



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜNÜN YAŞAM  
DOYUMUNA ETKİSİ**

Ayyuş GEBEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

GAZİANTEP

2019



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜNÜN YAŞAM  
DOYUMUNA ETKİSİ**

Ayyuş GEBEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

GAZİANTEP

2019

**TC.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜNÜN YAŞAM  
DOYUMUNA ETKİSİ**

**Ayyuş GEBEL**

Tez Savunma Tarihi: 17.05.2019  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ  
Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Nimet OVAYOLU  
Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**Prof. Dr. Nimet OVAYOLU  
Doç. Dr. Medet KORKMAZ  
Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR  
Dr. Öğr. Üyesi Serap KOÇAK  
Dr. Öğr. Üyesi Elif BİLSİN**

**İmzası**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

İmza

Ayyuş GEBEL



## **TEŞEKKÜR**

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen ve sabır gösteren Prof. Dr. Nimet OVAYOLU' na ve bana her konuda destek olan eşim Ertuğrul GEBEL ve aileme teşekkür ederim.

**Ayyuş GEBEL**



## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>ii</b>
<b>KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ</b>	<b>v</b>
<b>ŞEKİL VE RESİM LİSTESİ</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b>	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>3</b>
1.1. Problemin Tanımı	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	5
2.1.1. Böbreğin fizyolojisi	5
2.1.2. KBY' de fizyopatoloji	5
2.1.3. Etiyoloji	7
2.1.4. Kronik böbrek yetmezliği gelişmesini etkileyen faktörler	7
2.1.4.1. Değiştirilemeyen faktörler	7
2.1.5. Kronik böbrek yetmezliğinde tanı	8
2.1.6. Kronik böbrek yetmezliğinde tanı ölçüleri	8
2.1.7. Kronik böbrek yetmezliğinde tedavi	8
2.2. Diyaliz	9
2.2.1. Periton diyalizi	10
2.2.2. Hemodiyaliz	11
2.2.3. Hemodiyalizde sıvı dengesizliği ve kuru kilo kavramı	15
2.2.4. Hemodiyalizde sıvı kontrolü	15
2.3. Yaşam Doyumu	16
2.3.1. Yaşam doyumunu etkileyen unsurlar	17
2.3.2. Yaşam doyumunun bazı değişkenlerle ilişkisi	18
2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı ve Önemi	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel bilgi formu	20

3.5.2. Yaşam Doyumu Ölçeği	21
3.5.3. Hemodiyaliz sıvı kontrol ölçeği	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Etik Konular	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	22
<b>4. BULGULAR</b>	<b>23</b>
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	23
4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulguların Dağılımı	25
4.3. Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulguların Dağılımı	27
4.4. Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	28
4.5. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları	30
4.6. Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	31
4.7. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	32
4.8. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	37
4.9. Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
4.10. Hastaların Yaşam Doyumuyla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>48</b>
5.1. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması	48
5.2. Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması	49
5.3. Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	50
5.4. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
5.5. Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
5.6. Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Karşılaştırılması	51
5.7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Göre Karşılaştırılması	52
5.8. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
5.9. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Bazı Parametrelerle Karşılaştırılması	56
5.10. Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	57
5.11. Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Özelliklerine Göre Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58



<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>61</b>
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	61
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>63</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>70</b>
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	70
EK-2 Yaşam Doyumu Ölçeği	74
EK-3 Hemodiyaliz Sıvı Kontrol Ölçeği	75
EK-4. Etik Kurul Onayı	76
EK-5 Hasta Onam Formu	78
EK-6. Sıvı Kontrol Ölçeği Kullanım İzni	82
EK-6. Yaşam Doyumu Ölçeği Kullanım İzni	83
EK-7. Özel Diyaliz Merkezleri Çalışma İzni	84
EK-7. Özel Diyaliz Merkezleri Çalışma İzni	85
EK-8. Özgeçmiş	87



## SİMGE VE KISALTMALAR

- ABY: Akut Böbrek Yetmezliği
- APD: Aletli Periton Diyalizi
- BUN: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Nitrojeni)
- DM: Diabetes Mellitus
- DN: Diyabetik Nefropati
- GFH: Glomerül Filtrasyon Hızı
- HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: Bikarbonat
- HD: Hemodiyaliz
- HT: Hipertansiyon
- HTC: Hematokrit
- KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği
- KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- ODPD: Optimize Devirli Periton Diyalizi
- PaCO<sub>2</sub>: Parsiyel Karbondioksit Basıncı
- PD: Periton Diyalizi
- RRT: Renal Replasman Tedavisi
- SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
- SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
- SDPD: Sürekli Devirli Periton Diyalizi
- TMP: Trans Membran Basınç
- TND: Türk Nefroloji Derneği
- TPD: Tidal Periton Diyalizi
- UF: Ultrafiltrasyon

## ŞEKİL LİSTESİ

no	Sayfa
1. KBY' De Böbreklerde Oluşan Dokusal Değişiklikler	6
2. Ülkemizde İlk Kez Renal Replasman Tedavisi Uygulanan Hastaların Renal Replasman Tedavilerine Göre Dağılımı .....	9



## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi	6
<b>Tablo 2:</b> <u>Hemodiyaliz Tedavisinde Sık ve Nadir Görülen Akut Komplikasyonlar.....</u>	
<b>Tablo 3:</b> Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	
<b>Tablo 4:</b> Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulguların Dağılımı	
<b>Tablo 5:</b> Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulguların Dağılımı	
<b>Tablo 6:</b> Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	
<b>Tablo 7:</b> Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları Alınan Minimum ve Maksimum Değerler...	
<b>Tablo 8:</b> Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı	30
<b>Tablo 9:</b> Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	
<b>Tablo 10:</b> Hastaların Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	
<b>Tablo 11:</b> Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	
<b>Tablo 12:</b> Hastaların Yaşam Doyumu İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	

## ÖZET

### HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜNÜN YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

Ayyuş GEBEL

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı, Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Mayıs 2019, 98 Sayfa

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma iki özel hemodiyaliz merkezinde tedavi gören 155'i erkek 145'i kadın toplam 300 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; kişisel bilgi formu, sıvı kontrol ölçeği ve yaşam doyumunu ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 24 programında; Ki-Kare, Student t, One Way Anova ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların sıvı kontrol ölçeği puan ortalaması  $50.07 \pm 8.05$ , yaşam doyumunu ölçeği puan ortalaması  $18.52 \pm 8.29$  olarak bulunmuştur. Hastaların sıvı kontrolü ölçeği alt bölümlerinin puan ortalamalarına bakıldığında en fazla davranış ( $24.88 \pm 4.76$ ) daha sonra sırasıyla tutum ( $13.77 \pm 4.41$ ) ve bilgi ( $11.42 \pm 2.15$ ) alt bölümlerinin geldiği belirlenmiştir. Sıvı kontrol ölçeği ortalama puanının bakımıyla ilgilenenin var olma durumuna, sıvı kontrol ölçeği davranış alt bölümünün cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yaşam doyumunu ortalama puanının gelir durumuna göre karşılaştırılması sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu, gelir durumu yüksek olan hastaların yaşam doyumunu ortalamalarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Sıvı kontrol ölçeği bilgi düzeyi ortalamasının eğitim duruma göre negatif yönde anlamlı bir farklılık gösterdiği, eğitim seviyesi attıkça bilgi düzeyi ortalama puanının düştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bir diğer anlamlı sonuç da sıvı kontrol ölçeği davranış alt bölümü ortalama puanlarının gelir düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olmasıdır. Bu çalışmaya konu, sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bu veriler doğrultusunda; eğitimde davranış değişikliği oluşturmak adına kadın hastalara öncelik verilmesi, hastalara sosyal kurum ve kuruluşlardan ekonomik katkı sağlanması, bakımıyla ilgilenecek yardımcısı olmayanlara da kişisel bakım ve sosyal hizmet desteği sağlanmasının hastaların yaşam doyumunu arttırmaya katkı sağlayacağı düşünülebilir.

**Anahtar sözcükler:** Hemodiyaliz, hemşirelik, sıvı kontrolü, yaşam doyumunu.

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF LIQUID CONTROL ON LIFE SATISFACTION IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Ayyuş GEBEL

Master Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

May 2019, 98 Pages

This study was conducted as descriptive to determine the effect of fluid control on life satisfaction in hemodialysis patients. The study was carried out with 300 patients, 155 of them were male and 145 were female who were treated in two special hemodialysis centers. As a data collection tool; personal information form, liquid control scale and life satisfaction scale were used. The data obtained from the research were used in IBM SPSS 24 program; Chi-Square, Student t, One Way Anova and correlation analysis were used. The mean score of the fluid control scale was  $50.07 \pm 8.05$  and the mean of life satisfaction scale was  $18.52 \pm 8.29$ . When the mean scores of the subscales of the fluid control scale were examined, the highest behavior ( $24.88 \pm 4.76$ ) was followed by the attitude ( $13.77 \pm 4.41$ ) and the information ( $11.42 \pm 2.15$ ) subsections respectively. It was determined that there was a statistically significant difference between the liquid control scale and the subscale of the liquid control scale. It was found that there was a statistically significant difference between the life satisfaction average score and income level and the life satisfaction of the patients with high income status was also high. It was determined that the knowledge level of the liquid control scale showed a significant negative difference according to the education level, and the knowledge level average score decreased as the education level increased. Another significant result obtained in this study is that the mean scores of the liquid control scale behavior subscale tend to decrease as the income level increases. The effect of fluid control on life satisfaction was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). According to these data; In order to create behavioral change in education, giving priority to female patients, providing economic contribution from social institutions and organizations to the patients and providing personal care and social service support to those who will be interested in their care can be thought to contribute to increasing the life satisfaction of patients.

**Key words:** Hemodialysis, fluid control, life satisfaction, nursing.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı

Kronik hastalıklardan biri olan, kronik böbrek yetmezliği (KBY), gittikçe artan prevalansı nedeniyle hastalıklara ve ölümlere yol açmakta ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir. Aynı zamanda artan maliyetler sebebiyle sosyal yükü fazla olan hayati bir halk sağlığı problemidir (1). Türkiye’de kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hasta sayısı 74.000’in üzerindedir ve son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalar için tedavi alternatifleri diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve transplantasyondur. Türkiye’de 2016 yılında renal replasman tedavisi (RRT) ihtiyacı olan kronik böbrek yetmezliği oranı milyonda 933 olarak tespit edilmiştir. Bu sayı çocuk hastaları da kapsamaktadır. Hemodiyaliz (HD) dünyada ve ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemidir (2). Bu tedavi yönteminde öncelikli olan konu, hastaların sıvı kısıtlamasına uyumudur. Uyum; hastanın yaşam tarzı değişikliğine, önerilen diyet ve ilaç tedavisine davranış olarak ne ölçüde karşılık gösterdiğidir. Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum tedavi başarısı için son derece önemlidir. Bu uyumda başarısız olunması aşırı sıvı yüklenmesine ve akciğer ödemi gibi muhtemel komplikasyonların artmasına, sağlık harcamalarında artışa ve sağ kalım süresinin azalmasına neden olabilir (3). Hastaların sıvı kısıtlamasının önemini bilmeleri bu konuda daha dikkatli olmalarına yardımcı olacaktır. Diyaliz ekibinin de susuzluk hissini azaltma ve nasıl daha az sıvı tüketecekleri konularında hastaları bilgilendirmesi, hastaların kendine uygun sıvı kısıtlaması yöntemi geliştirmesine (4), dolayısıyla yaşamdan daha fazla doyum almasına imkan tanıyabilir.

Yaşam doyumunu en genel tanımıyla kişinin; iş ve arta kalan boş zamanlarında yaşama gösterdiği emosyonel tepkidir. Farklı bir görüşe göre de yaşam doyumunu, kişinin yaşantısında yer eden olgular çerçevesinde, subjektif iyi olma ve yaşam kalitesini ifade etmektedir (5). Mutluluğa ulaşabilme konusunda en önemli ölçütün bireyin kendisine koyduğu hedefler ve bu hedeflere hangi düzeyde ulaşabildiği hususundaki düşünceleri arasında uyum veya uyumsuzluğun olduğu düşünülmektedir (6).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı HD hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisi inceleyerek, elde edilen veriler doğrultusunda hastaların sıvı kontrolüne ve yaşam doyumuna katkı sağlayabilecek önerilerde bulunmaktadır.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği böbrek işlevlerinde değişikliklere sebep olan, glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nin kalıcı şekilde azaldığı geri dönüşümsüz bir hastalıktır. Böbrek yetmezliğinin evresinin saptanmasında yararlanılan en önemli gösterge GFH'nin ölçülmesidir (7).

#### 2.1.1. Böbreğin fizyolojisi

Böbreklerin iki temel fonksiyonu bulunmaktadır;

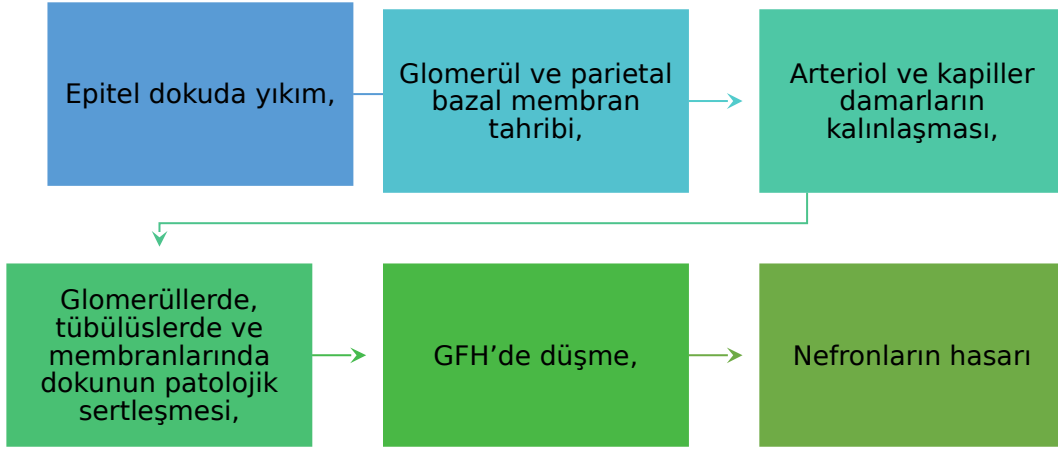
- İlk organizmanın ve hücrelerin fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için hücre dışı ortamın sabit devamlılığını, üre, kreatinin ve ürik asit gibi kullanılmayan atıkların ya da son ürünlerin atılımını sağlar. Ayrıca diyetle alınan su ve elektrolitlerin hassas dengesini korur.
- İkinci fonksiyonu ise; tüm vücutta ve mevcut olan hemodinaminin korunmasını sağlamak üzere hormon, kan yapımı ve mineral metabolizması için gerekli fonksiyonlar da rol oynamaktadır (8).

#### 2.1.2. KBY'de fizyopatoloji

Genellikle üç temel mekanizma üremik semptomların çıkmasında rol alır. Bu mekanizmalar elektrolitlerin ve suyun atılımının azalması, organik solütlerin (üremik toksinler) atılımının azalması ve renal hormon sentezinin azalmasıdır (8)

GFH'deki belirgin düşüş; ağır proteüni, hipo albuminemi ve üremi gibi ciddi renal fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır (8). Böbrekte bozukluğa sebep olan faktör ne olursa olsun böbrek işlev bozukluğu sınırı artınca KBY'ye gidiş kaçınılmazdır (9).

Ödem, proteinüri, kas kaybı, kilo kaybı ve beslenme bozukluğu, yorgunluk ve letarji, ayrıca damar içi pıhtılaşma gibi durumlar görülebilir (10).



**Şekil 1. KBY' de böbreklerde oluşan dokusal değişiklikler (9)**

İlk olarak böbreğin idrarı konsantre etme yeteneğinde azalma meydana gelir, diurnal ritim bozulur ve hastalarda noktüri başlar. KBY gelişen hastalar, SDBY'ne girinceye kadar su, sodyum ve potasyum dengesi normal koşullarda korunur. Ancak alt ve üst sınır limitleri azalmıştır. Tuzsuz diyetle sağlıklı bir insanın idrarla tuz kaybı birkaç günde ihmal edilebilir düzeye gelirken KBY olan bir hasta tuz kaybetmeye devam eder ve kısa sürede hiponatremi gelişebilir. Distal tübülü ve kolonda, aldesteron ve diğer faktörlerin etkisi ile potasyum dengesi korunmaya çalışılır. GFH 5 ml/dk'nın üzerinde iken hiperpotasemi nadiren gelişir (11). Kompansasyon mekanizmaları sonucu GFH 30 ml/dk'nın üzerinde iken genellikle metabolik asidoz gelişmez yani sınırlı bir regülasyon vardır.

Metabolik asidozun temel nedeni amonyum sentezinin yetersiz olmasıdır. GFH 20-30 ml/dk'nın arasında iken anyon açığı normal metabolik asidoz gözlenirken, GFH'nin 20 ml/dk'nın altına inmesi durumunda anyon açığı artmış metabolik asidoz gelişir (11). Böbrekler respiratuvar bozukluklar için bikarbonatın proksimal tübüllerde reabsorpsiyonunu ayarlayarak kompansatuvar cevap oluşturur.

Respiratuvar asidoz  $\text{HCO}_3^-$  reabsorpsiyonunu stimüle eder ve artan serum bikarbonatı, parsiyel karbondioksit basıncı ( $\text{PaCO}_2$ )'ndaki artışı karşılar. Respiratuvar alkalozda ise  $\text{HCO}_3^-$  reabsorpsiyonu inhibe olur ve  $\text{HCO}_3^-$  azalır. Fakat solunum cevabına zıt olarak böbrek kompansasyon yanıtı ani değildir. 6-12 saat sonra başlar ve maksimuma ulaşması birkaç günü alır. Fakat sonuç olarak kompansasyonu böbrekler sağlar (12).

Kronik böbrek yetmezliğinde evreleme GFH'ye göre yapılır. GFH'ye göre KBY'nin evrelendirilmesi tablo1'de verilmiştir (13).

**Tablo 1. Kronik böbrek yetmezliğinin evrelendirilmesi.**

Evr e	Tanım	GFH (ml/dk/1.73 m <sup>2</sup> )
1	Normal ya da artmış GFH ile böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFH azalmasıyla birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

### 2.1.3. Etiyoloji

Diabetes mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) başta olmak üzere, bazı sistemik hastalıklar, polikistik böbrek hastalıkları, kanamalar, bazı ilaçlar, glomerülonefrit, veziko üreteral reflü, yanıklar, zehirlenmeler, tümörler, enfeksiyonlar ve bazı bilinmeyen nedenler KBY'ye yol açabilir (2).

### 2.1.4. Kronik böbrek yetmezliği gelişmesini etkileyen faktörler

#### 2.1.4.1. Değiştirilemeyen faktörler

**Yaş:** Yaşla böbrek hastalığı sıklığı artar, yaşlılarda KBY etiyojisi ve evresi de farklıdır. 85 yaş üzerindeki bireylerin %50'sinde en az evre 3 KBY saptanmıştır (14).

