



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**PANDEMİ SÜRECİNDE HEMODİYALİZ
HASTALARININ YAŞADIKLARI COVID-19
KORKUSU VE PSİKOSOSYAL UYUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Beyza KUYUMCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

31/03/2022

Beyza KUYUMCU

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ve pandemi sürecinde hayatını kaybeden tüm sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez danışmanlığım süresince; bilgi ve tecrübesi ile beni destekleyen ve motive eden, deneyim ve önerileriyle bana yol gösteren ve benimle birlikte çalışan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a, teşekkür ediyor, en içten sevgi ve saygılarımı sunuyorum,

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve donanımlarından yararlandığım ve manevi anlamda her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNDİSTAN'a

Yüksek lisans döneminde tanıdığım, her zaman desteğini ve yardımını eksik etmeyen sevgili hocam Öğr. Gör. Yağmur AKBAL'a,

Araştırmamın tüm süreçlerinde yardımlarını ve dostluğunu hiç eksik etmeyen, en büyük destekçim ve biricik arkadaşım Saliha Asra BAKİ'ye,

Büyük bir sabır ve özveri ile hep yanımda olan sevgili annem Hürmet KUYUMCU, babam Mehmet KUYUMCU, ablam Şeyma ÇİÇEK ve kardeşim Yahya Kemal KUYUMCU'ya,

Manevi desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen yol arkadaşım sevgili Av. Burak EĞLEN'e,

Tez yazım sürecinde yardımlarını eksik etmeyen arkadaşlarım Arş. Gör. Zeynep PEHLİVAN ve Arş. Gör. Bahar AKSOY'a,

Tez yazım sürecinde destek olan hocam Dr. Serdar KARAKULLUKÇU'ya,

Bu süreçte dostluklarıyla hep yanımda olan bütün arkadaşlarıma,

Beni her zaman destekleyen ve motive eden Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi (RTEÜ) Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji ekibine,

Araştırmaya katılımları ile destek veren bütün hemodiyaliz hastalarına içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Beyza KUYUMCU

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xiv

ABSTRACT

xv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Evreleri

4

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

5

2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

5

2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

6

2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

7

2.2.3.1. Böbrek Transplantasyonu

8

2.2.3.2. Periton Diyalizi

8

2.2.3.3. Hemodiyaliz Tedavisi

8

2.3. COVID-19 Pandemisi

11

2.3.1. COVID-19 Virolojisi

12

2.3.2. COVID-19 Epidemiyolojisi ve Bulaşı

12

2.3.3. COVID-19 Klinik Bulguları ve Risk Grupları

13

2.3.4. COVID-19 Tanı, Tedavisi ve Korunma

14

2.3.5. COVID-19 ve Psikolojik Etkileri

15

2.4. COVID-19 Korkusu

16

2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum

17

2.5.1. Hastalığa Psikososyal Tepkiler

18

2.5.1.1. Hastalığa Duygusal Tepkiler

18

2.5.1.2. Hastalığa Davranışsal Tepkiler	20
2.5.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları ve Etkileyen Faktörler	21
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Karşılaştığı Psikososyal Uyum Sorunları	22
2.6.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlara Hemşirelik Yaklaşımları	24
2.7. Hemodiyaliz Hastaları ve COVID-19	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	27
3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Hasta Tanıtım Bilgi Formu	28
3.4.2. COVID-19 Korkusu Ölçeği	28
3.4.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report-PAIS-SR)	29
3.5. Verilerin Toplama Yöntemi	29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	30
3.9. Araştırma Planı	30
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKLAR	65
EKLER	75
Ek 1. Hasta Tanıtım Bilgi Formu	76
Ek 2. COVID-19 Korkusu Ölçeği	78

Ek 3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report-PAIS-SR)	79
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)	85
Ek 5. Etik Kurul	86
Ek 6. Kurum İzinleri	89
Ek 7. Ölçek İzinleri	90
ÖZGEÇMİŞ	91



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. 2012 yılı KDIGO kılavuzunda belirtilen GFH değerlerine göre KBH evreleri	4
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 3. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin dağılımı	34
Tablo 5. PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamaları	35
Tablo 6. PAIS-SR Ölçek toplam puanına göre hastaların uyum düzeyleri	35
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması	39
Tablo 9. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 10. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması	43
Tablo 11. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 12. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması	45
Tablo 13. Katılımcıların yaş, PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlar arasındaki ilişki	46
Tablo 14. Katılımcıların uyum düzeylerini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Araştırma planı

31



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE2	: Angiotensin converting enzyme 2 (Anjiyotensin dönüştürücü enzim 2)
AKI	: Acute kidney injury (Akut böbrek hasarı)
APOL1	: Apolipoproteini 1
AVF	: Arteriyovenöz fistül
AVG	: Arteriyovenöz greft
BUN	: Blood urea nitrogen (Kan üre nitrojeni)
CoV	: Coronavirüs
COVID-19	: Koronavirüs hastalığı
CREDIT	: Chronic Renal Disease in Turkey (Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı)
dk	: Dakika
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFH	: Glomerüler filtrasyon hızı
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit C virüsü
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
KBH	: Kronik böbrek hastalığı
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
KDIGO	: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi)
KLP	: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi
KTÜ	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
MERS-CoV	: Middle East respiratory syndrome coronavirus (Orta Doğu solunum sendromu coronavirüsü)
ml	: Mililitre
mm	: Milimetre
mRna	: Messenger ribonükleik asit (Haberci ribonükleik asit)

PAIS-SR	: Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği)
PCR	: Polymerase chain reaction (Polimeraz zincirleme reaksiyonu)
PD	: Periton diyaliz
RRT	: Renal replasman tedavisi
RTEÜ	: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
SARS Cov	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüsü)
SARS Cov-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüsü 2)
SDBY	: Son dönem böbrek yetmezliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
SS	: Standart sapma
TND	: Türk Nefroloji Derneği
vb.	: ve benzeri
vs.	: versus (karşı)

Semboller

B	: Regresyon yükü
GA	: Güven aralığı
hg	: Civa
m	: Metre
m²	: Metrekare
OR	: OddsRatio
p	: Pearson korelasyon analizi
P1	: Sağlık bakımına uyum
P2	: Mesleki çevre
P3	: Aile ortamı
P4	: Seksüel ilişki
P5	: Geniş aile ilişkileri
P6	: Sosyal çevre

P7	: Psikolojik baskı
P Toplam	: PAIS-SR Toplam puan
r	: Spearman korelasyon analizi
$\bar{X}$	: Ortalama
x^2	: Ki Kare testi
z	: Mann Whitney U testi



ÖZET

Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları COVID-19 Korkusu ve Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırma günlük yaşamlarında rol kaybı, değişen vücut imajı, ekonomik kaygılar, sosyal ve evlilik ilişkilerindeki değişimler gibi stresörlerle başa çıkmak durumunda kalan hemodiyaliz hastalarının pandemi sürecinde riskli grupta yer almaları açısından yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya Mayıs-Kasım 2021 tarihleri arasında Rize RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize Devlet Hastanesi, Rize Çayeli İshakoğlu Devlet Hastanesi ve Rize Kaçkar Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitelerinde sürekli hemodiyaliz alan 200 hasta dahil edilmiştir. Veriler "Hasta Tanıtım Bilgi Formu", "COVID-19 Korkusu Ölçeği" ve "Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)" ölçekleri kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik programında Kolmogorov - Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. PAIS-SR toplam puanı ortalaması 58.3 ± 9.5 ile %80 kötü uyum olarak saptanmıştır. COVID Korkusu Ölçeğinden alınan puan ortalaması ise 20.1 ± 4.0 olarak bulunmuştur. PAIS-SR ve COVID-19 Korkusu Ölçeği ile; cinsiyet, hastalığın yaşamı etkilemesi, COVID-19 sebebiyle yakınlarında yoğun bakım öyküsü olma durumu ve hastalığın olumsuz etkisi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). PAIS-SR gruplarına göre uyumu etkileyen faktörlere bakıldığında eğitim durumunun ortaokul ve altı olması 3.1 kat, aile yapısının çekirdek aile olması 5.9 kat riskli olduğu saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, hastaların eğitim düzeyinin iyileştirilmesini, sosyal desteğin artırılmasını, hastalığın yaşamları üzerindeki olumsuz etkisinin azaltılmasını sağlayacak çalışmalar yapılmasının yanında COVID-19 korkusuna yönelik psikolojik destek verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, hemodiyaliz, hastalığa psikososyal uyum, korku, pandemi

ABSTRACT

The Evaluation of the Fear of COVID-19 That Hemodialysis Patients Experience and Their Psychosocial Adaptations During the Pandemic

This research was carried out to evaluate the fear of COVID-19 and psychosocial adaptation of dialysis patients who have to cope with stressors such as loss of role in their daily lives, changing body image, economic concerns, and changes in social and marital relations, in terms of being in the risky group during the pandemic process. 200 patients receiving continuous dialysis at Rize RTEU Training and Research Hospital, Rize State Hospital, Rize Çayeli İshakoğlu State Hospital and Rize Kaçkar State hemodialysis units in May-November 2021 Hospital were included in the study. Data were collected by face-to-face interview technique using the "Descriptive Information Form", "COVID-19 Fear Scale" and "Psychosocial Adjustment to Illness - Self-Report Scale (PAIS-SR)" scales. In the analysis of the data, Kolmogorov - Smirnovi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman test and logistic regression analysis were used in SPSS 22.0 statistical program. The mean PAIS-SR total score was 58.3 ± 9.5 with 80% poor compliance. The mean score from the COVID Fear scale was found to be 20.1 ± 4.0 . With PAIS-SR and COVID-19 Fear scale; A statistically significant difference was found between the variables of gender, the effect of the disease on life, having a history of intensive care in relatives due to COVID-19, and the negative effect of the disease ($p < 0.05$). Considering the factors affecting adjustment according to the PAIS-SR groups, it was determined that the education level of secondary school and below is 3.1 times more risky, and the family structure being a nuclear family is 5.9 times more risky. In line with these findings, it may be recommended to provide psychological support for fears of COVID-19, as well as conducting studies that will improve the education level of patients, increase social support, and reduce the negative impact of the disease on their lives.

Keywords: COVID-19, fear, hemodialysis, pandemic, psychosocial adjustment to illness

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalmasıyla böbreğin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz bir şekilde hasara uğraması durumudur (1). GFH'nin 15 ml/dk'nın altına düşmesi kişinin son dönem böbrek yetmezliğine ulaştığını göstermektedir ve bu evrede hastalara yerine koyma yani renal replasman tedavisi (RRT) uygulanarak üreminin ortaya çıkmasının önlenmesi hedeflenmektedir (2). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), hastaların ciddi fiziksel ve psikososyal problemler yaşamasına sebep olabilen, günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan, yaşam kalitesini düşüren, yaşamı tehdit eden yaygın bir hastalıktır (3, 4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı raporda, 2015 yılında dünya genelinde 1.2 milyon insanın böbrek yetmezliğinden yaşamını yitirdiği ve 2015'ten bu yana bu oranda %32'lik bir artış olduğunu bildirmiştir. Aynı raporda dünya genelinde 2010 yılında 2.62 milyon insanın hemodiyalize girdiği bildirilmiş ve hemodiyaliz ihtiyacının 2030 yılında iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (5). Ülkemizde ise Türk Nefroloji Derneğinin (TND) yaptığı Chronic Renal Disease in Turkey (CREDIT) çalışmasının sonuçlarına göre 18 yaş üzerindeki kişilerin KBY prevalansının %15.7 olduğu belirtilmiştir. Bu verilere göre ülkemizde 6-7 erişkinden birinde kronik böbrek hastalıklarının değişik evrelerine rastlanmıştır. Toplumun yaş ortalamasının giderek artması ve diyabetin ülkemizde epidemi haline gelmesi sebebiyle ülkemizde SDBY sıklığında önemli bir artış mevcuttur. SDBY'li birey sayısı milyon nüfus başına 2005 yılında 491 kişi iken 2016 yılında bu sayı iki kat artmış ve 933'e yükselmiştir. Türkiye 2001-2014 yılları süresince dünya genelinde SDBY prevelansı en fazla artış gösteren ilk on ülke arasında bulunmaktadır (6). SDBY olan kişiler, böbrek fonksiyonunu değiştirmek ve yaşamlarına optimal seviyede devam edebilmek için RRT ihtiyaç duymaktadırlar (7). Bu tedaviler hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek naklidir. En sık uygulanan RRT ise hemodiyalizdir. HD, yani akut böbrek hasarı veya kronik böbrek hastalığı (KBH) olan uzun süreli, kademeli bir kayıp yaşayan kişilerde böbreklerin metabolizma artıklarını vücuttan uzaklaştırarak homeostazın (kararlı bir iç ortam) korunmasını sağlar (8). HD tedavisi haftada iki-üç kez 4-6 saat süren seanslara katılım gerektiren ve hastaların yaşamını fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik açılardan etkileyen bir süreçtir (9). HD tedavisi alan kişiler diyet kısıtlamalarına, tedaviye bağımlılık gibi yaşam değişikliklerine, tedavinin yaşamı tehdit eden komplikasyonlarına uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan

yaşamındaki krizleri yönetmeye, sağlık sunucularıyla iyi ve faydalı iletişim kurmaya, kendi duygusal dengesini sağlamaya, bulunduğu sosyal çevrede sahip olduğu rolleri korumaya ve iş kaybı yaşayanlar bunun neticesinde ekonomik sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır. Hastaların bütün bu fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişikliklere uyum sağlayıp sağlayamaması hastalığın gidişatını olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir (10, 11).

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde nedeni tam olarak anlaşılamayan pnömoni vakaları tespit edilmiş, daha önce insanlarda görülmemiş bir koronavirüs olduğu anlaşılmış ve daha sonra SARS CoV'a benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Hastalık ise COVID-19 olarak isimlendirilmiştir. COVID-19 bulaşma yolu, yayıldığı coğrafi alan ve bulaşma hızı nedeniyle DSÖ tarafından 11 Mart 2020 tarihinde "pandemi" ilan edilmiştir (12). COVID-19, asemptomatik olabileceği gibi hafif veya orta derecede seyreden vakalarda öksürük, ateş, yorgunluk, baş ağrısı, ishal, bulantı, koku ve tat alma duyusu kaybı, solunum güçlüğü gibi semptomlarla görülebilir. Ağır vakalarda ise pnömoni, böbrek yetmezliği, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu ve hatta ölüm görülebilmektedir (13). COVID-19 virüsü 12 Mayıs 2020 itibariyle dört milyondan fazla insana bulaşmış ve yaklaşık üç yüz bin insanın ölümüne sebep olmuştur. Kişilerde kronik hastalığa sahip olmanın SARS-CoV-2 virüsünün bulaşma riskini arttırdığı, enfekte olan hastalarda hastalığın prognozunu kötü etkileyerek kişilerin yoğun bakıma ihtiyaç duymasına neden olduğu ve mortaliteyi arttırdığı belirtilmiştir (14).

COVID-19 enfeksiyonunun HD hastalarında daha şiddetli ve daha kötü bir seyrirde ilerlediği belirtilmiştir (15). HD hastaları enfeksiyonlara karşı oldukça hassas bir grup olduğundan COVID-19 enfeksiyonu yönünden de riskli bir gruptur ve hastaların tedavi olmak amacıyla haftada iki-üç kez gelmek zorunda kaldığı HD merkezleri de salgının bulaşma riskinin yüksek olduğu alanlardır (16). COVID-19 pandemisi nedeniyle katı önlemler ve zorunlu izolasyon kişilerin günlük yaşamını, çalışma faaliyetlerini, ekonomilerini ve dolayısıyla psikolojilerini etkilemekte ve pek çok insanın kaygı, korku, endişe ve gerginlik gibi olumsuz duygular yaşamasına sebep olmaktadır. Riskli grupta yer alan ve tedavileri gereği sık sık kapalı bir alan olan HD ünitesine gitmek zorunda kalan HD hastaları için salgının yarattığı endişe, korku ve çaresizlik duyguları bu hastaların psikolojik kriz riskini arttırmaktadır (17). Bu çalışma, bütün insanları olumsuz etkileyen pandemi sürecinde riskli grupta yer alan, sahip oldukları kronik hastalığın, zorlu HD tedavi sürecinin getirmiş olduğu fiziksel ve psikososyal sorunlarla baş etmeye çalışan HD

hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarının değerdendirilmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Evreleri

Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) grubu 2012 yılında yayınlanan Kronik Böbrek Hastalığının Değerlendirilmesi ve Yönetimi için Klinik Uygulama Kılavuzları'nda dünya genelinde kullanılmak üzere evrensel bir KBH tanımı oluşturmuştur. Bu klavuzda KBH, böbrek yapısı ve fonksiyonunda sağlığı etkileyen anormalliklerin üç aydan daha uzun süre mevcut olması veya böbrek hasarı olsun veya olmasın GFH'nin üç ay veya daha uzun süredir 60 mL/dk/1.73 m²'den az olması olarak tanımlanmaktadır. KBH, GFH değerine bağlı olarak evrelere ayrılmaktadır (18) (Tablo 1).

Tablo 1. 2012 yılı KDIGO Kılavuzunda belirtilen GFH değerlerine göre KBH evreleri

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanım
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği

G1 Evresi: GFH normal veya yüksektir, klinik belirti ve bulgu görülmez. KBH bu evrede belirti vermez.

G2 Evresi: GFH 90 ml/dk'nın altına düşer, böbrek rezervlerinde kayıp mevcuttur ve hastalarda proteinüri, hematüri ve mikroalbüminüri görülür.

G3a Evresi: GFH 45-59 ml/dk'dır ve böbrek işlevlerinin yarısından fazlası kaybolmaktadır.

G3b Evresi: Evre 3a'dan hemen sonra görülmektedir ve GFH 30-44 ml/dk değerlerine düşmektedir. Üçüncü evre genel olarak böbrek fonksiyonlarında meydana gelen kayıpların belirginleşmesiyle kan üre nitrojeni (BUN) ve kreatinde artış, anemi, idrar konsantrasyonunda azalma, noktirü, poliüri gibi durumların görüldüğü evredir.

G4 Evresi: GFH 15-29 ml/dk değerlerine kadar düşmüştür. Üremik semptomlar belirgin olarak görülmektedir. Bu evredeki kişilerde üremi sebebiyle

bulantı, iştahsızlık, kusma ve kanama gibi gastrointestinal bulgular ve üremik ensefalopati, üremik nöropati gibi nörolojik bulgular, hipokalsemi, hiperfosfatemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz ve anemi, görülür.

G5 Evresi: GFH 15 ml/dk'nın altına düşer, üremik semptomlar daha fazla belirgin hale gelir, idrar miktarı azalır, vücudun bütün organ ve sistemleri etkilenir ve RRT ihtiyaç duyulur. Bu evre son dönem böbrek hastalığı olarak isimlendirilir (19-21).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Glomerüler filtrasyon hızı normalin %75'i kadar azaldığında böbreğin metabolik ve endokrin fonksiyonlarında geri dönüşü olmayan kayıplar meydana gelir. KBY böbreğin nefron sayısında ve işlevinde azalma ile son bulan ve yaygınlıkla SDBY götüren patofizyolojik bir süreçtir. SDBY'inde böbrek fonksiyonlarının irreversible kaybı ile ortaya çıkan üreminin yaşamı tehdit etmesi nedeniyle hastalara RRT uygulanır (22).

2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Son dönemlerde dünya çapında yapılan çalışmalara göre erişkin bireylerin %13.4'ünde KBH'nın bulunduğu ortaya çıkmıştır. Dünyada 600 milyondan fazla kişide KBH olduğu ve 7-8 kişiden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı bulunduğu tahmin edilmektedir (6). DSÖ küresel sağlık tahminlerine göre, 2012 yılında 864.226 ölümün (veya dünya çapındaki ölümlerin %1.5' i) KBH'dan kaynaklandığı görülmüştür. Önde gelen ölüm nedenleri listesinde on dördüncü sırada yer alan KBH'nın, 100.000 kişi başına 12.2 ölümden sorumlu olduğu belirtilmiştir (2). Dünya çapındaki yetişkinlerin yaklaşık %10'u, her yıl 1.2 milyon ölüm ve 28.0 milyon yıllık yaşam kaybıyla sonuçlanan bir tür KBH'dan etkilenmiştir. 2040 yılına kadar, KBH'nın küresel olarak beşinci önde gelen ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde ise TND yaptığı CREDIT araştırmasının sonuçlarına göre 18 yaşın üstündeki bireylerin KBY prevalansının %15.7 olduğu belirtilmiştir. Başka bir deyişle, ülkemizde 6-7 erişkinden birinde kronik böbrek hastalıklarının değişik evrelerine rastlanmıştır. KBH olan bireylerden %5.1'inde GFH < 60 ml/dk olduğu saptanmıştır. Bu duruma göre 20 erişkinden birinde kritik düzeyde KBH görüldüğü anlaşılmıştır. Bütün bu oranlara bakıldığında ülkemizde KBH'dan yaklaşık dokuz milyon yetişkinin etkilendiği ve bunların üç milyonunun GFH'ye göre belirlenmiş evrelerden Evre 3-5 kategorisinde olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda;

böbrek hasarının varlığının belirteci olan mikroalbüminüri oranı %10.2, makroalbüminüri oranı ise %2 olarak saptanmıştır. Bu durum KBH'nın Türkiye'de büyük bir halk sağlığı problemi olduğunu ispatlamaktadır. KBH 'nın beşinci evresi SDBY olarak isimlendirilir ve bu evrede meydana gelen geri dönüşümsüz böbrek hasarı dolayısıyla sıvı elektrolit dengesizliklerini önlemek adına RRT uygulanır. TND'nin 2017 yılında yayınladığı rapora göre RRT'nin prevelans oranları sırasıyla; HD %75.8, PD %4.3 ve transplantasyon %19.8 olarak bulunmuştur. TND'nin 2001 yılındaki Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi bulgularına göre SDBY'li hasta sayısı milyon nüfus başına 314 iken günümüze baktığımızda bu sayı 2.5 kattan fazla artmış olup on yıllık bir sürede SDBY'li hasta sayısı milyon nüfus başına 800'ü geçmiştir (6, 23, 24).

2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı ile ilişkili en yaygın altta yatan hastalıklar, özellikle yüksek gelirli ve orta gelirli ülkelerde Diyabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyondur (HT). Diyabetlilerde, KBH prevalansının %30-40 olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte; otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar (örn. HIV, hepatit B virüsü, hepatit C virüsü), nefrotoksik ilaçlar (nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, bitkisel ilaçlar, lityum),tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, böbrek taşları, idrar yolu tıkanıklığı, malignite, obezite, azalmış böbrek kütlesi (nefrektomi, düşük doğum ağırlığı),akut böbrek hasarı öyküsü, sigara, damar yoluyla ilaç kullanımı (eroin, kokain vb.) ve ailede böbrek hastalığı öyküsü gibi durumlar da KBH için risk faktörüdür.

Düşük ve orta gelirli ülkeler sosyo-ekonomik durumdaki mevcut eğilimler ve yaşlanan bir nüfus, KBH'li kişilerin mutlak sayısını artırmaktadır. Ayrıca, erken doğum veya intrauterin büyüme kısıtlaması nedeniyle düşük doğum ağırlığı (tipik olarak <2.500 g olarak tanımlanır), daha sonraki yaşamda KBH ile ilişkilidir; erken doğum ve düşük doğum ağırlığının küresel riskleri sırasıyla ~%10 ve ~%15'tir. Bu nedenle, milyonlarca çocuk daha sonraki yaşamlarında KBH riski altında doğmaktadır (25).

