

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Öğr. Gör. Birgül Alakaş

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Semra Elmas



Hemodiyaliz Tedavisi
Alan Kadınların Beden
İmgelerinin Yaşam
Niteliğine Etkisi ile
Algıladıkları Sosyal Destek
Arasındaki İlişki

Öğr. Gör. Birgül Alakaş

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Semra Elmas



Published by

Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

Certificate Number: 45503

15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

+90.850 260 09 97

+90.532 289 82 15

www.ozgurayinlari.com

info@ozgurayinlari.com

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Öğr. Gör. Birgül Alakaş • Editör: Dr. Öğr. Üyesi Semra Elmas

Language: Turkish

Publication Date: 2024

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-975-447-957-7

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub529>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Alakaş, B., Elmas, S. (ed) (2024). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub529>.
License: CC-BY-NC 4.0

13.08.2021 yılında HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN BEDEN İMGELERİNİN YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ İLE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ adlı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozgurayinlari.com/>



İçindekiler

Simge ve Kısaltmalar	v
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	5
Kronik Böbrek Yetmezliği	5
Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi	14
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	19
Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Beden İmgesi, Yaşam Niteliği ve Sosyal Destekte Hemşirenin Rolü	21
3. Gereç ve Yöntem	25
Araştırmanın Tipi	25
Araştırmanın Zamanı	25
Araştırmanın Yeri	25
Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri	26
Veri Toplama Yöntemi	28
Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	29
Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi	29
Etik Kurul İzni	29
5. Tartışma	45
6. Sonuç ve Öneriler	55
Öneriler	57
7. Kaynaklar	59

Simge ve Kısaltmalar

ALP	: Alkalen Fosfataz
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BİYNEÖ	: Beden İmgisinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği
CREDIT	: Chronic Renal Disease In Turkey
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DTÜE	: Davranış/Tutum Üzerine Etkisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DM	: Diabetes Mellitus
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GYÜE	: Günlük Yaşantı Üzerine Etkisi
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
KCEE	: Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi
KDÜE	: Kendilik Değeri Üzerine Etkisi
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcomes
NKF-K/DOQI	: National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
PD	: Periton Diyalizi
PTH	: Paratiroid Hormon
RRT	: Renal Replasman Tedaviler
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Scienses
TND	: Türk Nefroloji Derneği

THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKHRFS	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı
n	: Birey Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
r	: Korelasyon
SS	: Standart Sapma
Gr	: Gram

1. Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), farklı etiyolojilere bağlı olarak minimum 12 hafta boyunca süren böbrek hasarı sonucu, glomerüler filtrasyon hızı (GFR)'nin 60 ml/dk'nın altında olması ya da böbrek hasarı ile ilişkili göstergelerin var olması şeklinde tanımlanmaktadır [1-3]. Türkiye'de 2019 yılında Renal Replasman Redavilerine (RRT) ihtiyaç duyulan son dönem böbrek hastalığı prevalansı bir milyon nüfus başına 1007,6 olarak saptanmıştır. Bu sayıya çocuk hastalarda dahildir. İnsidansı ise 150,5 olarak hesaplanmıştır. Prevalansın yıllar içinde artışta olduğuda belirtilmektedir [4]. Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından gerçekleştirilen Chronic Renal Disease In Turkey (CREDIT) araştırmasında, yaş arttıkça KBY sıklığının arttığı ve kadınlarda KBY prevalansının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir [5]. KBY'li hastalarda, hastalığın evresi, hastalık süresi, hastada var olan semptomlar ve semptomların şiddeti, uygulanan tedavi yöntemi, hastalığa ve tedaviye uyum, komplikasyonların varlığı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar, var olan diğer hastalıklar ve hastaya verilen eğitim kişilerin hastalıkla mücadele etme durumlarıyla yaşam kalitesinin yanında beden imgesini de etkilemektedir [6-8].

Beden imgesi, bireyin görünüşüne, beden şekline, duyuşal süreçlerine dayanmakla birlikte bireyin kendi varlığını hissetmesi ve bunu dışa aktarımı olarak tanımlanmaktadır [9]. Aynı zamanda fiziksel, psikolojik, biyolojik, sosyal, kültürel gibi çeşitli unsurların oluşturduğu çok boyutlu ve karmaşık bir yapıdır [10]. Her bireyin birbirinden farklı hayat ve davranış tecrübeleriyle eşleşen yaşam niteliği olduğunu düşündüğümüzde, beden imgesinin yaşam ve davranış tecrübeleri üzerinde olumlu veya olumsuz çok önemli etkilerinin

olduğunu düşünebiliriz. Bireyin fikirlerini, duygularını, davranışlarını, tutumlarını ve sahip olduğu yaşamın niteliğini de etkilemektedir. Bireyin bedeni, onun sahip olduğu ve müdahalede edebildiği kendilik kavramının merkezidir ve bu durum kendisi hakkında ne düşündüğünü, nasıl hissettiğini ve yaşam niteliğini etkiler. Bireylerin bedenlerindeki herhangi bir kaybı tanımlamak, ona verdiği önemi ve yaşam alanlarını nasıl etkilediğini incelemek ve yapılacak çalışmalarla ortaya çıkarmak gereklidir [11]. Literatürde yaşam niteliğini etkileyen olgulara bakıldığında genel olarak yaşlı olmak, kadın olmak, dul veya boşanmış olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olmak, kısa süreli veya kalıcı bir hastalığa yakalanmak, düşük iş doyumu, kronik bir hastalığa sahip olmak, bedeninden memnun olmamak ve beden kitle indeksinin yüksek olması gibi faktörlerin yaşam niteliğini ve yaşam doyumunu etkilediği görülmektedir [11-13]. Çalışmalar genç kadınların, sosyo-kültürel standartların baskısına karşı estetik güzellik konusunda daha savunmasız olduklarını bu durumun farklı davranış ve tutumlara neden olduğunu vurgulamaktadır [14].

Bireyin yaşamın zorlayıcı yönleriyle ve getirdiği problemleriyle baş etmesinde ve oluşan her türlü stresin olumsuz etkileriyle baş etmesinde, başkalarıyla kurulan sosyal ilişkilerin önemli rollerinin olduğu söylenmektedir [15]. Yüksek seviyede sosyal destek gören veya sosyal desteğe sahip kişiler daha az stres yaşamakta ve stresle baş etmede daha başarılı bir şekilde mücadele vermekteler [16]. Sosyal destek; sevgi, saygı, ilgi, duygularını paylaşma, değerli hissetme, bir gruba ait olma, maddesel ihtiyaçlarını giderme, bilgiye ulaşma, sosyal etkinliklere biriyle birlikte katılma gibi bireyin birçok soyut ya da somut ihtiyacını karşılayarak, hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de kimlik duygusunu koruyup güçlendirmesini ve kendine güveninin artmasıyla beden imgesinin güçlenmesini sağlamaktadır [17]. Algılanan sosyal destek ise sosyal desteğin çok önemli bir boyutudur ve bir anlamda kişinin kendine biçtiği kendisi için uygun gördüğü değerdir [17,18].

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde yapılan çalışmalar iki ana görüş üzerinde durulmaktadır. Birinci yaklaşım sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkilerinin ve iyi sonuçlarının olduğundan söz etmekte (temel etki). İkinci yaklaşım ise sosyal desteğin koruyuculuk etkisi olduğu, herhangi bir durumda meydana gelen olumsuz olayların etkisini azaltarak kişinin ruh sağlığını koruduğudur (tampon etkisi). Sosyal desteğin bireylerin sağlık davranışları ve hastalık üzerinde olumlu etkisini gösteren çalışmalarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasında zıt yönde bir ilişki bulunmuştur [18,19]. Sosyal desteğin rolü, özellikle emeklilik, bir yakının kaybı, kronik hastalıkla mücadelede ve hastalıkların yol açtığı hareket kısıtlılıkları veya

sakatlıklardan dolayı sosyal etkinliklere yeterince katılmama gibi büyük sosyal değişim durumlarına maruz kalmış yaşlılar veya bireyler için son derece kritik bir öneme sahiptir [20,21]. Sosyal destekleyici ilişkinin; insanların hayatında sağlığı koruma ve iyileştirmede, sağlık problemlerini önlemede, stresin oluşumunda, stresin etkilerine karşı koruma ve stresle baş etme çabalarının güçlendirilmesinde, sağlıklı ve başarılı ilişkilerin kurulup sürdürülmesinde önemli roller oynadığı kabul edilmektedir [22].

Kadınlarda beden algısı; bedenine yüklediği anlam, kendisi hakkında nasıl hissettiğini, ne düşündüğünü ve yaşam niteliğini etkiler. Hemodiyaliz (HD) tedavisinin bireylerde görülen semptomları ve etkileyen faktörleri bildiren oldukça fazla çalışmalar mevcut iken HD alan kadınların beden imgelerinin yaşam niteliklerine üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar literatürde sınırlıdır.

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan kadınların beden imgelerinin yaşam niteliğine etkisi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Kadınların sosyodemografik ve hemodiyaliz özellikleri ile beden imgesinin yaşam niteliği arasında ilişki var mı?
2. Kadınların sosyodemografik ve hemodiyaliz özellikleri ile algıladıkları sosyal destek arasında ilişki var mı?
3. Beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ile algıladıkları sosyal destek durumu ne düzeydedir?
4. HD tedavisi alanların BİYNE ve ÇBASD ölçekleri toplam puanları ve alt boyutların puanları arasında nasıl bir ilişki vardır?
5. Diyete uyum, egzersiz yapma ve genel görünüm memnuniyeti ile BİYNE ve ÇBASD arasında nasıl bir ilişki vardır?

Bu çalışmada KBY nedeniyle HD tedavisi alan kadın hastaların beden imgelerinin yaşam niteliklerine etkisi ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenerek literatüre katkı sağlanması düşünülmektedir.

2. Genel Bilgiler

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Tanımı ve Evreleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY); farklı etiyolojilere bağlı, minimum 12 hafta boyunca süren böbrek hasarı sonucu, glomerüler filtrasyon hızı (GFR)'nin 60 ml/dk'nın altında olması şeklinde tanımlanmaktadır [1-3]. KBY, glomerüler filtrasyon değerinin azalmasına bağlı olarak böbrek görevlerinden olan sıvı-elektrolit dengesinin sağlanamaması ve metabolik-endokrin olayların akut veya kronik ve ilerleyici bir şekilde bozulması şeklinde de tanımlanmaktadır. GFR böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan önemli bir tanı yöntemidir. Böbrek hasarının olup olmadığını ve hasarın artış gösterip göstermediğini belirtir [23]. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ise, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybının söz konusu olduğu, hastaların hayatını tehdit edebilen üremik toksinlerin etkilerini engellemek ya da azaltmak amacıyla hastaya çeşitli tedavilerin hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) veya böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerinin (RRT) uygulanması gerektiği klinik bir durumdur [1].

KBY evresinin belirlenip bilinmesi, risk grubunda olan kişilerin saptanması, SDBY'nin önlenmesi, tedavilerin planlanması ve gerektiğinde RRT'nin uygulanması açısından son derece önemlidir. Genellikle, böbreğin fonksiyonel durumunu değerlendirmek, böbrek hasarını erken evrede iken belirlemek ve böbrek hasarının gidişatını izleyebilmek için en yaygın tanı yöntemi olan GFR kullanılmaktadır [1,24]. GFR'nin normal değerleri 70-145 ml/dk arasında değişmekte, 35 ml/dk ve üzerinde ise belirti ve bulgu

görülmeyp, 20-25 ml/dk arasına geldiğinde ise, hastada üremik semptomlar görülmeye başlamaktadır [25,26]. KBY'nin tanı kriterlerinde böbrek hasarı ve azalmış GFR'den birinin en az üç ay süre ile devam ediyor olması tablo 1. de gösterilmiştir [27].

Tablo 1. (KDIGO) 2012 rehberine göre KBY tanı kriterleri

Aşağıdakilerden birinin en az üç ay süredir devam ediyor olması	
1. Böbrek hasarı markırları (en az biri)	<ul style="list-style-type: none"> • Albuminüri (Albumin ekskresyon hızı ≥ 30 mg/24 saat, albümin kreatinin oranı ≥ 30 mg/gram), İdrar sedimentinde anormallikler • Elektrolit düzeylerinde tübüler hastalıklardan kaynaklı anormallikler • Histolojik yöntemlerle belirlenen anormallikler • BT, MR ile belirlenen yapısal anormallikler • Böbrek transplantasyonu öyküsü
2. Azalmış GFR (< 60 ml/dk)	

GFR: Glomeruler filtrasyon hızı.

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

American National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-K/DOQI) ekibi, kronik böbrek hastalığının GFR'ye göre 5 evre olarak değerlendirilmesini önermektedir (Tablo 2). 1. Evre normal ya da hafif artmış, 2. Evre hafif azalmış, 3. Evre hafif orta düzeyde azalmış, 4. Evre şiddetli düzeyde azalmış ve 5. Evrede ise hasta son dönem böbrek yetmezliğine girmiştir. KDIGO göre standart evreleme tablo 2. de gösterilmiştir [27].

Tablo 2. (KDIGO) 2012 rehberinde GFR düzeyine göre evreleme

Evre	GFR (ml/dk/1,73 m ²)	Tanım
1	≥ 90	Normal ya da hafif artmış
2	60-89	Hafif azalmış
3a	45-59	Hafif orta düzeyde azalmış
3b	30-44	Orta şiddetli düzeyde azalmış
4	15-29	Şiddetli düzeyde azalmış
5	< 15	Son dönem böbrek yetmezliği

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

2.1.2. Epidemiyolojisi

KBY toplumumuzda neredeyse 2,4 milyon kişiyi etkileyen ve ölüme sebep olan ilerleyici bir kronik hastalık olduğu Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun (THSK) (2014) verilerinde tespit edilmiştir [28,29]. Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından gerçekleştirilen 'Chronic Renal Disease İn Turkey' (CREDİT) çalışmasının sonuçlarına göre genel yetişkin popülasyonda KBY oranı %15,7 olarak tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle yaklaşık olarak yetişkin 6 kişiden birinde KBY vardır. Evre III-V arasındaki hasta yüzdesi ise %5,1 olup, her 20 yetişkinin birinde kritik seviyede KBY olduğu saptanmıştır. Türkiye'de 2017 yılında 77311 KBY hastasının olduğu, bu hastaların 58635'inin hemodiyaliz, 3346'sının periton diyalizi, 15330'ünün böbrek transplantasyonu gibi RRT aldığı ve bu sayının her geçen yıl gittikçe arttığı belirtilmiştir [4,26,30,31]. Türkiye'de 2019 yılında RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığı prevalansı bir milyon nüfus başına bu sayıya çocuk hastalarda dahil olup, 1007,6 ve RRT insidansı bir milyon nüfus başına 150,5 olarak saptanmıştır. Prevalansın yıllar içinde artışta olduğu görülmüştür. Son yıllardaki verilerde prevalans artış hızı azalmış olmasına rağmen devam ettiği bildirilmiştir [4]. KBY'nin artış nedenleri arasında gittikçe yaşlanan popülasyon ile; diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve böbrekte hasara yol açan diğer hastalıkların insidansında görülen artış da yer almaktadır [32].

CREDİT çalışmasında, yaş arttıkça KBY sıklığının arttığı ve kadınlarda prevalansın erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. KBY görülme sıklığının 40 yaşın altında %10'dan az, 80 yaş üzerinde ise %50'nin üzerinde olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, ülkemizdeki coğrafik bölgelere göre KBY prevalansının farklılık gösterdiği; en fazla görüldüğü bölgelerin Marmara ve Güneydoğu Anadolu olduğu, en az görüldüğü ise İç Anadolu ve Akdeniz bölgeleri olduğu tespit edilmiştir [5].

2.1.3. Patofizyolojisi

KBY'nin patofizyolojisi, altta yatan primer etiyolojik nedene göre değişiklik göstermektedir. KBY'nin ilerlemesinde etkili olan metabolik olaylar üzerinde en çok durulana hiperfiltrasyondur. Bu olay, belli bir miktar nefronun kaybıyla meydana gelmesi sonucu geriye kalan nefronların oluşturduğu bir adaptif-uyum değişimidir. Bu adaptif değişim sayesinde, geriye kalan sağlam nefronlar kaybedilen nefronların oluşturduğu fonksiyon açığını daha çok çalışarak yani hiperfiltrasyon yaparak kapatabilmektedir. Ancak belli bir süre sonra bu fazla çalışma yani hiperfiltrasyon durumu nefronlarda hasara sebep olmaktadır. Böbrekte aktif olarak çalışan kitlenin azalmasına ve geride kalan

dokuda vazoaktif moleküllerin, büyüme faktörlerinin, sitokinlerin artmasına bağlı olarak kompansatuvar hipertrofi ortaya çıkmaktadır. Bu durum, alta yatan sebebe bağlı olmaksızın glomerüllerde skleroz gelişimine neden olmakta ve yukarıda bahsedildiği gibi sağ kalan nefronların hiperfiltrasyon durumunu meydana getirip tablonun daha da kötüleşmesine neden olmaktadır [33,34].

Hafif böbrek yetmezliği döneminde; kreatinin klerensi 60–89 mL/dk düzeyindedir. Glomeruler filtrasyon hızı ise normalin %25-30'u kadardır. İdrar konsantrasyon-geri emilinde azalma, arter basıncında artma, poliüri, noktüri ve hafif anemi görülmektedir. Bu dönemde böbrek ekstra yükü dayanıksızdır. Kesinleşmiş böbrek yetmezliği ve klinik üremi döneminde ise GFR, normal değerinin %25'nin altındadır. Kandaki üre ve kreatinin gibi metabolik artıkların değerleri açık ve kalıcı bir şekilde yükselmiştir. Ayrıca anemi belirginleşmiş, poliüri yerleşmiş, hafif metabolik asidoz, hipokalsemi ve hiperfosfatemi eğilimi meydana gelmiştir. Böbreklerin glomeruler filtrasyon hızının ciddi azalması tüm organ sistemlerini özellikle de sinir, sindirim ve dolaşım sistemlerini etkileyen, üremi adı verilen klinik tabloyu beraberinde getirip yaşamı tehlikeye sokan bir durum meydana getirmektedir [35].

2.1.4. Etiyolojisi

Kronik böbrek hastalığının etiyolojisinde çok sayıda komorbid faktör yer almaktadır. Ancak, bu faktörlerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye, ırka ve hatta cinsiyete bağlı olarak değişebilmektedir. Hipertansiyon ve/veya diyabet varlığı, idrarda protein atılımının artışı, hiperlipidemi, yüksek proteinli ve fosfor içerikli gıdaların alınması, glomerülonefrit veya tubulointerstitial nefritin olması, uzun süreli böbreklere zarar veren ilaç kullanımı, polikistik böbrek hastalığı böbrekleri etkileyen bazı genetik hastalıkların varlığı KBY'nin progresyonuna yol açan faktörler arasında yer almaktadır. Nitekim KBY'nin ve HD'nin en sık görülen nedenleri, sırası ile diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik glomerülonefrittir (Tablo 3) [26,30,36].

