

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

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA  
PSİKOLOJİK DURUMUN, SOSYAL DESTEĞİN VE  
DİYET TEDAVİSİNE YÖNELİK TUTUMUN  
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halil DENİZ

İstanbul  
Temmuz-2024

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

**HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA PSİKOLOJİK**  
**DURUMUN, SOSYAL DESTEĞİN VE DİYET TEDAVİSİNE**  
**YÖNELİK TUTUMUN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZ**

**Halil DENİZ**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER**

**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 Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikolojik Durumun, Sosyal Desteğin ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutumun İncelenmesi**” 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.

Halil DENİZ

## ÖN SÖZ

Yüksek lisans tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, desteğini ve bilgisini esirgemeyen tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e,

Yüksek lisans çalışmamı yaparken benden sevgisini, merhamet duygusunu ve her türlü desteğini esirgemeyen, benim umut kaynağım, hayat arkadaşım ve yoldaşım sevgili eşim Fatma DENİZ'e ve dünyalar güzeli biricik kızım Ecrin Asel DENİZ'e,

Tüm hayatım boyunca desteğini benden esirgemeyen, hep yanımda olan, aldığım kararları her zaman destekleyen ve cesaretlendiren başta babama, anneme, aileme ve yakın arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesi çalışanlarına ve çalışmaya kendi rızasıyla gönüllü olarak katılan tüm hastalara,

Sonsuz teşekkür, saygı ve sevgilerimi sunarım.

Halil DENİZ

İstanbul-2024

## ÖZET

# HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA PSİKOLOJİK DURUMUN, SOSYAL DESTEĞİN VE DİYET TEDAVİSİNE YÖNELİK TUTUMUN İNCELENMESİ

Halil DENİZ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2024 - 100 Sayfa

Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikolojik durumun, sosyal desteğin ve diyet tedavisine yönelik tutumun incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki araştırma Nisan-Mayıs 2024 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastaneler ile Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bulunan diyaliz ünitelerinde tedavi olan ve dahil edilme kriterlerine uyan 160 hasta ile yapılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (HHDTYTÖ) ile yüz yüze görüşme sağlanarak toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması,  $52,97 \pm 16,52$  yıl olup, % 55,0'ı kadın, %80,6'sı evli, %52,5'i okuryazar değil, %75,0'ı çalışmıyor, %59,4'ü eş ve çocukları ile yaşıyor. Hastaların depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları sırasıyla;  $10,5 \pm 6,58$ ,  $6,19 \pm 4,87$ ,  $9,83 \pm 5,73$ , ÇBASDÖ toplamı, aile desteği, özel bir kişi desteği ve arkadaş desteği alt boyut puan ortalamaları sırasıyla;  $53,7 \pm 17,12$ ,  $14,03 \pm 7,71$ ,  $22,67 \pm 5,45$ ,  $17 \pm 6,37$ , HHDTYTÖ toplamı ve bilişten etkilenen davranış, yemek kültüründen etkilen davranış, diyeti değiştiren olumsuz etki alt boyut puan ortalamaları sırasıyla;  $44,95 \pm 8,85$ ,  $18,13 \pm 6,94$ ,  $20,97 \pm 3,46$ ,  $5,85 \pm 3,37$  olarak bulundu. Depresyon ile Aile Desteği ( $r = -,197$ ,  $p < 0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Anksiyete ile Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ( $r = ,189$ ,  $p < 0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Stres ile Aile Desteği ( $r = -,161$ ,  $p < 0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özel Kişi Desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r = ,225$ ,  $p < 0,01$ ) arasında pozitif, Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ( $r = -,241$ ,  $p < 0,01$ ) arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aile desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen

Davranış ( $r=,158$ ,  $p<0,05$ ) ve HHDTYTÖ ( $r=,165$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Arkadaş Desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,226$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ÇBASDÖ ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,208$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastaların depresyon, anksiyete ve stres varlığının yüksek, algıladıkları sosyal desteğin ve diyet uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların sosyal destek algıları artıkça psikolojik durumları düzelmekte ve diyet uyumları artmaktadır. Anksiyeteleri artıkça diyet uyumları azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, Hemşirelik, Psikoloji, Sosyal Destek, Diyet

## **ABSTRACT**

# **EXAMINATION OF PSYCHOLOGICAL STATUS, SOCIAL SUPPORT AND ATTITUDE TOWARDS DIET THERAPY IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS**

**Halil DENİZ**

Mester Of Science, InternalMedicineNursing

Thesis Advisor: Assoc. Dr. Zülfünaz ÖZER

July, 2024 – 100 Pages

This study was conducted to examine the psychological status, social support and attitude towards diet therapy in patients undergoing haemodialysis. The descriptive and cross-sectional study was conducted between April and May 2024 with 160 patients who were treated in dialysis units in public hospitals affiliated to Şanlıurfa Provincial Health Directorate and Harran University Research and Application Hospital and who met the inclusion criteria. Data were collected through face to face interviews by using Personal Information Form, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS) and Attitude Scale for the Dietary Therapy of Haemodialysis Patients (ASDTHP). Mean age of the patients was  $52.97 \pm 16.52$  years, 55.0% were female, 80.6% were married, 52.5% were illiterate, 75.0% were not working, 59.4% lived with their spouses and children. Patients' mean scores of depression, anxiety and stress of the patients were  $10.5 \pm 6.58$ ,  $6.19 \pm 4.87$ ,  $9.83 \pm 5.73$ , respectively; their mean scores of MSPSS total, support from family, support from significant other and support from friends were  $53.7 \pm 17.12$ ,  $14.03 \pm 7.71$ ,  $22.67 \pm 5.45$ ,  $17 \pm 6.37$ , respectively and their ASDTHP total, propensity of behaviour that is affected by cognition, propensity of behaviour that is affected by diet and negative effect that modifies the diet mean scores were  $44.95 \pm 8.85$ ,  $18.13 \pm 6.94$ ,  $20.97 \pm 3.46$ ,  $5.85 \pm 3.37$ , respectively. A significant negative correlation was found between Depression and Support from Family ( $r = -.197$ ,  $p < 0.05$ ). A significant positive correlation was found between Anxiety and negative effect that modifies the diet ( $r = .189$ ,  $p < 0.05$ ). A significant negative correlation was found between Stress and support from family ( $r = -.161$ ,  $p < 0.05$ ). A significant positive correlation was found between Support from Significant Other and propensity of behaviour that is affected

by diet ( $r=.225$ ,  $p<0.01$ ) while a significant negative correlation was found between Support from Significant Other and negative effect that modifies the diet ( $r=-.241$ ,  $p<0.01$ ). A significant positive correlation was found between support from family and propensity of behaviour that is affected by diet ( $r=.158$ ,  $p<0.05$ ) and ASDTHP ( $r=.165$ ,  $p<0.05$ ). It was also found that there was a positive significant correlation between support from friends and propensity of behaviour that is affected by diet ( $r=.226$ ,  $p<0.01$ ). There was also a positive significant correlation between ASDTHP and propensity of behaviour that is affected by diet ( $r=.208$ ,  $p<0.01$ ). Patients were found to have high levels of depression, anxiety and stress, and moderate levels of perceived social support and dietary compliance. As the patients' perception of social support increased, their psychological status improved and their dietary compliance increased. It was also found that as their anxiety increased, their dietary compliance decreased.

**Keywords:** Hemodialysis, Nursing, Psychology, Social Support, Diet

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ .....	ii
ÖN SÖZ .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM .....	1
GİRİŞ .....	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı .....	4
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri .....	5
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi.....	7
2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi.....	8
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları .....	9
2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri.....	10
2.7. Hemodiyaliz .....	13
2.8. Psikolojik Durum .....	16
2.9. Sosyal Destek.....	19
2.10. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Tedavisi .....	22

<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	<b>28</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>28</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı .....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.4. Araştırma Soruları.....	28
3.5. Veri Toplama Araçları .....	29
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	29
3.5.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21).....	29
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	29
3.5.4. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği.....	30
3.6. Verilerin Toplanması .....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	30
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	31
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	31
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	<b>32</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>32</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>53</b>
<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>53</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM</b> .....	<b>60</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>60</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>62</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>77</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>87</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları.....	10
Tablo 2.2: Kronik Böbrek Hastalığı Evrelerine Göre Belirti, Tedavi ve Bakım .....	11
Tablo 2.3: Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar.....	15
Tablo 2.4: Hemodiyaliz Hastaları İçin Güncel Diyet Önerileri .....	25
Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	32
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri .....	33
Tablo 4.3: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçüm Ortalamaları .....	34
Tablo 4.4: Cinsiyete Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	35
Tablo 4.5: Medeni Duruma Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	36
Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	37
Tablo 4.7: Çocuk Varlığına Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	38
Tablo 4.8: Çalışma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	39
Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	40
Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiyeye Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması..	41
Tablo 4.11: Sigara Kullanım Durumuna Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	42
Tablo 4.12: Düzenli Egzersiz Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması..	43
Tablo 4.13: Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Kronik Hastalık Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	

Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.14: Ailede Kronik Böbrek Hastalık Olma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	45
Tablo 4.15: İhtiyaçlarını Bağımsız Karşılama Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	46
Tablo 4.16: Hemodiyaliz ile İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	47
Tablo 4.17: Hemodiyaliz ile İlgili Alınan Bilginin Yeterlilik Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.18: Korelasyon Analizi .....	49

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüri Kategorisine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri..... 5
- Şekil 2.2: Türkiye'de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Hastalığının İnsidansı..... 7
- Şekil 2.3: 2021 Yılı İçinde Renal Replasman Tedavisi Başlanan İnsidan Hastaların Uygulanan Renal Replasman Tedavi Tipine Göre Dağılımı..... 14
- Şekil 2.4: 2022 Tarihinde RRT İçinde HD Başlayan Bütün Tedavi Alan Hastaların HDBaşlangıcında Damar Yollarına Erişim Dağılımı..... 15



## KISALTMALAR LİSTESİ

BUN	: Blood Urea Nitrogen
CREDIT	: Türkiye Böbrek Hastalıkları Prevalans Araştırması
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DASS-21	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HHDTYTÖ	: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcome
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SD	: Sosyal Destek
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TND	: Türkiye Nefroloji Derneği
USRDS	: United States Renal Date System

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), hastaların normal yaşam düzenini ve günlük yaşam aktivitelerini bozan, fiziksel, psikolojik ve ekonomik sonuçlara neden olan kronik bir hastalıktır (Ünsal Avdal vd., 2020). KBH tedavisindeki ilerlemeler, renal replasman tedavisi (RRT) hastaların yaşam kalitesini ve sağkalımını iyileştirmiştir (Kovesdy, 2022). Ancak müdahalelerin çoğu, KBH'nin psikososyal yönlerini göz ardı ederek klinik sonuçlara odaklanmıştır (Delgado-Domínguez, vd., 2021). Anksiyete ile depresyon son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan kişilerde en çok ortaya çıkan psikolojik bozukluklardır ve sık hastaneye yatış, kötü yaşam kalitesi ve daha yüksek ölüm riski gibi olumsuz sonuçları artırır (Kellerman vd., 2010). Depresyon da dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıkların böbrek yetmezliği olan hastalarda morbidite üzerinde etkisi vardır. SDBY yönelik RRT'nin terapötik yönü dışında bir stres kaynağı olarak kabul edilirler. Hemodiyaliz (HD) tedavisi esnek değildir ve bu hastalar sıklıkla hastalığın stres etkenleriyle baş etmekte zorluk çekerler. Belki de en büyük stres kaynağı HD sürecidir (Ünsal Avdal vd., 2020). Tipik stres etkenleri arasında cihazlara fiziksel bağımlılık, fiziksel fonksiyondaki sınırlamalar, cinsel fonksiyon ve diyetteki değişiklikler yer almaktadır. Hastalık tanısının konulması böbrek yetmezliği olan bireylerin biyopsikososyal durumlarını olumsuz etkileyerek günlük yaşamdaki rol ve sorumluluklarının değişmesine neden olmaktadır (Parvan vd. 2015). Sosyal destek, aile sorunları, sosyo-ekonomik durum, bu hastalarda depresyon ve anksiyete ile bağlantılı faktörler arasındadır (Lerma vd., 2017). Depresyon, talihsiz olayların şematik olarak temsil edilen düşünce hatalarından yorumlanmasının sonucudur. Hastalığın depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duygusal durumlar yoluyla algılanması, otomatik düşüncelerle ifade edilir ve bu bilgi sürecinde nesnel veya çarpık olabilir, bu da bilişsel çarpıtmalar olarak tanımlanan düşünme hatalarına yol açabilir (Lerma vd., 2012; Rnic vd., 2016). Depresyon ve anksiyete belirtilerinin çoğunlukla olumsuz bir duygusal duruma yol açan çarpık düşüncelere aracılık etmektedir (González-Flores vd., 2021; Rnic vd., 2016). Rohini ve Ezhilarasu (2016) HD tedavisi alan hastaların hayat tecrübelerini araştırdıkları kalitatif çalışmada hastaların bastırılmış ve mutsuz yaşamı devam ettirdikleri, çalışma ve kişilik statüsünün

bozulduğunu, hayatlarının ıssızlaştığını, mortalite endişesi takip ettiğini, gerçekleşmemiş istek ve hevesleri olduğu ifade edilmiştir.

Kronik rahatsızlıklarda insanların aile, çevre ve toplumdaki dayanak beklentileri daha fazla olur. KBH teşhisinden sonra bedenen ve ruhsal yönden problemler ortaya çıkmakta ve bunu takip eden kaygı, üzüntü, sıkıntı, kararsızlıklar gibi durumlar gerçekleşmektedir. Hastanın şahsi ve sosyal düzenini dağıtmakla birlikte insanlarla münasebetleri negatif olarak etkilemektedir. Tedavi alan kişilerin psikososyal ve maddi problemlerinin giderilmesinde toplumdaki edinilen sosyal destek (SD) sağlanması kıymetlidir (Mutlu ve Duyan, 2012). HD alan bireyler bu süreçte tedavi ve oryantasyon döneminde SD'ye ihtiyaç duymaktalar. Bu süreçte hastalar diyet takipsizliği, tıbbi müdahaleler, tedavi süreleri ve ilaç tüketimindeki uyumsuzlukları takip eden problemler yaşamakta ve bu problemlerle mücadelenin üstesinden gelmek için aile ve sağlık çalışanlarının etkili destek beklemektedir. Sıkıntılı süreçte sağlanan SD stresi ortadan kaldırır ve hastanın kendisini değerli hissetmesine ve stresle mücadele etme etmesine yardımcı olmaktadır (Gurlaş, 2016). Hasta eksik olduğunu hissettiği bu durumda kendisi için en değerli gördüğü insanlardan dayanak istemektedir. Bu süreçte HD tedavisi alan kişilerin en önde gelen dayanağı aile bireyleridir. HD tedavisi uzun bir süreçtir bu süreçte aile, akraba ve yakın dostlar ile olan bağlarının kuvvetlendirilmesi ve dışarıdaki aktivitelerini sürdürmeleri çok etkilidir (Atik vd., 2015; Doğan ve Öztürk, 2020; Büyükbayram vd., 2021).

Kronik böbrek hastalarında diyet tedavisi hastalık sürecinde çok mühim bir alanı kapsamaktadır. HD tedavisi alan kişilerde diyetin hedefi, kötü beslenmeyi egale etmek, anemiyi, tansiyon ve laboratuvar değerlerini kontrol emektir. Bu nedenle SDBY kişilerin diyet oryantasyonunu daha çok denetlenmelidir. Yapılan yakın diyet kontrollerinin SDBY'nin ilerleme hızını düşürmesi ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonları kontrol etmeyi sağlamaktadır (Altuntaş, 2012). Diyet ile sıvı sınırlandırılmasından kaynaklı kişiler güçlükler çekmektedir. Bu güçlükler içinde toplumsal alanda bulunma, diyetle riayet etmemenin telafisi, tedaviden bıkmama, duygusal rahatsızlık gibi problemler yaşanmaktadır (Boothby ve Salmon, 2013). Tıbbi beslenme programları, diyaliz uygulanan kişilerin uygun şekilde beslenmeleri gerçekleştirilirken daha nitelikli yaşam seviyeleriyle sağ kalımlarının artmasına yardım edecektir (Kızıltan, 2018).

Diyaliz yan etkileri ve tedavi komplikasyonları en aza indirgemedi ve kişilerin nitelikli bir hayat yaşamayı iyileştirmede hemşirelere çok ciddi yükler düşmektedir (Keskin ve Öpulat, 2019). HD tedavisi alan kişilerde ortaya çıkan psikolojik hallerin zeminini oluşturan etkiler hakkında veriler çoğaldıkça oluşabilecek psikolojik problemlerin çoğunluğu ortaya çıkmadan engellenecektir (Büyükbayram vd., 2021). HD tedavi sürecinde, olumlu neticelerin kazanılması yalnızca tecrübeli, donanımlı ve multidisipliner takım şuuruyla olabilir. Hemşireler tedavi ve bakım dönemlerinin tüm süreçleri organize etmekle birlikte bu süreçte aileye dayanak ve rehberlik yapmalıdır (Karabey ve Karagözoğlu, 2021). Yaptığımız bu çalışma hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda psikolojik durumu, sosyal desteği ve diyet tedavisine yönelik tutumunu belirleyerek hastaların hastalıkla etkin bir şekilde mücadelede hemşirelik literatürüne önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik hastalıklar, ülkemiz başta olmak üzere dünya genelinde çok büyük bir halk sağlığı problemidir. Dünyada ölüme neden olan kronik hastalıklar sıralamasında kronik böbrek hastalığı (KBH) 16. sırada bulunmaktadır. Amerika'da yaşayanların üçte birinde KBH olmakta ya da hastalık riski bulunmakta ve 30 milyon yetişkinin %80'den daha fazlası yaşamını farkında olmadan sürdürmektedir. Ülkemizde ise bu durum yetişkinlerin yüzde 15,7'si (9 milyon insanda) ya da 6-7 olgundan birinde KBH olarak tespit edilmiştir. Erken teşhis ile KBH'nin ilerlemesi yavaşlatılmaktadır. KBH farkındalık çalışmalarında ise oran dünyada %10'un Türkiye'de ise %2'nin altında bulunmuştur. KBH'de ülkelerin ekonomisini, sağlık sistemini, hastaların hayatta kalma süresini ve hasta konforunu artırmak için erken teşhis ve tedavi uygulama politikasının planlanması gereklidir (Korkmaz ve Topbaş, 2023).

Kronik böbrek hastalığı, sürekli ilerleyen ve revizyonu imkansız olan böbreklerin en küçük yapısal birimi olan nefronların kaybı sonucu ortaya çıkan ve farklı hastalıklardan kaynaklı olarak karşımıza gelen hastalıktır (Çevik, 2020). Böbrek dokusunda ya da böbreğin anatomisinde herhangi bir zarar görmeksizin glomerül filtrasyon hızının (GFH) 120 günden fazla zaman zarfında 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup>' den az ya da GFH'da düşüş olması görülmeksizin böbreğin 120 günden daha uzun süren görevsel ve fiziksel harabiyeti olarak tanımlanır (Rabiei vd., 2021; Topbaş, 2015). KBH Türkiye'nin de içinde olduğu dünya devletlerin en önemli ve yaygın olarak görülen ulusal sağlığı meselesidir (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2014). KBH olan kişi sayısı her geçen zaman zarfında daha da artış göstermektedir. Bu artışlar sonucu tedavi gereksinimi olarak renal replasman tedavisinin (RRT) maliyetinin fazla olması ülke bütçelerine büyük bir yük getirmektedir. KBH'de yaygınlığın nedeni, hastalarda başka kronik hastalıkların olması (diyabet (DM), hipertansiyon (HT)), yaşlılık ve fazla kilolu bireylerin artması ile orantılıdır. KBH'nin aşaması artıkça ölümcüllüğü artmakla birlikte 5. evredeki insanların oranı %19-24'e çıkmaktadır (Bülbül ve Çelik, 2021).

## 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Böbrek hastalığında 2004 yılında yayımlanan Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) kılavuzunda hastalık evreleri GFH hızına göre yapılmıştır. Daha sonra 2012 yılında KDIGO tarafından güncellenerek yayınlanan kılavuzda geçmiştekilerden ayrı olarak GFH'ndan ayrı, KBH'ın nedenleri ve albuminüriye de ilave ederek 3 aşamalı bir evreleme gerçekleştirmiştir. Fakat GFH böbrek çalışma mekanizmalarının en iyi işaretidir. KDIGO 2012'de yayımladığı kılavuzda geçmişteki kılavuzlardan ayrı olarak 3.evreyi düzenleyerek kendi içinde 3ave 3b olmak üzere evrelere ayrılmıştır (KDIGO, 2012; Yavuz vd., 2017). KDIGO 2024'de güncellenmiş olduğu değerlendirme ve yönetim rehberinde KBH'ı GFH ile albuminüri düzeylerine bakarak KBH gidişatının düşük (hastalığın başka belirtileri ve KBH mevcut olmayan), orta, yüksek ve çok yüksek olarak risk sınıflandırması yapmıştır. Şekil 2.1'de KDIGO 2024 belirtmiş olduğu GFH ile albuminüri sınıflandırılmasının KBH evrelerine göre yer vermektedir (KDIGO, 2024).

