş, Etiyoloji Ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi/ Evaluation Of Initiation Age Of Dialysis And Other Characteristics Of Patients With Stage 5 Chronic

Kidney Disease, *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 27 (2): 140-145.

Erdem, Ö., ve Uyaroğlu, A. K. (2021). Hemodiyaliz Hemşirelerinde Merhamet Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 207-215.

Erdemir, F., ve Çırlak, A. (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4), 224-230.

Estridge, K. M., Morris, D. L., Kolcaba, K., ve Winkelman, C. (2018). Comfort and Fluid Retention İn Adult Patients Receiving Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal : Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 45(1), 25–60.

Fleishman, T. T., Dreiherr, J., ve Shvartzman, P. (2020). Patient-Reported Outcomes İn Maintenance Hemodialysis: A Cross-Sectional, Multicenter Study. *Quality Of Life Research : An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 29(9), 2345–2354. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02508-3>

Flythe, J. E., Powell, J. D., Poulton, C. J., Westreich, K. D., Handler, L., Reeve, B. B., ve Carey, T. S. (2015). Patient-Reported Outcome Instruments For Physical Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *American Journal Of Kidney Diseases : The Official Journal Of The National Kidney Foundation*, 66(6), 1033–1046. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.05.020>

Gallant, K. M., ve Spiegel, D. M. (2017). Calcium Balance İn Chronic Kidney Disease. *Current Osteoporosis Reports*, 15(3), 214–221. <https://doi.org/10.1007/s11914-017-0368-x>

Göke Arslan, G. (2022). *Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Semptom Şiddeti ve Konfor Etkisi* (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.

Göriş, S., Ceyhan, Ö., Taşcı, S., ve Doğan, N. (2016). Do Symptoms Related To Hemodialysis Affect Marital Adjustment?. *Sexuality And Disability*, 34(1): 63-73.

- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı/ A Social Determinant Of Health: Health Literacy. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.
- Green, J. A., Mor, M. K., Shields, A. M., Sevick, M. A., Arnold, R. M., Palevsky, P. M., Fine, M. J., ve Weisbord, S. D. (2013). Associations Of Health Literacy With Dialysis Adherence And Health Resource Utilization İn Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *American Journal Of Kidney Diseases : The Official Journal Of The National Kidney Foundation*, 62(1), 73–80. <https://doi.org/10.1053/J.Ajkd.2012.12.014>
- Green, J. A., Mor, M. K., Shields, A. M., Sevick, M. A., Palevsky, P. M., Fine, M. J., Arnold, R. M., ve Weisbord, S. D. (2011). Prevalence And Demographic And Clinical Associations Of Health Literacy İn Patients On Maintenance Hemodialysis. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology : CJASN*, 6(6), 1354–1360. <https://doi.org/10.2215/CJN.09761110>
- Griva, K., Nandakumar, M., Ng, J. H., Lam, K. F. Y., Mcbain, H., ve Newman, S. P. (2018). Hemodialysis Self-Management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): A Practical Low-Intensity Intervention To Improve Adherence And Clinical Markers İn Patients Receiving Hemodialysis. *American Journal Of Kidney Diseases*, 71(3), 371–381. <https://doi.org/10.1053/J.Ajkd.2017.09.014>
- Grubbs, V., Gregorich, S. E., Perez-Stable, E. J., ve Hsu, C. Y. (2009). Health Literacy And Access To Kidney Transplantation. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology : CJASN*, 4(1), 195–200. <https://doi.org/10.2215/CJN.03290708>
- Gülay, T., Eler, Ç. Ö., Ökdem, Ş., ve Çıtak, E. A. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 122-129.
- Günelay, S., Taşkıran, E., ve Mergen, H. (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 3(1), 9-14.