Tablo 3. HD hastalarının etiyojik nedenlere göre dağılımı

Etyoloji	n	%
DM	2519	35.36
TİP 1 DM	352	4.94
TİP 2 DM	2167	30.42
HT	1817	25.51
Glomerulonefrit	487	6.84
Polikistik böbrek hastalığı	350	4.91
Amiloidozis	156	2,19
Tübülointerstisyel nefrit	99	1,39
Obsrtrüktif nefropati	95	1,33
Renal vasküler hastalık	74	1.04
Diğer	571	8.01

Diyabetli hastalarda, diyabetik nefropati prevalansı %4-8 arasında değişmektedir. Diyabetik nefropati; kan glikoz seviyesinin yüksek olduğu hastalarda, başka bir böbrek hasarı veya hastalığı bulunmamasına rağmen devamlı şekilde idrar albümin testinin pozitif olması, proteinüri (idrarda protein kaçağı olması) ve hipertansiyon varlığının ilerleyici böbrek hastalığına neden olduğu durumdur. Kan şekerinin yüksekliği diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların en önemli nedenidir. Hiperglisemi, hemodinamik, genetik, yapısal değişiklik ve diğer risk faktörleriyle beraber veya bağımsız bir şekilde doku hasarı ve nefron kaybına ve buna bağlı olarak diyabetik nefropatiye sebep olmaktadır [37].

Hipertansiyon, KBY'nin en sık görülen ikinci nedenidir. Kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarının birbirleriyle olan yakın ilişkisi bunun nedeni olarak bildirilmektedir [4,38]. Yüksek olan kan basıncı, zamanla böbreklerdeki küçük kan damarlarını zorlayarak ve glomerüllerin hasarlarını artırarak son dönem böbrek yetmezliği gelişimine yol açmaktadır. Hipertansif renal hasarın patofizyolojisinde ki oluşum; hipertansiyon varlığı, KBY'nin gelişimine üç şekilde yol açmaktadır. Birincisi; hipertansiyon nedeniyle preglomerüler arteriyol ve arterlerde daralma/skleroz gelişimi sonucunda glomerüler kan akımında azalma olmakta ve bu durum glomerüler iskemiye bağlı böbrek yetmezliğini ortaya çıkarmaktadır. İkincisi; sistemik basıncın artmasıyla glomerüllerde doğrudan hipertansif renal hasar gelişmektedir. Bunun sonucunda, ortaya çıkan glomerüler hiperperfüzyon ve glomerüler hasara bağlı ilerleyici renal fonksiyon kayıpları başlamaktadır [39,40]. Üçüncüsü; renin-angiotensin sistemi ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile

vazokonstrüktör maddelerin etkisiyle oluşan vazokonstriksiyon sonucunda sistemik vasküler dirençte artış olmaktadır [40].

Glomerülonefrit, böbreklerdeki nefronların iltihaplanarak işlevlerini yapamaz hale gelmesidir. Glomerülonefrit, akut veya kronik olarak ortaya çıkabilir ve böbrek fonksiyonlarında azalmaya neden olabilir. Glomerülonefrit, tek başına ortaya çıkabileceği gibi farklı nedenlere bağlı olarak ta gelişebilmektedir. Glomerülonefrite neden olan uzun süreli ve şiddetli iltihaplar, böbreklerde büyük hasarlar oluşturmaktadır [37,38,39,40].

2.1.5. Tanısı

KBY'de, glomerüler filtrasyon hızının azalması, idrarda protein miktarının nicel olarak artması veya renal parankim sebepli anormal idrar sedimentinin/ tortuların olması tanı koydurucu göstergelerdendir [36,41]. Tanılamada laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılmaktadır. Laboratuvar testlerinde hipokalsemi, hiperfosfatemi, paratiroid hormonda (PTH) artış ve alkalin fosfataz (ALP) düzeylerinde yükselme görülür. Bunların varlığı metabolik kemik hastalığının ve kronik böbrek yetmezliğinin varlığına işaret etmektedir. KBY'de normokrom normositer anemi ve ultrasonografik görüntülemelerde bilateral böbrek boyutlarının azalması görülebilmektedir [34].

Kronik böbrek yetmezliğinde metabolik bozukluklara bağlı olarak birçok organ ve sistemi etkileyen klinik bulgular meydana gelmektedir. Bu klinik bulgulardan bazıları şöyledir:

Böbreğin düzenlediği sıvı elektrolit dengesi bozuklukları ve hematolojik ve immünolojik bulgular; metabolik asidoz, sıvı elektrolitlerin azlığı ya da fazlalığı (hipovolemi, hipervolemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hipernatremi, hiponatremi, hipermağnezem, hipokalsemi, hiperfosfatemi) gibi bozulmalardır. Kansızlık, kanama, enfeksiyonlara yatkınlık, kanser, tüberkülin gibi tanısal testler hematolojik bozulmaları göstermektedir [28].

Gastrointestinal bulgularda; sıklıkla görülen bulantı, kusma ve iştahsızlıktır. Bu şikayetlerin nedeni üremi tablosunun görülmesi ve kan üre düzeyinin yüksek olmasıdır. Ayrıca ağız mukozasında iltihaplanma, ağız kokusu, gastrointestinal kanamalar, diyare ve konstipasyon görülebilmektedir [42].

Kardiyovasküler sistem bulgularında; hipertansiyona sıklıkla rastlanılmaktadır. Bu durumun sebepleri ise renin sekresyonunun artışı ve sıvı volüm fazlalığıdır. En sorumlu faktör işlevi azalmış böbreğin sodyumu gerekli düzeyde atamaması nedeniyle sodyumun su tutması vücudtaki

suyun da artmasıdır. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında HT'ye bağlı kardiyovasküler hasarlar ve hiperlipidemi gelişebilmektedir. Akciğer ödemi ve üremik perikardit sık görülen komplikasyonlarıdır. Üremik perikardit, fazla üremi kalp zarlarında toplanması sonucunda oluşmaktadır [43].

Nörolojik bulgular; atılamayan metabolik atıkların sinir sistemine hasar vermesi sonucu meydana gelmektedir. Konuşma ve uyku bozuklukları, baş ağrısı, kramp, yorgunluk, ısı regülasyonunda bozulma, demans, konsantrasyon ve ruhsal bozukluklar da oldukça sık görülmektedir [44].

Metabolik, endokrin ve cilt bulgularında; glukoz intoleransı, hiperlipidemi, malnütrisyon, büyüme geriliği, libido azalması gibi metabolik ve endokrin sorunlar görülmektedir. Cilt bulgularına bakıldığında yüksek üreminin neden olduğu kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyona bağlı cildin kararması, üremik döküntü, nekroz vb ciltte görülen bulgulardandır [44]. Diğer bulgular ise; üremik ağız kokusu, susuzluk, hipotermi, miyopati, kilo kaybı, yumuşak doku kalsifikasyonu, karpal tünel sendromu, noktüridir [28,44]. Bu klinik bulgular hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte, ruhsal durumlarını bozmakta ve hatta yaşamlarını tehlikeye sokabilmektedir [28].

2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi

KBY tedavisi iki kısımda incelenmektedir. Birincisi koruyucu tedavi ikincisi ise RRT dir. Son döneme henüz gelmemiş hastalara öncelikle koruyucu tedavi uygulanmaktadır. Koruyucu tedavideki amaç; hastalığın SDBY'ye ilerlemesini yavaşlatmak RRT'nin uygulanmasını geciktirmek ve ortaya çıkan veya çıkabilecek üremik komplikasyonları azaltmaktır [46]. KBY'nin tedavisinde, böbreklerin fonksiyonelliğine göre evrelendirme ve her evre için farklı tedavi ve yaklaşımlar yapılmaktadır [3,24,45].

Evre 1 KBY'ne yeni tanı konulduğu, henüz böbrek fonksiyon kayıplarının tamamen oluşmadığı, en uygun tedavi seçeneğinin sunulup uygulandığı evredir. GFR'de hızlı bir şekilde azalma testler ile tespit edilmektedir. Bu evrede, kan basıncının ve kan şekerinin en elverişli seviyede sürdürülmesi, kilo takibinin düzenli yapılması, yılda bir kez GFR'ye bakılması, sağlıklı yaşam biçimini ve davranışlarını hastalara öğretilmesi önerilmektedir [3,24,45].

Evre 2 Bu evrede, böbrek fonksiyonları biraz daha azalmıştır. Tansiyon takibi yapılması ve kan şekerinin izlenerek optimal seviyelerde sürdürülmesi sağlanmalı, kolesterol düzeylerine dikkat edilmesi, kilo takibinin yapılması, yılda bir kez GFR ölçtürülmesi, yaşam şekli değişiklikleri ve öz bakım

konusunda hastalara ve yakınlarına destek olunması, hastalara ilaç tedavisinde bilgi verilmesi ve ilaçların düzenli kullanılması gerekmektedir [3,24,45].

Evre 3 Bu evrede, hastaların kan basıncının daha sık izlenmesi ve kontrol altına alınması, kullanmış olduğu tüm ilaçların incelenmesi ve doz ayarlamasının yapılması, altı ay aralıklarla GFR, fosfor, hemoglobin, kalsiyum ve potasyum kontrol edilmesi, malnütrisyonu engelleyecek diyetlerin önerilmesi nefrotoksik ilaçlara yönelik hastaların bilgilendirilmesi ve uyarılması, hastalara psikolojik ve sosyal destek alması konusunda bilgi verilip desteklenmesi, düzenli ödem ve kilo takibi yapılması, hastalara RRT seçenekleriyle ilgili bilgi verilmesi, GFR'de ani düşüşler olursa ve kan basıncı kontrol altına alınamazsa nefroloji servisinde takip edilmesi önerilmektedir [3,24,45,46].

Evre 4 Bu evrede, evre üçtekinde ek olarak hastaların daha sık takibe alınması, üç ay aralıklarla GFR ölçümlerinin yapılması, parathormon ve bikarbonat düzeylerine bakılması, hastaların bilgilendirilerek RRT'ye hazırlanması, diyetisyenden beslenme ve sıvı volüm fazlalığı hakkında bilgilendirilmeleri önerilmektedir [3,24,45,46].

Evre 5 Evre dörtteki tetkiklerle aynı şekilde yapılanlara ek olarak, en uygun RRT başlanması, malnütrisyonun önlenmesi önerilmektedir [3,24,45,46].

Renal replasman tedavisindeki amaç; bozulan vücut dengesinin düzelmesini sağlamaktır. Bunu da üremik toksik maddeleri vücuttan uzaklaştırarak gerçekleştirmektir. En sık HD olmak üzere, PD ve renal transplantasyon şeklinde yapılmaktadır. RRT hasta tüm yönleriyle değerlendirildikten ve en uygun tedavi yöntemine karar verildikten sonra uygulanır [47]. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hastalarda diyaliz türü seçilirken birçok faktör ele alınmaktadır. Bunlar, hastanın isteği, motivasyonu, HD ünitesine ulaşabilmesi ve uzaklığı, diyaliz eğitimlerindeki bilgisi, eğitim durumu, alt hastalıkları, doktor tercihi gibi birçok farklı faktör dikkate alınarak yapılmaktadır [48]

2.1.6.1. Hemodiyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran/zar vasıtası ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişiminin esas olduğu metabolik atıkların kandan temizlendiği bir tedavidir. Bu tedavi yönteminde yarı geçirgen zar aracılığıyla vücut sıvılarından istenmeyen maddeler vücuttan atılır [49].

Hemodiyaliz; hastadan mekanik bir makine yardımı ile fistül, greft ya da kateter adı verilen vasküler girişim yolundan alınan kanın yarı geçirgen

bir zar ile uygun diyalizat solüsyonu arasındaki etkileşim ve konsantrasyon farkı sonucunda, sıvı-solid içeriğinin difüzyona uğrayarak kanın atık maddelerinden ve birikmiş fazla sıvısından ayrılıp hastaya geri verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu RRT yöntemiyle kan yapay kılcal filtrelerden geçirilirken, yarı geçirgen zarın diğer tarafından da uygun diyaliz solüsyonu (diyalizat) zıt yöne hareket ederek, difüzyon ve ultrafiltrasyon farkına bağlı olarak vücuttan uzaklaştırılması gereken toksik maddeler ve fazla sıvı uzaklaştırılmaktadır. Sıvı elektrolit değerleri normal değerlerine getirilmeye çalışılmaktadır [50]. Hemodiyaliz için hastalar diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez belirlenen günlerde 4-6 saat ilgilenmekte, diğer zamanlarında HD ile ilgilenmeyip serbest olmaktadır. HD tedavisinde artık maddeler vücuttan çok daha hızlı ve etkili uzaklaştırılması, metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az sorun olması, malnütrisyon ile daha az karşılaşılması, hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması, diyaliz merkezinde sosyal ortam oluşabilmesi ve karına ait komplikasyonların görülmemesi gibi avantajlar mevcuttur [51]. Dezavantajları ise; damar giriş yolu problemleri, hipotansiyon, artmış kan kayıpları sonucu anemi olup diyet ve sıvı kısıtlaması, antikoagülasyon, özel yetişmiş personel, HD cihazı ve tıbbi sarf malzeme gereksinimlerinin olmasıdır [52].

2.1.6.2. Periton Diyalizi

Karın zarı membranı olan periton diyalize en uygun olan doğal bir membrandır. Periton diyalizi tedavisinde, hastanın karın zarı yapay böbrek olarak kullanılmakta ve diyaliz prensiplerinden olan difüzyon ve ultrafiltrasyon bu şekilde gerçekleşmektedir [53]. Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış yaklaşık iki litre diyaliz solüsyonu karın boşluğuna yerleştirilmiş olan yapay bir kateter vasıtasıyla kısa bir sürede karın periton boşluğuna verilir. Hastanın tercih ettiği periton diyaliz türüne göre farklı zaman aralıklarında bu solüsyonlar karın periton boşluğunda belli bir süre bekletilir. Bekleme süresinden yaklaşık 20 dakika sonra diyalizat periton boşluğundan kateter yardımıyla geri alınır ve yeni hazırlanmış bir diyalizat tekrar verilir. Bu işlem genel olarak haftanın yedi günü günde dört veya daha fazla uygulanır. Hasta tüm bu işlemleri kendisi ya da bir yakını tarafından konfor alanından çıkmadan istediği zaman aralığında yapmaktadır [53,54].

2.1.6.3. Renal Transplantasyon

Hemodiyaliz ve periton diyalizi, KBY hastalarında sık kullanılan etkili tedavi seçenekleridir. Fakat bu tedavilerle böbreğin işlevleri tam olarak yerine getirilemediği için bu hastalarda böbrek nakli (renal transplantasyon) tercih edilmesi esas olan tedavi seçeneğidir. Renal transplantasyon diğer

diyaliz yöntem tedavilerine kıyasla yaşam kalitesi ve süresini arttıran bir tedavi yöntemidir. Ayrıca renal trasplantasyon diğer diyaliz yöntemlerine göre mali açıdan daha avantajlı olduğu bildirilmektedir [55]. Yapılan çalışmalarda SDBY olan hastalarda başarılı bir renal transplantasyon, HD ve PD ile karşılaştırıldığında daha kaliteli yaşam süresi ve sağlığı için en iyisini sağlayan, en uygun RRT seçeneği olarak kabul edilmektedir [56,57].

2.2. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi

2.2.1. Beden İmgesinin Tanımı

Beden imgesi, bireyin genel fiziksel görünümünü ve kendisini nasıl algıladığı olarak tanımlanmış ve benlik saygısının temelini oluşturduğu bileşenler içerisindeki temel bir bileşen olarak kabul edilmiştir [58]. Ayrıca bireyin beden görünüşüne, şekline ve duyuşal süreçlerine dayanmakla birlikte bireyin kendi varlığını hissetmesi ve bunu dışı vurumu beden imgesi olarak tanımlanmaktadır [9,59]. Beden imgesi/ımaı; açıklaması zor bir algı olan ve genel olarak kabul edilen bir tanımlı bulunmamasına rağmen kişinin kendini nasıl algıladığı ve kendine olan tutumlarını nasıl yorumladığını kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak da tanımlanmıştır. Yani bireyin bedenine ait algıladıklarının toplamıdır [60]. Beden imgesi duyuşal (birinin görünüşüne yönelik duygular), bilişsel (bu görünümüne ilişkin düşünceler ve inançlar), davranışsal (bedene veya kilo değişim davranışlarına katılım) ve algısal (birinin görünüşü ile ilgili algıların doğruluğu) unsurları içerecek şekilde açıklanmıştır. Beden imgesi psikolojik, biyolojik, sosyal, kültürel gibi çeşitli unsurların oluşturduğu çok boyutlu ve karmaşık bir yapıdır [10].

2.2.2. Beden İmgesi Kaygısı

Beden ile ilgili çalışmalar yapan ilk araştırmacı Paul Schilder, beden imgesinin sadece bilişsel bir yapı değil, aynı zamanda tutumların ve etkileşimlerin bir yansıması olduğunu savunmaktadır [61]. Beden imgesi kaygısı, vücut görüntü bileşenlerindeki rahatsızlıkları tanımlayan, insan bedeninin mental olarak simgelenmesinde beden algılanmasını sağlayan, tüm tecrübelerin ve beyne ulaşan tüm uyaranların incelenmesini kapsayan genel bir terimdir. Literatürde, beden imgesi kaygısının kilo kontrolünün sağlanamaması, kronik diyet, sağlıksız kilo kontrol davranışları, düşük benlik saygısı, depresyon, yeme bozuklukları, yaşam doyumu düzeylerinin azalması ile ilişkili olduğunu göstermiştir [62,63].

Beden imajı bozukluğu; beden dışı görünümü, sınırları ve iç yapısı ile ilgili olarak bireyin tüm algı ve bilgisini kapsar. Beden imajı bozukluğu olarak bilinen duruma sebep olan vücut ile ilgili durumların varlığı endişe

düzeyinin artmasına sebep olmaktadır. Bu endişe düzeyi artıkça beden imajı kaygısıyla ilişkili olduğu düşünülen unsurların varlığı daha fazla oluşacaktır. Vücut görüntü bozukluğunun üç ana unsurdan oluştuğu ileri sürülmüştür:

a) Vücut bütünlüğünün veya büyüklüğünün bozulması (kişisel bedeninin gerçekçi bir tahminini yapamama veya algılanan figür ile ideal figür arasında bir tutarsızlık)

b) Vücut memnuniyetsizliği (kişinin vücut veya vücut kısımları hakkında tatmin edici olmayan bir duygu ve zayıflık idealine ulaşmak için karşı konulmaz bir motivasyon)

c) Vücut imaj bozukluğu (bireysel davranışların bozulduğu bir durum) [58,64].

2.2.3. Yaşam Niteliğinin Tanımı

Sağlık alanında son yıllarda yaşam niteliği veya kalitesi kavramıyla sıkça söz edilmektedir. Özellikle yaşam niteliği/kalitesi kronik hastalıklarda ayrıca önem kazanmaktadır. Kronik hastalığa sahip hastada amaç sadece işlevsel olarak hayatta kalabilmek değil aynı zamanda kaliteli yaşamı arttırmaktır [65,66].

Yaşam niteliği, bireyin kendi yaşamı için belirlediği kriterlerin bedensel, psikolojik ve sosyal doyumu ile ilişkilidir. Bireyin kendi esenliği ve sağlığı hakkında subjektif görüşü ve mutluluk durumu olarak tanımlanabilir. DSÖ yaşam niteliğini, “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi hayatını nasıl algıladığıdır” şeklinde tanımlar. Yaşam niteliği, bireyin bedensel sağlığından, psikolojik durumundan, inançlarından, sosyal ilişkilerinden ve çevresindeki olaylardan etkilenen geniş bir kavramdır. Yaşam niteliğine birçok farklı açıdan bakılabilir. Bunlar fiziksel ve ruhsal iyilik hali, dinsel, psikolojik ve kültürel yaklaşımlar, sosyal etkileşimler, ekonomik ve politik görüşler gibi daha birçok yaklaşım algılamaları durumlarıdır. Bu algılamalar doğrultusunda yaşam niteliğine ilişkin araştırmalar yıllar geçtikçe artmıştır. Araştırmalar sağlık teknolojisinin gelişmesi, sağlık maliyetlerinin etkinliği ve sağlık için yapılan yatırımlar hakkında stratejik bilgiler sunmuştur [65]. Yaşam kalitesinin, kronik hastalıkların ve tedavilerinin etkisinin değerlendirilmesinde tıbbi sonuç ölçütlerine ek olarak; morbidite ve mortalite üzerine etkileri de giderek artmaktadır [66].