				Albuminüri 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 <sup>2</sup> )	G1	Normal veya yüksek	≥90	Yeşil	Sarı	Turuncu
	G2	Hafif azalmış	60-89	Yeşil	Sarı	Turuncu
	G3a	Hafif - orta derecede azalmış	45-59	Sarı	Turuncu	Kırmızı
	G3b	Orta - şiddetli derecede azalmış	30-44	Turuncu	Kırmızı	Kırmızı
	G4	Şiddetli azalmış	15-29	Kırmızı	Kırmızı	Kırmızı
	G5	Böbrek yetmezliği	<15	Kırmızı	Kırmızı	Kırmızı

**Şekil 2.1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albuminüri Kategorisine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri (Yeşil: Düşük risk, Sarı: Orta derecede artmış risk, Turuncu: Yüksek risk, Kırmızı: Çok yüksek risk)**

**Kaynak:** KDIGO, 2024

Kronik böbrek hastalığı, çoğunlukla ilk zamanlarda bulgusuz gelişir ve olgu olmayabilir. Hastalığının daha sonraki aşamalarında birçok biyolojik, fiziksel ve ruhsal problemler ortaya çıkabilir (Çekim, 2019). KBH'nın 5. Evresi son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) GFH'nın 15ml/dk/1,73m<sup>2</sup>'den daha düşük olduğunda görülmektedir. Hasta kişiler SDBY geliştiğinde hayatta kalmayı devam ettirmek için RRT'ye (hemodiyaliz (HD) ya da organ nakline) ihtiyaç duyulmaktadır (Ateş vd., 2023). SDBY kişilerde HD tedavisi hastalar için çok elzem bir tedavi yöntemidir (Yeşil vd., 2015). SDBY'den dolayı HD tedavisi alan hastaların oranı git gide çoğalmaktadır (Keskin ve Özpulat, 2019).

Evre 1: İlk olarak hastanın mevcut anemnezi kapsamlı olarak alınır. KBH ortaya çıkartacak ve tetikleyecek risk etkenleri ile etiyolojik sebepleri ortadan kaldırılmalıdır. Böbrek fonksiyon hasar durumu ise böbrek hasarı normal olarak belirtilmektedir (Topbaş, 2015).

Evre 2: KBH hastalarının klinik bulgularından olan idrara aşırı protein geçişi albüminüri ve de idrarda kan görülmesi ile karakterizedir. Bunun sonucunda böbrek fonksiyonlarında hasar ve GFH'nın 60-89 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> olmasıdır. Bu evrede hastaya periyodik doktor kontrolü ile tetikleyebilecek kronik hastalıkların tedavi edilmesi önemlidir. Bu sayede KBH'nin artması azalmış olacaktır. Burada böbrek fonksiyon hasar belirtisi hafif azalmış olarak karşımıza çıkmaktadır (Dikmen, 2020).

Evre 3: Bu basamakta hasta kişilerin GFH 30-59 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> olarak belirlenmiş ve GFH ise %50 ye düşmüştür. Böbrek zararı ise hafif-orta (G3a) ve orta-ağır derecede (G3b) azalmış olarak belirlenmektedir. Oluşabilecek tablolara karşı diyet takibi, böbrek takibi ve ortaya çıkabilecek yan etkiler takibe alınır (Dikmen, 2020; Topbaş, 2015).

Evre 4: Burada ise GFH %25'in aşağısına iner ve 15-30 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> değerinde olur. Böbrek zararları ciddi anlamda artması ile üremik belirtiler ortaya çıkacaktır. Böbrek fonksiyon ve görev kayıpları nedeniyle hastaları RRT hakkında bilgiler verilerek ön hazırlıklara başlanmış olur (Dikmen, 2020).

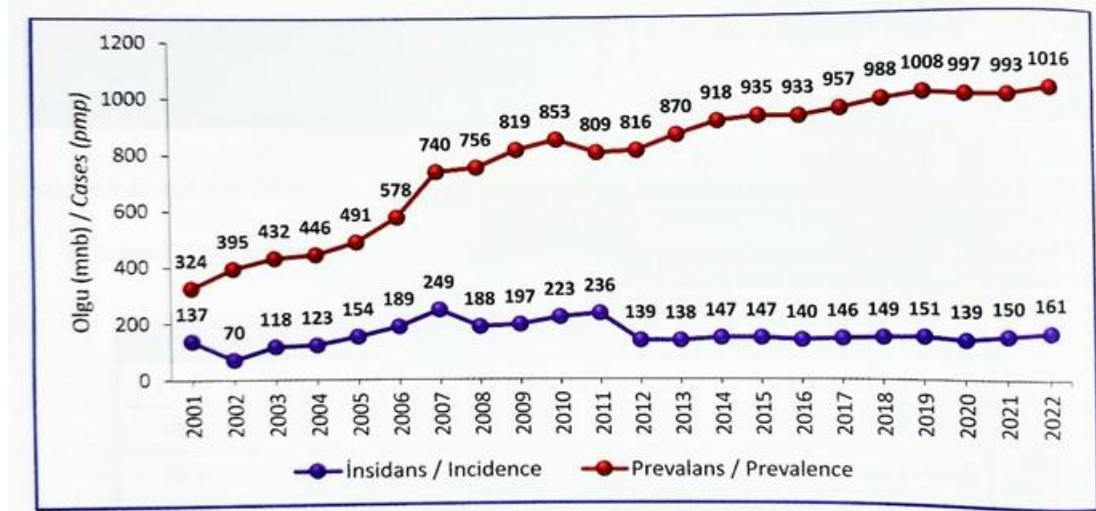
Evre 5: GFH'nın 15 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> aşağıya düşmesi ile böbrekler %5 oranında görev yaparak SDBY tablosu ortaya çıkmaya başlamıştır. Hastada üremik belirtiler başlar ve hasta bu semptomları kaldıramayınca sağlık kuruluşuna müracaat ederek hastaya uygun bir tedavi başlanır (Dikmen, 2020; Topbaş, 2015).

### 2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi

Türkiye'deki KBH prevalansı Türk Nefroloji Derneği (TND) aracılığıyla yapılan Türkiye Böbrek Hastalıkları Prevalans Araştırması (CREDIT) sonucunda ülkemizdeki KBH yetişkin prevalans hesaplanması %15,7 olarak bulunmuştur. Yapılan hesaba göre 6-7 erişkinden birinde böbrek hastalığı görülmektedir. CREDIT araştırmasına göre bayanların %18,4 prevalansının baylardan %12,8 daha anlamlı bir şekilde yüksek çıkmaktadır (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2018).

United States Renal DateSystem (USRDS) kayıtlarına göre KBH içinden düzeltilmiş mortalite değerinin son 10 senede %20 azalma ile 2009 yılına ise senede 1000 şahıs ile 121,6 mortaliteden 2018'de senede 1000 şahsa ile 7,7'ye indiğini ve mortalite derecesinin, ırk, yaş ile cinsiyete dair bütün alt sınıflarda düşüş görülmüştür (USRDS, 2022).

Kronik böbrek hastalığı bulunan kişilerin sayısı, Türkiye ve diğer ülkelerde hızlı bir şekilde artmaktadır (Seyahi vd., 2017). Türkiye'de Türk Nefroloji Derneği'nin 2023 yılında yayınlamış olduğu Registry 2022 verilerine göre SDBY olan bireylerin sayısının her geçen gün artış gösterdiği görülmüştür. 2001 yılına ait 324 (milyon nüfus başına) saptanan hasta kişilerin sayısının artış gösterdiği, 2022 yılında 1016 (milyon nüfus başına) kişiye yükseldiği saptanmıştır (Ateş vd., 2023). Şekil 2.2'de Türkiye'de RRT gerektiren SDBY insidansı yer almaktadır.



Şekil 2.2: Türkiye'de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Hastalığının İnsidansı

Kaynak: Ateş vd., 2023

#### 2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

Böbrek hastalığı farklı etkenlerden kaynaklı gelişebilir ve bunlar arasında en mühim olan etkenler olarak DM, renal vasküler, HT, amiloidoz, polikistik böbrek, glomerülofrit, tübülointerstisyel nefrit hastalıkları bilinmektedir. TND bilgi kayıtlarına binaen SDBY sebepleri içinden birinci basamakta DM ile HT gelmektedir. Şekil 2.3'de Registry 2022 yılı içerisindeki HD vakalarının etiyojik dağılımları görülmektedir (Ateş vd., 2023).

	n	%
<b>Diabetes mellitus / Diabetes mellitus</b>	5.739	36,29
<b>Hipertansiyon / Hypertension *</b>	5.006	31,65
<b>Glomerülonefrit / Glomerulonephritis</b>	729	4,61
<b>Polikistik böbrek hastalıkları / Polycystic kidney diseases</b>	655	4,14
<b>Amiloidoz / Amyloidosis</b>	228	1,44
<b>Obstrüktif nefropati / Obstructive nephropathy</b>	172	1,09
<b>Renal vasküler hastalık / Renal vascular disease</b>	130	0,82
<b>Tübülointerstisyel nefrit / Tubulointerstitial nephritis</b>	107	0,68
<b>Diğer nedenler / Miscellaneous</b>	1.170	7,40
<b>Etiyolojisi bilinmeyen / Unknown etiology</b>	1.879	11,88
<b>Toplam / Total</b>	15.815	100,00

#### Şekil 2. 3: Registry 2022 Yılı Son Dönem Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

**Kaynak:** Ateş vd., 2023

İnsanlarda böbrek hastalıklarını etkileyen çok sayıda etkenler bulunmaktadır. Bu etkenler insanların cinsiyeti, demografik özellikleri ile yaş gibi ülkelerin bulunduğu coğrafi yeri ve etnik kökenlerine göre farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Collins vd., 2015). Ülkemizde hastalık ile ilgili sağlanan bilgiler doğrultusunda RRT neden olan SDBY prevalansındaki yükseliş durumu KBH risk durumunun sorgulanması gerektiğini ortaya çıkartmaktadır. Geline teknoloji ve sağlık sisteminin gelişimi ile insanların hayatlarının süresinin arttığı ve bununla birlikte KBH hastalığı da doğru orantı olarak çoğalacağı tahmin edilmektedir. Bu durumda ise hasta kişilerin erken teşhisi ve planlı tedavi uygulamaları çok önemlidir (Funakoshi vd., 2013).

Böbrek hastalığı çoğunlukla sinsi ve ilk zamanlar herhangi bir belirti göstermeden gelişir ve hastalık artana dek kendisini göstermez. Hasta insanların böbreklerindeki harabiyetler hastalığın etiyojisine, zorunda kaldığı problemlere ve müdahalelerdeki değişkenliklere göre farklılık gösterir. KBH hastalığının etkileyen diğer akut ve kronik hastalıkların tedavisi edilmediği takdirde hastalarda ölümler görülecektir (Zarantonellovd., 2021). Asya ülkeleri ile Afrika ülkelerin içinde bulunan kırsal bölgelerin de yaşamakta olan halkın geleneksel farmakolojik tedavileri kullanımlarından kaynaklı KBH'da artışlar oluşmaktadır. Tüketilen suyun, bulunduğu toprak içinde bulunan metal ve organik maddelerden ortaya çıkardığı kirlilikler de hastalığın çıkışında etkili olmaktadır (Webster vd., 2017).

## **2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları**

İnsanlarda böbrek hastalığı GFH'nın düşmesi neticesinde metabolik ile endokrin sistemlerinde, sıvı-elektrolit düzenin ayarlanmasında ilerleyici ve geri dönüşsüz görev kaybıyla karakterize hastalıktır (Varol ve Sivrikaya, 2018). KBH'ında belirti ve bulguların hastada orta çıkması KBH'ın şiddeti, hastalığın ilerleme hızı, hastalığın kaynağı ve hastalığa neden olan patolojik sebepler ile ilişkilidir. Çoğunlukla maruz kalınan sistemlerin kliniği gözlemlendiğinde üre seviyesinin artmaya başlamasıyla sistem ve organlarda hasar oluşur ve çok fazla belirti ve bulgunun kendini göstermesi ile hastalık kendini göstermeye başlar. Bu durumdan kaynaklı farklı sistemlerde etkilenmektedir (Tayaz ve Koç, 2020). Netice olarak oluşabilecek bütün düzensizlikler belirti olmayabilir ve belirtilerin derecesi hastalar için aynı seviyede olmayabilir. KBH belirti ile bulguları tablo 2.1'de belirtilmiştir (Ekici, 2023).

**Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığı Belirti ve Bulguları**

<b>SİSTEM</b>	<b>BULGU</b>
<b>Sıvı-Elektrolit Bozukluklar</b>	Hipervolemi, hipovolemi, hipernatremi, hipermağnezemi hipokalsemi, hiponatremi, hiperpotasemi, hiperfosfatemi, hipopotasemi, metabolik asidoz.
<b>Hematoloji-İmmünoloji</b>	Kanama, normokromnormositer anemi, lenfopeni, eritrosit fragilitesinde yükseliş, infeksiyonlara eğilim, kanser, immün rahatsızlıkları yatışması, mikrositik anemi, tüberkülin benzeri tanıtıl testlerde harabiyet, aşıyla kazanılmış immünitede düşmesi.
<b>Gastrointestinal Sistem</b>	Parotit, stomatit, hıçkırık, gastrit, gastrointestinal kanama, iştahsızlık, asit, ülser, motiliteharabiyetleri, bulantı, perforasyon, kusma, kronik hepatit, özafajit, intestinal obstrüksiyon, pankreatit.
<b>Sinir Sistemi</b>	Koma, stupor, konuşma bozuklukları, demans, uyku problemler, konvülsiyon, irritabilite, baş ağrısı, polinöropati, sersemlik, kramp, yorgunluk, konsantrasyon harabiyetleri, meningism, ter bozukluklar, restlessleg sendromu, tik, ruhsal problemler, myoklonus, tremor.
<b>Kardiyovasküler Sistem</b>	Hipertansiyon, ödem, Perikardit, kardiyomyopati, kapak hastalığı, şiddetlenmişatheroskleroz, aritmi.
<b>Metabolik-Endokrin Sistemi</b>	Hiperprolaktinemi Glukoz intoleransı, libido düşmesi, büyüme gerriliği, hiperlipidemi, impotans, hiperparatiroidi, malnitasyon, hipogonadizm, hiperürisemi.
<b>Cilt</b>	Geç kalınmış yara düzelmesi, hiperpigmentasyon, solukluk, kaşıntı, tırnak atrofisi, üremik döküntü, nekroz, ülserasyon.
<b>Kemik</b>	D vitamini metabolizması harabiyetleri, üremik kemik rahatsızlıkları, amiloidoz(beta2-mikroglobülin), artrit, hiperparatiroidi.
<b>Pulmoner Sistem</b>	Pulmoner ödem, üremik akciğer, Prevral sıvı.
<b>Diğer</b>	İnce doku kalsifikasyonu, susuzluk, hipotermi, kilo düşüklükleri, miyopati, üremik ağız kokusu, akkizböbrek kistik rahatsızlık, noktüri, karpal tünel sıkıntısı.

**Kaynak:** Ekici, 2023

## 2.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Rahatsızlığı olan hastaların oluşan şikâyetleri karşısında fiziki muayeneleri yapıp gerekli olan laboratuvar tetkikleri ve radyolojik görüntülemeler sonucunda hastaya tanı konularak bu tanıyı eşlik edebilecek farklı hastalıkların olup olmadığı, böbrek fonksiyon hasarları, böbreklerin gördüğü iş ağırlığı, oluşabilecek yan etkiler, böbrek çalışma kaybı ile kardiyovasküler tehlikeleri yönünden değerlendirilmelidir. Tedavi süreci ise hastanın aldığı tanıya yönelik özgün tedavi başlanmalıdır. Hastalığı etkileyebilecek etkenleri kontrol altına alınmalı ve böbrek hastalığı tablosunu etkileyecek üremik semptomlar ortaya çıktığında RRT'lerinden uygun alan diyaliz ve renal transplantasyon seçeneklerinden olan bir tedavi şekli seçilmelidir. KBH evrelerine göre belirti, tedavi-bakım tablo 2.2'te belirtilmiştir (Topbaş, 2015).

**Tablo 2.2: Kronik Böbrek Hastalığı Evrelerine Göre Belirti, Tedavi ve Bakım**

Evre	Belirti	Tedavi ve Bakım
<b>Evre 1</b>	<p>Bu evresinde KBH belirti göstermez.</p> <p>GFH' da azalma haricinde klinik semptom ile laboratuvar bulgusu yoktur.</p>	<p>KBH tanımlanır, buna uygun bir biçimde tedavi yöntemi sunulmalı, GFH da hızlı bir bozulma olduğundan kardiyovasküler risk faktörleri belirlenmeli,</p> <p>Kan basıncı ölçümlerinde özenli davranılmalı,</p> <p>Glikoz takibi yapılır, kilo izlemi ile buna uygun kilo planlaması sağlanmalı ve kolesterol düzeyi ölçülmeli,</p> <p>Senelik GFH ölçülmeli.</p> <p>Yapılan stikle ölçümünde protein olursa senelik idrarda albümin-kreatin ve protein-kreatin ölçüm yapılmalıdır. Koruyucu sağlık eylemlerinin gelişmesi kazanılmalı (alkol, sigara, nefrotoksik etkenler (bitkiler ve ilaç vb.) kullanımından kaçınılmalı.</p>
<b>Evre 2</b>	<p>Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (DOQI) ile Ulusal Böbrek Vakfı'na (NFK) göre (GFH 60-80 ml/dk/1.73m<sup>2</sup>) gözlemlenen hastada ısrarlı proteinüri, ısrarlı mikro albüminüri, ısrarlı hematüri, renal anormallikleri, biyopsiyle teşhis edilmiş glomerülonefriti var ise KBH'lı diye kabul görmeli ya da çok fazla araştırma konusu gerçekleştirilmelidir.</p> <p>GFH'nın farklılık oranı, hastalığın artışı dikkate edilmesi önemlidir ve sevkine ihtiyaç vardır. Altı ay veya üstündeki zaman zarfında GFH'de &lt;2 ml/dk/1.73m<sup>2</sup>'lik azalma olursa GFH stabil olarak değerlendirilir. NFK-DOQI'nın ikinci evredeki hastaları KBH'na katma sebebi önemli derecede renal harabiyetine rağmen GFH'nin normal veya yükselmiş düzeylerde devam ettirilebileceği ve renal hasarı olan bireylerin, böbrek yetmezliği ile kardiyovasküler rahatsızlık ilerlemesi açısından şiddetli tehlikede olmasındandır.</p>	<p>Şeker kontrolünün iyi düzenlenmeli, tansiyon tedavisi ile gözlenmesi yapılmalı,</p> <p>Kişinin öz bakım kuvveti ve yaşam tarzı değişiklikleri hususunda hasta kişiler yöreklendirilmeli (sigara ile alkolü terk ettirilmeye, sistematik egzersiz yapma, vb.).</p> <p>Kolesterol düzeyi gözlemlenmeli, Senelik GFH ölçülmeli, farmakolojik tedavisine adaptasyon sağlanmalı.</p>

**Kaynak:** Topbaş, 2015

**Tablo 2.2: Kronik Böbrek Hastalığı Evrelerine Göre Belirti, Tedavi ve Bakım-Devamı**

Evre	Belirti	Tedavi ve Bakım
<b>Evre 3</b>	GFH $\geq$ ay süresince 60 ml/dk/1.73m <sup>2</sup> ya da daha altında düşmesi hastaların renal işlev seviyesinin yarısını veya çok fazlasının yitirdiğini gösterir. Evre 3'te görev yitirmelerin biyokimyasal olarak görüldüğü (BUN, noktürü, anemi, poliüri ve kreatinde yükseliş, idrar kontrasyonunda düşme vb.) göstermektedir.	Tansiyon takip iyi sağlanmalı. Altı ayda bir P, GFH,K,HbveCa, takibi sağlanmalı. Yapılan GFH'de hızlı azalma, mikroskopide hematüri bulunuyorsa, TA kontrol sağlanamıyorsa, idrarda AKÖ >30 mg/mmol ve PKÖ 45 mg/mmol sa düzenli nefroloji servisine baş vurulmalıdır., Devam eden grip ve pnömoni engellenmeli, Tüm ilaçları revizyon edilmeli yetrli doz ayarı sağlanmalı, Nefrotoksik ilaçla alımına karşı ikaz edilmeli (Ör: antienflamatuar ve Nonsterid ilaçlar), Malnütrasyonu engelleyen diyet tavsiye edilmeli, Kişiy psikolojik destek temin edilmeli, Hastalar RRT seçenekleri hakkında bilgilendirilme sağlanmalı, Kilo ile ödem kontrolü sağlanmalı, Diyabetik hastalarda proteinüriyi egale etmek için kişilerin tansiyon, kan şekeri düzeylerinin kontrol altında olması dağlanmalı, ilaç ve diyet takibi ve alımı özen gösterilmelidir.
<b>Evre 4</b>	GFH'ndaki azalmayla birlikte üremik belirtilerkendini göstermeye başlar, Hiperfosfatemi, böbrek osteodistrofi, hipokalsemi, metabolik asidoz, gastrointestinal (kanama, bulantı, iştahsızlık, kusma), anemi ve nörolojik belirtiler (üremik ensefalopati, üremik nötropati) izlenir.	3 ayda bir hem GFH ölçülmeli hem de evre 3'deki kan ölçümlerine ek olarak bikarbonat ve PTH seviyesi ölçülmeli, Hepatit B aşısı tekrarlanmalı (Anti-HBstitresi<10 mlU/ml), Hastalar renal replasman tedavisine hazırlanmalı ve dikkatli yönetilmeli, Primer ve sekonder bakım arasında etkili bağlantı sağlanmalı, Devamlı diyaliz tedavisi sağlanmalı, Diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve eczacı ekibe alınmalı, Renal anemi ve renal kemik hastalığı tedavi edilmeli,
<b>Evre 5</b>	Üremik belirtiler artar, idrar miktarı düşer, bütün organ ile sistemlerle alakalı bulgular gün yüzüne çıkar ve RRT 'sine ihtiyaç duyulur.	Burada da Evre 4'tekiler de olduğu gibi aynen yapılır. RRT'si başlanmalı ve özenli tedavi yaklaşımı temin edilmeli, Malnitrusyonengellenmeli, Genel sağlık ile iyi hali kazanılıp korunmalı,

**Kaynak:** Topbaş, 2015

Diyaliz tedavi yöntemi ise periton diyaliz ile hemodiyaliz şeklinde görülmektedir (Yürügen vd., 2015). KBH'da kullanılan tedavi şekillerinin tümünün amacı; bireylerinin hayatta kalma sürelerinin arttırmakla birlikte, hayat standartlarını da mümkün mertebe en üst seviyede devamlılığını arttırmaktır. KBH sürecinde hemen hemen etkilenmeyen hiçbir organ kalmamıştır, bu sebeple konversif tedavi çok önemlidir (Varol ve Sivrikaya, 2018).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların tedavi yöntemlerinden biri olan periton diyaliz karın (periton) boşluğundan tıbbi tedavi amaçlı katater aracılığı ile diyaliz uygulamasının yapıldığı tedavi şeklidir. Bu tedavi yönteminin amacı; insan vücudun da biriken toksik ile metabolik maddelerin (kreatinin, üre) vücuttan atılması sayesinde sıvı ile elektrolit düzenini yeniden sağlamaktır (Yürügen vd., 2015). Hastanın kanında toplanan toksik artıkların zar (yarı geçirgen) işlevi gören periton sayesinde diyalizata aktarılır. Gerçekleşen bu işlem devamında karın boşluğuna aktarılan diyalizat geri çekilir (Sezen, 2014). Periton diyaliz tedavisi alma haftanın her günü ile günlük 4 ya da 4'ten da fazla yapılabilir. Tedavi alan kişiler bu süreçte tek başına olduğu gibi yakınlarının yardımı sayesinde hastanın konforu etkilenmeden istedikleri sürede gerçekleştirmektedirler (Yürügen vd., 2015).