- Gündoğan, S. (2023). *Hemodiyaliz Hastalarında Uygulanan Öz Yönetim Programının Hasta Uyumu ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Kütahya.
- Hecking, M., Karaboyas, A., Antlanger, M., Saran, R., Wizemann, V., Chazot, C., Rayner, H., Hörl, W. H., Pisoni, R. L., Robinson, B. M., Sunder-Plassmann, G., Moissl, U., Kotanko, P., Levin, N. W., Säemann, M. D., Kalantar-Zadeh, K., Port, F. K., ve Wabel, P. (2013). Significance Of İnterdialytic Weight Gain Versus Chronic Volume Overload: Consensus Opinion. *American Journal Of Nephrology*, 38(1), 78–90. <https://doi.org/10.1159/000353104>
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O’Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., ve Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence Of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review And Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(7), E0158765. Doi:10.1371/Journal.Pone.0158765
- Hou, Y., Li, L., Zhou, Q., Wang, G., & Li, R. (2022). Relationships Between Social Capital, Patient Empowerment, and Self-Management Of Patients Undergoing Hemodialysis: A Cross-Sectional Study. *BMC Nephrology*, 23(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02669-y>.
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., ve Zoccali, C. (2019). A Single Number For Advocacy And Communication-Worldwide More Than 850 Million İndividuals Have Kidney Diseases. *Kidney İnternational*, 96(5), 1048–1050. <https://doi.org/10.1016/J.Kint.2019.07.012>
- Jain, D., & Green, J. A. (2016). Health Literacy İn Kidney Disease: Review Of The Literature And İmplications For Clinical Practice. *World Journal Of Nephrology*, 5(2), 147–151. <https://doi.org/10.5527/wjn.v5.i2.147>
- Kara, B. (2013). Health Beliefs Related To Salt-Restricted Diet İn Patients On Hemodialysis. *Journal Of Transcultural Nursing*, 25(3), 256–264. Doi:10.1177/1043659613514114
- Karabey, T., ve Karagözoğlu, Ş. (2021). Hemodiyaliz Sürecinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-29.

- Karadakovan, A., ve Kaymakçı, Ş. (2017). Üriner Sistem Hastalıkları. Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (Ed.) içinde, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (4 B., S. 895-913). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Kaya, A., (2023). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Egzersiz Davranışı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi. Balıkesir.
- Kaya, E., ve Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- KDIGO (2024) Clinical Practice Guideline For The Evaluation And Management Of Chronic Kidney Disease. *Supplement to Kidney International*, 105: 1-199.
- Khalil, A. A., Frazier, S. K., Lennie, T. A., Ve Sawaya, B. P. (2011). Depressive Symptoms And Dietary Adherence In Patients With End-Stage Renal Disease. *Journal Of Renal Care*, 37(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/J.1755-6686.2011.00202.X>
- Khanna, R. (2017). Solute And Water Transport İn Peritoneal Dialysis: A Case-Based Primer. *American Journal Of Kidney Diseases*, 69(3), 461–472. Doi:10.1053/J.Ajkd.2016.11.007
- Kızıltan, G. (2018). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 48–56. <https://doi.org/10.33076/2018.BDD.1170>
- Kızıltan, B., ve Şendir, M. (2018). Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 9-16.
- Kocamış, R. N., Türker, F. P., Köşeler, E., Kızıltan, G. Ve Ok, M. A. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Bilgi Düzeyi İle Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBFD*, 1(1): 15-31.
- Kolcaba K (2003). Comfort Theory And Practice A Vision For Holistic Health Care And Research, *Springer Publishing Company*, New York. 57.

- Kolcaba, K. Y., ve Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis Of The Concept Of Comfort. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1991.Tb01558.X>
- Korkmaz, S. A., ve Topbaş, E. (2023). Böbrek Sağlığının Korunması Ve Böbrek Hastalıklarının Önlenmesinde Ulusal Ve Uluslararası Eylem Planları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(1), 45-61.
- Korkut Bayındır, S., Biçer, S. (2019). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 25-29.
- Kosa, S. D., Al-Jaishi, A. A., Moist, L., ve Lok, C. E. (2015). Preoperative Vascular Access Evaluation For Hemodialysis Patients. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2015(9), CD007013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007013.Pub2>
- Kovesdy C. P. (2022). Epidemiology of Chronic Kidney Disease: An Update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- Kulaksız, A.T., Arslan, S. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 407-414.
- Lambert, K., Mullan, J., Mansfield, K., Ve Lonergan, M. (2015). A Cross-Sectional Comparison Of Health Literacy Deficits Among Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal Of Health Communication*, 20 Suppl 2, 16–23. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1080329>
- Levey, AS., Eckardt, KU., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Zeeuw, DD., Hostetter, TH., Lameire, N., Eknoyan, G., (2005). Definition And Classification Of Chronic Kidney Disease: A Position Statement From Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67(6): 2089-2100. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815506984>
- Luyckx, V. A., Cherney, D. Z. I., Ve Bello, A. K. (2020). Preventing CKD In Developed Countries. *Kidney International Reports*, 5(3), 263–277. Doi:10.1016/J.Ekir.2019.12.003