2.2.4. Beden İmgesi ve Yaşam Niteliği İlişkisi

Beden imgesine bağlı yaşam niteliği; bireyin sadece fiziksel görünüşü ile kalmayan aynı zamanda bireyin bedeni ve kendilik değeri algısına karşı

tutum ve davranışlarını da kapsayan çok içerikli ve farklı bir boyuttur. Ayrıca bireylerin fiziksel işlevlerini, psikolojik durumunu, aile ve sosyal çevredeki ilişkileri ve inançlarını da kapsamaktadır [67]. Her bireyin birbirinden farklı hayat ve davranış tecrübeleriyle örtüşen yaşam kalitesi olduğu düşünüldüğünde, beden imgesinin yaşam tecrübeleri üzerinde olumlu veya olumsuz önemli etkilerinin olduğu söylenmektedir. Bireyin bedeni, onun sahip olduğu ve müdahale de edebildiği kendilik kavramının tam merkezidir ve bireyin kendisi hakkında nasıl hissettiğini, ne düşündüğünü ve yaşam niteliğini etkiler. Bireylerin bedenlerindeki herhangi bir kaybı (uzuv veya organ kaybı gibi) tanımlamak, ona verdiği önemi ve yaşam alanlarını ya da niteliğini nasıl etkilediğini incelemek ve yapılacak çalışmalarda ortaya çıkarmak gereklidir [11].

Bugünkü toplum düşüncesinin planladığı ve ulaşmak istediği genel geçer hedeflerden biri olan yaşam niteliği, yaşamın tüm alanlarını içermekte ve etkilemektedir. Literatürde yaşam niteliğini etkileyen etmenlere bakıldığında genel olarak yaşlı olmak, kadın olmak, dul veya boşanmış olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olmak, kısa süreli veya kronik bir hastalığa yakalanmak, bedeninden memnun olmamak, yüksek beden kitle indeksi (BKİ) gibi faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Ayrıca beden imgesinin yaşam niteliği üzerindeki etkisi her insanda farklı yönde eğilim göstermektedir. Bazı insanlarda olumlu yönde bazılarında olumsuz yönde eğilim olabilmektedir. Bu farklılıkların nedeni çeşitli faktörler olabilir. Örneğin yaşın veya cinsiyetin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Çünkü her yaş gelişim döneminin özellikleri farklıdır. Özellikle kimlik arayışı içinde olan ergenlik ve genç yetişkin dönemdeki bireyin bedenine ait görüntüsü ve memnun olma halini oldukça önemseydiği görülmüştür. Kadınlarda bu durumun daha fazla olduğu, ilerleyen yaşlara doğru günlük yaşantı üzerindeki etkinin azaldığı görülmesine rağmen kadınlar için hala önemli olduğu görülmüştür [12,13].

Bazı göstergeler olumlu bir beden imgesine sahip olmayan ya da kötü beden imgesine sahip bireylerin yaşam niteliği/kalitesinin etkilendiğini göstermektedir. Bunlar;

- Kendi bedenine ait beden parçasına dokunamama, bakamama
- Beden parçasını gösterememe veya gizlemeye çalışma (eş/partnerin önünde soyunmaktan utanma, korkma veya çekinme, cinsellikten ya da yakın olmaktan kaçınma, eşinin ya da başka bir yakının yaralarını görmesine izin vermeme, gizleme)

- Sosyal aktivitelerde bulunmaktan kaçınma veya uzak durma (yeni insanlarla etkileşime girmek istememe, yeni ortamlarda bulunmak istememe, evden çıkmak istememe, kimsenin kendisini görmesini istememe)
- Değişim ya da kayıplarla fazla meşgul olma, odak noktalarının hep aynı olması
- Bedenine ait negatif duygular hissetme (acizlik, güçsüzlük, ümitsizlik, utanç, şu anki halini kabullenmeme)
- Kendine zarar verme, kendini aşağılama, intihar girişimleri, hayattan beklentilerinin düşüklüğü olarak tespit edilmiştir [68].

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda beden ölçüleri, beden yağ oranı, yeme tutumu, hastalıklar ve cerrahi bedensel değişimler, kronik birtakım hastalıklar, gebelik gibi beden imgesini ve algısını etkileyebilecek faktörlerin ve beden kitle indeksindeki değişimlerin kişilerin yaşam niteliği ve psikolojik ruh halini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Yaşam niteliği ve psikolojik ruh hali olumsuzlukları sağlığın tanımındaki fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halini getirmemektedir [11]. Eryılmaz ve Kara (2018) tarafından yetişkinlerde yapılmış bir çalışmada olumlu beden imgesi oluşturmaya dair bir takım ana ve alt kategorilere ulaşılmıştır. Bu ana kategoriler; bedeni koruma, bedeni kabul etme, bedene olumlu duygulanım ve bedene anlam yüklemidir. Bu kategorilerden beden imgesine bağlı yaşam niteliği ve yaşam doyumu ile ilişkisi olanlar bedeni koruma ve bedene olumlu duygulanım alt kategorileridir [69].

2.2.5. Beden İmgesi ve Yaşam Niteliğini Etkileyen Faktörler

Beden imgesi ve yaşam niteliği geçmişten günümüze kadar sürekli değişim geçirmiştir. Beden imgesinin sadece bilişsel bir yapı değil, aynı zamanda tutumların ve etkileşimlerin bir yansıması olduğu düşünülmektedir [9,61]. Taylor ve arkadaşları beden imgesini etkileyen faktörleri dört temel alana ayırmışlardır. Bunlar; biyolojik (yaş, cinsiyet, bedensel gelişim, etnik köken/ırk, genetik), psikolojik (düşük benlik saygısı, olumsuz duygulanım, baş etme becerisi, bilişsel esneklik), kişiler arası (akran baskısı, olumsuz ebeveyn tutumu, alay, güvenli bağlanma), çevresel ve kültürel (medyanın baskısı, refah düzeyi, maddiyat) faktörlerdir [70]. Bireylerde en fazla etkiye sahip olanlara bakacak olursak bunların cinsiyet, yaşlanma, beden kitle indeksi (BKİ) ve medya etkisi olduğudur.

Cinsiyet: Çalışmalar genelde kadınların görünüşlerine karşı daha olumsuz duygulanım içinde olduklarını ileri sürmüştür [58]. Kadınlar vücutlarıyla ve

dış görünüşleriyle daha fazla hoşnutsuzluk yaşarken, kilo hakkında daha fazla hassastırlar. Aynı yaştaki erkekler beden imgesinden daha fazla memnun, kilo hakkında daha az endişeli ve daha yüksek benlik saygısına sahiptirler. Vücut dış görünüş memnuniyetsizliği ile ilgili olarak, kadınların kendilerini fazla kilolu olarak algıladıkları, bu nedenle de vücut memnuniyetsizliği ve kilo verme davranışlarının daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. [71-75]. Kadın ve erkeklerin beden imajlarına yüklenen farklı algılardan dolayı yeme davranışlarına karşı farklı tutumlarının olduğu öne sürülmüştür [74,75]. Çalışmalar genç kadınların, sosyo-kültürel standartların baskısına karşı estetik güzellik konusunda daha savunmasız olduklarını bunun da yeme bozukluğu riskinin ve sağlıksız beslenmenin artmasına neden olabileceğini göstermiştir [14]. Nitel bir araştırmadan elde edilen bulgular, kadınların bedenlerini bir bütün olarak ele almadıklarını vücudun çeşitli parçalardan oluştuğunu düşündüklerini, erkeklerin ise bedenlerini bir bütün olarak ele alıp kavramsallaştırdıklarını göstermiştir. Yeme tutumlarındaki farklılıklar açısından yapılan bir çalışmada, erkeklerin yiyecekleri zevkli ve doymak için gördükleri, kadınların ise gıda tüketimi hakkında daha fazla kaygı duydukları görülmüştür. Kadınların, sağlık durumlarına ve kilo kontrollerine göre beslenmeye yüksek derecede önem verirken erkeklerin kilo kontrolünü pek önemsemediği, yeme hakkında daha az endişe duyduğu, sıklıkla sağlık yararları için egzersiz ve spora daha çok önem verdiği bildirilmiştir [74,75].

Yaşlanma: Kadınlarda, yaşlanmanın daha az toplum baskısı görmesine rağmen, yaşlanma gibi biyolojik bir sürecin görünüm ve fiziksel değer hakkında olumsuz duygulara yol açabileceği görülmektedir. Kadınlarda çekicilik ve güç, genç olmaya bağlı olduğu öne sürülmüştür. Bu nedenle yaşlanmaya karşı oluşturdukları davranışlar, kadınların güç ve çekiciliği kaybetmemek için hem sağlıklı hem de sağlıksız kilo kontrolü davranışına sebep olmaktadır. Ancak, çalışmalar diğer yaş gruplarına kıyasla daha yaşlı kadınların vücut kontrol davranışlarını azalttıklarını, daha düşük vücut imajı kaygısı taşıdıklarını, daha düşük bir oranda diyet yaptıklarını ve ideal bir vücut şekli seçtiklerini rapor etmiştir. Erkekler yaşlandıkça, yaşlı kadınlara göre görünüşlerine daha az odaklanmış olmalarına karşılık yaşlanma erkeklerin çekiciliği üzerinde olumlu etkiye neden olup, fiziksel yetenekleri üzerinde olumsuz etkilere sebep olmuştur [58,72,76].

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Kişinin boyuna göre vücut ağırlığının normal olup olmadığının anlaşılması için sağlık ekiplerince kullanılan bir tür parametredir. Ergenler, kadınlar ve yetişkinler arasında vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili göze çarpan faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. BKİ ile vücut memnuniyetsizliği ve beden imgesi arasında güçlü bir ilişki olduğu öne sürülmüştür. BKİ skoru daha yüksek olan bireylerin

mevcut bedenlerinden memnun olmama ve daha ince olma istekleri vardır. BKİ'leri 20'den az olan kişiler düşük kiloda olmalarına rağmen kendilerini doğru kilolarında görürken, BKİ'leri 20-22 arasında (normal kilolu) olan kadınlar, ideal kilosunu mevcut kilosundan 3 kg daha az olmasını istemiş, aynı kategorideki erkekler ideal kilosuna ulaşmak için 7 kg kazanmak istemişlerdir. Araştırmalar BKİ'nin etkisinin kadınlarda erkeklerden daha güçlü ve daha önemli olduğunu göstermiştir [77-80]. Beden imgesinin günlük yaşamdaki etkisini incelemek için Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ) kullanarak yapılan bir çalışmada, BKİ skorları arttıkça ölçek puanlarının azaldığı görülmüştür [81,82].

Medya: Her yaştan kadına standart bir zayıflık iletmede önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle idealize edilmiş vücut imajının sürekli sunulması insanları pek çok yönden etkileyebilir. Bu etki, televizyon, film, müzik videoları, gazeteler, dergiler ve son zamanlarda internet siteleri gibi birçok kaynaktan aktarılmaktadır. Bu ideal görüntüye sürekli maruz kalmanın, farkındalığı ve içselleştirilmeyi arttırabileceği ve bunun da yüksek düzeyde beden imgesi kaygısı ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir. Çalışmalar, medyadaki ince beden idealinin vücut imajı endişesine ve sağlıksız kilo kontrol yöntemlerinin uygulanmasına yol açabileceğini göstermektedir [83,84]

2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

2.3.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek; saygı, sevgi, ilgi, değerli hissetme, bir gruba ait olma, bilgiye ulaşma, başka bireylerle etkileşime girme, maddesel ihtiyaçlarını giderme, sosyal etkinliklere biriyle birlikte katılma gibi bireyin birçok soyut ya da somut ihtiyacını karşılayarak hem yaşam kalitesini yükseltmekte hem de kimlik duygusunu koruyup güçlenmesini destekleyerek kendine güveninin artmasıyla beden imgesinin güçlenmesini sağlamaktadır. Sosyal desteğin önemli bir boyutu da algılanan sosyal destektir ve bir anlamda kişinin kendine biçtiği kendisi için uygun gördüğü değerdir. Duygusal, manevi, maddi, bilgi sağlayıcı, araçsal ve güven desteği gibi geniş bir kavram yelpazesi için sosyal destek ifadesi kullanılır. Sosyal desteğin her bir işlevini için farklı kavramlar kullanılmaktadır. Sosyal destek zaman zaman işlevleri açısından birbirleriyle farklılık göstermektedir [16-18].

Kişinin yaşamın zorlayıcı yönleriyle ve getirdiği problemleriyle baş etmesinde ve oluşan her türlü stres ve stresin olumsuz etkilerine karşı koymada, başkalarıyla kurulan sosyal ilişkilerin önemli bir rolünün olduğu üzerinde durulmaktadır. Yüksek düzeyde sosyal destek gören veya sosyal

desteğe sahip kişiler daha az stresle karşılaşmakta ve yaşamakta ayrıca stresle mücadelede de daha başarılı olmaktadır [15,16].

2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları ve İşlevleri

Aile üyeleri, eş, dost, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları, akrabalar, çeşitli topluluklar, son zamanlarda sosyal medyadaki topluluklar ve diğer toplumsal etkileşimler bireyin sosyal destek kaynaklarının birer parçasıdır ve her birinin bireye sosyal destek sağlamada bir görevi işlevi vardır. Tüm bu birimler hayatın herhangi bir evresinde strese giren, sıkıntı yaşayan bireye bu zor durumla baş etmesinde, duruma uyum sağlamasında ya da durumu kabullenmesinde önemli katkılar sunmaktadır [85].

Sosyal destek, bireyin değişen durumlarla başa çıkmasında, başkalarıyla kurulan ilişkisinde, duruma uyum sağlamasında ve olgunlaşması gibi birçok yönden yararlı etki sağlamaktadır. Farklı sosyal destek türleri şu şekildedir. Duygusal sosyal destek, başkalarıyla kurulan duygusal ilişkiler, sevgi, şefkat, ilgi, saygı, kabullenme, yakınlık, duygularını açma ve değer verme gibi kaynaklar sağladığı için bireyin kendini duygusal ve zihinsel açıdan iyi hissetmesine katkı sağlamaktadır [17]. Bilgi sağlayıcı sosyal destek, bir problem ya da sıkıntı karşısında bireyin farklı çözüm yolları olduğunu anlamasına ve görebilmesine yardım eder. Çevresindeki kişilerin bireyin yaşamını kolaylaştırıcı yönde bireye öğütler vermesi, önerilerde ve telkinde bulunması, kişisel deneyim veya bilgi ile geri bildirimde bulunması bilgilendirmesidir. [86]. Araçsal veya maddi sosyal destek, bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirebilmesi için gereksinim duyduğu durumlarda günlük işlerinde bireye yardımcı olmak için maddi veya gerekli araç-gereci temin etmek gibi somut ve maddesel yardımları içerir. Güven desteği ise çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onun yanında onu anladığını, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını, empati duygusunun oluşması gibi davranışları içerir [87,88].

2.3.3. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde yapılan çalışmalar iki ana görüş üzerinde durulmaktadır. Birinci yaklaşım sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkilerinin ve iyi sonuçlarının olduğundan söz etmekte (temel etki). İkinci yaklaşım ise sosyal desteğin koruyuculuk etkisi olduğu, herhangi bir durumda meydana gelen olumsuz olayların etkisini azaltarak kişinin ruh sağlığını koruduğudur (tampon etkisi).

Sosyal destek, yukarıda belirtilen işlevleri aracılığıyla hem kimlik duygusunu koruyup güçlendirerek kişinin kendine güveninin artmasıyla beden imgesine olan bakışın güçlenmesini sağlamakta hem de bireyin yaşam niteliğini arttırmaktadır [19,89]. Sosyal desteğin bireylerin sağlık ve hastalık davranışları üzerinde olumlu etkilerini gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur. Sosyal destek ile kan basıncı regülasyonu ve tedaviye uyum arasında iyi yönde bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar örnek olarak gösterilebilir [90,91,92,93]. Başka bir araştırmada ise algılanan sosyal destek ile depresyon arasında zıt yönde bir ilişki bulunmuştur. Sosyal destekleyici etkileşimlerin; kişilerin hayatında sağlığı koruma ve iyileştirme, sağlık problemlerini önleme, stresle baş etmede kolaylık sağlama, stresin etkilerine karşı koruma, başarılı ve sağlıklı ilişkilerin kurulup devam etmesinde önemli roller oynadığı kabul edilmektedir [19,22].

Araştırmalar yeterli sosyal desteğe sahip bireylerin, ciddi hastalıklara yakalanma, kronik hastalıklarla mücadele etme ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranları/mortalite oranları daha az olduğunu bildirmektedir [94,95]. Çalışmalar beklenen yaşam sürelerinin, yakın aile, arkadaş, komşu ilişkileri, evli olmak, sosyal veya dini bir gruba üye olmak gibi kurulan sosyal ilişki türlerinin sayısı arttıkça arttığını göstermektedir [96,97]. Sosyal desteğin rolü, büyük sosyal değişim yaşantılarına/durumlarına maruz kalmış yaşlılar veya kişiler için kritik bir öneme sahiptir. Özellikle emeklilik, bir yakının kaybı, kronik hastalıkla mücadele ve hastalıkların yol açtığı sakatlık veya hareket kısıtlılıklarından dolayı sosyal etkinliklere yeterince katılamayan bireylerde daha fazla hissedilmektedir [20,21]

2.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Beden İmgesi, Yaşam Niteliği ve Sosyal Destekte Hemşirenin Rolü

Kronik hastalığı olan bireylerden hastalık sürecini çok daha iyi bir şekilde kontrol etmeleri için kısa ve uzun vadede ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları istenmektedir. Yaşam deneyimleri ve yaşam niteliği, sosyal destek ilişkileri, hastalığın algılanması, diyetle uyuması ve bireysel yeterlilikleri kronik hastalığın etkili yönetilmesi için önemlidir. Eğer birey kronik hastalık sürecini kontrol edecek yeteneğe sahip olduğunu düşünürse önerileri takip etmesi daha kolay olur ve daha az komplikasyonla karşılaşarak süreci yönetir. Hemşire bu noktada bireyin ihtiyaçlarını, yeterliliklerini fark etmeli ve hemşirelik uygulamalarına bu doğrultuda yön verip uygulamalıdır [98].

Hemşire, bireyin beden imgesine ve yaşam niteliğine yönelik meydana gelen değişimle başa çıkabilmesi için uygun girişimleri belirlerken; bireyin beden imgesini nasıl algıladığını ve kendine yüklediği anlamı bilmesi

gerekmektedir. Diyaliz hastalarında yaşanan stresler yaşam değişikliklerini olumsuz etkilediğinden dolayı hemşirelerin bu durumu etkileyen stresörleri bilmeleri gerekmektedir [99]. HD tedavisi alan bireylerde bütüncül bakımın olması son derece önemlidir. Hemşirelik bakımının amaçları arasında beden imgesi ve yaşam niteliğinin artırılmasına yönelik detaylı bir şekilde değerlendirilme yapmak ve bireyin beden imgesinde meydana gelen değişimleri kabullenmesine destek olunması yer almaktadır [99,81]. KBY sonucu hemodiyaliz tedavisi alan hastaların beden imgesi ve yaşam niteliklerindeki değişikliklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve uygun bakımın verilmesi gerekmektedir [81].