**Cinsiyet:** Erkeklerde risk daha yüksektir (2).

**Genetik:** Diyabetik nefropati (DN) ya da diğer nefropatiler bazı ailelerde sık görülmektedir (14).

**İrk:** KBY prevalansı Amerika'da yaşayan beyazlar ile karşılaştırıldığında siyahılarda yaklaşık 3.7 kat, yerli Amerikalılarda 1.4 kat ve Asyalılarda 1.5 kat daha fazladır (15).

#### 2.1.4.2. Değiştirilebilir faktörler

Proteinüri, HT, alınan tuz miktarı, metabolik faktörler, dislipidemi, sigara ve hipergliseminin KBY'yi başlatıcı faktörler olduğu geniş kabul görmektedir.

**Proteinüri,** KBY'nin seyriyi etkileyen önemli bir etkidir. Yüksek seyreden proteinürinin KBY'nin ilerlemesini artırdığı bildirilmektedir.

**Hipertansiyon** ile KBY gidişatı arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Yüksek seyreden kan basıncının KBY ilerlemesini arttırdığı klinik çalışmalarla gösterilmiştir (14).

#### **2.1.5. Kronik böbrek yetmezliğinde tanı**

Kronik böbrek yetmezliğinin tanınmasında; öykü ve anamnez alınır. Laboratuvar çalışmalarında serumda kreatinin ve BUN fazlalığı, ayrıca elektrolit, alkalen fosfataz ile albümin seviyelerinde farklılıklar, idrar incelemesinde neden olan faktöre dayalı bulgular tespit edilebilir (16).

#### **2.1.6. Kronik böbrek yetmezliğinde tanı ölçüleri**

**A.** Böbreğin bütünlüğü ya da işlevsel bozukluğu olarak yorumlanan üç aydan fazla süren renal fonksiyon anormalliği

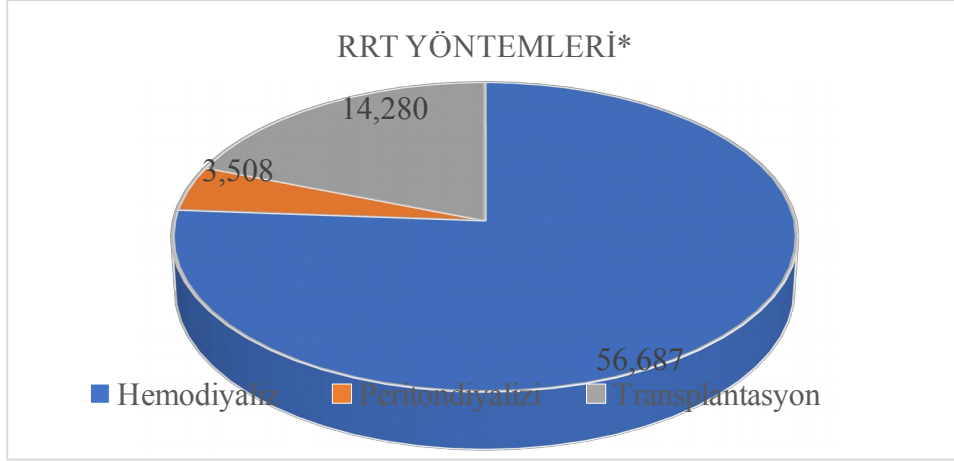
1. Patolojik hasarlar,

2. Renal yetmezlik göstergeleri olan laboratuvar ve görüntüleme bulgularındaki farklılıklar (İdrarda protein, kanda üre ve kreatinin değerlerinin yükselmesi).

**B.** Böbrekte fonksiyon kaybıyla birlikte olan ya da olmayan olgularda, GFH'nin üç aydan çok bir zamanda  $60 \text{ ml/dk/1.73m}^2$ 'den daha fazla azalmasıdır (17).

#### **2.1.7. Kronik böbrek yetmezliğinde tedavi**

Sürekli diyaliz tedavisi ile ilişkili olarak ortaya çıkan bedensel ve psikososyal değişiklikler, hastaların iyilik halini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, tedavi ve bakımı güçleştirmektedir (18). RRT hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon olarak sınıflandırılmaktadır. Türk nefroloji derneği verilerine göre ilk defa RRT'ye başlanan hastaların RRT tipine göre dağılımları şekil 2'de verilmiştir (2).



**Şekil 2. Ülkemizde ilk kez renal replasman tedavisi uygulanan hastaların renal replasman tedavilerine göre dağılımı.**

\* Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon raporu 2016.

## 2.2. Diyaliz

Diyaliz; vücutta yükselmiş olan üre ve kreatinin benzeri atık ürünlerin ve fazla suyun bir membran vasıtasıyla atılması, hasara uğramış ve gerilemiş renal fonksiyonların bir bölümünün desteklenmesidir (19). Bu tedavide temel amaç hastayı üreminin komplikasyonlarından korumak, volüm artışı, asit-baz ve elektrolit dengesizliklerini kontrol altına almaktır. Diğer bir amaç ise gerekli protein ve kalori alımını sağlayacak şekilde üremik toksinleri uzaklaştırmaktır (20). Diyaliz işleminin endikasyonları ve kontrendikasyonları aşağıda verilmiştir.

### **Diyalizin Klinik Endikasyonları**

- Akut böbrek yetmezliği (ABY),
- KBY,
- Aşırı doz ilaç kullanılması ve zehirlenmeler,
- Tedaviye dirençli ödemler,
- Hiponatremi, hipervolemi,
- Hiperpotasemi,
- Metabolik asidoz,
- Kanda ürenin yükselmesi,
- Katabolik vakalar (bir günde ürenin 100 mg ya da potasyumun 1 m Eq/L’den fazla arttığı hastalar),

- İlaç tedavisiyle iyileşmeyen hiperfosfatemi, hiperkalsemi, hiperürisemi,
- Metabolik alkalozdur (21).

### **Diyalizin Kontrendikasyonları**

- Alzheimer,
- Multi-infark demans,
- Hepatorenal sendrom,
- Ensefelopati ile ilerlemiş siroz,
- İlerlemiş malignitedir (20).

Diyaliz; periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır.

#### **2.2.1. Periton diyalizi**

Periton diyalizi (PD) tedavisinde diyaliz membranı olarak periton zarı kullanılır (22). Bu tedavide peritondaki solüt sıvı emilimi, periton zarındaki kapiller dolaşım ve lenfatikler yardımıyla gerçekleşir. Yani periton zarı toksik maddeleri filtre eden yarı geçirgen bir zar görevi yapar. Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış diyalizat sıvısı periton boşluğuna yerleştirilen kateter aracılığıyla kısa zamanda karın boşluğuna gönderilir. Periton diyalizi şekline göre değişen sürelerde periton boşluğunda bekletilir ve periton boşluğundan alınır. Daha sonra başka bir diyalizat sıvısı karın boşluğuna gönderilir. Yapılan işlem gün içerisinde dört defa uygulanır (22, 23, 24).

Diyaliz yeterliliği yalnızca yeterli üremik toksin atılmasını değil, aynı zamanda yeterli hacim ve kan basıncı kontrolü ile yeterli beslenmenin sağlanması, asit baz dengesi, anemi ve böbrek yetmezliğindeki diğer komplikasyonların kontrol altına alınmasını kapsar (20). PD her hastanın yaşam biçimi ve klinik gereksinimlerine göre planlanır ve aşağıdaki değişkenler uyarlanarak arttırılabilir ya da azaltılabilir:

- Değişim başına diyaliz sıvı dolun hacmi,
- Diyaliz sıvı değişiminin sayısı,
- Diyaliz sıvı bekleme süresinin uzunluğu,
- Ozmotik güç ya da diyaliz sıvısının türü,

Periton diyalizinde genel olarak iki yöntem kullanılmaktadır (24). Bu yöntemler;

- Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD).
- Aletli periton diyalizidir (APD).

Aletli periton diyalizinin ise sürekli devirli periton diyalizi (SDPD), optimize devirli periton diyalizi (ODPD) ve tidal periton diyalizi (TPD) gibi çeşitleri mevcuttur (24). Karın boşluğuna verilen solüsyon SAPD'de 4-6 saat, APD'de ise gece boyunca 8-10 saat boyunca bekletilmektedir.

### 2.2.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, nefroloji hemşireliğinin önemli bir alanıdır (25) ve bu tedavinin hedefi doğru sıvı ve solüt değişimini gerçekleştirmektir. Bu işlem temel olarak yarı geçirgen bir zar ile ayrılan, iki sıvı kompartmanı arasında meydana gelen, solüt ve su transportu şeklinde gerçekleşir. Sıvı ve solüt değişimi difüzyon ve ultrafiltrasyon esasına dayanır (26).

**Diffüzyon:** Membranın çift tarafındaki yoğunlaşma oranındaki özellikler sebebiyle, solütün yoğunluğu fazla olan kısımdan az bulunan kısma geçmesidir. Diffüzyon hızını ve tarafını üç etken sağlar:

- Konsantrasyon değişimi,
- Solütlerin molekül büyüklüğü ile geçiş hızı,
- Membran direnci (21).

**Ultrafiltrasyon:** Gerçekleştirilen basınç sebebiyle membranın bir tarafından öbür tarafına sıvı geçişidir. Sıvı ve solüt transferi birlikte olur. HD'de ultrafiltrasyon (UF) hidrostatik basınçla gerçekleşirken, SAPD'de ozmotik basınca bağlıdır (21). Bir membrandan su moleküllerinin geçişi iki sebeple meydana gelir. İlki hidrostatik basınçtır. Membranın bir yanına güçlü basınç yapılırsa sıvı moleküllerinin titreşmeleri basınç nedeniyle artar. Porlardan membranın diğer yanına fazla sıvı molekülü transfer olur. İkinci sebep ozmotik basınçtır. Ultrafiltrasyonun oranını yükseltmek için en sık kullanılan yol membranın kan tarafındaki basıncı arttırarak diyalizat-kan arasındaki hidrostatik basınç farkını yükseltmektir (trans membran pressure=TMP). Böylelikle su moleküllerinin daha fazla miktarda diyalizata transferi sağlanır (27).

İşlem esnasında yararlanılan monitörler, pompalar, denetim araçları karışıkmiş gibi görünse de, işlemden sadece hasta kanı ve diyaliz sıvısı bir membran vasıtasıyla ayrılabilir ortamda karşı karşıya getirilir (28). Kan, diyaliz membranı ve diyaliz solüsyonu yan yana geldiğinde, diyaliz sıvısında olmayan üre, kreatinin, fosfor ve çok miktarda toksin membranlardan aşarak diyaliz sıvısına karışır ve vücuttan uzaklaştırılmış olur (27). HD uygulaması sırasında yeterli kan akımının sağlanması için, geçici ya da kalıcı bir vasküler giriş yoluna gereksinim vardır. Geçici damar yolu,

venlerden herhangi birine (juguler, femoral, subklavien) kateter yerleştirilmesiyle sağlanır. Kalıcı damar giriş yolu ise aylarca tekrar kullanılacak damar girişimi sağlar. Kalıcı damar giriş yollarında AVF, greft ve kalıcı kateterler kullanılmaktadır (29). Serum kreatinin düzeyi 4 mg/dl'yi aştığı zaman hastanın kalıcı damar yolunun oluşturulması için cerraha yönlendirilmesi gerekir. Hemodiyaliz işlemi genel olarak haftada 3 gün ortalama 4 saat yapılır (30).

#### 2.2.2.1. Hemodiyalizin komplikasyonları

Hemodiyaliz esnasında yaşanan komplikasyonlar üç şekilde görülebilmektedir.

- Vasküler yolla ilişkili sorunlar,
- Akut komplikasyonlar (tablo 2) (31, 32),
- Kronik komplikasyonlar (31).

**Tablo 2: Hemodiyaliz tedavisinde sık ve nadir görülen akut komplikasyonlar (31,32).**

Sık görülenler	Nadir görülenler
● Hipotansiyon %20-30	● Disequilibrium (dengesizlik)
● Kramplar %5-20	● sendromu
● Bulantı-kusma %5-15	● Diyalizör reaksiyonları
● Kaşıntı %5	● Aritmiler
● Baş ağrısı %5	● Konvülsiyon
● Sırt ve göğüs ağrısı %2-5	● Perikardit ve kalp tamponadı
● Titreme ve ateş %2	● Kanama
	● Hemoliz
	● Hava embolisi

#### 2.2.2.1.A. Hemodiyalizin akut komplikasyonları

**Hipotansiyon:** HD'de en sık görülen komplikasyondur ve miyokardial, serebral ve mesenterik iskemiye neden olur (32). Hipotansiyon hasta ile ilişkili veya işlemle ilişkili nedenlerle ortaya çıkabilir. Hasta ile ilişkili nedenler; azalmış kardiyak rezerv, bozulmuş plazma geri dolumu, otonom disfonksiyon, aritmiler, anemi, antihipertansif ilaç kullanımı, kuru ağırlığın düşük tutulması ve diyaliz sırasında gıda alımı olabilir. Doku iskemisi, bazı hastalarda (bilhassa hematokrit seviyesi>%20-25 ise) hipotansiyonu arttırabilir. Ayrıca nöropati diyabetik hastalarda özellikle hipotansiyon sebebi olabilir (33).



İşlem ile ilgili nedenler arasında; plazma osmololitesini hızlı azaltma, hızlı ve fazla UF yapılması, asetatlı diyalizat, metabolik bozukluklar, diyalizat ısısının yüksek olması ve diyalizat sodyumunun düşük olması sayılabilir (32).

**Kas krampları:** Sebebi tam olarak bilinmemektedir. Zemin hazırlayan etkenler arasında hipotansiyon, hipoksi, yüksek UF, hastanın kuru ağırlığından düşük değerlendirilmesi (hipovolemiye ikincil kas perfüzyonunda azalmaya bağlı), potasyum, magnezyum ve kalsiyum dengesindeki değişiklikler, düşük sodyum içeren diyaliz solüsyonunun kullanılması sayılabilir (33).

**İnterdiyalitik hipertansiyon:** Extrasellüller volüm fazlalığı, artmış renin-anjiyotensin sistem aktivitesi, sempatik aktivitede artış, yüksek sodyumlu diyalizatın kullanılması bu soruna yol açabilir.

**Diyalizör reaksiyonları:** A tipi reaksiyonda belirtiler ciddi ve süratli başlar; dispne, damar giriş yerinde ve tüm vücutta yanma, anjiyoödem, ürtiker, kaşıntı ve abdominal kramp görülür. B tipi reaksiyonda ise; diyaliz başladıktan 20-40 dakika sonra belirtiler başlar, göğüs ve sırt ağrısı ile birlikte görülür.

**Hemoliz:** Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayeti ile başlar. Venöz kan seti şarap rengi görünümündedir ve açık koyulu bir görüntü oluşturur.

**Hava embolisi:** Hava embolisi anında tanınıp tedavi edilmezse ölümcül olabilir. Oturan hastada hava serebral dolaşımı etkileyerek bilinç kaybına ve nöbete neden olur. Kalbe ve akciğere ilerlerse nefes darlığı ortaya çıkar (32).

**Kaşıntı:** Deri ve mukoza semptomları genelde ilerleyen zamanlarda gelişir. Kaşıntı en sık görülen dermatolojik sorundur. Kaşıntı sebebi olarak; kuru cilt, sekonder hiperparatroidi, periferik nöropati, hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hipermagnesemi, çinko eksikliği, alerji ve üremi sayılabilir. Kronik ayaktan periton diyalizinde kaşıntı sıklığı, hemodiyalizden daha azdır (34).

**Kardiyak aritmi:** Risk faktörleri ileri yaş, anemi, sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığı, digoksin kullanımı, QT uzaması, asetatlı diyalizat, kardiyak iletiyi etkileyen potasyum, kalsiyum, hidrojen ve magnezyum düzeylerindeki anormalliklerdir (32).

**Titreme ve ateş:** Enfeksiyon ve septisemi solunum yolu ve idrar yolu enfeksiyonları, vasküler giriş yolu enfeksiyonları, infektif endokardit, intra abdominal enfeksiyonlar, tüberküloz soğuk diyalizat, pirojenik reaksiyon ve kullanılan diyaliz membranı nedeniyle görülebilir.

**Diyalize bağı hipoksi:** HD sırasında arteriyel kanda oksijenin 5-30 mmHg'ya kadar düşmesiyle karakterizedir. Ciddi kardiyopulmoner hastalığı olan kişilerde problem yaratabilecek bir durumdur.

**Göğüs ağrısı:** Koroner arter hastalığı, hipotansiyon, anksiyete, hava embolisi, hemoliz ve perikardit nedeniyle ortaya çıkabilir (32).

**Bulantı ve kusma:** Birden çok nedeni vardır. Sıklıkla hipotansiyon ile ilişkilidir. Diyaliz dengesizlik sendromunun erken bir belirtisi olabilir (32). Üremi, hipoglisemi, enfeksiyonlar nedenleri arasındadır (32).

**Disequilibrium sendromu:** Bu sendrom genellikle hemodiyalize ilk başlayan hastalarda meydana gelir (33). Yeni hemodiyalize giren hastalarda ve yüksek BUN düzeyi olanlarda serebral ödeme bağı nörolojik semptomların gelişmesi durumudur (32).

**Konvülsiyon:** Üremik ensafalopati, hipertansif ensafalopati, intrakraniyal hemoraji, metabolik rahatsızlıklar ve disequilibrium sendromu etyolojisinde rol oynayan faktörlerdir (32, 33).

**Kanama:** Antikoagülan kullanımı, trombosit disfonksiyonu, anemi, düşük kalsiyum, K vitamini eksikliği ve kontrolsüz hipertansiyon en önemli kanama nedenleridir (32, 35).

#### 2.2.2.1.B. Hemodiyalizin kronik komplikasyonları

- Kardiyovasküler komplikasyonlar,
- Enfeksiyöz komplikasyonlar,
- Gastrointestinal komplikasyonlar,
- Anemi,
- Kanama diatezi,
- Pulmoner komplikasyonlar,
- Kemik bozuklukları,
- Nörolojik komplikasyonlar,
- Karbonhidrat metabolizmasında bozulma,
- Protein malnütrisyonu,
- Lipid metabolizması bozuklukları,
- Dermatolojik komplikasyonlar,
- Gonadal disfonksiyon,
- İmmünolojik anormallikler (35).

#### Primer renal hastalıkla ilgili komplikasyonlar

- Kemik hastalığı,
- Primer renal hastalığa eşlik eden hastalıklar (35).

### 2.2.3. Hemodiyalizde sıvı dengesizliği ve kuru kilo kavramı

Hemodiyaliz hastalarında sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk prevalansı %30-74 arasındadır. İnterdialitik kilo alımı ölçümü ile değerlendirilen uyumsuzluk ise %10-60 arasında değişmektedir (36). İki diyaliz seansı arasındaki kilo artışının, kuru ağırlığın %5.7'sinden fazla olması durumu interdialitik kilo alımı uyumsuzluğu olarak adlandırılır. Kuru ağırlığın tespitinde kullanılan başlıca kriterler şöyle sıralanabilir.