- Mahjubian, A., Bahraminejad, N., & Kamali, K. (2018). The Effects of Group Discussion Based Education on The Promotion of Self-Management Behaviors in Hemodialysis Patients. *Journal of Caring Sciences*, 7(4), 225–232. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.034>
- Melo, G. A. A., Aguiar, L. L., Silva, R. A., Quirino, G. Da S., Pinheiro, A. K. B., Ve Caetano, J. Á. (2019). Factors Related To Impaired Comfort In Chronic Kidney Disease Patients On Hemodialysis. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(4), 889–895. Doi:10.1590/0034-7167-2018-0120
- National Institutes Of Health, National Institute Of Diabetes And Digestive And Kidney Diseases, (2023). USRDS Annual Data Report: Epidemiology Of Kidney Disease In The United States, *United States Renal Data System*. <https://Usrds-Adr.Niddk.Nih.Gov/2023> Erişim Tarihi: 08.01.2024
- Nurjannah, I., Mailani, F. (2016). The Most Frequent Diagnosis On Patients Under Going Hemodialysis. *International Journal Of Research In Medical Sciences*, 4(10), 4453-4457.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Nutbeam, D. (2017). Health Literacy As A Population Strategy For Health Promotion. *Journal Of The Japan Society For Health Education And Promotion (JJHEP)*, 25(3), 210-222.
- Olçay Eminsoy, İ. (2019). Renal Replasman Tedavisi Alan Yetişkin Hastaların Tıbbi Beslenme Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 94–99. <https://doi.org/10.33076/2018.BDD.1176>
- Onbe, H., ve Kanda, K. (2017). Development And Testing Of The Attitude Scale For The Dietary Therapy Of Hemodialysis Patients. *Japan Journal Of Nursing Science*, 15(1), 39–49. Doi:10.1111/Jjns.12170
- Orak, N. ř., Pakyüz, S. Ç., Kartal, A. (2017). Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2): 68-77.

- Özer, Z., Turan, G. B., & Çelikbilek, F. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı İnançları ile Ağrı Yönetimleri Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(3), 226-234.
- Özmen, D., Pehlivan Zorlu, B., ve Dinçel, N. (2023). Kronik Böbrek Hastalığında Beslenme. *İzmir Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(4), 219-225. <https://doi.org/10.57221/izmirtip.1198911>
- Pouliatou, K.A. (2024). Nutrition and Chronic Kidney Disease. Masià-Plana, A., Lioussatou, A. (Ed.) içinde, *Principles of Nursing in Kidney Care*. (S. 61-81). Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Peker, Ş., Lüleci, N. E., Ataoğlu, ., Oka, Ö. F., Memişoğlu, N., Reyhanlı , Ş., ... Yalman, U.(2021). Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi Diyet Ve Sıvı Alım Tavsiyelerine Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi . “Değişen Dünyanın Öncelikleri: İklim Krizi, Afetler, Göçler, Eşitsizlikler ve Toplumsal Dirençlilik (939-940). Ankara, Türkiye.
- Prabhakar, Singh, R. G., Singh, S., Rathore, S. S., Ve Choudhary, T. A. (2015). Spectrum Of Intradialytic Complications During Hemodialysis And Its Management: A Single-Center Experience. *Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation : An Official Publication Of The Saudi Center For Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 26(1), 168–172. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.148771>
- Santoro, D., Benedetto, F., Mondello, P., Pipitò, N., Barillà, D., Spinelli, F., Ricciardi, C. A., Cernaro, V., ve Buemi, M. (2014). Vascular Access For Hemodialysis: Current Perspectives. *International Journal Of Nephrology And Renovascular Disease*, 7, 281–294. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S46643>
- Sevinç, M., Ortaboz, M., Ünsal, A. (2019). Periton Diyalizi Fizyolojisi ve Yöntemleri. Ünsal, A., (Ed.) içinde. *Periton Diyalizi*. (1B., S. 1-5). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Shayan, N. A. (2018). *Dişabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