Beyaz olmayan ırk, düşük eğitim, düşük gelir ve gıda güvensizliği dâhil olmak üzere KBH riskinin artmasına katkıda bulunan çeşitli sosyodemografik faktörler vardır. Beyazlarla karşılaştırıldığında, Afrikalı Amerikalılar ve Pasifik Adalıları önemli ölçüde daha yüksek SDBY riskine sahiptir. Bunun nedeni kısmen hipertansiyon, diyabet ve obezite prevalansının artmasıdır. Bununla birlikte, genetik faktörlerin de katkıda bulunması

muhtemeldir. Daha spesifik olarak, Apolipoprotein L1'i (APOL1) kodlayan gendeki risk alelleri, çekinik bir genetik tarzda böbrek hastalığı riskini artırabilir (20, 26).

Kronik böbrek hastalığına neden olan risk faktörleri:

Sosyodemografik Faktörler: 60 yaş üzerinde olmak, beyaz olmayan ırk, düşük eğitim düzeyi

Klinik Faktörler: DM, HT, otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyon, nefrotoksik ilaçlar, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, böbrek taşı, malignite, obezite, azalmış böbrek kültesi, akut böbrek hasarı öyküsü, sigara, damar yolundan ilaç kullanımı, ailede böbrek hastalığı öyküsü

Genetik Faktörler: APOL1 risk aleli, orak hücre özelliği ve hastalığı, polikistik böbrek hastalığı, Alport sendromu (göz anomalileri ve sensorinoral işitme kaybı ile birlikte görülen genetik böbrek hastalığıdır), böbrek ve idrar yollarının konjenital anomalileri, diğer ailesel nedenlerdir (20, 26).

Ülkemizde de TND 2017 yılında yayınlamış olduğu verilere göre KBH'na neden olan durumlar oranlarına göre sıralandığında;

DM (%38), HT (%28), glomerulonefrit (%6), polikistik böbrek hastalıkları (%3), obstrüktif nefropati (%0.97), renal vasküler hastalık (%0.1), amiloidoz (%0.1), tübülointerstisyel nefrit (%0.1), diğer (%7) ve etiyolojisi bilinmeyen (%15) şeklinde ifade edilmiştir (6).

2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

Evre V veya terminal KBH olan, yani GFH < 15 mL/dak/1.73 m² olduğu kişiler, böbrek fonksiyonunu değiştirmek ve yaşamlarına optimal seviyede devam edebilmek için RRT'ne ihtiyaç duymaktadır (7). KBH'li hastalarda; şiddetli metabolik asidoz, hiperkalemi, ensefalopati, perikardit, aşırı hacim yüklenmesi, yetersiz beslenme, inatçı gastrointestinal semptomlar, periferik nöropati ve GFH'nın ve 5-9 mL/dk/1.73 m² olması RRT için endikasyonlardır (27). RRT hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek naklidir. TND'nin 2016 yılı özet raporuna göre 74475 SDBY hastasının RRT gördüğü belirlenmiştir. En çok uygulanan RRT şekli HD'dir (%76.1). HD'den sonra transplantasyon (%19.2) ve üçüncü sırada PD (%4.7) gelmektedir (28, 29).

2.2.3.1. Böbrek Transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu, fonksiyonel bir böbreğin canlı ya da kadavra bir donörden son dönem böbrek yetmezliği olan bir hastaya nakledilmesidir. Transplantasyon sonrası immunsupresif tedavinin yan etkileri ve rejeksiyon riski bulunur ancak komplikasyonsuz bir transplantasyon sürecinden sonra hastaların hemodiyaliz bağımlılıkları ortadan kalkmakta ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Transplantasyon sonrası hastaların birçoğu kendini fiziksel olarak daha güçlü, enerjik, bağımsız hissetmektedir ve sosyal yaşama daha rahat bir şekilde devam edebilmektedirler (30-32). SDBY'nin en uygun tedavisi olmasına rağmen organ bağışının az olması nedeniyle donör sıkıntısı yaşandığı için dünya genelinde 2.6 milyon hastadan yalnızca %22'si böbrek transplantasyonudur. Ülkemizde bu durum Batı illerine göre daha da geridedir ve son dönem böbrek hastalarının yalnızca %19'u böbrek naklidir (6, 31, 33).

2.2.3.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, bir kateter aracılığıyla periton boşluğuna steril bir çözeltinin verilmesine dayanan ve değişim yüzeyi olarak periton zarını kullanarak çözünenlerin ve suyun uzaklaştırılmasını sağlayan bir RRT'dir. Hastanın genellikle gün boyunca solüsyon değişikliği yaptığı manuel (sürekli ayaktan PD) veya makine yardımlı PD (otomatik PD) şeklinde olabilir. PD genellikle gün içinde 4 defa yapılır. İşlem hastane dışında yapılabilir ve hastanın kendisi bu işlemi tek başına yapabilir. Bu nedenle PD'nde hastaya verilen eğitim tedavinin başarısını büyük ölçüde etkiler (7, 34, 35). PD tedavisinde damar dışı katater kullanımı, hemorojinin daha az olması, asit-baz ve elektrolit dengesizliklerinin yavaş ve etkili bir şekilde düzenlenmesi, kalan böbrek fonksiyonlarının korunması, erken dönem sağ kalım gibi avantajlar vardır. Hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi HD'den daha yüksektir ancak teknik sağ kalımın düşük olması, sık karşılaşılan peritonit, protein kaybı ve zamanla volüm kontrolünün zorlaşması gibi olumsuz yönleri de vardır (36, 37).

2.2.3.3. Hemodiyaliz Tedavisi

Diyaliz terimi, Yunanca "aracılığıyla" anlamına gelen dia ve "gevşetme veya bölme" anlamına gelen "lisis" sözcüklerinden türetilmiştir. Böbreğin kanı süzme rolünün fazla suyu, çözünen maddeleri ve toksinleri uzaklaştıran yapay ekipmanla desteklendiği bir RRT şeklidir. HD, hızlı böbrek fonksiyonu kaybı, yani akut böbrek hasarı (AKI) veya KBH olan uzun süreli, kademeli bir kayıp yaşayan kişilerde böbreklerin metabolizma artıklarını vücuttan uzaklaştırma ve sıvı-osmolalite-asit/baz-elektrolit dengesini sağlayarak

homeostazın (kararlı bir iç ortam) korunmasını sağlar. AKI'nın üstesinden gelmek, böbrek nakli yapılabilene kadar zaman kazanmak veya uygun olmayanları sürdürmek için bir önlemdir (8).

Dünyada ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Seattle şehrinde Scribner tarafından damara devamlı girişi sağlayan özel bir bağlantı (shunt) kullanarak HD uygulamaya başlanmıştır. HD'nin uygulanmaya başlanmasıyla beraber önceleri tedavi edilemeyen son dönem böbrek hastalarının hayatta kalması sağlanmıştır. Neredeyse dünyanın bütün ülkelerinde en yaygın olarak kullanılan RRT HD'dir. Dünyada ortalama 3 milyon SDBY hastasından 2 milyonu, Türkiye'de ise 60.000 den fazla SDBY hastası HD tedavisi görmektedir (38).

Hemodiyaliz mekanizmasında, hastanın kanı diyalizat denilen ve içindeki konsantrasyonlar istenen şekilde ayarlanabilen bir sıvıya yarı geçirgen bir zar (diyalizer) yardımıyla temas eder. Bu iki sıvıdaki solutler yarı geçirgen zardaki porlar yardımıyla konsantre alandan yoğunluğun seyrek olduğu alana geçer ve bu duruma diffüzyon denir. Hasta kanında bulunup diyalizatta bulunmayan metabolik atıklar (üre-kreatinin, üremik toksinler) diyaliz sıvısına geçerken, diyaliz sıvısında kandan daha fazla miktarda bulunan bikarbonat gibi solütler ise diyaliz sıvısından kana geçer. Üre-kreatinin gibi düşük molekül ağırlıklı toksinler kolayca diffüze olurken mikroglobülin gibi büyük molekül ağırlıklı toksinler çok az diffüze olur veya hiç olmazlar. Albümin, immünoglobulin ve kan hücreleri ise yarı geçirgen zardaki porlardan geçemez. Ayrıca kanın hidrostatik basıncı istenilen şekilde arttırılarak kandan diyalizata su geçişi sağlanır ve böylece vücuttan atılamayan ekstrasellüler sıvı fazlalığı uzaklaştırılmış olur bu duruma ultrafiltrasyon denir. HD cihazı kullanılarak yapılan bu işlemler süresince kanın pıhtılaşmasını engellemek için antikoagülan ilaç (heparin) kullanılır (38).

Vasküler erişim için Arteriyovenöz Fistül (AVF), Arteriyovenöz Graft (AVG) ve çift lümenli HD kataterleri (kalıcı veya geçici) kullanılabilir. AVF'ler genelde sefalik venin radyal artere cerrahi işlemle birleştirilmesiyle oluşturulur. AVG ise arter ve ven arasına sentetik bir malzeme yerleştirilmesiyle oluşturulur, kullanım ömrü ortalama 1-2 yıldır. AVF üstün klinik ve ekonomik avantajları olduğu kanıtlanmıştır. Ulusal Böbrek Vakfı'nın Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi ve Fistül İlk Girişimi'nin kılavuzları, SDBY'li hastalarda hemodiyaliz için tercih edilen ilk erişim yolu olarak AVF'lerin, ardından protez greftlerinin ve son olarak HD kateterlerinin düşünülmesini önermektedir. Protez greftler

veya HD kateterlerine kıyasla enfeksiyon, hastaneye yatış, kateter yetmezliği, santral venöz stenoz ve mortalite oranlarındaki azalma ve hemen kullanımı geciktiren uzun olgunlaşma süresine rağmen dayanıklılık süresinin 3 ila 5 yıl arasında olması AVF'nin öncelikli olarak kullanılmasının sebepleridir (39).

Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları

- **İntradiyalitik hipotansiyon:** Miyokardiyal sersemletme olarak bilinen, diyaliz sırasında en sık görülen komplikasyondur. Fazla miktarda sıvı ve elektrolitin kısa bir zaman aralığında vücuttan uzaklaştırılması ile kan volümündeki azalmaya bağlı görülür. Sistolik kan basıncı 90mm/hg altına düşer.
- **Kas krampları:** Patogenezi bilinmemektedir. Yüksek ultrafiltrasyon hızı, hipotansiyon, hipovolemi ve sodyumu düşük diyaliz sıvısı kramplara zemin hazırlar.
- **Hemodiyaliz dengesizliği sendromu:** Hastalarda ilk tedavileri sırasında veya hemen sonrasında daha sık görülür. Huzursuzluk, mental konfüzyon, baş ağrısı, ara sıra kas seğirmesi ve koma ile nörolojik bozulma ile karakterize klinik bir sendromdur. Suyun merkezi sinir sistemine hareketine neden olan ve kafa içi basıncının yükselmesine neden olan beyin omurilik sıvısı ve kandaki üre konsantrasyonları arasındaki önemli bir gradyan nedeniyle oluşur.
- **Diyalizör reaksiyonları:** Dispne ile kendini gösteren anafilaktik tip A reaksiyonlar, fistül bölgesinde artan vücut ve lokal sıcaklık, kaşıntı, ürtiker, nezle, gözlerde sulanma, karın krampları ve ishal. Diyalizörleri sterilize etmek için kullanılan etilen okside aşırı duyarlılık nedeniyle semptomlar hemodiyalizden sonraki ilk 30 dk içinde herhangi bir zamanda başlayabilir.
- **Hemoliz:** Hemodiyaliz sırasında akut hemoliz, venöz kan hattında şarap görünümü, hematokritte belirgin bir düşüş ve pembe renkli bir plazma santrifüjlenmiş kan örneği ile belirtilen tıbbi bir acil durumdur. Göğüste sıkışma, nefes darlığı ve bel ağrısı gibi belirtilere sebep olabilir.
- **Kardiyak sorunlar:** HD elektrolit dengesizliğini tedavi etmek için kullanılır; ancak, buna da neden olabilir. Uyumsuz hastalarda hipermagnezemi, hiponatremi ve hipokalsemi yanında hiperkalemi en sık görülen ve klinik olarak anlamlı komplikasyondur. HD başlangıcından üç ay sonra, HD hastalarında kardiyak arrest olasılığı PD hastalarına göre iki kat daha fazladır. Ani kardiyak

ölümler büyük olasılıkla HD'nin başlamasından sonraki ilk iki ayda meydana gelebilir.

- **Hava embolisi:** Diyalizörün venöz kan hattında görülen köpük ile ölümcül bir komplikasyondur. Göğüs oskültasyonunda çalkalama sesi duyulabilir.
- **Kaşıntı:** Sekonder hiperparatroidizm, deride kalsiyum ve fosfat birikmesi, hiperfosfatemi, yeterli olmayan hemodiyaliz, demir eksikliği, anemi, kuru deri ve hipersensitivitesi düşük hemodiyaliz araçları ile diyalizin uygulanması gibi nedenlerden kaynaklanabilir.
- **Enfeksiyon:** HD hastalarında immunsupressif tedavi, aşı yanıtının az olması, üremi, ileri yaş, komorbiditelerin varlığı, hastaneye yatış öyküsü, HD girişim yolu, kataterin şekli gibi durumlar enfeksiyon riskini oluşturur. Kan yoluyla bulaşan Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV) gibi enfeksiyonların görülmesinin yanında yapılan çalışmalarda enfeksiyonların %70'den fazlasının vasküler erişim yeriyle ilgili olduğu belirtilmiştir.
- **Yorgunluk-güçsüzlük:** Hastaların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen ve HD hastalarının çoğunda görülen önemli bir sorundur. Sıvı-elektrolit dengesizliği, endokrin, metabolik ve hematopoetik fonksiyonların yerine getirilememesi gibi durumlar nedeniyle görülür.
- **Vasküler erişim disfonksiyonu:** Kan akışında azalma ve tromboz riski vardır. En yaygın olarak arteriyovenöz erişimin stenozu, bir HD hastasının yaşam kalitesinin en güçlü belirleyicisidir. Kateterle ilişkili bir fibro-epitelyal kılıfın oluşumu da kan akışını engelleyebilir ve bu durumlarda hastanın HD tedavisi aksayabilir.
- **Bulantı ve kusma:** En sık nedeni hipotansiyon olmakla beraber Disequilibrium sendromu, hiperkalsemi gibi durumlar nedeniyle görülebilir.

Diğer spesifik olmayan komplikasyonlar arasında baş ağrısı (%70), göğüs ve sırt ağrısı (%1 ila %4) yer alır. Bunlar muhtemelen hipotansiyonla ilgilidir veya dengesizlik sendromunun erken bir belirtisi olabilir. İlişkili hipotansiyonu tedavi etmek semptomları giderir (8, 40, 41).

2.3. COVID-19 Pandemisi

Dünya üzerinde çok geniş bir coğrafyaya veya tüm dünyaya yayılan, hayvan ve insanlarda hastalık ve ölümlere sebep olan bulaşıcı, salgın hastalıklara pandemi adı verilir

(42). 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan kentinde nedeni anlaşılmayan pnömoni olguları tespit edilmiştir. Etkenin, insanlarda daha önce varlığı görülmemiş yeni bir tür koronavirüs (2019-nCoV)'ün olduğu 7 Ocak 2020 tarihinde tanımlanmıştır. 30 Ocak 2020'de DSÖ salgını "Uluslararası Önemli Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan etmiştir. 12 Şubat 2020'de DSÖ, yeni koronavirüsün sebep olduğu hastalığa "koronavirüs hastalığı 2019" (COVID-19) ismini vermiş ve Çin'den başka 113 ülkede daha COVID-19 vakalarının görülmesiyle 11 Mart'ta "pandemi" ilan etmiştir (43).

2.3.1. COVID-19 Virolojisi

Coronavirüsler, yüzeyinde taç benzeri bir görünümü olan diken benzeri çıkıntılara sahip zarflı RNA virüsleridir. İnsanların dolaşımında bulunan ve genelde ağır olmayan solunum yolu enfeksiyonuna neden olan dört çeşit koronavirüs (CoV) vardır ve bunlar HKU1, NL63, 229E, OC43 şeklinde isimlendirilmiştir (44). Son 20 yılda iki yeni CoV, Şiddetli Akut Solunum Sendromu CoV (SARS-CoV) ve Orta Doğu Solunum Sendromu CoV (MERS-CoV) meydana gelmiş ve insanlarda önemli hastalıklara sebep oldu. COVID-19'a neden olan patojen de ilk olarak Ocak 2020'nin sonlarında SARS-CoV-2 olarak tanımlanmış CoV'lerin yeni bir üyesidir. SARS-CoV-2'nin, genetik dizisinin diğer CoV'leriyle benzerliğine dayanarak, yarasalardan kaynaklandığını söylenmiş ancak olası bir yarasa rezervuarı ile insanlar arasındaki SARS-CoV-2'nin ara hayvan konakçısı henüz belirlenememiştir (45). SARS-CoV-2'nin Spike proteini (S proteini), reseptörlere bağlanmada önemli bir rol oynar ve konakçı tropizmi ve virüsün bulaşabilirliğini belirlenmesi için kritik öneme sahiptir. S proteini hücrelere girmek için konakçı reseptör anjiyotensin dönüştürücü enzim 2'yi (ACE2) kullanır ve SARS-CoV'nin hava yolu epitelini ve alveolar tip 2'yi enfekte etmesini kolaylaştırır. Yapılan çalışmalarda SARS-CoV-2'nin S proteininin ACE2'yi SARS-CoV'nin S proteininden yaklaşık 10 ila 20 kat daha yüksek afinite ile bağladığı görülmüştür. Bu durum SARS-CoV-2'nin insan popülasyonunda daha kolay yayılmasına neden olur (46-50).

2.3.2. COVID-19 Epidemiyolojisi ve Bulaşı

Yeni tip koronavirüsün bildirilen ilk 99 vakasının 49'u Wuhan kentinde bulunan deniz ürünleri pazarıyla temaslı olan bireylerden oluşması virüsün kaynağı olarak deniz ürünleri pazarında maruz kalınan sürekli bir ortak kaynağı düşündürmüştür. Daha sonra Wuhan pazarlarına veya vahşi hayvanlara maruz kalma geçmişi olmayan bir Shenzhen aile kümesi de kişiden kişiye bulaşma olasılığını kanıtlamıştır (50).

Virüs, SARS-CoV-2 virüsünü taşıyan kişilerin konuşması, hapşırması veya öksürmesi durumunda diğer insanlara damlacık yoluyla bulaşır. Aynı zamanda virüsle enfekte olmuş yüzeylere temas ettikten sonra da bulaşma olabilir. Virüs bulunan damlacıklar en fazla 2m uzağa gidebilmekte, alkol ve dezenfektanlara dirençli kalamamakta, ancak çelik ve plastik zeminlerde 72, kartonlarda 24 saat yaşamını sürdürebilmektedir. Bu bilgiler ışığında ortamın potansiyel bir bulaşma ortamı olarak hizmet ettiği ve bulaşın önlenmesi için çevre ve el hijyenine sıkı sıkıya bağlı kalınması gerektiği görülmüştür. Kan ve dışkı gibi solunum sistemi haricinde de tespit edilmiştir ancak bulaşmadaki etkileri belirlenememiştir (51). Ortalama kuluçka süresi 1 ila 14 gün arasında değişen yaklaşık 5 gündür ve hastalarda virüs ile temastan sonraki 12.5 günde semptomlar görülmesi olasıdır. Virüs ile yakın temasta bulunan bireyler için 14 günlük bir karantina önerilmektedir (45). Bulaştırıcılık süresi tam olarak bilinmemekle beraber hastalığın başladığı ilk günlerin daha riskli olduğu düşünülmektedir. Hastalığı ağır geçiren kişilerden alınan örneklerde daha uzun süre virüse rastlanmıştır (52).

DSÖ'nin 2020 yılı Nisan ayındaki raporuna göre vaka ölüm hızının %6.3 olduğu bildirilmiştir. Ülkeler arasında vaka ölüm hızı yönünden farklılıklar mevcuttur ve salgın henüz bitmediği için kesin değerler söylenemese de kabaca bazı görüşlere sahip olunmuştur. Örneğin yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelerde ölüm hızı oranı daha yüksektir (51). Dünyada 2020 Aralık sonu itibariyle salgından dolayı 80 milyonu aşan toplam vaka ve 2 milyona yakın ölüm görülmüştür. Ülkemizde ise ilk vakanın 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmesinden itibaren Aralık 2020'de toplam vaka sayısının 2.194.272 olduğu ve 20.642 ölümün meydana geldiği bildirilmiştir (53).

2.3.3. COVID-19 Klinik Bulguları ve Risk Grupları

Hastalarda ilk başlarda en çok görülen semptomlarkuru öksürük, ateş, yorgunluktur. Bulantı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, hemoptizi, nefes darlığı, diyare, koku ve tat alma duyusu kaybı diğer bulgulardır. Genelde pnömoni, nezle ve soğuk algınlığı gibi solunum yolu enfeksiyonları görülür ancak klinik hastadan hastaya değişiklik gösterebilir. Hastalık asemptomatik, hafif, orta/ ağır ve ciddi vakalar şeklinde görülebilmektedir. Ağır vakalarda pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve ölüm görülebilmektedir.

Pnömoni olan vakalarda akut solunum sıkıntısı, akciğerlerde iki taraflı buzlu cam alanlarının görülmesi ve akut kardiyak yaralanmalar görülmüştür. Virüsün sebep olduğu

mukoza hasarı veya vaskülit nedeniyle tromboembolik süreçler farklı sistemlerde farklı komplikasyonlara neden olabilir. Örneğin, Miyokard Infarktüsü, serebrovasküler olay, akut böbrek yetmezliği gibi durumlar gelişebilir (54, 55).

Bütün insanlar COVID-19'a yakalanma açısından riskli olsa da gebeler, yaşlılar ve sağlık çalışanları daha riskli kişilerdir. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanma olasılığının etkenle daha sık karşılaştıkları için topluma göre 12 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalıkları veya DM olan erkeklerde ACE2 miktarı daha yüksektir ve virüs hücre içine girmek için bu enzimi kullanır dolayısıyla bu özelliklerdeki kişilerde virüsü bulundurma ve hastalığı şiddetli geçirme riski daha yüksektir. Kronik hastalıkların ileriki yaşlarda görülme olasılığı daha yüksek olması ve ayrıca immün sistemin de savunmasız olması sebebiyle yaşlı hastalar virüse karşı daha hassastır (53). Tüm dünyada COVID-19'a yakalanan yaşlı hastalarda ölüm oranı daha yüksektir. Çin'de gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada hastalardan %48'inin komorbiditeye sahip olduğu, bunların %30 HT, %19 DM ve %8 koroner arter hastalığı olduğu bulunmuştur (14). Sigara kullanımı da ACE2 seviyesini yükselttiği için ve erkek popülasyonunda sigara kullanımı fazla olması dolayısıyla erkek hastalarda hastalık daha şiddetli ve çok görülmektedir. Ekim 2020 verilerine göre ABD'de COVID-19 pozitif olgulardan erkek ölüm oranı %3.51, kadın ölüm oranı ise %2.76 olarak bildirilmiş olup ülkemizde bu oranlar sırasıyla %3.28 ve %2.1'dir.

