

Öz Yeterlilik ve Hemodiyaliz Tedavisi: Nitel ve Nicel Bir Yaklaşım



Psik. Margorit Rita Krespi BOOTHBY¹, Psik. Peter SALMON²

ÖZET

Giriş: Öz yeterliliğin ölçülmesine yönelik teori temelli yaklaşım, hemodiyaliz hastalarının diyet ve sıvı tüketimi kısıtlamaları konusunda yaşadıkları zorlukları açıklamak konusunda yetersiz kalmaktadır.

Amaçlar: Bu kısıtlamalar nedeniyle yaşanan zorlukların çeşitliliğinin tespit edilebilmesi, klinisyenlerin hasta görüşmelerinde hastaları yönlendirebilmeleri için bu zorlukların sayısallaştırılması için nitel ve nicel araştırmaların yönlendirebilmeleri 'açısından' bir araya getirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, öz yeterlilik kavramı, diyet ve sıvı tüketimi konusundaki zorluklar üzerine temellendirilmiş ve elde edilen bulgular, karşılaştıkları her zorluğun üstesinden gelebilme kapasiteleri hakkındaki hasta algılarının sayısallaştırılmasını sağlayacak bir anket formunun hazırlanması amacıyla kullanılmıştır.

Yöntem: Nitel çalışmanın örneklemi 16 hemodiyaliz hastasından oluşurken, nicel çalışma 156 hemodiyaliz hastasını içermiştir.

Bulgular: Nitel bulgular, hastaların diyet ve sıvı tüketimine yönelik kısıtlamalar nedeniyle bir dizi özgül zorluk yaşadığını ortaya çıkarmıştır. Bunların arasında pratikte yaşanan kısıtlamalar, başkalarıyla bir araya gelmek, hemodiyalizi diyetine uymamanın telafisi olarak görmek, diyet ve sıvı kısıtlamalarından sıkılmak, rahatsızlık, duygusal sıkıntı gibi duygusal zorluklar bulunmaktadır. Sıvı kısıtlamalarıyla ilgili karşılaşılan en yaygın zorluk hastanın yemek yerken sıvı tüketme hakkının kalmamış olmasıdır. Diyet kısıtlamalarıyla ilgili yaşanan en yaygın zorluk ise diyetten sıkılmak olarak bildirilmiştir.

Sonuç: Bulgular, temellendirilmiş öz yeterliliğin bütüncül bir olgu olduğunu ancak geniş çapta özgül zorluklar barındırdığını önermektedir. Tespit edilen zorluklar, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum sağlamayı geliştirmek için gerçekleştirilebilecek eğitimsel müdahalelere bir kanıt temeli sağlamıştır.

Anahtar Sözcükler: Öz yeterlilik, hemodiyaliz, diyet ve sıvı kısıtlamaları

SUMMARY

Self-Efficacy and Hemodialysis Treatment: A Qualitative and Quantitative Approach

Background: The theoretically driven approach to the measurement of self-efficacy fails to capture the challenges that hemodialysis patients experience in following their dietary and fluid restrictions.

Aims: A combination of qualitative and quantitative research is necessary to identify the range of challenges associated with these restrictions and to quantify them if clinicians are to be guided in their consultations with patients. In this study the construct of self-efficacy was grounded on the basis of challenges to dietary and fluid restrictions, and the findings were used to develop a questionnaire to quantify the patients' perceptions of their ability to overcome each challenge.

Materials and Methods: The sample for the qualitative study consisted of 16 hemodialysis patients and the quantitative study included 156 hemodialysis patients.

Results: The qualitative findings showed that the patients experienced a range of specific challenges to dietary and fluid restrictions. Among these were practical constraints, being with others, the view of hemodialysis as compensating for dietary non-compliance, and emotional challenges including discomfort, distress, and boredom with dietary and fluid restrictions. The most common challenge to fluid restrictions was eating while not having any fluid allowance left. Boredom with diet was the most common challenge to diet. Hemodialysis treatment was a justification for a significant number of patients to neglect their dietary and fluid restrictions.

Conclusion: The findings suggest that grounded self-efficacy is a unitary phenomenon, but that it incorporates a wide spectrum of specific challenges. The challenges identified herein have provided an evidence base for educational interventions to improve compliance with dietary and fluid restrictions.

Key Words: Self-efficacy, hemodialysis, diet and fluid restrictions

Geliş Tarihi: 20.10.2011 - **Kabul Tarihi:** 21.06.2012

¹Psik., Doç. Dr., Kadir Has Üniv. İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fak., Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bl., İstanbul. ²Psik., Prof., Liverpool Üniv. Klinik Psikoloji Bl, Liverpool, İngiltere.

Psik. Margorit Rita Krespi Boothby, e-posta: rkrespi@hotmail.com

GİRİŞ

Hemodiyaliz tedavisi, son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) gidişatını değiştirmiş ve SDBY hastalarının yaşam süresini uzatmıştır. Tedavi süreci hastalar için çok zahmetlidir. SDBY hastalarına haftada 3 ya da 4 defa hemodiyaliz uygulanması gerekmektedir. Buna rağmen hemodiyaliz tedavisi normal böbrek fonksiyonlarının ancak %10'unu karşılamaktadır (Loghman-Adham 2003). Bu nedenle hemodiyaliz tedavisinden maksimum oranda fayda sağlayabilmek adına, karmaşık bir ilaç karışımına ek olarak, hastaların zorlayıcı diyet ve sıvı kısıtlamalarına uymaları gerekmektedir. Bu durumda, diyet ve sıvı kısıtlamaları SDBY tedavisinin önemli birer unsuru olmaktadır. Diyabet de dahil olmak üzere kronik hastalıklarda diyet nedeniyle yaşanan zorlukların çeşitliliği ve doğasının tahmin edilmesinin ne kadar zor olduğu, iki nedene dayalı olarak tartışılmaktadır (Krespi-Boothby ve Salmon 2010). Birincisi bu kısıtlamaların hastanın kendi yorumuna açık olması ve hastanın konuya en üst düzeyde dahil olmasını gerektirmesidir. İkincisi ise hastanın çevresinin ve yaşam koşullarının çeşitli yönlerinin onları zorlama olasılığının yüksek olmasıdır.

SDBY hastalarının tedaviye yüksek oranda uyum (compliance) göstermemelerinden dolayı tedavi önerilerinin etkinliğinden ödün verilmektedir (Richard 2006, Leggat ve ark. 1998). Diyete uyum sağlama üzerine bir dizi değişkenin etkileri ile ilgili bulgular tutarsızdır. Ancak hastanın tedavisi hakkındaki inançları da dahil olmak üzere, psikososyal faktörlerin etkileri daha tutarlıdır. Bu inançlar bir dizi teoriden kaynaklanmaktadır. Hastalık kavramı bağlamında Atıf Teorisi (Kelley 1967), insanların hastalığın nedenleri hakkında açıklamalar arayarak hastalığa tepki verdiklerini ve bu atıfların hastalıkla nasıl başa çıkacaklarını belirlediğini varsayar (Turnquist ve ark. 1988). Hemodiyaliz hastalarında nedensel atıfların tedaviye uyum üzerindeki etkisini inceleyen yalnızca birkaç çalışma yapılmıştır. Örneğin, Witenberg ve arkadaşları (1983) hastaların hastalıklarının nedenini kendilerine veya başkalarına atfetmesi gibi özgül nedensel atıflar ve tedaviye uyum arasında bir ilişki bulmamakla beraber, SDBY'ye yönelik nedensel herhangi bir atıfı olan hastaların tedaviye daha fazla uyum gösterdiğini rapor etmiştir. Bu bulgular Atıf Teorisi'nin odaklandığı nedensel atıfların hemodiyaliz hastalarının hastalıklarına dair atıflarını yansıtamayacağına işaret etmektedir.

Sosyal Öğrenme Teorisi'nin (Rotter 1966, 1954) kavramlarından biri olan denetim odağı insanların gelecekteki arzu edilen sonuçların ya kendi davranışları ya da dış etkenlerce tayin edildiğine dair inançlarına ilişkindir (Rosenbaum ve Ben-Ari Smira 1986). Yine hastalık ve sağlık bağlamında, bu kavram sağlık denetim odağı terimi kullanılarak sağlığın ya kişinin kendi davranışları aracılığıyla ya da şans ve diğer güçlü kişiler de dahil olmak üzere dış etkenlerce belirlendiği şeklinde tanımlanmıştır (Wallston ve ark. 1978, Levenson 1973).