Periton diyalizin uygulanmasının daha basit olması HD'den daha fazla talep edilmelidir. Bir yandan da oluşan komplikasyonları içinden enfeksiyon fazlalığı kullanımını olumsuz yönde kısıtlamaktadır. HD'e göre ise avantajlı kısmı; kan basıncı takibinin çok iyi gerçekleştirilmesi, çok sıvı toplanmaması karşın sıvı takibinin iyi gerçekleştirilmesi, diyet sınırlandırılması düşürülmesi, kişinin tedaviyi kendisinin yapması, eğitimin karışık olmaması ve kısa zamanda gerçekleştirilmesi ile bir sağlık kuruluşuna bağlılık ihtiyacı duyulmamaktadır (Sezen, 2014; Yürügen vd., 2015).

## **2.7. Hemodiyaliz**

Hemodiyaliz tedavisindeki en mühim hedef; üre ya da kreatin benzeri protein metabolizmasının meydana getirdiği atık maddelerinin bedenden dışa doğru çıkartmak, başka bir açıdan ise serum elektrolitlerinin ve asit-baz istikrarının sağlanması ile bedende oluşan fazla sıvıyı bedenden atmaktır. SDBY olan kişilerin kanını diyaliz cihazı içinden geçirilerek kanın pıhtılaşmasını önlenmesi ile sıvının içeriğinin yeniden dizayn edilerek tedavi olan kişiye geri verilmesi sayesinde gerçekleşen tedavi şeklidir. Bu tedavi şekli genelde hafta da 3-4 defa gerçekleşen ve

sağlık tesisinde gerçekleşen tedavidir. HD yöntemi ultrafiltrasyon ile difüzyon olarak gerçekleşen bir sistemdir (Sezen, 2014; Yürügen vd., 2015).

Tedavinin çok sağlıklı işleyebilmesi için yeterli kadar kan şiddetini gerçekleştiren damar yolu, uygun diyaliz membranı, uygun cihaz ve diyalizat çözeltilerine ihtiyaç vardır. Uygun damar yolu yöntemleri; Arteriyovenöz greft (AVG), arteriyovenöz fistül (AVF) ve geçici/kalıcı kateterlerdir. AVF arter ile ven damarların ameliyathane ortamında steril bir şekilde birbirine bağlanması işlemidir. AVG sistemi de uygun greft yardımı sayesinde gerekli olan kan akışını gerçekleştirecek yapay bir ven damar ortaya koymaktır. Hasta tedavisinde enfeksiyon, anevrizma ve trombüs görülme süreci artarsa AVG yöntemi tercih edilmelidir (Sezen, 2014). HD tedavisi Türkiye’de yapılan RRT uygulamaları içinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. 2022 tarihinde RRT tipine göre dağılımı şekil 2.3’te gösterilmektedir (Ateş vd., 2023).

	n	%
<b>Merkez hemodiyalizi / In-center hemodialysis</b>	60.466	69,77
<b>Ev hemodiyalizi / Home hemodialysis</b>	1.257	1,45
<b>Periton diyalizi / Peritoneal dialysis</b>	3.552	4,10
<b>Böbrek transplantasyonu / Kidney transplantation *</b>	21.390	24,68
<b>Toplam / Total</b>	86.665	100,00

\* Yaklaşık sayı / Approximate number

**Genel prevalans / General prevalence = 1.016,2 mnb / pmp**

**Şekil 2.1: 2022 Yılı İçinde Renal Replasman Tedavisi Başlanan İnsidan Hastaların Uygulanan Renal Replasman Tedavi Tipine Göre Dağılımı**

**Kaynak:** Ateş vd., 2023

2022 tarihinde RRT içinden HD başlayan hastaların damar yollarına erişim dağılımı şekil 2.4’te gösterilmektedir (Ateş vd., 2023).

	n	%
Arteriyo-venöz fistül / Arterio-venous fistula	42.865	70,89
Arteriyo-venöz greft / Arterio-venous graft	527	0,87
Kalıcı (tünelli) kateter / Permanent (tunneled) catheter	14.979	24,77
Geçici (tünelsiz) kateter / Temporary (non-tunneled) catheter	2.095	3,47
<b>Toplam / Total</b>	<b>60.466</b>	<b>100,00</b>

## Şekil 2.2: 2022 Yılı Hemodiyaliz Hastalarında Damar Yollarına Erişim Dağılımı

**Kaynak:** Ateş vd., 2023

Hemodiyaliz tedavisi insanların hayat süresini artıran ve ortaya çıkan teknolojinin ilerlemesi sayesinde güvenliği çoğalan tedavi şekli olmakla birlikte kendisiyle ortaya çıkan akut ile kronik yan etkilerin ortaya çıkarabilmektedir. Aşağıda belirtilen tablo 2.3'te komplikasyonlar verilmektedir (Burkev, 2021).

**Tablo 2.3: Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikeasyonlar**

Akut Komplikeasyonlar	Kronik Komplikeasyonlar
Hipotansiyon Ağrı (sırt, baş, göğüs ağrısı) Kramplar, kaşıntı Ateş, titreme Bulantı, kusma Konvülziyon Hipoksi Sıvı-elektrolit dengesizlikler Aritmi Kanamalar	Nörolojik: Nöropti, uyku bozuklukları Kardiyovasküler: Kalp yetmezliği, Hipertansiyon, Perikardit Metabolik-Endokrin: Gonadaldisonksiyon, Hiperlipidemi Hematolojik: Kanamaya eğilimin yükselmesi, Anemi, hepatit C, Hepatit B, idrar yolu enfeksiyonu ve HIV Kemik hastalıkları: Osteomalazi, renal osteodistrofi, subdural hematoma, ensefalopati,

**Kaynak:** Burkev, 2021

Hipotansiyon: HD tedavisinde en sık ortaya çıkan yan etkidir. Genellikle yaşlılarda ve kardiyovasküler problemi olanlarda daha çok görülür. Her bir tedavi sürecinde hipotansiyon tahmini %20-30 değerinde görülür (Sezen, 20214; Yürügen vd., 2015).

Kas Krampları: HD tedavisi alan kişilerde çoğunlukla kramplar da görülür. Sebebi ise muhtemelen çok ultrafiltrasyon ve diyalizat çözeltilisinde sodyumun azlığı ile karakterizedir (Yürügen vd., 2015).

Uyku Problemleri: Hastaların %60-80'nin de uyku problemleri görülmektedir. Bunun gerekçesini tek bir sebebe bağlamak yeterli olmayacaktır. Bununla birlikte ilaç kullanımı, anksiyete, depresyon, kaşıntılar, kas spazmları, diyaliz sürecinde uyumak, huzursuz bacak problemi ve benzer problemlerden kaynaklanmaktadır (Sezen, 20214; Yürügen vd., 2015).

Bulantı kusma: HD seansları sürecinde gözlemlenen bulantı ve kusmanın sebepleri ultrafiltrasyon kaynaklı görülen hipotansiyon, ihtiyacı karşılamayan diyaliz, üremi, hiperkalsemi ile disequilibriumdur (Şanlıtürk vd., 2018).

Kaşıntı: DH tedavisi alan bireylerin sık karşılaştığı bir komplikasyondur, prevalans %20-90 değerlerinde farklılık göstermektedir. Kaşıntılar sebebiyle hasta bireyin hayat konforunu olumsuz etkilenir (Sezen, 20214; Yürügen vd., 2015).

Enfeksiyon: Enfeksiyonlardan kaynaklı hastanelere yatış oranının artması ile ölüm oranlarında da artış görülmektedir. Hastaların HD kaynaklı enfeksiyon oranlarının %70 yüksek olarak invazif girişimlerden kaynaklıdır. Buna ek olarak kan ürünleri aracılığı ile hepatit C ve hepatit B virüsleri de görülmektedir (Sezen, 20214; Yürügen vd., 2015).

Anksiyete ve Depresyon: HD tedavisi gören hasta kişilerde depresyon ile anksiyetemorbidite ile mortaliteyi negatif olarak etkileyen sıkça ortaya çıkan problemlerdir. HD sürecinin ve seans periyodunun artması ile hasta kişilerde psikolojik sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır (Şanlıtürk vd., 2018).

## **2.8. Psikolojik Durum**

Kronik hastalıklar içinde KBH olan kişilerin HD tedavisi uzun ve yorucu bir süreç olduğundan bu hastalarda psikolojik sağlık problemleri meydana gelmektedir. Çoğu zaman depresyon, anksiyete ve strese bağlı olarak psikolojik hastalıkların beraberinde mortalite korkusu ile yoğun karşılaşılmaktadır (Topbaş ve Bingöl, 2017).

Depresyon, Klinik açıdan uzun zaman süren, bireyin günlük aktivitesini ve işlevselliğini negatif şekilde maruz kalınan çöküntülük, ümitsizlik, ilgi kaybı ve karamsarlığın etkisi olduğu bir tecrübedir. Depresyon bireyin geçmiş zaman, şimdiki zamana ve gelecek zamana yönelik duygu ve fikirlerine negatif şekilde bir değişim ortaya çıkarır. Birey geçmiş zamana yönelik pişmanlık ile suçluluk duyarken, gelecek zamana karşı ise karamsar ve kötümser fikirlere sahip olur (Topbaş ve Bingöl, 2017).

Anksiyete, yaşam süresince tüm insanlar tarafından farklı düzeyde yaşanabilen evrensel histir. Fizyolojik semptomları ili birlikte huzursuzluk, heyecan benzeri psikolojik özelliklerle birlikte ansızın fena şeyler gerçekleşecekmiş gibi hissedilen endişe durumudur. Tehdit olarak hissedilen olaylara/deneyimlere yönelik sağlıklı tepkidir; hayatta tutunmak adına bireyi hayatta tutar. Bir hadise sırasında ve bittiğinden öğrenmeyi, sorunu gidermeyi ve memnuniyeti yükselttiğinden, hafif seviyede endişe bireyi motive eder. Anksiyete aslında korku durumunu andıran fakat nedeni bilinmeyen veya nedeni istem dışı olan durumları ifade etmektedir. Korkuda hissedilen tehlike, tehdit zamanında ortaya çıkan gerilim, kuvvetli kaçma ya da heyecan hissidir (Nehir, 2020).

Stres, duyuşsal ile fiziksel açıdan karşılaşılan güçlükler bireyin mücadele etme kaynaklarını ve kabiliyetlerini aştığı vakit gerçekleşen psikolojik hal olarak adlandırılır. İnsanların hayatları süresince kişisel ile çevresel çok sayıda engellerle karşılaşıyor. Gerçekte hayatta ise bireyin bu güçlüklerle adaptasyon göstermesi gerektirir. Çok uzun seneler süresince stres kavramına ilişkin sayısızca değişik tanımlamalar üretilmişse de stresin yalnız ve yeterli olacak tanımı yoktur. Yalnız ortaya çıkan bu tanımlamaların ortak paydasından yola çıkacak olursak stres için bazı sonuçlar sunulmuştur:

- Kişi ile ortamın birbirleri ile etkileşime geçmesiyle meydana gelen stres, bireyi motive sağlamanın yanı sıra çok seri ve etkili bir yolla hareketlendirir.
- Tehlike ile tehdit esnasında meydana gelen stres kişinin algılama seviyesini artırır.
- Stres doğal yöntemlerle hakimiyet sağlanabilececek bir tepki değildir (Gökler ve Işıtan, 2012; Parvan, vd., 2015)

Depresyon ve anksiyete, SDBY hastalarında en sık görülen psikolojik bozukluklardır ve sık hastaneye yatış, kötü yaşam kalitesi ve daha yüksek ölüm riski gibi olumsuz sonuç riskini artırır (Kellerman vd., 2010). HD tedavisine başlanan hastalarda hayatlarını kısıtlandırılması, çok değişik ilaç başlanması, diyet sınırlandırılması, sosyal ilişkilerde düşüşler temel psikiyatrik sorunların başlıca nedenleri arasındadır. Anksiyete, depresyon ve stres en fazla görülen ruhsal problemlerdir. Aile içinde rolü ile görevlerini yapamama, çalışma hayatı ve eğitimde isteksizlik neticesinde etkinliğinin yitirilmesi, geleceğe yönelik ümidinin eksilmesi, cinsel işlev kusurları ve buna benzer sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur (Arık ve Dilek, 2010; Arşimet,

2023). Depresyon ve stres de dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıkların böbrek yetmezliği olan hastalarda morbidite üzerinde etkisi vardır. SDBY yönelik böbrek replasman tedavilerinin terapötik yönü dışında bir stres kaynağı olarak kabul edilirler. HD tedavisi esnek değildir ve bu hastalar sıklıkla hastalığın stres etkenleriyle baş etmekte zorluk çekerler. Belki de en büyük stres kaynağı HD sürecidir (Ünsal Avdal vd., 2020).

Tipik stres etkenleri arasında cihazlara fiziksel bağımlılık, fiziksel fonksiyondaki sınırlamalar, cinsel fonksiyon ve diyetdeki değişiklikler yer almaktadır. Hastalık tanısının konulması KBH olan bireylerin biyopsikososyal durumlarını olumsuz etkileyerek günlük yaşamdaki rol ve sorumluluklarının değişmesine neden olmaktadır (Parvan vd. 2015). SDBY nedeniyle haftada ortalama üç gün 4-6 saat devam eden diyaliz uygulamalarıyla hastanın hayatı diyaliz cihazına ve ailesine bağlı hale getirmektedir. Bu durum onların iş kaybına yol açabilmektedir. Hastaların işini kaybetmesi durumunda (özellikle ekonomik geliri sağlayan kişinin hasta olması durumunda) sağlıklı eş bu rolü üstlenmekte ve bu durum ailede rol karmaşasına ve çatışmasına neden olabilmektedir (Duran ve Güngör, 2015). Sosyal destek, aile sorunları, diyaliz ünitesi kültürü ve sosyo-ekonomik durum, bu hastalarda depresyon ve anksiyete ile bağlantılı faktörler arasındadır (Lerma vd., 2017). Hastalığın depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duygusal durumlar yoluyla algılanması, otomatik düşüncelerle ifade edilir ve bu bilgi süreci nesnel veya çarpık olabilir, bu da bilişsel çarpıtmalar olarak tanımlanan düşünme hatalarına yol açabilir (Lerma vd., 2012; Rnic vd., 2016). Depresyon ve anksiyete belirtilerinin çoğunlukla olumsuz bir duygusal duruma yol açan çarpık düşüncelere aracılık etmektedir (González-Flores vd., 2021; Rnic vd., 2016). Rohini ve Ezhilarasu'nun (2016) HD tedavisi alan hastaların hayat tecrübelerini araştırdıkları kalitatif çalışmada HD alan kişilerin bastırılmış ve mutsuz yaşamı devam ettirdikleri, çalışma ve kişilik statüsünün bozulduğunu, hayatlarının ıssızlaştığını, mortalite endişesi takip ettiğini, gerçekleşmemiş istek ve heveslerinin olduğu neticesine varılmıştır.

Hemşireler HD tedavi alan kişilerin sağlık durumu ile ilgili şahsi algısına saygı göstermesi, uygun tedavi sağlanması gerekir. KBH açısından toplumun eğitilmesi, risk faktörlerinin eğile edilmesi, hastalar ile ailelerinin hayat standartlarını yükseltilmesinde hemşirelerin çok önemli görevleri vardır (Varol ve Sivrikaya., 2018). Yaptığı çalışmaların farkında olan hemşireler, yan etkileri engellemek ve hastalık

kontrolünü sağlamak için mücadele etmeli, verilen bakımların temelini bulunduğu biyopsikososyal taraflarına önem vermeli, gündelik yaşam aktivitelerinde hemşirelik süreci programları ile hareketlerini daha yararlı olarak sağlamalıdır (Arşimet, 2023).

## 2.9. Sosyal Destek

İnsanların sosyal yaşamını devam ettirmesi ile sağlıklı olarak hayatının sürdürmek için kendi cinsine gereksinim hissetmektedir. Bu durumda insan yaşamının her safhasında destek gereksinimi hissetmektedir ve duyulan gereksinime karşı cevap olarak verilen bütün olumlu olumsuz cevaplar sosyal destek (SD) diye adlandırılır (Özkul ve Çalık Var, 2018).

Hastalarda görülen destek sistemleri ele alındığında informal ve formal olarak karşımıza çıkmaktadır. İnformal sistem kişilerin psikolojik çevresini oluşturmaktadır. Bu çevre içinde baba, anne, eş, arkadaşlar, akraba, sevgili ve komşu yer almaktadır. Formal destek sistemi ise gönüllü kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarından oluşan sosyal destek sistemleridir. Bu sistemler insanlara çok farklı yardımlar kazandırmaktadır (Dinç, 2020). Sosyal destek fonksiyonlarına göre sosyal destek çeşitlerini şu şekilde bulunmaktadır.

- Duygusal sosyal destek: Farklı kişiler ile oluşan duygusal bağlar, şefkat, saygı, ilgi, kabullenme, duyguları açma, yakınlık, değer verme ve sevgi gibi olanaklar sağlandığı için kişinin zihinsel ile duygusal olarak iyi hissetmesine yardım etmektedir (Şimşek vd., 2018).
- Bilgi sağlayıcı sosyal destek: Oluşan sorun veya mesele karşısından kişinin çeşitli çözüm alternatiflerinin bulunduğunu anlaması, bilmesi ve görmesine katkı sağlar. Etrafındaki insanların kişinin hayatını kolaylaştırıcı şekilde kişiye öğütler verme, fikir verme ile telkinde bulunması, bireye tecrübe ya da bilgiyle geri dönüşte bulunması bilgilendirilmiştir (Şimşek vd., 2018).
- Araçsal ya da maddi sosyal destek: Kişinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi için ihtiyaç olduğu durumlarda gündelik işlerinden kişiye destekte bulunmak için maddi ya da ihtiyaç duyulan araç-gereci sağlamakta somut yardımları barındırır. Öteki SD sınıflarından farklı olarak kişinin problemini direkt olarak özelde gidermek gibi bir faydası vardır (Şimşek vd., 2018).