Hemşireler hasta davranışları hem bilişsel algılardan ve beden imgesinden hem de sosyal çevreden etkilendiği için olumlu davranış ve kalıcı tutum değişimini sağlamaya yönelik hemşirelik girişimlerinde, sosyal öğrenme teorileri ile bilişsel davranış teorilerinden yararlanmalıdır. Davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen eş, çocuk, arkadaş ve iş çevresi değişiminin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olan sosyal destek sistemleri olup hemşirenin bu destek sistemleriyle iletişimde bulunması ve iş birliği yapması gerekmektedir. Sosyal desteğin yerinde ve yeterli kullanılması bireyin yeterliliğinin oluşmasında önemli bir faktördür [100]. Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin rolü son derece önemli ve büyüktür. Hemşirenin rolü; hastanın, destekleyici ilişkiler gereksinimini, çeşitli stresörlerin varlığını, yaşam değişiklikleri ile bunlarla nasıl baş edebilmesini ve günlük rollerin gerçekleştirilmesini fark etmede gereklidir. Sosyal destek sağlamada danışmanlık rolü hemşirenin kullandığı rollerden biridir. Hemşirenin, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları bilmesi ve tanımlaması gereklidir. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğu ve başa çıkamadığı durumu belirleyip ortaya koyması ve nasıl bir sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun olumlu ya da olumsuz gelişmesine etkisinin olup olmadığını ortaya koymalıdır [101-103]. Bireyin sosyal desteğinin yetersiz olması durumunda nedeninin belirlenmesi gerekir. Sosyal desteğin etkisini birçok faktör etkileyebilmektedir. Birey merkezli veya dışarıdan kaynaklanan engeller sosyal desteğin etkisini azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin hemşireler tarafından belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması ve işlevlerinin oluşması açısından oldukça önemlidir [104].

Diyaliz hemşireleri, diyaliz hastalarının kronik hastalıklarıyla etkili baş etmesine yardımcı olmak için; problemlerin kaynağına ve çözümüne odaklanmaya, sorunla yüzleşmesini sağlamaya, sorunla baş etme yollarını sunmaya, duyguya odaklanma ve duygusal yükü azaltmaya yönelik girişimlerde bulunabilirler. Hastalar genellikle probleme ya da duyguya

odaklanarak yaşadıkları zorlanma ile baş etmeye çalışırlar. Hastaların kullandığı baş etme yöntemleri çoğunlukla onların ve sosyal destekçilerinin tutum ve inançları ile ilgilidir. Hemşirelerin de her bir hastanın kullandığı baş etme yöntemini bilmesi, hastaların bakımlarına katılmalarını desteklemeye yönelik nasıl bir yol izlemeleri gerektiği konusunda fikir vermesi açısından son derece önemlidir. Diyaliz hemşirelerinin diyaliz hastalarının bakımında en önemli rollerinden biri de hasta ve ailelerinin eğitimidir. İngiltere’de diyalize başlayacak olan hastalar ve aileleri için bir nefroloji hemşiresi ve bir psikoterapist tarafından eğitimler verilmektedir. Eğitimin içeriğinde, stres yönetimi, etkili baş etme, problem çözme, öz bakım, doğru beslenme gibi konular yer almaktadır. Ayrıca bir nefrolog, bir psikiyatrist, bir nefroloji hemşiresi, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir diyetisyenin yer aldığı başka bir ekip de yine diyaliz hastalarına eğitimler vermektedirler. Bu eğitimlerin içeriğinde ise; diyaliz tedavisi, akılcı ilaç kullanımı, diyet, egzersiz programı ve kronik hastalığın getirdiği cinsel, ekonomik ve sosyal sorunlar yer almaktadır. Yine aynı ülkede yapılan bir araştırmada sosyal destek olarak da görülen bu tür eğitimlere düzenli olarak katılan HD hastalarının yaşam kalitesinin/niteliğinin arttığı ve depresyon sıklığının azaldığı tespit edilmiştir [105].

Ayrıca beden imgesinin yaşam niteliğine etkisini belirlemede nitel çalışmaların daha fazla ve kapsamlı yapılması önerilmektedir. HD ünitelerinde ekip çalışmasına uygun hareket ederek konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi ve diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte koordineli bir şekilde hastalar ile görüşülüp hastaya özgü girişimlerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir [81].

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı-ilişki arayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma için literatür taranıp, konu seçimi yapıldıktan sonra etik kurul onayı ve kurum izinleri alınmıştır. Gerekli birimlerden izinler alındıktan sonra Mart 2021 - Nisan 2021 tarihlerinde veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasından sonra, veri analizi yapılmıştır. Araştırmanın yazım aşamaları Nisan 2021 - Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Literatür Tarama	10 Ay	Eylül 2020 – Haziran 2021
Konu Seçimi	3 Ay	Ekim 2020 – Aralık 2020
Etik Kurul ve Kurum İzinleri	3 Ay	Aralık 2020 – Şubat 2021
Veri Toplama Süreci	2 Ay	Mart 2021 – Nisan 2021
Analiz ve Raporlama	4 Ay	Nisan 2021 – Haziran 2021

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bingöl Devlet Hastanesi, Genç İlçe Devlet Hastanesi, Karlıova İlçe Devlet Hastanesi, Solhan İlçe Devlet Hastanesi, Kiğı İlçe Devlet Hastanesi ve Bingöl Özel Hemodiyaliz

Merkezi hemodiyaliz ünitelerinde yapılmıştır. Hastaların hemodiyaliz tedavisi almaları için diyaliz raporlarının olması gerekmektedir. Hemodiyaliz hastaları haftalık belli seanslar (pazartesi-çarşamba-cuma veya salı-perşembe-cumartesi) aralığında diyaliz tedavisi görmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı beş devlet hastanesi ile Bingöl Özel Hemodiyaliz Merkezinde Mart 2021 - Nisan 2021 tarihinde hemodiyaliz tedavisi alan tüm kadın hastalar oluşturmaktadır. Bu araştırmanın evreninde örneklem seçimine gidilmemiştir. Belirtilen tarihlerde araştırmaya gönüllü olmayı kabul eden ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm kadın hastaların çalışmaya alınması hedeflenmiştir. Belirtilen tarihlerde 86 hasta mevcuttu. Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 85 kadın hastaya ulaşılmıştır. Bir hasta ise çalışmaya gönüllü olmadığından araştırmaya alınmamıştır.

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş üstü olması,
- KBY olup 1 ay ve daha uzun süredir HD tedavisi görüyor olması,
- Okunanı anlama ve konuşmada bir engelinin olmaması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Kadın olması,

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Hastanın iletişim güçlüğüünün, konuşma ve anlamada engelinin olması,
- 18 yaş altı olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması,

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

Bu aşamada kullanılan veri toplama gereçleri olarak “Hasta Tanıtım Formu, Beden İngesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır.

Veri toplama için kullanılan form ve ölçekler;

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1):

Literatür taranarak oluşturulan form hemodiyaliz tedavisi gören kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren 11 soru (yaş, boy, kilo, interdiyalitik

kilo alımı, gelir düzeyi, aile biçimi, çocuk varlığı ve sayısı, çalışma durumu, mesleği, eğitim durumu, medeni durum), HD süresi ve sıklığının sorulduğu iki soru, genel sağlık bilgilerinin sorulduğu dört soru (başka kronik hastalık varlığı, diyetle uyum, egzersiz durumu, görünüm memnuniyeti durumu) olmak üzere toplamda 17 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ) (Ek-2):

Cash ve Fleming (2002) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Demiralp ve ark. tarafından yapılmıştır [11]. Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin temsil ettiği yedi puanlı iki uçlu bir ölçek olup, her madde +3'ten -3'e kadar puan almaktadır. Ölçekten alınacak pozitif değerdeki puanlar beden imgesinin yaşam niteliğini olumlu etkilediğini gösterirken, negatif değerdeki puanlar beden imgesinin yaşam niteliğini olumsuz etkilediğini, ölçekten '0' puan alınması ise beden imgesinin yaşam niteliği üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir. Bu çalışma kapsamında ise yedi dereceli likert tipi ve iki uçlu olmayan ölçümlendirme kullanılmıştır. Ölçümlendirme 1=Çok olumsuz etki, 2=Orta olumsuz etki, 3=Hafif olumsuz etki, 4=Etki yok, 5=Hafif olumlu etki, 6=Orta olumlu etki, 7=Çok olumlu etki olarak puanlanmıştır. Böylelikle ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin beden imgesinin yaşam niteliğine olan etkisinin daha büyük olduğunu göstermektedir. BİYNEÖ'nin faktör analizi yapılmış ve dört alt boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar; yedi soruya verilen yanıttan oluşan "kendilik değeri üzerine etki" (Cronbach alfa değeri 0.83), beş soruya verilen yanıttan oluşan "günlük yaşantı üzerine etki" (Cronbach alfa değeri 0.83), dört soruya verilen yanıttan oluşan "karşı cinsle etkileşime etki" (Cronbach alfa değeri 0.76), üç soruya verilen yanıttan oluşan "davranış/tutum üzerine etki" dir (Cronbach alfa değeri 0.82). BİYNEÖ için iç tutarlılık katsayısı 0.89, test-tekrar test güvenilirlik için üç hafta ara ile 71 öğrenciye uygulanmış ve katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliliğini sınamak amacıyla aynı zamanda Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) uygulanmış, BİYNEÖ ile SGKÖ arasında $r = -0.62$ değerinde negatif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [11].

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-3):

Ölçeğin orijinali Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir [106]. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır [107]. Ölçek özel bir insan, aile ve arkadaştan alınan sosyal desteğin yeterliliğini subjektif olarak ölçmektedir. Ölçek Likert tipi bir

ölçektir. Her bir madde için 1-7 cevap seçeneği bulunmaktadır. '1' 'kesinlikle evet', '7' 'kesinlikle hayır' cevabını temsil etmektedir. Ölçeğin toplam puanları alt boyut puanları toplanarak elde edilmiştir. Ölçeğin toplam puanı en düşük 12 en yüksek 84'tür. Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 4 en yüksek puan 28'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret eder. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı tüm ölçek için .89, aile boyutu için .85, arkadaş boyutu için .88, özel bir insan boyutu için .92 olarak bulunmuş [107,108].

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama sürecinde öncelikle belirtilen kurumlardan ve ilgili birimlerden onay ve izin alınmıştır. Veriler Bingöl ilinde bulunan özel bir hemodiyaliz ünitesi merkezinden, bir il devlet hastanesinin hemodiyaliz ünitesinden ve dört ilçe devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinden toplanmıştır. Devlet hastanelerinden veri toplama işlemi için Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Özel diyaliz ünitesinden veri toplama işlemi için bu ünitenin sorumlu idari müdüründen yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Yazılı onamda, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgiler, araştırmadan beklenen yararların neler olduğu, tehlike ve rahatsızlıklar, uygulama süresi, gizlilik ilkesi, araştırmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, daha fazla bilgi almak ve sorular için araştırmacıya ait iletişim bilgileri bulunmaktadır. Hastalara ve yakınlarına bilgilerinin sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiştir. Veri toplama formlarını uygulamadan önce, hastalara araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları ifade edilip gönüllü olarak araştırmayı kabul edenlerden yazılı ve sözlü izin alınarak çalışma kapsamına alınmışlardır (Ek-7). Etik ilkelerden olan "Bilgilendirilmiş Onam İlkesi", "Gönüllülük İlkesi", "Gizliliğin Korunması İlkesi" ve "Özerkliğe Saygı İlkesi" bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden yerine getirilmiştir. Okuma yazma bilen hastalar, onam formunu kendileri okuyup imzalarken, okuma yazma bilmeyen hastalara yakınları veya araştırmacı yardımcı olmuştur. Toplam 85 hasta yazılı onam formunu imzalayarak ölçekleri doldurmayı kabul etmiştir. Bununla birlikte bir hasta gönüllü olmadığı için yazılı onam vermemiş ve araştırmaya katılmamıştır. Okuma yazma bilen hastalar ölçek formları kendileri doldururken okuma yazma bilmeyen hastalara sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Araştırmacının yardımcı olduğu hastaların verileri diyaliz ünitelerin bekleme bölümlerinde, diğer hastaların soru ve cevapları duyamayacağı uzaklıktaki bir mesafede, Covid 19 tedbirlerine uyarak, bire bir görüşme ile toplanmıştır. Katılımcıların tüm formları cevaplama süresi ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıda gösterilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	
Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ): Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):	Yaş	BKİ
	Kilo	Hemodiyaliz süresi ve sıklığı
	İnterdialitik kilo alımı	Diyete uyum
	Çocuk varlığı ve sayısı	Egzersiz yapma durumu
	Boy	Başka kronik hastalık varlığı
	Meslek	Görünüm memnuniyeti
	Gelir düzeyi	Çalışma durumu
	Eğitim düzeyi	Medeni durum
Aile biçimi		

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket program yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler- normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler kullanılarak verilmiştir. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla karşılaştırmalar için ise Kruskal Wallis önemlilik testleri kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir. En az bir normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için Tip-1 hata 0,05 (0,95 güç) olarak kullanılmıştır.

3.9. Etik Kurul İzni

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı 27.01.2021 tarihli 2021/23 sayılı izinle alınmıştır.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubundan elde edilen verilere göre yapılan analizler sonucunda ortaya çıkan bulgular verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Medeni Durumu	Evli	49	57,6
	Bekar	36	42,4
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	56	65,9
	Okur-yazar	12	14,1
	İlkokul	11	12,9
	Ortaokul	1	1,2
	Lise	3	3,5
	Üniversite ve üzeri	2	2,4
Gelir Düzeyi	Gelir-giderden az	26	30,6
	Gelir-giderle eşit	46	54,1
	Gelir-giderden fazla	13	15,3
Çocuk Varlığı	Evet	76	89,4
	Hayır	9	10,6
Aile biçimi	Çekirdek Aile	60	70,6
	Geniş Aile	25	29,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	5	5,9
	Çalışmıyor	75	88,2
	Emekli	5	5,9
Meslek	Memur	1	1,2
	Ev Hanımı	81	95,3
	Diğerleri	3	3,5
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Evet	55	64,7
	Hayır	30	35,3

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Diyete Uyum	Evet	27	31,8
	Hayır	23	27,1
	Kısmen	35	41,2
Egzersiz Yapma	Evet düzenli yapıyorum	22	25,9
	Hayır	32	37,6
	Kısmen yapmaya çalışıyorum	31	36,5
Görünüm Memnuniyeti	Düşük	21	24,7
	Orta	40	47,1
	Yüksek	24	28,2

Araştırmaya toplam (n=85) HD tedavisi gören kadın hasta alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda %57,6'sının evli, %65,9'un okur-yazar olmadığı, %54,1'in gelirinin giderine eşit olduğu, %89,4'ün çocuk sahibi olduğu, %70,6'sının aile biçiminin çekirdek aile olduğu, %88,2'sinin çalışmadığı, %95,3'nün ev hanımı olduğu, %64,7'sinin başka bir kronik hastalığının olduğu, %41,2'sinin diyetlerine kısmen uyduğunu, %37,6'sının egzersiz yapmadığı, %47,1'nin genel görünümünden orta düzeyde memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların hemodiyaliz özellikleri ve sağlık bilgileri

Değişkenler	Ortalama±Standart Sapma X±SS
Yaş	58,67±14,69
BKİ	24,59±5,10
İnterdiyalitik Kilo Alımı	2829,41±980,62
HD Tedavisi Süresi	5,41±4,73
HD Sıklığı	2,89±,31

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 58,67±14,69/yıl (min-max:20-90 yaş) bulunmuştur. BKİ ortalaması 24,59±5,10 (min-max:16,03-39,52) interdiyalitik kilo alımı ortalaması 2829,41±980,62 (min:300,00-6000,00) tespit edilmiştir. HD tedavi süresi ortalaması 5,41±4,73 (min-max:10-22/yıl) ve HD sıklığı ortalaması 2,89±,31 (min-max:2-3/hafta) olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcuların BİYNE ve ÇBASD Ölçekleri toplam puanları ve alt boyut puanları

BİYNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı	Ortalama±Standart Sapma X±SS
Kendilik Değeri Üzerine Etkisi	6,31±6,24
Günlük Yaşantı Üzerine Etkisi	4,62±5,92
Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi	-,05±5,49
Davranış/Tutum Üzerine Etkisi	2,19±5,20
BİYNEÖ Toplam Puanı	13,07±19,41
ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı	Ortalama±Standart Sapma X±SS
Aile Desteği	23,66±3,37
Özel Bir İnsan Desteği	15,54±6,02
Arkadaş Desteği	15,24±5,76
ÇBASDÖ Toplam Puan	54,44±12,53

Araştırmaya katılanların BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanlarına baktığımızda kendilik değeri üzerine etkisinin puan ortalaması $6,31 \pm 6,24$ (min-max:-13,00-21,00) BİYNEÖ toplam puan ortalaması $13,07 \pm 19,41$ (min-max:-43,00-47,00) ÇBASDÖ alt boyutlarından olan aile desteği ortalaması $23,66 \pm 3,37$ (min-max:12,00-28,00) ve ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $54,44 \pm 12,53$ (min-max:28,00-81,00) olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların BİTNE ve ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

Değişkenler	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi (Ort (25. çey-75. çey)	Davranış/ Tutma Üzerine Etkisi (Ort (25. çey-75. çey)	BİTNEÖ Toplam Puan		Aile Desteği		Özel Bir İnsan Desteği		Arkadaş Desteği		ÇBASDÖ Toplam Puan	
	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)			Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)	Ort (25. çey-75. çey)
Medeni Durum																
Evli	6,00 (4,00-11,00)	6,00 (2,00-8,00)	1,00 (-2,00-5,00)	4,00 (1,00-6,00)	17,00 (8,00-29,00)	24,00 (22,00-26,00)	16,00 (10,00-20,00)	15,00 (10,00-20,00)	53,00 (42,00-64,00)							
Bekar	11,00 (4,00-14,00)	8,50 (5,00-11,0)	2,50 (-3,50-5,50)	6,50 (1,50-8,50)	31,50 (6,00-38,00)	24,50 (23,50-26,50)	20,50 (15,50-23,00)	18,50 (15,50-24,00)	59,00 (54,50-71,50)							
Dul/Boşanmış	5,00 (2,00-8,00)	4,50 (1,50-7,50)	-1,00 (-5,50-2,00)	2,00 (-4,50-5,50)	10,50 (10,50-16,00)	24,00 (23,00-26,00)	15,00 (12,00-20,00)	15,00 (12,00-17,50)	54,50 (48,00-61,50)							
p*	,098	,142	,181	,056	,064	,802	,167	,153	,237							
Eğitim Durumu																
Okur değil	5,00 (2,00-7,50)	4,50 (5,00-7,50)	-1,00 (-5,00-1,50)	2,50 (-3,00-5,00)	11,00 (-3,00-17,00)	24,00 (23,00-26,00)	14,00 (10,00-20,00)	14,00 (10,50-18,00)	52,50 (42,00-62,00)							
Okur-yazar	8,00 (3,00-10,50)	7,00 (2,50-10,50)	3,00 (0,00-5,00)	3,50 (-2,50-5,50)	22,50 (5,50-31,00)	24,50 (20,50-25,00)	16,00 (11,50-20,50)	15,50 (11,50-20,50)	55,50 (43,00-65,00)							
İlkokul	11,00 (9,00-15,00)	8,00 (6,00-9,00)	2,00 (-1,00-6,00)	7,00 (6,00-7,00)	28,00 (18,00-40,00)	24,00 (22,00-27,00)	19,00 (13,00-22,00)	16,00 (12,00-20,00)	58,00 (47,00-67,00)							
Ortaokul	12,00 (12,00-12,00)	8,00 (8,00-8,00)	6,00 (6,00-6,00)	9,00 (9,00-9,00)	35,00 (35,00-35,00)	25,00 (25,00-25,00)	23,00 (23,00-23,00)	21,00 (21,00-21,00)	69,00 (69,00-69,00)							
Lise	11,00 (2,00-13,00)	8,00 (0,00-15,00)	5,00 (-4,00-6,00)	6,00 (-4,00-6,00)	30,00 (-6,00-40,00)	24,00 (12,00-28,00)	21,00 (11,00-23,00)	24,00 (17,00-24,00)	57,00 (52,00-75,00)							
Üniversite ve üzeri	13,00 (11,00-15,00)	10,50 (9,00-12,00)	2,50 (0,00-5,00)	8,50 (8,00-9,00)	34,50 (33,00-36,00)	25,00 (25,00-25,00)	21,50 (20,00-23,00)	17,50 (15,00-20,00)	64,00 (60,00-68,00)							
p*	,005	,029	,080	,001	,005	,926	,136	,265	,355							

* Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). * Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Tablo 9. Katılımcıların BİTNE ve ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi (devam)

Değişkenler	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi Ort	Davranış/ Tutma Üzerine Etkisi Ort	BİTNEÖ Toplam Puan Ort	Aile Desteği Ort	Özel Bir İnsan Desteği Ort	Arkadaş Desteği Ort	ÇBASDÖ Toplam Puan Ort
	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)
Gelir Düzeyi									
Gelir-giderden az	6,00 (1,00-9,00)	4,50 (-2,00-8,00)	-1,00 (-5,00-2,00)	1,50 (-6,00-4,00)	10,00 (-14,00-21,00)	24,00 (22,00-26,00)	15,00 (10,00-19,00)	15,00 (11,00-17,00)	53,00 (46,00-63,00)
Gelir-giderle eşit	6,00 (4,00-11,00)	4,50 (-2,00-8,00)	,00 (-3,00-5,00)	5,00 (1,00-7,00)	17,00 (8,00-30,00)	24,00 (23,00-26,00)	17,00 (11,00-20,00)	16,00 (11,00-20,00)	57,50 (45,00-64,00)
Gelir-giderden fazla	6,00 (2,00-11,00)	5,00 (3,00-8,00)	-2,00 (-4,00-5,009)	5,00 (-3,00-5,00)	9,00 (,00-32,00)	24,00 (22,00-25,00)	16,00 (12,00-22,00)	16,00 (13,00-24,00)	53,00 (48,00-68,00)
p*	,395	,155	,384	,021	,091	,933	,417	,693	,593
Çalışma Durum									
Çalışıyor	6,00 (2,00-8,00)	8,00 (2,00-9,00)	-1,00 (-5,00-6,00)	3,00 (,00-4,00)	21,00 (-6,00-25,00)	27,00 (24,00-27,00)	19,00 (12,00-21,00)	17,00 (13,00-21,00)	63,00 (48,00-69,00)
Çalışmıyor	6,00 (3,00-10,00)	6,00 (1,00-8,00)	,00 (-3,00-5,00)	3,00 (-3,00-6,00)	12,00 (5,00-28,00)	24,00 (22,00-26,00)	15,00 (10,00-20,00)	15,00 (11,00-19,00)	53,00 (44,00-63,00)
Emekli	10,00 (10,00-11,00)	8,00 (8,00-9,00)	2,00 (2,00-4,00)	6,00 (5,00-6,00)	30,00 (26,00-30,00)	25,00 (24,00-25,00)	21,00 (20,00-21,00)	20,00 (17,00-22,00)	62,00 (61,00-67,00)
p*	,796	,661	,866	,597	,866	,120	,319	,291	,196

* Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). * Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Tablo 9. Katılımcıların BİTNE ve ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi (denem)

Değişkenler	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi Ort (25. çey-75. çey)	Davramş/ Tutma Üzerine Etkisi Ort (25. çey-75. çey)	BİTNE Toplam Puan Ort (25. çey-75. çey)	Aile Desteği Ort (25. çey-75. çey)	Özel Bir İnsan Desteği Ort (25. çey-75. çey)	Arkadaş Desteği Ort (25. çey-75. çey)	ÇBASD Toplam Puan Ort (25. çey-75. çey)
Aile Biçimi									
Çekirdek Aile	6,00 (3,00-10,50)	7,00 (2,50-9,00)	3,00 (-3,00-5,00)	4,50 (-1,00-6,00)	13,50 (6,00-30,00)	24,00 (22,00-25,50)	16,00 (11,00-21,00)	15,50 (12,00-20,00)	55,00 (47,50-63,50)
Geniş Aile	6,00 (4,00-10,00)	4,00 (-1,00-8,00)	-1,00 (-6,00-2,00)	2,00 (0,00-6,00)	12,00 (0,00-23,00)	24,00 (23,00-26,00)	16,00 (12,00-20,00)	15,00 (11,00-18,00)	58,00 (44,00-63,00)
p*	,612	,111	,223	,264	,203	,853	,969	,802	,954
Çocuk Varlığı									
Evet	6,00 (3,00-10,00)	6,00 (1,50-8,00)	3,00 (-3,00-4,50)	3,50 (-1,00-6,00)	12,50 (5,00-27,00)	24,00 (22,00-26,00)	15,00 (10,00-20,00)	15,00 (11,00-20,00)	53,00 (44,00-63,00)
Hayır	10,00 (5,00-13,00)	8,00 (7,00-10,00)	3,00 (-4,00-5,00)	6,00 (3,00-8,00)	21,00 (12,00-36,00)	25,00 (24,00-25,00)	20,00 (19,00-23,00)	17,00 (16,00-20,00)	61,00 (58,00-68,00)
p*	,277	,089	,920	,089	,157	,154	,037	,137	,052
Çocuk Sayısı Grupları									
0-1-2	8,00 (3,00-12,00)	7,00 (2,50-9,00)	-1,00 (-4,00-5,00)	5,00 (1,50-6,50)	18,00 (3,00-32,50)	24,00 (22,50-25,50)	19,50 (11,00-22,00)	16,50 (13,00-22,50)	57,50 (48,00-68,50)
3-4	10,00 (5,00-13,00)	8,00 (5,00-9,00)	3,00 (1,00-6,00)	6,00 (0,00-7,00)	25,00 (12,00-33,00)	24,00 (20,00-25,00)	16,00 (12,00-21,00)	17,00 (12,00-20,00)	57,00 (44,00-67,00)
5 ve üstü	5,50 (2,00-7,00)	4,00 (0,00-8,00)	-1,00 (-6,00-2,00)	2,00 (-3,00-5,00)	9,00 (0,00-20,00)	24,00 (23,00-26,00)	15,00 (10,00-20,00)	14,00 (11,00-18,00)	53,00 (42,00-63,00)
p*	,019	,026	,012	,050	,009	,530	,492	,225	,539

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). *Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Tablo 9. Katılımcıların BİTNE ne ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi (denem)

	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan	Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi Ort (25. çey-75. çey)	Davranış/ Tutma Üzerine Etkisi Ort (25. çey-75. çey)	BİTNEÖ Toplam Puan Ort (25. çey-75. çey)	Aile Desteği Ort (25. çey-75. çey)	Özel Bir İnsan Desteği Ort (25. çey-75. çey)	Arkadaş Desteği Ort (25. çey-75. çey)	ÇBASDÖ Toplam Puan Ort (25. çey-75. çey)
Yaş Grupları									
20-44 yaş	8,50 (5,50-13,00)	7,50 (3,00-10,50)	1,00 (-2,00-5,00)	5,00 (-3,50-6,50)	19,50 (6,50-34,50)	24,00 (22,50-25,00)	17,00 (11,50-22,00)	16,00 (13,50-20,00)	56,50 (48,00-65,50)
45-64 yaş	7,00 (4,00-11,00)	7,00 (3,00-9,00)	2,00 (-2,00-5,00)	5,00 (2,00-7,00)	15,00 (9,00-29,00)	24,00 (22,00-26,00)	17,00 (12,00-21,00)	17,00 (12,00-20,00)	55,00 (45,00-67,00)
65-74 yaş	6,00 (3,00-9,00)	5,00 (1,00-8,00)	-1,00 (-7,00-2,00)	3,00 (-4,00-5,00)	11,50 (-1,00-19,00)	24,00 (23,00-26,00)	15,50 (10,00-20,00)	15,00 (11,00-18,00)	54,50 (42,00-63,00)
75 üstü	4,00 (1,00-8,00)	3,00 (8-2,00-8,00)	-4,50 (-7,00-6,00)	1,50 (-3,00-3,00)	2,50 (-10,00-25,00)	23,00 (22,00-25,00)	12,00 (10,00-15,00)	13,50 (6,00-17,00)	47,00 (40,00-58,00)
p*	,189	,172	,124	,079	,071	,714	,520	,424	,536

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). *Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Katılımcıların medeni durumlarının BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanları üzerine etkisine bakıldığında bekarlarda yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanlarının katılımcıların eğitim düzeyi artıkça kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNEÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Katılımcıların gelir düzeyi artıkça BİYNE ölçeğinin alt boyutlarından davranış/tutum üzerine etkisi alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Diğer alt boyutların ve ölçeğin toplam puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Araştırmaya katılanların çalışma durumuna bakıldığında BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 9).

Katılımcıların aile biçiminin geniş aile olması ya da çekirdek aile olması BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 9).

Katılımcıların çocuk varlığı/çocuklarının olup olmamasına verdikleri cevapların istatistiksel analizinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından olan özel bir insan desteğinin puanında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutları puanları üzerinde anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Katılımcılardan 3-4 çocuğa sahip olanların kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi ve BİYNEÖ toplam puanlarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sayısının davranış/tutum üzerine etkisi, ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılanların yaş grupları aralıkları ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin alt boyut puanları ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. BİTNE ve ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının katılımcıların sağlık durumlarına göre değerlendirilmesi

Değişkenler	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi		Davranış/ Tutuma Üzerine Etkisi		BİTNEO Toplam Puan		Aile Desteği		Özel Bir İnsan Desteği		Arkadaş Desteği		ÇBASDO Toplam Puan	
	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	
Diyaliz Yılı Grupları																		
1 yıl ve altı	10,50 (6,00-12,00) 5,00	7,00 (4,00-8,00) 4,50	1,50 (-1,00-6,00) -1,50	4,50 (2,00-7,00) 2,00	25,50 (13,00-32,00) 9,00	25,00 (23,00-28,00) 24,00	15,50 (12,00-20,00) 15,50	15,50 (12,00-20,00) 15,50	25,50 (13,00-32,00) 9,00	25,00 (23,00-28,00) 24,00	15,50 (12,00-20,00) 15,50	15,50 (12,00-20,00) 15,50	15,50 (12,00-20,00) 15,50	15,50 (12,00-20,00) 15,50	15,50 (12,00-20,00) 15,50	55,50 (48,00-67,00) 53,00	55,50 (48,00-67,00) 53,00	
1-5 yıl	(2,00-7,00) 6,50	(0,00-8,00) 7,00	(-5,00-4,009) -1,00	(-4,00-5,00) 5,00	(0,00-24,00) 17,50	(22,00-26,009) 24,00	(11,00-20,00) 17,00	(11,00-20,00) 17,00	(0,00-24,00) 17,50	(22,00-26,009) 24,00	(11,00-20,00) 17,00	(11,00-20,00) 17,00	(11,00-20,00) 17,00	(11,00-20,00) 17,00	(11,00-20,00) 17,00	(42,00-62,00) 57,00	(42,00-62,00) 57,00	
6-10 yıl	(3,00-12,00) 6,00	(4,00-9,00) 2,00	(-3,00-2,50) 0,00	(3,00-7,00) 1,00	(9,00-30,00) 8,00	(23,00-25,50) 23,00	(12,00-21,00) 10,00	(12,00-21,00) 10,00	(9,00-30,00) 8,00	(23,00-25,50) 23,00	(12,00-21,00) 10,00	(12,00-21,00) 10,00	(12,00-21,00) 10,00	(12,00-21,00) 10,00	(12,00-21,00) 10,00	(48,00-64,50) 46,00	(48,00-64,50) 46,00	
11 yıl ve üstü	(1,00-9,00) 0,039	(1,00-8,00) 1,67	(-8,00-5,00) -4,85	(-3,00-6,00) 0,53	(-10,00-30,00) 0,056	(23,00-24,00) 3,95	(10,00-20,00) 4,70	(10,00-20,00) 4,70	(-10,00-30,00) 0,056	(23,00-24,00) 3,95	(10,00-20,00) 4,70	(10,00-20,00) 4,70	(10,00-20,00) 4,70	(10,00-20,00) 4,70	(9,00-18,00) 3,10	(39,00-64,00) 3,74	(39,00-64,00) 3,74	
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı																		
Evet	5,00 (2,00-9,00) 9,50	5,00 (1,00-8,00) 7,50	-1,00 (-5,00-2,00) 3,50	3,00 (-3,00-6,00) 6,00	11,00 (-1,00-19,00) 24,50	24,00 (22,00-26,00) 24,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	11,00 (-1,00-19,00) 24,50	24,00 (22,00-26,00) 24,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	15,00 (10,00-20,00) 16,00	53,00 (45,00-63,00) 58,00	53,00 (45,00-63,00) 58,00	
Hayır	(6,00-13,00) 0,01	(4,00-9,00) 0,73	(-1,00-6,00) 0,02	(2,00-7,00) 0,22	(12,00-32,009) 0,003	(23,00-25,00) 3,774	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-32,009) 0,003	(23,00-25,00) 3,774	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-22,00) 1,156	(12,00-22,00) 1,156	(48,00-67,00) 3,254	(48,00-67,00) 3,254	
Diyete Uyum																		
Evet	8,00 (5,00-12,00) 4,00	8,00 (6,00-9,00) 1,00	0,00 (-2,00-6,00) -1,00	6,00 (4,00-7,00) -4,00	21,00 (12,00-35,00) 6,00	25,00 (23,00-26,00) 24,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	21,00 (12,00-35,00) 6,00	25,00 (23,00-26,00) 24,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	19,00 (13,00-21,00) 15,00	59,00 (52,00-66,00) 51,00	59,00 (52,00-66,00) 51,00	
Hayır	(1,00-9,00) 6,00	(-2,00-8,009) 5,00	(-8,00-2,00) -1,00	(-7,00-4,00) 3,00	(-17,00-18,00) 13,00	(22,00-26,00) 24,00	(10,00-19,00) 14,00	(10,00-19,00) 14,00	(-17,00-18,00) 13,00	(22,00-26,00) 24,00	(10,00-19,00) 14,00	(10,00-19,00) 14,00	(10,00-19,00) 14,00	(10,00-19,00) 14,00	(10,00-19,00) 14,00	(42,00-61,00) 55,00	(42,00-61,00) 55,00	
Kısmen	(3,00-10,00) 0,47	(2,00-8,009) 0,06	(-4,00-5,00) -1,19	(0,00-6,00) 0,001	(3,00-30,00) 0,002	(22,00-25,00) 3,450	(10,00-21,00) 0,087	(10,00-21,00) 0,087	(3,00-30,00) 0,002	(22,00-25,00) 3,450	(10,00-21,00) 0,087	(10,00-21,00) 0,087	(10,00-21,00) 0,087	(10,00-21,00) 0,087	(11,00-22,00) 0,450	(42,00-67,00) 1,168	(42,00-67,00) 1,168	
p*																		

* Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). * Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Araştırmaya katılanların diyaliz yılı gruplaması ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre BİYNE ölçeğın alt grubu olan kendilik değeri üzerine etkisinde 1 yıl ve altı diyalize giren grupta medyan değeri daha yüksek olduğu ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Diğer ölçekler ve alt boyutlarında 1 yıl ve altı diyalize giren grubun medyan değeri diğer gruplardan yüksek çıkmış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılanların başka bir kronik hastalık varlığı ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında kendilik değeri üzerinde etki, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNEÖ toplam puanlarda medyan değerleri başka bir kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer ölçek boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılanların diyetlerine uyum ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerinin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre kendilik değeri üzerinde etki, günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNEÖ toplam puanlarında medyan değerleri diyetine uyum gösterenlerde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer ölçek puanı ile alt grup puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. BİTNE ve ÇBASD Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının katılımcıların dış görünüşlerine göre değerlendirilmesi

Değişkenler	BİTNE Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		ÇBASD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan		Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi		Davranış/ Tutuma Üzerine Etkisi		BİTNEO Toplam Puan		Aile Desteği		Özel Bir İnsan Desteği		Arkadaş Desteği		ÇBASDO Toplam Puan		
	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)	Ort	(25. çey-75. çey)
BKİ Grupları																			
25 altı	6,00 (4,00-10,00)	7,00 (3,00-8,00)	0,00 (-3,00-5,00)	0,00 (-3,00-5,00)	4,00 (1,00-6,00)	17,00 (8,00-30,00)	24,00 (22,00-26,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	24,00 (22,00-26,00)	24,00 (22,00-26,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	17,00 (10,00-21,00)	57,00 (44,00-66,00)	57,00 (44,00-66,00)
25-29,99 arası	5,00 (3,00-7,00)	5,00 (1,00-8,00)	-1,00 (-3,00-5,00)	-1,00 (-3,00-5,00)	5,00 (,00-6,00)	12,00 (6,00-23,00)	24,00 (23,00-25,00)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	24,00 (23,00-25,00)	24,00 (23,00-25,00)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	16,00 (12,00-20,009)	53,00 (48,00-62,00)	53,00 (48,00-62,00)
30 üstü	3,00 (1,00-12,00)	3,00 (-1,00-9,00)	-2,00 (-7,00-4,00)	-2,00 (-7,00-4,00)	2,00 (-7,00-6,00)	6,00 (-14,00-28,00)	23,00 (20,00-26,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	23,00 (20,00-26,00)	23,00 (20,00-26,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	12,00 (12,00-15,00)	48,00 (44,00-53,00)	48,00 (44,00-53,00)
p*	,388	,441	,538	,538	,486	,293	,748	,292	,292	,748	,748	,098	,098	,098	,098	,098	,098	,157	,157
Görünüm Memnuniyeti																			
Düşük	1,00 (-4,00-6,00)	1,00 (-5,00-3,00)	-6,00 (-8,00-2,00)	-6,00 (-8,00-2,00)	0,00 (-6,00-3,00)	-10,00 (-19,00-8,00)	24,00 (23,00-26,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	24,00 (23,00-26,00)	24,00 (23,00-26,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	11,00 (10,00-15,00)	46,00 (39,00-52,00)	46,00 (39,00-52,00)
Orta	6,00 (4,00-10,50)	7,00 (2,00-9,00)	1,00 (-2,00-4,00)	1,00 (-2,00-4,00)	3,50 (-1,50-6,00)	13,00 (7,00-27,50)	24,00 (22,00-26,00)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	24,00 (22,00-26,00)	24,00 (22,00-26,00)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	15,50 (12,00-20,50)	56,00 (48,00-63,00)	56,00 (48,00-63,00)
Yüksek	9,50 (6,00-11,50)	8,00 (6,00-8,50)	3,50 (-5,00-6,00)	3,50 (-5,00-6,00)	6,00 (4,50-7,00)	27,00 (17,50-33,009)	24,50 (23,00-25,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	24,50 (23,00-25,00)	24,50 (23,00-25,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	20,00 (16,50-22,00)	60,50 (53,00-68,00)	60,50 (53,00-68,00)
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	,974	,002	,002	,974	,974	,003	,003	,003	,003	,003	,003	,004	,004
Egzersiz Yapma																			
Evvel düzenli	9,50 (4,00-12,00)	7,50 (5,00-8,00)	2,50 (-1,00-6,00)	2,50 (-1,00-6,00)	6,00 (5,00-7,00)	25,00 (13,00-32,00)	24,00 (23,00-25,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	24,00 (23,00-25,00)	24,00 (23,00-25,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	20,00 (12,00-22,00)	61,00 (48,00-68,00)	61,00 (48,00-68,00)
yapıyorum	6,00 (5,00-9,50)	2,50 (-2,00-6,00)	-1,00 (-7,50-3,00)	-1,00 (-7,50-3,00)	0,00 (-6,00-3,00)	5,00 (-14,50-15,00)	24,00 (23,00-26,00)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	24,00 (23,00-26,00)	24,00 (23,00-26,00)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	12,00 (9,50-17,50)	49,00 (38,50-59,50)	49,00 (38,50-59,50)
Kısmen yapmıyorum	6,00 (4,00-10,00)	7,00 (3,00-9,00)	-1,00 (-3,00-4,00)	-1,00 (-3,00-4,00)	4,00 (2,00-7,00)	17,00 (9,00-26,00)	24,00 (22,00-26,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	24,00 (22,00-26,00)	24,00 (22,00-26,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	17,00 (11,00-20,00)	55,00 (47,00-63,00)	55,00 (47,00-63,00)
p*	,076	,001	,074	,074	<0,001	,001	,912	,010	,010	,912	,912	,072	,072	,072	,072	,072	,072	,043	,043

* Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (Üçlü değişkenlerde). * Mann Whitney U testi kullanılmıştır (İkili değişkenlerde).