- Siefert M. L. (2002). Concept Analysis Of Comfort. *Nursing Forum*, 37(4), 16–23. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.2002.Tb01288.X>
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., Ve (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And İntegration Of Definitions And Models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stevenson, J., Tong, A., Gutman, T., Campbell, K. L., Craig, J. C., Brown, M. A., & Lee, V. W. (2018). Experiences and Perspectives of Dietary Management Among Patients on Hemodialysis: An Interview Study. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 28(6), 411–421. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.02.005>
- Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (2015). Türkiye’de Nefroloji - Diyaliz Ve Transplantasyon. Registry Raporu 2014. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*. <http://www.tsn.org.tr/folders/file/2014-REGISTRY-KITABI.pdf> Erişim Tarihi: 23.05.2023
- Süzen, B. (2018). Akut ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 36-47.
- Şahin, C.K. ve Çınar, P.S. (2019). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Beslenmeye Yönelik Uygulanan Görsel Eğitimin Konfora Etkisinin Değerlendirilmesi*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi. Manisa.
- Şahin, C.K. ve Çınar, P.S. (2021). Evaluation Of The Effect Of Nutrition-Related Visual Education On The Comfort Of Patients Receiving Hemodialysis Therapy. *Revista De Nutrição*. 34. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200273>
- Şahin, C.K. ve Çınar, P.S. (2022). A Scale Development Study: Hemodialysis Comfort Scale Version II. *Journal Of Research In Nursing*. 27(5):449-464. Doi:10.1177/17449871211041834

- Şanlıtürk, D., Ovayolu, N., Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 1(13).
- Şentürk, Z. (2021). *Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-7.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Periton Diyalizinin Böbrek Yetmezliği Tedavisindeki Yeri. *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı (SAGEM STD).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2018-2023. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü* (s. 74). Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti. Retrieved From https://hsgm.saglik.gov.tr/Depo/Birimler/Kronik-Hastaliklar-Engelli_Db/Hastaliklar/Bobrek_Hastaliklari/Kitap_Ve_Makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_Ve_Kontrol_Programi_2018-2023.Pdf Erişim Tarihi: 23.05.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Protokolü. [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Geliştirme Ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı. Erişim Tarihi: 22.04.2024
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü Kısım II: Genişletilmiş Terimler Listesi. (2011). In: Sağlıkın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; [5-21]. Erişim Tarihi: 26.05.2023
- Tabiee, S., Momeni, A., Alireza, S. (2017) The Effects Of Comfort-Based Interventions (Back Massage And Patient And Family Education) On The Level Of Comfort Among Hemodialysis Patients. *Mod Care J*. 14(3):64-87.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., Ve Akalın, H. E. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-7.

- Taş, D., ve Akyol, A. (2017). Egzersiz ve Kronik Böbrek Yetmezliği. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1 (12), 10-19.
- Tayaz, E. Ve Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 147-156.
- Taylor, D. M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G. C., Tomson, C., Ramanan, R., Roderick, P., ve ATTOM İncestigators (2018). Health Literacy And Patient Outcomes İn Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Nephrology, Dialysis, Transplantation : Official Publication Of The European Dialysis And Transplant Association - European Renal Association*, 33(9), 1545–1558. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>
- Toku, N. T. (2022). *Yetişkin Hemodiyaliz Hastalarının Beslenme Durumlarının, Kısıtlı Diyete Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Diyaliz Tedavisi Alma Yıllarına Göre Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi. Edirne.
- Topbaş, E., ve Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 36-42.
- Topbaş, E., (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 53-59. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/292265>
- Turgay, G., Eler, Ç. Ö., Ökdem, Ş., ve Kaya, S. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 16-22.
- Türker, P. F., ve Mercanlıgil, S. (2017). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Beslenme Tedavilerinin Bazı Biyokimyasal Bulgular Ve Beslenme Durumları Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 113-134.