- Güven desteği: Çevredekilerin kişiyi desteklemesi, kişinin yanında kişiyi anladıkları, kişi ile aynı hisleri ve fikirleri benimsediklerini ve empati hislerinin oluşması gibi hareketleri kapsar (Şimşek vd., 2018).
- Sosyal destek etkileşimleri; İnsanların yaşamlarında sağlığı koruma ile düzeltmek, sağlık sorunlarını engelleme, stresle uğraşmada kolaylık sağlama, stresin reaksiyonlarına karşı koruma, olumlu ve sağlam ilişkiler oluşturup sürdürülmesinde mühim görevler üstlendiği kabul edilmektedir (Alakaş, 2021).

Sosyal destek kişinin stres meydana getiren yaşam hadiselerinin algılanan önemini düşürerek ve sağlıklı hareketleri kolaylaştırarak kişinin duygusal stresinin üstesinden gelmesine destek sağlar. Stres durumunun engellenmesinin en önemli yollarından birisi yaşamın tüm bölümlerinde SD'i elinde bulundurmadır. Kişinin SD etkileşimini öğrenmesi oluşabilecek stres hadiseleri ile mücadele etme kabiliyeti açısından önemlidir (Üstündağ vd., 2019).

Sosyal destek insan sağlığını çok önemli seviyelerde desteklediği bilinmekte ve biyo-psikososyal düzeyde refahı daha güçlü duruma getirmektedir. Kronik hastalıklar karşısında pozitif etki sağlandığı ve tedaviye adaptasyonun arttığı belirtilmektedir (Brunelli vd., 2016). HD tedavisi alan hastalarda SD, kişilerin fiziksel ve psikolojik problemler oluşturacak hastalıklarda sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çok önem arz etmektedir. Hasta kişilerin yaşam süreleri arttıkça sosyal ve psikolojik problemler çok fazla ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte tedavi alan kişiler ruhsal ile SD ihtiyaçları daha da artmaktadır. Bundan kaynaklı olarak SD mekanizması yetersiz ise HD tedavisi alan kişiler hastalığın etkilerinden çok fazla zarar tablosu ile karşılaşılır. KBH teşhisi konulan ve HD alan hastalar etkilendiği ekonomik, sosyal ile psikolojik problemler ile etkin mücadele etmesi için olduğu çevrenin destek sisteminden faydalanması gerekmektedir. HD tedavisi alan kişilerin sosyal ile psikolojik açıdan kendilerini iyi hissetmeleri için aktif rahatsızlıkları ile ilgili fazla etkin bir bilgilendirilme yapılmalı ve aynı zamanda etkin bir SD sağlanmalıdır. Sağlanan SD sayesinde almış olduğu HD tedavisinin verimliliği artarak kişinin tedaviye vermiş olduğu cevapta etkin olur (Atik vd., 2015).

Hemodiyaliz tedavi sürecinde sosyal etkileşim problemleri, depresyon, ekonomik problemler, oryantasyon güçlüğü, uyku sorunları, işini kaybetme, fiziksel güç düşüklük, kısıtlamalara kaynaklı stres, sosyal izolasyon, cinsel fonksiyon kaybı ve

bunlara benzer çok problemler ortaya çıkmaktadır. Kişilerin bu karşılaştıkları problemler tedaviye uyumu olumsuz etkileyerek yaşam niteliğini etkilemektedir (Mutlu ve Duyan, 2012). HD tedavisi alan hastalar sürekli kendileri dışında birçok cihaz ve insanlara tabi olmalarından dolayı tedavi alan kişilerde çeşitli güçlükler oluşmakta ve bağımlılık sorunlarını artırmaktadır. HD tedavi daha ileri zamana ertelenmesi veya tedaviyi kesmek neredeyse imkânsız olması, tedaviye uygun diyet yapılması zorunluğu ile HD seanslarının sıklığı ile kısıtlayıcı diyet devamlılığı uygulamak hastalığını devamlı hatırlatmaktadır (Şimşek, 2018). Tedavi sürecinde hasta bireyde kötü alışkanlıklara yönelme, dışlanma, içe kapanma, yalnızlık ve intihar gibi olumsuz durumları tetiklenmektedir. Bundan kaynaklı iyi sağlanan SD ortaya çıkan KBH'nın ilerleme ivmesini yavaşlatır, hasta kişiye olumlu yönde verimli davranışlar ortaya koyar ve iyileşmeye artı yönde ivme sağlar. Oluşan stresi egale etmek için hasta kişiye ilk başta yakın çevre ve daha sonra toplum desteğine ihtiyaç vardır. SD iyi sağlanan hasalarda uyum ve sağlık seviyesi daha üst sınırlara ulaşılır (Abay Alyüz, 2020; Güner, 2019). SD seviyelerine göre tedavi ve adaptasyon sürecini olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşireler hastalara, mevcut hastalıkla mücadelede SD'nin önemini belirterek, hastalarda görülen SD unsurlarını belirtmelidir. Bu destek unsurları (arkadaş, yaşlıları, aile ve akraba) ile olan iletişimlerinin sıkılaştırılması olan sosyal aktivitelerinin sürdürülmesi gerekmektedir. Aynı problemleri olan insanlar ile iletişimi sağlamaya, ortak paylaşımlar yapmaya ve bir arada bulunmalarına çaba gösterilmelidir (Atik vd., 2015). Hemşireler, sosyal destek için yapacağı danışmanlığın ilk belirleyici unsur hastanın yaşadığı engelleri, güçlükleri vb. durumları tanımlamalıdır. Sonraki süreçte hasta kişinin yaşamış olduğu en mühim zorluğu saptamak ve o zorluğu ortaya çıkartarak bu zorluk için gerekli olan SD sağlaması gerekir. Sağlanan SD problemin çözümünde etkisini gösterip göstermeyeceğini gözlenmesi gereklidir. Lakin verilen SD oluşan problemin çözümünde etkili olmazsa, hastanın kişisel özellikleri belirlenerek verilen SD analiz edilmeli ve niçin yetersiz kaldığı araştırılmalıdır. Verilecek olan SD'in verimliliği etkileyen kişi odaklı engeller ya da dışardan köken alan engelleri egale etmek gerekiyor. Kişiyi olumsuz olarak etkileyen bu problemleri ortaya çıkartmak, verilen SD'in gücünü artırması bakımından çok mühimdir. Hemşirenin, bu süreç içinde vermiş olduğu danışmanlığı süresinde sabırlı ve empati gücünü iyi kullanması ile hasta kişiye güven sağlaması gerekir (Ardahan, 2010).

Hemşireler HD tedavisi alan kişilere bakım sağlarken kişinin şahsi niteliklerini, hastalığının ilk başları ile hastalığın gidişatını, iyileştirme zamanında ortaya çıkacak yan etkileri ve SD yöntemini benimseyerek hastaya şahsi bakımı programlamalıdır (Mollaoğlu vd., 2016).

## **2.10. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Tedavisi**

Beslenme; sağlığı geliştirmek, hayat niteliğini yükseltmek ve korumak için bedenin ihtiyacı olan besin elemanlarını miktar ve zaman açısından düzenli olarak alımını gerçekleştirilen bilinçli bir harekettir. Kişilerin uyumlu ve yeterli beslenmesi; hastalığa yakalanma tehlikesini düşürür, vücuttaki sıvı elektrolit dengesi ile alakalı yetersizlikleri engellemesi ve beslenme ile alakalı sağlık problemlerini minimum seviye düşürülmesinde etkili olan koruyucu faktörlerin biridir (Besler vd., 2015; Yolcuoğlu ve Kızıltan, 2021). Diyet, tek başına hammaddelerden mevcut olmayan, besin maddelerinin birleşmesinden oluşmakla birlikte gıda düzeni aracılığıyla sunulanlar içinden tercih edilen bir gıda tercihidir. Diyetlerin bütünü, gıda yöntemlerini yönlendiren yaygın gıda isteklerini oluşturmaktadır (Clonan ve Holdsworth, 2012; Macdiarmid vd., 2012; Meybeck ve Gitz, 2017).

Hastaların sağlık halleri besin tüketiminden etkilenmektedir. Sosyal ve ekonomik düzenin dönüşümü ile şimdiki zamanda beslenmeye yönelik alışkanlıklar farklılaşmaktadır. Son zamanlarda tükettiklerinin farkında olmaya başlayan kişiler, yaşamlarında nasıl tutunacaklarından ziyade gıdaların sağlıklarını ve hayat şekillerini ne şekilde etkileyeceğine yönelik değer vermeye başlamışlardır. Yapılan araştırmalar neticesinde sağlıklı beslenme sayesinde kronik hastalıklar ile bunlardan kaynaklı ölüm tehdidini düşürebileceğini göstermiştir. Sağlıksız beslenme ise kronik hastalıkları ve ölüm olasılığını çoğaltmaktadır (Chae, vd., 2018; Fransen, vd., 2017).

Düzenli veya sağlıklı beslenme, kişinin sağlığını korumada ana bir ihtiyaçtır ve çevrenin sağlık biçimi belirleyici bir etken olarak onaylanmaktadır. KBH gibi kronik rahatsızlıkların tedavi ve bakım sürecinin en mühim parçasıdır. Doğru beslenme, sigara tüketiminden vazgeçilmesi ve düzenli fiziki aktivite yapılması içerin uygulamalar yaşam şeklindeki değişimler; tansiyon, lipit profil denetimi ve kan şekeri gibi faktörlerle ilişkili olmasından KBH için önemlidir (Lambert vd., 2017). HD alan hastaların genellikle sınırlı diyet kullanımına maruz kalma ve neticesinde yetersiz beslenme ile yüz yüze kalına bilinmektedir. Bundan kaynaklı olarak hasta kişilerin yaşam niteliği seviyesinde düşüş görülebilmektedir (İpek, 2021; Megawati vd., 2019).

Son dönem böbrek yetmezliği olan HD bireylerinde tıbbi beslenmenin ve diyetin temel nedeni, hastalığın prognozunu yavaşlatmak ve engellemek, üremik toksisiteyi düşürmek, nefron eksikliğinin meydana getirdiği sistemik yan etkileri ve hasta iştahsızlığını gidermek, elverişli beslenmeyi kazandırmak, yetersiz beslenmeyi engellemek ve sıvı elektrolit düzensizliğini önlenmektir (Kızıltan, 2018). Diyet adaptasyonu bu durumlardan dolayı önemlidir. Hastalar için tavsiye edilen diyet modellerine oryante olmamaları neticesinde hastalığın gidişatı olumsuz olarak etkilenir ve bu etkilenme sonucunda hastalıktan kaynaklı ölüm oranları artırmaktadır. Diyet adaptasyonu kadar önemli olan diğer husus ise sıvı kısıtlaması ve sıvı kısıtlamasına uyumu sağlama hususudur (Toku, 2022).

Diyet tedavi takibinde SDBH olan HD uygulanan bireylerde malnütrisyon oldukça yaygındır. Bu durum morbidite ve mortaliteyi yükseltmektedir (Dizdar vd., 2020). Özmen ve ark. (2023) yapmış oldukları literatür taramalarında KDIGO bilgi ve tavsiyelerini şu şekilde belirtmiştir; periyodik zaman aralıklarında çocukluk dönemindeki bütün KBH hastaları beslenme ve büyüme grafikleri ile gözlemlenmelidir. Beslenmeleri haftalık birkaç gün ve belli saat dilimleri ile diyet tabelaları ile değerlendirilmemeli ve beden kütle indeksi ve üç yaş aşağısı baş çevresi gözlemi olmalıdır. Malnütrisyon ve metabolik problemleri belirlemek ve tedavi vermek gerekir. Kişiye özel beslenme programı çocuk ile bakım sağlayan birey için oluşturulmalıdır (Özmen vd., 2023). Bramania ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmalarında iki farklı malnütrisyon belirtmişlerdir. İlki SDBY kişilerde yetersiz seviyede alımın kaynaklandığı tip 1, bu durumda bulantı, anoreksi ile kusma malnütrisyonu neden olur. Bu durumda verimli tedavi ve diyalizle iyileşir. İkincisi tip 2, besin desteğinin neden olduğu kronik inflamasyon sonucu iyileşme görülmeyebilir. Yeterli seviyede diyet alımı ya da diyaliz tedavi gerekmektedir. Sonuç olarak HD ihtiyaç artmakla birlikte kötü beslenme ortaya çıkmakta ve malnütrisyon çok hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir (Bramania vd., 2020).

Hemodiyaliz tedavisinin faydalı olabilmesi diyet programına ve sıvı alımına uymasına bağlıdır. Etkin bir diyet tedavisi oluşturulması hasta kişinin sağlığının iyileştirilmesinde önem teşkil eden bir roldür. Bireylerin yaşam standartlarını yükselterek oluşacak yan etkileride önlemektedir (Çiftçi vd., 2024). HD tedavi alan hastalarda tıbbi beslenme tedavisi her bireyin şahsına has gereksinimlerine uygun olması gereklidir (Bhalla vd., 2019). Hastalarda beslenme ile HD özdeş madalyonun

her iki şeklidir. HD vücutta biriken fazla gıda tüketiminden kaynaklı metabolik fazlalıkları temizler. Bu gerekçeden kaynaklı özellikle fosfor ile potasyumu kısıtlamak, fazla sıvı alımını engellemek için HD alan kişilere çoğunlukla diyet sınırlandırılmalarına uym sağlamaları gerekmektedir (Cupisti vd., 2018; Piccoli vd., 2017; St-Jules vd., 2016). SDBY tanısı olan HD hastalar için sıvı kısıtlaması kesinlikle önerilmektedir. Pulmoner ödem gib komplikasyonların oluşumunu engellemektir. Diyet için önerilen sıvı kısıtlaması 1000-1500 ml/gün fazla olması lazımdır (Gordon vd., 2010). Sıvı engellemesine oryantasyon hastalar için oldukça zor ve hastaların bu uyuma en yaygın direnç gösterme nedeniyse su içme istekleridir. Hasta kişilerin su içme ile sıvı alma isteklerine engelleyememeleri ve kısıtlamalara uymaması sonucunda hastada ciddi şekilde komplikasyonlar oluşmaktadır (Kalantar-Zadeh, vd., 2015; Russell, vd., 2011; Velasco, vd., 2012). HD hastaların erken zamanda uygulanan diyetler, hastada oluşabilecek sıvı elektrolit problemlerini ortadan kaldırılarak hastaya yüksek faydalar kazandırır (Maclaughlin vd., 2022).

Kronik böbrek rahatsızlığı, sodyum, fosfor, potasyum ile protein benzeri besinlerin tüketimindeki yapılan düzenlemeler, nitelikli beslenmeyi kazanmak adına diyetin geneline dikkat edilerek yapılmalıdır (Pereira vd., 2020). Tablo 2.4'de HD hastaları için güncel diyet önerileri sunulmuştur.

**Tablo 2.4: Hemodiyaliz Hastaları İçin Güncel Diyet Önerileri**

<b>Besin</b>	<b>Güncel Tavsiyeler</b>	<b>Varsayılmış Gerekçe</b>	<b>Kanıt-Yorumlar</b>	<b>Tavsiye Edilen Değişiklikler ile Faydalar</b>
Sodyum	-<2000 mg/g	↓Susuzluk stimülasyonu: kronik hacmin çok aşırı yükselmesi, kardiyovasküler yan etkilerin ile plazma genişlemesinin engellenmesi.	Kardiyovasküler komplikasyonları ile antihipertansif ilaçların düşürülmüş kullanımı üstünde aşırı ultrafiltrasyon ile birlikte Na <sup>+</sup> sınırlandırılmasının yararlarını belirten gözlemsel çalışmalardır.	K <sup>+</sup> katkı cisimleri ve birlikte genellikle P ile Na <sup>+</sup> katkı cisimlerinde işlenmiş besin alımlarında ↓ (fast-food restoranlar, bakkal, marketler, tam servis restoranlar,). -İşlenmiş besin tüketilirse P ve Na <sup>+</sup> katkı cisimlerinden kaçınmak amacıyla besin etiketinin ne şekilde okunacağı hakkında eğitim alınmalıdır. -Yapılan evdeki bütün yemek ile yiyeceklerin alımı ↑ -Sebzeler, meyveler, kepekli tahıllar, baklagiller, fındık ve süt ürünlerinde sınırlamaları azaltan P ile K <sup>+</sup> içermelerine karşın, lif ile öbür sağlıklı gıdaları tüketirler. -P ile K <sup>+</sup> İçeren besinlerin süzmek ile kaynatmak gibi besin tertip tarzları konusunda eğitim kazanımı ile Na <sup>+</sup> emilimi olmayan baharatlar ve gıdaların lezzetlisiyle tanışılmalıdır. -Eğitim materyallerinde P-biyoyararlanımı ile ele alın (yararlı besin alternatifleri (organik P) ve şüpheli gıda seçenekleri (inorganik P)) ile bilindik orta seviyede K <sup>+</sup> bulunan besinlerin porsiyon takibi hakkında eğitim alın serum K <sup>+</sup> seviyesini gözlemleyin.

Fosfor	-<800-1000 mg/g	Hiperfosfatemininile sonuçlarının engellenmesi: Kardiyovasküler mortalitesi, vasküler kalsifikasyon ve genel mortalite	Biyobelirteçler ↓ İnflamatuvar Genel P sınırlandırılması, az protein, enerji alımı ile ilişkilendirilmiştir Tavsiyeler inorganik ile organik P arasında fark yapmaz.
Potasyum	-<2-4 g/g	Hiperkaleminin neticelerinin önlenmesi: Kardiyak arrest, Kardiyak aritmi ile mortalite	Diyette K <sup>+</sup> tüketimi ile serum K <sup>+</sup> aralarında çok zayıf bağlantı saptanmaktadır.

**Kaynak:** Biruete vd., 2017

Kişilerin diyetle oryantasyonu ile bağlılığını destekleyen bir faktör ise güven durumudur. Kişilerin diyet uygulamasını sağlık ekibinden biri ile takip etmesi ve destek alması sonucunda bu sürecin daha aktif, daha oryante ve bağlılığı nitelikli olduğu gözlenmektedir. Aldığı destek karşılıklı güven ve olumlu ilişki içinde olmalıdır (Bııurdadı, 2023). KBH'da diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi burada da profesyonel sağlık ekibine ihtiyaç önem arz eder. KBH'da bireye özel diyet ve beslenme programları hazırlanmalı, uygulanmalı ve gözlemlenmelidir (Kızıltan ve Türker, 2018; Süzen, 2018). HD tedavisi alan bireylerde nefroloji hemşireleri hastaların sıvı denetim seviyelerine etkileyen etkenlerin farkında olması, bireylerin hastalık ile tedavi zamanına ilişkin görevlerini yapabilmesi için hastalara dayanak olmasında katkı sağlamaktadır (Beşer, 2018; Kim vd., 2019).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel biçimde tasarlanıp, HD uygulanan hastalarda psikolojik durumun, sosyal desteğin ve diyet tedavisine yönelik tutumun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Şanlıurfa İlindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastaneleri (Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi hemodiyaliz ünitelerinde Nisan- Mayıs 2024 tarihleri içerisinde yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Şanlıurfa İlindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastaneler Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi 72 hasta, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi 92 hasta ve Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 36 hasta olmak üzere diyaliz merkezlerinde tedavi gören 200 hasta evreni oluşturdu. Veri toplama süreci 160 hasta ile gerçekleştirildi. Mevcut örneklem büyüklüğüne göre G-POWER programı kullanılarak yapılan analizde çalışmanın %97 güç, 0,05 hata payı ile 0,3 (cohen) etki büyüklüğüne sahip olduğu tespit edildi.

#### 3.4. Araştırma Soruları

1. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikolojik durum nasıldır?
2. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda sosyal destek hangi düzeydedir?
3. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda diyet tedavisine yönelik tutumları nasıldır?
4. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda sosyodemografik ve hastalık özellikleri psikolojik durumu, sosyal destek düzeyini ve diyet tedavisine yönelik tutumu etkiler mi?
5. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikolojik durum, sosyal destek düzeyi ve diyet tedavisine yönelik tutum arasında ilişki var mıdır?

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (Ek 2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3) ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplandı.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir-gider durumu, birlikte yaşadığı kişiler) ile sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli olarak egzersiz yapımı, ne kadar süredir kronik böbrek hastası olduğu, ne kadar süredir hemodiyalize girdiği, eşlik eden hastalıklar, ailede kronik böbrek hastalığı öyküsü, evde kendi ihtiyaçlarını bağımsız karşılayıp karşılayamadığı ile ilgili 16 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)**

Depresyon, anksiyete ile stres seviyelerini ölçme amacıyla Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Sarıçam (2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. “Hiçbir zaman”- “her zaman” seçenekleri aralarında değişen dördümlü likert şekilli bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları anksiyete (2,4,7,9,15,19 ile 20. maddeler), depresyon (3,5,10,13,16,17 ile 21. maddeler) ile stresten (1,6,8,11,12,14 ile 18. maddeler) oluşmaktadır. Sorulara verilen cevapların puanı arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyi artmaktadır. Kişinin depresyon alt belirteçlerinde beş puan ile üzeri, anksiyeteden dört puan ve üstü, stresten sekiz puan ve üstü alması ait olan problemi taşıdığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı depresyon alt belirteci için 0,87, anksiyete alt belirteci için 0,85 ile stres alt belirteci için 0,81 olarak saptanmıştır (Sarıçam, 2018). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı Depresyon için 0,86, Anksiyete için 0,73 ve Stres için 0,81 olarak saptanmıştır.