Sonuç beklentisi ile yakından ilişkili olan bu kavram üzerine geniş çaplı çalışmalar yapılmış ancak sonuçların tutarsız olduğu gözlenmiştir. Bazı kanıtlar genel bir dışsal denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarına kıyasla genel bir içsel denetim odağı olan hastaların tedaviye daha iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir (Poll ve Kaplan DeNour 1980). Benzer bir şekilde dışsal sağlık denetim odağı sıvı kısıtlamalarına uyum göstermemeyi yordamaktadır (Everett ve ark. 1993). Ancak başka çalışmalar da genel veya sağlık denetim odağı ile tedaviye uyum arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir (Schneider ve ark. 1991, Brown ve Fitzpatrick 1988, Witenberg ve ark. 1983). Bu bulgular denetim odağı kavramının hemodiyaliz hastalarının hastalıkları ve tedavileri ile ilgili görüşleri ile alakalı olamayacağına işaret etmektedir.

Algılanan kontrol kavramı Öğrenilmiş Çaresizlik Teorisi'nin (Abramson ve ark. 1978, Seligman 1975) ve Planlanmış Davranışlar Teorisi'nin (Ajzen 1991, 1988) odaklandığı ortak bir kavramdır. Bu, insanların herhangi bir durum karşısında ne kadar kontrol sahibi olduklarına dair inançlarına yöneliktir ve insanların olumlu sonuçlara ulaşma ve olumsuz sonuçlardan kaçınma kapasiteleriyle ilgili farkındalıklarına bağlıdır (Devins ve ark. 1982, Bandura 1977). Bu, aşağıda tanımlanmış olan yeterlilik beklentisi ile yakından ilgilidir (Stroebe ve Stroebe 1995).

Algılanan kontrolün, tedaviye uyum üzerindeki etkisi hemodiyaliz hastalarında yalnızca birkaç çalışma vasıtasıyla araştırılmıştır. Örneğin, Witenberg ve arkadaşları (1983) hastalıkla ilgili algılanan kontrolle tedaviye uyum arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Hemodiyaliz hastası olmayan hastaların kontrol hissini arttırmak için tasarlanmış psikolojik bir müdahaleye yönelik tepkilerini analiz eden Peerbhoy ve arkadaşları (1998) 'genellikle varsayılanın aksine, hasta deneyimlerinin temel bir boyutu olan hastanın tıbbi bakımı üzerindeki kontrolü, teorik ve profesyonel bir kavram olarak' gördüğü sonucuna varmıştır. Bu, algılanan kontrolün hemodiyaliz hastalarının kendi hastalıkları ve tedavileri ile ilgili görüşlerini yansıtamayacağına işaret etmektedir.

Sosyal Bilişsel Teori'nin (Bandura 2002) temel kavramı öz yeterliliklerdir ve kişinin ilgili sağlık davranışlarını sergileme kapasitesine olan kişisel inancı anlamına gelmektedir. Yakın geçmişte yapılan çalışmalar, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum göstermenin anlaşılmasında bu kavramın önemini göstermiştir (Zrinyi ve ark. 2003, Eitel ve ark. 1998, Brady ve ark. 1997, Cummings ve ark. 1982). Örneğin yakın geçmişte Zrinyi ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada öz yeterlilik düzeyi yükseldikçe serum potasyum düzeyleri ve kilo alma yoluyla ölçülen tedaviye uyum ve çalışanlarla daha iyi ilişkiler kurma oranının arttığı rapor edilmiştir. Burada belirtilen, çalışanlarla daha iyi ilişkiler kurma, çalışanlarla daha açık iletişim kurma ve tedavi konusunda pazarlık yapabilme anlamına gelmektedir. Brady ve arkadaşları (1997), bir hafta sonu boyunca diyalizler arasındaki ortalama sıvı artışı ile ölçülen tedaviye

TABLO 1. Çalışma Grubunun Demografik ve Tıbbi Özellikleri.

No	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	İş durumu	Hemodiyaliz tedavisinin süresi (yıl)
1	50	Kadın	Evli	Çalışıyor (yarı zamanlı)	15
2	69	Erkek	Evli	Emekli	1
3	71	Erkek	Evli	Emekli (sağlık nedeniyle)	4
4	63	Kadın	Evli	Ev hanımı	2
5	63	Kadın	Evli	Emekli (sağlık nedeniyle)	2,5
6	65	Erkek	Evli	Emekli (sağlık nedeniyle)	3,5
7	55	Kadın	Evli	Ev hanımı	1
8	47	Kadın	Evli	Ev hanımı	1
9	56	Kadın	Dul	Evhanımı	1
10	27	Kadın	Evli	Emekli (sağlık nedeniyle)	0,5
11	67	Kadın	Evli	Ev hanımı	1
12	69	Kadın	Dul	Emekli (sağlık nedeniyle)	8
13	70	Kadın	Bekâr	Çalışıyor (yarı zamanlı)	1,5
14	69	Kadın	Dul	Ev hanımı	2
15	23	Erkek	Bekâr	İşsiz	21
16	77	Erkek	Dul	Emekli	1

uyumun önemli bir yordayıcısının öz yeterlilik olduğunu rapor etmiştir. Yakın bir tarihteki müdahale çalışması ile Tsay (2003) öz yeterlilik eğitim grubundaki hastalarının, müdahaleyi takip eden 6 ay boyunca, kontrol grubundaki hastalara oranla ortalama kilo alımlarını belirgin bir şekilde azalttıklarını gözlemlemiştir.

Hemodiyaliz hastaları arasında, öz yeterlilik tipik olarak öz yeterlilik kavramını temsil eden maddeler vasıtasıyla ölçülmektedir (örn. Zrinyi ve ark. 2003, Eitel ve ark. 1998, Cummings ve ark. 1982). Bu teori temelli yaklaşımın kısıtlandığı nokta ise hastalara sorulan soruların her zaman yaşadıkları zorluklarla birebir örtüşmeyeceğidir. SDBY dışında diyabet gibi diğer kronik hastalıklarda öz yeterliliğin ölçülmesi hasta görüşmeleri temelinde tasarlanan sorular (Talbot ve ark. 1997) ya da diyetle ilgili zorluklar üzerine gerçekleştirilen nitel araştırmalar ile yapılmaktadır (Krespi Boothby ve Salmon 2010). Tip 2 diyabet hastalarında gerçekleştirilen bir çalışmada, Krespi Boothby ve Salmon (2010) hastaların diyet ile ilgili olarak bir dizi zorluk yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Bunların arasında başkalarıyla bir arada bulunmak, duygusal ya da fiziksel durum gibi içsel etkenler bulunmaktadır. Tip 2 diyabet ve SDBY her ne kadar birbirinden farklı da olsa her iki tedavide de hastadan çok şey talep edilmektedir. Bu nedendir ki hemodiyaliz hastaları önceki çalışmada belirlenmiş zorluklara benzer zorluklar deneyimleyebilir.

Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını (Krespi ve ark. 2008, Wright ve Kirby 1999, Gregory ve ark. 1998) ve genel anlamda tedavilerini ne şekilde deneyimledikleri (Krespi ve ark.

2004) hakkında detaylı kanıtlar bulunmaktadır. Sosyal faktörlerin SDBY hastalarının diyet ve sıvı kısıtlamalarını zorladıklarını tespit eden Gregory ve arkadaşlarının çalışması gibi (1998) çok az sayıdaki çalışmanın haricinde hemodiyaliz hastalarının diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum konusunda yaşadıkları zorluklar üzerine detaylı çalışmalar bulunmaktadır. Ancak Curtin ve arkadaşları (2004), peritoneal diyaliz hastalarında kişinin kendisini değiştirme ve SDBY ve diyalize uyum becerilerini geliştirmesinde öz yeterliliğin önemini vurgulamıştır. Hastalığın ve tedavinin, kişinin kendisi tarafından yönetilmesi bağlamında yarı yapılandırılmış görüşmeler ile kendini yönetmenin iki geniş alanı belirlenmiştir. Bunlar 'sağlık hizmetlerinde otonomi/kontrol' ve 'günlük yaşamda normallik'tir. Hastalar tedavilerini yönetmek konusunda otonomi/kontrolün önemini anlatmışlardır. Otonomi/kontrolün üç ayrı yönü olduğuna dair bir algı bulunmaktadır. Bunlardan biri öz yeterliliğin korunabilme becerisi diğer ikisi ise "bakımda ortaklık" ve "öz bakım"dır.