- Uysal, A., Günenç, D., Oytun, M., Yılmaz, M., Bozkurt, D., (2017). Böbrek Nakillerinde Sağkalımı Etkileyen Faktörler. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 2(1): 24-29. Erişim Adresi: <https://Dergipark.Org.Tr/En/Download/Articlefile/286493> Erişim Tarihi: 09.01.2024
- Ünal, A., Solak, A., Erdoğan, N., (2022). Damaryoluna Multidisipliner Yaklaşım. Akyol, D. A., Pehlivan, G. (Ed.) İçinde. *Hemodiyalizde Damaryolu ve Bakım* (S. 11-16). İstanbul: Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları.
- Vaidya, S.R., Aeddula, N.R., Doerr, C. (2022). Chronic Renal Failure (Nursing) [Updated 2022 Oct 24]. In: Statpearls [Internet]. Erişim Adresi: <https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Books/NBK568778/> Erişim Tarihi: 08.01.2024.
- Van Der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., ve Fitzgerald, J. M. (2018). Health Literacy in Chronic Disease Management: A Matter of Interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 102, 134–138. <https://Doi.Org/10.1016/J.Jclinepi.2018.05.010>
- Varol, E., Sivrikaya, S. K. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 89-96.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., ve Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *Lancet (London, England)*, 389(10075), 1238–1252.
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., ve Tuot, D. S. (2018). Association Between Health Literacy and Self-Care Behaviors Among Patients With Chronic Kidney Disease. *BMC Nephrology*, 19(1), 196. <https://Doi.Org/10.1186/S12882-018-09880>
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable Diseases Country Profiles. <https://Apps.Who.Int/Iris/Handle/10665/274512> Erişim Tarihi: 23.05.2023
- World Health Organization. Health Promotion Glossary. World Health Organization; 1998. Report No.: WHO/HPR/HEP/98.1. Erişim Tarihi: 23.05.2023

- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., ve Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,13(4), 321-326.
- Yavuz, N. (2021). *Hemodiyaliz Hastaları İçin Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanılarak Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve Tedavi Etkinliği İle İlişisinin Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi. Ankara.
- Yılmaz, M. İ., Can, İ., Durmuş, Z., Doğan, B., Karayığit, M. E., Okuducu, B. S., Ve Ünal, H. U. (2016). Kronik Böbrek Hastalığı Sürecinde Alışkanlıklar ve Hayat Tarzı Değişiklikleri Ne Derece Önemli. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25(1), 41-45.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nin Konfor Kurami. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 79-88.
- Yücel, Ş. Ç., Ergin, E. (2021). Konfor. Kaşıkçı, M. K., Akın, E. (Ed.) İçinde, *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar* (S. 405-414). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Yürügen, B., Gökdoğan, F., Nural, N. (2015). *Diyaliz Teknikleri İçin Nefroloji Kitabı*. Birinci Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, hemodiyaliz uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve diyet uyumlarının, konfor düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olup, güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Bu çalışma sürecinde toplanan bilgiler gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız için teşekkür ederim.

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İbrahim Talha DÜNDAR

1) Yaşınız: ...

2) Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()

3) Medeni durumunuz: 1. Bekar () 2. Evli ()

4) Eğitim durumunuz:

0. Okuryazar değil () 1. Okuryazar () 2. İlkokul ()

3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()

5) Mesleğiniz:

0. Çalışmıyor () 1. Memur () 2. Emekli () 3. İşçi ()

4. Serbest meslek () 5. Diğer (Belirtiniz)

6) Gelir-gider durumunuz:

1. Gelir Giderden Az () 2. Gelir Gidere Eşit () 3. Gelir Giderden Fazla ()

7) Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

- 8) Alkol kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
- 9) Düzenli olarak haftada en az 3 gün 30 dk egzersiz yapıyor musunuz?
1. () Evet 2. () Hayır
- 10) Ne kadar süredir kronik böbrek yetmezliği (KBH) hastasıınız? Yıl
- 11) Ailenizde sizden başka böbrek hastası olan var mı? 1. Var () 2. Yok ()
- 12) Varsa kim/kimler?.....
- 13) Son 1 yılda böbrek yetmezliği yüzünden hastanede yattınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 14) Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz? Yıl
- 15) Daha önce periton diyalizi aldınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 16) Daha önce böbrek nakli oldunuz mu? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 17) Kronik Böbrek Yetmezliği dışında başka bir hastalığınız varsa var olan hastalıkları işaretleyiniz.(Birden fazla şık işaretlenebilir.)
1. Diyabet () 2. Hipertansiyon () 3. Hiperlipidemi ()
4. Periferik Vasküler Hastalıklar () 5. Kalp Arter Hastalığı () 6. Hepatit B ()
7. Hepatit C () 8. KOAH () 9. SVO () 10. Diğer Yazınız.....
- 19) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
1. İyi () 2. Orta () 3. Kötü ()
- 20) Hastalığınız hakkında bilgileri nereden alıyorsunuz?
1. Aile – Akraba () 2. Arkadaş () 3. İnternet () 4. Diğer Yazınız