Araştırmaya katılanların BİYNE ve ÇBASD ölçeklerinin toplam puanları ve alt boyut puanları ile Beden Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılanların görünümlelerinden memnuniyet düzeyleri ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında yüksek memnuniyet belirtenlerde medyan değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Genel görünümlelerinden memnun olanların kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, ÇBASDÖ alt boyutlarından olan özel bir insan desteği ve arkadaş desteği puanlamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılanların egzersiz yapmaları ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerinin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanlarında, ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutu olan özel bir insan desteğinin puanlamasında medyan değerleri egzersiz yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kendilik değeri üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, aile desteği, arkadaş desteği alt grup puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. BİYNE ile ÇBASD Ölçek puanları arasındaki ilişki

	KDÜE	GYÜE	KCÜE	DTÜE	BİYNE Toplam Puan	Aile Desteği	Özel Bir İnsan Desteği	Arkadaş Desteği	ÇBASDÖ Toplam Puan
Kendilik Değeri Üzerine Etkisi	r	,716**	,807**	,525**	,882**	,265*	,507**	,581**	,561**
	P	,000	,000	,000	,014	,000	,000	,000	,000
Günlük Yaşantı Üzerine Etkisi	r	,716**	,657**	,651**	,884**	,157	,518**	,520**	,534**
	P	,000	,000	,000	,000	,150	,000	,000	,000
Karşı Cinsle Etkileşime Etkisi	r	,807**	,657**	,453**	,820**	,143	,475**	,493**	,471**
	P	,000	,000	,000	,000	,191	,000	,000	,000
Davranış/ Tutum Üzerine Etkisi	r	,525**	,651**	,453**	,775**	,031	,380**	,329**	,353**
	P	,000	,000	,000	,000	,779**	,000	,002	,001
BİYNEÖ Toplam Puan	r	,882**	,884**	,820**	,775**	,152	,513**	,538**	,533**
	P	,000	,000	,000	,000	,165	,000	,000	,000
Aile Desteği	r	,265*	,157	,143	,152	1,000	,340**	,448**	,590**
	P	,014	,150	,191	,779	,165	,001	,000	,000
Özel Bir İnsan Desteği	r	,507**	,518**	,475**	,380**	,340**	1,000	,774**	,904**
	P	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
Arkadaş Desteği	r	,581**	,520**	,493**	,329**	,448**	,774**	1,000	,924**
	P	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000
ÇBASDÖ Toplam Puan	r	,561**	,534**	,471**	,353**	,590**	,904**	,924**	1,000
	P	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puan, özel bir insan desteği, arkadaş desteği, ÇBASDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 12).

Çalışmada kendilik değeri üzerine etkisi ile günlük yaşantı üzerine etkisi ($r = ,716$) arasında yüksek düzeyde bir ilişki, karşı cinsle etkileşim etkisi ($r = ,805$) ve BİYNEÖ toplam puan ($r = ,882$) değişkenleri arasında pozitif yönde çok yüksek ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kendilik değeri üzerine etkisi ile karşı cins ile etkileşime etkisi ($r = ,525$), özel bir insan desteği ($r = ,507$), arkadaş desteği ($r = ,581$), ÇBASDÖ toplam puan ($r = ,561$) orta derecede ilişki ve aile desteği ($r = ,261$) değişkeni arasında pozitif yönde düşük ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 12).

Ölçeklerin toplam puanlarının ve alt grupların puanlarının birbirleriyle olan ilişki karşılaştırılmasında aile desteği ile günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12).

5. Tartışma

Kronik böbrek yetmezliği sürekli tedavi gerektiren hem hastaya hem de yakınlarına büyük sorumlulukları da beraberinde getirdiği kronik bir hastalıktır. Hastanın toplumdaki diğer kişilerden farklı olarak diyaliz tedavisine ihtiyaç duyması, belirli zaman dilimlerinde diyaliz merkezine gitmesi gerekmektedir. Sosyal desteğin olmaması nedeniyle hastanın yalnız, kronik bir hastalığın olması ve HD nedeniyle beden imgesinin kötü olduğu düşünülmektedir. Cirillo ve ark. (2018) diyaliz hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %46'sında depresif belirtiler bulunmuştur [109]. Dolayısıyla diyaliz hastalarının sadece KBY hastalığı ve HD tedavisi nedeniyle gelişen fiziksel belirti ve bulgularıyla değil ruhsal ve sosyal yönleriyle de değerlendirilmesi uygun olacaktır. Diyaliz tedavisinin öncelikli amaçları arasında sadece yaşamın devamını sağlamak olmayıp yaşam niteliğini ve beden imgesini de olumlu yönde etkilemek amacı ile uygulanması gerektiği literatürde belirtilmektedir [110,111].

Bu bölümde “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkiyi” incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, literatürde benzer alanda yapılmış çalışmalarla birlikte değerlendirilecektir. Çalışmada, ek olarak bazı sosyodemografik değişkenlerin (yaş, boy, kilo, interdiyalitik kilo alımı, medeni durum, gelir durumu, HD süresi ve sıklığı, genel görünüm memnuniyeti vb) ile beden imgesine bağlı yaşam niteliği ve algılanan sosyal destek üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular ile beden imgesine bağlı yaşam niteliği ve alt boyutları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmüştür.

Bu çalışma HD tedavisi alan kadın hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Günlük hayata ve literatüre baktığımızda beden imgesinin kadınlar için daha önemli bir olgu olduğu görülmektedir. Beden imgesi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde Güney (2018) kadınların beden imgesinin erkeklere göre daha düşük olduğunu belirtmiştir [112]. Bunun nedeni olarak ta kadınlar da artan yaşla birlikte beden imgesi doyumunun azalması olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada yaşam niteliği ile ilgili daha olumlu bir beden imgesi, daha iyi özgüven, daha iyi psikolojik refah ve daha az yeme ile ilgili tutumlarla ilişkilendirilmiş ve bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu tespit edilmiştir [113]. Tan ve ark. (2004) sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmada erkek hastaların beden imgesi doyum düzeyleri kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [114]. Suet-Ching (2001) çalışmasında ise HD tedavisi alan erkeklerin yaşam niteliği puan ortalamalarının kadınlardan yüksek olduğunu bildirmiştir [115]. Sosyal desteğin var olup olmaması kadınlar üzerinde daha fazla anlam ifade etmektedir. Plantinga ve ark. (2010) 949 hasta ile yapmış oldukları çalışmada kadınların algıladığı sosyal desteğin erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır [116]. Meme kanserine yakalanmış kadınlarla yapılan bir araştırmada ise; sosyal desteğin olmayışı hastalarda belirsizlik ve korkuya neden olduğunu, hastaların desteklerini aileden, arkadaşlarından aldıklarını ve bu durumun hastaların benlik algısını güçlendirdiği bildirilmiştir [117].

Çalışmamıza katılan kadın hastaların yaş ortalaması $58,67 \pm 14,69$ bulunmuştur. Thong ve ark. (2007) tarafından 528 diyaliz hastası ile yapılan çalışmada kişilerin yaş ortalaması $58,8 \pm 14,3$ saptanmıştır [118]. Küntüz (2016) HD hastalarında hastalık algısı ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkilerini incelediği çalışmasında; çalışmaya katılanların büyük bir kısmının 60-80 yaş aralığında olduğunu bildirmiştir [119]. Sarı ve Usta (2017) KBY'si olan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada bireylerin yaş ortalaması $48,47 \pm 11,25$ olarak bulunmuştur [120]. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması diyaliz hastalarıyla yapılmış diğer çalışmalarla ve literatürle benzerlik göstermektedir [121,122].

Araştırmaya katılanların yaş grupları aralıklarına bakıldığında BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin alt boyut puanları ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Çalışmada yaşın artması ile HD tedavisi gören kadın hastalarda BİYNE ve ÇBASD etkisi olmadığı belirlenmiştir. Karabulutlu ve ark. (2005) HD tedavisi alan hastalarda yaptığı çalışmada sosyal desteğin yaş faktöründen etkilenmediğini bildirmiştir [123]. Bu çalışmadan farklı olarak Biçer ve Bayat (2012) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada 60 yaş ve üstü yaş grubunda olan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir [124]. KBY prevalansı, yaş

ile birlikte artmaktadır. CREDIT çalışmasında, KBY prevalansının 40 yaş altında %10'dan düşük, 80 yaş üstünde ise %50'nin üzerinde olduğu ve KBY prevalansının kadın olgularda erkek olgulardan daha yüksek olduğu bulunmuştur [26,30]. Yaşlanma ya da kronik bir hastalık ile meydana gelen fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, rol ve statü kaybı, bağımsızlığın ve sosyal yaşantının azalması ile yaşamdan doyum alamamaya bağlı öz yeterlilik, beden imgesinin zarar görmesi, yaşam niteliğini ve sosyal destek düzeylerinde azalma görülebilmektedir [125].

Çalışmamızda medeni durumun BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanlarının göre değerlendirilmesine bakıldığında özellikle bekar bireylerin diğer bireylere göre ölçek puanları belirgin bir şekilde yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Plantinga ve ark. (2010) çalışmasında evli ve dul/boşanmış bireylerin algıladıkları sosyal destek ise bekarlara göre düşük bulunmuştur [116]. Rambod ve ark. (2010) tarafından diyaliz hastaları üzerinde yapılmış çalışmada da evli bireylerin sosyal desteği belirgin olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir [132]. Dinç (2020) hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerini inceleyen çalışmasında; eşleri ile yaşayan bireylerin sosyal destek düzeyinin, eş ve çocuklar ile veya yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir [133]. Tezel ve ark. (2011) tarafından 147 HD hastası ile yapılan çalışmada ise aileden algılanan sosyal destek düzeylerinde medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [134]. Bu farklı sonuçlar toplumsal veya bölgesel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bizim toplumumuzda boşanan/dul veya bekar kişiler aileleri ya da yakın arkadaşları tarafından daha çok destek gördükleri için bu bireylerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek bulunmuş olması muhtemeldir. Yapılan başka çalışmalarda ise medeni durumun beden imgesini ve yaşam niteliğini etkileyen bir faktör olmadığı saptanmıştır [114,115]. Bu durum çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanlarının katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNE toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imgesini ve yaşam niteliğini etkileyen bir diğer önemli değişken ise bireylerin eğitim durumlarıdır. Dağdelen ve ark. (2018) HD hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça BİYNE toplam puan ve alt boyut puanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [81]. Eğitim seviyesinin artması ile beraber bireylerde meydana gelen özgüvenin arttığı, bilgiye ulaşmada daha kolaylık sağlandığı için bilgi seviyesinin arttığı ve baş etme

mekanizmalarının diğer eğitim seviyesi gruplarına göre daha iyi olduğu, söylenebilir. Tan ve Karabulutlu (2004) çalışmasında bildirdiğine göre Eti ve ark.'nın HD hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada eğitim durumlarının artmasıyla beraber bireylerin beden imgesi doyumu düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [114]. Hastaların eğitim durumuna göre sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyi incelendiği bir çalışmada eğitim durumu düşük hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir [130]. Bu durum eğitim seviyesi düşüktüğü bilgiye ulaşmada güçlük, sağlığa ilişkin beklentilerin az olması ve hastalıkla baş etmede zorluk gibi durumlarla ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada bulunan bulgular yapılmış diğer çalışmalarla ve literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine baktığımızda gelir düzeyi arttıkça BİYNE ölçeğinin alt boyutlarından davranış/tutum üzerine etkisi alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt boyutların ve ölçeklerin toplam puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Dağdelen ve ark. (2018) yaptığı çalışmada da gelir durumu fazla olan bireylerin BİYNE ölçeği toplam puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir [81]. Beden imgesinin yaşam niteliğinin gelir durumu arttıkça pozitif yönde etkilendiği tespit edilmiştir [81]. Beşer ve ark. (2010) yaptığı çalışmada hastaların gelir düzeyleri arttıkça, yaşam niteliklerinin de pozitif yönde arttığı bulunmuştur [141]. Kurt (2013) çalışmasında da gelir durumu iyi olan bireylerin beden imgelerinin yüksek olduğu ve yaşam niteliğine olumlu katkı sağladığını belirtilmektedir [129]. Sonuçlara bakıldığında gelir durumu düşük olan bireylerin yaşadıkları maddi problemlerin hastalığa uyum ve baş etme düzeylerini kötü yönde etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca gelir durumunun yüksek olması hastalık için farklı tedavi kurumlarına başvurmayı sağlayabilir. Bu çalışmada bulunan bulgular yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılanların çalışma durumuna bakıldığında BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Dağdelen ve ark.'nın araştırma kapsamına aldığı 133 HD tedavisi gören bireylerin çalışma durumlarına bakılmış, çalışmayan grubun BİYNE ölçeği alt boyutlarından olan davranış/tutum üzerine etkisi alt boyutu puanlarının çalışan gruptan yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) [81]. Beden imgesinin çevresel şartlardan etkilendiğini belirten çalışmalar mevcuttur [11,62,142]. Özellikle çalışan bireylerin sosyal ve çevresel etkileşimlerinin çalışmayan bireylere göre daha fazla olduğu göz önüne alındığında beden imgelerinde meydana gelen

olumsuz durumların daha fazla olumsuz etki bıraktığı söylenebilir. Gurlaş'ın 2016 yılında yaptığı diyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek düzeyleri ve öz yeterlilik adlı çalışmasında çalışan diyaliz hastalarının öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir [130]. Bizim çalışmamızın diğer çalışmalardan farklı olarak istatistiksel açıdan anlamlı olmayışı çalışma grubumuzun sayısının düşük olması ve yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bizim toplum yapımızda ailenin farklı bir önemi mevcuttur ve kişilerin sosyal yaşantısı temelinin çoğunu aile oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda aile yapısının nasıl bir etki sağladığını anlayabilmek için katılımcılara aile biçimlerinin ne olduğu sorulmuştur. Verilen cevaplar doğrultusunda; katılımcıların aile biçiminin geniş aile olması ya da çekirdek aile olması BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar oluşturmadığı tespit edilmiştir. Aile biçiminin beden imgesi yaşam niteliğine etkisi ve algılanan sosyal destek üzerine bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Bu araştırmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından olan özel bir insan desteğinin katılımcıların çocuk varlığıyla anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). BİYNE ve ÇBASD ölçekleri alt boyutları ve toplam puanlarının katılımcıların çocuk sayısı gruplarına göre değerlendirilmesinde de kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, BİYNEÖ toplam puanlarında çocuk sayısı 3-4 olanlarda daha yüksek ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Mollaoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmada HD hastalarının ÇBASDÖ puanı ortalaması $66,48 \pm 14,78$ bulunmuş ve hastalar sosyal desteği ilk sırada aileden ikinci sırada özel bir kişi tarafından en az olarak da arkadaşta sağlandığını bildirmiştir [137]. Pang ve ark. çalışmasında da HD hastalarının çok büyük bir kısmının sosyal desteklerini aileleri tarafından gördüklerini saptamıştır [138]. Biçer ve ark. (2012) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının sosyal desteğinin aile alt boyutu ve toplam puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [124]. Bu sonuçlar doğrultusunda katılımcıların sosyal desteği aileden olan birinin yani çocuklarından daha çok alındığını ve bu durumun beden imgesinin yaşam niteliğine etkisine çocukların desteklemesiyle katkı sağlandığı düşünülmektedir. Çocuk varlığı ve sayısı beden imgesinin yaşam niteliğine etkisine de olumlu katkısı olduğu araştırmamızda görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak çocukların ebeveynlerine koşulsuz sevgi ve saygıdan olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların HD tedavi süresi $5,41 \pm 4,73$ /yıl ve HD sıklığı $2,89 \pm 31$ /hafta olarak tespit edilmiştir. Diyaliz süresi gruplarına

baktığımızda da 1 yıl ve altı diyalize giren grubun medyan değeri diğer gruplardan yüksek çıkmış olmasına rağmen anlamlı ilişki sadece BİYNE Ölçeğinin alt boyutu olan kendilik değeri üzerine etkisinde saptanmış olup diğer alt gruplarda anlamlılık saptanmamıştır. Gurlaş (2016) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan hastaların %56,2'sinin hastalık tanı süresinin 2-7 yıl arasında olduğu, %62,9'unun destek gereksinimi olmadığı belirtilmiştir [130]. Diyalize girme yılı az olan hastalarda beden imgesinin yaşam niteliğinin alt boyutu olan kendilik değeri üzerine etkisi açısından anlamlı duygulanımları olduğu ve HD tedavisi için sosyal desteğe henüz ihtiyaç duymadıkları düşünülmektedir. Şahin 2018 yılındaki çalışmasında KBY tanı süreleri 0-5 yıl olanların oranını %63,33, 6-10 yıl olanların %23,33, 10 yıl üstü olanları ise %13,3 olarak bulmuştur [145]. Çalışmamız, Şahin'in çalışmasından farklılık göstermektedir. Bu durumun, Şahin'in çalışmasının örneklemini nefroloji polikliniğine başvuran ve KBY'nin tüm evrelerindeki KBY tanılı hastalar oluştururken, çalışmamızın sadece KBY'nin 5. evresindeki HD tedavisi alan kadın hastaları kapsamından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kişilerin %64,7'sinin (n=55) başka bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Gerogianni ve ark. (2018) Yunanistan'da HD hastaları ile yaptığı çalışmada bireylerin %66,8'inde başka kronik bir hastalığın varlığını bildirmiştir [126]. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi adlı çalışmada %63,9'nunun başka bir kronik hastalığın olduğu tespit edilmiştir [81]. Genel olarak yapılan çalışmalarda KBY'si olan bireylerde başka bir kronik hastalığa sahip olma oranının yüksek olduğu görülmektedir [81,127,128]. Beden imgesi yaşam niteliğine yönelik bulgular incelendiğinde Kurt ve ark. (2013) romatoid artrit tanısı almış bireylerle yapılan çalışmasında ek bir kronik hastalığı olanların beden imgesi puanlarının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir [129]. Bu sonuçlar doğrultusunda var olan hastalığın dışında ek bir hastalığın olmasına bağlı olarak tedavi sürecinin getirdiği ekstra fiziksel, ruhsal ve sosyal yükün bireyin beden imgesinin yaşam niteliği üzerine olumsuz etkisinin olduğu düşünülmektedir. Kronik bir hastalığa sahip olmak, herhangi bir cihaza bağlı olmak ve kendine daha az değer vermek, kadınlar üzerinde erkekler göre daha fazla olumsuz etki göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda beden imgelerinin azalmasına bağlı olarak yaşam niteliklerinin de düştüğü söylenebilir [81]. KBY dışında ek kronik hastalığı olanların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir [130]. Arslantaş ve ark. (2011) yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin aile ve arkadaş sosyal desteklerinin düşük olduğu bulunmuştur [125]. Kronik hastalıklara

bağlı fiziksel ve ruhsal sorunlar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinliklerini sınırlandırmaktadır [131].