Özetle sağlık çalışanları, 50 yaş üstü bireyler, erkekler, kronik hastalığı olan bireyler ve toplu alanlarda yaşayan kişiler COVID-19'a yakalanma açısından riskli gruplardır (53).

2.3.4. COVID-19 Tanı, Tedavisi ve Korunma

COVID-19 tanılanmasında hastaların solunum yolları mukozasından alınan polimeraz zincirleme reaksiyonu (PCR) testi, serolojik testler ve radyoloji görüntülemesi kullanılır. Hastalığın kanıtlanması için hastalık şüphesi olan kişilerin solunum mukozalarından alınan PCR testinin pozitif olması gerekir. PCR testinin negatif olduğu ve COVID-19 ile temaslı vakalarda hızlı antikor testinin yapılması tanıyı kolaylaştırabilir. Radyolojik tanıda bilateral buzlu cam alanları COVID-19 için anlamlıdır (56).

COVID-19'un hastalık yapıcı niteliklerine ve farklı klinik süreçlerine dayanarak, orta ila şiddetli COVID-19 vakalarında kullanılan ilaç grupları, antiviral ajanlar, inflamasyon inhibitörleri/antiromatizmal ilaçlar, heparinler, plazma ve hiperimmün

immünoglobulinlerdir (57). COVID-19 hastalarının yönetimi, epidemiyolojik risk ve hasta izolasyonunu içerir; tedavi, solunum desteği, semptomatik tedavi, beslenme desteği, psikolojik müdahale vb. içerir. Hastaların prognozu hastalığın ciddiyetine, hastanın yaşına, hastaların altta yatan hastalıklarına bağlıdır (58).

Ciddi enfeksiyonu olan hastalarda semptomatik olarak oksijen tedavisi uygulanır. Solunum yetmezliğinin ağırlaştığı ve oksijen tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda mekanik ventilasyon uygulanır (59). COVID-19 virüsünden korunmanın en etkili yolu aşıdır. Aşılanmayla öncelikle hastalığın şiddeti azaltılıp ölüm oranlarını düşürmek amaçlanmıştır. Aşılanma oranının artırılması pandeminin bitmesini sağlayacaktır. SARS-CoV2 için farklı aşılar geliştirilmiştir. Bunlar inaktif aşılar, mRNA aşıları (Pfizer-BioNTech) ve viral vektör aşılarıdır (60).

COVID-19'dan korunmada genel tedbirler şu şekildedir:

- Akut solunum yolu enfeksiyonu olan bireylerle temastan kaçınılmalı, sosyal mesafe korunmalı, solunum hijyenine uygun davranılmalı.
- Enfekte kişilerle ve çevreleriyle temas halinde olunduktan sonra eller etkili bir şekilde sık sık yıkanmalıdır.
- Sosyal alanlarda sosyal mesafeye dikkat edilmeli ve maske kullanılmalıdır
- El ve yüzey temizliğine her daim dikkat edilmelidir
- Kapalı ve kalabalık ortamlarda bulunmaktan kaçınılmalıdır. Zorunlu kalmadıkça bu tür ortamlara gidilmemelidir.
- Genel beden sağlığına dikkat edilmeli, dengeli ve sağlıklı beslenilmeli, hareketsiz kalmamaya özen gösterilmelidir
- Kronik hastalığı olanlar tedavilerini aksatmamalı ve sürekli kontrol altında tutulmalıdır.
- Sağlık çalışanları koruyucu ekipman kullanarak çalışmalı, hasta bakımında havayolu ile temas izolasyonuna dikkat etmelidir (55).

2.3.5. COVID-19 ve Psikolojik Etkileri

COVID-19 pandemisi nedeniyle katı önlemler ve zorunlu izolasyon insanların günlük yaşamını, çalışma faaliyetlerini, ekonomilerini ve dolayısıyla psikolojilerini etkilemektedir. Yaygın bulaşma, karantina ve sosyal mesafe gibi durumlar insanların psikolojik sağlığını etkiler ve pandemiye karşı duygusal tepkiler vermelerine neden olur.

İnsanlarda uyumsuz davranışlar, duygusal sıkıntı ve savunma korku, kaygı, öfke, can sıkıntısı, depresyon, yalnızlık, hayal kırıklığı ve stres gibi duygusal tepkiler görülür. COVID-19 dan etkilenen kişilerde klinik semptomlar ve hastalığın ilerlemesi, fiziksel rahatsızlık, ilaç yan etkileri, başkalarına virüs bulaştırma korkusu, algılanan tehlike, belirsizlik ve iletişim araçları veya sosyal medya üzerinde yayınlanan korkutucu haber tasviri psikolojik semptomlara sebep olabilir (61, 62).

Salgının başlarında gıda raflarının boşalması, sosyal medya paylaşımları, bilgi kirliliği, uzun süreli toplumsal kapanmalar, televizyonlarda saatlerce yapılan salgınla alakalı yayınlar korku ve paniğin artmasına sebep olmuştur. Bütün yaşanan bu olumsuz durumların insanlar üzerinde uzun süreli psikolojik etkileri olacağı öngörülmektedir. Bu konuda Çin’de yapılan çalışmalarda epidemiyeye ve gündeme vaktini fazla ayıran kişilerde daha çok olmak üzere yüksek seviyede kaygı bozukluğu ve uyku kalitesinde problemler görülmüştür. Sosyal mesafe, seyahat kısıtlamaları, ihtiyaç duyulan malzemelerin temin edilememesi ve medyanın salgınla alakalı haberlerine maruz kalmanın dünyanın genelinde depresyon ve kaygıya sebep olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada salgının ilk başlarında travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıktığı ve devam ettiği görülmüştür (63).

2.4. COVID-19 Korkusu

Korku ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan bir tehdide tepki olarak açığa çıkan bir duygudur (64).

COVID-19 salgını dönemindeki korkunun, birbiriyle alakalı dört diyalektik alan çerçevesinde psikolojik seviyede organize edildiği düşünülmektedir. İlk korku alanında beden korkusu mevcuttur. COVID-19 salgını dolayısıyla kişiler bedenlerine karşı zarar verici bir tehdit algılar ve bedeni koruma korkusu yaşarlar. Bu korku bazen bedeni korumak isterken bedene zarar verme şekline dönüşebilir. Örneğin İtalya’da yakın zamanda kalp krizinden kurtulan birçok kişinin enfekte olma korkusuyla hastaneye gitmek yerine evde kalmayı tercih ettiği görülmüştür. İkinci korku alanı kişilerin hayatlarındaki önemli ve sevdiği insanlardan korkmasıdır. Sosyal mesafe ve karantina gibi önlemlerden kaynaklı kişiler çok sevdiği insanlardan zarar görme veya onlara zarar verme korkusu yaşarlar (65). Üçüncü korku alanı bilme ve bilmeme korkusudur. Kişiler pandemi ile alakalı bilgi eksikliği yaşama korkusuyla fazla bilmek isteyebilir ya da öğrenecekleri bilgiler sebebiyle endişe ve sıkıntı yaşayacakları korkusuyla bilmemeyi tercih edebilirler. COVID-19 ile

ilgili bilgileri bilmeme korkusuna kapılarak çılgınca arama yapmak kaygı ve sıkıntıyı artırabilir aynı zamanda, önemli ve hatta hayatta kalmayı teşvik eden bilgiler, bilme korkusu nedeniyle gözden kaçabilir (64).

Dördüncü korku alanı harekete geçme korkusu/eylemsizlik korkusudur. Örneğin, bir kişinin yaşlı anne-babasını enfekte etme olasılığı nedeniyle ziyaret edip etmeyeceğine karar vermek çok zor olabilir; böyle bir kişi, ebeveynlere bakma görevi ile bu tür ziyaretlerden kaçınarak onları güvende tutma sorumluluğu arasında kalır (64, 65).

Genel olarak insanlar pandemi sürecinde COVID19'a yakalanma, hayatını kaybetme, yakınlarını kaybetme, yiyecek bulma sıkıntısı yaşama, sağlık kurumlarına ulaşamama, işsiz kalma, başka birine virüs bulaştırma gibi korkular yaşamaktadır. Bu korkular insanlar üzerinde kaygı, stres ve depresyon gibi etkiler oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu süreçte yaşanan tedavi, korunma, sosyal izolasyon, geleceğe yönelik belirsizlikler ve COVID-19 ile alakalı medyadaki bilgi kirliliği de insanlar üzerinde yoğun korku ve kaygıya sebep olmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada örneklemin %24.9'unun COVID-19 nedeniyle kaygı duyduğu bulunmuştur (66).

2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum

Uyum iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabullenip bunlarla etkili bir şekilde baş etme, doğru tutum ve davranışları gösterebilme yeteneği olarak tanımlanır. Hastalık kişinin yaşamını fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik açılardan etkiler ve uyumunu bozar (9). Hastalığa fizyolojik uyum tedaviye, tedavinin komplikasyonlarına, sıvı ve diyet kısıtlamaları, hareket kısıtlılığı, ilaçlar, tedavi süresi ve tedavinin getirdiği bütün yaşam şekli değişikliklerine uyumu gerektirir (10).

Psikolojik uyum: Hastanın kendi yaşamındaki mücadelelerle, edindiği kazançlar ve kayıplarıyla ilgili, davranışsal olarak gözlenebilen soyut ve kompleks bir süreçtir. Psikolojik uyum hastalığın prognozu, hastane yatışı olması, tedavinin başarısızlığı ve öz bakım yetersizliği ile ilgili değişikliklere bağlıdır. Aile içindeki roller, yaşam amaçları ve beklentileri yeniden belirlenir. Kronik hastalığı olan kişilerde günlük rutinler, aktivite, uyku düzeni, sağlığın devamlılığı, arkadaşlık ilişkileri, aile ve sosyal yaşamdaki roller, fiziksel görünüş ve geleceğe yönelik plan ve amaçların değişmesi, mali kaynakların hastalığın varlığıyla beraber azalması ve diğer bütün mutlu edici davranışların kısıtlanması gibi kişisel değişim olaylarının görülmesi sebebiyle hastada bir çok kaygı ve korku meydana gelir. Kişinin problem çözme becerisi, yaşam tecrübesi, hafızası, öğrenme

becerisi, ilgileri ve diğer kişilerle ilişkileri uyum sağlamasına yardımcı etkenlerdir. Bireyin hastalık sürecindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikleri tanınması ve bunlara uyum sağlayabilmek için etkili yolları belirleyebilmesi uyumu kolaylaştıran en önemli noktadır (67).

Sosyal Uyum: kişinin yaşadığı sosyal çevrenin normlarına, aile, arkadaş ve toplumla ilişkilerine, gelişen teknolojiye ve çevresel değişikliklere uyum sağlayarak yaşamasıdır. Bireylerin toplumda ve kendi özel yaşantılarında sahip oldukları sosyal roller hastalığa uyumu etkileyen önemli faktörlerdendir. Kişinin fiziksel ve psikolojik sağlık durumu sosyal rollerin kalitesini etkilemektedir (68). Kronik hastalığı olan kişilerin sosyal rollerini cinsiyet, yaş, aile, iş ve eğlenme aktiviteleri gibi faktörler etkiler. Sosyal uyumlarını ise iletişim yeteneği, fiziki çevre, fiziksel görünüş, sosyal kaynaklar, toplumsal ve bireysel değer, inanç ve tutumlar etkiler (67).

2.5.1. Hastalığa Psikososyal Tepkiler

Hastanın psikolojik dengesini korumak için ortaya çıkan bütün duygusal ve davranışsal cevaplar hastalığa verilen psikososyal tepkilerdir. Hastanın hastalığa uyumunu zorlaştıran ve dolayısıyla hastalığın gidişatını kötü etkileyen, hastanede kalış süresini uzatan ve yaşam kalitesini düşüren tepkiler hastanın vermiş olduğu psikopatolojik tepkilerdir. Hastalığın fiziksel özellikleri, hastanın kişilik özellikleri geçmiş deneyimleri ve baş etme yöntemleri, hastalığı algılama biçimi, bulunduğu çevrenin özellikleri, yaşadığı toplumun değer ve inançları gibi kültürel özellikleri hastalığa verilen psikososyal tepkileri etkiler (69, 70).

2.5.1.1. Hastalığa Duygusal Tepkiler

Anksiyete ve Korku: Anksiyete, kişinin belirsiz bir tehdit ile karşılaştığında yaşadığı huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik gibi hoş olmayan duygular bütünüdür. Korku ise daha özel bir tehlikeye karşı hissedilen bir duygudur. Anksiyete ve korku farklı duygular olmasına rağmen yönetimleri beraber sağlanır. Kronik hastalığı olan kişilerde hastalığın yol açtığı beden imajında zedelenme, fiziksel görünüş değişiklikleri, ağrı veya acı çekme durumları, fonksiyonel kayıplar, hastalık komplikasyonları, hayatının kontrolünü kaybetme, bağımlı hissetme, sosyal ilişkilerdeki değişimler, geleceğe yönelik belirsizlik, kendine güven kaybı, ekonomik kayıplar gibi hayatındaki bütün değişimler ve hastalığın yaşamı tehdit etmesi sebebiyle anksiyete ve korku sık karşılaşılan tepkilerdir (71-73).

Öfke: Kişilerin herhangi bir nedenden dolayı engellenme durumunda ve kişisel bir tehdit algıladığında verdiği genel bir tepkidir. Hastalık kişilerde fiziksel engellere, aktivite kısıtlamalarına, şekil bozukluklarına, hayat amaçlarındaki değişimlere, kontrol kaybına, güçsüzlüğe ve yetersizlik hissine yol açar bütün bu duygular kişilerde öfke yoluyla yansıtılabilir. Hasta birey öfkesini kendisine, ailesine ve sağlık personellerine yansıtabilir (72, 74).

Güç-Güçsüzlük: Kişilerin kontrol etme, direnme, dayanma, etkileme ve yönlendirme becerisi olarak ifade edilebilir. Kişiler kendi hayatlarında ve çevrelerinde kontrol ve güç hissini devam ettirme ihtiyacı duyarlar. Güçsüzlük de kişilerin kendi hayatlarında olan olayların kontrolünü kaybettiğinde yaşanan bir duygudur. Hastalar hastalıklarının gidişatına müdahale edemediklerinde, karşılaştıkları sorunlara karşı mücadeleleri sonuçsuz kaldığında, yaşamları içerisindeki bağımlılık ve destek görme ihtiyaçları ile yüzleştiklerinde kendilerini güçsüz hissederler (72).

Yetersizlik-Başarısızlık-Utanç: Kronik hastalıklarda uzun süreli olarak hastalar kendi yaşamlarında birçok kayıpla karşı karşıya kalabilir. Önceden çalışma hayatının içinde aktif olan insanlar hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşayabilir veya ev içerisinde önceden edindiği görevleri hastalık sebebiyle artık yerine getiremiyor olabilir. Bu durumlar kişilerde işe yaramama hissine sebep olabilir ve hastalar yetersizlik duygusuna kapılabilir. Aynı zamanda kişiler hastalığı kendi başarısızlıkları olarak da görebilirler, özellikle yaşam alışkanlıkları sebebiyle edinilmiş bir kronik hastalık durumunda (örn: sigara kullanımı sonucu kronik obstrüktif akciğer hastalığı) bu duygu daha ön planda olabilir. Hastalık veya tedavinin getirmiş olduğu beden değişikliklerinden kaynaklı utanma hissi de görülebilir (72).

Umut-Umitsizlik

Umut, kişilerin yaşaması için gerekli enerjinin kaynağıdır. İnsanı geleceğe yöneltir, stresli ve zor durumlarla başa çıkabilme gücü verir. Kronik hastalıklarda kişilerde oluşan, yapacak bir şey olmadığı duygusu umudun kaybolmasına sebep olur. Kronik hastalığı olan kişilerin fiziksel ve psikolojik sorunlarla başa çıkabilmesi için doğan her günü umutla karşılaması gerekir çünkü umudun iyileşme üzerinde olumlu etkileri vardır. Yapılan çalışmalar umudun korunmasının hastalığa uyumu arttırmakta, prognozunu iyiye gitmesini sağlamakta ve yaşam kalitesini arttırmakta olduğunu göstermektedir (75, 76).

Umutsuzluk, kişin karşılaştığı sorunları çözebilmek için hiçbir alternatifinin olmadığını düşünmesi, amaç edinmek ve gerçekleştirmek için yeterli gücü kendinde oluşturamaması durumudur. Bu duygu kişilerin duygusal ya da fiziksel olarak uzun süre yoğun bir acı çekmesi ve yeterli yardım alamamış olması neticesinde ortaya çıkar. Sorunun büyüklüğü, kişilerin başa çıkabilme durumu, otonomisi, güçsüzlük duygusu, değer yargıları, dini inançları ve çevresinden aldığı destek umutsuzluğu etkiler. Umudun yeniden kazanılabilmesi için kişilerin olaya bakış açısı değişmeli, negatif beklenti ve amaçların değiştirilmesine yardımcı olunmalıdır (75, 76).

Rahatlama: Bazı kişiler için hastalık durumunda sosyal rollerinden sıyrılma ve sorumluluklarından hastalık sebebiyle muaf olmaktan kaynaklı bir rahatlama tepkisi ortaya çıkabilir (72).

2.5.1.2. Hastalığa Davranışsal Tepkiler

Destek Arama: Kişinin yaşadığı zor süreçte aile ve arkadaşlarından destek görmek istemesidir (77).

Zorlayıcı Yaşam Olayı Sonrası Gelişim: Kişiler yaşadıkları zor olaylardan sonra hayat felsefelerini olumlu yönde değiştirebilir, yaşam önceliklerini revize edebilir, kendini algılama ve çevresindeki insanlarla ilişkilerini olumlu yönde değiştirebilirler. Yani yaşanan kötü bir tecrübe hayatın anlam ve önemi üzerinde düşünme ve olumlu olarak kendini geliştirmeye yol açabilir (72, 77).

Kişinin Hastalığında Uzman Olması: Hastalar, hastalıkları hakkında her şeyi bilmek isteyebilir bu durum kişinin hastalığı üzerinde kontrol duygusunu arttırabilir. Kişiler kendi çabalarıyla bilgi edinmeye kalktıklarında yanlış yönlenebilir ve anksiyeteleri artabilir bu nedenle bilgiyi doğru yerden yeteri kadar almaları önemlidir (72, 77).

Gizleme, Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Hastalar, hastalıklarını damgalanmaktan korunma veya çevrenin tepkilerinden uzaklaşma sebebiyle gizleme davranışında bulunabilirler. Ayrıca beden görünümlerinden kaynaklı çekinceleri, enerji azlığı, yorgunluk, hastalıklarıyla alakalı sorulara muhatap olmak istememe gibi nedenlerden dolayı kalabalık ortamlardan uzak durma, sosyal aktivitelere katılmama eğilimi gösterirler. Bu durumlar hastaların yalnız hissetmelerine ve sosyal izolasyona sebep olur (72, 77).

Tedavi Rejimine Uyumsuzluk veya Tedaviyi Reddetme: Hastalar tedavinin karmaşıklığı, uzun sürmesi, kültürüne aykırı olması, yaşamında değişikliğe sebep olması,

maliyetli olması, komplikasyonları dolayısıyla kötü tecrübeler yaşamış olması, tedaviyle alakalı bilgi eksikliğinin olması gibi durumlar nedeniyle tedaviyi reddedebilir. Bazen de psikolojik olarak hastalığı inkâr etme ve kendi otonomisini açığa çıkarmak için de tedaviyi reddedebilirler. Tedaviyi reddetme sonucunda morbidite ve mortalite artabilir (72, 77).

2.5.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları ve Etkileyen Faktörler

Kronik hastalıklar uzun süreli bakım ve yönetimi gerektiren durumlardır. Bireyler tedaviye, diyet kısıtlamalarına, tedaviye bağımlılık gibi yaşam değişikliklerine, tedavinin komplikasyonlarına uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan yaşamındaki krizleri yönetmeye, sağlık sunucularıyla iyi ve faydalı iletişim kurmaya, kendi duygusal dengesini sağlamaya, bulunduğu sosyal çevrede sahip olduğu rolleri korumaya ve sosyal izolasyonla başa çıkmaya çalışmaktadır. Aynı zamanda bazı hastalar hastalık sebebiyle iş kaybı yaşamakta ve bunun neticesinde ekonomik sorunlarla da baş etmeye çalışmaktadır. Bütün bu sorunlar ve değişikliklerle etkili bir şekilde baş edebilen kişiler hastalıklarına psikososyal uyum sağlamış olarak bu süreci yaşayabilir. Hastalığa psikososyal uyum, hastalık sürecini olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir (78).

Psikososyal uyumu kişilerin kişilik özellikleri, kalıtsal özellikler, psikososyal stresörler, hastalığın iyiye veya kötüye gitmesi, hastalıkla alakalı olumsuz düşünceler, geçmiş tecrübeler, yaşam tarzı ve baş etme yolları, ekonomik durumu ve iş yaşamı gibi faktörler etkiler (79, 80). Hastalık kişide sakatlığa ve fonksiyonel kayıplara yol açmışsa, günlük yaşamını etkiliyorsa, kişi uzun süredir bu hastalıkla mücadele ediyorsa veya hastalık yaşamı ciddi şekilde tehdit ediyorsa hastada oluşturduğu stres daha şiddetli olur. Hastanın yaşam öyküsü, önceden edindiği tecrübeler, hastalığın getirdiği stresle baş etme gücü ve hastalığı algılayış biçimi psikososyal uyumu etkileyen faktörlerdir. Kendini yeterli hissedebilen, güçlü, esnek, hayatını kontrol edebilen, iyimser ve duygusal dengesi olan pozitif kişilikteki kişiler hastalığa ve getirilerine daha pozitif bakabilmekte ve bu durum psikososyal uyumu etkilemektedir. Kişilerin hastalık hakkındaki bilgisi, aile ve arkadaşlarının hastalığa olan tepki ve tutumları, yaşadığı çevrenin değerleri, inançları ve kültürel özellikleri, ekonomik durumu ve çevresinden aldığı destek de hastalığa psikososyal uyumu etkiler (70). Sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile ilişkileri, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkisi, sosyal çevre ve psikolojik baskı psikososyal uyumun kapsadığı alanlardır (78).

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Karşılaştığı Psikososyal Sorunlar

Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan kişilerin hayatında fonksiyonel kayıpların ve yaşam biçimi değişikliklerinin krize neden olması gibi KBY hastaları da hayatlarında aynı şekilde büyük bir krizle karşı karşıya kalır ve birçok psikososyal sorun yaşarlar. HD tedavisinde kişilerin, yaşamlarına devam edebilmeleri için HD makinesine bağlı kalmaları gerekmektedir. Bu durum hastaların bağımlı bir hayatının olmasına, kendine güveninin azalmasına, geleceğe yönelik plan yapamamasına ve belirsizlik hissetmesine, aile içi ilişkilerde bozulmalara, aile içindeki rollerin değişmesine, iş kaybına ve ekonomik sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Bütün bunlar neticesinde HD hastalarında anksiyete, depresyon, cinsel problemler, uyum güçlüğü gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (81).