Ek 2. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD)

Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için zorluk derecesini işaretleyiniz. Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor
1. Hastalığınızla ilgili acil bir durum olduğunda (solunum sıkıntısı, tansiyon dengesizlikleri, diyaliz giriş yolunda ağrı, şişlik, kızarıklık gibi) ne yapabileceğinize hızlı bir şekilde karar vermek				
2. Planlanan diyaliz seanslarınıza ve kontrollerinize düzenli şekilde devam etmek				
3. Sağlığınızı olumsuz etkileyecek davranışlarla (Fazla sıvı tüketimi, diyetinizin dışında besin tüketimi, sigara içmek...) nasıl başa çıkacağınız konusunda doktor tarafından belirtilen uyarıları anlamak				
4. Diyaliz giriş yolunuzu (kateter, fistül, greft) korumakla ilgili bilgiye ulaşmak (kol koruması, hijyen...)				
5. Diyaliz giriş yolunuzu korumakla ilgili önerilere uymak (kol koruması, hijyen...)				
6. Kronik böbrek yetmezliği ile ilgili temel kavramları anlamak (kuru ağırlık, hemodiyaliz, hipervolemi, hipovolemi, hipertansiyon, hipotansiyon, kateter enfeksiyonu, fistül trombozu gibi)				
7. Bazı ilaçların böbrek yoluyla atıldığını, bu nedenle ilaç dozunda ayarlama yapılması gerektiğini hatırlamak				
8. Diyaliz ünitesine geldiğinizde kendiniz tartılıp giriş kilonuzu diyaliz personeline doğru şekilde bildirmek				
9. Hemodiyaliz seansını kaçırmamanızın olası risklerini anlamak				
10. Hemodiyaliz seansınızın tıbbi gereklilikler dışında erken sonlandırılmasının olumsuz etkilerini anlamak				
11. Gıda ambalajlarının üzerindeki hastalığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak				
12. Diyetisyen tarafından önerilen diyet listesini anlayabilmek				
13. Sağlığınız için yaşam tarzınızı değiştirmek (sağlıklı ve diyetinize uygun beslenmek, düzenli egzersiz yapmak)				
14. Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak				
15. Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak				
16. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak				
17. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevualmak				
18. Doktorunuzun hastalığınız ile ilgili açıklamalarını anlamak				
19. Hastalığınızla ilgili ilaçların kutusundaki kullanma talimatlarını anlamak				
20. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak				
21. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak				
22. Gerekli durumlarda ambulans çağırarak				

Ek 3. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ)

Aşağıdaki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyunuz. Her bir ifade diyet tedaviniz ile ilgili bilgiler içermektedir. Yer alan bilgiler için size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum (4)	Katılıyorum (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
1. Diyalize başladıktan sonra nasıl beslenmem gerektiğiyle ilgili deneyimlerimden faydalanıyorum.				
2. Komplikasyonları önlemek için durumumu ve semptomlarımı göz önünde bulundurarak beslenmeye çalışırım				
3. Çok fazla protein ve fosfor almamaya çalışırım				
4. Diyet tedavisine çabalarım				
5. Evdeki tıbbi tedavi hayatımdan dolayı diyaliz hakkında bilgi ve deneyim sahibiyim				
6. Aldığım yağın kalitesine ve türüne dikkat ederim				
7. Sağlık çalışanlarından sağlık ile ilgili bilgi toplarım				
8. Mevsimin tadını çıkarmama izin veren yemekler yemeye çalışırım				
9. Doğal olarak yetiştirilen gıdalardan yapılan yemekleri yemeye çalışırım.				
10. Mevsimsel gıdaların kullanıldığı yemekleri yemeye çalışırım				
11. Ailem ve / veya arkadaşlarım benimle diyet tedavime uyan yemekleri yerler				
12. Benim için Diyet tedavime uyan yemekleri pişiren ailem ve/ veya arkadaşlarım var.				