#### **3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)**

Sosyal desteğin uygunluğunu öznel olarak ölçmek amacıyla Zimet ve ark. (1988) vasıtasıyla geliştirilmiştir. Yurdumuzda geçerlik-güvenirliliği ilkin Eker ve ark. (1995) vasıtasıyla yapılmıştır. Gözden geçirilmiş formunun faktör şekli geçerlilik ile güvenilirliği Eker ve ark. (2001) vasıtasıyla yapılmıştır. On iki sorudan oluşan 7’li likertşekilli bir ölçektir. “Kesinlikle evet”, “kesinlikle hayır” arasında değişen yedi kademeli (1-7 puan) ölçektir. Üç alt belirteçten oluşup her alt belirteci dört maddedir.

Oluşan bu alt boyutlar; arkadaş, aile, özel kişi desteği alakalı soruları bulunmaktadır. Aile alt belirteçlerine ait sorular 3., 4., 8. ile 11.; arkadaş alt belirteçlerine ait sorular 6., 7., 9. ve 12. ve özel bir birey alt belirteçlerine ait sorular 1., 2., 5. ve 10. maddelerdir. Toplanan puanların yüksek çıkması algılanan sosyal desteğin fazla olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin çıkan Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur (Eker vd., 2001). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak saptanmıştır.

#### **3.5.4. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği**

Ölçek Onbe ve Kanda (2018) tarafından hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların diyet tedavisine yönelik tutumlarını belirlemek için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ile güvenilirliği Turan ve ark. Aracılığı ile 2022 tarihinde yapılmıştır. Bu ölçek 16 maddeden oluşup 4 likertli ve 3 alt boyutludur. Her madde, “4-Kesinlikle katılıyorum, 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 ve 16)dır. Ölçekte en son 3 madde ters şekilde çevrilmektedir. Bu ölçekten alınabilecek puan aralığı 16-64 olarak değişmektedir. Ölçekten alınabilecek yüksek puan davranışlarının daha nitelikli olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0,84 olduğu saptanmıştır (Turan vd., 2022). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,77 olarak saptanmıştır.

#### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından HD tedavisi alan hastalara, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya gönüllülük esasıyla katılmayı kabul etmiş olan hastalarda veri toplama araçları yüz yüze görüşülerek toplandı.

#### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler.

Bağımlı değişkenler: Hastaların psikolojik durumu, sosyal destek düzeyleri ve diyet tedavisine yönelik tutumu.

### **3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri analiz edilirken ortalama, standart sapma, medyan, sıklık ve oran gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi ve Dunn-Bonferroni testi uygulanmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (13.10.2023 tarih 2023/07 sayı) onay alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan her hasta için Şanlıurfa İlindeki İl Sağlık Müdürlüğü'nden (07.05. 2024 tarih 243106794 sayı) ve Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (22.01.2024 tarih 303110 sayı) merkezlerinden gerekli izinler alındı. Araştırmaya katılmak isteyen kişiler çalışma öncesinde bilgilendirildi ve kişilerden yazılı onam alındı.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 52,97±16,52 olup %55'i kadın, %80,6'sı evli, %52,5'i okuryazar değil, %77,5'inin çocuğu bulunmakta, %75'i çalışmamakta, %68,1'inin gelir giderden az, %59,4'ü eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %71,9'u sigara içmemekte, %78,8'i düzenli egzersiz yapmaktadır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
<b>Yaş</b>		52.97±16.52	21-85 (55)
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	88	55.0
	<b>Erkek</b>	72	45.0
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	129	80.6
	<b>Bekar</b>	31	19.4
<b>Eğitim Durum</b>	<b>Okuryazar Değil</b>	84	52.5
	<b>İlkokul</b>	41	25.6
	<b>Ortaokul</b>	15	9.4
	<b>Lise-Üniversite</b>	20	12.5
<b>Çocuk Varlığı</b>	<b>Var</b>	124	77.5
	<b>Yok</b>	36	22.5
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Çalışıyor</b>	40	25.0
	<b>Çalışmıyor</b>	120	75.0
<b>Gelir Durumu</b>	<b>Gelir Giderden Az</b>	109	68.1
	<b>Gelir Gidere Eşit</b>	46	28.7
	<b>Gelir Giderden Fazla</b>	5	3.1
<b>Birlikte Yaşadığı Kişi</b>	<b>Yalnız</b>	8	5.0
	<b>Eşi</b>	21	13.1
	<b>Eşi ve Çocukları</b>	95	59.4
	<b>Anne/Baba</b>	27	16.9
	<b>Yakınları/Akrabaları</b>	9	5.6
<b>Sigara Kullanım Durumu</b>	<b>Evet</b>	45	28.1
	<b>Hayır</b>	115	71.9
<b>Düzenli Egzersiz Durumu</b>	<b>Evet</b>	126	78.8
	<b>Hayır</b>	34	21.2

Hastaların KBH süresi (yıl)  $10,02 \pm 6,87$ , hemodiyalize girme süresi (yıl)  $6,41 \pm 5,11$ , %68,8'inde KBH dışında kronik hastalık bulunmakta, %82,5'inin ailesinde KBH bulunmakta, %81,9'u ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilmekte, %76,3'ü hemodiyaliz ile ilgili bilgi almış, %51,9'u alınan bilgiyi yeterli bulmuştur (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri**

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
<b>Kronik Böbrek Hastalık Süresi (Yıl)</b>		10.02±6.87	0.17-32 (9)
<b>Hemodiyalize Girme Süresi (Yıl)</b>		6.41±5.11	0.08-24 (5.34)
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Kronik Hastalık Durumu</b>	<b>Evet</b>	110	68.8
	<b>Hayır</b>	50	31.2
<b>Ailede Kronik Böbrek Hastalık Olma Durumu</b>	<b>Evet</b>	132	82.5
	<b>Hayır</b>	28	17.5
<b>İhtiyaçlarını Bağımsız Karşılama Durumu</b>	<b>Evet</b>	131	81.9
	<b>Hayır</b>	29	18.1
<b>Hemodiyaliz ile İlgili Bilgi Alma Durumu</b>	<b>Evet</b>	122	76.3
	<b>Hayır</b>	38	23.7
<b>Hemodiyaliz ile İlgili Alınan Bilginin Yeterlilik Durumu</b>	<b>Evet</b>	83	51.9
	<b>Hayır</b>	77	48.1

Hastaların Depresyon ortalaması  $10,5 \pm 6,58$ , Anksiyete ortalaması  $6,19 \pm 4,87$ , Stres ortalaması  $9,83 \pm 5,73$ 'dür. ÇBASD ortalaması  $53,7 \pm 17,12$  olup alt boyutlarının puan ortalaması Özel Kişi Desteği için  $22,67 \pm 5,45$ , Aile Desteği için  $14,03 \pm 7,71$ , Arkadaş Desteği için  $17 \pm 6,37$ 'dir bulunmuştur. HHDTYTÖ ortalaması  $44,95 \pm 8,85$  olup alt boyutlarının puan ortalaması Bilişten Etkilenen Davranış için  $18,13 \pm 6,94$ , Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış için  $20,97 \pm 3,46$ , Diyeti değiştiren olumsuz için  $5,85 \pm 3,37$ 'dir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçüm Ortalamaları**

	<b>Ort±Ss</b>	<b>Min-Max (Median)</b>
<b>Depresyon</b>	10.5±6.58	0-21 (11)
<b>Anksiyete</b>	6.19±4.87	0-21 (5)
<b>Stres</b>	9.83±5.73	0-21 (11)
<b>Özel Kişi Desteği</b>	22.67±5.45	4-28 (24)
<b>Aile Desteği</b>	14.03±7.71	4-28 (14)
<b>Arkadaş Desteği</b>	17±6,37	4-28 (16)
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	53.7±17.12	12-84 (52.5)
<b>Bilişten Etkilenen Davranış</b>	18.13±6.94	7-28 (19)
<b>Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış</b>	20.97±3.46	7-24 (21.5)
<b>Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki</b>	5.85±3.37	3-12 (3)
<b>Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği</b>	44.95±8.85	22-64 (46)

Kadınların anksiyete değerinin, erkeklere göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Kadınların Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış değerinin, erkeklere göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Cinsiyet ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Cinsiyete Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Kadın	11.14±6.2	0.178
	Erkek	9.72±6.98	
Anksiyete	Kadın	7.28±4.91	<b>0.001</b> *
	Erkek	4.86±4.51	
Stres	Kadın	10.3±5.83	0.303
	Erkek	9.26±5.61	
Özel Kişi Desteği	Kadın	22.24±6.18	0.819
	Erkek	23.19±4.37	
Aile Desteği	Kadın	13.22±7.82	0.122
	Erkek	15.03±7.5	
Arkadaş Desteği	Kadın	16.34±6.67	0.136
	Erkek	17.81±5.93	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kadın	51.8±18.29	0.153
	Erkek	56.03±15.38	
Bilişten Etkilenen Davranış	Kadın	18.17±6.9	0.861
	Erkek	18.08±7.05	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Kadın	20.41±3.75	<b>0.029</b> *
	Erkek	21.65±2.95	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Kadın	5.68±3.26	0.554
	Erkek	6,06±3.51	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Kadın	44.26±8.39	0.214
	Erkek	45.79±9.37	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Evlilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres değerlerinin, bekar olanlara göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Medeni durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5: Medeni Duruma Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evli	11.1±6.43	0.019*
	Bekar	8±6.7	
Anksiyete	Evli	6.65±4.95	0.012*
	Bekar	4.29±4.09	
Stres	Evli	10.26±5.66	0.032*
	Bekar	8.03±5.77	
Özel Kişi Desteği	Evli	22.74±4.98	0.374
	Bekar	22.35±7.17	
Aile Desteği	Evli	13.62±7.63	0.181
	Bekar	15.74±7.92	
Arkadaş Desteği	Evli	16.68±6.1	0.212
	Bekar	18.32±7.35	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evli	53.05±16.47	0.324
	Bekar	56.42±19.68	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evli	17.69±6.98	0.127
	Bekar	19.97±6.59	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evli	21.26±3.2	0.077
	Bekar	19.77±4.21	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evli	5.76±3.39	0.392
	Bekar	6.23±3.32	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evli	44.71±8.98	0.561
	Bekar	45.97±8.36	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Eğitim durumuna göre Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve ÇBASDÖ değeri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001). Okuryazar olmayanların Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve ÇBASDÖ ortalamasının diğer gruplara göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Eğitim durumuna göre Bilişten Etkilenen Davranış, Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ve HHDTYTÖ değeri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001). Okuryazar olmayanların, Bilişten Etkilenen Davranış, Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ve HHDTYTÖ ortalamasının diğer gruplara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Eğitim durum ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	10.55±6.53	0.763
	İlkokul <sup>b</sup>	10.95±6.54	
	Ortaokul <sup>c</sup>	11.07±5.9	
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	8.95±7.56	
Anksiyete	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	6.02±4.47	0.866
	İlkokul <sup>b</sup>	6.41±5.31	
	Ortaokul <sup>c</sup>	6.6±4.27	
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	6.15±6.18	
Stres	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	9.65±5.83	0.890
	İlkokul <sup>b</sup>	9.59±5.91	
	Ortaokul <sup>c</sup>	10.8±4.23	
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	10.35±6.2	
Özel Kişi Desteği	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	22±5.87	0.088
	İlkokul <sup>b</sup>	22.73±5.5	
	Ortaokul <sup>c</sup>	22.73±5.16	
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	25.3±2.34	
Aile Desteği	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	11.67±6.85	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	16.39±7.58	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	14.13±7.88	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	19.05±7.87	a<d
Arkadaş Desteği	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	15.33±6.08	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	18.22±5.85	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	17.07±7.55	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	21.45±5.29	a<d
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	49±16.19	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	57.34±16.16	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	53.93±19.02	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	65.8±14.54	a<d
Bilişten Etkilenen Davranış	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	16.38±7.12	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	19.95±5.81	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	17.93±6.42	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	21.9±6.7	a<d
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	20.96±3.54	0.880
	İlkokul <sup>b</sup>	20.76±3.52	
	Ortaokul <sup>c</sup>	21.4±3.22	
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	21.1±3.34	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	5.12±2.91	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	6.44±3.85	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	7.87±3.18	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	6.2±3.59	a<d
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	42.46±8.46	<b>0.001*</b>
	İlkokul <sup>b</sup>	47.15±9.32	a<b
	Ortaokul <sup>c</sup>	47.2±7.2	a<c
	Lise-Üniversite <sup>d</sup>	49.2±7.82	a<d

Kruskall Wallis Testi, \*p<0,05

Çocuk sahibi olma ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7: Çocuk Varlığına Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Var	11±6.38	0.080
	Yok	8.78±7.05	
Anksiyete	Var	6.48±4.93	0.151
	Yok	5.19±4.58	
Stres	Var	10.06±5.73	0.233
	Yok	9.06±5.77	
Özel Kişi Desteği	Var	22.77±5.15	0.750
	Yok	22.33±6.45	
Aile Desteği	Var	13.6±7.62	0.202
	Yok	15.5±7.93	
Arkadaş Desteği	Var	16.8±6.21	0.526
	Yok	17.69±6.96	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Var	53.17±16.74	0.520
	Yok	55.53±18.52	
Bilişten Etkilenen Davranış	Var	17.54±6.95	0.061
	Yok	20.17±6.62	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Var	21.26±3.26	0.070
	Yok	19.97±3.97	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Var	5.78±3.36	0.631
	Yok	6.08±3.47	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Var	44.58±9.02	0.376
	Yok	46.22±8.25	

Mann Whitney U Testi, \* $p<0,05$

Çalışma durumu ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8: Çalışma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Çalışıyor	10.88±6.82	0.653
	Çalışmıyor	10.38±6.52	
Anksiyete	Çalışıyor	6.6±5.12	0.556
	Çalışmıyor	6.06±4.8	
Stres	Çalışıyor	10.45±5.94	0.529
	Çalışmıyor	9.63±5.67	
Özel Kişi Desteği	Çalışıyor	23.5±4.74	0.241
	Çalışmıyor	22.39±5.65	
Aile Desteği	Çalışıyor	15.38±7.86	0.221
	Çalışmıyor	13.58±7.64	
Arkadaş Desteği	Çalışıyor	18.33±6.29	0.145
	Çalışmıyor	16.56±6.36	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Çalışıyor	57.2±16.77	0.171
	Çalışmıyor	52.53±17.15	
Bilişten Etkilenen Davranış	Çalışıyor	17.93±6.35	0.816
	Çalışmıyor	18.2±7.16	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Çalışıyor	21.05±3.41	0.858
	Çalışmıyor	20.94±3.49	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Çalışıyor	6.2±3.87	0.716
	Çalışmıyor	5.73±3.2	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Çalışıyor	45.18±8.08	0.784
	Çalışmıyor	44.88±9.12	

**Mann Whitney U Testi, \*p<0,05**

Gelir durumuna göre Aile Desteği, ÇBASDÖ, Bilişten Etkilenen Davranış değeri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gelir giderden az grubunun Aile Desteği, ÇBASDÖ, Bilişten Etkilenen Davranış değerinin, diğer gruplara göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Gelir durum ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Gelir Giderden Az <sup>a</sup>	10.86±6.35	0.585
	Gelir Gidere Eşit <sup>b</sup>	9.63±6.94	
	Gelir Giderden Fazla <sup>c</sup>	10.6±8.82	
Anksiyete	Gelir Giderden Az	6.11±4.59	0.504
	Gelir Gidere Eşit	6.15±5.51	
	Gelir Giderden Fazla	8.4±5.13	
Stres	Gelir Giderden Az	10.03±5.57	0.890
	Gelir Gidere Eşit	9.46±6.06	
	Gelir Giderden Fazla	9±7.28	
	Gelir Giderden Az	22.64±5.15	
Özel Kişi Desteği	Gelir Gidere Eşit	22.35±6.25	0.194
	Gelir Giderden Fazla	26.2±2.68	
	Gelir Giderden Az	13.44±7.23	
Aile Desteği	Gelir Gidere Eşit	14.33±8.31	0.02*
	Gelir Giderden Fazla	24.2±5.85	
	Gelir Giderden Az	16.74±6.4	
Arkadaş Desteği	Gelir Gidere Eşit	16.98±6.16	0.135
	Gelir Giderden Fazla	22.8±5.93	
	Gelir Giderden Az	52.83±16.71	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Gelir Gidere Eşit	53.65±17.46	0.044*
	Gelir Giderden Fazla	73.2±13.9	
	Gelir Giderden Az	17.26±6.78	
Bilişten Etkilenen Davranış	Gelir Gidere Eşit	19.61±7.03	0.019*
	Gelir Giderden Fazla	23.6±6.07	
	Gelir Giderden Az	20.95±3.19	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Gelir Gidere Eşit	20.8±4.12	0.382
	Gelir Giderden Fazla	22.8±2.17	
	Gelir Giderden Az	6.25±3.54	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Gelir Gidere Eşit	4.98±2.91	0.122
	Gelir Giderden Fazla	5.2±2.17	
	Gelir Giderden Az	44.46±9.19	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Gelir Gidere Eşit	45.39±8	0.169
	Gelir Giderden Fazla	51.6±6.84	
	Gelir Giderden Az	10.86±6.35	

Kruskall Wallis Testi, \*p<0,05

Birlikte yaşadığı kişi ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Yalnız	9.25±7.15	0.105
	Eşi	12.29±5.91	
	Eşi ve Çocukları	10.96±6.37	
	Anne/Baba	7.63±6.78	
	Yakınları/ Akrabaları	11.22±7.79	
Anksiyete	Yalnız	3.25±2.12	0.145
	Eşi	7.24±5.98	
	Eşi ve Çocukları	6.45±4.69	
	Anne/Baba	4.81±4.51	
	Yakınları/ Akrabaları	7.78±5.63	
Stres	Yalnız	7.75±7.21	0.133
	Eşi	11.1±4.55	
	Eşi ve Çocukları	10.23±5.55	
	Anne/Baba	7.81±6.06	
	Yakınları/ Akrabaları	10.56±7.11	
Özel Kişi Desteği	Yalnız	21.75±8.46	0.386
	Eşi	22.05±5.27	
	Eşi ve Çocukları	22.55±5.2	
	Anne/Baba	23.19±6.19	
	Yakınları/ Akrabaları	24.67±2.87	
Aile Desteği	Yalnız	17.25±8.12	0.491
	Eşi	13.33±9.02	
	Eşi ve Çocukları	13.57±7.38	
	Anne/Baba	15.81±8.31	
	Yakınları/ Akrabaları	12.33±5.12	
Arkadaş Desteği	Yalnız	20.13±8.13	0.403
	Eşi	15.76±6.23	
	Eşi ve Çocukları	16.59±6.2	
	Anne/Baba	18.52±7.16	
	Yakınları/ Akrabaları	16.89±3.14	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Yalnız	59.13±22.57	0.620
	Eşi	51.14±17.84	
	Eşi ve Çocukları	52.71±16.53	
	Anne/Baba	57.52±19.02	
	Yakınları/ Akrabaları	53.89±9.66	
Bilişten Etkilenen Davranış	Yalnız	20.13±7.18	0.317
	Eşi	19.19±7.1	
	Eşi ve Çocukları	17.18±6.84	
	Anne/Baba	20.19±6.75	
	Yakınları/ Akrabaları	17.78±7.61	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Yalnız	19.25±4.56	0.185
	Eşi	21.1±3.02	
	Eşi ve Çocukları	21.19±3.27	
	Anne/Baba	19.96±4.18	
	Yakınları/ Akrabaları	22.89±1.83	

Kruskall Wallis Testi, \*p<0,05

**Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması- Devamı**

		Ort±Ss	p
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Yalnız	6±3.96	0.993
	Eşi	5.95±3.96	
	Eşi ve Çocukları	5.8±3.27	
	Anne/Baba	6±3.27	
	Yakınları/ Akrabaları	5.56±3.5	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Yalnız	45.38±11.04	0.780
	Eşi	46.24±9.49	
	Eşi ve Çocukları	44.17±8.57	
	Anne/Baba	46.15±8.69	
	Yakınları/ Akrabaları	46.22±9.87	

Kruskall Wallis Testi, \*p<0,05

Sigara kullanma durumu ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11: Sigara Kullanım Durumuna Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	11.02±6.34	0.571
	Hayır	10.3±6.68	
Anksiyete	Evet	6.18±4.88	0.986
	Hayır	6.2±4.89	
Stres	Evet	10.84±4.94	0.163
	Hayır	9.43±5.99	
Özel Kişi Desteği	Evet	21.84±6.35	0.443
	Hayır	22.99±5.05	
Aile Desteği	Evet	15.89±7.75	0.061
	Hayır	13.3±7.6	
Arkadaş Desteği	Evet	17.53±6.55	0.563
	Hayır	16.79±6.32	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	55.27±17.64	0.517
	Hayır	53.09±16.96	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	17.91±6.69	0.808
	Hayır	18.22±7.07	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	20.62±4.2	0.977
	Hayır	21.1±3.13	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	6.71±3.74	0.067
	Hayır	5.51±3.17	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	45.24±8.88	0.805
	Hayır	44.83±8.88	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Düzenli egzersiz yapan grubunun Depresyon, Anksiyete ve Stres değerlerinin, yapmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Düzenli egzersiz yapma durum ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12).