- Hastaya ait bulgular,
- Hastadaki ödem durumu,
- Jugular venlerde dolgunluk,
- Kan basıncı,
- İnteriyör vena kava çapı,
- Biyoimpedans,
- Vücut kompozisyon ölçümü gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (37).

### 2.2.4. Hemodiyalizde sıvı kontrolü

KBY hastalarında en yüksek mortalite nedeni kardiyovasküler komplikasyonlardır (2). Bu nedenle HD hastalarında sıvı kontrolü oldukça önemlidir. Ayrıca bu hastalarda genellikle tuz tutulumu oluşmaktadır. Gelişen bu patolojik durum nefrotik sendromu olan ya da oligürik hastalarda tedavi sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. KBY hastalarında günlük Na miktarı < 100 mEq (2.3 g) ve klor alımı < 3.5 g olmalıdır (38). Bu nedenle sıvı kısıtlamasına tuz kısıtlaması da eşlik etmelidir. Sıvı alımını kısıtlayan, ancak tuz alımını arttıran kişi tolere edemeyeceği kadar susuzluk hisseder ve sıvı kısıtlaması sınırını aşar. Dünya Sağlık Örgütü 2007'de bildirdiği raporda, günlük 5 gramdan düşük miktarda sodyum tavsiye etmektedir (39).

Hipervoleminin en büyük sebebi oral ya da damar yolundan fazla sıvı alınmasıdır. Bu durum hastaya uygulanması planlanan UF miktarının artmasına neden olur. Diyaliz esnasında hedeflenen UF oranı yükselince hipotansiyon, kramp ve yetersiz diyaliz gibi sorunlar görülür. Diyaliz işlemi planlandıktan daha önce ve gerekli UF gerçekleşmeden sonlandırılabilir (40). Bu nedenle HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uymamaları hemodiyalizin yeterliliğini azaltır. Ayrıca hipervolemi neticesinde hastalarda akciğer ödemi, hipertansiyon ve kalp yetmezliği görülür (41).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin ve ailesinin sıvı kısıtlamasına uyum sağlaması son derece önemlidir (42). Sosyal davranış modellerinde, davranış değişiminde öncelikle kişilerin tutumlarının yol açtığı olumsuz sağlık sonuçlarını bilmeleri gerektiği belirtilir (43). Böylece hastaların yaşamdan daha fazla doyum almasına yardımcı olunabilir.

### 2.3.Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu tanımının daha iyi yapılabilmesi için "doyum" ifadesinin açıklanması gerekir. Doyum, her türlü istek, ihtiyaç ve temenninin karşılanmasıdır. Bu tanımdan hareketle "yaşam doyumu", bireyin yaşama dair istek ve ihtiyaçlarıyla, elde ettiklerinin kıyaslanması ile elde edilen durum ya da neticedir (5). İlk kez Neugarten (1961), tarafından ortaya atılan "yaşam doyumu" ifadesi ondan sonra gelen birçok araştırmacının ilgi odağı haline gelmiştir. Yaşam doyumu denildiğinde, sınırları çizilmiş bir zaman ya da duruma ilişkin doyum değil, genel olarak yaşantının tümündeki doyum anlaşılmaktadır (44). Yaşam doyumu ile ilgili yaklaşımları üç grupta incelemek mümkündür.

**Birinci grupta;** İyi oluş, ahlakın övdüğü değerler gibi dış ölçütlere dayandırılarak tanımlama yapılmıştır. Mutluluğun kuramsal tanımlamalarında nesnel durumlardan ziyade arzu edilir niteliklerin elde edilmesi ve sahip olunması üzerinde durulmuştur.

**İkinci grupta;** yaşam doyumu, bireyin yaşamında olumlu olarak nitelendirebileceği ve daha çok öznel sayılabilecek etmenlerin ön plana çıkarıldığı subjektif iyi oluş olarak tanımlanmıştır.

**Üçüncü grupta** ise, yaşamın olağan akışı üzerinde durularak, güncel münasebetler açısından olumlu hislerin negatif duygulara hakim olması dile getirilir. Pozitif duygusal yaşantı göze çarpar (45).

Bireyin iyi olma halini bir sözcük ve kavramla sınırlandırmak doğru değildir. Mutluluk, coşku, lezzet, doyum, huzur, refah, toplumsal açıdan iyilik, yaşam kalitesi ve subjektif iyi olma gibi pek çok ifade iyi olma hali hakkında ipuçları verebilir. Subjektif iyi olma, kişinin kendi bakış açısından yaşamını değerlendirmesi anlamına gelir. Yaşamına ilişkin bu değerlendirmeyi yapan kişinin, yargıları ve tepkileri subjektif iyi olma durumunu gösterir. İşte bireyin yaşantısına ilişkin bu çıkarımları, birbiriyle ilintili olmak koşuluyla üç farklı kavram şeklinde özetlenebilir. Bunlar, olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumdur.

Yaşam doyumu yaşamın geneline ait bilişsel yargılamaları ve çıkarımları kapsar (5). Doğal olarak bireyin mutluluğu yaşamdan aldığı doyumla örtüşmektedir. Başka bir ifadeyle mutluluğun artması ve eksilmesi yaşam doyumuna bağlıdır. Mutluluk: yaşamdan haz alma, yaşamın bir anlam ifade etmesi ve kişinin kendisi için önemli olan

bir bağlanma şeklidir. Yaşam doyumu esasında bu üç husus ile paralellik göstermektedir (46). Bunların yanı sıra mutluluk ile yaşam doyumu arasında önemli bir farklılık da vardır; mutluluk durumu geleceğe yönelik değerlendirmeleri kapsarken yaşam doyumu (memnuniyeti) içinde var olunan şimdiki zamanla elde edilecek bir durumdur. Ayrıca mutluluk yaşam doyumuna nazaran daha soyut bir kavramdır (46). Veenhoven'e göre yaşam doyumu, "yaşamla ilgili genel duyguları işaret etmekte ve "emosyonel mutluluğun kıstası" olarak kabul edilmektedir (47). Yaşam doyumu; mutluluk, moral gibi farklı hususlarda iyi olma halini ve günlük işler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya hakim olmasını ifade eder (5). Yaşam doyumu farklı bir yaklaşıma göre de kişinin kendisi için koyduğu hedeflere erişme seviyesi olarak tanımlanabilir (48).

### **2.3.1. Yaşam doyumunu etkileyen unsurlar**

Yaşam doyumu ifadesinin kişiye göre farklı algılanması, yaşam doyumunu içeren unsurların netleştirilmesini önlemektedir (49). Yaşam doyumunu ilgilendiren faktörler şöyle sıralanabilir:

- Gündelik yaşantıda mutluluk hissetmek
- Yaşamı anlamlı bulmak
- Amaçlara ulaşma konusunda uyum
- Pozitif bireysel kimlik
- Fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi
- Ekonomik güvenlik
- Sosyal yaşamdan memnuniyet (50).

Flanagan'ın (1978) yaptığı çalışmaya göre ise, yaşam doyumunu etkileyen öğeler şöyle sıralanmıştır:

- Araçsal rahatlık
- Sağlık ve kişisel güven
- Ana, baba, kardeşler ve diğer akrabalarla ilişkiler
- Bir çocuğa sahip olma ve onu büyütme
- Karı-koca ilişkilerinde yakınlık
- Yakın arkadaşlara sahip olma
- Başkalarına yardım etme ve başkalarını gözetme

- Devletin yerel ve ulusal etkinlikleriyle, halk etkinliklerine katılma
- Öğreniyor olma
- Kendini anlayabilme
- Bir işte çalışıyor olma
- Kendini tanıyabilme
- Toplumsallaşma
- Kitap okuma, müzik dinleme, sinema, maç vb. seyretme
- Eğlenceli etkinliklere katılma (51).

### 2.3.2. Yaşam doyumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

**Yaş:** Son yıllarda yapılan çalışmalar mutluluk ile yaş arasında bir ilişkinin olmadığını göstermiştir.

**Cinsiyet:** Yapılan birçok çalışmada cinsiyetler arasında doyum ya da mutluluk açısından çok az bir farkın olduğu gözlenmiştir.

**Çalışma durumu:** Gelir farklılıklarının etkisi kontrol altına alınsa dahi, işsiz grubun en mutsuz grup olduğu ve işsizliğin duygu durumunda önemli bir değişken olduğu belirtilmiştir.

**Eğitim:** Yaşam doyumu üzerinde eğitimin etkili olduğu, ancak tek başına bu etkinin çok güçlü bir etki yaratmadığı ve gelir gibi diğer değişkenlerle etkileşim içinde olduğu belirtilmektedir.

**Evlilik ve Aile:** Evli olmanın yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir payının bulunmadığı tespit edilmiştir (45).

### 2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı ve Önemi

Profesyonel sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık verme ve değişimin temsilcisi olma gibi sorumlulukları vardır (52).

İyi bir hemşirelik bakımı hastayı rahatlatmaya yönelik uygun girişimlerin planlanıp uygulanmasını, biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönden esenlik durumu ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedeflemektedir (53). Hastaların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması bireyin kendini önemli hissetmesine yol açar ve tedaviye uyumunu kolaylaştırır (54). Nefroloji hemşiresi renal fonksiyonları bozuk olan hastaların, renal replasman tedavisinin değişik dönemlerindeki bakımından, eğitiminden

ve rehabilitasyonundan sorumludur (55). HD uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tedavinin önemli bir parçası şeklinde düşünölmeli, bakım ve tedavinin amacı sadece yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda bireyi rehabilite etmek olmalıdır (56). Nefroloji hemşireliği, özellikle KBY hastalığını deneyimleyen hasta ve ailelerinin bireysel sağlık ihtiyaçlarına odaklanmış özel bir hemşirelik dalıdır (57).

Bu nedenle hastaların önerilen tedaviye uyumlarını sağlamak nefroloji hemşiresinin temel sorumluluklarından biridir. Hasta bireyin tedaviye uyumuyla birlikte morbidite, mortalite düşürölebilir ve hasta bireyin yaşam kalitesi yükseltilebilir (58).



## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma HD hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisini belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma 2018 Şubat- Haziran aylarında, Gaziantep'te faaliyet gösteren iki özel HD ünitesinde yapılmıştır.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 2017 Ağustos verilerine göre Gaziantep ilindeki toplam hasta sayısı olan 1342 hasta oluşturmuştur. Örneklem sayısı ise power analizi yapılarak belirlenmiştir. Araştırmada güvenilirlik %95 alınmış, örneklem sayısı 299 olarak saptanmış ve araştırmaya 300 hasta dahil edilmiştir.

### **3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya Gaziantep il sınırları içerisinde ikamet eden, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli olmayan, KBY tanısı nedeniyle HD tedavisi gören 18 yaş üzerindeki hastalar dahil edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Kişisel bilgi formu**

Benzer çalışmalar (4,21,47) incelenerek hazırlanan kişisel bilgi formu sosyo-demografik özellikler, HD tedavisi ile ilgili özellikler, sıvı alımı ile ilgili özellikler ve yaşam doyumu ile ilgili özellikler olmak üzere toplam dört bölümden oluşmaktadır. Soruların tamamı araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Soru formunda yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durum, HD'e girme süresi, sıklığı, vasküler girişim yolu, transplantasyon hikayesi, alkol ve sigara içme durumu, KBY nedeni ile ilgili 30 soru yer almaktadır (Ek-1).



### 3.5.2. Yaşam Doyumu Ölçeği

Kişilerin yaşam doyumunu tespit etmek amacıyla Diener ve arkadaşlarının (2010) geliştirdiği bir ölçektir. Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılmıştır (59), (Ek-2). Ölçek toplamda 5 sorudan ibaret olup, 7'li likert tipi cevaplar içermektedir. Maddeler 1 ila 7 arasında puanlanmakta olup, puanların toplamı 1-35 arasında değişebilmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması bireyin yaşam doyumunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Dağlı ve Baysal (2016) ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık kat sayısını 0.88 ve test- tekrar test güvenirliğini ise 0.97 olarak saptamıştır (59).

### 3.5.3. Hemodiyaliz sıvı kontrol ölçeği

Çoşar tarafından 2012 yılında geliştirilen bir ölçektir (4). Bu ölçek 24 madde bilgi, davranış ve tutum olmak üzere üç alt boyuttan ve 3'lü likert cevaplardan oluşmaktadır. Ölçeğin toplamından elde edilecek en az puan 24, en yüksek puan ise 72'dir. Ölçek bilgi alt boyutu (madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), davranış alt boyutu (madde 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) ve tutum alt boyutu (madde 20, 21, 22, 23, 24) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 numaralı maddeler pozitif yönde puanlanmaktadır. Ölçekteki 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 numaralı maddeler ise ters yönde puan almaktadır. Toplam puandaki artış HD hastalarının sıvı kontrolü hakkında bilgi, davranış ve tutumlarının olumlu olduğunu, azalma ise olumsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.88, test tekrar-test arasındaki korelasyon değeri 0.94'tür ( $p<0.001$ ) (Ek-3).

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

IBM SPSS 24 programıyla araştırma sonunda ulaşılan verilerin istatistiksel olarak incelenmesinde Ki-Kare, Sample t-test, One Way Anova testleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

### 3.7. Etik Konular

Araştırma 6ncesi Gaziantep Üniversitesi Tıp Fak6ltesi Etik Kurulundan (Ek-4) ve araştırmaya katılan her hastadan bilgilendirilmiş g6n6ll6 onay formu (Ek-5), 6lek kullanım izinleri (Ek-6) ve çalışmanın yapıldığı 6zel HD merkezlerinden yazılı izin (Ek-7) alınmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın sadece 6zel HD merkezlerinde yapılmış olması araştırmanın en 6nemli sınırlılığını oluşturmaktadır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik değişkenleri Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların %48.3'ünün kadın, %51.7'sinin erkek, %43.7'sinin 54-66 yaş grubunda; %89.7'sinin evli ve %47'sinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %94.7'sinin bakımıyla ilgilenen veya yardımcı olan birilerinin olduğu ve bu yardımcının %70.8'inin eşi olduğu belirlenmiştir. Hastaların %74'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %49.3'ünün gelir-gider durumunun eşit, %90.3'ünün çocuk sahibi olduğu, çocuğu olanların %40.3'ünün çocuk sayısının 4-6 arasında değiştiği belirlenmiştir. Hastaların %64.3'ünün apartman dairesinde, %35'inin müstakil evde ve %0.7'sinin farklı bir konut türünde yaşamlarını sürdürdükleri tespit edilmiştir.

**Tablo 3: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler	n	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	145	48.3
Erkek	155	51.7
<b>Yaş Grubu</b>		
18-40	33	11.0
41-53	76	25.3
54-66	131	43.7
67-79	52	17.3
80 ve üzeri	8	2.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	269	89.7
Bekar	31	10.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	83	27.7
Okur yazar	45	15.0
İlköğretim	141	47.0
Lise	20	6.7
Üniversite	11	3.6
<b>Hastanın bakımıyla ilgilenen veya yardımcı olan birinin var olma durumu</b>		
Hayır	16	5.3
Evet	284	94.7
<b>Hastanın bakımıyla ilgilenenler</b>		
Eşim	201	70.8
Çocuklar	68	23.9
Bakıcı	3	1.1
Annem	9	3.1
Diğer	3	1.1
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	222	74.0
Geniş aile	51	17.0
Parçalanmış aile	27	9.0
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir gidere göre yüksek	48	16.0
Gelir gider eşit	148	49.3
Gelir gidere göre az	104	34.7
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	271	90.3
Hayır	29	9.7
<b>Çocuk sayısı</b>		
1 ve 3	110	40.6
4 ve 6	121	44.6
7 ve 9	36	13.3
10 ve üzeri	4	1.5
<b>Yaşanılan konut tipi</b>		
Apartman dairesi	105	35.0
Müstakil ev	193	64.3
Diğer	2	0.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

#### **4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgularının Dağılımı**

Hastaların HD tedavisine ilişkin dağılımları Tablo 4’de verilmiştir. Buna göre, KBY tanı sürelerinin %50.3’ünün 1-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların primer hastalık tanılarında %41.7 ile diyabetin olduğu, HD tedavisine başlama zamanının %47.6’sının 0-3 yıl arasında olduğu, hastaların %82.6’sının haftada üç seans HD tedavisi aldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %50’si genel olarak sağlık durumunu iyi, %8.7’si kötü olarak değerlendirmiştir. Hastaların vasküler giriş yollarının %84’ünün arteriovenöz fistül, %15’inin vasküler kateterizasyon ve % 1’inin arteriovenöz greft olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %84.7’sinin sigara, 97.3’ünün de alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Transplantasyon öyküsü açısından bakıldığında katılımcıların %67.3’ünün transplantasyon için beklediği, %30’una transplantasyon planlanmadığı ve %2.7’sinin başarısız transplantasyon yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgularının Dağılımı**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tanı Süresi (yıl)</b>		
1-5	151	50.3
6-10	82	27.3
11-15	35	11.8
16-20	19	6.3
21 ve üzeri	13	4.3
<b>Primer hastalık</b>		
Diyabet	125	41.7
Glomerulonefrit	32	10.7
Hipertansiyon	85	28.3
Kistik böbrek hastalığı	16	5.3
Kanser	3	1.0
Konjenital genetik hastalık	3	1.0
Diğer	36	12.0
<b>Hemodiyaliz tedavisinin süresi (yıl)</b>		
0-3	143	47.6
4-6	71	23.7
7-9	42	14.0
10-12	24	8.0
13-15	11	3.7
16-18	9	3.0
<b>Hemodializ sıklığı</b>		
3 seans/hf	248	82.6
2 seans/hf	41	13.7
1 seans/hf	9	3.0
Diğer	2	0.7
<b>Genel olarak sağlığını değerlendirme durumu</b>		
Çok iyi	14	4.6
İyi	150	50.0
Orta	110	36.7
Kötü	26	8.7
<b>Vasküler girişim yolu</b>		
Arteriovenöz fistül	252	84.0
Arteriovenöz greft	3	1.0
Vasküler kateterizasyon	45	15.0
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hayır	254	84.7
Evet	46	15.3
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hayır	292	97.3
Evet	8	2.7
<b>Transplantasyon öyküsü</b>		
Başarısız transplantasyon	8	2.7
Transplantasyon bekliyor	202	67.3
Transplantasyon planlanmıyor	90	30.0

### 4.3. Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulguların Dağılımı

Hastaların sıvı alımına ilişkin bulguların dağılımları Tablo 5’te verilmiştir. Buna göre; diyaliz seansları arasında en fazla ne kadar sıvı almaları gerektiğini bilen hastaların oranı %92.3’tür. Sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çekenlerin oranı %72 iken, sıvı kısıtlamasına uymama nedenleri arasında ilk sırada (%55.3) “yediğim gıdalarla ilgili sıvı içme isteğim fazla” seçeneği gelmektedir.