Depresyon ve Anksiyete

Depresyon hayal edilen, var olma ihtimali olan veya gerçekten var olan kayıplara karşılık bir cevaptır. Depresyon hemodiyaliz hastalarında, hemodiyalizin sonlandırılmasından intihara kadar gidebilen ve en fazla karşılaşılan psikolojik problemdir. İştah kaybına, uyku sorunlarına, dikkat dağınıklığına, somatik şikâyetlere, iletişim sorunlarına ve işe yaramazlık hissine sebep olabilir. Makineye bağlı olmak, fiziksel güçsüzlük, kontrolün, sağlığın, aile düzeninin, cinselliğin kaybı düşüncesi nedeniyle yaşanan bunaltı, sıkıntı, endişe duyguları anksiyete olarak tanımlanır. Tedavi sürecinin uzaması ve ekonomik etmenler de anksiyete ve depresyona neden olur. Yapılan çalışmalarda ağır yeti kaybı olan ve eğitimsiz hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur (82).

Uyum Güçlüğü

Tedaviye uyumu kişinin sosyodemografik özellikleri, tedavi hakkında bilgi sahibi olması, tedaviye yönelik tutum ve inançları, tedavinin süresi, rahatlık algısı ve yaşam kalitesini etkileme düzeyi, tedaviyle ilgili tecrübeleri, tedavinin yan etkileri, tedavi merkezine ulaşım durumu, hastanın sağlık personeliyle iletişimi, ekonomik olarak etkilenme düzeyi, sosyal destek durumu, hastanın motivasyon durumu, depresyon ve anksiyetenin varlığı etkilemektedir. HD hastaları için tedaviye uyum hayati öneme sahiptir. Tedaviye uyumsuzluk durumunda hastanın sağlık durumu kötü etkilenir, yaşam kalitesi ve yaşam süresinde kayıplar olur (9).

Cinsel Sorunlar

Hemodiyaliz kadın ve erkeklerde cinsel performans ve cinsellik üzerinde psikoloji ve fiziksel olarak büyük bir etkisi vardır. Hemodiyaliz kataterinden korkma veya zarar göreceğini düşünme nedeniyle birçok hemodiyaliz hastasının cinsellikten kaçındığı görülmüştür (22). Ayrıca kullanılan ilaçlar, endokrin değişiklikler, fiziksel güçsüzlük, ailedeki sosyal rol değişimleri, psikososyal etmenler ve depresyon hastaların cinsel yaşamlarını bozar. Erkeklerde testosteron miktarında, sperm üretiminde azalma ve empotans gelişmesi kadınlarda ise cinsel dürtü ve orgazm hissinin azalması gibi faktörlerden dolayı da cinsel yaşantıda azalma görüldüğü söylenmiştir. Cinsel işlev bozukluğunun en önemli nedenleri arasında depresyon sayılmaktadır. Erkek hastaların iş ve ev yaşantısındaki rol değişimleri ve yaşadıkları yetersizlik duygusundan kaynaklı psikolojik sorunlar dolayısıyla %70 oranında cinsel işlev bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir. Erkek hastalarda cinsel organın idrar boşaltma fonksiyonunu yerine getirememesi cinsel işlevlere yönelik kaygılara da sebep olmaktadır (83).

Ekonomik Sorunlar

Hemodiyaliz hastalarının hastalığa bağlı işlevsel kayıpların olması, komorbid hastalıkların ortaya çıkması, fiziksel güç kaybı ve haftada üç gün sürekli olarak hemodiyaliz seanslarına katılma mecburiyetleri dolayısıyla iş yaşamlarına devam etmeleri oldukça güçtür. Birçok hemodiyaliz hastası malulen emekli olmakta veya tamamen çalışmayı bırakmaktadır. Bu durum hastaların bu süreçte ekonomik sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (84).

Sosyal Destek ve Sosyal ilişkilerle Alakalı Sorunlar

Hemodiyaliz getirmiş olduğu kısıtlamalar nedeniyle hastalar günlük yaşam aktivitelerinde, sosyal aktivitelerde, aile içindeki yaşantılarında, rollerinde ve eğlenme davranışlarında değişikliğe gitmekte ve birçok yönden kısıtlılık yaşamaktadır. Ayrıca tedavinin yan etkileri, depresyon ve diğer psikososyal sorunlar nedeniyle hastalarda kendilerini sosyal ortamlardan geri çekme gibi durumlar meydana gelmekte ve bu durumlar kendilerini yalnız hissetmelerine, sosyal ilişkilerinin bozulmasına ve sosyal izolasyona sebep olmaktadır. Eşe ve aile bireylerine bağımlılık ihtiyacının artması kişilerde yetersizlik duygusuna sebep olmakla beraber sosyal destek alma ihtiyacı hastaların psikososyal uyumları açısından oldukça önemlidir. Eşleri ve akrabaları tarafından hastalıkları kabul edilen ve desteklenen hastaların daha az sorun yaşadıkları ve hastalığa

daha iyi uyum sağladıkları görülmüştür (11, 83). Aile ve arkadaşları tarafından sosyal destek alan hastaların psikolojik olarak olumlu etkilendikleri ve hastalıkla mücadele yeteneklerinde artış olduğu görülmüştür (85).

Uyku Sorunları

Hemodiyaliz hastalarında tedavinin sürekliliği, uzunluğu, HD ünitesinde bulunma, işlem sırasında sık sık uykuya dalma nedeniyle düzenin bozulması, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, yorgunluk, ağrı, dispne, kafein tüketimi, anksiyete ve depresyon gibi duygusal durumlar hastaların uyku problemleri yaşamasına neden olur. KBY hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların %97.4'ü uykuya alaka şikâyeti olduğu, şikâyeti olan kişilerin %30.8'inin uykuya dalmada problem yaşama, %28.2'sinin solunum zorluğu nedeniyle uykudan uyanma, %23'ünün kısa aralıklarla uyanma ve %15.4'ünün gün içinde uyuklama gibi uyku problemleri yaşadıkları bulunmuştur (22, 86).

2.6.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlara Hemşirelik Yaklaşımları

Psikososyal sorunlarda hemşireler, hasta ve ailesinin değişen hayat tarzlarına uyum sağlamalarında yardımcı olmalı, faydalı olmayan uyum davranışlarını engellemeli, hasta ve ailesinin sorunlarla mücadele etme potansiyelini geliştirmesine yardımcı olarak uyumlarını arttırmaya yönelik yaklaşımlarda bulunmalıdır (67). Yaşanan sosyal sorunlarda hemşireler, hastaların sosyal aktivitelerini devam ettirmesini, aile ve arkadaş ortamlarıyla ilişkilerini çoğaltmasını, kendisiyle aynı sorunları yaşayan insanlarla bir araya gelerek duygularını paylaşımında bulunmasını teşvik etmeli, sosyal desteğin önemini vurgulayarak sosyal destek faktörlerini belirlemelidir (22).

Hemşireler, depresyon ve anksiyete yönünden hastaları düzenli olarak gözlemlemeli, depresyonun varlığı belirlenirse tedavisini sağlamalı, hastalara ve ailelerine depresyon ve anksiyete ile başa çıkabilmeleri için yöntemler öğretmelidir. Uzun süren HD tedavisinde iş kaybı yaşayan, emekli olmak zorunda kalan hastalar ekonomik açıdan sıkıntılar yaşayabilmekte ve bu durum depresyona sebep olabilmektedir. Hemşireler ekonomik yönden sıkıntı çeken hastaları tespit etmeli ve gerekli maddi desteğin sağlanmasına yönelik yönlendirmeler yapmalıdır (22, 82).

Cinsel sorunlar yaşayan hastalar için hemşireler, hastaların sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmeleri için optimal ortamlar oluşturmali, hastanın konuşmasına fırsat vermeli,

sıcak, hassas, güvenli ve özel bir ortam sağlayarak anksiyetesini azaltmak adına kaygı ve problemlerini yargılamadan, ilgiyle dinlemelidir. Cinsellik mahrem bir konu olduğu için gizliliğe önem vermeli ve hastanın güveni sağlanmalıdır. Hastaların cinsel işlev yetenekleri değerlendirilmeli ve cinsel sağlık eğitimleri verilmelidir. Hastalar bu konuda hissettiği duyguları eşleriyle paylaşmaya teşvik edilmeli ve cinsel sorunlarını paylaşma konusunda cesaretlendirilmelidir. Hastanın cinsel sağlığını güçlendirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin bu konudaki asıl amacıdır (22).

Uyku sorunu yaşayan hastaların yaşam kalitesi ciddi şekilde etkilenmektedir. HD seanslarının süresi ve hasta kaynaklı sorunlar belirlenmeli bunlara yönelik olumsuzluklar giderilmelidir. Uyku problemlerinin giderilmesinde hastalara HD ünitelerinde danışmanlık hizmeti verilmesi, müzik yayını, meşguliyet tedavileri ve işitsel-görsel araçların kullanıldığı eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi yararlı olabilmektedir (86).

Hemşireler hastaların psikososyal sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olabilmek için onlarla terapötik iletişim kurmalı, ses tonu ve beden diline dikkat etmeli, açık uçlu sorularla hastaların duygularını dile getirmesine yardımcı olmalı, yargılayıcı olmamalı, aktif dinlemeli, hastanın bilgi gereksinimlerini belirlemeli, etkili eğitimler planlamalı, bilgi aktarımı yaparken güven verici olmalı ve konu üzerinde yeterliliğe sahip olmalı, hastanın soru sormasına fırsat vermeli, sağlık personelinin beklentisini öğrenmeli, stresle baş etme yöntemleri ve gevşeme tekniklerini hastaya öğretmeli, hastanın psikolojik tedavilere ve tıbbi desteğe ihtiyacı varsa hastayı gerekli yerlere yönlendirmeli, hastaların iyilik hali ve psikolojik durumları periyodik olarak gözlemeli ve gerekli durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresi ile işbirliği içinde çalışmalıdır (82).

2.7. Hemodiyaliz Hastaları ve COVID-19

KBH hastaları da ciddi COVID-19 geliştirme riski altındadır. Ayrıca, ölüm oranı genel popülasyondan daha yüksek görünmektedir. Viral veya şiddetli enfeksiyonun hem genel popülasyonda hem de KBH hastalarında artmış kardiyovasküler olay riski ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında bu şaşırtıcı değildir. Ölümle sonuçlanan COVID-19 olgularının daha sık olarak DM, kardiyovasküler hastalık, yaşlı nüfus ve muhtemelen baskılanmış bağışıklık sistemi özelliklere sahip olduğu bilinmektedir (87).

Hemodiyaliz hastalarının %55'i 65 yaş üzerindedir ve COVID-19'a yatkınlık göstermelerini sağlayan birden fazla komorbidite bulundurmaktadırlar. COVID-19 enfeksiyonunun HD hastalarında daha şiddetli ve daha kötü bir seyirde ilerlediği

belirtilmiştir. Fransa’da yapılan bir çalışmada COVID-19 sebebiyle hastaneye yatırılan hemodiyaliz hastalarından %75’ine oksijen tedavisi verildiği, %45.5’inin yoğun bakımda yattığı ve %27.3’ünün hayatını kaybettiği bildirilmiştir. İspanya’da yapılan başka bir çalışmada HD tedavisi alan hastaların %85.7’sinde pnömoni görülmüş ve bu hastaların %61.1’inin hayatını kaybettiği belirtilmiştir (15). Enfeksiyon kontrol politikası uyarınca ülke çapında karantina uygulayarak çoğu kişiye “evde kalmaları” tavsiye edilirken, HD hastalarının tedavilerini almak için hastanelere gelmek zorunda kalmaları COVID-19’a yatkın olmalarının başka bir nedenidir. HD hastalarını, mevcut COVID-19 pandemisinde yüksek risk altında bırakan diğer durumlar ise kapalı bir HD ünitesinde diğer hastalar, hemşireler ve HD personeli ile uzun bir süre yakın temasta olmalarıdır (88). Haftada üç kez HD merkezlerine gelmek zorunda olan hastaların birçoğu toplu taşıma kullanmakta ve bu durum da COVID-19’a yakalanma riskini arttırmaktadır (89).

Toplumun genelinin uyması gereken kurallar dışında HD hastaları için temastan kaçınmak çok önemlidir. HD merkezleri de kontaminasyonu önlemek için tedbirler almalı ve hassas davranmalıdır. HD merkezleri için öneriler şu şekildedir: merkezlerinde hastalar arasındaki mesafe en az 2 m olmalı, bekleme alanlarında boşluklar bırakılmalı ve sürekli havalandırılmalı, HD seansına başlamadan önce hastaların vücut sıcaklığı ölçülmeli, solunum yolu enfeksiyonu belirtisi olan birey PCR testi çıkana kadar izole edilmeli eğer PCR pozitifse hemodiyalizini izolasyon odasında almalı. Tedavi veren sağlık personeli tam koruma sağlamalı, dezenfeksiyona dikkat edilmelidir (89).

Kronik bir hastalıkla ve onun hem fiziksel hem psikolojik etkileriyle baş etmeye çalışan HD hastalarının aynı zamanda pandemi sürecinin sebep olduğu depresyon, anksiyete, stres ve korkuyla da mücadele etmek zorunda kaldığı görülmektedir. Kronik hastalığa sahip kişilere bu süreçte uygun tedavi ve takip stratejileri oluşturulmasının ve bu gruplara ruhsal destek anlamında öncelik verilmesinin olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir (90).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, pandemi sürecinde hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları:

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap arandı.

1. Pandemi sürecinde hemodiyaliz hastalarının yaşadığı COVID-19 korkusu ve psikososyal uyum düzeyleri nedir?
2. Pandemi sürecinde hemodiyaliz hastalarının yaşadığı COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumu hangi faktörlerden etkilenmiştir?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Rize RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize Devlet Hastanesi, Rize Çayeli İshakoğlu Devlet Hastanesi ve Rize Kaçkar Devlet Hastanesi HD ünitelerinde HD alan hastalar üzerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı Rize RTEÜ Eğitim Araştırma hastanesinde 50 hasta, Rize Devlet Hastanesinde 70 hasta, Rize Çayeli İshakoğlu Devlet Hastanesinde 32 hasta, Rize Kaçkar Devlet Hastanesinde ise 80 hasta HD tedavisi görmektedir. Araştırmanın evrenini bu hastanelerin HD ünitelerinde HD alan hastaların tamamı oluşturmuştur. Örneklem hesabına gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır ancak 21 hastanın çalışmaya katılmayı reddetmesi, 7 hastanın HD seansına katılmamış olması ve 4 hastanın vefat etmesi nedeniyle 200 hastayla çalışma tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

- HD ünitesinde sürekli ayaktan tedavi alan hastalar,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Okur-yazar olan,
- Sözlü iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Acil HD alan hastalar
- Yatarak hemodiyaliz tedavisi alanlar
- 18 yaş altı olan hastalar
- Okur-yazar olmayan, sözlü iletişim kuramayan hastalar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Hasta Tanıtım Bilgi Formu (Ek 1)
- COVID-19 Korkusu Ölçeği (Ek 2),
- Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report-PAIS-SR) (Ek 3) dir.

3.4.1. Hasta Tanıtım Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Anket sosyodemografik özelliklerle (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ilgili 8 soru, kronik böbrek yetmezliği ile ilgili 8 soru ve HD ünitesi ve COVID-19 ile ilgili 7 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. COVID-19 Korkusu Ölçeği

Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş COVID-19 Korkusu Ölçeği'nin (The Fear of COVID-19 Scale), Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği Ladikli ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin öğeleri korku üzerindeki mevcut ölçeklerin kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi, uzman değerlendirmeleri ve katılımcı görüşmeleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek tek faktörlü yapıdadır ve beşli Likert tipinde (1=Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.82 ve test tekrar test güvenirliği 0.72 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, COVID-19 korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir (91). Bu çalışmada COVID-19 Korkusu Ölçeği iç tutarlılık güvenirlik kat sayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report-PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, hastaların diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik katsayıları 0.86 ve 0.83 arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda PAIS-SR Ölçeği iç tutarlılık güvenirlik kat sayısı 0.74 olarak saptanmıştır. Ülkemizde 1995 yılında Adaylar tarafından Türkçe'ye uyarlanarak “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” adlı doktora tezinde geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Hastalığa psikososyal uyumu değerlendiren bu ölçek; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişki, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı şeklinde hastalığa psikososyal uyumun yedi alt ana alanına ayrılmış olup 46 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Birey kendi kişisel deneyimini en iyi tanımlayan ifadeyi seçebilmektedir. Bu dört tanımlayıcı ifade 0'dan 3'e kadar puanlandırılarak yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana olumsuz değişiklik gösteren ifadeler için 3 puan, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler için 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 0, en yüksek puan 138'dir. Ölçekte düşük puanlar iyi psikososyal uyumu, yüksek puanlar ise kötü psikososyal uyumu göstermektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar “iyi psikososyal uyumu”, 35 ile 51 arası puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyumu” ve 51'in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir (92).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından hastaların HD tedavisi sırasında uygun oldukları bir zamanda yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 30 dk sürmüştür. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmıştır. Bu çalışma katılımcılara araştırmacı tarafında veriler toplanmaya başlanmadan önce bilgi verilerek sözel ve yazılı olarak aydınlatılmış onamları (Ek 4) alınmıştır. Ayrıca bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkeleri temel alınarak yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız Rize il sınırları içinde yer alan hemodiyaliz merkezlerinde tedavi alan hastalarla sınırlıdır. Bireylerin sorulara verdikleri yanıtlar o andaki algılarıyla sınırlıdır. Diğer bir sınırlılık ise hastaların bir kez değerlendirilmiş olmasıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

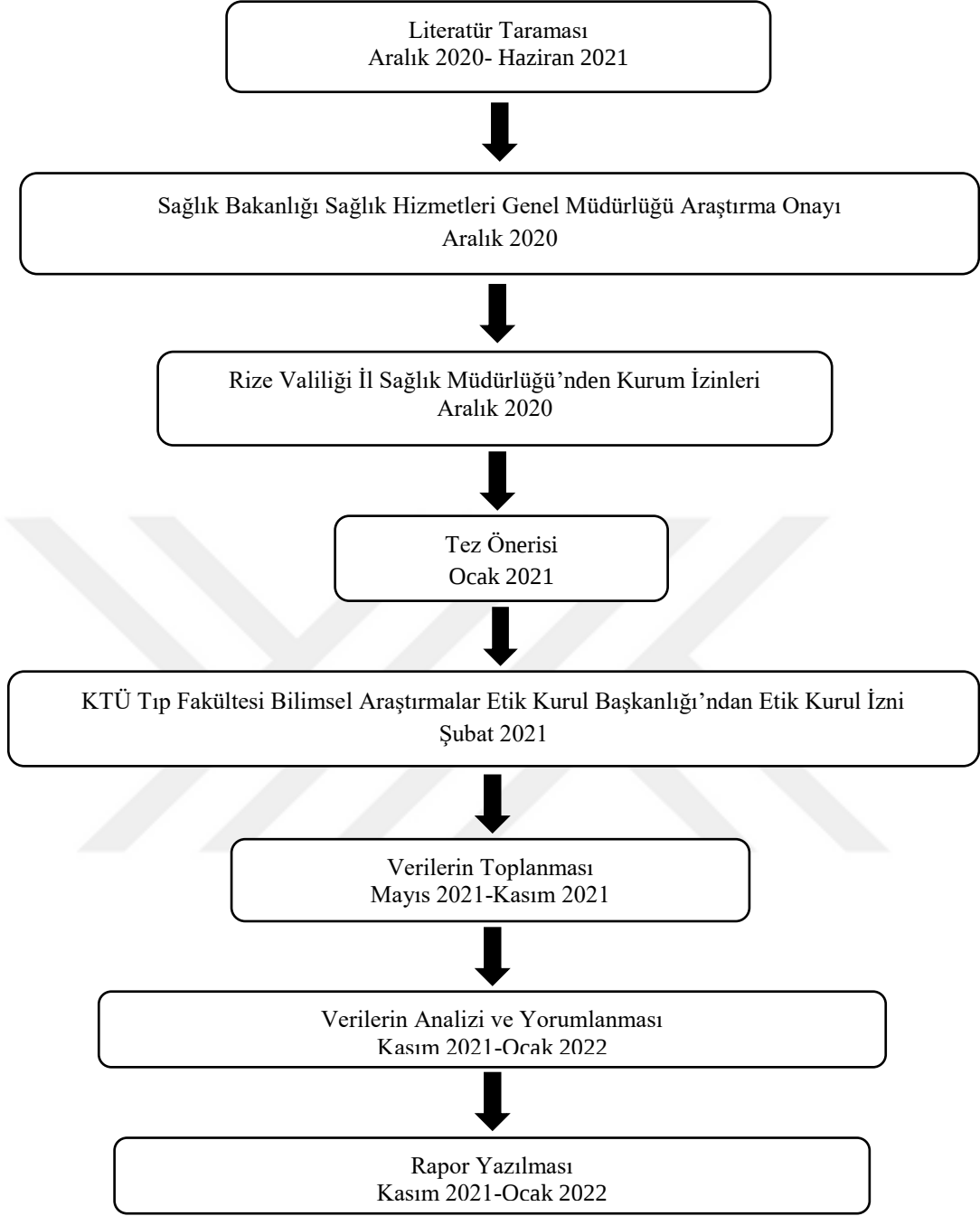
Verilerin analiz aşamasında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Grupların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov - Smirnov testi ile belirlenmiştir. Bağımsız iki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann-Whitney U testi ile, bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım koşulu sağlanmadığından Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post hoc karşılaştırmalar ise Bonferroni ile test edilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testinden yararlanılmıştır. İleri analizlerde psikososyal uyumu belirlemede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisine normal dağılım koşulu sağlamadığından Spearman testi ile bakılmıştır. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Bu araştırmaya başlayabilmek için Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (10.02.2021 tarihli, 24237859-164 sayılı) (Ek 5), Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden araştırma onayı (09/12/2020 tarihli) ve Rize Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izinleri (28.12.2020 tarihli, 64247179-799 sayılı) (Ek 6) alınmıştır. Ayrıca çalışmamızda kullanabilmek için Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Dr. Öğr. Üyesi Mahmure AYGÜN'den Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report-PAIS-SR) izni ve Arş. Gör. Nefise LADİKLİ'den de COVID-19 Korkusu Ölçeği izni (Ek 7) e-posta yolu ile alınmıştır. Veri toplanmaya başlanmadan hastalara araştırmanın amacı açıklanmıştır ve soruları cevaplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, anketin başlangıcında sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Hastalar araştırmaya katılmaları için zorlanmamıştır. Veri tabanına toplanan verilerin tamamı doğru olarak girilmiştir ve araştırma Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

3.9. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, pandemi sürecinde HD hastalarının sosyodemografik ve hastalıklarıyla ilgili özelliklerine, COVID-19 Korkusu Ölçeği toplam puan ve PAIS-SR Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ve değişkenlerle karşılaştırılmalarına, korelasyonuna ve lojistik regresyonuna yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=200)

Değişkenler	n	%
Yaş (ort±SS)	61.1±14.6	
Cinsiyet		
Kadın	78	39.0
Erkek	122	61.0
Medeni Durum		
Evli	143	71.5
Bekâr	19	9.5
Dul	38	19.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	43	21.5
İlkokul	64	32.0
Ortaokul	25	12.5
Lise	51	25.5
Üniversite	17	8.5
İkamet Yeri		
Şehir merkezi	87	43.5
İlçe	83	41.5
Köy	30	15.0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	78	39.0
Çalışıyor	21	10.5
Hastalık nedeniyle bırakan	4	2.0
Emekli	74	37.0
Malulen emekli	23	11.5
Gelir Durumu		
Yeterli	83	41.5
Yeterli değil	8	4.0
Kısmen yeterli	109	54.5
Aile Yapısı		
Yalnız	5	2.5
Eş ve çocuk	151	75.5
Geniş aile	44	22.0