**Tablo 4. 12: Düzenli Egzersiz Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	9.8±6.59	0.010*
	Hayır	13.09±5.95	
Anksiyete	Evet	5.75±4.71	0.025*
	Hayır	7.85±5.17	
Stres	Evet	9.3±5.83	0.026*
	Hayır	11.79±4.97	
Özel Kişi Desteği	Evet	22.65±5.41	0.965
	Hayır	22.74±5.66	
Aile Desteği	Evet	14.08±7.5	0.827
	Hayır	13.85±8.54	
Arkadaş Desteği	Evet	17.05±6.38	0.818
	Hayır	16.82±6.44	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	53.78±16.94	0.953
	Hayır	53.41±18.06	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	18.17±6.97	0.928
	Hayır	18±6.95	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21.06±3.41	0.475
	Hayır	20.62±3.68	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.79±3.36	0.635
	Hayır	6.09±3.47	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	45.02±9.1	0.715
	Hayır	44.71±7.98	

Mann Whitney U Testi, \* $p<0,05$

Ek kronik hastalık durumu ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13: Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Kronik Hastalık Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	11.22±6.4	0.055
	Hayır	8.92±6.75	
Anksiyete	Evet	6.7±5.02	0.056
	Hayır	5.08±4.37	
Stres	Evet	10.39±5.48	0.070
	Hayır	8.6±6.13	
Özel Kişi Desteği	Evet	22.97±5.08	0.439
	Hayır	22±6.19	
Aile Desteği	Evet	13.83±7.75	0.666
	Hayır	14.48±7.66	
Arkadaş Desteği	Evet	17.45±6.4	0.150
	Hayır	16.02±6.25	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	54.25±17.07	0.592
	Hayır	52.5±17.36	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	18.08±6.8	0.943
	Hayır	18.24±7.31	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21.14±3.22	0.552
	Hayır	20.6±3.94	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.84±3.39	0.929
	Hayır	5.88±3.37	
Hemodiyaliz Hastaların Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	45.05±9	0.641
	Hayır	44.72±8.6	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Ailede KBH varlığı ile DASS-21, ÇBASDÖ, HHDTYTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14: Ailede Kronik Böbrek Hastalık Olma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	10.33±6.54	0.444
	Hayır	11.29±6.81	
Anksiyete	Evet	5.95±4.64	0.363
	Hayır	7.32±5.81	
Stres	Evet	9.55±5.72	0.142
	Hayır	11.14±5.7	
Özel Kişi Desteği	Evet	22.58±5.54	0.778
	Hayır	23.11±5.07	
Aile Desteği	Evet	13.87±7.42	0.671
	Hayır	14.79±9.05	
Arkadaş Desteği	Evet	16.68±6.2	0.251
	Hayır	18.5±7.05	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	53.13±16.58	0.393
	Hayır	56.39±19.58	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	17.72±6.95	0.095
	Hayır	20.07±6.67	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21.05±3.51	0.308
	Hayır	20.57±3.21	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.89±3.38	0.737
	Hayır	5.68±3.41	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	44.66±8.7	0.299
	Hayır	46.32±9.58	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

İhtiyaçlarını (günlük yaşam aktivitelerini) bağımsız ihtiyaç karşılayanların Depresyon değerinin, karşılamayanlara göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001). İhtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15: İhtiyaçlarını Bağımsız Karşılama Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	9.98±6.5	0.033*
	Hayır	12.83±6.51	
Anksiyete	Evet	5.86±4.72	0.072
	Hayır	7.72±5.3	
Stres	Evet	9.39±5.79	0.055
	Hayır	11.83±5.11	
Özel Kişi Desteği	Evet	22.62±5.56	0.828
	Hayır	22.9±5	
Aile Desteği	Evet	14.54±7.66	0.071
	Hayır	11.72±7.62	
Arkadaş Desteği	Evet	17.35±6.46	0.136
	Hayır	15.41±5.81	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	54.51±17.36	0.180
	Hayır	50.03±15.77	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	18.14±6.91	0.959
	Hayır	18.1±7.23	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21±3.52	0.638
	Hayır	20.83±3.21	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.83±3.39	0.845
	Hayır	5.93±3.37	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	44.97±8.93	0.758
	Hayır	44.86±8.62	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Hemodiyaliz ile ilgili bilgi alanların Özel Kişi Desteği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, ÇBASDÖ ve Bilişten Etkilenen Davranış ortalamalarının almayanlara göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Hemodiyaliz ile ilgili bilgi alma durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16: Hemodiyaliz ile İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	10.53±6.69	0.836
	Hayır	10.39±6.29	
Anksiyete	Evet	6.04±5.08	0.201
	Hayır	6.68±4.15	
Stres	Evet	10.07±5.96	0.244
	Hayır	9.05±4.93	
Özel Kişi Desteği	Evet	23.2±5.29	0.001*
	Hayır	20.97±5.67	
Aile Desteği	Evet	14.93±7.64	0.001*
	Hayır	11.13±7.29	
Arkadaş Desteği	Evet	18.04±6.19	0.001*
	Hayır	13.66±5.83	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	56.17±16.48	0.001*
	Hayır	45.76±16.93	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	18.81±7.04	0.001*
	Hayır	15.95±6.24	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21.2±3.33	0.085
	Hayır	20.21±3.78	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.71±3.46	0.200
	Hayır	6.29±3.09	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	45.73±8.94	0.059
	Hayır	42.45±8.17	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Hemodiyaliz ile ilgili alınan bilginin yeterli olduğunu düşünenlerin Depresyon, Özel Kişi Desteği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, ÇBASDÖ, Bilişten Etkilenen Davranış ve HHDTYTÖ ortalamalarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Hemodiyaliz ile ilgili bilgi alma durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17: Hemodiyaliz ile İlgili Alınan Bilginin Yeterlilik Durumuna Göre Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		Ort±Ss	p
Depresyon	Evet	8.87±6.44	0.001*
	Hayır	1.,26±6.3	
Anksiyete	Evet	5.92±5.37	0.142
	Hayır	6.49±4.29	
Stres	Evet	8.99±6.05	0.052
	Hayır	10.74±5.26	
Özel Kişi Desteği	Evet	23.55±5.09	0.001*
	Hayır	21.71±5.69	
Aile Desteği	Evet	15.66±7.7	0.001*
	Hayır	12.27±7.36	
Arkadaş Desteği	Evet	18.52±6.05	0.001*
	Hayır	15.36±6.34	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	57.73±16.38	0.001*
	Hayır	49.35±16.94	
Bilişten Etkilenen Davranış	Evet	19.73±6.76	0.001*
	Hayır	16.4±6.77	
Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış	Evet	21.12±3.37	0.619
	Hayır	20.81±3.56	
Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki	Evet	5.98±3.56	0.775
	Hayır	5.71±3.18	
Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	46.83±8.51	0.001*
	Hayır	42.92±8.82	

Mann Whitney U Testi, \*p<0,05

Yaş ile hemodiyalize girme süresi (yıl) arasında negatif yönde ( $r=-,176$ ,  $p<0,05$ ), Depresyon ( $r=,187$ ,  $p<0,05$ ) ve Anksiyete arasında ( $r=,213$ ,  $p<0,01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yaş ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Kronik böbrek hastalık süresi (yıl) ile hemodiyalize girme süresi (yıl) ( $r=,777$ ,  $p<0,01$ ) ve arasında Stres ( $r=,168$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kronik böbrek hastalık süresi ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Hemodiyalize girme süresi (yıl) ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18: Korelasyon Analizi**

		Yaş	Kronik Böbrek Hastalık Süresi	Hemodiyalize Girme Süresi
<b>Kronik Böbrek Hastalık Süresi</b>	r	-0.153	1	
	p	.054	.	
<b>Hemodiyalize Girme Süresi</b>	r	-.176*	.777*	1
	p	.026	.000	.
<b>Depresyon</b>	r	.187*	0.072	0.063
	p	.018	.363	.427
<b>Anksiyete</b>	r	.213**	0.019	0.007
	p	.007	.811	.930
<b>Stres</b>	r	0.103	.168*	0.128
	p	.195	.033	.107
<b>Özel Kişi Desteği</b>	r	-.069	-0.016	-0.08
	p	.386	.838	.314
<b>Aile Desteği</b>	r	0	0.023	-0.007
	p	0.102	.773	.932
<b>Arkadaş Desteği</b>	r	-0.121	0	-0.046
	p	.127	0.607	.561
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	r	-0.114	-0.002	0
	p	.151	.975	0.621
<b>Bilişten Etkilenen Davranış</b>	r	-0.114	0.064	-0.006
	p	.152	.418	.939
<b>Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış</b>	r	0.094	-0.03	-0.087
	p	.236	.707	.275
<b>Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki</b>	r	-.123	0.063	0.053
	p	.123	.430	.509
<b>Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği</b>	r	-0.104	0.034	-0.044
	p	.192	.673	.582

Spearman's, \*p<0,05

Depresyon ile Anksiyete ( $r=,498$ ,  $p<0,01$ ) ve Stres ( $r=,770$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon ile Aile Desteği ( $r=-,197$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Anksiyete ile Stres ( $r=,562$ ,  $p<0,01$ ) ve Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ( $r=,189$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Anksiyete ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Stres ile Aile Desteği ( $r=-,161$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Stres ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Özel Kişi Desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,225$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif, Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki ( $r=-,241$ ,  $p<0,01$ ) arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özel kişi desteği ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Aile desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,158$ ,  $p<0,05$ ) ve HHDTYTÖ ( $r=,165$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aile desteği ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Arkadaş Desteği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,226$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Arkadaş desteği ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış ( $r=,208$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ÇBASDÖ ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18: Korelasyon Analizi- Devamı**

		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1. Depresyon</b>	<b>r</b>	1		
	<b>p</b>	.		
<b>2. Anksiyete</b>	<b>r</b>	.498*	1	
	<b>p</b>	.000	.	
<b>3. Stres</b>	<b>r</b>	.770*	.562*	1
	<b>p</b>	.000	.000	.
<b>4. Özel Kişi Desteği</b>	<b>r</b>	-.073	-0.147	-0.113
	<b>p</b>	.361	.064	.155
<b>5. Aile Desteği</b>	<b>r</b>	-.197*	-0.105	-.161*
	<b>p</b>	.012	.185	.041
<b>6. Arkadaş Desteği</b>	<b>r</b>	-0.109	-0.131	-0.132
	<b>p</b>	.170	.098	.097
<b>7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	<b>r</b>	-0.142	-0.125	-0.14
	<b>p</b>	.073	.115	.077
<b>8. Bilişten Etkilenen Davranış</b>	<b>r</b>	0	0.012	-0.043
	<b>p</b>	0.385	.877	.589
<b>9. Yemek Kùltüründen Etkilenen Davranış</b>	<b>r</b>	-0.126	0	-0.15
	<b>p</b>	.111	0.194	.059
<b>10. Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki</b>	<b>r</b>	0.033	.189*	0
	<b>p</b>	.680	.017	0.653
<b>11. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği</b>	<b>r</b>	-0.095	.046	-.082
	<b>p</b>	.231	.560	.300

Spearman's, \*p&lt;0,05

**Tablo 4.18: Korelasyon Analizi- Devamı**

		4	5	6	7	8	9	10
<b>1. Depresyon</b>	r							
	p							
<b>2. Anksiyete</b>	r							
	p							
<b>3. Stres</b>	r							
	p							
<b>4. Özel Kişi Desteği</b>	r	1						
	p	.						
<b>5. Aile Desteği</b>	r	.567*	1					
	p	.000	.					
<b>6. Arkadaş Desteği</b>	r	.807*	.805*	1				
	p	.000	.000	.				
<b>7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	r	.834*	.893*	.960*	1			
	p	.000	.000	.000	.			
<b>8. Bilişten Etkilenen Davranış</b>	r	0.062	0.119	0.13	0.108	1		
	p	.435	.134	.101	.172	.		
<b>9. Yemek Kültüründen Etkilenen Davranış</b>	r	.225*	.158*	.226*	.208*	-0.046	1	
	p	.004	.045	.004	.008	.565	.	
<b>10. Diyeti Değiştiren Olumsuz Etki</b>	r	-.241*	0.02	-0.103	-0.092	.182*	0.006	1
	p	.002	.798	.197	.248	.022	.937	.
<b>11. Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği</b>	r	0	.165*	0.145	0.129	.843*	.303*	.520*
	p	0.655	.037	.067	.105	.000	.000	.000

Spearman's, \*p&lt;0,05

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetmezliği sürecinde hastaların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için en fazla tercih edilen RRT yöntemlerin başında HD gelmektedir (Ateş vd., 2023). HD yaşam kurtarıcı tedavi olmakla birlikte uzun süre uygulandığında kişinin hayatında istenmeyen problemlere ve kişinin birden çok semptom geçirmesine neden olmaktadır (Taylan ve Özkan, 2020). Bireylerin hastalıkları konusunda hissettikleri, meydana gelen belirti ve bulguların artışında ya da azalışında önem arz etmektedir (Özer vd., 2022). HD hastalarının karşılaştığı problemleri doğru ve etkili bir biçimde yönetilmesi gereklidir (Şanlıtürk vd, 2018). Türkiye’de diyaliz hastalarında psikolojik durumları, sosyal destek durumları ve diyet tedavisini ele alan farklı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu oluşan değişiklikler arasındaki ilişkilerin ne olduğu daha cevap bulmamış bir sorudur. Bu araştırma HD uygulanan hastalarda psikolojik durumun, sosyal desteğin ve diyet tedavisine yönelik tutumun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada depresyon, anksiyete ve stres ortalamalarına göre HD hasta örneklem grubumuzda depresyon, anksiyete ve stres varlığı yüksek bulunmuştur. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Demiroğlu ve Bülbül (2021) çalışmalarında hastaların %57,8’inin ileri ve çok ileri derecede anksiyete ve %30,5’inin ileri ve çok ileri derecede depresyonu bulunurken sadece %20,3’ünün ileri ve çok ileri derecede stres düzeyine bulmuştur. Hoang ve ark. (2021) 388 örneklem ile yaptığı çalışmada da HD tedavisi alan hastaların ileri derecede anksiyete, orta düzeyde depresyon ve düşük düzeyde stres yaşadıkları gösterilmiştir. Farklı bir çalışmada depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu hastalarda stres düzeylerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir (Brown ve Green, 2017). Depresyon ile stres arasındaki bu yüksek düzeydeki ilişki, depresif semptomların stres seviyelerini arttırdığına işaret etmektedir. Doğan, Yıldız ve Bağcı (2022) araştırmasında hastaların düşük düzeyde depresyon ve anksiyete, orta düzeyde stres puanına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Birçok çalışmada HD hastalarında depresyon semptomlarının yaygınlığının %9,3 ile %86,4 arasında (Norozî Firoz vd., 2019; Stasiak vd., 2014), anksiyete semptomlarının yaygınlığı %12 ile %52 arasında (Hou vd., 2014) olduğu bildirilmiştir. Depresyon ve anksiyete HD hastalarında yaygındır (Al-Shammari vd., 2021). Bu sonuçlar,

depresyon, anksiyete ve stres yönetimi konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Depresyon, anksiyete ve stres yönetimi konusunda hastalara sunulacak destekler, hastaların yaşam kalitesini arttırmada önemli bir rol oynayacaktır (Brown ve Green, 2017).

Bu çalışmada depresyon, anksiyete ve stresi etkileyen faktörler cinsiyet (kadın), medeni durum (evli olmak), düzenli egzersiz yapma, HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, ihtiyaçlarını bağımsız karşıyla olarak tespit edilmiştir. Acar ve Güneş (2018), Chan, Zalilah ve Hii (2012) ile Burner vd. (2013) araştırmalarında anksiyete düzeyinin kadınların erkeklere oranla daha yüksek olduğunu bildirmişler. Al-Shammarive ark'ın (2021) yapmış oldukları çalışmada da erkeklerin ve evli bireylerin anksiyete ve depresyon yaşama olasılığının çok düşük olduğu belirtilmiştir. HD hastalarında cinsiyete göre kadınların çalışma hayatı, annelik ve eş rollerini gerçekleştirmek zorunda olduklarından daha fazla stres kaynaklı anksiyete düzeyinin yükseldiği düşünülmektedir. Bu durumun çalışmanın farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Medeni duruma göre evli olanların üstlendiği sorumlulukları ile geleceğe dönük kaygı ve endişelerinin daha fazla olabileceği söylenebilir. Yapılan bir çalışmada düzenli egzersiz yapmanın, bireylerin psikososyal durumları üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtmiştir (Başar, 2018). Bu nedenle, HD hastalarının düzenli egzersiz yapmaları teşvik edilmesi ve bu konuda gerekli rehberlik ve destek sağlanması düşünülmektedir. Fiziksel aktivite, hastaların ruhsal sağlıklarını iyileştirebilir ve stresle başa çıkma becerilerini artırabilir. Evde bağımsız ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylerin sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve bu bireylerin daha fazla yardıma ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bu durumun hastalarının yaşının yüksek olması, ortopedik ve benzeri hareket kısıtlılığına neden olan hastalıkların olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş ile depresyon anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe depresyon ve anksiyete düzeyleri artmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon ve anksiyete semptomlarının arttığı belirtilmektedir (Dziubek vd., 2021). Yaşın ilerlemesiyle birlikte artan kronik hastalık yükü, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (Brown ve Green, 2017). KBH süresi ile stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastalık süresi ilerledikçe stres düzeyi artmaktadır.

Hastaların hastalık süresi uzadıkça yaşadıkları psikolojik baskının arttığı saptanmıştır (Novick vd., 2023). KBH süresi artması ile stres düzeyinde artış olabileceği bildirilmiştir (Okyar vd., 2022). Nedeninin hastalık semptomlarının artması, kötü yaşam koşulları ve hastalık süresince görülen komplikasyonlar olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ÇBASD ortalamasına göre HD hasta örneklem grubumuzda algılanan sosyal destek düzeyi orta bulunmuştur. En büyük desteğin de özel kişiden algılandığı görülmüştür. Elpe'nin (2023) yapmış olduğu çalışmasında hastaların SD seviyesini orta seviyede bulmuştur. Çalışmasında en çok SD desteğini ise özel bir kişiden sağladıklarını saptamıştır. Büyükbayram ve ark. (2021) yapmış olduğu çalışmasında hastaların SD seviyesini orta seviyede bulmuştur. Çalışmasında en fazla SD desteğini ise aileden sağladıklarını saptamıştır. Yaşkesen'nin (2018) ve Sarıkaya ve arkadaşlarının (2023) çalışmasına katılmış olan hastaların SD seviyesi yüksek bulunmuştur. Alakaş (2021) ve Theodoritsi ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada hastaların SD seviyesini normalin üstünde bir seviyede bulmuştur. Çalışmasında en fazla SD desteğini ise aileden sağladıklarını saptamıştır. HD tedavisinin seanslarının haftada 3-4 defa olduğu ve tedavi alan kişinin uzun geçen cihazlara bağlanması, hastalık zamanının uzun sürmesi, gelir seviyesinin iyi olmaması SD negatif şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ÇBASDÖ ile alt boyutlarını etkileyen faktörler eğitim durumu (okuryazar olmayanların), gelir durumu (gelir giderden az olanlar), HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu olarak tespit edilmiştir. Elpe'nin 2023 çalışmasından SD alt boyutlarının eğitim seviyelerine göre okuryazar olmayan hasta kişilerin SD algısı değerini düşük yönde bulmuştur. Alakaş'ın 2021 çalışmasında sosyal destek düzeyinin katılımcıların eğitim seviyesine bakıldığında eğitim seviyesi yükseldikçe algılanan sosyal desteğin arttığını saptamıştır. Yaşkesen (2018) yaptığı araştırmada eğitim seviyesi arttıkça SD düzeyi arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyi sosyal destek algısını etkilemektedir; yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların sosyal destek algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Gurlaş, 2016). Ölçer ve ark. (2016) ve Yılmaz (2014) çalışmalarında gelir seviyeleri yüksek olanların SD seviyelerinin de yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Alakaş (2021) çalışmasında gelir seviyesi gidere eşit olan HD tedavisi alan hastaların SD seviyeleri gelir seviyesi kötü olanlara kıyasla daha yüksek bulmuştur. Çalışmalar sonucu araştırmamız bulgularına