	Kesinlikle Katılıyorum (4)	Katılıyorum (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
13.Çok fazla sebze içeren yemekler yemeye çalışırım.				
14. Gıda ve sıvılarla ilgili kısıtlamalar beni sıkıntıya sokar.				
15.Doğruyu söylemek gerekirse, izin verilenden daha fazla yemek isterim				
16. Susama konusunda çok hassasım				



Ek 4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II

MADDELER Aşağıda bulunan maddelerde bazı durumlar yer almaktadır. Durumu yaşama sıklığınıza göre uygun seçeneği işaretleyiniz.	1.Hiçbir	2.Çok nadir	3.Bazen	4.Çok sık	5.Herzaman
1. Diyaliz sırasında bulantım oluyor.					
2. Diyaliz sırasında çoğu zaman üşüyorum.					
3. Diyaliz sırasında ara sıra 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 düşüncülerinden 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. Yakınlarımla 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. Şu anda kendimi sağlıklı hissediyorum					
20. Geleceğe dair planlarım var.					
21. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum.					
22. Yorgunluğum ile başa çıkabiliyorum.					
23. Durumum beni bunaltıyor.					
24. Yalnız kaldığımda kendimi çoğu zaman mutsuz hissediyorum.					
25. Geleceğim hakkında umutluyum.					
26. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.					

Ek 5. Etik Onay Belgesi



Istanbul
Zaim
Universitesi

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

Sayı : E-20292139-050.01.04-2300002050
Konu : İbrahim Talha Dündar Etik Onay
Belgesi

22.08.2023

Sayın İbrahim Talha Dündar
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

"Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurumumuzun 07.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: 20-İbrahim Taha Dündar Etik Onay Belgesi

Belge Doğrulama Kodu: U7932331

[Bu belgeyi doğrulamak için QR kodunu kullanın](https://belge.onay.uzai.edu.tr/QR/QR.aspx?BelgeID=2300002050)

Belge Talip Adresi: <https://belge.onay.uzai.edu.tr/QR/QR.aspx?BelgeID=2300002050>

Adres: Bulvarı Çarşısı No: 201 Kadıköy/İstanbul

Tel/Fax No:

e-Posta:

Kay. Adresi:

Faks No:

İnternet Adresi:

Belge için:

Tel/Fax No:

Diğerli Har:

Zeynepi Fındık Yür Kütüphane

Yürümlü Kurup



Ek 6. Kurum İzni

Özel Reşitpaşa Diyaliz Merkezi

01/11/2023

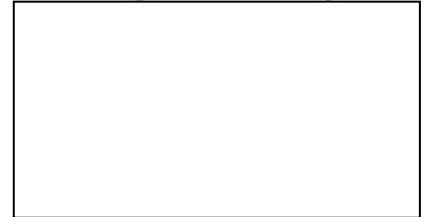
İLGİLİ MAKAMA

Enstitünüzün Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İbrahim Talha DÜNDAR'ın, "Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Reşitpaşa Mahallesi Tuncay Artun Cad. No.4 Sarıyer / İstanbul adresinde faaliyet gösteren Özel Reşitpaşa Diyaliz Merkezinde 01/11/2023 – 01/01/2024 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

Dr. Yavuz ÇALLI



Ek 7. Kurum İzni

Metropol Diyaliz Merkezi

01/11/2023

İLGİLİ MAKAMA

Enstitünüzün Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İbrahim Talha DÜNDAR'ın, "Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Çırçır Mahallesi. Atatürk Cad. No: 179/A Eyüpsultan / İstanbul adresinde faaliyet gösteren Metropol Diyaliz Merkezinde 01/11/2023 – 01/01/2024 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

Dr. Zehra VELİDEDEOĞLU

Mesul Müdür



Ek 8. Kurum İzni

Özel Seyrantepe Avrupa Diyaliz Merkezi

01/11/2023

İLGİLİ MAKAMA

Enstitünüzün Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İbrahim Talha DÜNDAR'ın, "Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Seyrantepe Mah. Yıldız Sk. No:16 Kağıthane / İstanbul adresinde faaliyet gösteren Özel Seyrantepe Avrupa Diyaliz Merkezinde 01/11/2023 – 01/01/2024 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