**Tablo 5: Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulgularının Dağılımı**

DEĞİŞKENLER	n	Yüzde (%)
<b>İki diyaliz seansı arasında alınması gereken sıvı miktarını bilme durumu</b>		
Evet	277	92.3
Hayır	23	7.7
<b>Alınması gereken sıvı miktarına ilişkin yanıtların dağılımı</b>		
0.5 litreden az	4	1.4
0.5-1 litre arası	23	8.3
1-2 litre arası	149	53.8
2 litre ve üzeri	101	36.5
<b>Bu miktara uymakta güçlük çekme durumu</b>		
Evet	216	72.0
Hayır	84	28.0
<b>Sıvı kısıtlamasına uyamama nedeni</b>		
Diyabet		
Havalar çok sıcak	87	40.1
Yediğim gıdalar ile ilgili sıvı içme isteğim fazla	5	2.3
Terliyorum	120	55.3
	4	2.3

#### **4.4.Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Dağılımı**

Hastaların yaşam doyumuna ilişkin bulguların dağılımları Tablo 6’da verilmiştir. Buna göre, hastalığının aile içi rollerini etkilediğini düşünenlerin oranı %74 olarak görülmektedir. Hastalıklarının ev ve iş ilgili sorumluluklarını ne ölçüde engellediğine ilişkin soruya %56’sının “bazı problemler var, ama üstesinden gelinebilir” dediği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %50.7’sinin cinsel isteklerinde azalma olduğu, hastalığın neden olduğu görünüm değişikliğinin, kendileriyle ilgili duygu ve düşüncelerinde olumsuz yönde değişiklik oluşturup oluşturmamasıyla ilgili olarak %55’inin evet cevabını verdiği gözlenmiştir. Olumsuz düşünceye kapılanların %77.8’i psikolojisinin bozulduğunu dile getirirken, hastaların kendilerini, hastalıklarından önceki durumlarıyla kıyaslamaları istendiğinde %64.7’sinin “bedenimi ve kendimi daha az beğeniyorum”, yanıtını verdiği tespit edilmiştir. Hastaların geçmişe dair pişmanlık yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin yöneltilen soruya %64’ünün evet dediği ve pişmanlık nedeni olarak da sağlığına dikkat etmemesini gösterdiği belirlenmiştir. Hastaların %84’ünün psikolojik yardım almadığı, psikolojik yardım alanların %35.4’ünün uykusuzluk nedeniyle ilaç kullandığı belirlenmiştir.



**Tablo 6: Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Dağılımı**

DEĞİŞKENLER	n	Yüzde (%)
<b>Hastalığın aile içi rollerini etkileme durumu</b>		
Evet	222	74.0
Hayır	75	25.0
Fikrim yok	3	1.0
<b>Hastalığın ev ve iş ilgili sorumluluklarını engelleme durumu</b>		
Bir engelleme olmadı		
Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir	51	17.0
Orta derecede bazı problemler var	168	56.0
Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var	61	20.3
	20	6.7
<b>Hastalık süresince cinsel ilgi ve istek durumu</b>		
Hastalığımдан bu yana cinsel istek duymuyorum	108	36.0
Cinsel istekte azalma var	152	50.7
Cinsel istekte azalma yok	40	13.3
<b>Hastalığın neden olduğu görünüm değişikliğinin hastaların kendileriyle ilgili duygu ve düşüncelerini değiştirme durumu</b>		
Evet	165	55.0
Hayır	135	45.0
<b>Hastalığın neden olduğu görünümün duygu ve düşüncelere etkisi</b>		
Psikolojim bozuldu	129	77.8
Ailevi problemler	36	22.2
<b>Hastalık öncesiyle karşılaştırıldığında hastanın kendisi ile ilgili ifadesi</b>		
Bedenimi ve kendimi daha çok beğeniyorum	39	13.0
Bedenimi ve kendimi daha az beğeniyorum	194	64.7
Bedenimi ve kendimi beğenmiyorum	48	16.0
Bedenimi ve kendimi hiç beğenmiyorum	19	6.3
<b>Geçmişe dair pişmanlık yaşama durumu</b>		
Evet	192	64.0
Hayır	108	36.0
<b>Pişmanlık duyma nedeni</b>		
Sağlığıma dikkat etmediğim için	118	61.4
Gereksiz ilaç kullandığım için	17	8.9
Diyetime dikkat etmediğim için	43	22.4
Diğer	14	7.3
<b>Psikolojik yardım alma durumu</b>		
Evet	48	16.0
Hayır	252	84.0
<b>Psikolojik yardım nedeni</b>		
Uykusuzluk nedeniyle	17	35.4
Hastalığımı sıkıntı yaptığım için	1	2.1
İlaç kullanıyorum	30	62.5

#### 4.5. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastaların yaşam doyumu ölçeği (YDÖ), sıvı kontrol ölçeği (SKÖ) alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları Tablo 7’de görülmektedir. Buna göre, YDÖ puan ortalaması  $18.52 \pm 8.29$  olarak belirlenmiştir. Sıvı kontrol ölçeği bilgi alt boyutu  $11.42 \pm 2.15$ , davranış alt boyutu  $24.88 \pm 4.76$ , tutum alt boyutu  $13.77 \pm 4.41$  ve toplam puan ortalaması  $50.07 \pm 8.05$  olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 7: Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamaları ve Alınan Minimum ve Maksimum Değerler**

Ölçekler	$\bar{x} \pm SS$	Alınan	Alnabilecek
		Min-Max Değerler	Min-Max Değerler
Yaşam doyumu ölçeği	$18.52 \pm 8.29$	5.00-35.00	5.00-35.00
Sıvı kontrol ölçeği	$50.07 \pm 8.05$	28.00-68.00	24.00-72.00
SKÖ Bilgi Alt Boyutu	$11.42 \pm 2.15$	7.00-19.00	7.00-21.00
SKÖ Davranış Alt Boyutu	$24.88 \pm 4.76$	11.00-33.00	11.00-33.00
SKÖ Tutum Alt Boyutu	$13.77 \pm 4.41$	6.00-18.00	6.00-18.00

#### 4.6. Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Yaşam Doyum Ölçeği ile SKÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (tablo 8).

**Tablo 8: Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular**

		<b>Yaşam Doyum Ölçeği</b>
<b>Sıvı Kontrol Ölçeği</b>	Pearson korelasyon katsayısı (r)	-0.068
	P	0.239

#### **4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların sosyo demografik özelliklerinin yaşam doyumu ve sıvı kontrol ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir. Buna göre hastaların cinsiyetine göre YDÖ ve SKÖ'nin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği ( $p>0.05$ ); sadece SKÖ davranış alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Davranış alt boyutu ortalamasının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre SKÖ toplam, davranış ve tutum alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği ( $p>0.05$ ); YDÖ ve SKÖ bilgi alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yaş grupları yükseldikçe YDÖ ve SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Hastaların medeni durumuna göre YDÖ, SKÖ ve tüm alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Hastaların bakımıyla ilgilenen birisinin var olma durumuna göre YDÖ toplam ve bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bakımıyla ilgilenen birilerinin olduğu hastalarda puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Bakımını üstlenen kişilere göre SKÖ bilgi alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ).

Hastaların öğrenim düzeylerine göre SKÖ bilgi alt boyutunun dışında diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). SKÖ bilgi alt boyutunun öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi seviyesinin azaldığı görülmüştür. YDÖ puan ortalamalarının öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların gelir durumuna göre SKÖ davranış alt boyutu ve YDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi arttıkça SKÖ davranış alt boyutu ve YDÖ puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Hastaların aile tipine göre SKÖ toplam, davranış ve tutum alt boyutu ve YDÖ puanlarına göre farklılık göstermediği ( $p>0.05$ ), sadece SKÖ bilgi alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Parçalanmış ailelerde SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamasının en yüksek, daha sonra sırasıyla geniş ve çekirdek ailelerin puan ortalamasının geldiği belirlenmiştir.

Hastaların mesleği ile SKÖ toplam puan ve davranış alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). SKÖ toplam puanlarının en yüksek serbest meslek sahiplerinde daha sonra sırasıyla işçi, emekli ve ev hanımlarında olduğu belirlenmiştir. YDÖ puanlarının mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Çocuğu olan hastaların SKÖ bilgi alt boyutu ortalamalarının çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre YDÖ bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Hastaların yaşadığı konut tipine göre SKÖ davranış alt boyutu, SKÖ toplam puanı ve YDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Müstakil evde yaşayanların SKÖ davranış alt boyutlarının, apartman dairesinde yaşayanların da YDÖ puanının en yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 9: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER					YDÖ
		SKÖ					
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan		
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
<b>İnsiyet</b>							
Erkek	145	11.62±2.15	24.09±4.94	13.35±4.58	49.08±8.47	18.26±8.20	
Kadın	155	11.23±2.15	25.60±4.48	14.16±4.23	51.00±7.54	18.76±8.40	
		t=1.565 p=0.119	t=-2.773 p=0.006	t=-1.576 p=0.116	t=-1.781 p=0.076	t=-0.527 p=0.599	
<b>Yaş Grupları</b>							
18-40 Yaş arası	33	10.96±2.00	24.72±5.00	14.12±3.78	49.81±7.78	15.78±8.54	
41-53 Yaş arası	76	11.14±1.99	25.64±4.20	14.10±3.99	50.89±7.04	17.11±8.60	
54-66 Yaş arası	131	11.41±1.96	24.83±4.98	13.73±4.71	49.99±8.51	18.13±7.71	
67-79 Yaş arası	52	11.73±2.43	23.94±4.59	13.53±4.65	49.21±8.29	22.28±7.96	
80 Yaş ve üzeri	8	14.12±3.35	24.87±6.05	11.37±4.17	50.37±9.98	25.00±6.00	
		f=4.267 p=0.002	f=1.003 p=0.406	f=0.785 p=0.536	f=0.358 p=0.838	f=5.748 p=0.001	
<b>Evlilik Durumu</b>							
Evlili	269	11.41±2.15	24.85±4.79	13.86±4.42	50.13±8.12	18.60±8.15	
Evlenmemiş	31	11.51±2.20	25.06±4.53	13.00±4.40	49.58±7.48	17.83±9.59	
		t=-0.244 p=0.808	t=-0.231 p=0.817	t=1.029 p=0.304	t=0.362 p=0.718	t=0.484 p=0.628	
<b>Yaşamına yardımcı olan bireyin varlığı</b>							
Var	284	11.53±2.13	24.96±4.68	13.84±4.28	50.34±7.99	18.63±8.12	
Yok	16	9.43±1.50	23.31±5.96	12.50±4.17	45.25±7.69	16.62±11.14	
		t=-3.882 p=0.001	t=-1.351 p=0.178	t=-1.185 p=0.237	t=-2.486 p=0.013	t=-0.940 p=0.348	

**Tablo 9: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumunu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam).**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				
		SKÖ				YDÖ
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan	
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Yaşamına yardımcı olan kişi</b>						
Var	201	11.38±2.11	25.03±4.67	13.88±4.30	50.30±7.83	18.97±7.81
Yoklukları	68	11.86±2.07	24.79±4.73	14.02±4.70	50.69±8.16	18.35±8.59
Yardımcı	3	15.00±3.46	26.33±4.16	11.33±6.11	52.66±13.01	16.00±12.12
Profesiyonu	9	11.55±2.06	25.66±5.29	14.33±4.12	51.55±8.93	17.88±9.62
Yaş	3	10.66±0.57	20.66±2.51	8.33±4.04	39.66±1.52	7.00±1.73
		<b>f=2.824</b>	f=0.777	f=1.423	f=1.496	f=1.762
		<b>p=0.025</b>	p=0.541	p=0.210	p=0.204	p=0.137
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuryazar değil	83	12.01±2.30	24.39±5.37	13.72±4.71	50.13±9.50	19.40±8.23
Okuryazar	45	11.17±1.61	24.66±5.25	13.42±4.34	49.26±8.16	17.48±8.17
Ortaöğretim	141	11.25±2.15	25.54±4.10	14.07±4.25	50.87±6.99	18.00±8.24
Üniversite	20	11.35±2.62	23.40±4.47	12.40±4.87	47.15±7.90	17.85±9.00
Diğer	11	10.36±1.12	23.45±5.61	14.27±3.74	48.09±8.10	24.00±7.42
		<b>f=2.634</b>	f=1.667	f=0.749	f=1.292	f=1.801
		<b>p=0.034</b>	p=0.158	p=0.559	p=0.273	p=0.129
<b>İncir Durumu</b>						
İncir gidere göre yüksek	48	11.56±2.65	23.35±4.15	13.72±4.31	48.64±7.76	27.72±8.52
İncir gider eşit	148	11.42±1.99	24.97±4.85	13.72±4.63	50.13±8.20	19.86±8.08
İncir gidere göre az	104	11.36±2.14	25.43±4.79	13.85±4.17	50.65±7.94	15.59±7.47
		f=0.137	<b>f=3.240</b>	f=0.028	f=1.029	<b>f=10.757</b>
		p=0.872	<b>p=0.041</b>	p=0.973	p=0.358	<b>p=0.001</b>

**Tablo 9: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam).**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				YDÖ
		SKÖ				
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan	
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
<b>Aile tipi</b>						
Çok kuşaklı aile	222	11.23±2.01	25.01±4.77	13.68±4.42	49.93±7.79	18.59±8.16
Orta kuşaklı aile	51	11.84± 2.29	24.66±4.38	14.66±4.00	51.17±8.16	19.41±8.50
Yeni kuşaklı aile	27	12.18± 2.76	24.11±5.45	12.85±4.99	49.14±9.86	16.25±8.93
		<b>f=3.526</b> <b>p=0.031</b>	f=0.494 p=0.611	t=1.686 p=0.187	f=0.687 p=0.504	f=1.308 p=0.272
<b>Meslek</b>						
Emekli	14	11.21±1.96	26.21±4.24	13.78±4.47	51.21±6.39	15.35±8.16
Emekli emür	5	10.60±2.19	20.40±7.09	14.60±4.97	45.60±6.38	25.60±2.88
Emekli	57	11.03±2.52	24.66±4.48	13.85±4.54	49.56±8.45	19.40±8.60
Emekli hanımı	138	11.65±2.15	24.18±4.83	13.44±4.65	49.29±8.58	17.97±8.12
Emekli meslek	79	11.49±1.92	26.54±4.39	14.25±4.04	52.29±6.84	18.79±8.07
Emekli	7	10.28±1.25	21.85±2.73	13.42±2.76	45.57±5.59	20.42±12.31
		f=1.286 p=0.270	<b>f=4.439</b> <b>p=0.001</b>	f=0.379 p=0.863	<b>f=2.357</b> <b>p=0.041</b>	f=1.488 p=0.194
<b>Çocuğu olma durumu</b>						
Çocuğu var	271	11.52±2.21	24.87±4.77	13.84±4.43	50.25±8.15	18.57±8.18
Çocuğu yok	29	10.48±1.18	24.86±4.77	13.10±4.28	48.44±6.90	18.06±9.44
		<b>t=2.503</b> <b>p=0.013</b>	t=0.017 p=0.986	t=0.859 p=0.391	t=1.147 p=0.252	t=0.310 p=0.757
<b>Yaşanılan ev tipi</b>						
Orta sınıfta daire	105	11.23±2.33	24.01±4.76	13.26±4.61	48.49±7.72	20.12±8.40
Orta sınıfta ev	193	11.54±2.06	25.37±4.73	14.09±4.29	51.00±8.11	17.71±8.15
Orta sınıfta	2	10.50±0.71	22.50±2.12	10.50±4.95	43.50±2.12	12.50±4.94
		f=0.914 p=0.402	<b>f=3.076</b> <b>p=0.048</b>	f=1.764 p=0.173	<b>f=4.058</b> <b>p=0.018</b>	<b>f=3.450</b> <b>p=0.033</b>



#### **4.8. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Hastaların hemodiyaliz tedavileriyle ilgili özelliklerine göre YDÖ ve SKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 10'da verilmiştir. Buna göre hastaların hemodiyaliz tanısı konulma süreleri, primer hastalık tanıları ve hemodiyaliz tedavisine başlama zamanlarına göre SKÖ ve YDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların hemodiyaliz sıklığına göre SKÖ davranış alt boyutu ve toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), tedavi sıklığı 3 seans/hf olanların SKÖ davranış alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra en yüksek ortalamanın sırasıyla 1 seans/hf, 2 seans/hf ve diğer grupların olduğu görülmüştür. Hastaların hemodiyaliz sıklığına göre SKÖ bilgi ve tutum alt boyutlarıyla YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların genel olarak sağlık durumunu değerlendirmeleri ile, SKÖ tutum alt boyutu ve YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendirenlerin SKÖ tutum alt boyutu ortalamalarının en yüksek olduğu daha sonra sırasıyla “çok iyi”, “iyi” ve “orta” olarak tanımlayanların olduğu görülmüştür. YDÖ puan ortalamaları yükseldikçe hastaların genel sağlık durumlarıyla ilgili daha olumlu değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir.

Hastaların alkol kullanma durumları ve vasküler girişim yollarına göre alt boyutları da dahil olmak üzere SKÖ toplam ve YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Hastaların sigara kullanma durumuna göre YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), sigara kullanmayanların YDÖ puan ortalamalarının kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların transplantasyon öyküsüne göre SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamasının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Transplantasyon planlanmayan hastalarda puan ortalamasının en yüksek, başarısız transplantasyon öyküsü olanların puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür.