Tablo 2’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Çalışmaya 78’i kadın (%39.0), 122’si erkek (%61.0) olmak üzere toplam 200 kişi katılmış olup, yaş ortalaması 61.1±14.6’dır. Katılımcıların %71.5’u (n=143) evli, dörtte üçü

(n=151) çekirdek aile yapısında, %32'si (n=64) ilkokul mezunu, %43.5'i şehir merkezinde ikamet etmektedir. Araştırmaya alınanların %10.5'i (n=21) aktif çalışmakta ve %41.52'si (n=83) gelir durumunu yeterli bulmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Hastalık İle İlgili Bilgi Alma		
Evet	200	100.0
Bilgi Alınan Kişi		
Doktor	143	71.5
Doktor + Hemşire	38	19.0
Hemşire + Hemodiyaliz teknikeri	22	11.0
İlaçları Düzenli Kullanma		
Kullanıyor	195	97.5
Kullanmıyor	5	2.5
Evde Bakıma Destek Varlığı		
Var	198	99.0
Yok	2	1.0
Bakıma Destek Olan Kişi		
Eşi	128	64.0
Çocukları	48	24.0
Bakıcı - Akraba	22	11.0
Yok	2	1.0
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi		
Yüksek düzeyde	182	91.0
Orta düzeyde	13	6.5
Düşük düzeyde	3	1.5
Etkilemiyor	2	1.0
Hastalığın Olumsuz Etkisi		
Fiziksel güç kaybı	184	92.0
Yardıma ihtiyaç duyması	9	4.5
Sosyal yaşamdan uzaklaşma	4	2.0
Gezememe	3	1.5
Sosyal Aktivitelere Katılım		
Katılmıyor	155	77.5
Haftada 1-2 kez	13	6.5
Ayda 1-2 kez	32	16.0
Sağlık Durumu		
Çok iyi	1	0.5
İyi	55	27.5
Orta	111	55.5
Kötü	31	15.5
Çok kötü	2	1.0
Hastalık Sürecinde Fiziksel Güç Kaybı		
Önemli ölçüde	159	79.5
Orta	32	16.0
Az	8	4.0
Yok	1	0.5
Hemodiyaliz Ünitesine Ulaşım		
Servis	125	62.5
Özel araç	74	37.0
Yaya olarak	1	0.5

Tablo 3’de katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Tüm katılımcılar hastalıklarıyla ilgili bilgi almıştır. Bilgi alınan kişi büyük çoğunlukla doktorlar ve hemşirelerdir. Katılımcıların %97.5’i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Tamamına yakını evde bakıma destek almaktadır. Bakıma destek olan kişilerin %64’ü (n=128) eşleridir. Katılımcılara hastalıklarının yaşamı ne düzeyde etkilediği sorulduğunda %91’i (n=182) “yüksek düzeyde” şeklinde cevaplarırken, hastalığın en büyük olumsuz etkisinin %92 ile fiziksel güç kaybı olduğunu belirtmişlerdir. Sosyal aktivitelere katılım %16 (n=32) ile ayda 1-2 kez, %6.5 (n=13) ile haftada 1-2 kezdir. Katılımcıların yarıdan fazlası (%55.5) sağlık durumunu “orta düzeyde” olarak nitelendirmektedir. Hastalık sürecindeki fiziksel güç kaybını katılımcıların büyük çoğunluğu (%79.5) “önemli ölçüde” şeklinde değerlendirmiştir. Katılımcıların %62.5’i (n=125) HD ünitesine ulaşımı servisle yaptığını bildirmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=200)

Değişkenler	n	%
Hemodiyaliz ünitesinde COVID-19 önlemleri alındığını söyleyen	200	100.0
Hemodiyaliz ünitesinde COVID-19 bilgilendirilenler	198	98.5
Hemodiyaliz ünitesinde COVID-19 önlemlerini etkili bulanlar	198	98.5
COVID-19 geçirenler	37	18.5
COVID-19 sebebiyle yoğun bakımda yatanlar	4	2.0
Ailede veya çevrede COVID-19 geçiren varlığı	126	63.0
COVID-19 sebebiyle yoğun bakımda yatan yakını varlığı	43	21.5
COVID-19 sebebiyle ölen yakın varlığı	63	31.5
COVID-19’un hemodiyaliz tedavi sürecini etkilediğini söyleyenler	3	1.5
COVID-19’un hemodiyaliz tedavi sürecini aksattığını söyleyenler	2	1.0

Tablo 4’de katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Katılımcıların tamamı HD ünitesinde COVID-19 önlemleri alındığını belirtmiştir. HD ünitesinde COVID-19 önlemlerini etkili bulanların ve COVID-19 hakkında bilgilendirilenlerin oranı %98.5’tir (n=198). Katılımcıların %18.5’i (n=37) COVID-19 geçirmiş, %2’si (n=4) bu hastalık sebebiyle yoğun bakımda yatmıştır. Ailesinde ve çevresinde COVID-19 geçirenlerin oranı %63 (n=126), COVID-19 sebebiyle yoğun bakımda yatan yakını olanların oranı %21.5 (n=43) ve COVID-19 sebebiyle ölen yakını olanların oranı %31.5 (n=63) olarak belirtilmiştir. Katılımcılardan 3 kişi (%1.5) COVID-

19'un hemodiyaliz tedavi sürecini etkilediğini, 2 kişi (%1.0) süreci aksattığını ifade etmiştir.

Tablo 5. PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamaları (n=200)

PAIS-SR ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)
Sağlık bakımına uyum	8	7.1±2.3	7 (2-11)
Mesleki çevre	6	11.9±2.1	11 (3-15)
Aile ortamı	8	6.5±1.7	6 (0-14)
Seksüel ilişkiler (n=146)	6	8.4±3.8	9 (0-18)
Geniş aile ilişkileri	5	5.1±1.4	5 (0-9)
Sosyal çevre	6	14.3±3.1	13 (0-18)
Psikolojik baskı	7	5.2±2.9	5 (0-13)
Toplam PAIS-SR (n=146)	46	58.3±9.5	59 (21-80)
COVID-19 Korkusu Ölçeği	7	20.1±4.0	22 (14-30)

PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamaları Tablo 5’de sunulmaktadır. Toplam PAIS-SR puanı ortalaması 58.3±9.5 olarak saptanmıştır. PAIS-SR Ölçeği alt boyutları ortalama puanları sağlık bakımına uyum 7.1±2.3; mesleki evre 11.9±2.1; aile ortamı 6.5±1.7; seksüel ilişkiler 8.4±3.8; geniş aile ilişkileri 5.1±1.4; sosyal çevre 14.3±3.1; psikolojik baskı 5.2±2.9 olarak hesaplanmıştır. COVID-19 Korkusu Ölçeği’nden alınan puan ortalaması ise 20.1±4.0’dır.

Tablo 6. PAIS-SR Ölçek toplam puanına göre hastaların uyum düzeyleri (n=146)

PAIS-SR Grupları	n	%
İyi uyum (<35)	1	0.7
Orta uyum (35-51)	28	19.2
Kötü uyum (>51)	117	80.1

Hastaların PAIS-SR Ölçeği’nden aldıkları puanların kesme (cut-off) puanlarına göre oluşturulan gruplandırma Tablo 6’da sunulmaktadır. Hastalar PAIS-SR Ölçeği toplam puana göre değerlendirildiğinde %0.7’sinin (n=1) “iyi uyum”, %19.2’sinin (n=28) “orta uyum”, %80.1’inin (n=117) “kötü uyum” düzeyinde olduğu belirlenmiştir

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PAIS-SR	COVID-KORKU
Cinsiyet									
Kadın	6.9±2.3	12.1±1.8	6.9±1.4	9.2±3.1	5.4±1.2	14.2±2.8	5.8±2.7	60.9±8.0	20.9±3.5
Erkek	7.2±2.2	11.8±2.3	6.3±1.9	7.9±4.0	4.8±1.4	14.4±3.3	4.7±3.0	57.1±10.0	19.6±4.2
Z	-1.134	-1.157	-2.848	-2.257	-3.360	-0.608	-2.450	-2.387	-2.130
p	0.257	0.247	0.004	0.024	0.001	0.543	0.014	0.017	0.033
Medeni Durum									
Evli	7.3±2.3	11.8±2.0	6.5±1.8	8.4±3.7	5.0±1.2	14.1±2.9	5.2±3.0	58.2±9.5	19.9±3.8
Bekâr	6.4±2.1	12.2±2.4	6.7±1.5	-	5.2±1.6	14.8±3.5	5.0±2.8	-	20.6±4.3
Z	-2.815	-1.834	-1.129	-	-1.629	-1.870	-0.397	-	-0.899
p	0.005	0.067	0.259	-	0.103	0.062	0.691	-	0.368
Eğitim Durumu									
Ortaokul ve altı	6.9±2.1	12.5±2.0	6.8±1.3	9.3±3.7	5.2±1.4	14.6±3.1	4.8±2.8	60.0±9.0	20.2±4.1
Lise ve üstü	7.5±2.5	10.7±1.9	5.9±2.1	7.0±3.3	4.8±1.1	13.6±2.8	5.6±3.0	55.4±9.1	20.0±3.7
Z	-1.879	-6.057	-4.171	-3.486	-2.770	-2.906	-2.136	-2.968	-0.296
p	0.060	<0.001	<0.001	<0.001	0.006	0.004	0.033	0.003	0.767
İkamet Yeri									
Şehir merkezi	6.7±2.4 ^a	11.7±2.2 ^a	6.6±1.9	7.6±3.9 ^a	4.9±1.4	14.1±3.5	5.3±3.0	56.7±9.9	20.3±4.3
İlçe	7.7±2.2 ^b	11.8±1.9 ^a	6.3±1.7	8.6±3.3 ^{a,b}	5.3±1.0	14.5±2.7	5.2±2.6	59.0±8.8	20.3±3.5
Köy	6.4±1.8 ^a	12.6±2.3 ^b	6.9±1.3	10.2±4.2 ^b	4.9±1.9	14.5±2.9	4.4±3.4	61.6±9.6	19.2±4.2
χ^2	11.585	7.168	2.244	8.829	4.020	0.502	2.782	5.355	3.201
p	0.003	0.028	0.326	0.012	0.134	0.778	0.249	0.069	0.202

Tablo 7. (Devam)

Çalışma Durumu									
Çalışmıyor	7.0±2.3	12.3±1.8	6.7±1.4	8.8±3.6	5.1±1.3	14.6±2.9	5.0±2.9	59.2±9.2	20.1±4.0
Çalışıyor	7.3±2.3	8.6±1.8	4.8±2.8	5.1±3.2	4.7±1.6	12.2±3.9	6.8±2.7	51.4±9.5	20.3±3.7
Z	-0.711	-7.588	-5.101	-3.572	-1.457	-2.632	-2.802	-3.062	-0.459
p	0.477	<0.001	<0.001	<0.001	0.145	0.008	0.005	0.002	0.646
Gelir Durumu									
Yeterli	6.5±2.0	12.4±2.2	6.2±1.7	8.5±4.1	5.2±1.4	14.5±2.9	4.1±3.0	56.3±9.8	20.0±4.2
Yeterli değil - kısmen yeterli	7.5±2.4	11.5±2.0	6.8±1.7	8.3±3.5	4.9±1.2	14.2±3.2	5.9±2.6	59.8±9.1	20.2±3.8
Z	-2.768	-3.018	-3.865	-0.107	-1.575	-0.726	-4.384	-2.260	-0.270
p	0.006	0.003	<0.001	0.915	0.115	0.468	<0.001	0.024	0.787
Aile Yapısı									
Çekirdek aile	7.3±2.3	11.8±2.1	6.5±1.8	8.4±3.6	5.0±1.3	14.1±3.1	5.1±3.0	58.4±9.4	20.1±3.9
Diğerleri	6.4±2.0	12.2±2.1	6.8±1.4	7.5±5.6	5.2±1.6	14.9±2.8	5.3±2.7	56.8±11.6	20.3±4.2
Z	-2.872	-1.138	-1.095	-0.677	-0.697	-1.520	-0.524	-0.508	-0.416
p	0.004	0.255	0.274	0.498	0.486	0.129	0.600	0.612	0.677

P1: Sağlık bakımına uyum, P2: Mesleki çevre, P3: Aile ortamı, P4: Seksüel ilişkiler, P5: Geniş aile ilişkileri, P6: Sosyal çevre, P7: Psikolojik baskı, PAIS-SR: PAIS-SR Ölçek toplam puanı

Tablo 7’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Kadınlarda erkeklere göre aile ortamı, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, psikolojik baskı, PAIS-SR toplam puanı ve COVID-19 Korkusu Ölçeği; medeni durumu evli olanlarda bekar olanlara göre sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı; eğitim durumu ortaokul ve altı olanlar lise ve üstü olanlara göre mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve PAIS-SR toplam puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ise psikolojik baskı alt ölçeği önemli düzeyde yüksektir ($p=0.033$). Sağlık bakımına uyum puanı, ikamet yeri ilçe olanlarda şehir merkezi ve köy olanlara göre; mesleki çevre puanı ikamet yeri köy olanlarda şehir merkezi ve ilçe olanlara göre; seksüel ilişkiler puanı ise ikamet yeri köy olanlarda şehir merkezi olanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Çalışma durumuna bakıldığında, çalışmayanlarda çalışanlara göre mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek, psikolojik baskı alt ölçek puanı ise önemli düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanlarda yeterli olanlara göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile ortamı, psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam boyut puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Aile yapısı çekirdek aile olanlarda sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p=0.004$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	İyi(n=1) - Orta Uyum(n=29) n (%)	Kötü Uyum (n=117) n (%)	χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	6 (12.5)	42 (87.5)	1.795	0.180
Erkek	23 (23.5)	75 (76.5)		
Eğitim Durumu				
Ortaokul ve altı	11 (13.6)	70 (86.4)	4.275	0.039
Lise ve üstü	18 (29.0)	44 (71.0)		
İkamet Yeri				
Şehir merkezi	15 (22.7)	51 (77.3)	0.818	0.664
İlçe	10 (16.4)	51 (83.6)		
Köy	4 (21.1)	15 (78.9)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	23 (17.8)	106 (82.2)	1.886	0.170
Çalışıyor	6 (35.3)	11 (64.7)		
Gelir Durumu				
Yeterli	16 (26.2)	45 (73.8)	2.025	0.155
Yeterli değil - kısmen yeterli	13 (15.3)	72 (84.7)		
Aile Yapısı				
Çekirdek aile	25 (18.1)	113 (81.9)	4.796	0.050
Diğerleri	4 (50.0)	4 (50.0)		

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin PAIS-SR Ölçek puanlarına göre oluşturulan gruplar ile karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmaktadır. Eğitim durumu ortaokul ve altı olanlarda lise ve üstü olanlara göre, aile yapısı çekirdek aile olanlarda diğerlerine göre kötü uyum oranları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.039$; $p=0.050$). Diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PAIS-SR	COVID-KORKU
Bilgi Alınan Kişi									
Doktor±Hemşire	7.1±2.2	11.9±2.2	6.5±1.7	8.5±3.7	5.0±1.4	14.3±3.1	5.2±2.9	58.4±9.5	20.2±4.0
Hemşire+Hemodiyaliz teknikeri	7.6±3.2	11.4±1.2	7.0±0.9	5.0±5.0	5.5±0.9	15.4±3.0	3.9±2.4	56.3±11.3	19.0±4.1
Z	-0.715	-0.926	-1.023	-1.560	-1.064	-0.975	-1.354	-0.408	-0.812
p	0.474	0.355	0.306	0.119	0.287	0.330	0.176	0.683	0.417
Bakıma Destek Olan Kişi									
Eşi	7.3±2.3	11.7±2.0	6.4±1.9	8.1±3.6	4.9±1.2	14.1±2.9	5.3±3.0	57.8±9.6	19.9±3.8
Diğerleri	6.6±2.2	12.3±2.2	6.8±1.4	10.2±4.2	5.4±1.6	14.7±3.3	4.9±2.7	61.7±8.1	20.4±4.2
Z	-2.404	-2.243	-1.884	-1.921	-3.160	-1.630	-0.770	-1.757	-0.497
p	0.016	0.025	0.060	0.055	0.002	0.103	0.441	0.079	0.619
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi									
Yüksek düzeyde	7.1±2.3	12.1±2.1	6.6±1.6	8.7±3.7	5.1±1.4	14.4±3.0	5.3±3.0	59.1±9.3	20.4±3.9
Orta-Düşük-Etkilemiyor	6.4±2.2	10.3±2.2	5.7±2.6	5.6±3.5	4.9±1.3	13.4±3.5	4.0±2.2	50.9±9.0	17.7±4.0
Z	-1.230	-3.659	-3.042	-2.918	-0.710	-1.165	-1.840	-2.983	-2.617
p	0.219	<0.001	0.002	0.004	0.478	0.244	0.066	0.003	0.009
Hastalığın Olumsuz Etkisi									
Fiziksel güç kaybı	7.2±2.3	11.9±2.0	6.5±1.7	8.2±3.7	5.0±1.3	14.3±2.9	5.1±2.9	57.9±9.3	20.0±3.8
Diğerleri	5.6±1.8	12.3±3.4	7.1±2.4	11.3±4.2	5.3±2.0	14.7±4.9	6.3±3.3	67.0±10.4	21.8±5.2
Z	-2.847	-1.952	-1.388	-2.332	-1.215	-1.625	-1.359	-2.251	-1.964
p	0.004	0.051	0.165	0.020	0.225	0.104	0.174	0.024	0.049
Sosyal Aktivitelere Katılım									
Katılıyor	8.2±1.8	10.3±1.6	5.6±1.9	6.9±3.0	4.7±1.0	12.1±2.4	6.5±3.1	54.5±9.2	20.0±3.6
Katılmıyor	6.8±2.3	12.4±2.0	6.8±1.6	8.9±3.9	5.2±1.4	15.0±2.9	4.8±2.8	59.7±9.3	20.2±4.1
Z	-3.896	-6.239	-3.879	-2.855	-2.882	-5.953	-3.485	-2.548	-0.309
p	<0.001	<0.001	<0.001	0.004	0.004	<0.001	<0.001	0.011	0.757

Tablo 9. (Devam)

Sağlık Durumu									
Çok iyi - İyi	6.3±2.0	11.7±2.5	6.0±1.7	7.6±4.2	4.5±1.7	13.6±3.2	3.8±2.8	53.5±10.4	19.3±4.4
Orta-Kötü-Çok Kötü	7.4±2.3	12.0±1.9	6.7±1.7	8.7±3.6	5.3±1.1	14.6±3.0	5.7±2.8	59.9±8.7	20.4±3.7
Z	-2.930	-0.632	-2.357	-1.498	-2.853	-1.810	-4.204	-3.093	-1.706
p	0.003	0.528	0.018	0.134	0.004	0.070	<0.001	0.002	0.088
Hastalık Sürecinde Fiziksel Güç Kaybı									
Önemli ölçüde	7.0±2.3	12.4±1.7	6.8±1.5	9.1±3.7	5.1±1.4	14.8±2.7	5.1±2.9	60.1±9.0	20.2±4.0
Orta - Az- Yok	7.3±2.1	9.8±2.1	5.4±2.0	6.1±3.0	4.8±1.2	12.3±3.6	5.5±3.1	52.4±8.8	19.7±3.7
Z	-1.167	-7.268	-5.655	-4.254	-1.600	-4.262	-0.905	-4.062	-0.720
p	0.243	<0.001	<0.001	<0.001	0.110	<0.001	0.365	<0.001	0.471
Hemodiyaliz Ünitesine Ulaşım									
Servis	7.2±2.2	12.4±1.8	7.0±1.5	8.6±3.8	5.1±1.5	14.9±2.8	4.9±2.9	60.0±8.9	20.1±4.0
Özel araç - Yaya	6.8±2.3	11.1±2.3	5.9±1.9	8.0±3.8	4.9±1.1	13.3±3.3	5.6±2.9	56.0±10.1	20.1±3.8
Z	-0.997	-4.204	-4.404	-1.280	-1.815	-3.374	-1.551	-2.375	-0.349
p	0.319	<0.001	<0.001	0.200	0.070	0.001	0.121	0.018	0.727

P1: Sağlık bakımına uyum, P2: Mesleki çevre, P3: Aile ortamı, P4: Seksüel ilişkiler, P5: Geniş aile ilişkileri, P6: Sosyal çevre, P7: Psikolojik baskı, PAIS-SR: PAIS-SR Ölçek toplam puanı

Tablo 9’da katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ve COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sunulmaktadır. Bilgi alınan kişi açısından ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Bakıma destek olan kişinin eş olduğu hastalarda sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde yükseken ($p=0.016$), mesleki çevre ve geniş aile ilişkileri puanı önemli düzeyde düşüktür (sırasıyla $p=0.025$; $p=0.002$). Hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkileyenlerde mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler alt ölçek puanları ile PAIS-SR Ölçek toplam puanı ve COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziksel güç kaybı olarak ifade edenlerin sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanları daha yüksek ($p=0.004$); seksüel ilişkiler, PAIS-SR Ölçek toplam puanı ve COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal aktiviteye katılmayanlarda katılanlara göre sağlık bakımına uyum ve psikolojik baskı hariç diğer tüm alt boyutlarda, PAIS-SR Ölçek toplam puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık durumunu kötü - çok kötü olarak niteleyenlerde sağlık bakımına uyum, aile ortamı, geniş aile ilişkileri, psikolojik baskı ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu niteleyenler ile HD ünitesine servis ile ulaşım sağlayanlarda mesleki çevre, aile ortamı, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 10. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması

	İyi(n=1) - Orta Uyum (n=29) n (%)	Kötü Uyum (n=117) n (%)	χ^2	p
Bilgi Alınan Kişi				
Doktor±Hemşire	28 (19.7)	114 (80.3)	0.068	1.000
Hemşire, Hemodiyaliz teknikeri	1 (25.0)	3 (75.0)		
Bakıma Destek Olan Kişi				
Eşi	27 (21.1)	101 (78.9)	0.981	0.528
Diğerleri	2 (11.1)	16 (88.9)		
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi				
Yüksek düzeyde	22 (16.7)	110 (88.3)	8.775	0.008
Orta-Düşük-Etkilemiyor	7 (50.0)	7 (50.0)		
Hastalığın Olumsuz Etkisi				
Fiziksel güç kaybı	28 (20.1)	111 (79.9)	0.143	1.000
Diğerleri	1 (14.3)	6 (85.7)		
Sosyal Aktivitelere Katılım				
Katılıyor	11 (28.2)	28 (71.8)	1.666	0.197
Katılmıyor	18 (16.8)	89 (83.2)		
Sağlık Durumu				
Çok iyi - İyi	12 (32.4)	25 (67.4)	3.918	0.048
Orta-Kötü-Çok Kötü	17 (15.6)	92 (84.6)		
Hastalık Sürecinde Fiziksel Güç Kaybı				
Önemli ölçüde	17 (15.2)	95 (84.8)	5.427	0.020
Orta - Az- Yok	12 (35.3)	22 (64.7)		
Hemodiyaliz Ünitesine Ulaşım				
Servis	13 (23.2)	43 (76.8)	0.345	0.557
Özel araç - Yaya	16 (17.8)	74 (82.2)		

Tablo 10’da katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek puanlarına göre oluşturulan gruplar ile karşılaştırılması sunulmaktadır. Hastalığın yaşamını etkilemesini yüksek düzeyde olarak niteleyenlerde, sağlık durumunu orta, kötü ya da çok kötü olarak belirtenlerde ve hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli düzeyde olduğu kişilerde kötü uyum oranı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0.008; p=0.048; p=0.020). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0.05).