paralellik bildirmektedir. Yapılan farklı çalışmalar ve sağlanan veriler doğrultusunda gelir seviyelerinin SD üzerinde etkin olduğu, gelir seviyesini az olan hastaların yaşadığı maddi sorunların SD’i negatif doğrultuda etkilediği düşünülmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının HD hakkında bilgi aldıkları ancak bu bilginin yeterli olmadığını belirttikleri görülmüştür. Bu durum, hastaların daha kapsamlı eğitim programlarına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. HD hastalarının almış oldukları nitelikli bilginin hasta olan kişilerin üzerinde oluşan psikolojik baskıyı düşürerek iletişim kanallarını daha kaliteli kullandıklarından gerçekleşen sosyal destek düzeylerini daha yüksek tuttuğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada alınan HHDTYTÖ ortalamasına göre HD hasta örneklem grubumuzda diyet uyumlarının puan ortalaması orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaptığımız çalışmada diyeti değiştiren olumsuz etki (sıvı ve gıdalar ile alakalı kısıtlamalar, susuma konusunda çok hassasım, izin verileden fazla yemek isterim) değeri düşük olarak bulunmuştur. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Opiyo ve ark. (2019) yapmış oldukları çalışmalarında HD tedavisi alan hastaların diyet uyum seviyeleri orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yapmış olduğumuz çalışmamızı destekleyen çalışmalar Ahrari ve ark. (2014) İran’da 273 HD hastaları ile yapmış oldukları SD ile diyet ve sıvı kısıtlamalarının uyumu çalışmasında diyet uyum seviyelerini orta düzeyde bulmuşlar. Çok fazla sınırlamanın olması sebebiyle böbrek diyeti anlaşılması, öğretilmesi ile uygulaması diyaliz hastaları için komplike diyetler olarak kabul edilmektedir (Lambert vd., 2017). HD hastaları bu diyetleri çok komplike ve birebir sağlıklı beslenme referansı ile çelişkili olarak kavramaktalar (Palmer vd., 2015; Lambert vd., 2017). Başka bir çalışmada ise Filistin’de 220 HD hastası ile yapılan çalışmada ise diyetle olan uyumunu düşük düzeyde saptamışlar (Naalweh vd., 2017). Nebass ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada diyet ve fosfat alımını uyumunda potasyum ve sodyuma oranla daha fazla zorlandıklarını belirtmişlerdir. Özen ve ark. (2019) 274 HD hastası ile yapmış oldukları çalışmalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarını yüksek bulmuşlardır. Çalışmamızda HD tedavisi alan kişilerin diyet ve beslenme seviyelerinin istenilen seviyede olmadığı ve durumun en mühim sebebi ise hasta kişilerin beslenme ile diyet konusundan yeterli düzeyde bilgi kazanmamış olmalarından ve hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada HHDTYTÖ ile alt boyutlarını etkileyen faktörler cinsiyet (kadın), eğitim durumu (okuryazar olmayanların), gelir durumu (gelir giderden az olanlar), HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalar Cristovao (2015), Pasyar ve ark. (2015) kadınların HD diyeti olumsuz etkilenmektedir. Leone ve ark. (2022) çalışmalarında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulmamıştır. Yemek kültüründen kaynaklı davranış ilgisinin cinsiyet yönünden farklılıklar göstermesi katılımcılarının coğrafi farklılıkları ve yaşlarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmada gelir seviyesi düşük olan HD hastalarının düşük diyet bilgine sahip olduğunu ve bundan kaynaklı sağlık durumunu negatif etkilemediğini saptamıştır (Chen vd., 2024). Güneş'in (2012) çalışmasında gelir seviyesinin HD hastalarında beslenme ve diyet tedavisini etkileyen bir faktör diye saptamıştır. Kaplan (2016)'nın çalışmasında lisans eğitimini bitirmiş kişilerin diyet tutumunun değerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Kocamış ve ark. (2016) yapmış oldukları HD kişilerde beslenme durumu ile bilgi düzeyi çalışmasında eğitim durumuna göre eğitim düzeyi yüksek bulmuştur. Balım ve Çınar Pakyüz'ün (2016) çalışmamız ile aynı sonucu bulmuştur. Karabulut ve Yılmaz (2019) çalışmasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. HD hastalarının hastalıkla etkin mücadelesi ve tedaviye uyumu konusunda asıl neden hasta bireylerin eğitim düzeyi arttıkça aldıkları eğitim daha rahat katıldıkları ve tedavileri konusunda bilgi seviyelerini arttığı ile açıklanabilir. Yapılan araştırmada da hastalara etkin olarak verilen beslenme eğitimi ve düzenli diyet takibi sayesinde tedavi süresi boyunca sağlıklı yaşam değeri sağlandığını ifade etmektedir (Bogacka vd. 2018). Kocamış ve ark. (2016) yapmış oldukları HD kişilerde beslenme durumu ile bilgi düzeyi çalışmasında bilgi alma düzeyi daha yüksek bulmuştur. Yapılan meta analiz çalışmasına göre eğitim seviyesinin düşüklüğü hastaların diyet tedavisi yönetimine uyumunu etkilediği sonucuna varmışlardır (Karavetin vd., 2014). Vaz vd.'nin (2014) HD tedavisi alan kişilerin iştah ile yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında bilgi alımının anlamlı olduğunu saptamışlar. Zabel vd.'nin (2012) çalışmalarında hastalarının HD ile ilgili almış olduğu bilgi neticesinde beslenme fiziksel fonksiyon ile sosyal refah düzeyleri üzerinde çok ciddi bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. İpek'in 2021'de HD hastaları ile yaptığı çalışmasında HD ile ilgili bilgi alımını anlamlı bulmuş ve alımın bilginin yeterli olduğunu belirtmiştir. HD tedavisi alan kişilerin yanlış ve düzensiz beslenme etkinlikleri kişileri negatif şekilde etkilediğini ve hasta

kişilere nitelikli verilen beslenme eğitimleri ile düzenli diyet gözlemleri tedavi süresince sağlıklı hayat kalitesi sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların aile desteği azaldıkça depresyon ve stres düzeyleri artmaktadır. Yüksek sosyal destek algısına sahip hastalarda daha düşük depresyon, stres ve anksiyete seviyeleri tespit edilmiştir (Sarikaya vd., 2023). Aile ve arkadaş desteği, HD hastalarının depresyon, stres ve anksiyete seviyelerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Wang vd., 2024). Yılmaz ve Akçay (2014) çalışmalarında aile desteğinin depresyon düzeyinin azaltabileceğini araştırmalarında ortaya kaymaktadır. HD hastalarında görülen sınırlı olma durumu, tedavi sürecinin getirdiği stres ve kronik hastalığın psikolojik yükü ile ilişkilidir. Bu durum, hastaların hem sağlık personeli ile olan ilişkilerini hem de aile içindeki dinamiklerini olumsuz yönde etkileyebilir (Fawzi vd., 2023). Stres seviyesinin artması aile desteğinde azalmalara neden olmaktadır. Bu bağlamda, HD hastalarının psikososyal destek almaları, tedavi sürecinin daha yönetilebilir hale gelmesine katkıda bulunabilir (Wang vd., 2024). Sosyal destek, hastaların psikolojik sağlığını olumlu yönde etkileyerek depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada kritik bir faktördür (Ahrari vd., 2014; Fawzi vd., 2023).

Çalışmada hastaların anksiyete düzeyi arttıkça diyeti değiştiren olumsuz etkiler de artmaktadır. Hastaların beslenme alışkanlıklarını değiştirirken yaşadıkları kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Yılmaz ve Akçay (2014) çalışmalarında anksiyete düzeyinin artması sonucunda diyet yönetiminde olumsuz etkilerinin artabileceğini ortaya kaymaktadır. Bu durum, hastaların diyet değişikliklerine uyum sağlama sürecinde yaşadıkları zorlukların bir göstergesi olabilir. Farklı bir çalışmada da, hastalarda yüksek anksiyete düzeylerinin diyetle uyumsuzluğu artırabileceği belirtilmektedir (Skoumalova vd. 2020). Günelay, Taşkiran ve Mergen'de (2017) HD hastalarında psikolojik faktörlerin diyet ve sıvı kısıtlamasını olumsuz etkilediğini saptamışlardır.

Bu çalışmada algılanan sosyal destek ile yemek kültüründen etkilenen davranış arasında pozitif yönde, aile desteği ile diyet tutumu, yemek kültüründen etkilenen davranışı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan farklı çalışmadan elde edilen bulgular sosyal desteğin diyet uyumu üzerindeki olumlu etkisi ile yakın sonuçlar elde etmişlerdir (Fawzi vd., 2023). İran'da HD hastaları ile yapılan bir çalışmada iyi sağlanan SD sayesinde hastaların diyetle uyumları ve sıvı kısıtlamalarına çok fazla uyum gösterdikleri ve bunun neticesinde laboratuvar

bulgularını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Ahrari vd., 2014). Yapılan çalışmalarda güçlü desteklenmiş SD tedavi sürecini rahatlatacağını, diyet ve vücut kitle indeksi hususlarında olumlu sonuçlar alındığı söylenmiştir (Silva vd., 2016). Fawzi vd., (2023) yapmış oldukları çalışmalarında bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde etmişler. Günümüzde, hastaların başa çıkma mekanizmalarını iyileştirmek, stresi en aza indirmek, pratik sorunlara yardım sunmak (sağlık hizmetlerine erişim) ve diyet ve sıvı kısıtlamaları dahil olmak üzere psikososyal işlevselliği ve terapiye uyumu artırmak gibi çeşitli yollarla hastalık sonucunu olumlu etkileyebileceğinden, algılanan sosyal desteğe olan ilgi artmaktadır (Ahrari vd., 2014; Theodoritsi vd., 2016). Buna göre, sıvı kısıtlamalarına uyum, sosyal destekten alınan memnuniyetten etkilenmektedir (Theodoritsi vd., 2016). Yapılan HD tedavisi çalışmalarda iyi sağlamış sosyal destek sistemi hastaların diyet uyumunu ve diyet değişiklikleri ile daha iyi başa çıkmasında ana kaynak olmaktadır.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarının psikolojik durumun, sosyal desteğin ve diyet tedavisine yönelik tutumun etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada depresyon, anksiyete ve stres varlığı yüksek bulunmuştur. Depresyon, anksiyete ve stresi etkileyen faktörler cinsiyet, medeni durum, düzenli egzersiz yapma, HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, ihtiyaçlarını bağımsız karşıyla olarak bulundu.

Çalışmamızda ÇBASD ortalamasına göre algılanan sosyal destek düzeyi orta bulunmuştur. En büyük desteğin de özel kişiden algılandığı görülmüştür. ÇBASDÖ ile alt boyutlarını etkileyen faktörler eğitim durumu, gelir durumu, HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu olarak görüldü.

Bu çalışmada HHDTYTÖ ortalamasına göre diyet uyumlarının orta düzeyde olduğu bulundu. HHDTYTÖ ile alt boyutlarını etkileyen faktörler cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, HD ile ilgili alınan bilginin yeterlilik durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu olarak tespit edilmiştir.

Hastaların sosyal destek algıları artıkça psikolojik durumları düzelmekte ve diyet uyumları artmaktadır. Anksiyeteleri artıkça diyet uyumları azalmaktadır.

Çalışması sonucunda;

- Hastaların psikolojik durumun, sosyal desteğin ile diyet tedavisine yönelik tutum düzeylerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve risk gurupları belirlenmesi,
- Psikolojik durumu, sosyal desteği ve diyet tedavisine yönelik tutum düzeyleri düşük olan hastalara gerekli eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Hasta kişilerin yaşam niteliğini etkilediği diyet planlamasına uyumun artırılması amacıyla eğitim planlamalarının düzenlenmesi, gerçekleştirilecek eğitimde hasta kişilerin eğitim seviyesi dikkate edilerek planlanması,
- Hastaların psikolojik durumunu, sosyal destek ve diyet tedavisi düzeylerini yükseltecek uygulamaya yönelik çalışmalarının yapılması,

- Hastalıkların ve tedavilerin oluşturduğu olumsuz süreçlerle baş edebilmek için hastalar ve hasta yakınlarına gerekli tüm desteğin verilmesi,
- Hemodiyaliz hastalarına bakım veren sağlık personellerine psikolojik durum düzeylerini artırmada sosyal desteğin önemine ilişkin eğitimler/seminerler verilmesi,
- Araştırmanın daha geniş sayıdaki hasta gurubu ile farklı kurumlarda yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

- Acar, D., Güneş, Z. (2018). Factors affecting therapeutic compliance in patients with chronic renal failure: Anxiety, Depression, İllness Perception. *Age*, 61, 14-19.
- Ahrari, S., Moshki, M., Bahrami, M. (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of caring sciences*, 3(1), 11.19.
- Alakaş, B. (2021). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Al-Shammari, N., Al-Modahka, A., Al-Ansari, E., Al-Kandari, M., Ibrahim, K. A., Al-Sanea, J., ... Albatineh, A. N. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and their associations among end-stage renal disease patients on maintenance hemodialysis: a multi-center population-based study. *Psychology, health & medicine*, 26(9), 1134-1142.
- Altuntaş, A. (2012). Diyaliz öncesi beslenme. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(4), 156-161.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arık, N., Dilek, M. (2010). Böbrek Yetmezliği ile Yaşamak. 2.Baskı. İstanbul: Roche Yayınları.
- Arşimet, A. (2023). *Kronik Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Diyaliz Tedavisi Alma Sürelerine Bağlı Olarak Değişen Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çankırı.
- Ateş, K., Seyahi, N., Koçyiğit, İ., (2023). Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon registry 2022. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*. [https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022\\_web.pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf) Erişim 12.04.2024
- Atik, D., Atik, C., Asaf, R., Cinar, S. (2015). The Effect Of Perceived Social Support By Hemodialysis Patients On Their Social Appearance Anxiety. *Medicine Science*, 4(2), 2210-2223.

- Avdal, E. U., Ayvaz, İ., Uran, B. N. Ö., Yildirim, J. G., Sofulu, F., Pamuk, G. (2020). Opinions of hemodialysis and peritoneum patients regarding depression and psychological problems which they experience: A qualitative study. *Journal of infection and public health*, 13(12), 1988-1992.
- Bahçecioğlu Turan, G., Yılmaz Karabulutlu, E., 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.
- Balım, S., Çınar Pakyüz, S. (2016). Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 34-42.
- Başar, S. (2018). Düzenli egzersizin depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3), 25-34.
- Başar, E. (2018). *Hemodiyaliz Hastalarında Eğitim Programının Sıvı Kontrolü ve Diyete Uyum Üzerindeki Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Besler, H., Rakıcıoğlu, N., Ayaz, A., Büyüktuncer Demirel, Z., Gökmen Özel, H., Samur, F., ... Yürük, A. (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. <https://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-beslenme-rehberi.pdf> Erişim 12.04.2024
- Bhalla, A. K., Bhargava, V., Meena, P. (2019). Assessment And Management Of Nutrition In Hemodialysis Patients. *Journal Of Renal Nutrition And Metabolism*, 5(4), 85-87.
- Bılurdacı, Q. (2023). *Özel Bir Beslenme ve Diyet Danışma Merkezine Başvuran Bireylerin Diyet Süreci ile İlgili Tutum ve Uyumlarının Saptanması*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Bogacka, A., Sobczak-Czynsz, A., Kucharska, E., Madaj, M., Stucka, K. (2018). Analysis of nutrition and nutritional status of haemodialysis patients. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 69(2).
- Bramania, P., Ruggajo, P., Bramania, R., Mahmoud, M., Furia, F. (2021). Nutritional status of patients on maintenance hemodialysis at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021, 1-7.

- Brown, T., Green, J. (2017). Psychological impact of chronic kidney disease. *Journal of Nephrology*, 29(3), 212-220.
- Brunelli, A. A., Murphy, G. C., Athanasou, J. A. (2016). Effectiveness of social support group interventions for psychosocial outcomes: A meta-analytic review. *The Australian Journal Of Rehabilitation Counselling*, 22(2), 104-127.
- Burkev, F.G (2021). *Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Burner, E., Menchine, M., Taylor, E., Arora, S. (2013). Gender differences in diabetes self-management: a mixed-methods analysis of a mobile-city Latino patients. *Journal of diabetes science and technology*, 7(1), 111-118.
- Bülbül E., Çelik S. (2021). Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım. In: Olgun N, Çelik S. (Ed), *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara: 251-293.
- Büyükbayram, Z., Ayık, D. B., İl, D. A. (2021). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 134-143.
- Chae, W., Ju, Y. J., Shin, J., Jang, S. I., Park, E. C. (2018). Association Between Eating Behaviour And Diet Quality: Eating Alone Vs. Eating With Others. *Nutrition Journal*, 17(117), 1-11.
- Chan, Y.M., Zalilah, M.S., Hii, S.Z. (2012). Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *PlosOne*, 3.
- Chen, Z., Xu, N., Chen, X., Zhang, X., Yin, S., Xiao, G., ... Su, C. (2024). Dietary knowledge-attitude-practice status in hemodialysis patients: a latent profile analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 836.
- Clonan, A., Holdsworth, M. (2012). The challenges of eating a healthy and sustainable diet. *The American journal of clinical nutrition*, 96(3), 459-460.
- Collins, A. J., Foley, R. N., Gilbertson, D. T., Chen, S. C. (2015). United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney international supplements*, 5(1), 2-7.

- Cristóvão, A. F. A. D. J. (2015). Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Revista brasileira de enfermagem*, 68, 1154-1162.
- Cupisti, A., Brunori, G., DiIorio, B. R., D'Alessandro, C., Pasticci, F., Cosola, C., Bellizzi, V., Bolasco, P., Capitanini, A., Fantuzzi, A. L. (2018). Nutritional Treatment Of Advanced CKD: Twenty Consensus Statements. *Journal Of Nephrology*, 31(4), 457-473.
- Çekim, M. (2019). *Bir Sağlık Sosyolojisi Uygulaması Olarak Periton Diyaliz Tedavisine Etki Eden Sosyal Faktörler-Malatya Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Çevik, L.H. (2020). *Kronik Böbrek Hastalığında Uzun Dönem Sağlık Analizi*. (Yüksek Lisans Tezi). Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Çiftçi, N., Yıldız, M., Yildirim, Z. (2024). The relationship between satisfaction with life, dietary attitude, and comfort level in hemodialysis patients: Analysis with machine learning approach. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*.
- Delgado-Domínguez, C. J., Sanz-Gómez, S., López-Herradón, A., DíazEspejo, B., LamasGonzález, O., de Los Santos Roig, M., ... RamosSánchez, R. (2021). Influence of depression and anxiety on hemodialysis patients: the value of multidisciplinary care. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3544.
- Demiroğlu, S., Bülbül, E. (2021). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*; 16(3), 124-133.
- Dikmen, R. D. (2020). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Dinç, H. (2020). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Dizdar, O. S., Yıldız, A., Gul, C. B., Gunal, A. I., Ersoy, A., Gundogan, K. (2020). The effect of hemodialysis, peritoneal dialysis and renal transplantation on

nutritional status and serum micronutrient levels in patients with end-stage renal disease; Multicenter, 6-month period, longitudinal study. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 60, 126-138.

Doğan, B. K., Öztürk, A. B. (2020). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 28-36.

Doğan, R., Yıldız, E., Bağcı, N. (2022). Böbrek nakli hastalarında depresyon anksiyete stres seviyeleri ile immüno-supresif tedaviye uyum arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 539-553.

Duran, S., Güngör, E. (2015). Determination of the emotional and social problems in dialysis patients. *Journal of Uludağ University Medical Health*, 41, 59-63.

Dziubek, W., Pawlaczyk, W., Rogowski, L., Stefanska, M., Golebiowski, T., Mazanowska, O., ... Kowalska, J. (2021). Assessment of depression and anxiety in patients with chronic kidney disease and after kidney transplantation—a comparative analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10517.

Eker, D. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.

Ekici, Z. (2023). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerdeki Hastalık Uyum Düzeyi ve Semptom Yönetimi*. (Yüksek Lisans Tezi). Amasya Üniversitesi, Amasya.

Elpe, A. G. (2023). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Fawzi, A., Putra, A. I., Rusmawati, A., Ellina, A. D., Effendy, M. A., Sutrisno, J. (2023). Knowledge Analysis And Family Support On Diet Compliance In Patients With Chronic Kidney Failure In The Hemodialysis Room, Mayapada Surabaya Hospital. *Journal of Health Science Community*, 4(1), 31-38.

- Fransen, H. P., Boer, J. M., Beulens, J. W., De Wit, G. A., Bueno-De-Mesquita, H. B., Hoekstra, J., ... Peeters, P. H. (2017). Associations Between Lifestyle Factors And An Unhealthy Diet. *The European Journal Of Public Health*, 27(2), 274-278.
- Funakoshi, Y., Fujiwara, Y., Kiyota, N., Mukohara, T., Shimada, T., Toyoda, M., ... Minami, H. (2013). Prediction of glomerular filtration rate in cancer patients by an equation for Japanese estimated glomerular filtration rate. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43(3), 271-277.
- González-Flores, C. J., García-García, G., Lerma, A., Pérez-Grovas, H., Meda-Lara, R. M., Guzmán-Saldaña, R. M., Lerma, C. (2021). Resilience: a protective factor from depression and anxiety in Mexican dialysis patients. *International Journal of Environmenta Lresearch and Publi Chealth*, 18(22), 11957.
- Gordon, E. J., Prohaska, T. R., Gallant, M. P., Sehgal, A. R., Strogatz, D., Conti, D., Siminoff, L. A. (2010). Prevalence and determinants of physical activity and fluidintake in kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 24(3), E69-E81.
- Gökler, R., Işıtan, İ. (2012). Modern çağın hastalığı: Stres ve etkileri, *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 154-168.
- Gurlaş, K. (2016). *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Günelay, S., Taşkiran, E., Mergen, H. (2017). Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 3(1), 9-14.
- Gündoğdu, S., Arıkan, F., Pekesen, M., Yıldırım, Y., Aykar, F. Ş. (2023). Examination of depression and perceived social support levels and affecting factors in hemodialysis patients. *Ege Tıp Dergisi*, 62(2), 224-233.
- Güner, Y. O. (2019). Diyaliz hastalarında sosyal bütünleşme ihtiyacı. *İbad Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 175-184.
- Hoang, V. L., Green, T., Bonner, A. (2022). Examining social support, psychological status and health-related quality of life in people receiving haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 48(2), 102-111.