**Tablo 10: Hastaların Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				YDÖ
		SKÖ				
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan	
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
<b>Hemodiyaliz tanısı konma süresi</b>						
1-5 yıl	151	11.35±2.24	24.74±4.89	13.71±4.62	49.79±8.24	18.61±8.8
6-10 yıl	82	11.78±2.38	25.30±4.39	14.70±3.97	51.78±7.60	17.48±9.9
11-15 yıl	35	11.46±2.02	24.77±4.55	12.80±4.01	49.03±8.00	19.97±7.7
16-20 yıl	19	10.79±.85	24.42±5.73	13.11±4.94	48.32±8.64	17.26±7.7
20 ve üzeri	13	10.92±.64	24.77±5.20	12.31±4.40	48.00±7.07	22.08±7.7
		f=1.196 p=0.313	f=0.246 p=0.912	f=1.810 p=0.127	f=1.568 p=0.183	f=1.30 p=0.26
<b>Primer hastalık tanısı</b>						
Diyabet	125	11.71±2.33	24.79±4.19	14.46±4.30	50.96±7.85	18.78±7.7
Glomerulonefrit	32	11.28±1.84	26.13±4.70	13.00±4.83	50.41±7.54	20.69±7.7
Hipertansiyon	85	11.09±2.07	24.40±5.31	13.11±4.44	48.60±8.40	17.06±9.9
Kistik böbrek hastalığı	16	11.38±2.60	25.50±5.98	14.63±3.76	51.50±8.73	19.00±7.7
Kanser	3	12.33±2.31	25.67±6.43	14.00±6.93	52.00±13.11	14.00±6.6
Konjenital genetik hastalık	3	11.00±.00	22.00±8.89	11.33±5.03	44.33±8.62	21.00±6.6
Diğer	36	11.33±1.80	25.08±4.40	13.47±4.33	49.89±7.54	19.11±8.8
		f=0.845 0.536	f=0.763 p=0.599	f=1.271 p=0.270	f=1.108 p=0.357	f=1.05 p=0.38
<b>Hemodializ tedavisine başlama zamanı</b>						
0-3 yıl önce	143	11.69±2.35	24.29±4.84	13.56±4.39	49.55±8.33	19.38±8.8
4-6 yıl önce	71	11.30±2.07	25.97±4.56	13.97±4.88	51.24±8.05	17.44±8.8
7-9 yıl önce	42	11.38±2.42	24.71±4.54	14.40±4.18	50.50±7.68	17.33±7.7
10-12 yıl önce	24	11.08±.41	24.96±5.38	13.96±3.91	50.00±7.85	21.08±6.6
13-15 yıl önce	11	10.55±1.21	25.18±3.43	14.18±3.82	49.91±6.74	17.91±8.8
16-18 yıl önce	9	10.44±1.33	25.67±5.39	11.67±4.39	47.78±7.92	12.89±5.5
		f=1.362 p=0.239	f=1.253 p=0.284	f=0.700 p=0.624	f=0.588 p=0.709	f=2.05 P=0.07

**Tablo 10: Hastaların Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam).**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				
		SKÖ		Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan	YDÖ
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu			
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Hemodializ sıklığı</b>						
3 seans/hf	248	11.48±2.17	25.19±4.75	13.98±4.50	50.65±8.15	18.17±8.15
2 seans/hf	41	11.34±2.02	23.46±4.46	12.29±3.89	47.10±7.21	21.00±7.21
1 seans/hf	9	10.78±2.54	24.44±4.59	14.11±3.72	49.33±6.82	16.22±10.82
Diğer	2	9.50±.71	17.00±4.24	17.50±.71	44.00±2.83	22.00±4.83
		f=0.875 p=0.454	<b>f=3.489</b> <b>p=0.016</b>	f=2.227 p=0.085	f=2.736 <b>p=0.044</b>	f=1.727 p=0.167
<b>Genel olarak sağlığını algılama durumu</b>						
Çok iyi					<b>YDÖ</b>	
İyi	14	11.43±2.24	25.71±4.29	12.21±4.53	49.36±7.90	24.21±8.90
Orta	150	11.44±2.00	25.20±4.76	13.61±4.33	50.25±7.89	19.41±7.89
Kötü	110	11.25±2.28	23.91±4.66	13.94±4.44	49.10±7.83	17.68±8.83
	26	12.08±2.40	26.65±4.90	14.85±4.73	53.58±9.32	13.92±7.92
		f=1.025 p=0.382	<b>f=3.158</b> <b>p=0.025</b>	f=1.210 p=0.306	f=2.268 p=0.081	<b>f=6.09</b> <b>p=0.00</b>
<b>Vasküler girişim yolu</b>						
Arteriovenöz Fistül	252	11.33±2.05	25.05±4.90	13.97±4.43	50.35±8.12	18.48±8.12
Arteriovenöz Greft	3	10.67±0.58	21.67±3.06	11.67±3.51	44.00±2.00	24.67±6.00
Vasküler Kateterizasyon	45	12.00±2.69	24.13±3.96	12.82±4.31	48.96±7.74	18.38±8.74
		f=2.028 p=0.133	f=1.394 p=0.250	f=1.635 p=0.197	f=1.440 p=0.239	f=0.837 p=0.437

**Tablo 10: Hastaların Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam).**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				
-------------	---	----------	--	--	--	--

	SKÖ					
	Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	YDÖ	Toplam Puan	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Sigara içme durumu</b>						
Hayır	254	11.53±2.15	24.67±4.84	13.66±4.53	49.85±8.22	19.14±8.22
Evet	46	10.87±2.14	26.04±4.20	14.41±3.75	51.32±7.00	15.10±7.00
		t=1.913 p=0.057	t=-1.812 p=0.071	t=-1.067 p=0.287	t=-1.145 p=0.253	t=3.07 p=0.00
<b>Alkol kullanma durumu</b>						
Hayır	8	10.50±1.41	24.63±4.60	13.88±3.87	49.00±5.23	13.50±7.00
Evet	292	11.45±2.17	24.88±4.78	13.77±4.44	50.10±8.11	18.66±8.11
Hayır		t=-1.234 p=0.218	t=-0.151 p=0.880	t=0.066 p=0.948	t=-0.383 p=0.702	t=-1.74 p=0.08
<b>Transplantasyon öyküsü</b>						
Başarısız transplantasyon	8	10.00±1.85	22.75±6.20	13.88±2.75	46.63±8.81	22.00±8.81
Transplantasyon bekliyor	202	11.04±1.70	25.21±4.59	13.62±4.47	49.88±7.53	17.78±8.81
Transplantasyon planlamıyor	90	12.41±2.71	24.31±4.96	14.11±4.45	50.83±9.05	19.88±8.81
		t=15.720 p=0.001	t=1.945 p=0.145	t=0.387 p=0.679	t=1.197 p=0.304	t=2.73 p=0.06

#### **4.9. Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların sıvı alımına yönelik özelliklerine göre YDÖ ve SKÖ ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların iki diyaliz seansı arasında almaları gereken sıvı miktarının bilinmesi durumuna göre tüm alt boyutlarıyla birlikte SKÖ ve YDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Alınması gereken sıvı miktarını bilenlerin verdiği cevapların durumuna göre SKÖ toplam puan ortalamasının ve tüm alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SKÖ puan ortalamasının en yüksek “2 litre ve üzeri” yanıtını verenlerde olduğu gözlenmiştir. Bu miktara uymakta güçlük çekme durumuna göre SKÖ toplam puan ortalamalarının davranış ve tutum alt boyutlarının yanı sıra YDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu miktara uymakta güçlük çekenlerin SKÖ toplam puan ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. YDÖ toplam puan ortalamalarının ise bu miktara uymakta güçlük çekmeyenlerde diğer gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sıvı kısıtlamasına uymama nedenine göre SKÖ davranış alt boyutu ve SKÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SKÖ toplam puan ortalamasının en fazla “terliyorum” diyenlerde daha sonra sırasıyla “yediğim gıdalarla ilgili su içme isteğim fazla”, “diyabet” ve “havaların sıcak olduğunu” söyleyenlerde olduğu görülmüştür.

**Tablo 11: Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER				YD
		SKÖ				
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
iki diyaliz seansı arasında alınması gereken sıvı miktarını bilme durumu	277	11.41±2.13	25.00±4.70	13.74±4.47	50.14±7.98	18.60±
	23	11.65±2.50	23.43±5.45	14.22±3.86	49.30±9.03	17.61±
		t=-0.521 p=0.602	t=1.513 p=0.131	t=-0.501 p=0.617	t=0.478 p=0.633	t=0.5 p=0.3
Tevabımız ' Evet' ise sıvı miktarı	4	10.00±0.82	22.50±4.43	15.50±1.91	48.00±4.97	23.50±
	23	10.78±2.09	22.61±5.11	10.35±4.28	43.74±7.51	19.74±
	149	11.17±1.91	24.50±4.71	12.72±4.47	48.38±7.62	18.91±
	101	11.96±2.36	26.38±4.22	15.94±3.48	54.28±6.72	17.68±
		<b>f=4.292</b> <b>p=0.006</b>	<b>f=6.156</b> <b>p=0.001</b>	<b>f=18.298</b> <b>p=0.001</b>	<b>f=19.874</b> <b>p=0.001</b>	f=1.0 p=0.3
Sıvı miktarına uymakta güçlük çekime durumu	216	11.46±2.16	25.31±4.69	14.73±4.06	51.51±7.60	17.89±
	84	11.33±2.16	23.75±4.79	11.31±4.37	46.39±8.06	20.15±
		t=0.467 p=0.641	<b>t=2.578</b> <b>p=0.010</b>	<b>t=6.414</b> <b>p=0.001</b>	<b>t=5.149</b> <b>p=0.001</b>	<b>t=-2.5</b> <b>p=0.01</b>
Sıvı kısıtlamasına uymama nedeni		11.26±2.01	24.57±4.80	14.95±3.86	50.79±7.59	17.31±
		11.69±2.25	25.97±4.53	14.60±4.18	52.26±7.55	18.33±
	87	10.60±.55	21.20±4.82	12.00±4.85	43.80±6.06	22.80±
	121	10.00±2.94	28.25±2.22	17.00±1.15	55.25±2.63	14.00±
	5	f=1.574	<b>f=3.403</b>	f=1.309	<b>f=2.760</b>	f=-1.0
4	p=0.197	<b>p=0.019</b>	p=0.272	<b>p=0.043</b>	p=0.3	

#### **4.10. Hastaların Yaşam Doyumuyla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların yaşam doyumuyla ilgili bazı özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve sıvı kontrol ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların, hastalıklarının aile içi rollerini etkileme durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutu, davranış alt boyutu ve toplam puan ortalamaları ile YDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının en fazla, hastalığının aile içi rollerini etkilemediğini düşünenlerde daha sonra sırasıyla fikri olmayan ve evet etkiliyor diyenlerde olduğu görülmüştür. SKÖ toplam puan ortalamasının en fazla hastalığının aile içi rollerini etkilediğini düşünenlerde en az fikri olmayanlarda olduğu görülmüştür. SKÖ tutum alt boyutu ve bilgi alt boyutu ortalamasının en fazla hastalığının aile içindeki rolünü etkilediğini düşünenlerde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalıklarının ev ve iş ile ilgili sorumluluklarına engel olma durumuna göre YDÖ ve SKÖ tutum alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının hastalığının iş ve evle ilgili sorumluluklarına engel teşkil etmediğini düşünenlerde en yüksek olduğu problem ve sorunun varlığı arttıkça YDÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. YDÖ tutum alt boyutu ortalamasının ise en yüksek bazı problemlerin olduğu ama hallolmayacak gibi olmadığını söyleyenlerde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların cinsel ilgi istekleriyle ilgili durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutu toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bilgi alt boyutu ortalama puanının en yüksek “hastalığımın bu yana cinsel istek duymuyorum” diyenlerde olduğu daha sonra sırasıyla “cinsel istekte azalma yok” diyenlerle “cinsel istekte azalma var diyenlerin geldiği görülmüştür.

Hastaların hastalıklarının neden olduğu görünüm değişikliğinin kendileri ile ilgili duygu ve düşüncelerinde değişiklik oluşturma durumuna göre SKÖ davranış alt boyutu dışında tüm ölçek ve alt boyutların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının en fazla bu soruya hayır yanıt verenlerde olduğu görülmüştür. SKÖ toplam puan ortalamasının en fazla bu soruya olumlu yanıt verenlerde, SKÖ bilgi ve tutum alt boyutu ortalamalarının olumlu yanıt verenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalık öncesi ve şimdiki

durumları arasında yaptıkları karşılaştırmalara göre YDÖ puan ortalamalarının ve SKÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastaların YDÖ puan ortalamaları yükseldikçe kendilerini ve bedenlerini daha fazla beğendikleri görülürken, SKÖ toplam puan ortalaması yükseldikçe kendilerini ve bedenlerini daha az beğendikleri belirlenmiştir.

Hastaların geçmişe dair pişmanlık duyma durumlarına göre YDÖ puan ortalamaları, SKÖ tutum alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının geçmişe dair pişmanlık duymayanlarda daha yüksek olduğu görülürken, SKÖ toplam ve tutum alt boyutu puan ortalamalarının geçmişe dair pişmanlık duyanlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların pişmanlıklarının nedeninin ölçeğin tüm alt boyutlarıyla anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların psikolojik yardım alma durumlarına göre YDÖ ve SKÖ tutum alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının psikolojik yardım almayanlarda, SKÖ tutum alt boyutunun ise psikolojik yardım alanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik yardım alanların yardımın içeriği ile ilgili açıklamalarına göre SKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarıyla YDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 12:Hastaların Yaşam Doyumu İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER			
		SKÖ			
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan
		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
<b>Yaşadığınız aile içi rollerini etkileme durumu</b>					
etkiliyor	222	11.62±2.09	25.00±4.71	14.14±4.28	50.75±7.89
etkilemiyor	75	11.00±2.22	24.59±5.00	12.68±4.71	48.27±8.30
hiç yok	3	8.00±1.00	23.33±3.51	14.00±4.00	45.33±7.02
		<b>f=6.345</b>	f=0.364	<b>f=3.105</b>	<b>f=3.246</b>
		<b>p=0.002</b>	p=0.695	<b>p=0.046</b>	<b>p=0.040</b>
<b>Yaşam kalitesinin düzeyi</b>					
engellemenin olmadığı	51	11.06±2.43	24.78±5.40	12.45±4.74	48.29±9.05
az sayıda problemler var ama üstesinden gelinilebilir	168	11.45±1.91	24.73±4.54	13.38±4.49	49.56±7.64
orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolacak	61	11.49±2.01	25.49±4.33	15.56±3.50	52.54±7.15
çok sayıda problemler var ama üstesinden gelinilebilir değil	20	11.95±3.49	24.50±6.24	15.00±3.84	51.45±9.83
çok sayıda problemler var ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var		f=0.914	f=0.440	<b>f=6.087</b>	<b>f=3.235</b>
		p=0.435	p=0.724	<b>p=0.001</b>	<b>p=0.023</b>
<b>Yaşam kalitesinin cinsel ilgi ve isteğe etkisi</b>					
Yaşam kalitesinden bu yana cinsel istek duymuyorum	108	11.98±2.56	24.39±4.80	13.82±4.62	50.19±8.21
Yaşam kalitesinden bu yana cinsel istekte azalma var	152	11.09±1.80	24.94±4.88	13.88±4.35	49.91±8.36
Yaşam kalitesinden bu yana cinsel istekte azalma yok	40	11.23±1.90	25.95±4.09	13.23±4.20	50.40±6.42
		<b>f=5.839</b>	f=1.600	f=0.359	f=0.077
		<b>p=0.003</b>	p=0.204	p=0.699	p=0.926

**Tablo 12: Hastaların Yaşam Doyumu İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması (devam).**

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER			
		SKÖ			
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaşamınızın neden olduğu görünüm değişikliğinin duyguları ve düşünceleri değiştirme durumu	165	11.66±2.20	25.16±4.71	14.68±3.86	51.50±7.72
	135	11.14±2.08	24.53±4.82	12.66±4.80	48.33±8.13
		<b>t=2.090</b> <b>p=0.037</b>	t=1.129 p=0.260	<b>t=4.050</b> <b>p=0.001</b>	<b>t=3.454</b> <b>p=0.001</b>
Yaşamınızın neden olduğu görünümün duygularınıza etkisi	130	11.60±2.19	25.15±4.76	14.86±3.63	51.61±7.54
Yaşamınızın neden olduğu görünümün psikolojinizi bozuldu	35	11.89±2.25	25.20±4.61	14.03±4.60	51.11±8.45
Yaşamınızın neden olduğu görünümün size sorunlar yaratıyor		t=-0.682 p=0.496	t=-0.060 p=0.952	t=1.135 p=0.258	t=0.335 p=0.738
Yaşamınızın neden olduğu görünümün hastalığınızla karşılaştırıldığında hastalarınızın ifadeleriyle ilgili ifadeleri	39	10.85±1.89	23.62±5.37	12.69±4.56	47.15±7.84
Yaşamınızın neden olduğu görünümün kendinizi ve kendinizi daha çok beğeniyorsunuz	194	11.59±2.04	24.90±4.68	13.64±4.52	50.13±8.12
Yaşamınızın neden olduğu görünümün kendinizi ve kendinizi daha az beğeniyorsunuz	48	11.29±2.14	24.98±4.45	14.90±3.87	51.17±7.28
Yaşamınızın neden olduğu görünümün kendinizi beğenmiyorsunuz	19	11.32±3.43	27.00±4.64	14.47±3.95	52.79±8.49
Yaşamınızın neden olduğu görünümün kendinizi hiç beğenmiyorsunuz		f=1.388 p=0.246	f=2.203 p=0.088	f=2.046 p=0.108	<b>f=2.777</b> <b>0.041</b>
Yaşamınızın neden olduğu görünümün size dair pişmanlık yaşamaya durumu	192	11.53±2.36	24.85±4.69	14.58±4.12	50.96±7.89
	108	11.25±1.72	24.92±4.93	12.34±4.58	48.51±8.14
		t=1.065 p=0.288	t=-0.109 p=0.913	<b>t=4.329</b> <b>p=0.001</b>	<b>t=2.552</b> <b>p=0.011</b>

Tablo 12: Hastaların Yaşam Doyumu İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması (devam).

DEĞİŞKENLER	n	ÖLÇEKLER			
		SKÖ			
		Bilgi Alt Boyutu	Davranış Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Toplam Puan
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Manlık duyma nedeni</b>					
İlaç almama dikkat etmediğim için	118	11.55±2.49	24.95±4.70	14.48±4.21	50.98±8.35
İlaçsız ilaç kullandığım için	17	11.53±2.21	24.65±5.63	14.88±3.57	51.06±8.75
İlaç almama dikkat etmediğim için	43	11.60±2.19	24.86±4.27	15.26±3.70	51.72±6.24
İlaç almama dikkat etmediğim için	14	11.07±2.16	24.29±5.00	12.93±5.06	48.29±7.47
		f=0.190 p=0.903	f=0.095 p=0.963	f=1.189 p=0.315	f=0.668 p=0.573
<b>Medikal yardım alma durumu</b>					
Medikal yardım almıyorum	48	11.92±2.21	25.08±3.87	14.94±3.81	51.94±7.12
Medikal yardım alıyorum	252	11.33±2.14	24.84±4.92	13.55±4.50	49.72±8.18
		t=1.724 p=0.086	t=0.327 p=0.744	<b>t=2.001</b> <b>p=0.046</b>	t=1.753 p=0.081
<b>Medikal yardım nedeni</b>					
Medikal yardım almamın nedeni	17	11.65±2.12	25.24±4.12	14.76±4.27	51.65±8.07
Medikal yardım almamın nedeni	1	9.00±.	20.00±.	17.00±.	46.00±.
Medikal yardım almamın nedeni	30	12.17±2.25	25.17±3.74	14.97±3.65	52.30±6.70
		f=1.199 p=0.311	f=0.878 p=0.422	f=0.159 p=0.854	f=0.390 p=0.679

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastaların KBY tanı süresi ortalamasının en fazla 1-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. İlhan'ın (2011) çalışmasında hastaların %49,4'ünün KBY tanı süresinin 1-5 yıl arasında, Efe'nin (2012) çalışmasında ise hastaların %40.5'inin 0-4 yıl arasında olduğu belirtilmiştir (55,60).

Bu araştırmada hastaların primer hastalık tanılarının ilk sırasında diyabetin, ikinci sırada ise hipertansiyonun yer aldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, TND Registry (2016) raporundaki primer hastalık tanılarıyla benzerlik göstermektedir. Balım'ın (2013) çalışmasına göre primer hastalık tanılarının ilk sırasında %43.3 ile hipertansiyon yer alırken, diyabetin %16.5 ile ikinci sırada olduğu belirtilmiştir (62). Coşar'ın (2012) çalışmasında hipertansiyon primer hastalık tanılarında %22.5 ile ilk sırada gelirken glomerulonefrit ve diyabetin aynı oranla %19.6 ile ikinci sırada geldiği belirlenmiştir (4).