Bu çalışmada katılımcıların %41,12'sinin (n=35) diyetine kısmen uyduğu ve %37,6'sının (n=32) egzersiz yapmadığı bulunmuştur. Dağdelen ve ark. (2018) tarafından 133 HD hastasıyla yapılan çalışmada diyetle kısmen uyanların yüzdesi %43,6 olarak bulunmuştur [81]. Kara ve ark. (2007) tarafından 160 HD hastasıyla yapılan çalışmada da genel olarak diyetle uyum iyi olmakla birlikte çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir [135]. HD tedavisinin etkinliğinin artırılması için hastaların sıvı kontrolünü ve diyetle uyumlarını iyi yönetmesi gerektiği bilinmektedir. Miller ve ark. (2002) yapmış oldukları çalışmada diyetine iyi bir şekilde uyan hastalarda daha başarılı metabolik aktivite kontrolü ve kilo alımına bağlı olarak oluşabilecek komplikasyonlarda azalma olduğu belirtilmektedir [136].

Çalışmamızda, olguların interdiyalitik kilo ortalaması $2829,41 \pm 980,62$ /gr tespit edilmiştir. Günel ve ark. (2010) çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların interdiyalitik kilo ortalaması $1,9 \pm 0,6$ olarak bulmuştur [40]. Bizim çalışmadaki sonuçlar Günel ve ark.'nın sonuçlarından fazladır. Bu farklılığın nedeni örneklem grubunun farklı olması olarak düşünülmektedir. Ayrıca mevsim farklılığı, coğrafi bölge ve yeme farklılıkları gibi faktörlerinde intradiyalitik kilo alımı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir [139]. Tuz ve sıvı alımının kısıtlanması HD hastalarında diyaliz seansları arasında kilo alımını azaltacaktır. Diyaliz seansları arasında sıvı alımı azaldığında oluşabilecek bazı komplikasyonlarda azalacaktır [139,140].

Araştırmaya katılan kadınların Beden Kitle İndeksine bakıldığında BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). BİYNE ölçeğinin davranış/tutum üzerine etkisi alt boyutu; yediklerini kontrol etme, kilo kontrolü ve fiziksel egzersiz gibi soruları içermektedir. Beden kitle indeksleri değerlendirildiğinde 25 ve altı BKİ olan kişiler farklılık oluştursa da istatistiksel açıdan bir anlamlılık ifade etmemektedir ($p > 0.05$). Dağdelen ve ark. (2018) ile Kılıç ve ark. (2007) araştırmalarında bireylerin zamanla vücutlarında meydana gelen değişikliklere uyum sağladıklarını, kilo artışındaki azalma ya da kilo kaybına bağlı olarak beden imgesindeki puanlarının artmasıyla yaşam niteliklerinin de olumlu bir şekilde etkilendiğini belirtmektedirler [81,143]. Demiralp ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada da beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ile beden kitle indeksi arasında anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir [11]. Benzer şekilde Cash ve ark. (2004) çalışmalarında BKİ düşük olan kadınların beden imgesinin yaşam niteliğine etkisinin vücut kitle indeksi düşük olanlarda daha

olumlu olduğu sonucuna ulaşmışlardır [60]. Beden kitle indeksi arttıkça beden imgesinin etkisiyle yaşam niteliğinin olumsuz yönde artması, beden kitle indeksinin günlük yaşamda, sosyal ortamda, iş hayatında veya sağlık gibi birçok alanda insan yaşamını olumsuz etkiliyor olmasından kaynaklanabilir. Beden kitle indeksinin yüksek olması çeşitli sağlık sorunları ile ilişkili olmasından dolayı sağlık problemlerinin varlığı, kişinin yaşam niteliğini düşüren çok etkin bir etmendir [146]. Beden kitle indeksi arttıkça depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sağlık problemlerinin arttığını gösteren araştırma sonucu da bulunmaktadır [147]. Sosyal destek açısından bakıldığında ise beden kitle indeksinin 25 ve altı olan hastalarda medyan değeri yüksek olduğu görülmesine rağmen anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fiziksel görünümün veya beden imgesi algılarının ya da BKİ'nin düşük olması psikososyal işleyişi ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, BKİ düşüklüğü ve vücut görüntüsü daha iyi olan bireylerin, daha yüksek özgüven sahibi oldukları, daha az olumsuz duygulanım yaşadıkları, sosyalleşmeleri daha iyi olduğu, aşırı yemek yeme ve yeme davranışları konusunda daha kontrollü oldukları gözlemlenmiştir [148].

Araştırmaya katılanların görünümlemlerinden genel memnuniyet düzeyi ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında yüksek memnuniyet belirtenler de medyan değerleri yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre kendilik değeri üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanı, ÇBASDÖ toplam puanı, ÇBASDÖ alt boyutları olan özel bir insan desteği ve arkadaş desteği puanlamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Kılıç ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada da beden görünümünde oluşan değişikliğin algılanma düzeyi, hastaların beden imgesini algılayış biçimi ve yaşamlarında gösterdikleri adaptasyonlar önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadırlar [143]. Fiziksel görünüm veya beden imgesi algıları psikososyal işleyişi ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada genel görünümü daha iyi olan bireylerin hayat kalitesinin daha iyi olduğu, özgüvenlerinin daha yüksek olduğu, daha az olumsuz duygu taşıdıkları, sosyal etkileşimler konusunda daha iyi oldukları bildirilmiştir [144]. Genel görünümünden memnuniyetin, beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ile algılanan sosyal desteğe olumlu olarak etki ettiği söylenebilir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapımları ile BİYNE ve ÇBASD ölçeklerinin toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanlarında, ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutu olan özel bir insan desteğinin puanlamasında medyan değerleri egzersiz yapanlarda daha

yüksek bulunmuştur. Dönmez (2019) çalışmasında HD hastalarının fiziksel aktivite durumu arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığını ve fiziksel aktivitenin depresif bulguları azaltmada olumlu etkisi olduğu bilinmektedir [154]. Egzersiz yapmanın bireyin kendini bağımsız hissetmesini sağladığını ve yaşamı için bir seyler başarma duygusunu geliştirdiğini düşünülmektedir.

Bu çalışmada, araştırmaya katılanların ölçek puanlarının birbiriyle olan korelasyonlarının değerlendirilmesinde, kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puan ile özel bir insan desteği, arkadaş desteği, ÇBASDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Beden imgesi yaşam niteliği arttıkça sosyal destekte artmaktadır. Bedenin dış görünümü sosyalleşmeyi çok fazla etkilemektedir. Öngören 2015 yılında yaptığı araştırmada beden algıları düşük olan kişilerin beden görünümleri yüzünden sosyal ortamlardan kaçındıklarını bildirmiştir ($r = .43$, $p < .05$) [149]. Polat (2007) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada ise bedenin hastalık ve fiziksel değişim gibi durumların beden algılarının azalmasına neden olduğu ve hastaların bedensel görünüşleri yüzünden farklı sosyal ortamlardan ve sosyalleşmekten kaçındıklarını belirtmiştir [150]. Featherstone (2010) sağlıklı beden yapısı ile beden algısının sosyal ilişkilerde ve sosyal kabulde etkili olduğunu belirtmekte ve sağlıklı beden imgesine sahip bireylerin sosyal ilişkilerinin olumlu yönde etkilendiğini ifade etmektedir [151]. Atık ve ark. (2015) hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin sosyal görünüş kaygısına etkisi adlı çalışmalarında çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, sosyal görünüş kaygısının, algılanan sosyal destekten etkilendiğini bildirmişlerdir [152]. Kurutçu ve ark. (2019) sosyal görünüş kaygısı ile vücut algısı arasındaki ilişkiyi araştırıp ikisi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0,592$; $p < 0,000$) [153]. Gurlaş (2016) çalışmasında sosyal destek ve öz yeterlilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır ($p < 0,05$) [130]. Sosyal destek düzeyi ile öz yeterlilik düzeyi doğru orantılı bir şekilde hareket etmektedir. Literatürde öz yeterlik, öz bakım ve sosyal destek düzeylerini inceleyen farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir [154,155]. Dolayısıyla hem bu araştırmada hem de diğer araştırmalarda görüleceği üzere kronik bir hastalığın veya rahatsızlığın olması bireyin kendini diğer insanlardan farklı olarak algılamasına ve sosyal ortamlardan kaçınmasına neden olabilmekte bu durum hem beden imgesi yaşam niteliğini hem de sosyal desteği olumsuz etkilediğini bizlere göstermektedir.

6. Sonuç ve Öneriler

Hemodiyaliz tedavisi alan kadınların beden imgelerinin yaşam niteliğine etkisi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın analizinden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. Çalışmaya katılan kadınların; %57,6'sının evli, %65,9'unun okur-yazar olmadığı, %54,1'inin gelirinin gelir-giderle eşit olduğu, %89,4'ünün çocuk sahibi olduğu, %70,6'sının aile biçiminin çekirdek aile ve %95,3'ünün ev hanımı olduğu, %64,7'sinin başka bir kronik hastalığının olduğu, %41,2'sinin diyetle kısmen uydukları, %37,6'sının egzersiz yapmadıkları, %47,1'inin genel görünümünden memnuniyetin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
2. Yaş ortalaması $58,67 \pm 14,69$ 'dur. BKİ ortalaması $24,59 \pm 5,10$ 'dur. İnterdiyalitik kilo alımı $2829,41 \pm 980,62$ /gr, HD tedavi süresi $5,41 \pm 4,73$ /yıl ve HD sıklığı $2,89 \pm ,31$ /hafta'dır.
3. Çalışmaya katılan kadınların BİYNE ölçeği toplam puan ortalaması $13,07 \pm 19,41$ 'dir. Beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi; eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı, ek kronik hastalık varlığı, diyetle uyum, görünüm memnuniyeti, egzersiz yapma ve HD tedavi süresi gibi faktörlerden etkilendiği,
 - Eğitim düzeyi arttıkça kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNE toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde arttı,
 - Gelir düzeyi arttıkça BİYNE ölçeğinin alt boyutlarından davranış/tutum üzerine etkisi alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde olduğu,
 - Başka bir kronik hastalığı olmayanlarda, BİYNE ölçeğinin toplam puanı, kendilik değeri üzerinde etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi

ve davranış/tutum üzerine etkisi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Diyetine uyan kadınlarda kendilik değeri üzerinde etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi ve BİYNEÖ toplam puanlarında medyan değerleri daha yüksek olduğu,
 - Egzersiz yapanlarda günlük yaşantı üzerine etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanlarında medyan değerleri daha yüksek olduğu,
 - Görünüm memnuniyeti yüksek memnuniyet belirtenlerde medyan değerleri yüksek olduğu görülmüş buna göre kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puanlarında anlamlı bir ilişki olduğu,
 - BİYNE ölçek toplam puanı ve alt boyut puanlarında kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi ve karşı cinsle etkileşime etkisi, puanlarında medyan değeri çocuk sayısı grubu 3-4 olanlar da daha yüksek olduğu,
 - Kendilik değeri üzerine etkisinde 1 yıl ve altı diyalize giren grupta medyan değeri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
4. Çalışmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $54,44 \pm 12,53$ 'dür. Çok boyutlu algılanan sosyal destek; medeni durumdan, çocuk varlığından, egzersiz yapıp yapmamaktan ve genel görünümünden memnuniyet durumları gibi faktörlerden etkilendiği,
- Medeni durumları üzerine etkisine bakıldığında bekarlar da yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
 - Katılımcıların çocuklarının olması çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından olan özel bir insan desteğinin puanında anlamlı fark oluşturduğu,
 - Egzersiz yapma konusunda ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutu olan özel bir insan desteğinin puanlamasında medyan değerleri evet cevabını verenlerde daha yüksek olduğu,
 - Görünümünden genel memnuniyeti düzeyi yüksek memnuniyet belirtenlerde, medyan değerleri yüksek olduğu ÇBASDÖ toplam puanının ve alt boyutları olan özel bir insan desteği ile arkadaş desteği puanlamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

5. Araştırmaya katılanların ölçek puanlarının birbiriyle olan korelasyonlarının değerlendirilmesinde kendilik değeri üzerine etkisi, günlük yaşantı üzerine etkisi, karşı cinsle etkileşime etkisi, davranış/ tutum üzerine etkisi, BİYNEÖ toplam puan ile özel bir insan desteği, arkadaş desteği, ÇBASDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu bulunmuştur.

6.1. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

1. Hemodiyaliz hastalarını sadece KBY'si olan hastalar olarak değerlendirmemek bütüncül olarak ele almak ve mevcut hastalığının onları psikolojik, fiziksel, sosyal yönden nasıl etkilediğini anlamak,
2. Diyalize yeni başlamış kişilerin kendilik değerlerini kaybetmemeleri çok önemli olup bunun için psikolojik, sosyal ve fiziksel her türlü yardımın sağlanması,
3. Hemodiyaliz tedavisi gören kadınların genel görünüm memnuniyetinin yüksek tutulması beden imgesinin yaşam niteliğine etkisine katkı sağladığından bunun için gerekli tüm hizmetlerin verilmesi,
4. HD hastaların sağlıklı yaşam davranış ve tutumları konusunda desteklenmesi gerektiği,
5. Kronik hastalık veya hastalıklara sahip bireylerin hastalıklarının kontrol altında tutulması, oluşacak olan olumsuz durumların en aza indirilmesi gerektiği,
6. Hastalıkların ve tedavilerin oluşturduğu olumsuz süreçlerle baş edebilmek için hastalar ve hasta yakınlarına gerekli tüm desteğin vakit kaybetmeden verilmesi,
7. Hasta yakınlarının HD tedavisi hakkında bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi ve bu konuda gerekli bilgilendirmelerin yapılması,
8. Beden imgesi ve sosyal destek düzeyleri düşük olan hastalara gerekli danışmanlık hizmetlerinin ve eğitimlerin verilmesi,
9. Diyaliz hastalarının beden imgesini, yaşam niteliğini ve sosyal destek düzeylerini yükseltecek uygulamaya yönelik yaklaşımların yapılması önerilmektedir.

7. Kaynaklar

1. Süleymanlar G (2007). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(38): 1-7.
2. Karadakovan A (2010). Dünya Böbrek Günü-Muhteşem Böbrekler! Diyabetinizi Kontrol Altında Tutarak Böbreklerinizi Koruyunuz. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 7(1-2): 9-11.
3. Ovayolu N, Ovayolu Ö (2016). Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar. 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi s: 350-390.
4. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N (2019). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon–Registry 2017-2018. Ankara, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, : 1-159
5. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR (2011). A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, 26(6): 1862-1871.
6. Akyol AD (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 17-33.
7. Özçetin A, Bahçebaşı ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A (2009). Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10: 142-150.
8. Mutlu E, Duyan V (2012). Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1): 1-38.
9. Öngören, B. (2011). Fizyolojik, sosyal ve kültürel açılardan sağlıklı beden imgesi: (Muğla örneği). Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
10. Banfield SS, McCabe MP (2002). “An evaluation of the construct of body image.” *Adolescence*, 37(146): 373-393.

11. Demiralp M, Demiralp B, Sarıkoç G, İyigün E, Açikel C, Başbozkurt M. (2015). Turkish version of the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI): a validity and reliability study. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16: 82-90.
12. Boylu Aydıner A, Paçacıoğlu B (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15): 137-150
13. Aydın M, Vural GZ (2018). Üniversite Öğrencilerinin Beden İmgelerinin Yaşam Niteliklerine Etkisi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 4(3): 111-121.
14. Oliveira Fpd, Magalhaes ML, Vigario Pds, Vieira Rds (2003). "Eating behavior and body image in athletes." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9(6): 348-356.
15. Şahin D (1999). Sosyal destek ve sağlık. (Ed. Okyavuz ÜH). Sağlık psikolojisi giriş Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 79-106.
16. Taylor SE (2009). *Health Psychology* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Companies, : 15
17. Okyavuz ÜH (1999). Sağlık Psikolojisi Giriş. 1. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara; 1-250
18. Fadiloğlu Ç. (2009). Kalp hastalıklarında sosyal destek [Powerpoint slaytları]. Erişim <http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=2D5A3D58363C2A3538/> Erişim Tarihi [5 Ocak 2021]
19. Aksüllü N, Doğan S (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 76-84.
20. Barnes LL, Mendes de Leon CE, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA (2004). Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and Whites. *American Academy of Neurology*, 63: 2322-2326.
21. Ertel KA, Glymour MM, Süleymanlar G (2007). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(38): 1-7.
22. Güven S, Şener A, Yıldırım B (2011). Eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı. E-Dergi Hacettepe Üniversitesi. Erişim www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler_cerceve.htm. Erişim Tarihi [5 Ocak 2021]
23. Jin R, Grunkemeier GL, Brown JR, Furnary AP (2008). Estimated glomerular filtration rate and renal function. *Ann Thorac Surg*, 86 (1): 1-3.
24. Topbaş E (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 53-58.

25. Gülmez A (2016). Gentamisin ile oluşturulan deneysel nefropati modellerinde adropinin terapotik etkisi. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ.
26. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N (2017). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016. Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Ankara :1-142.
27. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of ChronicKidneyDisease. 2013; (3): 1-150.
28. Vural A (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavisi. (Ed: Koçer İH, Erikçi S, Baykal Y.), İç Hastalıkları Günleri III. Ankara: GATA Basımevi: 339-58.
29. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 verileri. http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf. Erişim Tarihi [4 Ocak 2021]
30. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N (2017). TND Kayıtları. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>. Erişim Tarihi [4 Ocak 2021]
31. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N (2016). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2015, Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Ankara: 1-136.
32. Ateş K, Seyahi N, Süleymanlar G (2007). Türkiye Nefroloji -Diyaliz ve Trasplantasyon Registry 2006. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları: 1-83.
33. Chonchol M, Kendrick JB (2015). The Patient with Chronic Kidney Disease. (In: Schrier RW, editör), Manual of Nephrology: Wolters Kluwer Health. ABD: 3450-480.
34. Kasper D, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J (2018). Harrison’s principles of internal medicine. McGraw-Hill Professional Publishing: 50-180.
35. Parmar M S (2002). Chronic renal disease. BMJ, 326: 85- 90.
36. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G (2007). Nefroloji El Kitabı, 4. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 3-5.
37. Atasoy A, Atay A, Ahabab S, Hanedar M, Yenigün M (2015). Diyabetik nefropatiye genel bir bakış. Haseki Tıp Bülteni, 53: 16-19.
38. Oymak O (2007). Hipertansiyon ve böbrek. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 3(38): 33-7.
39. Sezer S, Külah E, Özdemir F (2003). Hipertansiyonun renal komplikasyonlar ve böbrek hastalığının progresyonundaki rolü. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(2): 67-73.