Hem nitel hem de nicel araştırmalar tarafından öz yeterliliğin öneminin vurgulandığını dikkate alarak, bu kavramı hastaların diyet ve sıvı kısıtlamaları nedeniyle yaşadıkları zorluklar hakkındaki görüşleri üzerine temellendirmek hemodiyaliz hastalarında nitel araştırma yapmak için olası bir yoldur. Bu sağlık hizmetleri çalışanlarının, hastaların diyet ve sıvı kısıtlamaları ile ilgili olarak yaşadıkları zorlukları daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir. Sağlık hizmetleri alanında çalışan profesyonellerin ayrıca yaşanan bu zorlukların sıklığı ile ilgili kanıta da ihtiyacı bulunmaktadır. Bu nedenle, öz yeterlilik kavramının diyet ve sıvı kısıtlamaları konusunda yaşanan

zorluklar üzerine temellendirilmesi ve hastaların zorlukların üstesinden gelebilme yeteneklerine dair algılarının ölçülmesi için bir anket geliştirmek amacıyla nitel ve nicel yöntemler birleştirilmiştir.

YÖNTEM

Örneklem

Nitel çalışmada, elde edilen bulguların diğer hemodiyaliz hastalarına da aktarılabilmesi için 'tipik örneklem' kullanılmıştır (Henwood ve Pidgeon 1992). 'Tipik' bir hemodiyaliz hastasının sık saptanan bir nedene bağlı SDBY tanısı almış ve kronik hemodiyaliz tedavisi görmüş olması beklenmiştir. SDBY'nin en bilinen nedenlerinden biri diyabet, hipertansiyon ya da glomerulonefrit olabilmektedir. Bir üniversite hastanesinin hemodiyaliz servisinde ve ona bağlı dört ayrı uydu biriminde hemodiyalize gelen bu gibi hastaları nefroloji hemşireleri tespit etmiştir. Bu birimlerden ikisi şehrin orta sınıf dış mahalle bölgelerinde, diğer ikisi ise daha fazla şehir içinde yer alan bölgelerde bulunmaktadır. Çalışma günlerinde bu hastalara sırayla görüşme yapma konusunda rızalarının olup olmadığı sorulmuştur. Yeni bir bilgi edinilmediği noktada örneklem çalışması durdurulmuştur.

Araştırmaya katılmaları istenen 20 uygun hastadan 16'sı görüşme yapmak konusunda onay vermiştir. Bu hastalardan 11 tanesi hastanede, 5 tanesi ise hastaneye bağlı uydu birimlerde hemodiyaliz tedavisi görmekteydi (11 kadın, 5 erkek; ortalama yaş 57, aralık: 23-77). Hemodiyaliz tedavisinin ortalama süresi 4 yıldır (aralık: 6 ay ila 21 yıl). Hastalardan ikisi çalışıyor, biri işsizdi; 6'sı ev kadını/erkeği ve 7'si emekliydi (5'i sağlık nedeniyle emekli olmuştu). Hastalardan on tanesi evli, 4'ü dul, ikisi ise bekardı. Çalışmanın haricinde bırakılma sebepleri İngilizceyi yeterince iyi anlayamamak ya da hemodiyaliz tedavisine bağlı demans ya da körlük dahil olmak üzere katılımı engelleyecek tıbbi bir nedenin mevcut olmasıdır (Tablo 1).

Nicel çalışma yukarıda tanımlanan popülasyondan ardışık katılımcılar (s= 166) içermiştir. 4'ü sağlık nedeniyle, 6'sı ise herhangi bir sebep belirtmeden, toplam 10 hasta çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılan 156 hastadan 87'si (%56) erkek ve 69'u (%44) kadın hastalardı. Hastaların 15'i (%10) çalışmakta, 44'ü (%28) işsiz, 72'si (%46) emekli ve 25'i (%16) ev kadını/erkeğiydi. Bu hastalardan 67'si (%43) hastanede hemodiyaliz görmekte ve 89'u (%57) hastaneye bağlı uydu birimlerde tedavi görmekteydi. Ortalama yaş 54 (aralık: 17 ila 81) idi. Ortalama hemodiyaliz süresi 3 yıldır (aralık: 1 ay ila 20 yıl). Nicel çalışma dışında bırakılma ölçütleri ise nitel çalışma ile aynıydı. Bunlar, İngilizceyi yeterince iyi anlayamamak ya da hemodiyaliz tedavisine bağlı demans ya da körlük dahil olmak üzere katılımı engelleyecek tıbbi bir nedenin mevcut olmasıdır.

Nitel çalışmanın işlemi

Hastalarla hemodiyaliz tedavisi görürken bireysel olarak 60-90 dakika süren, görüşmeler yapılmıştır. Hastalardan, diyet ve sıvı tüketimine getirilen kısıtlamaları uygularken yaşadıkları zorlukları ve bu zorluklara nasıl tepki verdiklerini betimlemeleri istenmiştir. Görüşmenin hızı ve sıralaması hastaya bağlı olarak değişkenlik göstermiştir. Görüşmeyi gerçekleştiren kişi (MRKB), hastaları kendilerini kendi tarzlarında ifade etmeye teşvik etmiş, görüşmenin hızı ve sıralamasını hastaya göre ayarlamış ve yalnızca açık uçlu sorular kullanmaya çalışmıştır. Ses kayıtları anonim olarak çözümlenmiştir.

'Şablon analizi (template analysis)' kullanılmıştır. Şablon, farklı bilgiler temelinde tekrar gözden geçirebilen farklı temalara ilişkin bir dizi kod olarak tanımlanabilir (Crabtree ve Miller 1992, Miller ve Crabtree 1992). Şablon analizinde tema geliştirme süreci yorumlayıcıdır (Glaser ve Strauss 1967), ancak temalar ve açıklayıcı anlatımlar şeklindeki bir şablon derinlemesine analiz başlamadan önce tanımlanmış ve yeni anlatımlarda daha detaylı yorumlar yapabilmek için kullanılmıştır (Crabtree ve Miller 1992). Bu tarz bir analiz iki ana sebepten dolayı seçilmiştir. Birincisi, önceki çalışmada tanımlanmış Tip 2 diyabet hastalarının (Krespi Boothby ve Salmon 2010) diyetle ilgili yaşadığı zorlukların hemodiyaliz hastalarının yaşadığı zorluklarla benzer olabileceği beklentisidir. Çünkü iki hastalık da yaşam tarzında değişiklikler gerektirir ve tedaviye uyum her iki hasta grubunda da düşük seviyelerdedir. Örneğin, Krespi Boothby ve Salmon (2010) tarafından Tip 2 diyabet hastaları arasında gerçekleştirilen bir çalışmada hastalar, başkalarıyla beraber olmak ve duygusal ya da fiziksel durumlar gibi içsel faktörler dahil olmak üzere diyet kısıtlamalarına yönelik bir takım zorluklar yaşadıklarını rapor etmişlerdir. İkincisi, Tip 2 diyabet hastalarının diyetlerine yönelik yaşadığı zorluklarla ilgili olarak gerçekleştirilen bir önceki çalışmada elde edilen dikkate değer miktardaki bilginin, araştırmacıların hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı sonraki analizleri etkileyeceği öngörülmüştür. Bu nedenle bir önceki çalışmada belirlenmiş olan diyetle ilgili olarak yaşanan zorlukların kategorileri (Krespi Boothby ve Salmon 2010) bir şablon sağlamış (Crabtree ve Miller 1992) ve bu şablon, hemodiyaliz hastalarıyla yapılan görüşmelerde elde edilen verilerin düzenlenmesinde kullanılmıştır. Düzeltmeler yapılabilmesi için çözümlenmiş metinler 'şablon'da temsil edilen tiplerle kıyaslanmıştır (Miller ve Crabtree 1992). Son olarak zorluk türleri anlamsal olarak benzerlik açısından kıyaslanmış ve ana kategoriler olarak gruplanmıştır. 10 hasta ile yapılan görüşmeler süresince elde edilen veriler üzerine temellendirilen birincil analiz sonrasında altı görüşme daha gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler, analizin daha ileri düzeyde detaylandırılmasını gerektirmemiştir.