Araştırmamızda HD tedavisine başlama süresinin en yüksek oranda 0-3 yıl arasında olduğu görülmektedir. Kaya'nın (2013) çalışmasında hastaların HD tedavisine başlama süresinin en yüksek oranda 2 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır (30). Demir (2008)'in çalışmasında hastaların %63.9'unun HD tedavisine başlama süresinin 0-3 yıl arasında olduğu belirtilmiştir (54). Yapılan bu araştırmalarda hastaların hemodiyalize başlama sürelerinin birbirleriyle benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Bu araştırmaya katılan hastaların %82.6'sının haftada üç seans, %3'ünün ise haftada bir seans tedaviye girdiği görülmektedir. Demir'in (2008) çalışmasında hastaların %93.4'ünün haftada üç seans, %0.7'sinin ise haftada 4 seans tedaviye girdiği bildirilmiştir (54). Öztürk'ün (2011) çalışmasında %91.4, Efe (2012)'nin çalışmasında %95.9 ve Bağ'ın (2007) çalışmasında %90.4 ile hastaların haftada üç kez diyalize girdiği belirtilmiştir (16,60,57). Benzer çalışmalarda da oranların birbirine yakın olduğu ve çoğunlukla hastaların haftada üç kez diyalize girdiği görülmektedir. TND Registry

(2016) raporunda da hastaların %89.68'inin haftada 3 seans HD'e girdiği belirtilmektedir.

Araştırmamızda hastaların vasküler giriş yollarının %84'ünde arteriovenöz fistül, %15'inde vasküler kateterizasyon ve % 1'inde arteriovenöz greft olduğu tespit edilmiştir. Demir'in (2008) çalışmasında hastaların vasküler giriş yolunun %75.7 kateter, %24.3 arteriovenöz fistül, Bülbül (2010)'ün çalışmasında ise %92 arteriovenöz fistül, %8 kateter olduğu belirtilmiştir (54,53). Öztürk'ün (2011) çalışmasında arteriovenöz fistül oranının %79.4, vasküler kateterizasyonun %14. 9, arteriovenöz greftin ise %5.7 olduğu saptanmıştır (16). Bu bilgiler ışığında vasküler giriş yolu olarak çoğunlukla arterio venöz fistül kullanıldığı görülmektedir.

Araştırmada hastaların %84.7'sinin sigara, 97.3'ünün de alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Durna'nın (2013) çalışmasında hastaların %80'inin sigara %90'ının ise alkol, Demir'in (2008) çalışmasında ise hastaların %76.3'ünün sigara, %95.4'ünün alkol kullanmadığı saptanmıştır (30,54). Günalay, Taşkiran ve Mergen'in (2017) çalışmasında hastaların %94'ünün sigara kullanmadığı bildirilmiştir (3). Demir'in (2008) çalışmasında hastaların %28.9'unun sigarayı bıraktığını belirtmesi (54), hastaların mevcut hastalıklarıyla azalma eğilimi gösteren yaşam kalitelerini sigara, alkol gibi maddelerle daha da düşürmek istememeleri ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların %50'si genel olarak sağlık durumunu iyi, %8.7'si kötü olarak nitelendirmiştir.

## **5.2. Hastaların Sıvı Alımına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması**

Araştırmada diyaliz seansları arasında en fazla ne kadar sıvı almaları gerektiğini bilen hastaların oranı %92.3 iken, bilmeyenlerin oranı %7.7'dir. Hastaların %53.8'i 1-2 litre arası %36.5'i 2 litre ve üzeri, %8.3'ü 0.5-1 litre arası, %1.4'ü ise 0.5 litreden az sıvı aldığını belirtmişlerdir. Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların %32.2'sinin 2 litre ve üzeri sıvı tükettiği, %28.9'unun 0.5-1 litre arası, %22.4'ünün 1-2 litre arası, %16.5'inin ise 0.5 litreden az sıvı aldığını belirtmiştir (60).

Araştırmamızda sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çekenlerin oranının %72 olduğu görülmüştür. Günalay, Taşkiran ve Mergen'in (2017) hastaların %74'ünün sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çektiği, Efe'nin (2012) çalışmasında ise hastaların %95 oranında sıvı kısıtlamasına uymadığı belirtilmiştir (3,60). Hastaların genellikle

almaları gereken sıvı miktarını bildikleri ama uyum konusunda problem yaşadıkları söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların sıvı kısıtlamasına uymama nedenleri arasında ilk sırada %55.3 ile yediği gıdalarla ilgili sıvı içme isteğinin fazla olması gelirken, diyabetin %40.1 ile ikinci sırada geldiği belirlenmiştir. Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların sıvı kısıtlamasına uymama nedenlerinin başında en fazla %42.6 ile "tükettiği gıdaların susamasını arttırmasının", %10.4 ile "havalarda sıcak olmasının", %12.2 ile "canının istememesinin", yanıtının geldiğini belirtilmiştir (60).

### **5.3. Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

Araştırmada hastaların, hastalığının aile içi rollerini etkilediğini düşünenlerin oranı %74, etkilemiyor diyenlerin oranı %25 olarak belirlenmişken, hastalıklarının ev ve iş ile ilgili sorumluluklarına engel olma durumuna %56'sının "bazı problemler var, ama üstesinden gelinebilir", %17'sinin "bir engelleme olmadı", %20.3'ünün "orta derecede bazı problemler var" dediği saptanmıştır. Literatürde benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Ama elde edilen bulgular çerçevesinde hastaların ev ve işleriyle ilgili rollerinin ciddi anlamda olumsuz etkilendiği söylenebilir. Çünkü çalışan, ev hanımı ya da emekli bir bireyin özellikle aile içi rollerini yerine getirememesi durumunda, ortak yaşam alanlarındaki diğer bireylerin de bu durumdan etkilenmesi kaçınılmaz olacaktır.

Hastaların %50.7'sinin cinsel isteklerinde azalma olduğu, %36'sının cinsel istek duymadığını ifade ettiği tespit edilmiştir. Efe'nin (2012) çalışmasında cinsel isteksizlik duyanların oranının %76.9 olduğu belirlenmiştir (60). Araştırmamızla Efe'nin (2012) çalışmasının cinsel isteksizlik konusunda benzerlik göstermesine rağmen, Ateş'in (2012) çalışmasında hastaların %58.4'ünün cinsel yaşamlarından memnun olduğu bildirilmiştir (17). Araştırmamıza katılan hastaların %63.3'ünün 55 yaş ve üzeri, Efe'nin (2012) çalışmasındaki hastaların %64.5'inin 51 yaş ve üzeri olmasına karşın Ateş'in (2012) çalışmasındaki hastaların yaş ortalamalarının 41.7 olması, hastaların yaşlarının cinsel isteksizlikte belirleyici bir etken olabileceğini akla getirmektedir (60,17)

Araştırmada hastalığın neden olduğu görünüm değişikliğinin, kendileriyle ilgili duygu ve düşüncelerinde olumsuz yönde değişiklik oluşturup oluşturmamasıyla ilgili olarak hastaların %55'i evet, %45'i ise hayır cevabını vermiştir. Genel anlamda, kateter ve fistül girişimleri, ciltteki değişiklikler ve vücut imajının bozulması hastaları olumsuz

etkileyebilmektedir. Hastaların %77.8'i psikolojisinin bozulduğunu %22.2'si ise ailevi problemler yaşadığını, %84'ünün psikolojik yardım almadığı, yardım alanların 62.5'inin ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, hastaların yeterince psikolojik destek almadıklarını göstermektedir.

#### **5.4. Hastaların Yaşam Doymu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Araştırmamızda hastaların YDÖ puan ortalaması  $18.52 \pm 8.29$  olarak belirlenmiştir. Erdem ve ark. (2004) çalışmasında YDÖ puan ortalamasının  $19.20 \pm 6.7$ , Özgen'in (2012) çalışmasında ise  $21.6 \pm 6.0$  olduğu belirlenmiştir (61,5). Hastaların yaşam doymu maksimum puanının 35 olduğu düşünüldüğünde tüm çalışmalar için yaşam doyumunun ortalamanın üzerinde olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

#### **5.5. Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu çalışmada SKÖ bilgi alt boyutu  $11.42 \pm 2.15$ , davranış alt boyutu  $24.88 \pm 4.76$ , tutum alt boyutu  $13.77 \pm 4.41$  ve toplam puan ortalaması  $50.07 \pm 8.05$  olarak gözlenmiştir. Çoşar'ın (2012) yaptığı çalışmada SKÖ bilgi alt boyutu  $19.80 \pm 1.59$ , davranış alt boyutu  $25.50 \pm 4.54$ , tutum alt boyutu  $11.21 \pm 3.35$ , toplam puan ortalaması ise  $56.55 \pm 6.375$  olarak tespit edilmiştir (4). Çoşar'ın (2012) çalışmasıyla bu araştırma arasındaki en büyük farkın SKÖ bilgi alt boyutunda olduğu, bu durumun Çoşar'ın (2012) çalışmasındaki hastaların eğitim seviyesinin daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği, bilgi düzeyindeki bu farkın davranış, tutum ve toplam ölçek puanını etkilediği düşünülmektedir. Balım'ın (2013) yaptığı çalışmada SKÖ bilgi alt boyutu  $8.95 \pm 1.81$ , SKÖ tutum alt boyutu  $12.57 \pm 2.66$  davranış alt boyutu  $22.34 \pm 3.64$ , toplam ölçek puanı  $43.88 \pm 4.83$  olarak tespit edilmiştir (62). Balım'ın (2013) çalışmasının sonuçlarının araştırmamızın sonuçları ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (62).

#### **5.6. Yaşam Doym Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Karşılaştırılması**

YDÖ ile SKÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $r = -0.068$ ,  $p > 0.05$ ). Araştırmamızda, HD hastalarının en önemli sorunu olarak bilinen sıvı kontrolünün, yaşam doyumuna doğrudan etki etmemesi dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum HD hastalarının yaşam doyumuyla ilgili olan diğer

etkenleri ön plana çıkarmaktadır. Bu etkenlerin, yüksek yaş grupları, yüksek gelir düzeyleri, apartman dairesinde yaşama, sigara içmeme, psikolojik yardım almama, geçmişe dair pişmanlık duymama, hastalığının oluşturduğu görünüm değişikliğine rağmen kendilerini daha çok beğenmeleri, hastalığının ev ve işle ilgili rollerini

engellememe gibi etkenler olduğunu söylemek mümkündür. Zira bu faktörlerin karşılaştırıldığı hastalarda, yaşam doyumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

### **5.7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Doymu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların cinsiyetine göre YDÖ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Erdem ve ark. (2004) çalışmasında da araştırmamızda olduğu gibi YDÖ puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (61). Buna karşılık Özgen'in (2012) çalışmasında YDÖ puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (5).

Araştırmamızda hastaların yaş gruplarına YDÖ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yaş grupları yükseldikçe YDÖ puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Erdem ve ark. (2004) çalışmasında benzer olarak yaşa göre YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (61). Yaş arttıkça yaşam doyumunun artması gençlere göre yaşlıların hastalıklarını daha kolay kabullenip kendileriyle barışık yaşadıkları, hastalıkları ve beraberinde getirdikleri zorluklarla mücadele etme konusunda tecrübe sahibi oldukları ile ilgili olabileceğini akla getirebilir. Ayrıca, yaşam doyumunu arttırmaya yönelik girişimler planlanırken daha genç yaş grubunda olanlara öncelik verilmesi düşünülebilir. Hastaların medeni durumuna göre YDÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Araştırmamızla benzer bir şekilde Erdem ve ark. (2004) çalışmasında medeni durumun YDÖ puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (61). Buna neden olarak araştırmaya katılan hastaların medeni durum açısından normal dağılım göstermemesi, evli olanların %89,7'lik bir oranla daha fazla olması gösterilebilir. Bu çalışmalardan farklı olarak Efe'nin (2012) yaptığı çalışmada medeni duruma göre sıvı kısıtlamasına uyum ortalamalarında anlamlı farklılıkların bulunduğu tespit edilmiştir (60).



Hastaların bakımıyla ilgilenen birisinin var olma durumuna göre YDÖ toplam ve bilgi alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bakımıyla ilgilenen birilerinin olduğu hastalarda YDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Efe'nin (2012) çalışmasında bakımına yardım eden birinin var olma durumuna göre sıvı kısıtlamasına uyumun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, yardımcısı olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (60).

Hastaların öğrenim düzeylerine YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Erdem ve ark. (2004) çalışmasında öğrenim düzeylerine göre YDÖ puanları arasında anlamlı düzeyde farklılığın olduğu, üniversite mezunlarında puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür (61).

Hastaların gelir durumuna göre YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi arttıkça YDÖ puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bir başka deyişle hastaların gelir düzeyi yükseldikçe yaşam doyumunun arttığı, sıvı kontrolü konusunda davranış eksikliğinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Hastaların kişisel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması ekonomik imkanlarla ilişkili olabileceğinden, bu ihtiyaçların karşılanma düzeyinin yaşam doyumuna doğrudan katkı sunduğunu düşündürmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun sıvı kısıtlamasına uymama nedeni olarak yediği yemeklerden dolayı su içme isteğinin fazla olması seçeneğine işaretlediği görülmektedir. Sıvı kontrolü ile ilgili olumlu davranışın, gelir düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olması, hastaların diyetlerine uymaktansa kendi istekleri doğrultusunda gerçekleşecek olan bir beslenme programını tercih etmeleriyle izah edilebilir.

Hastaların mesleğine göre YDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Erdem ve ark. (2004) çalışmasında da yaşam doyumunun mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (61).

Hastaların yaşadığı konut tipine göre YDÖ puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Apartman dairesinde yaşayanların YDÖ puanının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Apartman dairesinin müstakil eve kıyasla daha konforlu bir yaşam alanı oluşturduğu, bunun da hastanın yaşam doyumuna doğrudan katkı sağladığını düşünülmektedir.

## 5.8. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların cinsiyetine göre SKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ). SKÖ davranış alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüş ( $p<0.05$ ), davranış alt boyutu ortalamasının erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Balım'ın (2013) yaptığı çalışmada SKÖ toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (62). Günalay ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da sıvı kısıtlamasına uyumsuzlukla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmalar da araştırmamızla benzerlik göstermekte, cinsiyetin, SKÖ davranış alt boyutu dışında sıvı kısıtlamasına uymada bir etken olmadığını göstermektedir (3).

Araştırmamızda hastaların yaş gruplarına göre SKÖ toplam, davranış ve tutum alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ). Yalnızca SKÖ bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yaş grupları yükseldikçe SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Buna karşılık Balım'ın (2013) yaptığı çalışmada SKÖ toplam puan ortalamalarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (62).

Hastaların medeni durumuna göre SKÖ ve tüm alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0.05$ ). Balım'ın (2013) yaptığı çalışmada ise SKÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (62). Buna neden olarak araştırmaya katılan hastaların medeni durum açısından normal dağılım göstermemesi, evli olanların %89.7'lik bir oranla daha fazla olması gösterilebilir. Bu çalışmalardan farklı olarak Efe'nin (2012) yaptığı çalışmada medeni duruma göre sıvı kısıtlamasına uyum ortalamalarında anlamlı farklılıkların bulunduğu tespit edilmiştir (60).

Hastaların bakımıyla ilgilenen birisinin var olma durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bakımıyla ilgilenen birilerinin olduğu hastalarda puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Efe'nin (2012) çalışmasında bakımına yardım eden birinin var olma durumuna göre sıvı kısıtlamasına uyumun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, yardımcısı olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (60). Hastaların

bakımıyla ilgilenen birilerinin var olmasının SKÖ bilgi alt boyutu üzerinde olumlu etki oluşturması hastaların bakımıyla ilgilenenlerden yardım alabildiği ihtimalini akla getirmektedir. Bilginin davranış ve tutum üzerine etkisinin de olabileceği, dolayısıyla SKÖ toplam puan ortalamalarına olumlu katkı yapacağı düşünülebilir. Aynı şekilde yaşam doyumunun da yüksek çıkması bakımı üstlenen kişilerin hastaların moral, motivasyon ve hayata bakışlarına olumlu katkı sunduğunu akla getirmektedir.

Hastaların öğrenim düzeylerine göre SKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği ( $p>0.05$ ), SKÖ bilgi alt boyutunun öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ) görülmüştür. Eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi seviyesinin azaldığı görülmüştür. Balım (2013)'ın çalışmasında bizim araştırmamızdan farklı olarak SKÖ toplam puan ve bilgi alt boyutunun öğrenim durumuna göre farklılık göstermediği belirtilmiştir (62). Araştırmamızda beklenilenin aksine, öğrenim seviyesi yükseldikçe SKÖ bilgi düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Okuma yazması olmayanların SKÖ bilgi puanlarının en yüksek olması, bilgiye erişimi ve kullanımı kısıtlı olan bu grubun, hastalıklarına ve sıvı kısıtlamasına ilişkin sağlık personelinin kendilerine verdiği eğitimi özümseyerek davranış modeli haline getirdiğini, evde bakımıyla ilgilenen yardımcılarıyla bunu desteklediğini düşündürmektedir.

Hastaların gelir durumuna göre SKÖ davranış alt boyutu ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi arttıkça SKÖ davranış alt boyutu puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir başka deyişle hastaların gelir düzeyi yükseldikçe sıvı kontrolü konusunda davranış eksikliğinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun sıvı kısıtlamasına uymama nedeni olarak yediği yemeklerden dolayı su içme isteğinin fazla olması seçeneğine işaretlediği görülmektedir. Sıvı kontrolü ile ilgili olumlu davranışın, gelir düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olması, hastaların diyetlerine uymaktansa kendi istekleri doğrultusunda gerçekleşecek olan bir beslenme programını tercih etmeleriyle izah edilebilir.

Hastaların aile tipine göre SKÖ bilgi alt boyutu puanının ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Parçalanmış ailelerde SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamasının en yüksek, daha sonra sırasıyla geniş ve çekirdek ailelerin puan ortalamasının geldiği belirlenmiştir. Literatürde bu parametrelerle ilgili bir çalışma yapılmadığından bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Hastaların mesleği ile SKÖ toplam puan ve davranış alt boyutlarının ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). SKÖ toplam puanlarının en

yüksek serbest meslek sahiplerinde daha sonra sırasıyla işçi, emekli ve ev hanımlarında olduğu belirlenmiştir. Hastaların sıvı kısıtlamasına uyma konusunda problem yaşamalarına en önemli etken olarak yediği yemekleri göstermesinden hareketle, serbest meslek sahiplerinin beslenme şekli ve programlarını belirleme konusunda diğer gruplara nazaran daha bağımsız hareket ettikleri düşüncesini ön plana çıkarmaktadır. Balım'ın (2013) çalışmasında da mesleğe göre SKÖ puan ortalamalarının farklı olmadığı görülmüştür (62).

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Çocuğu olan hastaların SKÖ bilgi alt boyutu ortalamalarının çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum çocukların hasta olan yakınlarına bilgi sağladığını düşündürmektedir.