40. Günal SY, Üstündağ B, Günal Aİ (2010). KBY'li hastalarda, farklı hipertansif tedavi yöntemlerinin endotelial fonksiyonlara olan etkisinin biyokimyasal parametrelerle incelenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 19: 17-22.
41. Süzen B (2018). Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg*, 46(Özel Sayı): 36-47.
42. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt, N, Merdol TK, Pekcan G, Keçecioglu S, Besler HT, Mercanligil S (2002). *Diyet El Kitabı*. 4. Baskı Hatipoğlu Yayınları, Ankara; 21-9.
43. Serdengeçti K (1997). Kronik Böbrek Yetmezliği (fiziopatoloji ve klinik bulgular). *Aktüel Tıp Dergisi*, 2: 190-197.
44. Tanrıverdi MT, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ (2010). "Kronik böbrek yetmezliği", *Konuralp Tıp Merkezi*, 2(2): 27-32.
45. Ovayolu N (2016). "Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi". *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, (Ed: Ovayolu N, Ovayolu Ö), Nobel Tıp Kitabevi, :350-387.
46. Tokgöz B (2005). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(21): 82-87.
47. Paydaş S (2007). İntegre tedavi yaklaşımı ve periton diyalizi ve HD kombinasyon tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3: 94-9.
48. Sinnakirouchenan R, Holley JL (2011). Peritoneal dialysis versus hemodialysis: risks, benefits, and Access issues. *Adv ChronicKidney Dis*, 18 (6): 428-32.
49. Zawada ET (2003). Indications for Dialysis. *Handbook for Dialysis*. (Ed: Daugirdas JT) Little, Brown and Company. Boston, 3-9.
50. Sezen A, Temiz G, Güngör D (2014). *Yoğun Bakım Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 357-398.
51. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G (2000). *Nefroloji el kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, 345-346.
52. Türkmen F (2002). *HD Seminar El Kitabı*. 1. Baskı. Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul; 52-67.
53. Korevaar JC, Merkus MP, Jansen MA, Dekker FW, Boeschoten EW, Krediet RT (2002). NECOSAD-study group. Validation of the KDQOL-SF: a dialysis-targeted health measure. *Qual Life Res*, 11(5): 437-47.
54. William L, Henrich MD (1999). *Principles And Practice Of Dialysis*. 2th Edn, Wolter Kluwer Company, Philodelphia, London, Tokyo; 180- 234.

55. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL (1999). et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med*, 341: 1725-1730.
56. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan MR (2009). Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. *Singapore Med J*. Feb; 50(2): 185-92.
57. Barotfi S, Molnar MZ, Almasi C, Kovacs AZ, Rempert A, Szeifert L, Szentkiralyi A, Vamos E, Zoller R, Eremenco S, Novak M, Mucsi I (2006). Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *J Psychosom Res*, 60(5): 495-504.
58. Pokrajac-Bulian A, Zivcic-Becirevic I (2005). "Locus of control and self-esteem as correlates of body dissatisfaction in Croatian university students", *European Eating Disorders Review*, 13: 54-60.
59. Öngören B, Öngören Z, Aydemir İ (2018). Yaşam Evinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Beden Algıları. Araştırma Makalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2): 98-113.
60. Cash TF, Jakatdar TA, Williams EF (2004). "The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women", *Body Image*, 1: 279-287.
61. Grogan S (1999). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York, NY: Routledge.
62. Croll J (2005). "Body image and adolescents", *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*, 155-166.
63. Sarkodie SA, Owusu PA (2015). "Media Impact on Students Body Image", *IJRASET*, 3: 460-469.
64. Shih M-Y, Kubo C (2002). "Body shape preference and body satisfaction in Taiwanese college students", *Psychiatry Res*, 111(2-3): 215-228.
65. Testa MA, Simonson D (1992). "Assesment of quality-or-life outcomes," *Soc. Policy Adm.*, vol. 26, no. 3, pp. 835-840.
66. Yildirim A, Akinci F, Gozu H, Sargin H, Orbay E, Sargin M (2007). "Translation, cultural 45 adaptation, cross-validation of the Turkish diabetes quality-of-life (DQOL) measure," *Qual. Life Res.*, vol. 16, no. 5, pp. 873-879.
67. Avcı K, Pala K (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2); 81-85.
68. Sel Ş (2016). Üniversite öğrencilerinin beden memnuniyeti düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin karşılaştırmalı olarak

- incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
69. Eryılmaz A, Kara A (2018). Beliren yetişkinlerin gözünden olumlu beden imajı oluşturmaın ögeleri. Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi, 6(3); 394-409.
 70. Taylor CB, Sharpe T, Shisslak C, Bryson S, Estes LS, Gray N, McKnight KM, Crago M, Kraemer HC, Killen JD (1998). "Factors associated with weight concerns in adolescent girls". Int J Eat Disord, 24: 31-42.
 71. Polce-Lynch M, Myers BJ, Kilmartin CT, Forssmann-Falck R, Kliever W (1998). "Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A Qualitative analysis", Sex Roles, 38: 1025-1048.
 72. McCabe MP, Ricciardelli LA (2004). "Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature" J Psychosom Res, 56(6): 675-685.
 73. Frost J, McKelvie S (2004). "Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school, and university students", Sex Roles, 51: 45- 54.
 74. Kostanski M, Fisher A, Gullone E (2004)." Current conceptualisation of body image dissatisfaction: have we got it wrong?" J Child Psychol Psychiatry, 45(7): 1317-1325.
 75. Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M (2005). "Eating and dieting differences in men and women.", The Journal of Men's Health & Gender, 2(2): 194-201.
 76. Halliwell E, Dittmar H (2003). "A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging", Sex Roles, 49: 675-684.
 77. Smolak L (2004). "Body image in children and adolescents: where do we go from here?", Body Image, 1: 15-28.
 78. Davison KK, Markey CN, Birch LL (2000). "Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls", Appetite, 35: 143-151.
 79. Wong Y, Chen SL, Chan YC, Wang M, Yamamoto S (1999). "Weight satisfaction and dieting practices among college males in Taiwan", J Am Coll Nutr, 18(3): 223-228.
 80. Olmsted MP, McFarlane T (2004). "Body weight and body image", BMC Women's Health, 4: 5.
 81. Dağdelen M, Küçük-Öztürk G, Muz G, Turaç N. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 15 (4): 228-234

82. Akdeniz B (2017). Yoga yapan bireylerin cinsel doyumlarının, beden farkındalıklarının ve yaşam memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji, İstanbul.
83. Forbes GB, Doraszewicz K, Card K, Adam-Curtis L (2004). "Association of the thin body ideal, ambivalent sexism, and self-esteem with body acceptance and the preferred body size of college women in Poland and the United States", *Sex Roles*, 50: 331-345.
84. George VA, Johnson P (2001). "Weight loss behaviors and smoking in college students of diverse ethnicity", *American Journal of Health Behaviors*, 25(2): 115-124.
85. Verheijden MW, Bakx JC, van Weel C, Koelen MA, van Staveren WA (2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59: 179-186.
86. Güni Ö (2005). Kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
87. Kes D (2009). Koroner arter bypass greftleme ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve aile işlevlerinin kanser ameliyatı geçiren hasta grubu ile karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Bolu.
88. Savcı AB (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
89. Kızıler E (2007). Kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve baş etme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gata Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
90. Carels R, Sherwood A, Blumenthal J (1998). Psychosocial influence on blood pressure during daily life. *International Journal of Psychophysiology*, 28: 117-129.
91. Knox S (1993). Perception of social support and blood pressure in young men. *33 Perceptual & Motor Skills*, 77: 132-4.
92. Lepore S, Allen K, Evans G (1993). Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, 55: 518-524.
93. Rozanski A, Blumenthal J, Kaplan J (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99: 2192-2217.
94. DiMatteo MR (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 2: 207-218.
95. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic

- evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67: 869-878.
96. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA (2005). Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychology*, 24: 3-10.
 97. Berkman LF (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57: 245-254.
 98. Rapley P, Dona M, Fruin J (1999). Self-Efficacy in Chronic Illness: The Juxtaposition Of General And Regimen-Specific Efficacy. *International Journal of Nursing Practice*, 5: 209.
 99. Dane E (2015). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 100. Bandura A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
 101. Pearson RE (1990). *Counseling and Social Support*. Sage Publications, London: 22.
 102. Hogue CG (1985). *Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach*. Second Edition, J.B. Lippincott Company, 58-75.
 103. Hurdle DE (2001). Social support: A critical factor in womens' health and health promotion. *Health and Social Work May*, 26: 72-9.
 104. Ardahan M (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9: 68-75.
 105. Leatherland S (2007). *Continuing Care of the Renal Patient: A Guide for Nurses*. *Dialysis & Transplantation*, 36(11): 572-583.
 106. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52: 30-41.
 107. Eker D, Arkar H (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34): 45-55.
 108. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25
 109. Cirillo L, Cutruzzulà R, Somma C, Gregori M, Cestone G, Pizzarelli C (2018). Depressive Symptoms in Dialysis: Prevalence and Relationship with Uremia-Related Biochemical Parameters. *Blood Purif*, 46: 286-291
 110. Tsay SL, Healstead M (2002). Self-care, self-efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud*. :39(3): 245-51. doi: 10.1016/S0020-7489(01)00030-X.
 111. Walters BAJ, Hays RD, Spitzer KL, Friedman M, Carter WB (2002). Health related quality of life, depressive symptoms, anemia and

- malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis.* :40(6): 1185-94. doi: 10.1053/ajkd.2002.36879.
112. Güneç C (2018). 15-18 Yaş arası ergenlerde beden imgesi ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkide kişilik özelliklerinin aracı etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
 113. Lobera I, Rios P (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4: 63–72.
 114. Tan M, Karabulutlu E (2004). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3): 67-73. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29243>
 115. Suet-Ching WL (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2): 218-27. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01839.x.
 116. Plantinga LC, Fink NE, Harrington-Levey R, Finkelstein FO, Hebah N, Powe NR (2010). Association of Social Support with Outcomes in Incident Dialysis Patients, *Clin J Am Soc Nephrol*, 5(8): 1480–1488.
 117. Uçar M (2017). Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
 118. Thong MSY, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW (2007). Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation March*, 22(3): 845-850
 119. Küntüz İS (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı Ve Sosyal Desteğin Depresyon, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
 120. Sarı E, Usta MF (2017). Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda erektil disfonksiyon ve hiperhomosisteinemi ilişkisi. *Androl Bul*, 19(2): 33-39.
 121. Untas A, Thumma J, Rasclé N, Rayner H, Mapes D, Lopes A.A (2011). The Associations of Social Support and Other Pshyosocial Factors with Mortality and Quality of Life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Clin J Am Soc Nephrol*, 6 (1): 142-152
 122. Galain AI, LicPsys, Dapuelto JJ, MD, PhD, Alvarez R, MSc, Gadola L, MD (2019). Prevalence of Symptoms and Symptom Clusters of Patients on Dialysis in Uruguay. *Value In Health Regional*, 10(20): 28-35.
 123. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimler Dergisi*, 8(2): 32-39. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2630/33830> (28.04.2021)

124. Biçer S, Bayat M (2012). Diyaliz tedavisi alan bireylerde umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19): 1-20.
125. Arslantaş H, Ergin F (2011). 50-65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 142(2): 135-144.
126. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Polikandrioti M, Grapsa E (2018). International Urology and Nephrology, The role of socio demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross sectional study. *Urology and Nephrology*. Jan;50 (1): 143-154.
127. Kainz A, Berner C, Ristl R, Simon A, Stamm T, Zitt E (2018). Sex-specific analysis of haemodialysis prevalence, practices and mortality over time: the Austrian Dialysis Registry from 1965 to 2014. *Nephrol Dial Transplant*; 1-10.
128. Bossola M, Marino C, Napoli AD, Agabiti N, Tazza L, Davoli M (2018). Functional impairment and risk of mortality in patients on chronic hemodialysis: results of the lazio dialysis registry, On behalf of the Dialysis and Transplant Lazio Region Registry Scientific Committee. *Journal of Nephrology* August, 31(4): 593-602.
129. Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H (2013). Romatoid Artrit'li hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, ;50(3): 202-8. Available from: <http://noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/419/buyuk/202-208.pdf>
130. Gurlaş K (2016). Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
131. Birol L (2010). Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: *Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı* (3.baskı), Akdemir N. Birol L. (ed.), Sistem Ofset, Ankara, : 541-603.
132. Rambod M, RN, MSN, Rافی E, RN, MSN, PhD (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients, *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3): 242-249.
133. Dinç Yalçın HM (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Psikolojik İyi Oluş Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
134. Tezel A, Karabulutlu E, Sahin O (2011). Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(5): 666-673

135. Kara B, Caglar K, Kılıç S (2007). Nonadherence With Diet and Fluid Restrictions and Perceived Social Support in Patients Receiving Hemodialysis, *Journal Of Nursing Scholarship*, 39 (3): 243–248.
136. Miller ER, Erlinger TP, Young DR, Jehn M, Charleston J, Rhodes D (2002). et al. Results of the diet, exercise, and weight loss intervention trial. *Hypertension*, ;40(5): 612-8. doi: 10.1161/01.HYP.0000037217.96002.8E.
137. Mollaoglu M (2006). PHD. Perceived Social Support, Anxiety, and Self-Care Among Patients Receiving Hemodialysis, March, *Dialysis & Transplantation*, 35(3): 144-155.
138. Pang S-K, IP WY, Chang AM (2001). Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (5): 691-8.
139. Şahin G, Yalçın A (2005). Böbrek fonksiyonları bozuk hastalarda preoperatif değerlendirme. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(3):108-118.
140. Günaydın Ç (2015). Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Diyete Uyum ile Biyokimyasal Parametreler ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
141. Beşer E, Kara S, Dicleli T, Günay O (2010). Kayseri ilindeki hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 8(2): 83-94. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/1387>.
142. Gleeson K, Frith H (2006). Constructing body image. *J Health Psychol*, ;11(1): 79-90. doi: 10.1177/1359105306058851.
143. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M (2007). Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, ;18(4): 302-10. Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/C18S4/02kaliciOstomi.pdf>.
144. Herona KE, Masona TB, Suttonb TG, Myers TA (2015). Evaluating the real-world predictive validity of the Body Image Quality of Life Inventory using Ecological Momentary Assessment. *Body Image*, 15: 105–108.
145. Şahin A (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Diyabetik veya Hipertansif Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Bazı Parametrelere ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
146. Eker E, Şahin M (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sted*, 11(7): 246-249.

147. Pahalı C (2015). Beden kitle indeksinin anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
148. Wright O, Swencionis C, While-Rosette J, Isasi R (2013). Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 14(2): 145-148
149. Öngören B (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 16(34): 25-45
150. Polat A (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
151. Featherstone M (2010). Body, Image and Affect in Consumer Culture. *Body&Society*, <http://bod.sagepub.com/content/16/1/193>, 09/05/2021
152. Atik D, Atik C, Asaf R, Çınar S (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destegın Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi. *Medicine Science*, 2(4):2 210-2223.
153. Kurutçu Ş, Yorulmaz M (2019). Vücut algısı ve sosyal görünüş kaygısı ilişkisinin incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(2): 195-208.
154. Dönmez G (2019). Diyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Öz Bakım Gücünün Umutsuzluk Ve Yeti Yitimi Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana.
155. Muz G, Eğlence R (2012). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğın değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 15-21.

EKLER

Ek-1. Araştırmada Kullanılan Hasta Tanıtım Formu

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Değerli katılımcı, bu çalışmanın amacı; Hemodiyaliz tedavisi alan kadın hastalarda beden imgelerinin yaşam niteliğine etkisi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan kişisel bilgiler araştırmacılar dışındaki şahıslarla paylaşılmayacak, gizli tutulacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmadaki her soruyu içten, samimi ve eksiksiz olarak cevaplamanız araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. İşbirliğiniz için araştırma ekibi adına teşekkür ederim.

Yaşınız:	Kilonuz:kg Boyunuz:cm
İnterdiyalitik (İki diyaliz arasında kaç kilo aldınız) Kilo Alımı:.....kg	Medeni Durumunuz: Evli b)Bekar c)Dul/Boşanmış
Eğitim Düzeyiniz: Okur-yazar değil b)Okur-yazar c) İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite ve üzeri	Gelir Düzeyiniz: Gelir-giderden az Gelir giderle eşit Gelir giderden fazla
Çocuğunuz Var mı? Evet ise kaç tane:..... Hayır	Aile Biçiminiz: Çekirdek aile (eşim, ben ve çocuklar) Geniş aile
Çalışma Durumunuz: Çalışıyor b)Çalışmıyor Yarım gün/belli saatler Emekli	Mesleğiniz Nedir? Memur b)İşçi c)Serbest meslek Ev hanımı Diğerleri
Ne Kadar Süredir Diyaliz Tedavisi Görüyorsunuz?.....	Hemodiyaliz Sıklığınız Nedir?:.....gün/ hafta
Başka Bir Kronik Hastalığınız Var mı? Evet ise belirtiniz:	Diyete Uyum Sağlıyor Musunuz? Evet Hayır Kısmen
Egzersiz Yapıyor Musunuz? Evet, düzenli olarak yapıyorum Hayır Kısmen, yapmaya çalışıyorum	Görünümlünüzden genel memnuniyet düzeyiniz nedir? Düşük Orta Yüksek

Ek-2. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ)

Beden imgesi yaşam niteliğine yönelik ifadelerden “+3” en olumlu ifade biçimi iken , “-3” en olumsuz ifade biçimidir. “0” ise beden imgesinin yaşam niteliği üzerinde etkisiz olduğunu temsil etmektedir. Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1. Kendimle ilgili temel duygularım (kişisel yeterlilik ve özdeğer duyguları)							
2. Bir kadın veya erkek olarak yeterliliğime ilişkin duygularım (erkeklik veya dişilik duyguları)							
3. Kendi cinsiyetimden olan insanlarla(hemcinslerimle) etkileşimlerim							
4. Karşı cinsten olan insanlarla etkileşimlerim							
5. Yeni insanlarla tanıştığumdaki deneyimlerim							
6. İşte ya da okuldaki deneyimlerim							
7. Arkadaşlarımla ilişkilerim							
8. Aile üyelerimle ilişkilerim							
9. Günlük yaşadığım duygularım							
10. Genel olarak yaşamımla ilgili memnuniyetim							
11. Karşı cins için eş olarak kabul edilebilirlik hissim							
12. Karşı cins için çekiciliğimle ilgili memnuniyetim							
13. Neyi ne kadar yiyeceğimi kontrol edebilme yeteneğim							
14. Kilomu kontrol edebilme yeteneğim							
15. Fiziksel egzersiz için aktivitelerim							
16. Görünüşüme dikkat çekebilecek şeyleri yapma isteğim							
17. Günlük kişisel bakım faaliyetlerim (örneğin, giyinmek ve güne fiziksel olarak hazır olmak)							
18. Günlük yaşantımda ne kadar güvenli hissettiğim							
19. Günlük yaşantımda ne kadar mutlu hissettiğim							

Ek-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında 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 cümlemin karşısına rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlemin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır Kesinlikle Evet						
	1	2	3	4	5	6	7
1) Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2) Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
3) Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4) İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım).							
5) Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6) Arkadaşlarımda bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7) İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8) Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) konuşabilirim							
9) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarımda var.							
10) Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11) Kararlarımı vermemde ailem (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12) Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Öğr. Gör. Birgül Alakaş

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Semra Elmas