Tablo 11. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PAIS-SR	COVID-KORKU
COVID-19 Geçirme									
Evet	7.6±2.3	11.7±2.2	6.5±1.4	9.0±3.5	5.2±1.0	13.5±3.1	5.7±2.7	58.5±9.8	20.6±3.4
Hayır	6.9±2.2	12.0±2.1	6.5±1.8	8.2±3.8	5.0±1.4	14.5±3.1	5.0±3.0	58.3±9.5	20.0±4.1
Z	-1.856	-0.475	-0.387	-1.159	-0.122	-1.823	-1.351	-0.643	-1.212
p	0.064	0.634	0.699	0.246	0.903	0.068	0.177	0.520	0.226
Ailede veya Çevrede COVID-19 Geçiren									
Evet	7.6±2.2	11.6±2.0	6.6±1.5	8.2±3.5	5.1±1.1	14.3±2.9	5.7±2.8	58.6±8.8	20.5±3.5
Hayır	6.1±2.0	12.4±2.2	6.4±2.1	8.7±4.2	5.1±1.7	14.4±3.4	4.2±2.9	57.7±10.8	19.4±4.6
Z	-4.303	-3.034	-0.713	-0.792	-1.124	-0.705	-3.677	-0.411	-1.675
p	<0.001	0.002	0.476	0.428	0.261	0.481	<0.001	0.681	0.094
Yakınlarında COVID-19 Sebebiyle Yoğun Bakım									
Evet	7.9±2.2	11.5±1.8	6.3±1.4	8.3±3.8	5.1±1.0	14.1±2.7	6.6±2.3	58.3±8.1	21.3±3.1
Hayır	6.8±2.2	12.0±2.2	6.6±1.8	8.4±3.8	5.1±1.4	14.4±3.2	4.8±3.0	58.3±9.9	19.8±4.1
Z	-2.728	-2.059	-1.019	-0.072	-0.810	-0.790	-3.840	-0.599	-1.968
p	0.006	0.040	0.308	0.942	0.418	0.430	<0.001	0.549	0.049
COVID-19 Sebebiyle Ölen Yakın Varlığı									
Evet	6.8±2.2	11.9±2.4	6.5±1.7	7.9±4.5	5.3±1.3	14.9±3.1	5.2±3.1	57.9±11.1	21.2±3.5
Hayır	7.2±2.3	11.9±2.0	6.5±1.7	8.6±3.4	5.0±1.3	14.1±3.0	5.1±2.9	58.5±8.8	19.6±4.1
Z	-0.918	-0.337	-0.020	-0.672	-1.598	-1.824	-0.132	-0.457	-2.509
p	0.358	0.736	0.984	0.501	0.110	0.068	0.895	0.647	0.012

P1: Sağlık bakımına uyum, P2: Mesleki çevre, P3: Aile ortamı, P4: Seksüel ilişkiler, P5: Geniş aile ilişkileri, P6: Sosyal çevre, P7: Psikolojik baskı, PAIS-SR: PAIS-SR Ölçek toplam puanı

Tablo 11’de katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sunulmaktadır. COVID-19 geçiren hastalar ile geçirmeyen hastalarda COVID-19 Korkusu Ölçeği, PAIS-SR Ölçeği alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçiren hastalarda sağlık bakımına uyum ve psikolojik baskı alt ölçek puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksekken ($p<0.001$), mesleki çevre alt ölçeği puanı daha düşüktür ($p=0.002$). Yakınlarında COVID-19 sebebiyle yoğun bakım hikayesi olanlarda sağlık bakımına uyum, ve psikolojik baskı ve COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksekken ($p<0.05$), mesleki çevre alt ölçeği puanı daha düşüktür ($p=0.040$). COVID-19 sebebiyle ölen yakını olanlarda COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde daha fazladır ($p=0.012$).

Tablo 12. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması

	İyi(n=1) - Orta Uyum (n=29) n (%)	Kötü Uyum (n=117) n (%)	χ^2	p
COVID-19 Geçirme				
Evet	5 (17.2)	24 (82.8)	0.018	0.892
Hayır	24 (20.5)	93 (79.5)		
Ailede veya Çevrede COVID-19 Geçiren				
Evet	15 (16.1)	78 (83.9)	1.644	0.200
Hayır	14 (26.4)	39 (73.6)		
Yakınlarında COVID-19 Sebebiyle Yoğun Bakım				
Evet	4 (13.8)	25 (86.2)	0.429	0.512
Hayır	25 (21.4)	92 (78.6)		
COVID-19 Sebebiyle Ölen Yakın Varlığı				
Evet	10 (21.7)	36 (78.3)	0.026	0.871
Hayır	19 (19.0)	81 (81.0)		

Tablo 12’de katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin PAIS-SR Ölçek gruplarına göre karşılaştırılması sunulmaktadır. COVID-19 geçirme, ailede veya çevrede COVID-19 geçiren varlığı, COVID-19 sebebiyle yoğun bakımda yatan yakın varlığı ve COVID-19 sebebiyle ölen yakın varlığı değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 13. Katılımcıların yaş, PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlar arasındaki ilişki

	Yaş	COVID-19 Korkusu	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P Toplam
Yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COVID Korku	r= -0.886 p= 0.225	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P1	r= -0.040 p= 0.570	r= -0.103 p= 0.148	-	-	-	-	-	-	-	-
P2	r= 0.639 p= <0.001	r= 0.036 p= 0.613	r= -0.102 p= 0.150	-	-	-	-	-	-	-
P3	r= 0.229 p= 0.001	r= 0.075 p= 0.292	r= 0.167 p= 0.018	r= 0.368 p= <0.001	-	-	-	-	-	-
P4	r= 0.530 p= <0.001	r= 0.089 p= 0.285	r= 0.072 p= 0.389	r= 0.504 p= <0.001	r= 0.190 p= 0.022	-	-	-	-	-
P5	r= 0.261 p= <0.001	r= 0.124 p= 0.081	r= -0.022 p= 0.753	r= 0.261 p= <0.001	r= 0.126 p= 0.076	r= 0.337 p= <0.001	-	-	-	-
P6	r= 0.468 p= <0.001	r= 0.094 p= 0.188	r= 0.021 p= 0.768	r= 0.486 p= <0.001	r= 0.363 p= <0.001	r= 0.314 p= <0.001	r= 0.297 p= <0.001	-	-	-
P7	r= -0.217 p= 0.002	r= 0.296 p= <0.001	r= 0.318 p= <0.001	r= -0.086 p= 0.227	r= 0.299 p= <0.001	r= 0.106 p= 0.203	r= -0.019 p= 0.794	r= 0.135 p= 0.057	-	-
PToplam	r= 0.358 p= <0.001	r= 0.082 p= 0.324	r= 0.360 p= <0.001	r= 0.508 p= <0.001	r= 0.610 p= <0.001	r= 0.716 p= <0.001	r= 0.341 p= <0.001	r= 0.602 p= <0.001	r= 0.487 p= <0.001	-

P1: Sağlık bakımına uyum, P2: Mesleki çevre, P3: Aile ortamı, P4: Seksüel ilişkiler, P5: Geniş aile ilişkileri, P6: Sosyal çevre, P7: Psikolojik baskı, PToplam: PAIS-SR Ölçek toplam puanı

Tablo 13’de katılımcıların yaş, PAIS-SR Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği’nden alınan puanlar arasındaki ilişki sunulmaktadır. Yaş mesleki çevre, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı ile pozitif yönde orta düzeyde korele iken ($p<0.05$), aile ortamı ve geniş aile ilişkileri ile pozitif yönde zayıf düzeyde koreledir ($p<0.05$). Yaş ve psikolojik baskı negatif yönde, zayıf düzeyde koreledir ($r=-0.217$; $p=0.002$). COVID-19 Korkusu Ölçeği sadece psikolojik baskı alt ölçeği pozitif yönde zayıf düzeyde koreledir ($r=0.296$; $p<0.001$). PAIS-SR Ölçek toplam puanı tüm alt ölçeklerle pozitif yönde orta düzeyde koreledir ($p<0.05$).

Tablo 14. Katılımcıların uyum düzeylerini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi

	β	Wald	OR	%95 GA	p
Eğitim (Ortaokul ve altı vs. Lise ve üstü)	1.145	5.175	3.141	1.172-8.421	0.023
Sağlık Durumu (Kötü vs İyi)	0.656	1.618	1.928	0.701-5.299	0.203
COVID-19 Geçirme (Evet vs. Hayır)	-0.174	0.078	0.840	0.248-2.847	0.780
Ailede COVID (Var vs. Yok)	0.452	0.641	1.572	0.519-4.757	0.424
Aile Yapısı (Çekirdek aile vs. Diğerleri)	1.787	4.517	5.969	1.149-31.006	0.034
Hastalığın Etkileme Düzeyi (Önemli düzeyde vs. Diğerleri)	-1.183	3.340	0.306	0.086-1.090	0.068
COVID-Korku Ölçeği	-0.017	0.078	0.983	0.873-1.107	0.780

Tablo 14’te katılımcıların uyumunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı lojistik regresyon analizi sunulmaktadır. Eğitim durumu, sağlık durumu, COVID-19 geçirme durumu, ailede COVID-19 varlığı, aile yapısı, hastalığın etkileme düzeyi ve COVID-19 Korkusu Ölçeğinin dâhil edildiği modelde eğitim durumunun ortaokul ve altında olması 3.1 kat (%95 GA 1.172-8.421), çekirdek aile yapısında olma 5.9 kat (1.149-31.006) etkisinin olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Pandemi sürecinde HD hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda HD hastalarının hastalığa 58.3 ± 9.5 ortalama ile %80 kötü düzeyde psikososyal uyum sağladığı saptanmıştır (Tablo 5, 6). Çınar'ın (2009) HD hastalarının psikososyal uyumunu değerlendirdiği çalışmasında PAIS-SR Ölçek toplam puanını 51.89 ± 12.53 (kötü uyum > 51) olarak bulunmuştur (93). Zengin ve arkadaşlarının (2017) DM'li bireylerle yapmış olduğu çalışmada DM hastalarının %54.8'inin iyi uyum, %16.1'inin orta uyum ve %29'unun ise kötü psikososyal uyum gösterdiği bulunmuştur (94). Çam ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarında yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %33'ünün kötü, %40.7'sinin orta, %26.3'ünün iyi düzeyde psikososyal uyum gösterdiği bulunmuştur (80). Çetinkaya'nın (2019) kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada da hastaların yüzde %16'sının iyi, %17'sinin orta, %67'sinin ise kötü düzeyde psikososyal uyum gösterdiği bulunmuştur (95). Kılıç ve Alpar'ın (2016) HD hastalarında uygulanan grup eğitiminin stres yönetimi, psikososyal uyum ve öz bakım güçlerine etkisini inceledikleri çalışmada hemodiyaliz hastalarının eğitim öncesi PAIS-SR Ölçek toplam puanı 83.95 ± 19.41 olarak bulunmuştur (96). Kore'de yapılan başka bir çalışmada ise HD hastalarının hastalıklarına yanıt olarak psikososyal uyum konusunda orta düzeyde güçlük yaşadıkları görülmektedir (97). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda HD hastalarının psikososyal uyumlarının pandemi sürecinden etkilenmediği, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de kötü düzeyde olduğu dolayısıyla pandeminin etkisinin olmadığı söylenebilir.

Hastaların psikososyal uyum alanlarından aldıkları puanlara bakıldığında en kötü uyumu sosyal çevre (14.3 ± 3.1), mesleki çevre (11.9 ± 2.1) ve seksüel ilişkiler (8.4 ± 3.8) alanlarında gösterdikleri; geniş aile ilişkilerinde (5.1 ± 1.4) ve sağlık bakımına uyum (7.1 ± 2.3) alanlarında orta derece uyum; psikolojik baskı (5.2 ± 2.9) ve aile ortamı alanlarında (6.5 ± 1.7) ise en iyi uyumu gösterdikleri bulunmuştur (Tablo 5). Hastaların psikososyal uyum alanlarından aldıkları puanlara bakıldığında en kötü uyumu sosyal çevre, mesleki çevre ve seksüel ilişkiler alanlarında gösterdikleri; geniş aile ilişkilerinde ve sağlık bakımına uyum alanlarında orta derece uyum; psikolojik baskı ve aile ortamı alanlarında ise en iyi uyumu gösterdikleri bulunmuştur. Çınar'ın (2009) HD hastalarının psikososyal

uyumunu değerlendirdiği çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak HD hastalarının psikososyal uyum alt boyutlarından sosyal evre, mesleki evre ve seksüel ilişkiler alanlarında kötü uyum gösterdiğini diğer alanlarda ise orta düzeyde uyum gösterdiğini belirtilmiştir. Hastaların fiziksel güç gerektirecek mesleki evre, sosyal evre ve seksüel ilişkiler alanlarında uyumlarının daha kötü olması hastalığın ve hemodiyaliz tedavisinin komplikasyonlarından kaynaklı olabileceği düşünölmektedir (93). Tedavileri nedeniyle seanslara bağlı kalmak zorunda olan ve sürekli hastaneye gitmek durumunda kalan HD hastalarının sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (11). Bu çalışmada sosyal evre alt boyutu puanı 14.3 ± 3.1 bulunmuşken ınar'ın (2009) alışmasında 8.25 ± 4.49 bulunmuştur ve bu paun farkı dikkat çekicidir. Sosyal evre alt boyutundaki bu kötüleşmenin sebebi içinde bulunduğumuz pandemi sürecinin kişilerin sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemesi olabilir. Çalışmamızda aile ortamına iyi uyum ve geniş aile ilişkilerine orta düzeyde uyum görölmüştür ve bu bulgular literatürle benzerdir. Kaymaz'ın (2016) diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada en iyi uyumun geniş aile ilişkilerinde görölmesinin nedeninin költürümüze göre akraba bağlarının kuvvetli olması, hasta kişilere destek olma ve yalnız bırakmama öğretisinin olduğu düşünölmüştür (98). Çalışma bulgularımızda psikolojik baskı alt boyutuna uyumun iyi düzeyde olması literatürle zıt bir bulgudur nitekim yapılan farklı çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerde psikolojik baskı alt boyutuna uyumun kötü olduğu belirtilmiştir (95, 99, 100). Çalışmamıza katılan bireylerin hastalıkları nedeniyle ev, iş ve aileye yönelik sorumluluklarını diğer aile bireyelerine devretmesi muhtemeldir. Psikolojik baskı alt boyutuna uyumun iyi çıkmasının nedeni sorumluluklarından arınan hastaların psikolojik olarak rahatlaması olabilir.

Çalışmamızda HD hastalarının COVID-19 korkusu orta düzeyin üzerinde (20.1 ± 4.0) bulunmuştur (Tablo 5). Rajkumar'ın (2020) yapmış olduğu çalışma da salgının ortaya çıkışı ve vaka sayılarının arttığı süreçte kişilerin artan düzeyde korku, endişe ve stres yaşadığı bulunmuştur (101). Alacahan ve arkadaşlarının (2021) kronik hastalığı olan erişkinlerin COVID-19 korkularını inceledikleri çalışmada da sağlıklı grupta COVID-19 Korkusu Ölçeği toplam puanı 16.1 ± 5.9 iken; hasta grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olup 19.5 ± 7.1 bulunmuştur (90). Bakioğlu ve Ercan'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 korkusu, hibirkronik hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (102). Bu verilere bakıldığında COVID-19 korkusu genel popölasyonda mevcut iken kronik bir hastalığa sahip olmanın bu korkunun seviyesi üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünölmektedir.

Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre aile ortamı, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, psikolojik baskı, PAIS-SR Ölçek toplam puanı ve COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Çınar'ın (2009) yapmış olduğu çalışmaya göre kadınların seksüel ilişki ve psikolojik baskı alt boyut puanları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş yani kadınların seksüel ve psikolojik baskı problemlerinin erkeklerden daha çok olduğu görülmüştür (93). Erşan ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada kadınların aile çevresine uyumu daha kötü ve depresyon, anksiyete ve stres puanları daha yüksektir (79). Çınar'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada kadınların PAIS-SR Ölçek toplam puanının erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (93). Zengin ve arkadaşlarının (2017) DM olan bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada da cinsiyet değişkeni psikososyal uyumu etkilemiş ve kadınlarda erkeklere göre uyum sorununun daha fazla olduğu bulunmuştur (94). Çelik ve arkadaşlarının (2015) Tip1 diyabetli hastalarda yapmış olduğu çalışmada da kadınların sağlık bakımına uyum konusunda daha fazla sorun yaşadıkları belirtilmiştir (103). Çelik ve Tarık'ın (2007) HD hastalarında yaptığı çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha fazla anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir (104). Bahar ve arkadaşlarının HD hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşamı değerlendirdiği çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel problem yaşadığı ve anksiyete puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (105). Lee ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada ise bizim çalışmamızın aksine erkeklerin PAIS-SR Ölçek toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Lee ve arkadaşları bu durumu erkeklerin kadınlara göre sosyal rollere uyum sağlamada daha fazla zorluk çekme eğiliminde olmasına bağlamıştır (97). Literatür bulgularının geneli ve çalışmamızın bulgularına bakıldığında kadınların erkeklere göre hastalığa daha kötü psikososyal uyum göstermesi kadınların yaşadığı stres ve depresyon düzeyinin daha yüksek olması, toplumun kadınlara biçtiği rollerin (çocuk bakma, ev işleri vb.) uyumu zorlaştırması ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde psikososyal alt boyut puanlarından aile ortamı, psikolojik baskı, seksüel ilişkiler gibi stres faktörlerinin olumsuz etkileyebileceği alanlarda kadınların daha çok etkilendikleri görülmüştür. Kronik hastalığın getirmiş olduğu fiziksel sorunlar, endokrin bozukluklar ve psikolojik sıkıntılar hastaların tamamını etkilese de kadınların günlük hayatta anne olmak, eş olmak gibi sorumlulukları almalarından dolayı hasta olma

rolüne adapte olamadıkları bu yüzden de hastalığa psikososyal uyumlarının erkeklerden daha kötü olduğu düşünülebilir (103, 106).

Çalışmamızda HD hastaları arasında kadın olanların erkek olanlara göre COVID-19 korkusu puanları daha yüksek ve anlamlı çıkması literatürle uyumlu bir sonuç göstermektedir. Alacahan ve arkadaşlarının (2021) kronik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada kadınların COVID-19 Korku Ölçeği toplam puanı erkeklerden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (90). Gencer'in (2020) yapmış olduğu bir çalışmada yine COVID-19 korkusunun erkeklerden daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (66). Aynı şekilde Bakioğlu ve Ercan'ın yapmış olduğu çalışmada da yine kadınlarda erkekle göre anlamlı düzeyde yüksek COVID-19 korkusuna rastlanmıştır (102). Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da COVID-19 korkusundaki cinsiyet farkı, koronavirüs pandemisinin kadınlarda daha fazla psikolojik etkiye neden olduğunu göstermektedir (107).

Çalışmamızda medeni durumu evli olanlarda bekâr olanlara göre sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Yani bekârların sağlık bakımına uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Çınar'ın (2009) da HD hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak evlilerin sağlık bakımına uyumunun bekârlarinkinden daha kötü olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni evli bireylerin ev ve aile içinde daha fazla sorumluluk almaları sebebiyle kendi bakımlarıyla yeterince ilgilenememeleri olabilir (93). Çam ve Nehir'in (2011) çalışmasında da bekârların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (108). Erşan ve arkadaşlarının (2013) kalp hastalarında yapmış oldukları çalışmada medeni durumu bekâr olanların evli olanlara göre depresyon puanları daha yüksek çıkmış olup bekârların yaşadığı yalnızlık hissi, duygusal destek yetersizliği ve sosyal desteğin az olmasının bunun nedeni olabileceği düşünülmüştür (79). Çalışmamız bulgusuna göre bekârların sağlık bakımına uyumunun kötü olması, kronik bir hastalığa karşı bekârların depresyon puanının daha yüksek olması sebebiyle kendi bakımlarına yeterli ilgi ve alakayı vermemeleri nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu ortaokul ve altı olanlar lise ve üstü olanlara göre mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ise psikolojik baskı alt ölçeği puanı daha yüksek ve

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu ortaokul ve altı olanlarda lise ve üstü olanlara göre kötü uyum oranları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.039$). Çalışmamızda yapılan lojistik regresyon analizine göre, eğitim durumu ortaokul ve altında olanların 3.1 kat daha kötü psikososyal uyuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7, 8, 14). Çınar'ın (2009) HD hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada eğitim durumları yönünden psikososyal uyumda anlamlı fark bulunmazken çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyi yüksek olanların aile ortamına uyumunun daha iyi olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak ise eğitim seviyesi yüksek kişilerin psikososyal baskıyı daha az yaşadıkları bulunmuştur (93). Akın ve Durna'nın (2006) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim durumu yüksek olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının ve aile ortamı alanına uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur (100). Çelik ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi düşük diyabetli hastaların hastalığa psikososyal uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (103). Albayrak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarında eğitim durumu yüksek olanların aile ortamına uyumunun düşük olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (109). Çam ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim durumu yüksek hastaların sosyal çevreye uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (80). Çam ve Nehir'in (2011) de yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile hastalığa psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olduğu, eğitim durumu yükseldikçe hastaların hastalığa daha iyi psikososyal uyum gösterdikleri ve bizim çalışmamızla benzer olarak aile çevresi alanına uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (108). Bizim çalışmamıza ve literatürdeki diğer çalışma bulgularına genel olarak bakıldığında eğitim durumunun yüksek olmasının hem hastalığa uyumu iyi etkilediği hem de sosyal ilişkileri olumlu etkilediği, çevre ve ilişkilerle ilgili alanlarda uyumun daha yüksek olmasını sağladığı söylenebilir.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalıkları hakkında bilgi edinme imkânları artabilir. Kişinin doğru bilgi edinmesi ve neyi ne kadar bilmesi gerektiğini ayırt edebilmesi hastalık psikolojisini etkilemektedir. Kontrolsüz bir bilgi edinme kişilerde gereksiz bir endişe ve kaygıya sebep olabilir, psikolojiyi olumsuz etkileyebilir (65). Çalışmamız bulgusunda eğitim düzeyi yüksek hastalarda psikolojik baskı alanına uyumun daha kötü olmasının sebebi bu durum olabilir.