Hastaların yaşadığı konut tipine göre SKÖ davranış alt boyutu ve SKÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Müstakil evde yaşayanların SKÖ toplam ve davranış alt boyutlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **5.9. Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz Tedavileriyle İlgili Bazı Parametrelerle Karşılaştırılması**

Hastaların hemodiyaliz tanısı konulma süreleri, primer hastalık tanıları ve hemodiyaliz tedavisine başlama zamanlarına göre SKÖ ve YDÖ puanlarının farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Bu durum hastaların primer hastalıklarının ve hemodiyaliz yaşının, SKÖ ve yaşam doyumunu etkileyen faktörlerle ilişkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hemodiyaliz sıklığına göre SKÖ davranış alt boyutu ve toplam puanının farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Tedavi sıklığı 3 seans/hf olanların SKÖ davranış alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu ve daha sonra diğer grupların olduğu görülmüştür. Bu bulgular hemodiyalize sık giren hastaların SKÖ alt boyutları konusunda farkındalık kazandıklarını göstermektedir. Ancak hastaların hemodiyaliz sıklığına göre SKÖ bilgi ve tutum alt boyutlarıyla YDÖ puan ortalamalarının farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Hastaların sağlık durumlarıyla ilgili değerlendirmeleri ile, SKÖ tutum alt boyutu ve YDÖ puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendirenlerin SKÖ tutum alt boyutu ortalamalarının en yüksek olduğu daha sonra sırasıyla “çok iyi”, “iyi” ve “orta” olarak tanımlayanların olduğu görülmüştür. YDÖ puan ortalamaları yükseldikçe hastaların genel sağlık durumlarıyla ilgili daha olumlu değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir. Bu durum yaşam doyumuna ulaşmış olan bireylerin fiziksel olarak da kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir.

Hastaların alkol kullanma durumları ve vasküler girişim yollarına göre alt boyutları da dahil olmak üzere SKÖ toplam ve YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Araştırmamızda hastaların sigara kullanma durumuna göre YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Sigara kullanmayanların YDÖ puan ortalamalarının kullananlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu anlamlı farklılığın, Flanagan (1978)'in yaşam doyumunu etkileyen öğeler arasında saydığı “Sağlık ve kişisel güven” faktörü ile örtüştüğü görülmektedir. Buna karşın Tanrıverdi (2018)'nin KOAH'lı hastalar da öz-yeterlik ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi konulu çalışmasında sigara içme durumu ile yaşam doyumunu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (63). Aynı şekilde Orhan (2016)'ın sigara içen ve içmeyen bireylerde yaşam doyumunu ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi konulu çalışmasında sigara içen ve içmeyenler arasında yaşam doyumunu açısından bir farklılık bulunmamıştır (64).

Araştırmaya katılan hastaların transplantasyon öyküsüne göre SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamasının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Transplantasyon planlanmayan hastalarda puan ortalamasının en yüksek olduğu, başarısız transplantasyon öyküsü olanların puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür. Transplantasyon planlamayan hastalar, ileri yaş ve tranplantasyon başarısının düşük olarak beklendiği diyabetik hastaları kapsamaktadır. Transplantasyonu başarısız olan hastaların bu konuda umutsuzluğa düşerek kendilerini geri çektikleri düşünülebilir.

### **5.10. Hastaların Sıvı Alımına Yönelik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

Araştırmaya katılan hastaların iki diyaliz seansı arasında almaları gereken sıvı miktarının bilinmesi durumuna göre tüm alt boyutlarıyla birlikte SKÖ ve YDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Bu durum hastaların almaları gereken sıvı miktarını bilmelerinin sıvı kısıtlamasına uyma konusunda davranış ve tutum geliştirmede etkisiz olduğunu göstermektedir. Alınması gereken sıvı miktarını bilenlerin verdiği cevapların durumuna göre SKÖ toplam puan ortalamasının ve tüm alt boyutlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SKÖ puan ortalamasının tüm alt boyutları da dahil olmak üzere “2 litre ve üzeri” yanıtını verenlerde en yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu miktara uymakta güçlük çekme durumuna göre SKÖ toplam puan ortalamalarının davranış ve tutum alt boyutlarının yanı sıra YDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu miktara uymakta güçlük çekenlerin SKÖ toplam puan ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum hastalar her ne kadar belirttikleri miktara uymakta zorluk çektiklerini beyan etseler de bir şekilde kısıtlamaya uyup olumlu davranış ve tutum geliştirdiklerinin göstergesi kabul edilebilir. YDÖ toplam puan ortalamalarının ise bu miktara uymakta güçlük çekmeyenlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sıvı kısıtlamasına uymama nedenine göre SKÖ davranış alt boyutu ve SKÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SKÖ toplam puan ortalamasının en fazla “terliyorum” diyenlerde daha sonra sırasıyla “yediğim gıdalarla ilgili su içme isteğim fazla”, “diyabet” ve “havaların sıcak olduğunu” söyleyenlerde olduğu görülmüştür. Efe (2012)’nin çalışmasında ise en yüksek oranda “canının istememesi” ve “yediği gıdaların susmasını arttırması” yanıtlarının olduğu görülmüştür. Bu bilgiler doğrultusunda hastaların yedikleri yemeğin susmayı arttırdığı dolayısıyla sıvı kısıtlamasına tuz kısıtlamasının eşlik etmediğini söylemek mümkün olabilir.

### **5.11. Hastaların Yaşam Doyumuna İlişkin Özelliklerine Göre Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Araştırmaya katılan hastaların, hastalıklarının aile içi rollerini etkileme durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutu, davranış alt boyutu ve toplam puan ortalamaları ile YDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının en fazla, hastalığının aile içi rollerini etkilemediğini düşünenlerde olduğu görülmüştür. Literatürde benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Hastaların hastalıklarının aile içi rollerine etki etmemesinin sıvı kısıtlamasına uyma konusunda aile bireyleri tarafından desteklendiği düşüncesini akla getirebilir

Hastaların hastalıklarının ev ve iş ile ilgili sorumluluklarına engel olma durumuna göre YDÖ ve SKÖ tutum alt boyutu ve toplam puan ortalamasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının hastalığının iş ve evle ilgili sorumluluklarına engel teşkil etmediğini düşünenlerde en yüksek olduğu problem ve sorunun varlığı arttıkça YDÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. Hastalığının aile içi rollerini etkilemediğini düşünenlerde olduğu gibi burada da yaşam doyumunun yüksek çıkması, hastaların hayata pozitif bakışlarıyla hastalıklarına rağmen ev ve işteki sorumluluklarından ödün vermeme çabalarından kaynaklandığını düşündürebilir.

Hastaların cinsel istekleriyle ilgili durumuna göre SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bilgi alt boyutu puan ortalamasının en yüksek “hastalığımдан bu yana cinsel istek duymuyorum” diyenlerde olduğu görülmüştür. Ancak bu durum, SKÖ bilgi alt boyutu puanının artmasına etki eden yüksek yaş gruplarında (bkz: sayfa 33), cinsel fonksiyon kaybının da yüksek olabileceği düşüncesini akla getirmektedir.

Hastaların hastalıklarının neden olduğu görünüm değişikliğinin kendileri ile ilgili duygu ve düşüncelerinde değişiklik oluşturma durumuna göre YDÖ puan ortalaması ve SKÖ davranış alt boyutu dışında ölçek toplam puanında ve diğer alt boyutlarda anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının en fazla bu soruya hayır yanıtı verenlerde olduğu görülmüştür. Buna neden olarak hastalığın getirdiği görünüm değişikliğini sorun etmeyecek düzeyde hastalığını kabullenip kendisiyle barışık olması gösterilebilir. SKÖ toplam puan ortalamasının ve davranış dışındaki alt boyutlarda en fazla puanın bu soruya olumlu yanıt verenlerde gözlendiğini

söylemek mümkün olabilir. Bu soruya evet yanıtını verenlerin yaptığı açıklamalarla tüm ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmemiştir.

Hastaların hastalıkları öncesindeki ve şimdiki durumları arasında yaptıkları karşılaştırmalara göre YDÖ puan ortalamalarının ve SKÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Kendilerini ve bedenlerini beğenen hastaların YDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hayat ve hastalığa bakış açılarının ve pozitif düşüncelerinin yaşam doyumunu arttırdığını görülmektedir. Hastaların SKÖ toplam puan ortalaması yükseldikçe kendilerini ve bedenlerini daha az beğendikleri belirlenmiştir. Bilgi, tutum ve davranış olarak sıvı kısıtlamasına en fazla uyum gösterenlerin kendilerini ve bedenlerini en az beğenmeleri dikkat çekici bir bulgudur.

Hastaların geçmişe dair pişmanlık duyma durumlarına göre YDÖ puan ortalamaları, SKÖ tutum alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının geçmişe dair pişmanlık duymayanlarda daha yüksek olduğu görülürken, SKÖ toplam ve tutum alt boyutu puan ortalamalarının geçmişe dair pişmanlık duyanlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların pişmanlık nedenlerine göre tüm ölçek ve alt boyutlarla anlamlı düzeyde bir farklılık oluşmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Hastaların geçmişe dair pişmanlık duymamalarının yaşam doyumuna olumlu etkisi, hayata olumlu bakışları, kendileri ile barışık olma, hastalığı kabullenme ve pişmanlıkların durumlarıyla ilgili gerçeği değiştirmeyeceği düşüncesi ile ilişkili olabilir.

Hastaların psikolojik yardım alma durumlarına göre YDÖ ve SKÖ tutum alt boyutu puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). YDÖ puan ortalamasının psikolojik yardım almayanlarda, SKÖ tutum alt boyutunun ise psikolojik yardım alanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik yardım alanların yardımın içeriği ile ilgili açıklamalarına göre SKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarıyla YDÖ puan ortalamalarının farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlara bakarak, hastaların aldığı psikolojik yardımın sıvı kısıtlaması ile ilgili tutum geliştirmede etkili olduğunu söylenebilir. Yaşam doyumunun psikolojik yardım almayanlarda daha yüksek çıkması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum iki ihtimali düşündürmektedir. İlki hastaların yaşam doyumunu yüksek olduğu için psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmedikleridir ki bunu daha net anlamak için daha kapsamlı bir



çalışma yapmak gerekir. İkincisi ise psikolojik yardım alan hastaların aldıkları yardımın yaşam doyumu üzerinde olumlu bir etki oluşturmadığı olasılığıdır. Bu durum sağlanan psikolojik yardımların yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

HD hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna olan etkisinin incelendiği bu araştırmada; sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte SKÖ toplam puan ortalamalarının davranış ve tutum alt boyutlarıyla birlikte yüksek bulunduğu, YDÖ ve SKÖ bilgi alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında;

- HD tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlamasıyla yaşam doyumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı,
- Sıvı kısıtlamasına uymakta güçlük çekmeyenlerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu,
- Sigara ve alkol kullanmayanların yaşam doyumlarının yüksek olduğu,
- Gelir durumunun ve hayat konforu yüksek olanların, ileri yaşta olan hastaların, kendisi ile ilgili olumlu düşünceleri olan ve kendisi ile barışık olan geçmişe dair pişmanlık yaşamayanların, hastalığının ev ve işindeki rollerini etkilemediğini düşünenlerin, psikolojik yardım almayanların, yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Sıvı kontrol ölçeği davranış puanının erkeklerde daha yüksek olduğu,

- Evde bakımına yardımcı olan ve bakıcısı bulunan hastaların sıvı kontrol ölçeği ve aynı ölçeğin bilgi düzeyi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

- Hastaların evde bakımlarının desteklenmesi,
- Yaşam doyumunun arttırılması için sosyal fonlardan yardım almalarının sağlanması, hastaların konforunun arttırılmasına yönelik yardımların yapılması,
- Sigara ve alkol kullananların bırakmaları yönünde eğitim ve desteklerin sağlanması,
- Verilecek olan eğitimlerde kadınlara öncelik verilmesi,
- Diyet, sıvı ve tuz kısıtlamasına uymakta sorun yaşayan hastaların, diyetisyenle görüşmesi sağlanarak tedaviye uyum konusunda motivasyonun arttırılması, hastaların motivasyon ve uyumunu kolaylaştıracak psikolog desteklerinin sağlanması,
- Bu araştırmaya benzer araştırmaların yaygınlaştırılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Varol E, Karaca Sivrikaya S. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2018;8(2):89-96.
2. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon raporu. 2016 Syf;3-5-27-28.
3. Günalay S, Taşkiran E, Mergen H. Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2017;3(1):9-14.
4. Coşar A.A. Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü 2012. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 89 Sayfa. İstanbul. (Doç.Dr.Sezgi Çınar).
5. Özgen F. Ç.O.M.Ü Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi 2012. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Spor Yöneticiliği Bölümü, Mezuniyet tezi, 44 Sayfa. Çanakkale.

6. Rask K, Astedt-Kurki P, Laippala P. Adolescent subjective well-being and realized values. J Adv Nurs.2002. 38(3), 254–263.
7. Halis Tanrıverdi M, Karadağ A, Şüheda Hatipoğlu E. Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):27-32.
8. Rennke HG, Deenker M. 2012, Renal Pathophysiology. Böbrek Fiziopatolojisi, 2. Baskı, Ecdar T. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2012; 2
9. Aydın E. Kronik Böbrek Yetmezliği. Dicle Üniversitesi. <http://www.dicle.edu.tr/>.2013;6-7. Erişim Tarihi: 27.01.2019.
10. Thomas N. 2014, Renal Nursing. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı, 4.Baskı, Ovayolu N. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2016; s 47-48.
11. Yalçın AU, Tekin A, Kronik Böbrek Yetmezliği, [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/kronik\\_bobrek\\_yetmezligi.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf), S;2-3. Erişim Tarihi: 27.01.2019.
12. Boztaş N, Ersöz T, Sarı M.A. Asit Baz Dengesi. <http://webb.deu.edu.tr/aneziimagesdosya-yukleAsit-baz-dengesi.ppt>, s:16. Erişim Tarihi: 27.01.2019.
13. Irmak H, Sucaklı B.M, Yardım N, Keklik K. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017) 2014.S:2.
14. Paydaş S. Kronik böbrek yetmezliğinde ilerlemeyi önlemeye yönelik tedavi girişimleri, 7. Ulusal İç Hastalıkları kongresi 16-20 Eylül 2005, Antalya: Kongre Program ve Bildiri Özetleri Kitabı 2005.
15. 2015 USRDS Annual Data Report Volume 2: ESRD in the United States, 2015, s:139.
16. Öztürk B. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda tedaviye uyumun ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 2011, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 127sayfa, İstanbul. (Yrd. Doç. Dr. Semiha Yakın).

17. Ateş A.Y. Transplantasyon uygulanan hastalarda bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 2012, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi,155 sayfa, İstanbul. (Prof. Dr. Çavlan Çiftçi).
18. Akyol A.D. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013:31-41.
19. Yöntem M, Odabaş G. Kütahya bölgesinde bulunan hemodiyaliz hastalarının bazı biyokimyasal parametrelerinin değerlendirilmesi. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2009;18:7-14.
20. Aydın Z. Periton Diyalizi, İçinde: Diyaliz İlke ve Teknikleri, Gökdoğan F (ed). Akademisyen Tıp Kitapevi; 2015, Ankara s:143-145.
21. Babayiğit D.M. Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. 2009 T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sani Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 79 sayfa, İstanbul.
22. Gökdoğan F. Periton Diyalizin Tarihçesi, Diyaliz İlke ve Teknikleri. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2015: s 15.
23. Koçer Z.M. Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. 2006, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi 82 Sayfa, Afyon. (Yrd. Doç. Dr. Reha Demirel).
24. Thomas N. 2014, Renal Nursing. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı, 4. Baskı, Yasemin Y.U, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2016; 208,219,220,221,222.
25. Thomas N. 2014, Renal Nursing. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı, 4.Baskı, Ovayolu Ö. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2016; s 165.
26. Macuncuoğlu B. Temel prensipler. İçinde: Diyaliz akıl notları, Tuğlular S. Güneş tıp kitapevleri, 2016: Ankara, s. 15.
27. Ersoy F.F. Hemodiyalizin fiziksel temelleri. Türk Nefroloji Derneği, [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyalizin\\_fiziksel\\_temelleri.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_fiziksel_temelleri.pdf). s;26-28. Erişim Tarihi: 25.01.2019.

28. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı Türk Nefroloji Derneği. <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2016/11/hemodiyaliz3.pdf>. s:1, 4,5. Erişim Tarihi: 28.01.2019.
29. Kolbakır F. Vasküler Girişim Yolu. Türk Nefroloji Derneği. [http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler\\_girisim\\_yolu.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler_girisim_yolu.pdf). Erişim Tarihi:25.01.2019.
30. Kaya D. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 2013, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 183 sayfa, İstanbul. (Prof. Dr. Zehra Durna).
31. Ahsen A. Hemodiyalizin akut komplikasyonları. Kocatepe Tıp Dergisi.2011;12:54-60.
32. Güler DÖ. Hemodiyaliz sırasında oluşan komplikasyonlar ve yönetimi. İçinde: Diyaliz akıl notları, Tuğlular S. Güneş tıp kitapcevleri, 2016: Ankara, s. 79-89.
33. Utaş C, Akpolat T. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. Türk Nefroloji Derneği, [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyalizin\\_akut\\_komplikasyonlari.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari.pdf) . s:69-80. Erişim Tarihi: 28.01.2019
34. şanlı H. Diyaliz hastalarında dermatolojik sorunlar ve öneriler, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. [http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre26/Hatice\\_Sanli.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre26/Hatice_Sanli.pdf) s:7. Erişim Tarihi: 25.01.2019.
35. Dedeli Ö. Diyalizde Kronik Komplikasyonlar. [http://tsn.org.tr/folders/file/32\\_ulusal\\_nefroloji\\_sunumlar/24%20EK%C4%B0M/SALON-A/13.30\\_15.00/OZDEN%20DEDELI/ozden-dedeli.pdf](http://tsn.org.tr/folders/file/32_ulusal_nefroloji_sunumlar/24%20EK%C4%B0M/SALON-A/13.30_15.00/OZDEN%20DEDELI/ozden-dedeli.pdf) . Erişim Tarihi:28.01.2019.
36. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. American Journal of Critical Care. 2007;16:3:222-235.
37. Pakyüz SÇ. Diyaliz Hastalarında sıvı-volüm kontrolünün sağlanması. [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/33\\_ulusal\\_nefroloji\\_sunumlar/Hem%C5%9Firelik%20oturumu/SALON%20A/22%20EK%C4%B0M%202016/08.30-10.00/2-SEZG%C4%B0%20%C3%87INAR%20PAKY%C3%9CZ/S%C4%B1v%C4%B1%20kontrol%C3%BC-Sezgi.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/33_ulusal_nefroloji_sunumlar/Hem%C5%9Firelik%20oturumu/SALON%20A/22%20EK%C4%B0M%202016/08.30-10.00/2-SEZG%C4%B0%20%C3%87INAR%20PAKY%C3%9CZ/S%C4%B1v%C4%B1%20kontrol%C3%BC-Sezgi.pdf). Antalya.2016.