Nitel çalışmanın işlemi

Hemodiyaliz Hastaları için Diyet ve Sıvı Kısıtlamalarının Yönetimi Anketi (DSKYA-Hemodiyaliz), nitel analizde belirlenen ve hastaların çoğuna uygulanabilir her zorluk tipi için temsili bir madde belirlenmesi ile oluşturulmuştur. Her maddenin diyet ve sıvı kısıtlamalarına yönelik paralel uyarlamaları yazılmıştır. Bunun sonucunda 21 madde elde edilmiştir. Anketin anlaşılabilirliğinin ve kavranabilirliğinin kontrol edilmesi amacıyla, 10 hastayla gerçekleştirilen pilot çalışma sonrasında sekiz madde daha eklenmiştir. Anketin son hali 29 maddeden oluşmaktadır. Hastalar beşli Likert tipi ölçek kullanarak cevap vermişlerdir. Bu aralık 1 (bir maddenin sol kutubuna kesinlikle katılıyorum) ile 5 (bir maddenin sağ kutubuna kesinlikle katılıyorum) arasında değişiklik göstermektedir ve 3 emin olmamayı/belirsizliği temsil etmektedir. Anketten elde edilen yüksek puanlar daha fazla temellendirilmiş öz yeterliliği temsil etmektedir.

İstatistiksel Analiz

DSKYA-Hemodiyaliz'deki her madde için sıklık oranları ve yüzdeler, maddenin ilgili hangi kutubu ile aynı fikirde olan ya da olmayan hastaların sayıları üzerine odaklanılarak hesaplanmıştır. Bu da 1 veya 2 puan verenlere karşı 4 ya da 5 puan verenlere karşılık gelmektedir. 3 puan verenler ise göz ardı edilmiştir.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett'in küresellik testi örneklemenin doğruluğunun test edilmesi için uygulanmıştır. Anketin yapısının değerlendirilmesi için temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Bu analiz sırasında, varimax rotasyonundan önce uygulanan bir scree testi tutulacak faktörlere karar verilmesi konusunda yardımcı olmuştur. >0,45 ağırlığı olan maddeler bileşenlerin açıklanmasında kullanılmıştır. >0,45 ağırlıklar tatminkar kabul edilmiştir. Araştırmacılar, bir maddenin tutulmaya değer olup olmadığına karar verebilmek için genellikle el yordamı gibi pratik yöntemler kullanmaktadır. Ancak bu pratik yöntemler, örneklem değişkenliğinin tahmini faktör ağırlıkları üzerindeki etkisini göz ardı eden yorumlar meydana getirmektedir (Lambert ve ark. 1991). Bu çalışmada >0,45 mutlak değer, el yordamı olarak kabul edilmiştir. Bileşen temelli ölçek puanları 1 faktör üzerinde kümelenen maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile ortaya konulmuştur. $\geq 0,70$ olan katsayılar iyi olarak kabul edilmiştir. Tüm analizler için Windows SPSS 10 kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Nitel çalışma

Ön analizler, hastaların açıklamaları ve bunların şablonda temsil edilen temalarla eş zamanlı kıyaslamaları farklı durumların özelliklerini, özellikle de hastaların başkalarının

davranışlarına yönelik deneyimledikleri durumları vurguladığına işaret etmiştir. Ancak hastaların açıklamaları üzerine yapılan daha derin incelemeler, bazı açıklamaların şablonda temsil edilen kategoriler temelinde sınıflandırılmadığını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle, hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları zorlukları yeterli düzeyde anlayabilmek için, yeni tür zorlukların tanımlanmasıyla şablonun gözden geçirilmesi gerekli olmuştur. Tablo 2, diyet ve sıvı kısıtlamaları nedeniyle yaşanan temel zorlukları özetlemektedir. Her grup zorluk içerisinde, tüm hastalar kendiliğinden diyet ve sıvı kısıtlamalarına neden uymadıklarını açıklamaya çalışmışlardır. Bu, hastaların diyet ve sıvı kısıtlamalarını uyulması gereken kurallar gibi gördüklerini göstermektedir. Bu kurallara uymak zorunda olduklarını hissetmiş ancak uyamadıklarında da görüşmeyi yapan kişiye neden uyamadıklarına dair haklı bir sebep göstermişlerdir.

Uygulamadaki kısıtlamaların diyet ve sıvı tüketimine getirilen kısıtlamaları tehlikeye attığı düşünülmektedir. Bunlar, özellikle aşağıda belirtilen inancı "*Haşlanmış jambon gibi, tuz içeren et yemene izin verilmediği için çok daha fazla paraya ihtiyacın olur.*" ve rutin yaşam içerisinde izin verilen yiyeceklere ulaşmanın zorluğunu "*Sandviçin için taze tavuk ya da hindi almak için her zaman dışarı çıkamazsın.*" içermektedir. Bu durum özellikle de ev dışındayken sorun yaratmaktaydı: "*Hadi bir yemeğe çık, her zaman diyetle bağlı kalamazsın ya... Az çok uyuyorsun zaten. Taze ya da konserve olup olmadığını sorman gerekir. Konserve hiçbir şey yiyemezsin.*" Bu, "*Hiçbir sosyal hayatım yok artık, her ne kadar yapabilecek olsam da kendime kokteyl partilerine ve akşam yemeklerine gidecek kadar güvenmiyorum. Bana ne servis edeceklerini bilemem, çok tuzlu da olabilir. O yüzden bütün bunlardan kaçınıyorum. Evde yemek yemek çok daha iyidir. İçinde tuz olmadığını biliyorsun.*" hissine katkıda bulunuyordu. İzin verilmeyen yiyecekleri yalnızca görmek bile yaşamın rutin bir parçasıydı: "*Süpermarkette bile yalnızca güzel şeyleri görüyorsun.*" ve yalnızca bu düşünce bile hastaların diyeti ihmal etmeleri için yeterliydi: "*Yaşadığım yerdeki markete gittiğimde şu karidesleri gördüm ve 'Ooo almalıyım' diye düşündüm.*"

Diyet ve sıvı kısıtlamalarının yönetimi ile ilgili olarak yaşanan zorlukların çoğunluğu başkalarıyla beraber olmakla ilgiliydi. Bunların çoğunluğu her ne kadar ziyarete gitmek ya da ziyarete gelmesi gibi rutin sosyal davranışları kapsadığı sıklıkla yaşanan durumlar olsa da bir de tatiller, yıldönümleri ve kutlamalar (Noel de dahil olmak üzere), akşam yemekleri gibi rutin olmayan sosyal durumlar vardı. Bu zorluklar hastaların başkalarının davranışlarına bağlı olarak deneyimlediklerine göre gruplandırılabilir.

Hastaların rutin sosyal durumlar yanında Noel gibi özel durumlarda, insanları yiyip içerken seyretmek durumunda kalmaları diyet ve sıvı kısıtlamalarını zorlamıştır. Hastaların çoğunluğu bununla kendini dizginlemeye çalışarak başa çıkmaya çalışmıştır: "*Şimdi Noel geliyor. Herkesi bir içki içerken*

TABLO 2. DSKYA-Hemodiyaliz'e (MDFRQ-Hemodiyaliz) Verilen Cevaplar ve Yapısı.

Durum	Sıklık	%	Faktör Ağırlıkları
1. Yemek yerken sıvı hakkının kalmamış olması	79/54	51/35	0,65
2. Sıcak ve susamış hissetmek (sıvı)	74/58	47/37	
3. Diyetten sıkılmak	74/53	47/34	0,72
4. Aç hissetmek ve etrafta yiyecek olmaması (diyet)	64/63	41/40	0,72
5. Bir iki saat içinde ya da ertesi sabah hastaneye diyaliz için gidecek olmak ya da diyalizde olmak (sıvı)	62/76	40/49	
6. Kafe ya da bara gitmek (sıvı)	58/75	37/48	0,70
7. Bir iki saat içinde ya da ertesi gün hastaneye gidecek olmak ya da diyaliz olmak (diyet)	53/86	34/55	
8. Birilerinin size yemek yapması ya da getirmesi	53/74	34/47	0,68
9. Yemek yiyen insanlarla beraber olmak	52/80	33/51	
10. Kafe ya da lokantaya gitmek (diyet)	49/75	31/48	
11. Birilerinin size içecek yapması ya da getirmesi	48/92	31/59	0,71
12. İki günlüğüne evden uzakta olmak ya da ev dışında bir gün geçirmek (sıvı)	47/83	30/60	0,77
13. Birşeyler için insanlarla beraber olmak	44/90	28/58	0,66
14. İki günlüğüne evden uzakta olmak ya da ev dışında bir gün geçirmek (diyet)	43/80	28/51	0,66
15. Bir kereden bir şey olmayacağını söyleyen insanlar (diyet)	42/92	27/59	
16. Çökkün ya da bıkkın hissetmek (diyet)	42/94	27/60	0,75
17. Başkaları için yemek satın almak ya da yapmak zorunluluğu	41/90	26/58	0,70
18. Yorgun ya da bitkin hissetmek (diyet)	40/96	26/62	
19. Sıvı kısıtlamalarından sıkılmış olmak	39/94	25/60	0,69
20. Çökkün ya da bıkkın hissetmek (sıvı)	38/94	24/60	0,74
21. Yorgun ve bitkin hissetmek (sıvı)	36/106	23/68	0,70
22. Yemek yiyen ve diyetinizi anlamayan insanlarla beraber olmak	31/97	20/62	
23. Birşeyler için ve sıvı kısıtlamalarınızı anlamayan insanlarla beraber olmak	31/106	20/68	0,68
24. Alışveriş etmek ve kaçınmanız gereken yiyecekleri görmek (diyet)	28/103	18/66	
25. Kaygılı ya da üzgün hissetmek ya da kişisel ya da mali problemlere sahip olmak (diyet)	26/104	17/67	0,65
26. Bir kereden bir şey olmayacağını söyleyen insanlar (sıvı)	26/112	17/72	
27. Kaygılı ya da üzgün hissetmek ya da kişisel ya da mali problemlere sahip olmak (sıvı)	25/113	16/72	0,71
28. Az önce istediğiniz kadar birşeyler içtiğiniz için kendinizle ilgili hayal kırıklığına uğramış olmak	13/127	8/81	
29. Az önce birşeyler yediğiniz için kendinizle ilgili hayal kırıklığına uğramış olmak	12/130	8/83	
Cronbach alfa			0,94

Not: Oranlar, belirtilen her durumda diyet ve sıvı kısıtlamalarını uygulamayacağını/uygulayacağını düşünen hasta sayılarını göstermektedir. (Orta puanlar ihmal edilmiştir.) Her maddenin bir faktör üzerindeki ağırlıkları gösterilmiştir.

görüyorsun ama sen içemiyorsun. Bu aşırı yüklenmene neden olabilir. Küçük bir votka içsen de içine biraz Guinness koyman gerekir. Hepsi sıvı. Bunsuz yapabilmelisin. O içkiyi içebilmek için çayından vazgeçmen gerekir.” Bütün bunlara rağmen bir hasta, kendisini diyeti konusunda zorlayanları zorlama ihtiyacı hissetmiştir: *“Kocan, senin en sevdiğin yemeği yerken kademeli olarak tahammül etmeyi öğreniyorsun. Muz yiyor, Mars ya da ona benzer şeyler yiyor. Ben çikolata yemiyorum. Çikolata yiyemem. Başka bir tarafa bakıyorum. Ben yiyemem bu yüzden, bilirsiniz,*

bunu kabulleniyorum. Başka bir tarafa bakıyorum. Yiyemem. Ona durmasını söylemeliyim.” Gerçekten de başka bir hasta için de bu zorluklarla baş etmek aile bireylerinin de iş birliğini gerektirmiştir: *“Kocam da sırf bana yardım etmek için aynı diyeti uyguluyor. Bana yardımcı olmaya çalışıyor. Ama çocuklardan böyle bir beklentim yok. Bana izin verilmeyen pek çok şeyi yiyorlar. Çocuklar yemeklerini benden önce yiyor. Yediklerinin hepsini görmüyorum.”*

Pek çok hasta alternatif yiyecekleri ikame olarak kullanmanın yanısıra “Pazar günleri oğluma gidiyorum ve gelinim tuzu çok seviyor. Pazar yemeklerini tuzsuz pişiriyor ve onlar tabaklarına tuz ilave ederken ben görüyorum. Ben de tuz eklemek istiyorum ama onun yerine karabiber kullanıyorum.” izin verilmeyen yiyecekleri ölçülü olarak tüketmek ya da cazip ama daha az yasak olan yiyecekler tüketerek “McDonald’s gibi yerlere gidersen, ki biz çocuklarla çok gidiyoruz, ben tavuk burger yiyorum.” bu zorlukla başa çıkmaya çalışmıştır. Aynı hasta kendini şu şekilde aklamaya çalışmıştır: “Gerçekten yapmanız gerektiğini biliyorum. Ama hamburger kadar kötü olmadığını hissediyorum. İçinde peynir yok, hani potasyum açısından diyorum.” Bu durumlar, başkalarının davranışları hastanın kendisinden çok diyetini hedef aldığı düşünülen durumlarda yaşanmıştır. Bunlara rutin ve rutin olmayan durumlardaki konuksever davranışlar dahildir: “İçkiyi reddetmeniz gerekir. Misafirliğe gittiğinizde reddetmeniz gerekir.” Bazıları için bu zorluk sosyal hayatın sonu anlamına gelmekteydi: “Sosyal olmak için bile dışarıya çıkmıyorum. Bir kadeh şarapla orada duruyorsunuzdur. Birileri gelir ve o bardağı doldurur ve ne kadar içtiğinizi bilemezsiniz.”

Bazı durumlardaki bu konuksever davranışların kişisel bir anlamı olan bir hediye temsil ettiği algılanmıştır: “Doğumgünümde kızım benim için büyük bir parti hazırlamıştı. Bir sürü hediye aldım. Masada birçok yemek vardı. Balık, jambon, somon yiyemezdim. Sadece bir parça kaburga yedim. Yiyebileceğim yalnızca tavuk vardı. Küçük bir içki içtim. Bütün günü çayımı içmeden geçirdim. Bu benim doğum günümüdü. Keşke olmasaydı.”

Başkasına yönelik konuksever davranışlar da hastaların diyetlerini zorlamıştır. Ancak bu koşullarda izin verilmeyen yiyeceklere direnmek daha kolay olmuştur çünkü bunları reddetmek kişiyi reddetmek gibi bir anlam taşımamıştır: “Kocama kahvaltı hazırlamakta zorlanıyorum. Domuz pastırması ve sosis yiyor. Alışmaya başlıyorum. Başlangıçta ben de aşırıyordum. Domuz pastırmasını severdim. Şimdi beni rahatsız etmiyor, iki parça tost yiyorum o kadar.”

Hastalar zorlukların çoğunu tarafsız olarak algılamıştır. Ancak bazı yiyecek ya da içecek ikramlarını yapısı gereği tehditkâr ya da düşmanca algılamışlardır: “Viski ikram ediyorlar, sağlıklı olduğum zaman asla ikram etmezlerdi.” Bazı durumlarda diyet ve sıvı kısıtlamaları şu algıdan dolayı zorlanmaktaydı: “Onlar (arkadaşlar) en basitinden sıvı kısıtlamalarını anlamıyorlar. Onları inandırmak çok zor. ‘Hadi canım bir içki al’ diyorlar. Ben reddetmek zorundayım.”

Pek çok hasta, diyet ve sıvı kısıtlamalarını uygulamaları konusundaki bilinçli kararlarını tanımlamıştır. Bunların çoğunluğu, bu karar konusunda spontan bir şekilde kendilerini aklamaya çalışmışlardır. Çoğunluk için aklayıcı sebep hemodiyaliz makinasının gücü olmuştur: “Makinadan önce bir elmalı tart yemeyi seviyorum, bilirsiniz, bu makine yoluyla bir

şekilde çözülmüş olur. Bir çeşit hile işte böylece makinede yıkanır. Ana fikri bu. Bir sürü insan yiyemeyecekleri şeyler konusunda bu şekilde şanslarını deniyor.” Başkaları için aklama unsuru ise durumun sık olmayışı veya özel olduğu olmuştur: “Noel’de ne olacağını biliyorum. Elmalı tart, Noel tatlısı olacak. Ben diyetimi uygulamayacağım... Kocamla bir yemeğe çıktığımda, yapmamanız gerektiğini biliyorsunuz, ama bilirsiniz, sanki bütün o para boş yere harcanacakmış gibi hissediyorum. Yıldönümümüz için yemeğe çıktık. Buna hiç aldırmadım. Diyetimi uygulamadım.”

Diyet ve sıvı kısıtlamalarının kendisi de sıkıcı olarak tanımlanmıştır: “Sanırım en zor kısmı diyet. Diyet çok zor. Sürekli aynı yemekler.” Bu gibi durumlarda yalnızca izin verilmeyen yiyecekler ya da içecekler hastaya yardımcı olabilir: “Bir değişikliğe ihtiyacın olduğunu düşünüyorsun. Bazı zamanlarda herkes gibi kaçamak yapıyorsun. Yememen gereken şeyler yiyorsun.” Hastalar susadıklarını hissediyorlar ve yalnızca izin verilmeyen içeceklerin onlara gerçekten yardım edebileceğini düşünmüşlerdir: “Çok zor. Susamış hissediyorum.” Hastalar için özellikle duygusal sıkıntı yaratan hastanın yemek yerken sıvı tüketme hakkının kalmamış olması olmuştur: “Yemeğimi yerken bir içki içmeyi seviyorum. Çok acımasız. Eğer et suyu varsa içerdiği suyu hesaplamamız gerekiyor.”

Nicel çalışma

Yaşanan en yaygın zorluk diyetten çok sıvı kısıtlamalarıyla ilgili olmuştur (Tablo 2). Sıvı kısıtlamalarıyla ilgili en yaygın zorluk hastanın yemek yerken sıvı tüketme hakkının kalmamış olmasıdır. Bu susamaktan daha yaygın bir zorluk teşkil etmiştir. Diyetle ilgili en yaygın zorluk, diyetle uygun yiyeceklerin bulunamamasını geçerek, diyetten sıkılma olmuştur. Hemodiyaliz tedavisi, anlamlı sayıdaki hastada diyet ve sıvı kısıtlamalarını ihmal etmek için aklayıcı bir neden teşkil etmiştir. Hem rutin hem de özel sosyal durumlar, yorgun, kaygılı ve çökkün hissetmek gibi nahoş ruh hallerine göre, daha sıklıkla diyetle ve sıvı kısıtlamalarına yönelik zorlayıcı etkiler olarak algılanmıştır. Daha küçük ama anlamlı sayıda hasta içinse sıvı kısıtlamalarından sıkılmak ve başkalarının diyet ve sıvı kısıtlamalarını anlamamaları zorlayıcı nedenler olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 2).

Temel bileşen analizinden önce gerçekleştirilen, örneklem yeterliliğini ölçen KMO 0,835 olarak hesaplanmıştır. Bu istatistiksel testte elde edilen 0,80’den yüksek bir değer mükemmel olarak kabul edilmektedir. Dahası Barlett’in küresellik testinde p değeri 0,001 olarak hesap edilmiştir. Bu aynı zamanda elde edilen verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir. Temel bileşen analizinde 17 unsurun kümelendiği (özdeğer = 12,14) bir faktör varyansın %41,9’unu açıklamıştır (Tablo 2). Bunun sonucunda 12 madde, tek bir ölçek oluşturmak üzere hariç bırakılmıştır.

TARTIŞMA

Nitel ve nicel bulgular bir arada tartışılmıştır. Bu tartışmada inançların sayısına yönelik bulgular nitel bulguları, belirli bir inanca sahip olan hastaların sayısı ise nicel bulguları temsil etmektedir. Bu çalışma, öz yeterlilik kavramının hemodiyaliz hastalarının kendi düşünceleri üzerine temellendirilebileceği görüşüne bir miktar destek sağlamıştır. Daha açık olarak, bulgular daha önceden tanımlanmış öz yeterliliğin aksine hemodiyaliz hastalarının bir dizi özgül ve farklı zorluk yaşadığına işaret etmiştir. Bu kanıt Tip 2 diyabet hastalarında gözlemlenen kanıtlarla tutarlılık göstermektedir (Krespi Boothby ve Salmon 2010). Genel anlamda, hastaların diyet ve sıvı kısıtlamalarına uygun davrandıklarını düşündükleri durumlarda, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum göstermekten anladıkları profesyonellerin anladıklarından farklıdır. Bu, Tip 2 diyabet hastaları arasında yapılan önceki çalışmada da tespit edilmiştir (Krespi Boothby ve Salmon 2010). Birbiriyle tutarlı bu bulgular 3 çıkarımın altını çizmektedir. Birincisi, yaşam tarzında değişiklik gerektiren kronik hastalıklarda, diyet kısıtlamaları da dahil olmak üzere tedavinin bazı yanları her ne kadar kısıtlamaların doğası kronik hastalığa göre değişiklik gösterse de, benzer bir şekilde deneyimlenebilmektedir. İkinci çıkarım, öz yeterlilik kavramını temellendirmenin farklı kronik hastalık türlerine uygun olabileceğidir. Üçüncü çıkarım, hastaların kendi öz bakım davranışlarını anlayabilmek için, tedaviye uyum ve bağlılık (adherence) gibi kavramların ötesine geçerek uyumluluk (concordance) fikrine yaklaşmayla ilişkilidir (Ayrıca Krespi Boothby ve Salmon 2010'a bakınız.) Son kavram tedavi hedeflerinde fikir birliğine ulaşmayı sağlayan, hasta ile profesyoneller arasındaki ilişkilerin doğası ve kalitesini vurgular (Segal 2007, Blenkinsopp 2001).

Bu çalışmada tanımlanan, diyet ve/veya sıvı kısıtlamaları nedeniyle yaşanan bazı zorluklar, daha önce nicel çalışmalar aracılığıyla ortaya çıkarılmıştır. Ancak diğerleri şaşırtıcı olmuştur. Zorlukların pek çoğu, yiyecek/içeceklerin beslenme haricindeki kullanımlarıyla ilgili olmuştur. Hastalar, izinleri olmayan yiyecek ya da içecekleri fiziksel rahatsızlıkları ile başa çıkabilmek adına kullanmışlardır. Hemodiyaliz hastalarında gerçekleştirilen nicel çalışmalar (Cukor ve ark. 2006, Kimmel ve Peterson 2005, Kimmel 2002, Kimmel 2001) diyabet (Sacco ve Yanover 2006, Fisher ve ark. 1992, Goodall ve Halford 1991) ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (Ng ve ark. 2007) da dahil olmak üzere, kronik hastalıkları olan hastalarda yapılan araştırmalara göre stres ve depresif duygular hastaların diyetlerine gösterdikleri uyumu azaltmakta ve depresyon tıbbi sonuçları etkilemektedir. Bu durum, örneğin ilaç kürüne erişim ya da uyum gösterilmesinin azalması yoluyla ortaya çıkmaktadır. Pek çok zorluk Tip 2 diyabet hastaları ile gerçekleştirilen önceki çalışmada (Krespi Boothby ve Salmon 2010) deneyimlenen zorlukları yansıtmış ve hastaların rahatsızlık ve duygusal sıkıntı ile başa çıkmak için gıda maddelerini kullandığını göstererek bu önceki raporlara dair

daha fazla görüş sağlamıştır. Bu nedenle, mevcut bulgular, yiyeceklerin ya da içeceklerin beslenme haricindeki nedenlerle kullanılmasının, her ne kadar diyetle yönelik gereklilikleri birbirinden farklı da olsa, farklı kronik hastalıklara sahip hastalarda ortak bir nokta olabileceğini önermektedir.