Çalışmamızda ikamet yeri ilçe olanlarda şehir merkezi ve köy olanlara göre sağlık bakım uyum puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İkamet yeri köy olanlarda şehir ve ilçe olanlara göre mesleki çevre ve seksüel ilişkiler puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Zengin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hastaların yaşadıkları yer ile psikososyal uyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır (94). Ülkü'nün (2019) yapmış olduğu çalışmada da hastaların yaşadıkları yer psikososyal uyum toplam ve diğer alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (99). Literatürde bu konuyla alakalı bilgi olmamakla beraber köyde yaşayan hastaların, genellikle tarım ve hayvancılık gibi fiziksel güç gerektiren işlerde çalıştığı düşünüldüğünde hastalığın yaşamı kısıtlayan olumsuz etkileri mesleki çevre alt boyutuna uyumu kötü etkilemiş olabilir. Kırsal kesimde eğitim düzeyinin daha düşük olması dolayısıyla bilgiye ulaşma imkânları daha düşük olabilir. Kendisine veya fistül, katater gibi HD giriş yollarına zarar geleceği korkusuyla cinsellikten kaçınma gibi tutumlar seksüel ilişkiler alt boyutuna uyumu bu hastalarda daha kötü etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda çalışma durumuna bakıldığında, çalışmayanlarda çalışanlara göre mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanları daha yüksek, psikolojik baskı alt ölçek puanı ise daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Yani çalışan hastaların psikososyal uyumu, mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre uyumu çalışmayanlara göre daha iyiysen psikolojik baskı alt boyutuna uyumu çalışmayanlara göre daha kötüdür. Çınar'ın (2009) yaptığı çalışma bizim çalışmamızla benzer olarak çalışanların çalışmayanlara göre mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve psikososyal uyumu daha iyi bulunmuştur. Çınar (2009) bu durumu çalışan hastaların daha genç ve sağlık durumlarının daha iyi olmasına bağlamıştır (93). Lee ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde çalışan HD hastalarında psikososyal uyumun daha iyi olduğu bulunmuştur (97). Çetinkaya'nın (2019) yaptığı çalışmada çalışan hastaların psikososyal uyumları bütün alt boyutları da dâhil olarak çalışmayanlardan daha iyi bulunmuştur (95). Erşan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak bir işte çalışmayan hastaların seksüel ilişkiler alanında uyumun daha kötü olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bir işte çalışmayan hastaların depresyon puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların bir işle meşgul olmaması ekonomik, sosyal ve ruhsal açıdan sıkıntılara sebep olabilir ve

neticede depresyon görülebilir (79). Bu bilgilere bakıldığında çalışmayan hastaların psikososyal uyum veya alt boyutlardan bazılarında kötü sonuçlar vermesi yaşadıkları ruhsal ve sosyal sıkıntılara yorulabilir. Diğer yönden bakıldığında ise çalışan hastaların bir işle meşgul olması hastalığa psikososyal uyumu olumlu etkilemektedir. Çalışan hastaların işlerine ve sosyal hayatlarına devam edebilmek için sağlığını sürdürme çabası hastalığa psikososyal uyumu olumlu etkilemiş olabilir. Hastaların çalışabilecek derecede iyi durumda olması, çalışıp üretmenin ve hayatın içinde kalmaya devam etmenin psikososyal uyum üzerinde olumlu etkisi olduğu da düşünülebilir (110). Bizim bulgularımız ve literatür bulgularından farklı olarak Fırat (2013) ise HD hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışan hastaların psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu bulmuştur. Fırat bu durumu hastaların hemodiyalize bağlı yaşadıkları problemlerin iş hayatına yansması ve işini kaybetme korkusu yaşamalarına bağlamıştır (106). Fırat'ın (2013) bu bulgusu bizim araştırmamızdaki çalışan hastaların psikolojik baskı alt boyutuna kötü uyum göstermesini açıklar niteliktedir. Çalışan hastalar HD getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik olumsuzlukları iş hayatına yansıtabilir işini kaybetme korkusu duyabilir dolayısıyla psikolojik baskı alt boyutuna uyumu kötüleşebilir.

Çalışmamızda gelir durumu yeterli olan hastaların yeterli olmayanlara göre psikososyal uyumunun ve mesleki çevre, aile ortamı, psikolojik baskı alt boyutlarına uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Çetinkaya'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada ekonomik durumu iyi olan hastaların psikososyal uyumunun ekonomik durumu orta olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (95). Akın ve Durna'nın (2006) yaptıkları çalışmada da gelir düzeyi düştükçe aile çevresi alt grubuna uyumun azaldığı bulunmuştur (100). Çelik'in (2018) yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların sağlık bakımına uyum, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (111). Kronik hastalıklar fiziksel fonksiyon kaybı ve iş kaybına neden olması ve ömür boyu süren tedavilerin maliyetli olması yönünden insanların ekonomilerini olumsuz etkilemektedir (69). Hastaların yaşadıkları ekonomik kaygıların psikososyal uyumu çeşitli yönlerden olumsuz şekilde etkilediği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda aile yapısı çekirdek aile olanlarda sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda yapılan lojistik regresyon analizine göre, çekirdek aile yapısına sahip olanların 5.9 kat daha

kötü psikososyal uyuma sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7, 14). Aile yapısı çekirdek aile olanlarda diğerlerine göre kötü uyum oranları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.050$) (Tablo 8). Çam ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada yalnız yaşayan hastaların çekirdek ve geniş ailede yaşayan hastalara göre, geniş aile ilişkilerine uyumunun daha kötü olduğu bulunmuştur. Aile ve akraba desteği gibi sosyal destek kaynağı olan hastaların hastalığa psikososyal uyumunun olumlu şekilde etkilendiği görülmüştür (80). Kişinin yeterli sosyal desteğe sahip olmaması stresle baş etmede sorunlar yaşamasına ve psikososyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesine sebep olduğu belirlenmiştir (108). Kültürümüzde aile bağları, yardımlaşma, hasta ziyareti ve hastaya değer vermek onun yaşamını kolaylaştırmak gibi davranışlar önemlidir (95). Geniş aile yapısı ülkemizde yaygın olduğu için hasta bireyler geniş aile içinde herkes tarafından önemsenir ve destek olunmaya çalışılır. Bu kültürün hastalığa psikososyal uyumu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bakıma destek olan kişinin eş olduğu hastalarda sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bakıma eş dışındakilerin destek olduğu kişilerin mesleki çevre ve geniş aile ilişkileri puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında bakıma destek olan kişi varlığı, psikososyal uyumu olumlu şekilde etkiler. Eşleri ve akrabaları tarafından hastalıkları desteklenen hastaların daha az sorun yaşadıkları ve hastalığa daha iyi uyum sağladıkları görülmüştür (83). Bakıma destek olan kişinin eş olduğunu söyleyen bireyler sağlık bakımlarıyla alakalı bütün sorumluluğu eşine yüklemiş, kendi sağlık bakımıyla ilgilenmeyen bireyler olabileceği için sağlık bakımına uyum alt boyutu kötü bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkileyenlerde mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler alt ölçek puanları ile PAIS-SR Ölçek toplam puanı ve COVID-19 Korksu Ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalığın yaşamını etkilemesini yüksek düzeyde olarak niteleyenlerde kötü uyum oranı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.008$) (Tablo 9, 10). Hastaların yaşadıkları hastalık ve tedavi sürecinden dolayı günlük yaşamları birçok yönden olumsuz etkilenmektedir. HD hastaları haftada 3-4 gün hemodiyalize gelme zorunluluğu ve hastalığın getirmiş olduğu fiziksel sorunlar nedeniyle iş kaybı yaşamakta veya ev hanımları ev içinde önceden yaptıkları birçok işi artık yapmadığını ifade etmektedir. Bu

olumsuzluklar hastaların sosyal rollerindeki değişikliklere sebep olmaktadır. İş kaybı yaşayan, aile içindeki sorumluluklarını yerine getiremeyen ve fiziksel performanslarında kayıplar yaşayan hastaların mesleki çevre, aile ortamı ve seksüel ilişkiler alt boyutuna uyumun kötü olması bu düşünceyi desteklemektedir. Çalışmamızda hastalığın etkisini yüksek düzeyde yaşayan hastalarda COVID-19 Korkusu puanının yüksek çıkması Wang ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı bulunan kişilerin salgının psikolojik etkisini, stres, kaygı ve depresyonu daha yüksek seviyede yaşadığı bulgusuyla açıklanabilir (107). Aynı şekilde Özdin'in (2020) yaptığı çalışmada da kronik hastalık varlığının depresyon, kaygı ve sağlık kaygısı düzeylerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (112).

Çalışmamızda sağlık durumunu kötü - çok kötü olarak niteleyenlerde sağlık bakımına uyum, aile ortamı, geniş aile ilişkileri, psikolojik baskı ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık durumunu orta, kötü ya da çok kötü olarak belirtenlerde kötü uyum oranı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.048$) (Tablo 9, 10). Hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu niteleyenlerde mesleki çevre, aile ortamı, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli düzeyde olduğu kişilerde kötü uyum oranı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.020$). (Tablo 9, 10). Öyke'nin (2008) Behçet hastalarında yapmış olduğu çalışmada da hastanın genel durumundan memnuniyeti azaldıkça psikososyal uyumunun kötüleştiği bulunmuştur ve bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (110). Albayrak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada da hastaların sağlığını orta düzeyde hissedenlerin iyi hissedenlere göre aile çevresine uyumda daha kötü oldukları görülmüştür (109). Hastaların yaşadıkları komplikasyonlar arttıkça hastanın yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Fiziksel performans gerektiren mesleki çevre, aile ve geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyutlarına uyumun kötüleşmesi beklenen bir durumdur ancak bizim çalışmamızda sağlık bakımına uyumun da kötüleştiği bulunmuştur. Literatürde bununla ilgili bir bulguya rastlanmamakla beraber bunun nedeni olarak yaşanan komplikasyonlarla baş etmeye çalışan hastaların sağlık bakımlarını ihmal ettiği düşünülebilir.

Hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziksel güç kaybı diyenlerin sağlık bakımına uyum alt ölçeği puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziki güç kaybı olduğunu ifade etmeyenlerin seksüel ilişkiler, PAIS-SR Ölçek toplam puanı ve COVID-19 Korksu Ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Literatürde bu konuyla alakalı bir bulguya rastlanmamakla beraber çalışmamızda hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziksel güç kaybı olduğunu ifade etmeyen kişiler sosyal yaşamdan uzaklaşan, gezemeyen ve yardıma ihtiyaç duyan kişilerdir. Hemodiyaliz seanslarına bağlılıktan dolayı kişilerin sosyal yaşamı olumsuz etkilenmekte hastaların eğlence aktiviteleri kısıtlanmaktadır bu durumun psikososyal uyumu kötü etkilediği düşünülebilir. Çelik'in (2018) yapmış olduğu çalışmada fiziksel güç kaybının fazla olduğunu söyleyen hastalarda orta olduğunu söyleyenlere göre sağlık bakımına uyumunun daha kötü olduğu belirtilmiştir (111). Bu bilgilere bakıldığında fiziksel güç kaybından etkilenen hastaların kendi sağlık bakımlarıyla ilgilenemedikleri dolayısıyla bu alana yönelik uyum puanlarının daha kötü olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki başka bir bulgu sosyal aktiviteye katılmayanlarda katılanlara göre sağlık bakımına uyum ve psikolojik baskı hariç diğer tüm alt boyutlarda, PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Çelik'in (2018) yaptığı çalışmada sosyal aktiviteye katılmayan kişilerin katılanlara göre tüm alt boyutlarıyla beraber psikososyal uyumunun daha kötü olduğu bulunmuştur (111). Bahar ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada hastalıkları nedeniyle sosyal yaşamları olumsuz etkilenen hastaların depresyon, anksiyete ve cinsel problemler yaşadığı belirtilmiştir bu durumun hastaların hastalığa psikososyal uyumunun kötü olmasına sebep olduğu düşünülebilir (105). HD hastaları fiziksel olarak güçsüzlük yaşamaları, haftada 2-3 kez hastaneye gidip gelme sebebiyle sosyal aktiviteye vakit bulamamaları, enfeksiyona yatkınlıkları sebebiyle toplu alanlara girmekten kaçınmaları, beden görünümlerinden kaynaklı çekinceleri, yorgunluk, hastalıklarıyla ilgili sorulara muhatap olmak istememe gibi nedenlerden dolayı kalabalık ortamlardan uzak durma, sosyal aktivitelere katılmama eğilimi gösterirler (77). Bu durumlar hastaların yalnız hissetmelerine, sosyal izolasyona ve psikososyal uyumlarının kötü etkilenmesine sebep olabilir.

Hemodiyaliz ünitesine servis ile ulaşım sağlayanlarda mesleki çevre, aile ortamı, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Bu sonuç haftanın birkaç gününde aynı hasta grubunun birlikte ortak kaderi paylaşması ve birbirini olumsuz etkilemesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçiren ve yakınlarında COVID-19 sebebiyle yoğun bakım hikâyesi olan hastalarda sağlık bakımına uyum ve psikolojik baskı alt ölçek puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11). Lee ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada HD hastalarının COVID-19 nedeniyle endişe ve stres duyduklarını, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık dörtte birinin depresyon için klinik kriterleri karşıladığını bildirilmiştir. Katılımcıların bir çoğu hemodiyaliz tedavisine giderken enfeksiyon riski yönünden endişe duyduğunu ifade etmiştir (113). Ailede COVID-19 geçirme veya yoğun bakımda COVID-19 nedeniyle tedavi görme, pandemi sürecinde HD hastalarının anksiyete ve depresyon yaşama durumunu daha fazla etkileyebilir. Hastaların yaşadıkları bu ruhsal problemler psikolojik baskı alt boyutuna uyumunun kötü olmasına ve kendi sağlıklarıyla ilgilenmeyi ihmal etmeleri nedeniyle sağlık bakımına uyumun da kötü olmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçirmeyen ve yakınlarında COVID-19 sebebiyle yoğun bakım hikâyesi olmayanlarda mesleki çevre alt ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11). Literatürde böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda yakınlarında COVID-19 sebebiyle yoğun bakım hikâyesi olanlar ve COVID-19 sebebiyle ölen yakını olanlarda COVID-19 Korkusu Ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11). Duman'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada bir yakının COVID-19'a yakalanıp yakalanmaması korku derecesini farklılaştırmazken yakının COVID-19 nedeniyle kaybedilmiş olması korkuyu anlamlı şekilde arttırdığı bulunmuştur (114). Bakioğlu ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada ise yakınlarından birinin COVID-19'a yakalanmasının korku düzeyi açısından farklılığa sebep olmadığı belirtilmiştir (102). Oğuz'un (2021) yapmış olduğu çalışmada bir yakının COVID-19'a yakalanma veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetme durumunun COVID-19 korkusu düzeyinde fark yaratmadığı bulunmuştur (115).

Çalışmamız sonucunda COVID-19 Korkusu Ölçeği ile; medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, çalışma durumu, gelir durumu, aile yapısı, bilgi alınan kişi, bakıma destek olan kişi, sosyal aktivite, sağlık durumu, fiziksel güç kaybı, HD ünitesine ulaşım, COVID-19 geçirme, ailede COVID-19 geçiren olması ve COVID-19 nedeniyle ölen yakını olması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11). Yine PAIS-SR ile; bilgi alınan kişi, COVID-19 geçirme ve COVID-19

nedeniyle ölen yakını olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Çalışmamızda yaş, PAIS-SR alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı ile COVID-19 Korkusu Ölçeğinden alınan puanların korelasyonuna göre yaş mesleki çevre, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı ile pozitif yönde orta düzeyde korele iken ($p<0.05$), aile ortamı ve geniş aile ilişkileri ile pozitif yönde zayıf düzeyde koreledir ($p<0.05$). Yaş ve psikolojik baskı negatif yönde, zayıf düzeyde koreledir ($r=-0.217$; $p=0.002$) (Tablo 13). Çınar'ın (2009) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak yaş arttıkça psikososyal uyum, mesleki çevre, aile ortamı, sosyal çevre ve seksüel ilişkiler alt boyutlarına uyumun kötüleştiği bulunmuştur (93). Ülkü'nün (2019) kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarını değerlendirdiği çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak psikososyal uyumun ve psikolojik alt boyut hariç diğer tüm alt boyutlarda yaş ilerledikçe uyumun kötüleştiği bulunmuştur (99). Yaş ilerledikçe hastalarda hastalığın fiziksel ve psikolojik komplikasyonlarının yükünün artması sebebiyle psikososyal uyumlarının azalması beklenen bir durumdur. Ancak Zengin ve arkadaşlarını çalışmasında ise bizim bulgularımıza ters olarak ileri yaş hastaların psikolojik uyum düzeyinin daha iyi olduğu bulunmuştur (94). Çam ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise ileri yaş emekli hastaların uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur, bu durumun ileri yaş emekli hastaların eşe, çocuklara ve aile yaşamına yönelik kaygıları daha az yaşamalarından dolayı olabileceğini söylemiştir (80). Bizim çalışmamızda yaş ve psikolojik baskı alt boyutu arasındaki negatif yönlü korelasyonun sebebini bu durum açıklayabilir.

COVID-19 Korkusu Ölçeği sadece psikolojik baskı alt ölçeği pozitif yönde zayıf düzeyde koreledir ($r=0.296$; $p<0.001$) (Tablo 13). Yani COVID-19 puanı yükseldikçe psikososyal baskı alt boyutuna uyumun azaldığı görülmüştür. COVID-19 pandemisi nedeniyle katı önlemler ve zorunlu izolasyon insanların günlük yaşamını, çalışma faaliyetlerini, ekonomilerini ve dolayısıyla psikolojilerini etkilemektedir. Yaygın bulaşma, karantina ve sosyal mesafe, virüsün kendisine bulaşacağı endişesi veya başka birine bulaştırma korkusu, hayatını kaybetme veya yakınlarını kaybetme korkusu, gıda sıkıntısı yaşama veya sağlık kurumlarına ulaşamama korkusu gibi durumlar insanların psikolojik sağlığını etkiler ve kaygı, öfke, can sıkıntısı, depresyon, yalnızlık, hayal kırıklığı ve stres gibi duygusal tepkilere sebep olabilir (61, 66). Dolayısıyla riskli grupta olan HD hastaları,

hem HD'nin ve hastalığın getirmiş olduğu sorunlarla baş etme hem de tüm dünyayla birlikte COVID-19'a karşı fiziksel ve ruhsal olarak mücadele etmeye çalışmaktadır. Bu nedenle HD hastalarının üzerlerinde psikolojik baskıyı daha şiddetli hissetmeleri muhtemeldir. Pandemi sürecinde HD hastalarının yaşadığı COVID-19 korkusunun psikolojik baskı alt boyutuna uyumu azaltması bu bilgileri destekler niteliktedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Pandemi sürecinde HD hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi amacıyla Rize RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize Devlet Hastanesi, Rize Çayeli İshakoğlu Devlet Hastanesi ve Rize Kaçkar Devlet Hastanesi HD ünitelerinde hemodiyaliz alan 200 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bu araştırmada,

- PAIS-SR Ölçek toplam puanı ortalamasının 58.3 ± 9.5 ile %80 kötü uyuma sahip olduğu, PAIS-SR Ölçeği alt boyutları ortalama puanlarının sağlık bakımına uyum 7.1 ± 2.3 ; mesleki çevre 11.9 ± 2.1 ; aile ortamı 6.5 ± 1.7 ; seksüel ilişkiler 8.4 ± 3.8 ; geniş aile ilişkileri 5.1 ± 1.4 ; sosyal çevre 14.3 ± 3.1 ; psikolojik baskı 5.2 ± 2.9 olduğu ve COVID-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puan ortalamasının ise 20.1 ± 4.0 olduğu,
- Pandemi sürecinde kadınların, hastalığının yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini söyleyenlerin, hastalığın olumsuz etkisini fiziksel güç kaybı olarak ifade edenlerin, yakınlarında COVID-19 sebebi ile yoğun bakım hikâyesi olanların ve COVID-19 sebebi ile ölen yakını olanların COVID-19 korkusunun daha yüksek olduğu,
- Kadınların, eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, çalışmayanların, gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanların, hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkileyenlerin, hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziksel güç kaybını ifade etmeyenlerin, sosyal aktiviteye katılmayanların, sağlık durumunu kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin, fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu söyleyenlerin ve hemodiyaliz ünitelerine servis ile ulaşım sağlayanların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu,
- Evlilerin, gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanların, çekirdek aileye sahip olanların, bakıma eşinin destek olduğu kişilerin, hastalığın olumsuz etkisini fiziksel güç kaybı olarak belirtenlerin, sağlık durumunu kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin, ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçirenlerin, yakınlarında COVID-19 sebebi ile yoğun bakım hikâyesi olanların sağlık bakımına uyumunun daha kötü olduğu,

- Eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, ikamet yeri köy olanların, çalışmayanların, gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanların, bakıma eş dışında destek olanların, hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkileyenlerin, hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu niteleyenlerin, hemodiyaliz ünitesine servis ile ulaşım sağlayanların, ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçirmeyenlerin, sosyal aktiviteye katılmayanların, yakınlarında COVID-19 sebebiyle yoğun bakım hikâyesi olmayanların mesleki çevre alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,
- Kadınların, eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, çalışmayanların, gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanların, hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini söyleyenlerin, sağlık durumunu kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin, hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu söyleyenlerin, sosyal aktiviteye katılmayanların, hemodiyaliz ünitesine servis ile ulaşım sağlayanların aile ortamı alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,
- Kadınların, eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, ikamet yeri köy olanların, çalışmayanların, hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini söyleyenlerin, sosyal aktiviteye katılmayanların, hastalığın olumsuz etkisi olarak fiziki güç kaybı olduğunu ifade etmeyenlerin seksüel ilişkiler alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,
- Kadınların, eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, bakıma eş dışında destek olanların, sosyal aktiviteye katılmayanların, sağlık durumunu kötü – çok kötü olarak niteleyenlerin geniş aile ilişkileri alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,
- Eğitim durumu ortaokul ve altı olanların, çalışmayanların, hastalık sürecinde fiziksel güç kaybının önemli ölçüde olduğunu niteleyenlerin, sosyal aktiviteye katılmayanların, hemodiyaliz ünitesine servis ile ulaşım sağlayanların sosyal çevre alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,
- Kadınların, eğitim durumu lise ve üstü olanların, çalışanların, gelir durumu yetersiz/kısmen yeterli olanların, sağlık durumunu kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin, ailesinde veya çevresinde COVID-19 geçirenlerin, yakınlarında COVID-19 sebebi ile yoğun bakım hikâyesi olanların psikolojik baskı alt boyutuna uyumunun daha kötü olduğu,

- Eğitim durumu ortaokul ve altı olanlarda lise ve üstü olanlara göre, aile yapısı çekirdek aile olanlarda diğerlerine göre kötü uyum oranlarının istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek olduğu (sırasıyla $p=0.039$; $p=0.050$),
- Yaşın mesleki çevre, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve PAIS-SR Ölçek toplam puanı ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu ($p<0.05$), aile ortamı ve geniş aile ilişkileri ile pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkili olduğu ($p<0.05$); psikolojik baskı alt boyutu puanı ile ise negatif yönde, zayıf düzeyde ilişkili olduğu ($r=-0.217$; $p=0.002$),
- COVID-19 Korkusu Ölçeğinin sadece psikolojik baskı alt boyutu puanı ile pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkili olduğu ($r=0.296$; $p<0.001$),
- PAIS-SR Ölçek toplam puanının ise tüm alt boyutlarla pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu ($p<0.05$),
- PAIS-SR gruplarına göre uyumu etkileyen faktörlerin araştırıldığı lojistik regresyon analizinde eğitim durumunun ortaokul ve altı olmasının 3.1 kat (%95 GA 1.172-8.421), aile yapısının çekirdek aile olmasının ise 5.9 kat (1.149-31.006) etkisinin olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçlarına dayanarak, pandemi sürecinde HD hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarının değerlendirilmesine yönelik önerilerimiz aşağıda sunulmuştur.