38. Yıldız A, Çalışkan Y. Kronik böbrek hastalıklarında beslenme desteği, İç hastalıkları Dergisi 2010;17:247-256.
39. Çom S, Irmak H, Kesici C, Ilgaz Ş (Eds.). Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015 . 2011 s:17. [https://www.tdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/t\\_rkiye\\_a\\_r\\_tuz\\_t\\_ketiminin\\_azalt\\_lmas\\_program\\_2017-2021-1.pdf](https://www.tdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/t_rkiye_a_r_tuz_t_ketiminin_azalt_lmas_program_2017-2021-1.pdf). Erişim Tarihi: 25.02.2019
40. Yenicesu M. Sıvı-Elektrolit Metabolizması Bozuklukları. [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/sivi\\_elektrolit.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/sivi_elektrolit.pdf) Erişim Tarihi: 25.01.2019.
41. Kurt Y, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. Türk Nefroloji Derneği. 2012;21 (1):39-44.
42. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi. 2007; 49: 132-136.
43. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2009;37 (1): 35-40.
44. Özer M, Karabulut Ö.Ö. Yaşlılarda yaşam doyumu. Geriatri. 2003; 6 (2); 72-74.
45. Yetim Ü. Kişisel Projelerin organizasyonu ve örüntüsü açısından yaşam doyumu.1991, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 204 sayfa, İzmir. (Prof. Dr. Şefik Uysal).
46. Akın A, Yalnız A. Yaşam memnuniyeti ölçeği (YMÖ) Türkçe formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi [Elektronik Dergi]. Yaz 2015;14;54; 95-102.
47. Dursun S, İştah E. Kadın çalışanların yaşamış oldukları iş aile yaşamı çatışmasının iş ve yaşam doyumu üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2014;28;3: 127-137.
48. Örkün Ü. Tekstil sektörü mavi yaka çalışanlarının yaşam doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu tarafından yordanması. 2011, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 69 sayfa, Adana. (Doç. Dr. A. Rezan Çeçen Eroğul).

49. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Ceylan G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2016; 18 (2):51-63.
50. Can Y, Soyer F. Mesleki ve sosyo-ekonomik beklenti ile yaşam tatmini arasındaki ilişki: Beden eğitimi öğretmenleri üzerinde bir araştırma. Atatürk Journal of Physical Education and sport sciences. S:24-33.
51. Oğuz B. OECD ülkelerinde yaşam tatmini üzerine bir değerlendirme. İŞGÜÇ-Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2018;20;3: 67-86.
52. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7; 2; 39-47.
53. Çolakdalcı A. Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2012, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 88 sayfa, Malatya. (Yrd. Doç. Dr. Meral Ucuza).
54. Küçük M. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2008, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 147 sayfa, Afyonkarahisar. (Doç. Dr. Serap Demir).
55. İlhan F. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2011, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 95 sayfa, İstanbul. (Yrd. Doç. Dr. Hatice Yorulmaz).
56. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11; 5; 631-638.
57. Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve özyeterliliğin değerlendirilmesi. 2007, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 147 sayfa, Sivas. (Doç. Dr. Mukadder Mollaoğlu).
58. Özkurt S, Sağlan Y, Gölgeci H, Sağlan R, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumun değerlendirilmesi. Ankara Med. J. 2017; 17; 4; 275-283.



59. Dağlı A, Baysal N. Yaşam doyumunu leğinin Türkçe' ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik alışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi [Elektronik Dergi]. <https://toad.edam.com.tr/olcek/yasam-doyumu-olcegi>. Gz 2016;15; 59; 1250-1262
60. Efe D. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu ve etkileyen faktörler.2012, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 123 sayfa, Kayseri. (Yrd. Doç. Dr. Semra Kocaz).
61. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumunu. 2004, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, s. 7,8.
62. Balım S, Hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. 2013, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 60 sayfa, İstanbul. (Doç. Dr. Sezgi ınar).
63. Tanrıverdi . Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda öz-yeterlilik ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 58 Sayfa, Gaziantep. (Doç. Dr. Medet Korkmaz).
64. Orhan E.Y, Sigara içen ve içmeyen bireylerde yaşam doyumunu ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 77 sayfa, İstanbul. (Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur Noyan).

## 8. EKLER

**EK-1 Kişisel Bilgi Formu**

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**Anket no:.....**

Sevgili Katılımcılar;

Bu çalışma hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıda çalışmada veri toplamak amacıyla hazırlanan, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği” ve “Yaşam Doyumu ölçeği” yer almaktadır. Her bir soruyu dikkatlice okuyup size en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Sorulara vermiş olduğunuz cevaplar araştırmanın amacının dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

İçtenliğinizden ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

**Ayyuş GEBEL**

## **Bölüm 1: Sosyo-Demografik Özellikler**

### **1. Cinsiyetiniz**

1. Kadın 2. Erkek

### **2. Yaşınız .....**

### **3. Medeni durumunuz?**

1. Evli 2. Bekar

### **4. Eğitim durumunuz**

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5. Üniversite

### **5. Bakımınızla ilgilenen ve size yardımcı olan biri var mı?**

1. Hayır 2. Evet (Kim:.....)

### **6. Aile tipiniz?**

1. Çekirdek Aile  
2. Geniş Aile  
3. Parçalanmış Aile

### **7. Mesleğiniz**

1. İşçi 2. Memur 3. Emekli  
4. Ev Hanımı 5. Serbest Meslek  
6. Diğer.....

### **8. Gelir durumunuz**

1. Gelir gidere göre yüksek

2. Gelir gider eşit

3. Gelir gidere göre az

**9.Çocuğunuz var mı? Varsa Kaç Tane?**

1. Evet.....

2. Hayır

**10.Nasıl Bir Evde Yaşıyorsunuz?**

1. Apartman Dairesi

2. Müstakil ev

3. Diğer.....



## **Bölüm 2: Hemodiyaliz Tedavisi İle İlgili Özellikler:**

11. Ne zaman KBY tanısı konuldu?.....

12. Primer hastalık tanınız nedir?

1) Diyabet 2) Glomerulonefrit 3) Hipertansiyon 4) Kistik böbrek hastalığı 5) Kanser 6) Konjenital genetik hastalık 7) Diğer.....

13. Hemodializ tedavisine başlama zamanınız ?

1) 0-3 yıl önce 2) 4-6 yıl önce 3) 7-9 yıl önce 4) 10-12 yıl önce 5) 13-15 6) 16-18 yıl önce

14. Hemodializ sıklığınız nedir?

1) 3 seans/hf 2) 2seans/hf 3) 1seans/hf 4) Diğer.....

15. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü

16. Vasküler girişim yolunuz hangisidir?

1. Arteriovenöz Fistül 2. Arteriovenöz Greft 3. Vasküler Kateterizasyon

17. Sigara içiyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (Miktarı:.....)

18. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

19. Transplantasyon öyküsü:

1. Başarısız transplantasyon  
2. Transplantasyon bekliyor  
3. Transplantasyon planlamıyor

## **Bölüm 3: Sıvı alımı ilgili Özellikler:**

20. İki diyaliz seansı arasında en fazla ne kadar sıvı almanız gerektiğini biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

21. Cevabınız 'Evet' ise sıvı miktarının kısıtlaması ne kadardır?

1. 0.5 litreden az 2. 0.5-1 litre arası 3. 1-2 litre arası 4. 2 litre ve üzeri

22. Bu miktara uymakta güçlük çekiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

23. Sıvı kısıtlamasına uymuyorsanız nedeniniz nedir?

1. Havalar çok sıcak 2. Yediğim gıdalar ile ilgili sıvı içme istediğim fazla  
3. Terliyorum 4. Bilgim yok 5. Diğer (ise belirtiniz.....)

## **Bölüm 4: Yaşam Doyumu ile ilgili Özellikler:**

**24.Sizce hastalığınız aile içi rollerinizi etkiliyor mu?**

- 1 Evet, etkiliyor      2. Hayır, etkilemiyor      3.Fikrim yok

**25.Hastalığınız evle ve iş ilgili sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?**

1. Bir engelleme olmadı
2. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
3. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolacak gibi değil
4. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

**26.Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**

- 1.Hastalığımдан bu yana cinsel istek duymuyorum
- 2.Cinsel istekte azalma var
3. Cinsel istekte azalma yok

**27.Hastalığınızın neden olduğu görünüm değişikliği sizin kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinizi değiştirdi mi?**

- 1.Evet      2. Hayır

(Cevabınız “Evet” ise açıklayınız.....)

**28.Hastalık öncesiyle karşılaştırdığımızda aşağıdaki ifadelerden hangisi sizi tanımlıyor?**

1. Bedenimi ve kendimi daha çok beğeniyorum
2. Bedenimi ve kendimi daha az beğeniyorum
3. Bedenimi ve kendimi beğenmiyorum
4. Bedenimi ve kendimi hiç beğenmiyorum

**29.Geçmişe dair pişmanlıklar yaşıyor musunuz?**

- 1.Evet      2.Hayır

(Cevabınız “Evet” ise açıklayınız.....)

**30.Psikolojik yardım aldınız mı?**

- 1.Evet      2.Hayır

(Cevabınız “Evet” ise açıklayınız.....)

## EK-2 Yaşam Doyumu Ölçeği

Aşağıda beş cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1= Kesinlikle Katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Kısmen katılmıyorum

4= Kararsızım

5= Kısmen katılıyorum

6= Katılıyorum

7= Kesinlikle katılıyorum

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın. yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

## EK-3 Hemodiyaliz Sıvı Kontrol Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: .... / ..... / .....

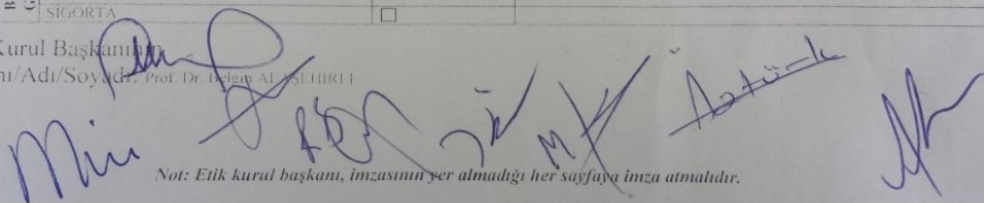
Bu ölçekteki maddeler sizin sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarınızı belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekteki her ifade için „**Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum**” şeklinde üç seçenek vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup size en çok uyan seçeneği işaretleyin. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
<b>I. BİLGİ</b>			
1. Tuzlu ve baharatlı yiyecekler yemek, sıvı alımını artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi vücutta (yüz, bacak ve ayaklarda) şişliğe neden olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Su dışındaki bazı yiyecekler de kiloyu (sıvı) artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. İki diyaliz seansı arasında 2-3 litreden fazla sıvı almak zararlıdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Diyaliz hastalarının fazla su içmesi nefes darlığına neden olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. İki diyaliz seansı arasında ne kadar çok sıvı almırsa diyaliz seansı o kadar rahat geçer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi tansiyonunu düşürür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>II. DAVRANIŞ</b>			
8. Sıvı gıdalar alırken ölçü kabı kullanırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Peynir, zeytin gibi salamura yiyecekleri bir süre (1 saat) suda beklettikten sonra tüketirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Çok sıvı içmeme neden olan bedensel aktivitelerden uzak dururum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sıvı kısıtlaması dışarıda yemek yememi engeller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. İçeceklerimi uzun sürede yudum yudum içerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gün içinde ne kadar sıvı aldığımı kaydedirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Susuzluk hissettiğimde ağzımı su ile çalkalarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Susuzluğumu gidermek için ciklet çiğnerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Yemeklerime tuz koymamaya dikkat ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Turşu, cips, ay çekirdeği, çubuk kraker gibi tuzlu yiyeceklerden Kaçınırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Arkadaş toplantılarında sıvı kısıtlaması yapamıyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>III. TUTUM</b>			
19. Sıvı kısıtlamasına uymak bana çok zor geliyor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sıvı kısıtlamasına uymadığım zamanlar olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. İki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı artışı olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Su ihtiyacımı nasıl azaltacağımı bilemiyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Diyalizden çıktıktan sonra daha çok susuzluk hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Çok sayıda ilaç kullanmak sıvı alımımı artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Not: 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 nolu maddeler ters yönde puan almaktadır.



## EK-4. Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		417			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep			
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704			
	FAKS	0342 360 39 27			
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nimet OVAYOLU			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DİĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>			
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin AL SEHİRLİ İmza: 					
Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.					

## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ile Yaşamın Doyumu Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	417

KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>
Karar No:2017/417	Tarih: 26.12. 2017	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeletirilmemiş araştırmanın/çalışmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Min</i>
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M</i>
Prof. Dr. Feridun İŞİK	GÖĞÜS CERRAHİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İ</i>
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İ</i>
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>R</i>
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y</i>
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Z</i>
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S</i>
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞI ve GENİ CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B</i>
Uzm. Dr. Cahide EBRİ ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C</i>
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E</i>
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>R</i>

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:*Min*

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Elden teslim aldı  
Ayyun Gebel*A*

## **EK-5 Hasta Onam Formu**

### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolünün yaşam doyumuna etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çalışmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir.

### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Bu araştırma için sadece kişisel bilgi formu, hemodiyaliz sıvı kontrol ölçęi ve yaşam doyumunu ölçęi doldurmanız istenecektir.

### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili olarak size uygulanan anket sorularına doğru, samimi ve objektif olarak cevap vermeniz yeterli olacaktır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 300'dür.

### **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yukarıda belirtilen formları doldurmanız için gerekli süreden ibarettir (yaklaşık 20-25 dakika).

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Sıvı kısıtlamasına en üst düzeyde uyum sağlamanızın yaşam doyumunu da olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumu ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki değerlendirilerek elde edilecek veriler doğrultusunda hastaların tedaviye uyumunun ve yaşam doyumunu arttırmaya yönelik öneriler getirilecektir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada ölçekler uygulanacaktır. Bu uygulamalardan dolayı sağlığınıza ilgili öngörülen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

## **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Belirtilen formları eksiksiz doldurmamanız durumunda çalışma dışı bırakılabiliyorsunuz.

## **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar söz konusu olmayacaktır.

## **YENİ BULGULAR**

Araştırma sürecinde bu araştırmaya özgü herhangi bir tedavi/uygulama yapılmayacaktır.

## **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Araştırma süresi boyunca araştırmaya yönelik herhangi bir sorunla karşılaşmanız beklenmemektedir.

## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Çalışmaya ilişkin herhangi bir gideriniz olmayacaktır.

## **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

Çalışmayı destekleyen kurum olmayacaktır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren üç sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

<b>AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>GÖREVİ</b>		
<b>TARİH</b>		

## **EK-6. Sıvı Kontrol Ölçeği Kullanım İzni**

Merhaba Sayın Gebel

Ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar

Dr. Arife ALBAYRAK COŞAR

29 Kasım 2017 19:31 tarihinde Ayyuş GEBEL <[ayyusgebel@hotmail.com](mailto:ayyusgebel@hotmail.com)> yazdı:

Merhaba Arife Hocam,

Ben Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolünün Yaşam Doyumuna Etkisi isimli tez çalıőmamda Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Saygılarımla...

## EK-6. Yaşam Doyumu Ölçeği Kullanım İzni

Yaşam Doyumu Ölçeğini çalışmalarınızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Kolay gelsin. Sevgilerimle...

Doç. Dr. Abidin DAĞLI.

Ayyuş GEBEL

**Gönderen:** abidin dagli <dagli@dicle.edu.tr>

**Gönderildi:** Tuesday, March 12, 2019 5:21:12 PM

**Kime:** Ayyuş GEBEL

**Konu:** Re: Yaşam Doyum Ölçeği izin

Sayın Ayyuş GEBEL,

12 Mar 2019 Sal 17:15 tarihinde Ayyuş GEBEL <[ayyusgebel@hotmail.com](mailto:ayyusgebel@hotmail.com)> şunu yazdı:

Merhaba sayın hocam,

Ben Ayyuş GEBEL. Gaziantep üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programında öğrenciyim. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolünün Yaşam Doyumu Etkisi konulu tezimde Yaşam Doyumu Ölçeğini kullanmak hususunda müsaadelerinizi istiyorum. Esenlikler dilerim.



**EK-7.**

**Özel**

**Diyaliz**

**Merkezleri**

**Çalışma**

**İzni**



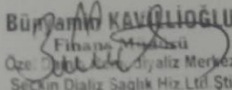
SAYI : 2018/ 18  
KONU: Anket Çalışması

08.07.2018

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜK

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, (tezli) yüksek lisans programı öğrencisi Ayyuş GEBEL'in tezi ile ilgili anket çalışması 05 Şubat – 14 Haziran 2018 tarihleri arasında merkezimizde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz / rica ederim.

Büyüamin KAVİLLİOĞLU  
Finans Müdür

  
Büyüamin KAVİLLİOĞLU  
Finans Müdürü  
Öze Diyaliz Merkezi  
Seçkin Diyaliz Sağlık Hiz.Ltd.Şti.

**EK-7.**

**Özel**

**Diyaliz**

**Merkezleri**

**Çalışma**

**İzni**





Sicil No:  
0-8850-0280-7600015

**ÖZEL GAZİANTEP DİYALİZ MERKEZİ**  
**UĞRAŞ ECZA DEPOSU SAN. ve TİC. A.Ş.**

Adres : Emek Mah. 8 Nolu Sok. No. 5 Şehitkamil / GAZİANTEP  
Tel / Phone : (0.342) 321 47 21 - 22  
Faks / Fax : (0.342) 321 47 28

**T.C.**  
**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**Rektörlük**

Sayı : 2018 .01.006  
Konu: Anket Çalışma izni hk.

02.02.2018

Üniversitenizde Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, (tezli) yüksek lisans programı öğrencisi Ayyuş GEBEL'in tezi ile ilgili "Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü ile Yaşam Doyumu arasındaki ilişki" konulu anket çalışmasını 05 Şubat- 14 haziran 2018 tarihleri arasında Özel Gaziantep Diyaliz merkezinde yapılması uygundur. Bilgilerinize arz olunur.

Saygılarımızla,  
Dr. Volkan ÇELİK  
Özel Gaziantep Diyaliz Merkezi  
Müdürü  
Diyaliz Şubesi No: 1404  
Dip. No: 1404 / Teskil No: 03003



# 1<sup>st</sup> INTERNATIONAL INTERNAL MEDICINE NURSING CONGRESS

“Global Overview of Internal Medicine Nursing”

25-27 November 2018

Sherwood Resorts and Hotels - ANTALYA/TURKEY

[ichastaliklarihemsireligi.com](http://ichastaliklarihemsireligi.com)

**THE CONGRESS BOOK  
OF FULL TEXTS AND  
ABSTRACTS**

Organization Secretariat  
**MOTTO**  
[www.motto.tc](http://www.motto.tc) | +90 232 446 06 10  
Info@motto.tc

Bu çalışma I. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**EK-8. Özgeçmiş**

## ÖZGEÇMİŞ

Ayyuş GEBEL Gaziantep ilinde doğdu. Sağlık meslek lisesi mezunu olup, 2012 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümünü bitirdi. Hemodiyaliz ünitesinde 14 yıl çalıştı. Evli ve üç çocuk annesi olan araştırmacı 2016 yılında Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri, Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programında eğitimine başladı.