Dr. İbrahim ŞEKER

Mesul Müdür



Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında İbrahim Talha DÜNDAR tarafından yürütülen “**Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin ve Diyet Uyumlarının Konfor Düzeyine Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve diyet uyumlarının, konfor düzeyine etkisinin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20-25 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 bırakma hakkına da sahiptir. 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 veya [] 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 telkin olmaksızın 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: İbrahim Talha DÜNDAR

İmzası:


Ek 10. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni

 İbrahim Talha DÜNDAR
Kime:

17.06.2023 Cmt 12:16

Değerli hocam, Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İç Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim Talha Dündar. Size daha önceden de mail atmıştım. Tekrardan rahatsız ediyorum ama çalışmaya başlayabilmem için ölçek iznimi almam gerekiyor. Rica etsem Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinizi kullanmama izin verir misiniz?

Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni

 neslihan yavuz <

Kime: İbrahim Talha DÜNDAR






17.06.2023 Cmt 21:46


Merhaba İbrahim bey,
Öncelikle gecikme için özür dilerim, mailler spam kutusuna düştüğü için bildirim gelmediğini düşünüyorum.
Çalışmamıza gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni uzmanlık tezim dahilinde kendimiz geliştirdik. Ölçeği, uzmanlık tezime atıf yaparak kendi çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sizin tez yazım sürecinizde çalışmamızın yayın olması halinde tarafınıza bilgi vermekten mutluluk duyarım.
İyi çalışmalar dilerim.

Uzm. Dr. Neslihan YAVUZ

Ek 11. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ) Kullanım İzni



Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ) Kullanım İzni




GB gülcan bahcecioglu     
Kime: İbrahim Talha DÜNDAR 13.05.2023 Cmt 15:37

 diyet tedavisine yönelik tutu...
36 KB

kolay gelsin

...

 Yanıtla  İlet

 **İbrahim Talha DÜNDAR**      
Kime: glcnbah 10.05.2023 Çar 17:37

Değerli Gülcan Bahçecioglu Hocam, merhaba. Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim Talha Dündar. Tez danışmanım Sayın Ayşe Nefise Bahçecik Hocam ile kararlaştırdığımız tez konum için geliştirmiş olduğunuz, "Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HDTÖ)" izniniz olursa kullanmak istiyorum. Sayın Zülfünaz Özer Hocam ile de konuştuk, izin konusunda size de danışmamı söyledi. Şimdiden teşekkür ederim.

Ek 12. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Kullanım İzni

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II Kullanım İzni

SC sezgi cinar [Redacted] 2.06.2023 Cum 20:03

Evet, izin veriyorum.

Android için [Outlook](#) edinin

İbrahim Talha DÜNDAR [Redacted] 2.06.2023 Cum 19:25

Değerli Sezgi Çınar Pakyüz Hocam, merhaba. Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim Talha Dündar. Tez danışmanım Sayın Ayşe Nefise Bahçecik Hocam ile kararlaştırdığımız tez konum için geliştirmiş olduğunuz, "Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Versiyon-II" izniniz olursa kullanmak istiyorum. Cansu Koşar Şahin Hocamıza da mail attım fakat maili dolu olduğu için iletilemediğine dair geri dönüş aldım. Ayrıca ölçeği PDF formatında paylaşma imkânınız varsa ve benimle paylaşabilirseniz de çok sevinirim. Şimdiden teşekkür ederim.

CŞ Cansu KOŞAR ŞAHİN [Redacted] 2.06.2023 Cum 23:59

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği-V... 148 KB

A scale development study H... 560 KB

2 ek (708 KB) Tümünü OneDrive - IZU konumuna kaydet Tümünü indir

Merhabalar,

Ölçek soru formu ve kullanım yönergesi ile ölçeğin makalesi ekte yer almaktadır.

Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: İbrahim Talha DÜNDAR

A. EĞİTİM

- Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2018-2022)
- Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, (2022- Devam Ediyor)

B. YAYINLAR

- Dündar, İ.T., ve Bahçecik, A. N. (2024). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Konforun Önemi. 7. Uluslararası Artemis Sağlık ve Spor Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri / Sözlü Sunum)

C. KONGRE SEMİNER VE KURSLAR

- 4. SAYORG Kariyer Kongresi (Katılım Sertifikası)
- 1. Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresi (Katılım Belgesi)
- İlk Yardım Kursu (Katılım Belgesi)
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kursu (Katılım Belgesi)
- Nöroloji Hemşireliği Kursu