- Hou, Y., Li, X., Yang, L., Liu, C., Wu, H., Xu, Y., Yang, F., Du, Y. (2014). Factors associated with depression and anxiety in patients with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 46(8), 1645–1649.
- İpek, A. İ., (2021). *Hemodiyaliz Hastalarında Diyet Kalitesi ile Bazı Biyokimyasal Bulguların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- Kalantar-Zadeh, K., Tortorici, A. R., Chen, J. L., Kamgar, M., Lau, W. L., Moradi, H., ... Kovesdy, C. P. (2015). Dietary restrictions in dialysis patients: Is there anything left to eat?. In *Seminars in Dialysis*, 28(2), 159-168.
- Kaplan A. (2016). *Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumu ve Yaşadıkları Semptomların Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Karabey, T., Karagözoğlu, Ş. (2021). Hemodiyaliz sürecinde semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-29.
- Karabulutlu, E. Y., Yılmaz, M. Ç. (2019). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 390-398.
- Karavetian, M., Vries, N., Rizk, R., Elzein, H. (2014). Dietary educational interventions for management of hyperphosphatemia in hemodialysis patients: *A systematic review and meta-analysis*. *Nutr Rev*; 72(7):471–482.
- KDIGO (2012). Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*, 3:1-150.
- KDIGO (2024). Clinical Practice Guideline For The Evaluation And Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International* 105 (Suppl 4S), S117–S314
- Kellerman, Q. D., Christensen, A. J., Baldwin, A. S., Lawton, W. J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, 29(6), 594-600.
- Keskin, A. Y., Özpulat, F. (2019). Kronik böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları güçlükler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32-43.

- Kızıltan, G. (2018). Son dönem böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 48-56.
- Kızıltan, G., Türker, P. F. (2018). Böbrek hastalıkları ve beslenme özel sayısı. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 1-1.
- Kim, B., Kim, C., Nam, K. Y. (2019). Design criteria for haemodialysis patients based on self-weight-management behaviour. *Archives of design research*, 32(1), 31-45.
- Kocamış, R. N., Türker, P., Beyaz, E. K., Kızıltan, G., Ok, M. A. (2016). Hemodiyaliz hastalarında beslenme bilgi düzeyi ile beslenme durumları arasındaki ilişki. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-31.
- Korkmaz, S. A., Topbaş, E. (2023). Böbrek sağlığının korunması ve böbrek hastalıklarının önlenmesinde ulusal ve uluslararası eylem planları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(1), 45-61.
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7-11.
- Krespi Boothby, M. R., Salmon, P. (2013). Self-Efficacy and hemodialysis treatment: A qualitative and quantitative approach. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(2).
- Lambert, K., Mullan, J., Mansfield, K. (2017). An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC nephrology*, 18, 1-20.
- Leone, A., De Amicis, R., Pellizzari, M., Bertoli, S., Ravella, S., Battezzati, A. (2022). Appetite ratings and ghrelin concentrations in young adults after administration of a balanced meal. Does sex matter?. *Biology of sex Differences*, 13(1), 25.
- Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M. L., Robles-García, R., Lerma, C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 105-123.

- Lerma, A., Salazar, E., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Gutiérrez, D., Reyes-Lagunes, I., ... Lerma, C. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Saludmental*, 35(3), 189-194.
- Macdiarmid, JI, Kyle, J., Horgan, GW, Loe, J., Fyfe, C., Johnstone, A. Ve Mcneill, G. (2012). Sustainable diets for the future: Can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet?. *The American journal of clinical nutrition*, 96(3), 632–639.
- MacLaughlin, H. L., Friedman, A. N., Ikizler, T. A. (2022). Nutrition in kidney disease: Corecurriculum 2022. *American Journal of Kidney Diseases*, 79(3), 437-449.
- Megawati, S. W., Abdurachman, R., & Muliani, R. (2019). Relationship Between Nutritional Status And Quality Of Life Of Chronic Kidney Failure Undergoing Hemodialysis. *Kne Life Sciences*, 705-715.
- Meybeck, A., Gitz, V. (2017). Sustainable diets within sustainable food systems. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 76(1), 1–11.
- Mollaoglu, M., Candan, F., Mollaoglu, M. (2016). Illness perception and hopelessness in hemodialysis. *Archives Of Clinical Nephrology*, 2(1), 44-48.
- Mutlu, E., Duyan, V. (2012). Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 25-38.
- Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Zyoud, S. E. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18, 1-9.
- Nehir, S. (2020). Anksiyete ile İlgili Bozukluklar. F. Oflaz ve N. Yıldırım (Yay. Haz.). *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları*. 1.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Nerbass, F. B., Correa, D., Santos, R. G. D., Kruger, T. S., Sczip, A. C., Vieira, M. A., Morais, J. G. (2017). Perceptions of hemodialysis patients about dietary and fluid restrictions. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(02), 154-161.

- Norozi Firoz, M., Shafipour, V., Jafari, H., Hosseini, S. H., Yazdani-Charati, J. (2019). Relationship of hemodialysis shift with sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Clinical Nursing Research*, 28(3), 356–373.
- Novick, T. K., Custer, J., Zonderman, A. B., Evans, M. K., Hladek, M., Kuczmarski, M., ... Crews, D. C. (2023). Coping Behaviors and Incident Kidney Disease. *Kidney360*, 4(8), 1072-1079.
- Okyar, G., Yılmaz, D. A., Yıldırım, M. S., Yıldız, M. (2022). Kronik böbrek hastalığına merkezi sinir sistemi cevabı. *KSU Medical Journal*, 17(3), 198-209.
- Opiyo, R. O., Nyasulu, P. S., Olenja, J., Zunza, M., Nguyen, K. A., Bukania, Z., ... Were, A. O. (2019). Factors associated with adherence to dietary prescription among adult patients with chronic kidney disease on hemodialysis in national referral hospitals in Kenya: a mixed-methods survey. *Renal Replacement Therapy*, 5(1), 1-14.
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., Turker, T. (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *Journal of Nursing Research*, 27(4), e36.
- Ölçer, Z., Bakır, N., Oskay, Ü. (2016). Yüksek Riskli Gebelerin Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Algıları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;19:1.
- Özer, Z., Turan, G. B., Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 10-17.
- Özkul, M., Var, E. Ç. (2018). İkincil Travmatik Stres ve Sosyal Destek İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 49-62.
- Özmen, D., Zorlu, B. P., Dinçel, N. (2023). Kronik Böbrek Hastalığında Beslenme. *İzmir Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(4), 219-225.
- Palmer, S. C., Hanson, C. S., Craig, J. C., Strippoli, G. F., Ruospo, M., Campbell, K., ... Tong, A. (2015). Dietary and fluid restrictions in CKD: a thematic synthesis of patient views from qualitative studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(4), 559-573.

- Parvan, K., Ahangar, R., Hosseini, F. A., Abdollahzadeh, F., Ghojazadeh, M., Jasemi, M. (2015). Coping methods to stress among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 255-262.
- Pasyar, N., Rambod, M., Sharif, F., Rafii, F., Pourali-Mohammadi, N. (2015). Improving adherence and biomedical markers in hemodialysis patients: the effects of relaxation therapy. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(1), 38-45.
- Pereira, R. A., Ramos, C. I., Teixeira, R. R., Muniz, G. A. S., Claudino, G., Cuppari, L. (2020). Diet in chronic kidney disease: An integrated approach to nutritional therapy. *Revistada Associação Médica Brasileira*, 66, 59-67.
- Piccoli, G. B., Moio, M. R., Fois, A., Sofronie, A., Gendrot, L., Cabiddu, G., D'Alessandro, C., Cupisti, A. (2017). The diet and haemodialysis dyad: Three eras, four open questions and four paradoxes. A narrativerewiew, Towards A Personalized, Patient-CenteredApproach. *Nutrients*, 9(4), 372.
- Rabiei, L., Kheiri, S., Masoudi, R. (2021). Development and psychometric evaluation of the perceived care tension questionnaire forcaregivers of hemodialysis patients: A mixed method study. *Journal of Educationand Health Promotion*, 10(1), 445.
- Rnic, K., Dozois, D. J., Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Europe's journal of psychology*, 12(3), 348.
- Rohini, T., Ezhilarasu, P. V. (2016). Lived experience of patients undergoing hemodialysis: quality of life perspective. *Int J Indian Psychol*, 3(2), 155.
- Russell, C. L., Cronk, N. J., Herron, M., Knowles, N., Matteson, M. L., Peace, L., Ponferrada, L. (2011). Motivational interviewing in dialysis adherence study (MIDAS). *Nephrol Nurs J*, 38(3), 229-236.
- Sarikaya, N. A., Kartal, M., Akçam, M. (2023). Psychological distress and perceived social support levels of patients with chronic hemodialysis. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(1), 32-43.

- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, 7(1), 19.30.
- Seyahi, N., Ateş, K., Süleymanlar, G. (2017). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu. *Türk Neph Dial Transpl*, 26: 154160.
- Silva, S. M. D., Braido, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., &Orlandi, F. D. S. (2016). Suportesocial de adultos e idososrenaiscrônicos em hemodiálise. *RevistaLatino-Americana de Enfermagem*, 24, e2752.
- Skoumalova, I., Geckova, A. M., Rosenberger, J., Majernikova, M., Kolarcik, P., Klein, D., ... Reijneveld, S. A. (2020). Does depression and anxiety mediate the relation between limited health literacy and diet non-adherence?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7913.
- Stasiak, C. E., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F., Baroni, G. (2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Jornal Brasileiro De Nefrologia*, 36(3), 325–331.
- St-Jules, D. E., Woolf, K., Pompeii, M. Lou, Sevick, M. A. (2016). Exploring problems in following the hemodialysis diet and their relation to energy and nutrient intakes: The balancewise Study. *Journal Of Renal Nutrition*, 26(2), 118–124.
- Süzen, B. (2018). Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 36-47.
- Şanlıtürk, D., Ovayolu, N., Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*.1 (13). 17-25.
- Şimşek, M. (2018). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Algısı*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.

- Tayaz, E., Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156.
- Taylan, S., Özkan, İ. (2020). Hemodiyaliz hastalarında görülen semptom kümelerinin cinsel işlev ile ilişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 79-88.
- Theodoritsi, A., Aravantinou, M. E., Gravani, V., Bourtsi, E., Vasilopoulou, C., Theofilou, P., Polikandrioti, M. (2016). Factors associated with the social support of hemodialysis patients. *Iranian Journal of Public Health*, 45(10), 1261.
- Toku, T. N. (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. (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 53-59.
- Topbaş, E., Bingöl, G. (2017). Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 36-42.
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). [http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye\\_Bobrek\\_Hastalıkları\\_Onleme\\_ve\\_Kontrol\\_Programi.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastalıkları_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf). Erişim Tarihi: 22 Nisan 2024.
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023). [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye\\_Bobrek\\_Hastalıkları\\_Onleme\\_ve\\_Kontrol\\_Programi\\_2018-2023.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Bobrek_Hastalıkları_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf) . Erişim Tarihi:11 Mayıs 2024.
- USDRS (2022). 2022 Annual Data Report. <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities> Erişim Tarihi:12.10.2023
- Üstündağ, H., Bostancı, Z., Aydoğan, B. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başetme düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 74-83.

- Varol, E., Karaca Sivrikaya, S. (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 89-96.
- Vaz, I.M.F., Freitas, A.T.V. de S., Peixoto, M. do R.G., Ferraz, S.F., Campos, M.I.V.A.M. (2014), Food intake in patients on hemodialysis. *Revista de Nutricao*, 27(6), 665–675.
- Velasco, N., Chamney, P., Wabel, P., Moissl, U., Imtiaz, T., Spalding, E., ... Ve Jardine, A. (2012). Optimal fluid control can normalize cardiovascular risk markers and limit left ventricular hypertrophy in thrice weekly dialysis patients. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis*, 16(4), 465–472.
- Wang, Y., Qiu, Y., Ren, L., Jiang, H., Chen, M., Dong, C. (2024). Social support, family resilience and psychological resilience among maintenance hemodialysis patients: a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 24(1), 76.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238-1252.
- Yaşkesen, A. (2018). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Yavuz, Y.C., Sevinç, C., Koçyiğit, İ. (2017). Kronik Böbrek Yetmezliği. E Kitap: <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bobrek-fizyopatolojisi-kitabi.pdf>. Erişim tarihi:23.04.2024.
- Yeşil, S., Karşlı, B., Kayacan, N., Süleymanlar, G., Ersoy, F. (2015). Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ağrı değerlendirmesi. *Ağrı*, 27(4), 197-204.
- Yılmaz S. M. (2014). *Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz, T., Akçay, D. (2014). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 23(1),41-46.

- Yolcuoğlu, İ. Z., Kızıltan, G. (2021). Beslenme eğitiminin diyet kalitesi, sŸdŸrŸlebilir beslenme ve yeme davranışları Ÿzerine etkisi. *Başkent Ÿniversitesi Sağlık Bilimleri FakŸltesi Dergisi*, 6(1), 77-90.
- YŸcens, B., Kotan, V. O., Ŗzkayar, N., Kotan, Z., YŸksel, R., Bayram, ř., ... GŖka, E. (2019). The Association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*, 32(1), 43-51.
- YŸrŸgen, B., GŖkdođan, F., Nural, N. (2015). *Diyaliz Teknikerleri İçin Nefroloji Kitabı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara*
- Zabel, R., Ash, S., King, N., Juffs, P., Bauer, J. (2012). Relationships between appetite and quality of life in hemodialysis patients. *Appetite*, 59(1), 194-199.
- Zarantonello, D., Rhee, C. M., Kalantar-Zadeh, K., Brunori, G. (2021). Novel conservative management of chronic kidney disease via dialysis-free interventions. *Current opinion in Nephrology and Hypertension*, 30(1), 97-107.

## EKLER

### Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

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

1. Yaş: ...
2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
3. Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( )
4. Eğitim Durumu:  
Okur-yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )  
)Lisansüstü( )
5. Çocuk Varlığı: Var ( ) Sayısı: ... Yok ( )
6. Çalışma Durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )
7. Gelir-Gider Durumu:  
Gelir Giderden Az ( ) Gelir Gidere Eşit ( ) Gelir Giderden Fazla ( )
8. Birlikte Yaşadığı Kişiler:  
Yalnız ( ) Eşi ( ) Eşi ve çocuğu/çocukları ( ) Anne/Baba ( )  
Yakınları/Akrabaları ( ) Diğer: ...
9. Sigara Kullanıyor Musunuz? Evet ( ) Hayır ( )
10. Düzenli Olarak Haftada En Az 3 Gün 30 Dk Egzersiz Yapıyor Musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
11. Ne Kadar Süredir Kronik Böbrek Hastasıdır? .....yıl.....ay
12. Ne Kadar Süredir Hemodiyalize Giriyorsunuz? .....yıl.....ay
13. Kronik Böbrek Hastalığı Dışında Başka Kronik Hastalığınız Var Mı?  
Evet ( ) Hayır ( )

**14. Ailede Kronik Böbrek Hastalığı Öyküsü Varlığı?**    Yok ( )    Var ( )

Belirtiniz:.....

**15. Evde Kendi İhtiyaçlarınızı Bağımsız Karşılatabiliyor Musunuz:**

Evet karşılayabiliyorum ( )    Hayır karşılayamıyorum ( )

**16. Hemodiyaliz İle İlgili Bilgi Aldınız Mı:** Evet ( )    Hayır ( )

**17. Aldığımız Bilgilendirmenin Yeterli Olduğunu Düşünüyor Musunuz:**

Evet ( ) Hayır ( )



## Ek 2: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)

NO	Son 10 Gündeki Durumunuz (Özellikle son 1 hafta)	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim ( <i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i> ).	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda ( <i>örneğin ellerimde</i> ) titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11	Kısıktılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18	Alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim ( <i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i> ).	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

### Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

**1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

#### Ek 4: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle Katılıyorum (4)
1. Diyalize başladıktan sonra nasıl beslenmem gerektiğiyle ilgili deneyimlerimden faydalaniyorum.				
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.				
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 5: Etik Kurul Onayı



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



Sayı : E-20292139-050.06.04-2300016633  
Konu : Etik Kurul Kararı (Halil DENİZ)

11.12.2023

Sayın Halil DENİZ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikolojik Durumun, Sosyal Desteğin ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutumun İncelenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 13.10.2023 tarihli ve 2023/07 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
Kurul Başkanı

Ek: Halil DENİZ Etik Onay Belgesi

## Ek 6: Kurum İzni



T.C.  
ŞANLIURFA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-49781372-774.99-243106794  
Konu : Yüksek Lisans Çalışması İzni Onayı  
(Halil DENİZ)

07.05.2024

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 15.03.2024 tarihli yazımız.  
b) 15.04.2024 tarihli yazımız.

İlgi sayılı yazılara istinaden; Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anjiyo Ünitesinde Hemşire olarak görev yapmakta olan Halil DENİZ tarafından yapılması planlanan "*Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikolojik Durumun, Sosyal Desteğin ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutumu İncelenmesi*" konulu yüksek lisans tez çalışmasına dair belge bilgileri tekrar Bilimsel Araştırma Çalışmalar İnceleme ve Değerlendirme Komisyonunca incelenmiştir. Konuya dair ekte yer alan eksikliklerin (240773897 barkod numaralı yazı) tamamlandığı anlaşılmış olup çalışmanın Komisyon karar tarihinden itibaren Hastanenizde yapılması Müdürlüğümüzce oluşturulmuş Bilimsel Araştırma Çalışmaları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonunda alınan karara uymak koşuluyla mütaala edilmiş olup; araştırmacıya gerekli desteğin sağlanması ve çalışma sonucunda elde edilen sonuçların ise araştırmacı tarafından Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda; Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Abdullah SOLMAZ  
İl Sağlık Müdürü

Ek:  
1 - İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı-Halil DENİZ.pdf  
2 - Bilimsel Çalışma (Halil DENİZ)

Dağıtım:  
Gereği:  
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliğine

Bilgi:  
Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliğine

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge doğrulama kodu: 0FE4524A-E195-4012-8B7D-AB1F32A949DA

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bağlarbaşı Mah. İpekyol Cad. No:80 Haliliye/ŞANLIURFA 63050  
Telefon No: 04143188378  
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/)  
Kep Adresi:

Bilgi için: Zahide KAPLAN  
Uzman  
Telefon No: 04143188378



## Ek 7: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.01.2024-303110



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Harran Üniversitesi Hastanesi



Sayı : E-66063783-622.99-303110  
Konu : Dilekçeniz

22.01.2024

**Sayın Halil DENİZ**

Başhekimliğimize vermiş olduğunuz 19.01.2024 tarihli dilekçeniz ile İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi olduğunuz "Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikolojik Durumun Sosyal Desteğin ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutumunun İncelenmesi" isimli çok merkezli yüksek lisans tez çalışmanızda bulunan anket çalışmasını hastanemizde yapmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Ahmet ATLAS  
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güncel elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu (BBLSHVZK) Fia Kodu (7251)

Belge Takip Adresi :  
[https://bys.harran.edu.tr/evs/ikon/Validata\\_Doc.aspx?ID=BBLSHVZK&R=8-303110](https://bys.harran.edu.tr/evs/ikon/Validata_Doc.aspx?ID=BBLSHVZK&R=8-303110)

Adres:Ömerbey Yerleşkesi, Şanlıurfa-Mardin Karayolu Üçüncü 18. Km, 63290 Halilözü/Şanlıurfa  
Telefon: 0414 344 40 02 Faks:0414 344 40 80  
E-Posta:bashekimlik@harran.edu.tr Web:bashec.harran.edu.tr  
Kayıt Adresi:harranuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Hasan TEPE  
Uzman Bilgiye İşlemci  
Tel No: 0414



Bu belge, güncel elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında Halil DENİZ tarafından yürütülen “**Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikolojik Durumun, Sosyal Desteğin ve Diyet Tedavisine Yönelik Tutumun İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikolojik durumun, sosyal desteğin ve diyet tedavisine yönelik tutumunu incelemektir. Araştırmamda 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 e-posta adresi ve 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: Halil DENİZ

İmzası:



## ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: HALİL DENİZ

### A. EĞİTİM DURUMU

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	2022-...
Lisans	Hemşirelik	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksek Okulu	2012-2016
Ön Lisans	Tibbi Laboratuvar	Kafkas Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O.	2008-2010

### B. MESLEKİ DENEYİM

Kurum Adı	Özel / Kamu	Yıl
Bodrum MetrolifeClinic	Özel	2012-2014
Bodrum Acıbadem MetrolifeClinik	Özel	2014-2014
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kamu	2017-2021
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kamu	2021-....