Bu çalışmada, sosyal durumlarda gıda maddelerinin farklı işlev ve mekanizmalarının, hastalarda diyet ve sıvı kısıtlamalarını zorladığı ve bu nedenle hastaların bu kısıtlamaların yönetiminde taviz vermelerine neden olduğu saptanmıştır. Bu zorlukların her biri hastaların belirgin bir azınlığı tarafından rapor edilmiştir. Tip 2 diyabet hastaları arasında yapılan önceki çalışmada (Krespi Boothby ve Salmon 2010) olduğu gibi, diyet ve sıvı kısıtlmalarına yönelik sosyal zorlukların türleri bir süreklilik oluşturmaktadır. Bunlar yemek yemenin sosyal alanlarda kolaylaşmasını, gıda maddelerinin düşmanca ya da iyilik yapıldığı düşünülerek hastaya sunulmasını içermektedir. Sonrasında ortaya çıkan diyet ile ilgili zorluk yiyeceği reddetmekle, yiyeceği sunanı reddetmek arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Yani, gıda maddelerinin sosyal olarak anlamlılığı diyet ve sıvı kısıtlamalarında problemlere neden olmuştur. Bu bulgular aynı zamanda, yaşanan zorlukların, her ne kadar diyet gereklilikleri bir hasta grubundan diğerine değişiklik gösterse de, farklı kronik hastalıklara sahip hastalar arasında benzer olabileceğini vurgulamaktadır.

Ancak şaşırtıcı bir şekilde hemodiyaliz tedavisinin zamanının yaklaşması kendi başına diyet ve sıvı kısıtlaması konusunda zorluk teşkil etmektedir. Hastalar, izin verilmeyen yiyeceklerin ve içeceklerinin hemodiyaliz tedavisi yoluyla çözüneceğine inanmaktadır. Bu daha önce raporlanmamıştır ve hastanın diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum göstermesini, hastanın hemodiyaliz tedavisi görüp görmediğine ve bu tedavinin zamanının yakın olup olmadığına göre değişiklik gösterdiğini ileri sürmektedir. Bu durum, hemodiyaliz tedavisinin sık oluşuna dayanarak, hastaların bilinçli bir şekilde aldıkları karar ile gelişmektedir.

Tip 2 diyabet ve SDBY diyetleri arasında çarpıcı farklar vardır. Ancak nitel bulgular, bu hastalarca yaşanan diyet ve/veya sıvı tüketimine dair zorluklar önceki çalışmayla kıyaslandığında yaşanan zorlukların benzer olduğu görülmüştür (Krespi Boothby ve Salmon 2010). Aslında, iki farklı rejim deneyimi arasındaki tek kökten fark hemodiyaliz tedavisi görmek olmuştur. Bu çalışmanın diğer bir katkısı diyet ve/veya sıvı kısıtlamalarıyla ilgili bu zorlukların ne kadar yaygın bir şekilde yaşandığının sayısallaştırılması olmuştur. Sıvı kısıtlamalarıyla ilgili karşılaşılan en yaygın zorluk hastanın yemek yerken sıvı tüketme hakkının kalmamış olması, diyetle ilgili en sık karşılaşılan zorluk ise sıkılma olmuştur. İlginç bir şekilde bir sonraki en yaygın zorluk ise diyet ve sıvı kısıtlamalarını ihmal etmenin aklamaması olarak hemodiyaliz tedavisi olduğuna yönelik görüştür. Hastaların %34'ü bu zorluğu diyet ile ilgili kısıtlamalar için, %40'ı ise sıvı kısıtlamaları ile ilgili olarak rapor etmişlerdir. Buna karşılık, daha az sayıda hemodiyaliz hastası

sosyal durumların, canlarının bir gıda maddesini çekmesinin ve uygulamaya dayalı kısıtlamaların diyet ve sıvı kısıtlamalarına yönelik zorlukları teşkil ettiğini rapor etmiştir. Bu bulgular, sosyal durumların, canın izin verilmeyen gıda maddelerini çekmesi ve uygulamadaki zorlukların en sık rastlanan diyet ve sıvı kısıtlaması engelleri olduğuna dair, hemodiyaliz hastalarında elde edilen önceki nicel kanıtlarla zıtlık teşkil etmektedir. Bu farklı bulgular muhtemelen araştırma deseninin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada, diyet ve sıvı kısıtlamalarına dair çeşitli zorlukları belirlemeye ve sosyal durumları, canın bir gıda maddesini çekmesi ve uygulamadaki kısıtlamaları bir bağlam içerisine sokmaya ve kıyaslama yapabilmek adına farklı zorlukları tanımlamaya yardım eden nitel bir süreç bulunmaktadır.

Temel bileşen analizi, diyet ve sıvı kısıtlamaları uygulama konusunda 'temellendirilmiş' öz yeterliliğin tek boyutlu olduğuna işaret etmektedir. Hastaların diyet ve sıvı kısıtlamaları ile ilgili olarak farklı zorlukların üstesinden geleceklere dair öz güvenleri arasında bir ilişki vardır. Bu da hastaların diyet ve sıvı kısıtlamalarına dair zorlukların bir tanesinin üstesinden geleceklere inanmaları halinde, başka zorlukların da üstesinden gelebileceklere inanacaklarına işaret eder.

Öz yeterlilik kavramının hastaların kendi düşüncelerine temellendirilmesi yazını çeşitli yönlerden genişletmiştir. Birincisi, şimdiki nitel bulgular rutin konsültasyonlar sırasında klinisyenleri alarma geçirecek, diyet ve sıvı kısıtlamalarına dair çeşitli zorlukların belirlenmesiyle, hasta merkezli hemodiyaliz bakımı için gerekli kanıt tabanına katkıda bulunmaktadır. Sosyal durumdaki yiyecek/içeceklerin işlevleri ve mekanizmaları, hemodiyalizin diyetle uymamanın bir telafisi olarak görülmesi ve rahatsızlık, duygusal sıkıntı ve diyet ve sıvı kısıtlamalarından sıkılma da dahil olmak üzere duygusal zorluklar özellikle önem taşımaktadır. İkincisi temel bileşen analizinin, temellendirilmiş öz yeterliliğin, hastanın içerisinde bulunabileceği farklı durumlar tarafından tanımlanan, tek boyuttan oluşan bir bütün olduğuna işaret etmesidir. Ancak geniş bir yelpazede belirgin zorlukları bünyesinde barındırmaktadır. Üçüncüsü, bu çalışmada oluşturulan soru formunun, diyet ve sıvı kısıtlamaları ile ilgili yaşanan zorlukların ne

sıklıkta yaşandığını sayısallaştırarak nitel ve nicel araştırmalar arasındaki boşluğu dolduran bir köprü oluşturmaktadır.

Hemodiyaliz hastaları için hazırlanan önceki eğitim programları (Brantley ve ark. 1990) temel olarak hastalara sağlıklarını düzeltmek için ne yapmaları gerektiğine dair bilgi sunmuştur. Ancak hastanın, tedavinin gereklilikleri ile başa çıkmakta yardımcı olabilecek stratejilere dikkat edilmemiştir. Daha güncel müdahale çalışmaları yalnızca klinik bakımın özellikleri hakkında bilgi sağlamaya odaklanmakla kalmamış, aynı zamanda kendini güçlendirmeyi ve hayatta kalmak da dahil olmak üzere geniş çaplı sorunlarla ilgili rehabilitasyonu vurgulamıştır. Örneğin, bir müdahale çalışması (Wingard ve ark. 2007), bakım amaçlı hemodiyaliz tedavisi gören hastaları hedeflemiştir. Bu müdahale, kişinin kendini güçlendirmesini ve rehabilitasyonu vurgulayan bireysel bir hasta eğitim programı olup aneminin yönetilmesi, yeterli düzeyde diyaliz tedavisi alınması, beslenme, ilaç tedavisi ve katater kullanımının azaltılması gibi klinik bakım alanları üzerinde odaklanan müdahaleleri de bünyesinde barındırmaktadır. Müdahale 3 ay sürmüştür ve 1 yıllık bir hasta takip süresi sonunda müdahale, uzun süreli hemodiyaliz hastalarından oluşan kontrol grubuna kıyasla, ölüm oranını yaklaşık %40 azaltmakta etkili olmuştur. Araştırmacılar müdahale grubu içerisinde psikososyal uyumda gelişmeler görmüş ve bunun ölüm oranını azaltma açısından da etkili olmuş olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Hasta görüşleri temel alınarak tasarlanmış eğitimsel müdahalelerin daha etkili olabileceği de önerilmiştir (Maguire 2002, Green ve Kreuter 1990).

Bu nedenle gelecekteki psikolojik eğitim müdahaleleri bu çalışmada tanımlanan diyet ve sıvı kısıtlamalarıyla ilgili olarak yaşadıkları her güçlükçe baş etmelerine yardım edecek stratejiler yoluyla hastaları güçlendirerek diyet ve sıvı kısıtlamalarına gösterilen uyumu geliştirmeyi ve belki de ölüm oranlarını azaltmayı hedefleyebilir. Bu nitel ve nicel bulguların bir kısıtlılığı başka kültür ve din gruplarına aktarılamayacak ya da genellenemeyebilecek olmasıdır. Bu nedenle, gelecekteki araştırmalar mevcut bulguların başka kültür ve din grupları ile bağdaşıp bağdaşmayacağını incelemelidir.

KAYNAKLAR

- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnormal Psychol* 87: 49-74.
- Ajzen I (1988) *Attitudes, Personality, and Behaviour*. Chicago, IL, Dorsey Press.
- Ajzen I (1991) The theory of planned behaviour. *Organisational Beh and Human Decision Processes* 50: 179-211.
- Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Review* 84: 191-215.
- Bandura A (2002) Social foundations of thought and action. *The Health Psychology Reader*, cilt 6, D Marks (Ed), Londra. Sage Publications s: 94-106.

- Blenkinsopp A (2001) From compliance to concordance: How are we doing? *Int J Pharmacol Prac* 9: 65-6.
- Brady BA, Tucker CM, Alfino PA ve ark. (1997) An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: A self-efficacy theory based approach. *Annals Behav Med* 19: 339-43.
- Brantley PJ, Mosley TH, Bruce BK ve ark. (1990) Efficacy of behavioral management and patient education on vascular access cleansing compliance in hemodialysis patients. *Health Psychol* 9: 103-13.
- Brown J, Fitzpatrick R (1988) Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. *J Psychosomatic Res* 32: 191-6.

- Crabtree BF, Miller WL (1992) A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. *Doing Qualitative Research*. Sage Publications, s.93-107.
- Cukor D, Peterson RA, Cohen SD ve ark. (2006) Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Prac Nephrol* 2: 678-87.
- Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP ve ark. (1982) Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Med Care* 20: 567-80.
- Curtin RB, Johnson HK, Schatell D (2004) The peritoneal dialysis experience: Insights from long-term patients. *Nephrol Nursing J* 31: 615-24.
- Devins GM, Binik YM, Gorman P ve ark. (1982) Perceived self-efficacy outcome expectancies and negative mood states in ESRD. *J Abnormal Psychol* 91: 241-4.
- Eitel P, Friend R, Griffin KW ve ark. (1988) Cognitive control and consistency in compliance. *Psychol Health* 13: 953-73.
- Everett KD, Sletten C, Carmack C ve ark. (1993) Predicting noncompliance to fluid restrictions in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation* 10: 614-20.
- Fisher EB, Delamater AM, Bertelson AM ve ark. (1992) Psychological factors in diabetes and its treatment. *J Consult Clin Psychol* 50: 993-1003.
- Glaser BG, Strauss AL (1967) The constant comparative method of qualitative analysis. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, 1. Baskı. New York, Aldine, s.72-95.
- Goodall TA, Halford WK (1991) Self-management of diabetes mellitus: A critical review. *Health Psychol* 10: 1-8.
- Green LW, Kreuter MW (1990) Health promotion as a public health strategy for the 1990s. *Annual Review of Public Health*, cilt 11, L Brewsrow, JE Fielding, LB Lave (Ed), Palo Alto, CA. Annual Reviews Inc., s.319-34.
- Gregory DM, Way CY, Hutchinson TA ve ark. (1998) Patients' perceptions of their experiences with ESRD and haemodialysis treatment. *Qual Health Res* 8: 764-83.
- Henwood KL, Pidgeon NF (1992) Qualitative research and psychological theorizing. *Br J Psychol* 83: 97-111.
- Kelley HH (1967) Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, D Levine (Ed), Lincoln, NB. University of Nebraska Press, s.192-238.
- Kimmel PL (2001) Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International* 59: 1599-613.
- Kimmel PL (2002) Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Psychosomatic Res* 53: 951-6.
- Kimmel PL, Peterson RA (2005) Depression in end-stage renal disease patients treated with haemodialysis: Tools, correlates, outcomes and needs. *Seminars in Dialysis* 18: 91-7.
- Krespi Boothby MR, Salmon P (2010) The grounding of the construct of self-efficacy in type 2 diabetic patients' own thinking. *Turkish Clinics J Endocrinology* 5: 39-48.
- Krespi MR, Bone M, Ahmad R ve ark. (2008) Haemodialysis patients' evaluation of their lives. *Turkish J Psychiatry* 19: 365-72.
- Krespi R, Bone M, Ahmad R ve ark. (2004) Haemodialysis patients beliefs about renal failure and its treatment. *Pat Educ Counsel* 53: 189-96.
- Lambert ZV, Wildt AR, Durand RM (1991) Approximating confidence intervals for factor loadings. *Multivariate Behav Res* 26: 421-34.
- Leggat JE, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE ve ark. (1998) Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *Am J Kidney Diseases* 32: 139-45.
- Levenson H (1973) Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consulting Clinical Psychol* 41: 397-404.
- Loghman-Adham M (2003) Medication noncompliance in patients with chronic disease: Issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Managed Care* 9: 155-71.
- Maguire P (2002) Key communication skills and how to acquire them. *Brit Med J* 325: 697.
- Miller WL, Crabtree BF (1992) Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. *Doing Qualitative Research*, BF Crabtree, WL Miller (Ed). Sage Publications, s.3-28.
- Ng TP, Niti M, Tan WC ve ark. (2007) Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: Effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status and quality of life. *Archives Inter Med* 167: 60-7.
- Peerbhoy D, Hall GM, Parker C ve ark. (1998) Patients' reactions to attempts to increase passive or active coping with surgery. *Social Science Med* 47: 595-601.
- Poll IB, Kaplan De Nour A (1980) Locus of control and adjustment to chronic haemodialysis. *Psychol Med* 10: 153-7.
- Richard CJ (2006) Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrol Nursing J* 33: 387-96.
- Rosenbaum M, Ben-Ari Smira K (1986) Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. *J Personality Social Psychol* 51: 357-64.
- Rotter JB (1954) *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- Rotter JB (1966) Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, Whole Number 1.
- Sacco WP, Yanover T (2006) Diabetes and depression: The role of social support and medical symptoms. *J Behav Med* 29: 523-31.
- Schneider MS, Friend R, Whitaker P ve ark. (1991) Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychol* 10: 209-15.
- Segal JZ (2007) Compliance to Concordance: A critical view. *J Med Humanities* 28: 81-96.
- Seligman MEP (1975) *Helplessness: On Depression, Development and Health*. San Francisco, W.H. Freeman.
- Stroebe W, Stroebe MS (1995) *Social Psychology and Health*. UK, Open University Press.
- Talbot F, Nouwen A, Gingras J ve ark. (1997) The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The multidimensional diabetes questionnaire. *J Behav Med* 20: 291-312.
- Tsay SL (2003) Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Advanced Nursing* 43: 370-5.
- Turnquist DC, Harvey JH, Anderson BL (1988) Attributions and adjustment to life threatening disease. *Br J Clinical Psychol* 27: 55-65.
- Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Health Educ Monographs* 6: 160-70.
- Witenberg SH, Blanchard EB, Suls J ve ark. (1983) Perceptions of control and causality as predictors of compliance and coping in haemodialysis. *Basic Applied Soc Psychol* 4: 319-36.
- Wingard RL, Pupim LB, Krishnan M ve ark. (2007) Early intervention improves mortality and hospitalization rates in incident hemodialysis patients: RightStart Program. *Clin J Am Society Nephrol* 2: 1170-5.
- Wright SJ, Kirby A (1999) Deconstructing conceptualisations of adjustment to chronic illness: A proposed integrative framework. *J Health Psychol* 4: 259-74.
- Zrinyi M, Juhasz M, Balla J ve ark. (2003) Dietary self-efficacy: Determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 18: 1869-73.