- HD hastalarının psikososyal uyumunun iyileştirilmesi için fiziksel bakımın yanı sıra psikososyal destek verilmeli,
- HD tedavisi alan özellikle kadın hastaların psikososyal uyumunun iyileştirilmesi amacıyla destek grupları oluşturulmalı ve düzenli olarak değerlendirilmesi yapılmalı,
- Sosyal destek varlığının hastaların psikososyal uyumlarını arttırdığı bilinmektedir bu nedenle hastaların sosyal destek kaynakları belirlenmeli ve uyumu arttırmaya yönelik kullanılmalı,
- Hastalığın yaşam üzerinde oluşturduğu olumsuz etkinin psikososyal uyumu etkilediği görülmektedir. Bu olumsuzlukların her bir birey için belirlenmesi ve giderilmesine yönelik tedavi planı yapılmalı,

- Hastaların COVID-19'a yönelik algıları değerlendirilmeli, korku ve kaygılarının giderilmesi için doğru bilgilendirme yapılmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır.

Konuyla ilgili ileride yapılacak çalışmalar için;

- Araştırmamız sadece bir ilde bulunan devlet hastaneleriyle sınırlı olduğundan daha geniş örneklem grubunu kapsayacak şekilde, pandemi dönemi, öncesi ve sonrasıyla karşılaştırma yapılmasını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V (2021). Chronic kidney disease. *The Lancet* 398(10302): 786-802.
2. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet* 389(10075): 1238-1252.
3. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L (2003). Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14(1): 72-80.
4. Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S (2014). Kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 23(4): 773-789.
5. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization* 96(6): 414-422.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2018). Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (Eylem Planı) 2018-2023, Yayın No: 1117, Ankara.
7. Andreoli MCC, Totoli C (2020). Peritoneal dialysis. *Revista da Associação Médica Brasileira* 66(1): 37- 44.
8. Murdeshwar HN, Anjum F (2022). Hemodialysis. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. PMID: 33085443.
9. Kara B (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi* 49(2): 132-136.
10. Ahmad MM, Al Nazly EK (2015). Hemodialysis: stressors and coping strategies. *Psychol Health Medicine* 20(4): 477-487.
11. Zengin O, Yıldırım B (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 26(1): 67-73.
12. Zhu H, Wei L, Niu P (2020). The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Glob Health Research Policy* 5(6): 1-3.

13. Wang W, Tang J, Wei F (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 Novel Coronavirus (2019-Ncov) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology* 92(4): 441-447.
14. Sandalcı B, Uyaroglu OA, Güven GS (2020). COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *Flora* 25(5): 1-7.
15. Özdemir ST (2021). COVID-19 pandemisi ve kronik böbrek hastalarına etkisi/ COVID-19 of pandemic and impact on patients with chronic kidney disease. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 16(2): 60-66.
16. Öneç K (2020). Pandemi sürecinde nefroloji ve hemodiyaliz hastalarının yönetimi--Düzce Üniversitesi deneyimleri. *Konuralp Medical Journal* 12(1): 383-385.
17. Nie J, Zhu S, Cui W, Wu H, Cai Y, Wen X, Li Q (2020). Psychological status and intervention strategy of maintenance hemodialysis patients in COVID-19 epidemic. *Research Square*: 1-14. doi: 10.21203/rs.3.rs-37825/v1.
18. Charles C, Ferris AH (2020). Chronic kidney disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 47(4): 585-595.
19. Topbaş E (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 10(1): 53-59.
20. Chen TK, Knicely DH, Grams ME (2019). Chronic kidney disease diagnosis and management: A review. *The Journal of the American Medical Association* 322(13): 1294-1304.
21. Ketteler M, Block GA, Evenepoel P, Fukagawa M, Herzog CA, McCann L, Leonard MB (2018). Diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder: Synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2017 clinical practice guideline update. *Annals of Internal Medicine* 168(6): 422-430.
22. Varol E, Sivrikaya SK (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(2): 89-96.
23. Kızıltan G, Türker PF (2018). Böbrek hastalıkları ve beslenme özel sayısı. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 46(Özel Sayı): 30-35. doi: 10.33076/2018.BDD.1163.

24. Bilgiç N (2020). Kronik böbrek hastalıkları ile diyaliz birimlerinde hemşirelerin maliyet-etkililik ve verimliliğe etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 15(1): 23-29.
25. Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, Levin A, Jager KJ, Tonelli M, Massy Z, Wanner C, Anders HJ (2017). Chronic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers* 3(1): 1-24.
26. Grams ME, Rebholz CM, Chen Y (2016). Race, APOL1 risk, and eGFR decline in the general population. *Journal of the American Society of Nephrology* 27(9): 2842-2850.
27. Benjamin O, Lappin SL (2022). End-stage renal disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 29763036.
28. Esen B, Sağlam Gökmen E, Atay AE, Sarı H, Karakoç A, Kahvecioğlu S, Şit D (2015). Son dönem böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerine göre anksiyete ve depresyonun varlığı ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 24(3): 270-277.
29. Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G (2018). Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2016 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 27(2): 133-139.
30. Yılmaz E (2016). Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kanıt temelli uygulamalar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 11(2): 26-39.
31. Soylu D, Ortabağ T (2017). Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 26(2): 215-221.
32. Köken ZÖ (2018). Böbrek transplantasyonunda bakım. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics Journal* 4(2): 149-56.
33. Ören BG (2010). Renal replasman tedavisinde maliyet. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 7(1-2): 70-72.
34. Kiebalo T, Holotka J, Habura I, Pawlaczyk K (2020). Nutritional status in peritoneal dialysis: nutritional guidelines, adequacy and the management of malnutrition. *Nutrients* 12(6): 1715.
35. Eroglu E, Heimbürger O, Lindholm B (2022). Peritoneal dialysis patient selection from a comorbidity perspective. *Seminars in Dialysis* 35(1): 25-39.

36. Sevinç M, Hasbal NB, Ünsal A (2019). Transplantasyon ve Periton Diyalizi. Birinci baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 21-25.
37. Sachdeva B, Zulfiqar H, Aeddula NR (2022). Peritoneal Dialysis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 30422574.
38. Ok E (2019). Hemodiyaliz. Yeniçerioğlu Y, Güngör Ö, Arıcı M (Ed), Temel Nefroloji. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, Sayfa: 383.
39. Marsh AM, Genova R, Buicko JL (2022). Dialysis Fistula. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 32644511.
40. Tuna D, Ovayolu N, Duygu KES (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 13(1): 17-25.
41. Ahsen A (2011). Hemodiyalizin akut komplikasyonları. Kocatepe Tıp Dergisi 12(1): 54-60.
42. Aslan R (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. Ayrıntı Dergisi 8(85): 35-41.
43. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, Zhang LJ (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A perspective from China. Radiology 296(2): 15- 25.
44. Singhal T (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). The Indian Journal of Pediatrics 87(4): 281-286.
45. He F, Deng Y, Li W (2020). Coronavirus disease 2019: What we know? Journal of Medical Virology 92(7): 719-725.
46. Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S, Parsamanesh N, Esmaeilzadeh A (2020). COVID-19; virology, biology and novel laboratory diagnosis. The Journal of Gene Medicine 23(2): 3303.
47. Forchette L, Sebastian W, Liu T (2021). A comprehensive review of COVID-19 virology, vaccines, variants, and therapeutics. Current medical science 41(6):1037-1051.
48. Mishra SK, Tripathi T (2021). One year update on the COVID-19 pandemic: Where are we now?. Acta Tropica 214: 105778. doi: 10.1016/j.actatropica.2020.105778.

49. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, Mudatsir M (2020). Coronavirus hastalığı 2019 (COVID-19): Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *Journal of Infection and Public Health* 13(5): 667-673.
50. Zhou M, Zhang X, Qu J (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Frontiers of Medicine* 14(2): 126-135.
51. Şirin H, Özkan S (2020). Dünyada ve Türkiye’de COVID-19 epidemiyolojisi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 28: 6-13. doi: 10.24179/kbbbbc.2020-76607.
52. Dikmen AU, Kına MH, Özkan S, İlhan MN (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research* 4(Özel Sayı): 29-36. doi: 10.34084/bshr715153.
53. Buran D, Dikmen AU (2021). Ülkemizde ve Dünyada COVID-19 epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal* 12(2): 119-126.
54. Rothan HA, Byrareddy SN (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109: 102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
55. Şenyiğit A (2021). COVID-19 pandemisi. Klinik, tanı, tedavi ve korunma. *Dicle Tıp Dergisi* 48 (Özel Sayı): 176-186. doi: 10.5798/dicletip.1005418.
56. Mermi Çilingir B (2020). Koronavirüs Epidemiyolojisi ve Tanı Yöntemleri. Ayvat P (Ed.), COVID-19 Hastasında Anestezi Yönetimi. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 1-14.
57. Stasi C, Fallani S, Voller F, Silvestri C (2020). Treatment for COVID-19: An overview. *European Journal of Pharmacology* 889: 173644. doi: 10.1016/j.ejphar.2020.173644.
58. Liu J, Liu S (2020). The management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Medical Virology* 92(9): 1484-1490.
59. Akbıyık A, Avşar Ö (2020). Koronavirüs enfeksiyonu hastalığının (COVID-19) epidemiyolojisi ve kontrolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5(2): 109-116.

60. Gümüş Demirbilek S, Sezgin Ç, Gürsoy C (2021). Covid-19 aşılı ve anestezi. *Journal of Anesthesiology and Reanimation Specialists Society* 29(3):153-8.
61. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, Bernardo A, Capelli F, Pacitti F (2020). Mental health outcomes of the covid-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria* 55(3): 137-144.
62. Cullen W, Gulati G, Kelly BD (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine* 113(5), 311-312.
63. Bekaroğlu E, Yılmaz T (2020). COVID-19 ve psikolojik etkileri: Klinik psikoloji perspektifinden bir derleme. *Nesne Psikolji Dergisi* 8(18): 573-584.
64. Coelho CM, Suttiwan P, Arato N, Zsido AN (2020). On the nature of fear and anxiety triggered by COVID-19. *Frontiers in Psychology* 11: 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2020.581314.
65. Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry* 17(2): 41-45.
66. Gencer N (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi* 4: 1153-1173. doi: 10.47994/usbad.791577.
67. Özdemir Ü, Taşcı S (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1(1): 57-72.
68. Başoğlu S, Polat Ü, Güngör C (2020). HIV/AIDS hastalığı ile yaşam: öz yönetim ve psikososyal uyum. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2(3): 183-190.
69. Aydemir T, Çetin Ş (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research* 4(3): 109-115.
70. Kocaman N (2008). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1): 101-112.
71. Yaman Z, Yılmaz M (2014). Böbrek nakli sonrası bireylerde görülen psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 18(1): 22-28.

72. Kocaman N (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* 71(2): 52-58.
73. KnobfMT (2011). Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *In Seminars in Oncology Nursing* 27(3): 1-14.
74. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 21(3): 189-219.
75. Kavradım ST, Özer ZC (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6(2): 154-164.
76. Bahar A (2008). Kronik hastalıklarda umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 5(1-2): 38-43.
77. Groves M, Muskin PR (2011). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: psychiatric care of the medically ill*. American Psychiatric Publish, Washington; 45-67.
78. Günler OE (2019). Kronik hastalıkların yol açtığı bazı toplumsal problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 42: 392-400.
79. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B (2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 16(4): 214-224.
80. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 5(2): 73-81.
81. Doğan BK, Öztürk AB (2020). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 4(3): 28-36.
82. Topbaş E, Bingöl G (2017). Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 12(1): 36-42.
83. Şentürk A, Tamam L, Levent BA (2000). Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. *Arşiv* 9(49): 49-65.

84. Akpınar NB, Ceran MA, Şafak Ş, Özkalp B (2019). Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2(1): 5-10.
85. Sarı Ö (2015). Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY). *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 4(2): 71-79.
86. Uzun Ş, Kara B, İşcan B (2003). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 12(1): 61-66.
87. D'Marco L, Puchades MJ, Romero-Parra M, Gimenez-Civera E, Soler MJ, Ortiz A, Gorriz JL (2020). Coronavirus disease 2019 in chronic kidney disease. *Clinical Kidney Journal* 13(3): 297-306.
88. Patel MP, Kute VB, Prasad N, Agarwal SK, behalf of COVID O (2020). COVID 19 and hemodialysis anxiety. *Indian Journal of Nephrology* 30(3): 174.
89. Yılmaz Z, Yılmaz S (2021). Hemodiyaliz hastalarında COVID-19. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi* 48(4): 140-144.
90. Alacahan S, Kuş C, Gümüştakım RŞ (2021). Kronik hastalığı olan erişkinlerin Covid-19 korkuları. 10. Uluslararası Trakya Aile Hekimiği Kongresi Bildiriler Kitabı. Edirne, 25-26 Mart 2021, 154.
91. Ladikli N, Bahadır E, Yumuşak FN, Akkuzu H, Karaman G, Türkkkan Z (2020). Kovid-19 korkusu ölçeği'nin türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması. *International Journal of Social Science* 3(2): 71-80.
92. Adaylar M. (1995). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
93. Çınar S (2009). Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 6(1-2): 22-28.
94. Zengin O, Fırat E, Acar B (2017). Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma. *Bozok Tıp Dergisi* 7(3): 73-80.

95. Çetinkaya S (2019). Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
96. Kılıç HF, Alpar SE (2016). Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin stres yönetimi, psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisi. İnsan Bilimleri Dergisi 13(1): 754-767.
97. Lee KS, Kim HY, Lee MH (2019). Factors influencing psychosocial adjustment in hemodialysis patients. Korean Journal of Adult Nursing 31(1): 38-49.
98. Kaymaz TT, Akdemir N (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. Journal of Psychiatric Nursing 7(2): 61-67.
99. Türksen Ülkü S (2019). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
100. Akın S, Durna Z (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2): 1-8.
101. Rajkumar RP (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asianjournal of Psychiatry 52: 102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066.
102. BakioğluF, Korkmaz O, Ercan H (2021). COVID-19 korkusu ve pozitiflik: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, depresyonun, kaygının ve stresin aracılık rolü. Uluslararası Ruh Sağlığı ve Bağımlılığı Dergisi 19(6): 2369-2382.
103. Çelik S, Kelleci MK, Avcı D, Temel E (2015). Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. Florence Nightingale Journal of Nursing 23(2): 105-115.
104. Çelik HC, Acar T (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 12(1): 23-27.
105. Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H (2007). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8(4): 287-292.
106. Fırat, H (2013). Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.

107. Wang C, Pan R, Wan X (2020). Stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(5): 1-25.
108. am O, Nehir S (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 27(2): 47-59.
109. Albayrak G (2018). Diyaliz hastalarında psikososyal uyum ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
110. Öyke N (2008). Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Düzce.
111. Çelik S (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (Koah) psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
112. Özdin S, Bayrak Özdin Ş (2020). Türk toplumunda COVID-19 pandemisi sırasında kaygı, depresyon ve sağlık kaygısının düzeyleri ve yordayıcıları: Cinsiyetin önemi. *Uluslararası Sosyal Psikiyatri Dergisi* 66(5): 504-511.
113. Lee J, Steel J, Roumelioti ME, Erickson S, Myaskovsky L, Yabes JG, Jhamb M (2020). Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on patients with end-stage kidney disease on hemodialysis. *Kidney360*: 1-21. doi: 10.34067/KID.0004662020.
114. Duman N (2020). Üniversite öğrencilerinde COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science* 4(8): 426-437.
115. Oğuz İ (2021). Pandemi kliniklerinde çalışan hemşirelerin Covid-19 korkusu ve algılanan Covid-19 riski ile standart önlemlere uyumu arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.



Ek 1. Hasta Tanıtım Bilgi Formu

Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları COVID19 Korkusu ve Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı,

Bu çalışma pandemi sürecinde hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları COVID-19 korkusu ve psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler tamamıyla gizli tutulacaktır. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

YL öğrencisi Beyza KUYUMCU

1) Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

2) Yaşınız?....

3) Medeni durumunuz?

1. Evli 2. Bekâr

4) Eğitim durumunuz?

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

5) İkamet ettiğiniz yer?

1. şehir merkezi 2. ilçe 3. köy

6) Çalışma durumunuz?

1. Çalışmıyorum /işsizim 2. Çalışıyorum 3. Çalışıyordum hastalığımın dolayı bıraktım
4. Emekliyim 5. Hastalığımın dolayı erken emekli oldum

7) Geliriniz size yeterli oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

8) Aile yapınızı tanımlar mısınız?

1. Yalnız 2. Eşim ve/veya çocuğum ile birlikte 3. Geniş aile 4. Diğer

9) Hastalığınız ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet, aldınız kimden bilgi aldınız?.....
2. Hayır, almadım

10) İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum 2. Bazen kullanıyorum 3. Kullanmıyorum

11) Evde bakımınıza destek olan var mı?

1. var(kim/yakınlık derecesi.?.....)
2. yok

12) Hastalık yaşamınızı ne kadar olumsuz etkiliyor?

1. Etkilemiyor 2. Etkisi düşük düzeyde 3. Etkisi orta düzeyde 4. Etkisi yüksek düzeyde

12.1. Hastalık hangi işlevlerinizi olumsuz etkiledi?

.....

13) Ne sıklıkta sosyal aktivitelere katılırsınız?

1. Katılmıyorum 2. Haftada 1,2 kez 3. Ayda 1,2 kez 4. 6 ayda 1 (çok seyrek)

14) Size göre sağlık durumunuz nasıl, tarif edersiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

Ek 1. (Devam)

15. Hastalık sürecinde fiziksel güç kaybınız oldu mu?

1. Herhangi bir fiziksel güç kaybı yok
2. Az ölçüde bir fiziksel güç kaybı var
3. Orta ölçüde bir fiziksel güç kaybı var
4. Önemli ölçüde bir fiziksel güç kaybı var

16) Hemodiyaliz ünitesine ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz?

1. özel araçla
2. servis aracıyla
3. yürüyerek

17) Gittiğiniz hemodiyaliz ünitesinde COVID19 ve korunma konusunda sağlık profesyonelleri tarafından gerekli bilgilendirilmenin yapıldığını düşünüyor musunuz?

1. evet
2. hayır
3. Kısmen

18) Gittiğiniz hemodiyaliz ünitesinde COVID19 virüsünden korunmak için önlemler alındığını düşünüyor musunuz?

1. evet
2. hayır
3. Kısmen

18.1) Önlemler alındıysa alınan önlemleri etkili buluyor musunuz?

1. evet.....Açıklar mısınız.....
2. hayır.....Açıklar mısınız.....

19) COVID19 geçirdiniz mi?

1. Geçirdim
2. Geçirmedim

19.1) Geçirdiyseniz COVID19 olduğunuzda yoğun bakım süreciniz oldu mu?

1. evet
2. hayır

20) Ailenizde veya çevrenizde COVID19 geçiren var mı?

- a. var
- b. yok

20.1) COVID19 geçiren yakınınızın var ise yakınınızın yoğun bakım süreci oldu mu?

1. evet
2. hayır

21. COVID19'dan ölen bir yakınınız var mı?

1. var
2. yok

22. COVID-19 hemodiyaliz tedavi sürecinizi olumlu ya da olumsuz olarak etkilemekte midir?

Evet ise açıklayınız.....

23. COVID-19 nedeniyle tedavinizde aksama yaşadınız mı

Evet ise açıklayınız.....

Ek 2. COVID-19 Korkusu Ölçeği

Lütfen aşağıda yer alan durumlara katılma düzeyinize uygun seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. COVID-19'dan çok korkarım.					
2. COVID-19'u düşünmek beni rahatsız eder.					
3. COVID-19'u düşündüğümde ellerim terler.					
4. COVID-19 yüzünden hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada COVID-19 ile ilgili haberleri ve hikâyeleri izlediğimde gergin veya endişeli olurum.					
6. COVID-19'a yakalanmaktan endişelendiğim için uyuyamıyorum.					
7. COVID-19'ayakalandığımı düşündüğümde kalbim hızlanır veya çarpıntı yaşarım.					

Ek 3. Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

BÖLÜM I: Sağlık Bakımına Oryantasyon

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar:

- a. Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim,
- b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim,
- c. Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor,
- d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyin.

- a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum,
- b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum yada yorgun veya meşgul oluyorum,
- c. Hastalığının bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var,
- d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar,
- b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var,
- c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil,
- d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum,
- b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar,
- c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi,
- d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

- a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım,
- b. Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum,
- c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim,
- d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar,
- b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor,
- c. Hastalığım hakkında genel bir kaniye sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum,
- d. Hastalığının genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detaylarıyla açıkladılar.

Ek 3. (Devam)

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

- a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi,
- b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor,
- c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar,
- d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum,
- b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil,
- c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var,
- d. Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a. Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c. Bazı ciddi sorunlar var.
- d. Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a. Kötü durumda,
- b. Pek iyi değil,
- c. Yeterli,
- d. Çok iyi.

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a. 3 gün ve daha az,
- b. Bir hafta,
- c. İki hafta,
- d. İki haftadan daha çok.

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a. Şu an hiç önemli değil,
- b. Oldukça az bir öneme sahip,
- c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi,
- d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a. Amaçlarım değişmez
- b. Amaçlarım önemli ölçüde değişti
- c. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a. Sorunlarda büyük artış var
- b. Sorunlarda orta dereceli bir artış var
- c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

Ek 3. (Devam)

BÖLÜM III: Aile Çevresi

1. Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a. İyi b. Fena değil c. Kötü d. Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?

- a. Çok kötü b. Kötü c. Fena değil d. İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a. Bir engelleme olmadı
b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil
d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
b. Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
c. Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
d. Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a. İletişimde bir azalma yok
b. Çok az ölçüde bir azalma oldu
c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntım var b. Orta derecede maddi sıkıntılarımda var
c. Çok az maddi problemim var d. Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: Seksüel İlişki

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
c. Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı
d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

Ek 3. (Devam)

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a. Hastalığımдан bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
- b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c. Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a. Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b. Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c. Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var
- d. Cinsel aktivite tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c. Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var
- d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b. Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c. Önemli cinsel problemlerim var
- d. Cinsellikten tamamen koptum

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b. Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c. Bazı farklılıklar var
- d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V: Geniş Aile İlişkileri

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?

- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b. Görüşmeler biraz azaldı
- c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d. Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeydedir?

- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b. Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c. İlgim bir parça azaldı
- d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b. Yeterince yardımcı oluyorlar
- c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım

Ek 3. (Devam)

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a. Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b. Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c. Bağlılığım biraz azaldı
- d. Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a. İyi
- b. Fena değil
- c. Kötü
- d. Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da hiç yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan" katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII: Psikolojik Baskı

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az oldu
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az oldu
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

Ek 3. (Devam)

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a. Aşırı derecede b. Oldukça fazla c. Çok az d. Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı b. Çok az oldu c. Oldukça fazla d. Aşırı



Ek 4.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Hastalarının yaşadıkları COVID19 Korkusu ve Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

Bu çalışma günlük yaşamlarında rol kaybı, değişen vücut imajı, finansal kaygılar, iş ile ilgili kaygılar, sosyal ve evlilik ilişkilerindeki değişimler gibi stresörlerle başa çıkmak durumunda kalan hemodiyaliz hastalarının pandemi sürecinde de riskli grupta yer almaları açısından algıladıkları COVID19 korkusu ve psikososyal uyumunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde size, hastalığınıza ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Diğer iki form ise standardize ölçektir. '**COVID19 Korkusu Ölçeği**'sizin COVID19 virüsüne karşı yaşadığınız korkuyu ölçerken '**Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği**' isesizin hastalığa psikososyal uyumunuzu ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız. İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

Araştırmacı Adı Soyadı :Tarih:

Hemşire Beyza KUYUMCU

İmza:

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:Tarih:

İmza: