



**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN
EĞİTİMİNİN ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Zeynep BİRGE
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Sonay BİLGİN

Yüksek Lisans Tezi-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN
EĞİTİMİNİN ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Zeynep BİRGE

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Sonay BİLGİN**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Zeynep BİRGE

Tez Savunma Tarihi : .20/10/2017

Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. Sonay BİLGİN (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR (Erzincan Üni.) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2017

İÇİNDEKİLER

ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Hastalık Kavramı.....	4
2.2. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme	7
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi.....	8
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi.....	10
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular.....	11
2.8. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı	12
2.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri	13
2.10. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz Tedavisi	13
2.11. Hemodiyaliz Tedavisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları.....	15
2.12. Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları	16
2.13. Hemodiyaliz Tedavisi için Gerekli Girişimler.....	16
2.14. Hemodiyaliz Tedavisi ve Öz-Bakım Gücü.....	18

2.15. Hemodiyaliz Tedavisi ve Yaşam Kalitesi.....	21
2.17. Hemodiyalizde Hemşirelik Yönetimi	25
3. MATERYAL VE METOT	29
3.1. Araştırmanın Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	29
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu.....	30
3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	30
3.5.3. KDQOL-36- Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu	31
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	33
3.8. Araştırma Planı ve Takvimi	34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. KDQOL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarındaki Değişimin Tartışılması.....	51
5.2. Ön Test-Son Test Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması	53

5.3. Diyete Uyumu-İlaç Tedavi Uyumu-Tuz Tüketiminin Ön Test-Son Test Bulgularının Tartışılması	56
5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve KDQOL-36 Arasındaki İlişkili Bulguların Tartışılması	57
5.5. Hastalığa İlişkin Özellikler ile KDQOL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması	59
5.6. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puanı Ortalamaları Bulgularının Tartışılması	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	67
EKLER	83
EK-1. Özgeçmiş.....	83
EK-2. Etik Kurul Kararı.....	84
EK-3. Kurum İzinleri.....	85
EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
EK-5. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu	87
EK-6. Öz Bakım Gücü Ölçeği (Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz- Bakım Gücünü Değerlendirme Formu)	88
EK-7. Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)-Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu.....	89
EK-8. Hastalarının Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Hemşirelik Eğitim Rehberi	94

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalıŐmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tüm lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, her konuda beni destekleyen, çok değerli danışman hocam, Sayın Yard. Doç. Dr. Sonay BİLGİN'e, Jüri üyesi hocalarım Sayın; Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR ve Sayın; Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK' a,

Her zaman yanımda olan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen ve tezimin her aşamasında yardımcı olan değerli dostum Tülay FIRAT' a, Sara SORGUN' a, Öğr. Gör. Necmettin ÇİFÇİ' ye ve tez çalıŐmamın hazırlanmasında bana yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen ve destekleriyle beni motive ederek bitirmemde büyük katkısı olan sevgili İğdır Devlet Hastanesi Hemodiyaliz servisi doktorumuz Nefrolog Uzm. Dr. Özgür MERHAMETSİZ' e,

Hayatım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini daima hissettiğim çok değerli ve kıymetli ailem'e,

Tez alıŐma sürecinde verilerin toplanmasında bana yardımcı olan İğdır Devlet Hastanesi Hemodiyaliz servisindeki bütün çalışma arkadaşlarıma ve őifa bekleyen hastalarıma teşekkür ederim.

Zeynep BİRGE

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen eğitimin öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test son test tek gruplu düzenek (yarı deneysel) araştırma türünde yapılmıştır. Ocak 2016– Ekim 2017 tarihleri arasında Iğdır Devlet Hastanesi hemodiyaliz servisinde diyaliz tedavisi alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Iğdır Devlet Hastanesindeki hemodiyaliz servisinde araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kronik böbrek yetmezliği tedavisi olan 65 hasta oluşturmuştur (N=65). Araştırmanın örneklemini ise, her hangi bir örnekleme yöntemine başvurulmadan araştırma evreninin tamamı olup 65 hasta oluşturmuştur. Hastaların vefatı, göç etmeleri ve anket doldurmak istememeleri gibi sebeplerden dolayı araştırma 55 hasta ile tamamlanmıştır (n=55). Araştırmada veri toplama aracı olarak “Soru Formu”, “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve “KDQOL-36” kullanılarak, 3 ay boyunca eğitim materyali ile eğitimler verilerek eğitim öncesi ve sonrası veriler toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve kurum izinleri alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama, standart sapma, Will Coxon testi, McNemar Testi, Korelasyon Analizi, Bağımsız Guruplarda t Testi, Varyans Analizi, Kruskal Wallis Testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların ortalama 57 yaşında, %85’inin çocuğu olduğu, çoğunlukla erkek, evli olduğu çekirdek ailede yaşayan, okuryazar olmayan, gelirinin giderini karşılamayan ve büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin bulunduğu hastalıkları hakkında eğitim almadıkları, diyete uyumunun olmadığı, ilaç tedavisine uyumunun olduğu ve tuz tüketiminin bulunduğu, günlük ortalama 4 saat ve haftalık ortalama 3 seans hemodiyaliz tedavisi aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların KDQOL-36 Ölçeği ön test-son testte en yüksek puan ortalamasını “Semptom/Problem Listesi” ve “Böbrek Hastalığının Etkisi” alt boyutlarında aldıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların KDQOL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ön test-son test olarak karşılaştırıldığında yapılan eğitimler sonrasında son test puan ortalamalarının bütün alt boyutlarda yükselme olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının ön test-son test öz bakım gücü puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu ve yapılan eğitim girişimlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeğinin “ortalama toplam puanı” ile “Ruhsal Durum alt boyutu” hariç diğer alt boyutlarda puan ortalamalarını arttırdığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların; hastalık ve hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma, ilaca uyum, diyet uyum ve tuz tüketim oranlarının Öz Bakım Gücü Ölçeği ortalama toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$); ancak hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile tipi ve gelir durumunun “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ortalama toplam puanı arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün orta düzeyde ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu; KBY hastalarına verilen eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara yönelik uygulamalı eğitimlerin sürekliliği ile hastaların öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini arttırmasına yönelik çalışmaların tekrar edilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hemşirelik, kronik böbrek yetmezliği, özbakım gücü, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Training on Hemodialysis Patients on Self Care and Quality of Life

Aim: This study has been conducted to determine of the effect of education on hemodialysis treatment on self-care power and quality of life.

Material and Method: The study has been carried out in accordance with pre-test—post-test one group-mechanism (semi-experimental).The study has been carried out with the patients receiving dialysis treatment in haemodialysis department Iğdır Public Hospitals between January 2016 and October 2017. The scope of the study has been constituted by 65 (N=65) patients with chronic renal failure who voluntarily accepted to take part in the study in the department of haemodialysis of Iğdır Public Hospital. The paradigm of the study has been constituted by the same 65 patients without creating any other new paradigm. The study has been completed with 55 patients due patients' death, migration and not wanting to fill the questionnaire (N=55). “Question Form”, “Power of Self-Care Scale” and “KDQOL-36” have been used in the study as data collection tools and data have been collected before and after the education which has been given with materials for three months. Ethics committee approval and institutional approvals have been taken in order to carry out the study. Numbers, percentages, the least and the most values and average, standard deviation, Will Coxon test, McNemar test, Correlation analysis, T test in independent groups, Variance Analysis, Kruskall Wallis analysis and Mann-Whitney U test have been used in the evaluation of the data. The level of significance has been accepted as $p < 0.05$.

Results: It has been determined that those who participated in the study 57 years old and have on 85% 5 kinds, mostly male and married, living in elementary family, illiterate, have less income than the expenses, most of which did not have education about the diseases they have insurance about, are not suitable for the treatment, suitable for the medicine and have salt consumption, have 4 hours per day and 3 sessions of haemodialysis treatment on average. It has been determined that the highest point average of those who participated in the study has been seen in the sub-dimensions of “Symptom/Problem List” and “The Influence of Kidney Disease” in KDQOL-36 Scale pre-test—post-test. When patients' sub-dimension point averages of KDQOL-36 have been compared as pre-test—post-test, it has been seen after the given education that their post-test point averages increased in all the sub-dimensions. pre-test—post-test self-care power point average of the haemodialysis patients who took part in the study were at a medium level and it has been found out that the educational initiatives increased the sub-division point averages of Self-Care Power Scale except the “average point total” and “Psychological state sub-dimension”. It has been found out that there is a significant relationship between taking education in accordance with the disease and haemodialysis treatment, conformity to the medicine and the diet, the rates of salt consumption with the average points of Self-Care Power Scale ($p < 0.05$); however, there is not a significant relationship between the gender, marital status, education level, type of family, level of income with the average points of Self-Care Power Scale ($p > 0.05$).

Conclusion It has been determined that haemodialysis patients' power self-care who participated in the study are at a medium level and their life qualities are at a medium level; the education given to the patients increased the life quality and their self-care power. It is suggested that studies in accordance with the sustainability of applied educations for the haemodialysis patients and increasing the self-care power should be repeated.

Key Words: Haemodialysis, chronic renal failure, life quality, nursing, self-care power.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BUN	: Blood Urea Nitrogen-Kan Üre Azotu
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
K/DOQI	: Kidney Disease Outcome Quality Initiative
KDQOL-36	: Kidney Disease Quality of Life-36 (Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu)
Max.	: Maksimum
mEq/L	: Miliekiyvalen Litre
Min.	: Minimum
n	: Sayı
Ort.	: Ortalama
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
TND	: Türk Nefroloji Derneği
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SF-36	: Short Form-Kısa Formu-36
SS	: Standart Sapma
USRDS	: United States Renal Data System
\bar{X}	: Aritmetik Ortalama
%	: Yüzde

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme.....	7
Tablo 3.1. Araştırma Planı ve Takvim.....	34
Tablo 3.2. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	35
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerine İlişkin Özellikler	37
Tablo 4.3. Ön Test KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	37
Tablo 4.4. Son Test KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	38
Tablo 4.5. Ön Test Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	38
Tablo 4.6. Son Test Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 4.7. KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.8. Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.9. Diyete Uyumun Ön Test-Son Test Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10. İlaç Tedavisi Uyumun Ön Test-Son Test Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.11. Tuz Tüketiminin Ön Test-Son Test Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.12. Çeşitli Değişkenler ile KDOQL-36 ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	43
Tablo 4.13. Hastalığa İlişkin ile Özellikler KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.14. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, meydana geldiği doku ve organlarda fonksiyon bozukluklarına yol açan, ilgili doku ve organlarda farklı belirti ve bulguları, tanı ve tedavi yöntemleri bulunan ve bireylerde beklenen yaşam süresini kısaltarak, bireylerin öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini düşüren rahatsızlıklar ve hastalıklardır.^{1,2}

Kronik hastalıklar bireyde birçok değişikliğe neden olmakta, bireylerin algılarını değiştirmekte, önem verdiği geleceğe dair hedef ve amaçlarından vazgeçmesine, başkalarına bağımlı olma düzeyinin sürekli artmasına ve bireyin algılanan yaşam kalitesinin negatif şekilde etkilenmesine neden olabilmektedir.³ Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakım ve tedavide ki amaç; bireyin kronik hastalığına ve uygulanan tedavi programına istenen şekilde uyumunu ve bireyin kendisi ve ailesi ile işbirliğini sağlayarak, bağımlılığını azaltarak yaşam kalitesini olumlu yönde yükseltmektir.⁴

Günümüzde çok yaygın görülen kronik hastalıklar arasında yer alan son dönem Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastalığı; çok sayıda geri dönüşümsüz ve ilerleyici bulguların yaygın olarak görülen, psiko-soyal sorunlardan dolayı hastaların geleceğe dair birçok planlama ve yaşam biçimlerinde değişiklikleri beraberinde getiren, öz-bakım gücünün ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği kronik ve öldürücü bir hastalıktır.^{5,6}

Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde renal replasman tedavileri (eksik olanı yerine koyma) vazgeçilmezdir. Renal replasman tedavisi (RRT), evde veya sağlık kuruluşlarında uygulanan hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek transplantasyonundan oluşmaktadır. Ancak böbrek transplantasyonu her hastaya yapılamamakta, yapıldığında bazen hastalarda rejeksiyon gelişebilmektedir. KBY'nin tedavisinde hemodiyaliz, periton diyalizi tedavisine göre uzun süre kullanılabilmesi ve kullanılabilirliği açısından daha çok tercih edilen bir yöntem olduğu belirtilmektedir.^{7,8}

Düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, hastalığa bağlı gelişen semptomlar ile sürekli uğraşmak; kronik böbrek yetmezliğinde tedavide uygulanmakta olan belli bir diyetle aksatmadan devam etmek; beden imajında meydana gelen değişikliklere uyum göstermek; kişisel boyutta, toplumsal açıdan ve mesleki olarak gelecekte hedefledikleri amaçlarını yeniden gözden geçirerek incelemek zorunda kaldıklarından, HD tedavisi bireylerin hem sosyal açıdan, hem ekonomik ve psikolojik olarak yaşamın bütün alanlarında, öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini etkilemektedir.^{9,10}

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan KBY' li hastalarda ömür boyu yaşam kalitesinin her zaman en üst düzeyde tutulmasının sağlanması ve hastaların kendilerine uygulanan tedavi ve bakımın bireysel olarak sorumluluğunu alarak yaşamlarını uyumlu bir şekilde devam ettirmeleri büyük önem taşımaktadır. Hastaların öz-bakım gücü düzeyi ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde profesyonel hemşirelere, hastaya özgü bakımın verilmesi ve sağlık eğitiminin planlanmasında önemli bir rol düşmektedir.¹¹⁻¹³

Dorothea E. Orem öz-bakım gücü kavramını, “bireylerin kendi yaşamını, sağlığını ve bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini korumak için kendine düşen günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesidir” şeklinde tanımlamıştır.¹⁴ Öz-bakım gücü düzeyi istenen ve yeterli düzeyde olan bireyler, öz-bakım faaliyetlerini, gereksinimlerini ve ihtiyaçlarını uygun ve yeterli olacak bir biçimde karşılayabilecek, kendi sağlıklarının öz sorumluluğunu üstlenecek ve başka bireylere sürekli bağımlılık duygusu yaşamadan günlük yaşam aktivitelerini kendisi gerçekleştirebilecektir.^{15,16}

Yaşam kalitesi; bireyin hayatını idame etmede gerekli tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan tatmin olması, başkaları ile olan sosyal davranışlarındada yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, duygusal ve fiziksel

durumunun istenilen düzeyde olması ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi gibi bir çok özelliği içine alan bir kavramdır.^{7,17,18}

Hemodiyaliz tedavisinin amacı, hastaların doğumdan beklenen yaşam sürelerinin uzatılması olmakla birlikte, günümüzde sadece yaşam süresininin uzatılması değil, aynı zamanda özbakım gücü ve yaşam kalitesini daima geliştirilmesi bakış açısıyla uygulanmasının hasta açısından önemli ve gerekli olarak belirtilmektedir.^{19,20}

Uzun süreli hemşirelik bakımında hastanın hastalık, tedavi ve bakıma ilişkin tutum ve davranışları önemlidir. Bu nedenle bireyin hemşire tarafından öz-bakım gücünün desteklenmesi, yaşam kalitesi ve yaşamsal tatminini olumlu etkileyecektir. Yapılan çalışmalarda bireyin öz bakım gücü davranışları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı olarak bir fark ve pozitif bir ilişki olduğu; bireylerde öz bakım gücü düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de buna bağlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir.^{12,21}

Bu çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören KBY hastalarında öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi ve hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Kavramı

Kronik hastalıklar, bireylerde tam olarak iyileşme göstermeyen, devamlı olarak ilerleyen, çoğu kez kişide kalıcı sakatlık durumuna ve doku ve organ yetmezliklerine yol açabilen, özellikle bireylerde bedensel, psiko-sosyal ve ekonomik açıdan sınırlılıklar yaşamasına sebep olan, uzun dönemli takip, kontrol ve bakım gerektirerek irreversible (geri dönüşümsüz) patolojik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır.^{2,22,23}

Birçok hastalıklarda olduğu gibi, kronik hastalıklarda da birey fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden olumsuz etkilenmektedir. Kronik hastalıklar bireyin yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan tatmin olmasını engellemekte, fonksiyonel yaşamında zorluklar oluşturarak yaşam kalitesini azaltmaktadır.^{2,24-26} Kronik hastalıklar, diğer hastalık türlerinden farklı olarak bireyin yaşamında ömür boyu devam ettiği için bu olumsuz etkiler bireylerde çok daha fazla hissedilmektedir. Bireylerdeki kronik hastalık türü hangisi olursa olsun bireylerin günlük yaşamsal aktivitelerini yapamamasına, sürekli güçsüzlük hali yaşamasına, hastalığın semptomları hastaların fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal iyilik durumlarında bozulmalara neden olmaktadır.^{24,27}

2.2. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi

Dünya üzerinde küresel bir sağlık problemi haline gelen kronik hastalıkların, 2008 yılında meydana gelen 57 milyon ölüm olayının yaklaşık yüzde 63' ünden sorumlu tutulduğu belirtilmektedir ve kronik hastalıklar kaynaklı ölüm oranları her yıl giderek artmaktadır.²⁸ Kronik hastalıklara bağlı oluşan insan ölümlerinin %80' inden daha fazlasının düşük düzey ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olduğu bildirilmektedir. Literatüre baktığımızda 2015 yılında kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık olarak 41 milyon olduğu belirtilmektedir. Gelişmekte olan ülkelere ise, 2020 yılında kronik hastalıkların tüm ölümlerin $\frac{3}{4}$ 'ünü oluşturacağı tahmin

edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün projeksiyonlarına göre, mevcut şartlar devam ettiği sürece kronik hastalıklardan kaynaklanan yıllık ölen kişi sayısının 2030 yılında 55 milyon kişiye ulaşacağı bildirilmektedir.^{29,30} Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı' na bağlı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nce hazırlanmış olan 2006 yılı kronik hastalıklar raporuna göre, Türkiye' de yaklaşık olarak 20 milyondan fazla kişi kronik hastalıkların oluşturduğu olumsuz etkisi altında yaşamaktadır ve kronik hastalıkların toplum içerisindeki sayısında büyük bir oranda artış olacağı tahmin edilmektedir.³¹ Ülkemizde en sık görülen kronik hastalık türleri arasında; hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, migren, epilepsi, romatoid artrit, kronik gastrit ve kronik böbrek yetmezliği olduğu bildirilmektedir.³⁰

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği

Sağlıklı bir insanda böbreklerden toplam olarak ortalama dakikada 120 ml kan süzülür. Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH), “böbreklerden bir dakikada süzülen kan miktarı” olarak ifade edilmektedir. Böbreklerden süzülen kanın büyük bir bölümü böbreklerin distalindeki tubuluslarından geriye emilmektedir. Bir günde sağlıklı böbreklerden süzülen ortalama ultrafiltrat miktarı 150-180 litre iken, vücuttan dışarıya atılan ortalama idrar miktarı ise 24 saatte 1200-1500 mililitre arasında olmaktadır.¹⁸

GFH değeri, böbrek işlevlerinin durumunu göstermektedir ve kanda bulunan kreatinin düzeyiyle ilişkili olmaktadır.³² GFH' nin normal değeri dakikada ortalama 120 ml' dir. GFH değeri, dakikada ortalama 50 ml olursa böbreklerde fonksiyon bozukluğu meydana geldiği halde böbrek yetmezliği durumu görülmez. GFH değeri, dakikada ortalama 50 ml' ye düşünceye kadar böbreklerdeki metabolik artıklar atılabilmektedir. Kandaki üre miktarı yükselmez ise böbreklerden atılan idrar miktarı ortalama 400 ml/gün olmaktadır. GFH değeri, dakikada ortalama 50 ml/’ nin altına düşmesi

durumunda böbrek yetersizliği, dakikada 30 ml/' nin altına düşmesi halinde böbrek yetmezliğinden, dakikada 10 ml/' nin altına düşmesi durumunda ise kronik böbrek yetmezliğinden söz edilmektedir.^{18,32}

Kronik hastalıklar arasında önemli derecede yaygın olarak görülen KBY, GFH değerinde meydana gelen azalma sonucuna bağlı olarak böbreklerin sıvı-solüt dengesini ayarlamada yetersiz kaldığı ve böbreklerin metabolik ve endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir şekilde bozulma ile karakterize geri dönüşümsüz (irreversible) bir hastalık olarak görülmektedir. Böbreklerdeki glomerüler filtrasyon hızı ne olursa olsun 3 aydan daha fazla süren yapısal ya da fonksiyonel anormallikler de KBY olarak tanımlanmaktadır. GFH' nin normal değeri erkeklerde ortalama 127±20ml/dk, kadınlarda ise ortalama 118±20ml/dk düzeyindedir. 30 yaşından sonra GFH her yıl 1ml/dakika azalmaktadır. Böbrek GFH değeri 60 ml/dk veya altında ise birey KBY hastası olarak kabul edilmektedir. GFH değeri 15 ml/dk veya altına düşerse hastalar hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duymaktadırlar. Böbreklerde meydana gelen üremi tablosu, KBY' den kaynaklanan tüm klinik tablo ve biyokimyasal anomallikleri içine alan bir kavram olup ve birçok kaynaklarda KBY ile aynı anlamda kullanılmaktadır. KBY' de birçok doku, organ veya sistem etkilenmektedir. KBY ciddi organik, mental ve psikososyal birçok soruna neden olabilmekte, tüm işlevleri sınırlayarak yaşamı tehdit etmekte, bireylerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve önemli ölçüde iş gücü kaybına neden olan kronik bir hastalıktır.^{2,33,34}

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme

Kronik böbrek yetmezliğinin evrelendirilmesi esaslarında, National Kidney Foundation'ın belirlediği “Kidney-Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI)” kriterlerine göre bir sınıflandırma yapılması gerektiği önerilmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde evrelendirme Tablo 2.1’ de verilmiştir.³⁵⁻³⁷

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme

EVRE	TANIM	GFH (ml/dk/1.73 m ²)
0	Artmış risk	≥90
1	Normal ya da artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	GFH’ de hafif azalma ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	GFH’ de orta derecede azalma	30-59
4	GFH’ de ileri derecede azalma	15-29
5	Kronik Böbrek Yetmezliği	< 15 (veya diyaliz)

K/DOQI, yaptığı sınıflandırmada fonksiyonel olarak KBY’ yi beş evrede ele almıştır.^{38,39}

Evre 1: Böbrekler normaldir veya artmış GFH ile birlikte böbreklerde oluşan hasara bağlı anormal idrar bulguları ve böbrekte histolojik değişiklikler görülmeye başlamış olup, GFH 90 ml/dk./1.73m²’ nin üzerindedir.

Evre 2: GFH değerinde hafif azalma vardır ve GFH, 60-89 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 3: GFH değerinde orta derecede azalma vardır ve GFH, 30-59 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 4: GFH değerinde ileri derecede azalma vardır ve GFH, 15-29 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 5: Kronik böbrek yetmezliği evresidir ve GFH değeri 15 ml/dk./1.73m² altındadır.

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY günümüzde görülme sıklığı hem dünyada hemde ülkemizde hızla artmakta olan kronik bir hastalıktır.⁴⁰ Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) hastalığı, ülkemizde son yıllarda önemli derecede bir halk sağlığı problemi haline gelmekte ve toplumda görülme sıklığı giderek artmaktadır. RRT gerektiren böbrek yetmezliği hastaları ile ilgili güncel verilerin sağlanması ve yıllar içinde yaşanan değişimlerin değerlendirilmesi açısından Türk Nefroloji Derneği' nin (TND) "Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu" nda Türkiye' de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği hastalığı prevalansı, oransal olarak milyon/nüfus başına çocuk hastalar dâhil olmak üzere 935 olarak belirlenmiştir ve RRT insidansı ise, 147 olarak hesaplanmıştır. Son dönem KBY hastalığının nedenleri arasında, diyabetes mellitus hastalığı en önemli neden olarak görülmektedir.^{41,42}

Türk Nefroloji Derneği' nin 2015 verilerine göre ülkemizde RRT alan 73660 KBY hastası olduğu; bunlardan 56951 (%77.3) hastanın hemodiyaliz tedavisi aldığı, 3909 (%5.3) hastasının periton diyalizi tedavisi aldığı ve 12800 (%17.4) hastaya ise böbrek tranplantasyonu uygulandığı belirtilmektedir.⁴² Aynı raporda, Türkiye' de KBY hastalığında RRT alan KBY hastalarının sayısında sürekli bir artış eğiliminin devam ettiği ve HD tedavisi alan tüm KBY hastalarının %56.4' ünün erkek hasta, %43.6' sının ise kadın hasta olduğu belirtmiştir.^{41,42} Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda KBY' nin görülme oranının ülkelere göre değiştiği bildirilmektedir.^{43,44}

KBY, başta kalp damar sistemi hastalıkları olmak üzere oluşturduğu sistemik komplikasyonlar nedeniyle yüksek morbidite ve mortaliteye sahip kronik bir hastalıktır. KBY, hastalarında mortalite oranlarının genel popülasyondaki mortaliteden 20-30 kat yüksek olduğu bildirilmektedir. KBY hastalarındaki en sık rastlanan ölüm nedeni olan

kardiyovasküler hastalıklara yatkınlıktan kaynaklanmaktadır ve hastalığın çok daha erken evrelerinde ortaya çıkmaktadır. Azalmış böbrek fonksiyonu ifade eden glomerüler filtrasyon hızının dakikada 60 ml/’ nin altına düşmesi durumunda, bağımsız kardiyovasküler risk faktörü ortaya çıkmaktadır. KBY’ nin ciddi sistemik komplikasyonları ve renal replasman tedavilerine ilişkin sorunlar hastaların psikososyal durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.⁴⁵ Türk Nefroloji Derneği verilerine göre Türkiye’de hemodiyaliz hastalarının yaklaşık olarak %50’ si kardiyovasküler sistem sorunlarına bağlı olarak kaybedildiği bildirilmektedir.⁴²

Amerika Birleşik Devletleri’ nde (ABD) 2012 yılında yayınlanan United States Renal Data System (USRDS) Annual Data verilerine göre KBY hastalığı insidansı 230.000’ e, prevelans 681.000’ e yaklaştığı bildirilmektedir.⁴⁶ ABD’ de 20 yaşından büyük yaklaşık 19 milyon kronik böbrek hastası olduğu ve bunların 435.000 tanesinin ise son dönem böbrek hastası olduğu bildirilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliğindeki hasta insidansı, yıllık ölüm oranı %24, 1980’ den beri her 10 yılda bir bu rakam ikiye katlanmaktadır. Kronik böbrek hastalığı son dönem böbrek yetmezliğinden 100 kat daha yaygın ve insidansı her geçen gün arttığı bildirilmektedir.⁴⁷ Amerika’ da yayınlanan “Uluslararası Sağlık ve Beslenme Raporu” na göre yaklaşık olarak sağlık kurumlarında kaydı bulunmayan 19 milyon kişinin %9.6’ sında KBY hastalığının bulunduğu tahmin edilmektedir.⁴⁸ “United Kingdom Renal Registry 19. Annual Report” da yayınlanan rapora göre; 2015 yılında Birleşik Krallık’ta, 61.256 yetişkinin renal replasman tedavisi aldığı, KBY prevelansının milyon nüfus başına 2000 yılında 523 hastadan 2015 yılında 941 hastaya ulaştığı bildirilmektedir. Aynı raporda RRT alanların %41’i HD tedavisi aldığı ve HD tedavisi hasta sayısının 2015 yılında bir önceki yıla göre %2.7 daha arttığı belirtilmektedir.⁴⁹ Britanya’ da 2015 yılında 3.200 hastanın böbrek nakli olduğu, 20.700 hastanın diyaliz

tedavisi aldığı, yaklaşık 6.000 hastanın ise böbrek nakli olmayı beklediği bildirilmektedir.⁵⁰ Avrupa da yaşayan genel popülasyonda KBY prevalansı belirlemek için yapılan bir çalışmada Norveç’ te genel popülasyonun %3.31 iken Almanya’ da %17.3 oranında bulunmuştur. Dünya çapında KBY açısından nüfusun değerlendirildiği bir raporda Amerika’da diyaliz hastası prevalansı %24 oranında bulunmuştur.^{51,52}

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

KBY hastalığının etiyolojisi bireylerde birçok sebebe ve nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. KBY’ e neden olan etiyolojik faktörler prerenal nedenler, renal nedenler ve postrenal nedenler olarak sınıflandırılmaktadır. Prerenal nedenler, uzun bilateral renal arter embolisi ve sürekli renal arter stenozundan kaynaklanmaktadır. Renal nedenler arasında; diyabetes mellitus, kronik glomerülonefritler, hipertansiyon, amiloidoz, kistik hastalıklar ve kronik tubulointerstisyel nefritler yer almaktadır. Postrenal nedenler ise, uzun süreli üriner sistem obstrüksiyonu kaynaklı KBY gelişebilmektedir. Genel olarak KBY’ de; diyabet hastalığı, kronik hipertansiyon, kronik glomerulonefrit hastalığı, polikistik böbrek hastalığı, obstrüktif üropati hastalığı ve interstisyel nefrit en çok görülen etiyolojik faktörler arasında yer almaktadır.^{53,54}

KBY olgularının nedenleri ve sıklığı ülkelere göre değişiklik gösterebilmektedir. TND’ nin 2015 yılı verilerine göre, ülkemizdeki olgular arasında en önde gelen etiyolojik faktör diyabetes mellitustur (%41), bunu sırasıyla hipertansiyon hastalığı (%25.2), glomerülonefritler (%5.5), polikistik böbrek hastalığı (%3.8), amiloidoz (%1.9) ve diğer nedenler diyabetes mellitus, hastaların %11’ inde hastalığın nedeni tam olarak bilinmemektedir. ABD ‘de KBY’ nin %44’ ünü diyabetes mellitus (DM), %28’ ini HT ve %7’ sini glomerülonefrit oluşturduğu belirtilmektedir. ABD’ de her yıl 1 milyon kişiden 100-150’ sinde KBY gelişmektedir.^{40,41} Buna karşın, az gelişmiş ülkelerin çoğunda glomerülonefritler ve pyelonefrit/interstisyel nefritler, KBY’ nin en

önemli nedenleri arasında olduğu bildirilmektedir. Son dönemde KBY olan hastalarda ise etioloji tam olarak bilinmemektedir.⁵⁴

2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

KBY' de GFH' deki azalma sonucu, böbreklerdeki sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, böbreklerdeki endokrin ve metabolik fonksiyonların yerine getirilememesi sonucunda vücuttaki birçok sistemi, doku ve organları etkileyerek bir dizi klinik sonuçlara neden olmaktadır.^{55,56} KBY' de özellikle kardiyovasküler sistem, gastro-intestinal sistem, immünolojik sistem, hematolojik, nörolojik, ve endokrin sistemlerine ait vücutta farklı patolojik durumlar meydana gelmektedir.¹⁸ KBY hastalığı ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir özelliğe sahip olup vücutta meydana gelen fonksiyon kaybı derecesine göre laboratuvar ve klinik bulgularda değişiklikler oluşmaktadır.⁵⁴ KBY' de en sık görülen belirti ve bulgular sistemlere göre şu şekilde özetlenebilir:^{57,58}

- Elektrolit ve asit-baz dengesizliğine ilişkin bulgular; hiperkalemi, hipokalemi, hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hipernatremi, hiponatremi, hipermagnezemi, metabolik asidoz.

- Hematolojik sisteme ilişkin bulgular; anemi, kanama bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, lenfopeni.

- Kardiyovasküler sisteme ilişkin bulgular; perikardit, ödem, hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi, aritmi, hızlanmış ateroskleroz, kardiyomyopati.

- Solunum sistemine ilişkin bulgular; plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem.

- Gastrointestinal sisteme ilişkin bulgular; hıçkırık, üremik ağız kokusu, gastrit, kusma bulantı, iştahsızlık, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, motilite bozuklukları.

- Nörolojik sisteme ilişkin bulgular; uyku bozuklukları, konvülsiyon, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, baş ağrısı, konuşma bozuklukları.

- Kas-iskelet sistemine ilişkin bulgular; üremik kemik hastalığı, karpal tünel sendromu, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, eklemlerde artrit.
- Endokrin sisteme ilişkin bozukluklar; hiperparaotiroidi, amenore, infertilite, seksüel disfonksiyon, azospermi.
- Psikolojik bulgular; inkâr, anksiyete, depresyon, psikoz.

2.8. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı

Böbrek yetmezliği tanısı, kan üre azotu (BUN) ve kreatinin düzeylerindeki artış veya kreatinin klirensindeki düşüş ile kolaylıkla konmaktadır, ancak sorun akut-kronik böbrek yetmezliği ayırıcı tanısının belirlenmesidir. KBY tanısının konmasında uygulamada en çok kullanılan tanı yöntemi arasında radyolojik olarak renal ultrasonografide böbreklerin küçük olduğunun gösterilmesidir. KBY de tanı ve ayırıcı tanıda böbreklerden alınacak biyopsinin yeri çok sınırlı olmaktadır.^{33,34}

Tanı konmasında kişisel ve ailesel öykü, fizik muayenede hipertansif veya diyabetik hastalık bulguları önemli bir yer tutmaktadır. Laboratuarda, serum kreatinin ve kan üre azotu (BUN) yüksekliği, serum elektrolitlerinde kalsiyum (Ca), fosfor (P), alkalen fosfataz (ALP) ve albumin düzeylerinde değişiklikler, idrarın labratuvar tahlili ve mikroskopisinde etyolojiye bağlı gelişen bulgular ve anormallikler saptanmaktadır.⁵⁹ KBY' de tanı şu şekilde özetlenebilir:^{2,6,18,33,34,40}

- Ürianaliz: pH düzeyi asidiktir ve osmolalite düşüktür. Sedimentasyonda lökosit ve trombosit görülebilmektedir. 24 saatte böbreklerden çıkan idrar miktarın az olabilir ya da hiç olmayabilir, proteinüri olabilir.
- Tam kan sayımı: Kanda hemoglobin ve hemotokrit miktarında azalma, alyuvar hücrelerinin yaşam süresinde kısalma, trombosit sayısında azalma ve birleşme eğiliminde artma görülebilmektedir.

- Kan biyokimyası: Serum pH' ında azalma, bikarbonat (HCO^{-3}) miktarında azalma, Mg, K^+ , Na^+ , H^+ , PO^{-4} , Ca^+ miktarlarında artma, serum ürik asit ve kan üre azotu (BUN) miktarında artma, demir (Fe) ve demir bağlama kapasitesinde azalma ve kreatin klirensinde düşme ve azalma söz konusu olabilir.

- Böbreklerin, üreterin ve mesanenin radyografisinde küçük küçük kontrakte böbrekler görülebilir. KBY' de kesin tanı ultrasonografi ve renal biyopsi ile birlikte konmaktadır.

2.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri

KBY'li hastalarda böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile birlikte ilerleyen yıllar içinde sağlıklı olarak bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelmektedir. Bunun sonucu olarak hasta bireyde ağır bir klinik tablo ortaya çıkmaktadır. KBY' li hastalarda iyi bir tedavi seçeneği ile morbidite ve mortaliteyi azaltmak mümkün olabilmektedir. Bu hastalarda öncelikle böbrek yetersizliğinin ilerlemesini geciktirici yaklaşımlar uygulanmaktadır. Konservatif tedavinin yeterli olmadığı son dönem böbrek yetmezliğinde böbrek fonksiyonlarının kısmen yerine geçebilen RRT uygulanmaya başlanmaktadır.^{34,40,60} KBY' de RRT seçenekleri arasında;

- Periton diyalizi (PD)
- Hemodiyaliz tedavisi (HD)
- Böbrek transplantasyonu yer almaktadır.^{34,40,60}

2.10. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz tedavisi, böbreklerde meydana gelen geri dönüşümsüz hasara bağlı olarak vücutta kanda birikmiş metabolik artıklar ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir membran (zar) aracılığı ve diyaliz makinesi yardımı ile diyaliz solüsyonuna osmoz, diffüzyon ve ultrafiltrasyon ilkelerinin doğrultusunda filtre edilerek tekrar vücuda

geçmesi işlemidir. Hemodiyaliz işleminde, hastadan alınan kan antikoagülasyonlu sıvı ile birlikte vücut dışında bulunan bir makinenin yardımı aracılığıyla yarı geçirgen bir membran yapısından geçirilme işlemiyle sıvı solüt içeriğinin filtre edildikten sonra tekrar düzenlenerek hastanın vücuduna geri verilmektedir.^{33,34} HD işleminin üç önemli ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlar:

- Diyalizör: membran yapısındaki filtre,
- Pompa mekanizmasıyla kandaki diyalizatın dolaşımını sağlayan sistem,
- Diyalizat: sıvı-solüt klirensinin sağlanması için belirli bir kimyasal yapıda bulunan diyaliz sıvısı.

Hemodiyaliz tedavisinin etkinliğini artırmak için diyalizat sıvısının ve kan akımlarının ters yönlü olması gerekmektedir. Diyalizörler (membran filtreler) hallow fiber adı verilen içi boş kapiller ya da paralel tabakalar yapısında olmaktadır. Membranlarda bulunan kimyasal içerik; sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik yapılarda olabilmektedir.^{33,34}

Diyalizör (membran filitre) kapiller içerisinde hastanın damarındaki kanı, kapiller yapı arasında ise diyaliz makinesi aracılığıyla hazırlanmış olan diyaliz sıvısı (diyalizat) yer almaktadır. Damarlardaki kan akımı hızını dakikada 300 mililitrede tutabilmek için yeterli olabilecek geçici damar girişi ya da kalıcı damar girişinden (fistül) alınan kan, yarı-sentetik yapıdaki membrandan çok sayıdaki kapiller damarlara pompalanmaktadır. HD makinesinde kan akımına zıt yönde olmak üzere; sodyum klorür (NaCl), asetat veya bikarbonat (HCO^{-3}) ve değişken konsantrasyondaki potasyum (K^{+}) iyonlarını içeren bir diyaliz sıvısı (diyalizat) diyalizör membrana verilmektedir. Membranda meydana gelen diffüzyon olayı ile üre gibi daha küçük molekül ağırlığa sahip maddelerin konsantrasyon eğilimine bağlı olarak kan tarafından diyalizat sıvısı tarafına doğru hareket etmeleri sağlamaktadır. Benzer bir şekilde genel olarak 35

mEq/L konsantrasyonunda bulunan bikarbonat (HCO^{-3}), kan tarafına doğru difüze olmaktadır. Kandaki fazla oranda bulunan su ve sodyum klorürün (NaCl) uzaklaştırılması, membran boyunca yer alan hidrostatik basınç ile birlikte ultrafiltrasyonla gerçekleşmektedir.⁶¹

2.11. Hemodiyaliz Tedavisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Hemodiyaliz tedavisinin endikasyonları arasında; akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, ilaç intoksikasyonları ve yüksek ilaç alımları, diüretiğe cevap vermeyen kronik kalp yetmezliği, tedaviye dirençli hiponatremi, refrakter hiperkalemi (tedaviye rezistans, $>6,5$ mEq/l), tedaviye rağmen semptomatik üremi, metabolik asidoz tablosu, sıvı yüklenmesi (diüretik rezistans) ve bireyin yaşam kalitesinde düşme (uzun süreli komplikasyonlar, nöropati, perikardit) yer almaktadır.^{62,33,34} Kandaki kreatinin klirensi düzeyi 0.1-0.15 ml/dak/kg 'a düştüğünde, hastada KBY bulguları varlığı görüldüğünde ve GFH <10 ml/dk olması durumunda kronik hemodiyaliz tedavisine hemen başlanmalıdır. Uygulamada kan kreatinin klirensi düzeyinin dakikada 7 ml altına düşmesi durumunda veya kan serumu kreatinin düzeyinin 12 mg/dl' yi ve BUN düzeyi 100 mg/dl' yi aştığı belirlendiğinde ise kronik HD tedavisine başlanmaktadır.^{8,62}

HD tedavisinin mutlak bir şekilde ifade edilebilecek kontrendikasyon durumu bulunmamak ile birlikte böbrek hastalığına eşlik edebilecek bazı hastalıkların varlığı durumunda göreceli olarak kontrendikasyonları olabilmektedir. Literatürde HD tedavisinin göreceli kontrendike olabileceği hastalıklar arasında; multiinfarkt demans hastalığı, alzheimer hastalığı, ensefalopati ile birlikte ilerlemiş karaciğer sirozu, hepatorenal sendrom ve ilerlemiş kanser hastalığının yer aldığı belirtilmektedir.^{8,54,63}

2.12. Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları

HD tedavisinin komplikasyonları; çok sık görülen komplikasyonlar ve daha az görülebilen fakat ciddi olabilecek komplikasyonlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Hastada çok sık görülen HD tedavisi komplikasyonları; bacaklarda ve kollarda kas krampları, huzursuz bacak sendromu, hipotansiyon, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırtta ağrı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az görülen fakat ciddi olarak sayılabilecek komplikasyonlar; anafilaktik reaksiyonlar, disequilibrium sendromu, aritmiler, kardiyopulmoner arrest, kalp tamponadı, intrakranial kanama, hemoliz, hava embolisi, konvülziyonlar ve hipoksemidir.^{54,64-66}

2.13. Hemodiyaliz Tedavisi için Gerekli Girişimler

HD tedavisinin gerçekleştirilebilmesi için damarlardan yeterli kan akımının sağlanması gerekmektedir (erişkin bireylerde genellikle 200–600 ml/dk). KBY olan hastalarda HD işleminin gerçekleştirilebilmesi için diyaliz makinesine yeterli kan akımının sağlanması amacıyla fistül ya da şant adı verilen vasküler giriş yolu açılmaktadır. Günümüzde geçici olarak damara giriş yolu sağlanmak için en çok kullanılan yöntem arasında çift lümen yapısında bir kataterin internal juguler ven, femoral ven veya subklaviyen vene yerleştirilmesidir. Kalıcı damar giriş yolu olarak uygulamada daha çok arteriovenöz fistül kullanılmaktadır. Fistül; bir arter ile bir venin cerrahi bir işlemle birlikte birbiriyle doğrudan birleştirilmesi işlemidir. Arteriyo-venöz fistül işlemi, arterler (atardamar) ile venler (toplardamar) arasında bir pencerenin açılmasıdır. Arteriyo-venöz fistül açılmasında vücutta sıklıkla distalden başlamak üzere ön kol kullanılmaktadır. Şayet arteriyovenöz fistül girişimi beklenen bir biçimde oluşturulmuşsa (fistülün üzerine dokunulması halinde dolgunluk hissi ve kalpte thrill sesi alınması halinde) 3–4 hafta sonra hasta HD tedavisi için hemodiyaliz makinesine açılan bu fistül ile bağlanabilir.^{8,18,33,34,64,66,67}

KBY' li hastalarda hemodiyaliz işlemine başlamadan önce hemşire tarafından hastanın kilosu, ayakta ve oturur pozisyonda arteriyel kan basıncı, vücut ısısı, nabız ve solunum hızı kontrolü yapılarak kayıt edilmektedir. Hastada iki hemodiyaliz seansı arasında 1.5 kg' dan fazla kilo artışı olmaması gerekmektedir. Girişim yapılacak ekstremitenin antiseptik solüsyonla temizliği yapıldıktan sonra, girilecek fistül bölgesinin dolgunluğu ve titreşimi kontrol edilerek fistül iğnesi ile girilir. İşlemi başlatmadan önce hematokrit, pıhtılaşma zamanı, serum potasyum ve BUN düzeyi kontrolü için kan alınır ve işleme başlanır. Önceden belirtilmiş ve planlanmış heparin tedavisi önerildiği biçim ve dozda uygulanır. İşlem başladıktan sonra diyalizer kanla dolmadan önce ve işlem süresince 30 dakikada bir kan basıncı izlemi yapılır. Hemodiyaliz işlemi sırasında; hasta kan basıncı, nabız ve solunum hızı, beden ısısı ve ağırlığı, genel durum ve pıhtılaşma zamanı yönünde yarım saatte bir; hemodiyaliz komplikasyonları ve hava embolisi, kan sızıntısı, diyalizerde pıhtılaşma, diyaliz solüsyonunda değişiklik, fistül bölgesinde sorun olup olmadığı yönünden sürekli olarak izlenmelidir.⁶⁸

KBY' li hastada hemodiyaliz işlemini sonlandırma aşamasında hemodiyaliz hemşiresi tarafından kan pompasını yavaşlatılarak arteriyel kan hattı hastaya yakın bir yerden klemlenmektedir. Arteriyel kan hattından 100-150 cc serum fizyolojik sıvı verilerek diyalizer ve setteki kanın hastaya geri verilmesi sağlanmaktadır. Daha sonra vendeki giriş iğnesi çıkarılarak kanama olasılığına karşı basınç tampon uygulanarak bandajlanır. Hastanın hemodiyaliz işleminden sonra kan basıncı ölçülür ve eğer hasta kendini iyi hissediyorsa kilosu ölçülerek kayıt edilir. KBY hastalarının ortalama haftada üç seans ve her seansta da ortalama dört saat hemodiyaliz tedavisi almaları gerekmektedir.^{33,34,68}

2.14. Hemodiyaliz Tedavisi ve Öz-Bakım Gücü

Öz-bakım, bireylerin kendi hayatlarını, sağlık ve sağlığı içine alan bütün iyilik hallerini (bedensel, ruhsal ve sosyal yönden) korumak ve sağlık davranışını sürdürmek için başlattıkları, kendilerine düşeni yapmaları ve gerçekleştirdikleri etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Erişkin bir kişinin kendi sağlık ve iyilik halini devam ettirebilmeleri için sürekli olarak bireysel çaba göstermeleri gerekmektedir.^{6,69}

Öz-bakım faaliyetlerinin sağlanabilmesi için bireylerin eylemde bulunabilme yetenekleri ile çeşitli ihtiyaç ve gereksinimleri arasındaki denge unsurunu devam ettirebilmeleri gerekebilmektedir.^{70,71} Günümüzde, hastalığın tedavi edilmesinden daha çok, toplum ve insan sağlığının korunması, sürdürülebilmesi ve geliştirilmesi düşüncesinin ön plana çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla profesyonel bir hemşirenin sağlık bakımı alanındaki rolü de değişmiş ve daha çok hemşirenin rolü “öz-bakım” kavramı üzerinde yoğunlaşmaktadır.¹⁰

Öz-bakım kavramı, Dorethea E. Orem tarafından 1959 yılında geliştirilerek yayınlanmıştır. Dorethea E. Orem’ in belirttiğine göre, “hemşirelik mesleğinin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devam ettirilmesi, hastalıklardan ve sakatlıklardan korunması ve sağlığı olumsuz etkileyecek durumlar ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır.” Dorethea E. Orem öz-bakım kavramını; “bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Bireyin kendisiyle ilgili günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteneği ise öz-bakım gücü, yeteneği ve etkinliğidir. Diğer bir şekilde ifade edilecek olursa; öz-bakım gücü, bireyin sürekli olarak bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için bireyin yaşamında yer alan bütün süreçlerin düzenlenmesi ve gelişmesinin sağlanması ile birlikte bireyin kazanmış olduğu önemli bir yeteneğidir. Bu yetenek ve beceri bireylerde, zamanla

birlikte kişilerarası iletişim, kültürel aktiviteler, eğitim faaliyeti ve bireylerarası etkileşim yoluyla gelişmektedir.^{10,14,71}

Dorethea E. Orem' e göre bireylerde sağlığın bozulması ya da hastalık durumu meydana gelmesi halinde, öz-bakım yeteneği yeterli bir şekilde sürdürülemez duruma gelebilmektedir. Öz-bakım gereksinimlerini sağlamadaki bu yetersizlik durumunda, sağlık problemleri ya da sorunları olarak bireyin karşısına çıkabilmektedir. Dorethea E. Orem, hasta bireyin gereksinimlerini karşılamadaki yardım etme davranışı 3 temel hemşirelik sistemi şeklinde gerçekleşmektedir.^{10,14,71}

1) Tümüyle eksiklikleri giderme: Hasta olan birey kendi öz-bakım faaliyetini gerçekleştirmek için yetersiz durumda olması halinde, hasta kendi öz-bakımına katılamamaktadır ve hastanın öz-bakımını tamamen hemşire tarafından üstlenilmektedir.

2) Kısmen eksiklikleri giderme: Hemşire, hasta bireyin gerçekleştiremediği öz-bakım faaliyetleri ve davranışlarında kısmi olarak hastaya yardım faaliyetinde bulunmakta ve hasta birey ile birlikte bakım ihtiyaç ve gereksinimlerini karşılamada hastayı desteklemektedir.

3) Destekleyici eğitsel faaliyetler: Hasta olan birey öz-bakım gereksinimlerini ve ihtiyaçlarını sağlamada yeterli bir durumdadır ancak bu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken profesyonel hemşirenin eğitici rolü, rehberlik edici rolü ve destekleyici rolüne gereksinim duymaktadır. Profesyonel hemşire, hasta bireyin bilgi gereksinimini, öz-bakım faaliyetleri uygulaması yetersizliklerini, motivasyon eksiklerini gidererek ve hastanın kendi kendine bakım verme faaliyetini üstlenmesine, hastanın özgüveninin gelişmesine yardımcı olabilmektedir.^{10,14,71}

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda KBY hastalığının sürecini yönetme ve hastalığa ait semptomları kontrol edebilmelerinde öz-bakım gücü düzeylerinin

önemli olduğu belirtilmektedir. Öz-bakım davranışları arasında tedavi ve hastalığa uygun diyetin uygulanması, ilaçların düzenli kullanımı, sıvı alımında kısıtlama, stres faktörleri ile başedebilmeleri yer almaktadır.^{19,24,72} Konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda KBY' li hemodiyaliz tedavisi alan hastalarının ancak %25' inin kendi kendine bakabildikleri ve yaş, sosyal destek, medeni durum, eğitim durumu, gibi sosyo-demografik özelliklerin hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü etkilediği belirtilmektedir. Bireylerde öz-bakım gücü düzeyi ile hasta-tedavi uyumunun sağlanması, sağlığı geliştirebilecek davranışların desteklenmesi, hastalık ve tedaviye bağlı meydana gelen psikolojik ve fiziksel semptomların azalması arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Öz-bakım gücü düzeyi yetersiz olan KBY' li hastalarda, hastanın yaşamını etkileyebilecek birçok ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir.^{19,72}

HD tedavisi uygulanan KBY' li hastalarda hayat boyu yaşam kalitesinin en üst seviyede tutulması, hastalık semptomlarını kontrol edebilmelerinde ve hastalık sürecini yönetebilmelerinde öz-bakım faaliyetlerini gerçekleştirme düzeyleri önemli olmak ile birlikte, hastaların kendi tedavi ve öz-bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Hasta bireyin öz-bakım gücünün düzeyi belirlenmesi, hemşirenin hasta bireye özgü hemşirelik bakımının sunulmasında ve hastaya eğitim faaliyetlerinin planlanmasında önemli bir belirleyici faktör olmaktadır.⁵ Hemodiyaliz tedavisi gören KBY' li bireylerin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi için öz bakım gücünün geliştirilmesi önemlidir.⁷³ Hemşireler, HD tedavisi alan hastaların öz-bakım gücünü geliştirmeye yönelik önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sebeple birlikte hemşirelik bakımı, KBY hastalarının HD tedavisine uyumlarının artırılması ve öz-bakım gücünün sürekli olarak geliştirilmesine olanak verecek sağlık davranışları üzerine

odaklanmalıdır. Hemşirelik bakımının en önemli amacı bireylerin yetenekleri ve öz-bakım ihtiyaçları arasında dengeyi oluşturmalarında yardım etmektir.⁷⁴

Karabulutlu ve ark.'nın⁷⁵ yaptıkları bir çalışmada, diyaliz tedavisi süresi uzadıkça hastaların öz-bakım güçlerinin arttığı belirtilmiştir. HD tedavisi uygulanan hastalarda yapılan bir başka çalışmada ise, HD tedavisinin öz-bakım gücü düzeyi ile bireyin global yaşam kalitesini birbirine paralel bir şekilde etkilediği ve hastaların öz-bakım gücü düzeylerinin artması ile birlikte yaşam kalitesinin de arttığı bildirilmiştir.¹² Yurtsever ve ark.'nın⁷⁶ HD hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücünün araştırıldığı çalışmada, HD hastalarının yorgunluk ve öz-bakımlarının orta düzeyde olduğu ve yorgunluk ile öz-bakım gücü düzeyi; hastanın yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu ve haftalık diyalize girme sıklığının etkilediği belirtilmiştir.

2.15. Hemodiyaliz Tedavisi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genel anlamıyla bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunun bir derecesidir. Yaşam kalitesi konusunda, bireyin işlevsel yetenekleri, sosyal rolü, ruhsal sağlık durumu, akut ya da kronik ağrı, bireyin somatik duyuları ve yaşam tatmini ve memnuniyeti gibi bir takım bileşerler yer almaktadır.⁷⁷ WHO yaşam kalitesini; “bir kişinin, yaşadığı bölgedeki kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamındaki pozisyonunu algılaması” şeklinde tanımlamaktadır.⁶⁴

HD tedavisi, önemli komplikasyonlar getirdiği için hastaları kısıtlayan, haftada en az üç kere uzun bir tıbbi işlem gerektiren, beslenme konusunda hastalara ciddi kurallar koyan, dolayısıyla günlük yaşamı ve psikososyal durumu olumsuz etkileyen bir süreç olarak kabul edilmektedir. Hastalarda hemodiyalize bağlı farklı stresörler, psikososyal faktörler, sosyal destek ve yoğun öfke hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir ve hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi genellikle düşük olduğu

belirtilmektedir.^{64,78} Bununla birlikte hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin sadece tıbbi tedavi ile artırılması mümkün olmadığı bildirilmektedir.^{79,80} HD tedavisinin amaçları arasında; hastada meydana gelen sıvı-elektrolit dengesizliklerini düzeltmek, gelişebilecek üremi tablosuna bağlı olarak oluşabilmesi muhtemel ekstrarenal ve metabolik komplikasyonları önlemek, bireyin öz bakım gereksinimlerini sağlamak ve dolayısıyla KBY hastasının yaşam kalitesini sürekli artırmak olmalıdır.⁸¹⁻⁸³

Sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesi; KBY gibi kronik hastalıklarda tıbbi tedavi sonuçlarının analiz edilmesinde yararlı bir ölçütü, sağlık hizmetlerinin sunumunun önemli tarafı, sağlık hizmetlerin etkililiğın ve hasta deneyiminin ölçümü olarak giderek yaygın bir şekilde kullanılan bir kavram haline gelmiştir.⁸⁴ 1980' li yıllardan itibaren, RRT alan KBY' li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine olan ilgi devamlı olarak artmaktadır.^{85,86} KBY' li hastalar, yaşamları boyunca meydana gelen değişikliklere alışmak ve bu değişiklikler ile birlikte yaşamayı öğrenmek ile birlikte birçok fiziksel ve psikolojik faktörlerin etkisinde kalabilecekleri gibi, hastalığın getirdiği yeni yaşam tarzına bağlı oluşabilecek fiziksel ve psikolojik sorunlar da yeni başatme stratejileri geliştirmeleri gerekebilmektedir. Bütün bunlar bireylerin yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir.¹⁹ KBY' li olan hastaların tedavisinde, sadece beklenen yaşam süresini uzatmak yeterli olmamakla birlikte, uzun dönemde böbrek fonksiyonlarının korunması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesi önemli bir konu haline gelmektedir.⁸⁴ KBY tedavisinin klinik değerlendirilmesinde sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesi önemli bir sonuç değerlendirme kriteri olarak kabul edilmekte ve hasta bildirim temelli araştırma sonuçlarının ve sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirme girişimlerinin önemli bir odağı haline geldiği bildirilmektedir.^{87,88}

HD tedavisinin değerlendirilmesinde, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi HD sürecinden doğrudan etkilediği için değerlendirilmesi sıklıkla önemlidir ve diyaliz

tedavisi uygulanan hastaların rutin fiziksel ve psikolojik değerlendirmelerinin önemli bir parçasıdır.⁸⁹ Ayrıca, KBY hastalarının hayatta kalma oranları ile yaşam kalitesinin yakından ilişkili olduğu bilinmektedir.^{79,80} KBY' li hastalarda yaşam kalitesi ile mortalite ve morbidite oranları arasında yakın bir pozitif ilişki saptanmıştır. HD tedavisine başlanması ile birlikte, hastanın yaşam kalitesinde bazı değişiklikler olabilmekte; hastada yorgunluk hali, güçsüzlük durumu ve buna bağlı yeti yitimi de oluşabilmektedir.⁶⁴

KBY' de HD tedavisi, hastada yeni yaşam tarzı değişikliklerinin oluşmasını, tedavide uygulanan diyet ve sıvı kısıtlaması gerektiren ilerleyici, bireyi güçten düşüren bir tedavidir. KBY hastalığı, aynı zamanda hastada ekstremitelerde ödem ve fistül veya kateter varlığından dolayı bireyin beden imajını da olumsuz etkilemektedir. KBY hastalığı, fiziksel ve akıl sağlığı, fonksiyonel durumu, bireysel bağımsızlığı, genel olarak sağlık açısından iyilik hali, kişilerarası ilişkileri ve sosyal fonksiyonu olumsuz etkileyerek hastaların yaşam kalitesi üzerinde negatif yönde etkili olabilmektedir.^{90,91} KBY' li hastalarda hematokrit düzeyinde düşme, hemoglobin oranında azalma, albümin atılımındaki artma, üre düzeyindeki yükselme gibi fiziksel faktörler; hastanın medeni durumu, anksiyete ve depresyon düzeyleri; hastanın yaşı, cinsiyeti, böbrek hastalığının durumu ve haftalık uygulanan diyaliz süresi, komorbid hastalığın varlığı, anemi gibi sosyo-demografik etkenler ve klinik faktörlerle birlikte hepsinin morbidite, mortalite ve sağlıkla yakından ilişkili yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilerinin olduğu bildirilmektedir.^{87,92,93} KBY hastası olan bireylerde yaşam kalitesi düzeyinin ve beklenen yaşam süresinin azaldığı belirtilmektedir.⁹⁴

Günümüzde bireylerin yaşam kalitesinin ölçülmesi oldukça önemli bir konu haline gelmiş olup konuyla ilgili çeşitli testler ve ölçekler geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin ölçülmesi sonucunda, hastaların hem fiziksel sağlık durumları hem de mental

sağlık düzeyleri değerlendirilebilmektedir. Çeşitli araştırma çalışmalarında yaşam kalitesi değerlendirme sonucu değerlerinin hastalıkların prognozu ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirme testlerinden jenerik özelliği taşıyanları arasında en yaygın olarak kullanılan ve en çok değerlendirilmeye alınmış olanlarından birisi de Short Form (Kısa Form)-36 (SF-36)' dur ve KBY hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde tek başına ya da diğer ölçeklerle birlikte kullanılmaktadır.^{94,95}

KBY hastalarının yaşam kalitesini ölçen gerek ülkemizde gerekse yurt dışında pek çok çalışmada farklı sonuçlar elde edilmiştir. 1985 yılında Evans ve ark.'nın⁹⁶ KBY hastalarında yaptıkları bir çalışmada; yaş, eğitim, soy, nakil ve ev diyalizinin sadece kişi tarafından algılanan, yaşam kalitesi ile en bağıntılı değişkenler olduğunu ve hastaların yaşam kalitesinin genel popülasyona oranla sadece biraz düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Mingardi ve ark.'nın⁹⁷, Kutner ve ark.'nın⁹⁸ HD ve PD hastalarının yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada, her iki grup arasında yaşam kalitesi açısından çok büyük farklar olmadığı belirtilmekle beraber, PD hastalarının yaşam kalitesi biraz daha yüksek bulunmuştur. Levendoğlu ve ark.'nın⁹⁹ Türkiye' de yaşlı HD hastaları ile yaptıkları bir araştırmaya göre ise, normal popülasyona göre, HD hastalarının yaşam kalitesi skorları tüm parametrelerde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yine disabilite ve depresyon HD hastalarında daha fazla görülmüş ve disabilite, anksiyete ve depresyon varlığı ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Ovayolu ve ark.'nın¹⁰⁰ yaptığı çalışmada ise, HD ve PD hastalarının yaşam kalite düzeyleri arasında benzerlik olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesi ile ilişkili görülen tek faktör olarak, çalışma durumu belirtilmektedir. Yarım gün çalışan hastaların yaşam kaliteleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.¹⁰⁰ Nazlıcan ve ark.'nın⁹⁴ çalışmasında ise, HD'ye giren hastaların yaşam kaliteleri düşük

bulunmuş ve bunu ekileyen en önemli faktörler olarak, eşlik eden hastalıklar ve eğitim bildirilmiştir. Özcan ve ark.'nın¹⁰² tarafından yapılan ve HD ile Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmada, SAPD uygulanan hasta grubunun yaşam kalitesinin HD tedavisi uygulanan hasta grubuna göre daha yüksek oranda bulunduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bildirilmiştir.¹⁰¹ Gokal ve ark.'nın¹⁰², evde yapılan diyalizin merkezde yapılana göre yaşam kalitesi açısından daha üstün olduğunu belirtmiştir. Suet-Ching¹⁰³ yaptığı çalışmada HD ve PD alan hastaların yaşam kalitesi arasında fark olmadığını saptamıştır.

2.17. Hemodiyalizde Hemşirelik Yönetimi

KBY hastalığı ve HD tedavisine bağlı olarak meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal stres faktörlerinin doğru bir şekilde tanılanması, hastaların KBY ve tedaviye bağlı olarak gelişebilecek problem ve sorunlarla etkin bir şekilde baş etme strateji ve becerilerini kazanması, öz-bakım gücü düzeyinin artırılması ve yaşam kalitesinin sürekli olarak geliştirilmesi sürecinde hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Günümüzde tıbbi teknolojinin gelişmesi ve ilerlemesine paralel olarak HD hemşireliği gelişmiştir ve hemşireler HD makinesini kullanma rolünü de bizzat kendileri üstlenmişlerdir. Ancak hastaların sağlık personelinde beklenen etkin HD tedavisi için hemşirelerin sadece hastalara hemodiyaliz işlemini uygulamaları tek başına yeterli olmamaktadır.^{104,105} Hemodiyaliz tedavisinin başarısında, büyük ölçüde hastaların tedaviye uyumuna bağlıdır. Hastaların tedaviye uyumunda HD tekniğinin yeri birincil faktör olarak belirtilse de HD' e sürekli bağımlı hastaların mevcut ya da heran gelişebilecek problemleri ve sorunları çözümlenmede, hastanın hastalığıyla yaşamına uyumunu sağlayacak etkin hemşirelik bakımı önemli bir yere sahiptir.^{39,106} Hemşireler, haftada 2-3 kez olmak üzere ve 4-6 saat süreyle HD' e giren hastalarla en fazla birlikte olan sağlık ekibi üyesidir. Hemşirelerin tedavi ve bakım

sürecinde etkili bir kişilerarası ilişkiler ve iletişim kurma becerilerine sahip olmaları, hastaların memnuniyet düzeyini, tedaviye olan uyumunu ve verilen bakımın kalitesini artırmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin KBY hastalarıyla empatik iletişim kurmaları ve gerçekleştirmeleri önerilmektedir.¹⁰⁷

Hemodiyaliz uygulaması, uzun süreli KBY hastalığı ve hastanın günlük yaşamında getirdiği büyük problemler ve kısıtlamalar nedeniyle kabul edilmesi zor bir RRT yöntemi olarak kabul edilmektedir. Hastalarda çoğunlukla hastalığın tedavi maliyetinin getirdiği ekonomik sorunlar, işini yürütmedeki zorluk ve güçlükler, olası bir iş kaybı, cinsel istek azalması, impotans, kronik bir hastalığa bağlı anksiyete, depresyon ve ölüm korkusu sıklıkla karşılaşılan ve yaşanabilecek en önemli sorunlardan bir kaçı olabilmektedir. Özellikle genç KBY hastalarında evlilik, çocuk sahibi olma ve her yönden aileye yük olma gibi sıkıntılar sıklıkla görülebilmektedir. HD tedavisinin sıklığı, tedavide sıvı ve beslenme ile ilgili kısıtlamalar hastanın ve ailesinin yaşam biçimlerinde değişiklikler meydana getirdiği ve gerektirdiği için hasta ve aile için güçlükler ve ruhsal sıkıntılara neden olmaktadır. Hemodiyaliz hemşiresi KBY hastası ve ailesi için yaşadıkları sorunlar ve duygusal gerginliklerini rahatça açıklayabilecekleri ortam hazırlamalıdır ve onları bu konuda konuşmaya cesaretlendirmelidir. Hemşire gereksinimi olan KBY hastası ve ailesi için psikolojik danışmanlık ve destek sağlanması için psikolog ve sosyal çalışmacıya yönlendirmelidir. Bu süreçte hasta ve ailenin KBY ve tedavi programına uyumu ve etkin baş etme yöntemlerini uygulaması için gerekli desteği sağlamalıdır. Bakımın sürekliliğinin sağlanması için hasta/ailesi ve hemodiyaliz ekibinde yer alan hemşirenin kuracağı etkili iletişim çok önemlidir.⁶⁸

Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Eğitimi

Hastanın HD tedavisi ile baş edebilmesi için eğitilmesi gerekmektedir. Hastalar diyaliz tedavisi ve bu konuyla ilgili öğrenmesi gerekenlerin neler olduğunun her zaman farkında olmayabilirler. KBY' de hemodiyaliz tedavisi alan hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimleri değerlendirilerek yapılacak eğitim planı yapılmalıdır. Eğitimde kronik böbrek yetmezliği hastalığı ve hemodiyaliz öncelikle ele alınması gereken konular olmalıdır. Son dönem KBY olan hastaların dikkat, algı ve konsantrasyon düzeyleri azaldığından dolayı uzun süreli eğitimlerde güçlük çekebilmektedirler. Bu nedenle hemşire tarafından verilecek eğitimler 10-15 dakika gibi kısa süreli olarak planlanmalı, eğitimin sonunda hasta ve aileye soru sormaları, anlaşılamayan konuların tekrarlanması ve açıklanması için olanak sağlanmalıdır. Hemşire, yargılayıcı olmadan hasta ve ailesinin duygularını açıklamasına olanak sağlamalıdır. Ekip toplantıları yaparak hasta ve ailenin gereksinimlerinin neler olduğunu paylaşmak ve tartışmak eğitimin etkinliği için yararlı olacaktır.⁶⁸ Hemodiyaliz tedavisi uygulanan KBY hastası ve ailesi için hemşire tarafından verilecek eğitim konuları şunlar olabilir:⁶⁸

- Böbrek yetersizliği ve organizmaya etkileri,
- Böbrek yetersizliğinin nedenleri ve hemodiyaliz tedavisinin gerekliliği,
- Hemodiyalizin temel ilkelerinin tanımlanması,
- HD tedavisi sırasında görülmesi muhtemel yaygın komplikasyonlar, sorunlar, problemlerin önlenmesi ve yönetimi,
- Önerilen ilaç tedavisi, kullanma yöntemi, olası yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, HD tedavisi uygulanan ve uygulanmayan günlerde ilaç tedavisinin evde nasıl uygulanacağı,
- Diyet ve sıvı kısıtlaması, nedenleri, kısıtlamaya uyulmaması durumunda yaşanabilecek sorunlar,

- Sıklıkla yapılan laboratuvar değerlendirmeleri, sonuçları ve uygulanma yöntemleri,

- Sıvı yüklenmesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı,

- Damar girişim yolunun bakımı, yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti ve bulgularının neler olduğu, komplikasyonların nasıl önleneceği,

- Kaşıntı, nöropati ve böbrek yetersizliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler,

- Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri,

- Diyaliz tedavisi için mali olanaklar ve destek kaynaklarının neler olduğunun belirlenmesidir.

Hemodiyaliz hastalarının bakımında önemli kavramlar haline gelmiş olan yaşam kalitesi ve öz-bakım birbirini etkilemektedir. Bireyin yaşam kalitesinin artması, öz-bakımı olumlu etkileyebileceği gibi; uygun öz-bakım davranışlarının kullanılması yaşam kalitesini de arttırabilmektedir. Bu nedenle hastalara uygun hemşirelik bakımının verilmesi için öncelikle, hastaların yetersiz olan öz-bakım davranışlarının belirlenmesi, bunun nelerden etkilendiğinin ortaya konması gerekir. Bu belirlemelerden sonra var olan olumlu davranışların geliştirilmesi, eksik olan davranışların kazandırılması hastaların hastalığa uyumunu arttırarak yaşamdan aldıkları doyumunu arttırabilecektir.⁷²

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, ön test-son test tek gruplu yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Iğdır Devlet Hastanesi hemodiyaliz servisinde Ocak 2016 –Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmış olup Ekim 2017’ de tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Iğdır Devlet Hastanesindeki hemodiyaliz servisinde HD tedavisi gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kronik böbrek yetmezliği tedavisi olan 65 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, her hangi bir örnekleme yöntemine başvurulmadan araştırma evreninin tamamı olup ve 65 hastadan oluşturmuştur. Hastaların vefatı, göç etmeleri ve anket doldurmak istememeleri gibi sebeplerden dolayı araştırmada 55 hastaya ulaşılmıştır.

3.4. Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Araştırma soruları:

S-1. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi düzeyi nedir?

S-2. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının öz bakım gücü düzeyi nedir?

S-3. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilecek eğitim öz bakım gücünü etkiler mi?

S-4. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilecek eğitim yaşam kalitesini etkiler mi?

Araştırma hipotezleri:

H₁: Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilecek eğitim öz bakım gücü düzeyini etkiler.

H₂: Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilecek eğitim yaşam kalitesi düzeyini etkiler.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden kronik böbrek yetmezliği hastalarına, çalışmanın amacı, yapılacak olan uygulamalar ve bilgilerin gizli kalacağı açıklanma yapılarak araştırmaya katılım için onam formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırmanın verileri aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır:

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ait yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çocuk sayısı, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence durumu, eğitim ve diyet uyum düzeylerine ilişkin bilgileri içeren 12 sorudan oluşturulmuştur (EK-5).

3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Öz-Bakım Gücü Ölçeği' nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Ören tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek, bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay, toplam dört alt boyut ve 22 maddeden oluşan 0-2 arası puanlanan üçlü likert tipi bir ölçektir (EK-6). Bireyin öz-bakım davranışını günlük yaşamda uygulama durumuna göre ifade etmesi için, her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenir. Ölçekte 12, 22, 23, 25 numaralı ifadeler ters yazılmıştır. Bu ifadelerin puanlaması ters çevrilerek yapılır. Her bir madde, “her zaman uygulayırım”, “bazen uygulayırım” ve “hiç uygulamam” şeklinde

yanıtlanır. Ölçeğin puanlamasında “her zaman uygularım” yanıtının her birine 2 puan, “bazen uygularım” yanıtına 1 puan, “hiç uygulamam” yanıtına ise 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınan puanlar 0-44 arasındadır. Ölçek toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır ve alt boyutları sırası ile “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Hijyenik Bakım” ve “Ruhsal Durumdur”. Alt boyutların puanlaması ise; her bir alt boyutun altında yer alan madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Buna göre “İlaç Kullanımı” alt boyutu 0-12, alt boyutu “Diyet” 0-10, “Kendini İzleme” 0-8, “Hijyenik Bakım” 0-4, “Ruhsal Durum” 0-6 arasında puan alır. Değerlendirmede, düşük puan alan bireyin öz-bakım gücü düzeyinin iyi olmadığı, yüksek puan alan bireyin ise, öz-bakım gücü düzeyinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.⁷² Ören’ in çalışmasında ölçeğin Cronbah Alfa kat sayısı, 0.74 olarak bulunmuştur.⁷² Bu çalışmada ise Öz-Bakım Gücü Ölçeği’ nin tüm boyutta Cronbah Alfa kat sayısı, 0.74 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. KDQOL-36- Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu

KDQOL-36-Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu, Hastalığa spesifik ölçeklerden Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalığı (SDBH)’nda en sık kullanılan ölçek, “Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu”dur. 1994 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ nde R. Hays ve ark.’ı tarafından geliştirilmiş olan KDQOL-36 ölçeği, Yıldırım ve ark.’nın¹⁰⁸ tarafından 2007 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. KDQOL-36, KBY’ li hastaları sürekli izlemeye yarayan ve çeşitli tedavilerin etkileri ile sağlığın bütün yönleri açısından iyilik hallerinin hastanın kendisi tarafından beyan ederek değerlendirilebildiği çok yaygın kullanılan bir ölçektir. KDQOL-36 ölçeği, birçok farklı RRT yöntemlerini (HD, PD gibi) karşılaştırmak için kullanılabilen ve zaman içerisinde meydana gelen klinik değişiklikleri saptayabilmektedir. Ölçek, birçok araştırma çalışmalarında ve girişimsel tıbbi

müdahalelerde yararlı bir ölçme aracı olarak bireyin sağlığını ayrıntılı bir şekilde gözlem ve izlemek için sağlık pofesyonellerine bilgi vermektedir. KDQOL-36 ölçeğinde, hem genel, hem de kronik böbrek hastalığına özgü spesifik bölüm mevcuttur. KDQOL-36 ölçeği, genel olarak SF-36 (Short Form-36) ölçeğini temel alan ve SF-36'a özgü olarak geliştirilmiş olan ölçek ise KBY hastalığı olan bireylerin veya RRT yöntemleri ile tedavi gören hastaların sağlık durumlarına ilişkin yaşadıkları ya da yaşamaları muhtemel belirli sorunlarını ve problemlerini saptamayı hedefli soruları içeren, bireyin kendi kendisine uygulanabileceği bir ölçektir. Ölçek, beş alt boyutta ve 36 maddeden oluşmaktadır. SF- 12 (12 madde); “*Böbrek Hastalığı Hedefli Maddeler*”, (5 boyutta/ 24 madde); “*Semptom/Problem Listesi*” (12 madde), “*Böbrek Hastalığının Etkisi*” (8 madde), “*Böbrek Hastalığının Yükü*” (4 madde), SF-12 “*Fiziksel Komponent*” (6 madde), SF-12 “*Mental Komponent*” (6 madde) (EK-7). Ölçeğin her bir maddesi için puanlama yapılırken çoklu Likert metodu kullanılmıştır. Her bir alt boyutta alınan puanlar, 0-100 puan aralığında değişmekte ve ölçeğin alt boyutlarından yüksek alınan puanlar bireyin daha iyi düzeyde sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesini göstermektedir.¹⁰⁸ Türkçe versiyonu Cronbach's Alfa kat sayısı, 0.93' dür.¹⁰⁸ Bu araştırmada ise KDQOL-36 ölçeği Cronbah Alfa kat sayısı, 0.73 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Ocak 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Hastalara Ocak 2016' da ön test uygulanmış ve 1 ay bekleme süresinin ardından Mart 2016 tarihinde araştırmacı tarafından hazırlanan “*Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Hemşirelik Eğitim Rehberi*” ile hastalara eğitim verilmiştir (EK-8). Eğitimler hastalara haftada 3 seans geldikleri için(1. Grup hastalar pazartesi-çarşamba-cuma ve 2. Grup hastalar salı-perşembe-cumartesi) sabah ve öğlen olmak üzere iki seans yapıp birebir ve ikişerli üçerli gruplar halinde 35-40

dakika sürecek şekilde yüz yüze, sözlü anlatma yöntemi ve eğitim materyali kullanılarak verilmiştir. Eğitimler gruptaki hastalar tamamlanana kadar devam etmiştir. Eğitimlerin etkinliğini arttırmak için 3 ay boyunca hastalara hatırlatma amacıyla eğitimler verilmiştir. KBY hastalarına verilen eğitimin içeriğinde; Hemodiyalizde fistül ve katater bakımı, ilaç kullanımı, uyku problemi, beslenme, fiziksel egzersiz, enfeksiyonlardan korunma, psikolojik sorunlar, cinsel fonksiyon bozukluğu ve cilt problemlerine yer verilmiştir. Eğitimler tamamlandıktan sonra Haziran 2016 da son test uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında her bir hastaya “Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu”, “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve (KDQOL-36)-Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu” tekrardan doldurulmuştur. Temmuz 2016 da verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verilerinin toplanmasından önce araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı’ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK-2). Araştırmanın etik kurul onayı alındıktan sonra ise çalışmanın yapılacağı Iğdır Devlet Hastanesi’nden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (EK-3). Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amaçları, zamanı ve araştırma süresince yapılması planlanan işlemler tek tek açıklanarak yazılı onam formu ile onam alınarak “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi” yerine getirilmiştir (EK-4). Araştırmaya katılan KBY hastalarına; çalışmaya katılıp katılmamakta bağımsız oldukları ve çalışmadan kendi istekleri zaman herhangi bir yükümlülüğü olmadan ayrılacakları ile “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, kişisel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, çalışmadan elde edilen bilgiler ile soruları cevaplayan kişilerin kimlik bilgilerinin saklı tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve

Güvenlik” ilkesi ve genel anlamda da “Zarar Vermeme/Yararlılık” etik ilkelerine uyulmuştur.

3.8. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma, Tablo 3.1’ de verilen plan ve takvime göre uygulanarak tamamlanmıştır:

Tablo 3.1. Araştırma Planı ve Takvimi

Dönemler	Eylül- Ekim 2014	Mart- Mayıs 2015	Mayıs- Haziran 2015	Temmuz 2015 - Şubat 2016	Şubat- Haziran 2016	Temmuz 2016- Ocak 2017	Şubat- Ekim 2017
Yapılan İşler							
Araştırmacının Bilimsel Hazırlığı (Hemodiyaliz hemşireliği sertifikası kursuna katılım ve belge alınması)	■						
Araştırma Literatürünün İncelenmesi ve Konu Seçimi		■					
Tez Önerisinin Hazırlanması ve Sunumu			■				
Araştırma Girişimi Materyalinin Hazırlanması				■			
Araştırma Verilerinin Toplanması					■		
Araştırma Verilerinin Analizi ve Yorumlanması						■	
Tez Yazımı ve Sunumu							■

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, SPSS for Windows 22 (SPSS 22.) programı ile bilgisayar ortamına aktarılarak istatiki analizi yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı, yüzdellik, en az ve en çok değerler ile ölçeklerin puan ortalamaları ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki Tablo 3.2’ de yer alan istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır:

Tablo 3.2. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan Analiz Yöntemleri

	Normal Dağılan Ölçümlerde	Normal Dağılmayan Ölçümlerde
KDOQL-36 ölçeği alt boyutları ön test-son test puanı ortalamalarının karşılaştırılması	-	Will Coxon Testi
Öz bakım gücü ölçeği ve alt boyutları ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	-	Will Coxon Testi
Diyete uyumun ön test son test karşılaştırılması	-	McNemar Testi
İlaç tedavi uyumun ön test son test karşılaştırılması	-	McNemar Testi
Tuz tüketiminin ön test son test karşılaştırılması	-	McNemar Testi
Çeşitli değişkenler ile KDOQL-36 ve öz bakım gücü ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi		Spearman Korelasyon Analizi
Cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir, eğitim alma, diyet uyum, ilaç uyum, tuz tüketimine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız grupta t testi	Mann Whitney - U Analizi
Eğitim düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	Varyans Analizi	Kruskall Wallis analizi
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
İleri analizler		Mann whitney-U analizi

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmaya alınan hastaların ilk olarak 65 hastayla başlanması ve sonrasında 55 hastaya düşmesi nedeniyle kontrol grubunun alınamaması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Hastaların tamamının alınması ve aynı ortamda bulunmaları nedeniyle tek grupta ön test-son test şekilde çalışma planlanmıştır.



4. BULGULAR

Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarına verilen eğitimin, hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=55)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	23	41.8
	Erkek	32	58.2
Medeni durum	Bekâr	4	7.3
	Evli	45	81.8
	Dul	6	10.9
Aile yapısı	Çekirdek aile	41	74.5
	Geniş aile	13	23.6
	Parçalanmış aile*	1	1.8
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	18	32.7
	Okuryazar	12	21.8
	İlköğretim	16	29.1
	Ortaöğretim	6	10.9
	Lise	3	5.5
Çocuk	Var	8	14.5
	Yok	47	85.5
Gelir Gider Durumu	Karşılıyor	22	40.0
	Karşılmıyor	33	60.0
Sosyal Güvence*	Var	54	98.2
	Yok	1	1.8
	Min-Max	\bar{X}	SS
Yaş	26-89	56.69	14.81

* Analizlere alınmamıştır.

Araştırmaya katılan hermodiyaliz tedavisi alan hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1), %58.2'sinin erkek, %81.8'inin evli, %85.5'inin çocuğu olduğu ve %74.5'i çekirdek ailede yaşadığı, %32.7'sinin okuryazar olmadığı, %60'ının gelirinin giderini tam olarak karşılamadığı, tamamına yakınının (%98.2) sosyal güvencesinin bulunduğu ve ortalama 56.69±14.81 yaşında oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerine İlişkin Özellikler (n=55)

		N	%
Hastalık Hakkında	Evet	27	49.1
Eğitim Alma Durumu	Hayır	28	50.9
Diyet Uyumu Durumu	Evet	25	45.5
	Hayır	30	54.5
İlaç Tedavi Uyumu Durumu	Evet	43	78.2
	Hayır	12	21.8
Tuz Tüketimi	Evet	32	58.2
	Hayır	23	41.8
	Min.-Max.	\bar{X}	SS
Tedavi Süresi	1-19	5.80	5.66
İlaç Sayısı	2-13	6.75	2.53
Seans Süresi	3-4	3.98	0.13
Haftalık Seans Sayısı	3-3	3.00	0.00

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin özellikler incelendiğinde (Tablo 4.2), hastaların %50.9'unun hastalıkları hakkında eğitim almadıkları, %54.5'inin tedaviye uyumunun olmadığını, %78.2'sinde ilaca uyumun olduğu ve %58.2'sinde tuz tüketimi bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların ortalama tedavi sürelerinin 5.80 ± 5.66 ay, ortalama kullandıkları ilaç sayısı 6.75 ± 2.53 , ortalama seans süresi 3.98 ± 0.13 saat ve haftalık seans sayısının ortalama 3 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. KDOQL-36 Ölçeği Ön Test Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	N	Min.	Max.	\bar{X}	SS
Semptom/Problem Listesi	55	27.08	97.92	60.91	20.81
Böbrek Hastalığının Etkisi	55	6.25	96.88	45.23	18.69
Böbrek Hastalığının Yükü	55	0.00	75.00	21.82	21.28
SF-12 Fiziksel Komponent	55	18.79	54.21	30.48	8.94
SF-12 Mental Komponent	55	22.46	55.96	36.10	7.14

KDOQL-36 Ölçeği-ön test alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.3), hastaların en yüksek puan ortalamasının “Semptom/Problem Listesi” alt boyutunda (60.91±20.81), en düşük puan ortalamasının ise “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutunda (21.82±21.28) aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.4. Son Test KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	N	Min.	Max.	\bar{X}	SS
Semptom/Problem Listesi	55	25.00	100	72.12	17.07
Böbrek Hastalığının Etkisi	55	28.13	78.13	52.79	12.81
Böbrek Hastalığının Yükü	55	0.00	81.25	43.07	22.04
SF12 Fiziksel Komponent	55	20.03	49.70	31.92	7.04
SF12 Mental Komponent	55	15.32	54.21	36.97	6.01

KDOQL-36 Ölçeği-son test alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.4), hastaların en yüksek puan ortalamasının “Semptom/Problem Listesi” alt boyutunda (72.12±17.07), en düşük puan ortalamasının ise “SF-12 Fiziksel Komponent” (31.92±7.04) ve “SF-12 Mental Komponent” (36.97±6.01) alt boyutlarından alındığı saptanmıştır.

Tablo 4.5. Öz Bakım Gücü Ölçeği-Ön Test Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	n	Min.	Max.	\bar{X}	SS
İlaç Kullanımı	55	1.00	12.00	6.75	2.27
Diyet	55	1.00	9.00	5.93	2.04
Kendini İzleme	55	2.00	7.00	4.20	1.41
Hijyenik Bakım	55	1.00	8.00	5.75	1.92
Ruhsal Durum	55	0.00	6.00	2.45	1.85
Toplam Puan	55	11.00	39.00	25.07	7.00

Öz Bakım Gücü Ölçeği ön test alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5), ölçekten ortalama 25.07±7.00 puan aldıkları, en yüksek puan ortalamasını “İlaç Kullanımı” alt boyutu (6.75±2.27) ile “Diyet” alt boyutundan (5.93±2.04), en düşük

puan ortalamasını ise “Kendini İzleme” alt boyutu (4.20±1.41) ile “Ruhsal Durum” alt boyutlarından (2.45±1.85) aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Son Test Öz Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	Min.	Max.	\bar{x}	SS
İlaç Kullanımı	55	2.00	11.00	7.31	1.98
Diyet	55	3.00	9.00	6.40	1.49
Kendini İzleme	55	2.00	7.00	4.22	1.36
Hijyenik Bakım	55	1.00	8.00	5.91	1.69
Ruhsal Durum	55	0.00	6.00	2.38	1.69
Toplam Puan	55	16.00	36.00	26.22	5.41

Öz Bakım Gücü Ölçeği-son test alt boyut puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.6) ölçekten ortalama 26.22±5.4 puan aldıkları, en yüksek puan ortalamasını “İlaç Kullanımı” alt boyutu (7.31±1.98) ile “Diyet” alt boyutundan (6.40±1.49), en düşük puan ortalamasını ise “Kendini İzleme” alt boyutu (4.22±1.36) ile “Ruhsal Durum” alt boyutlarından (2.38±1.69) aldıkları saptanmıştır.

KDOQL-36 Ölçeği alt boyutlarında ön test-son test puanı ortalamalarının karşılaştırılmasının incelendiğinde (Tablo 4.7), “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyut puan ortalamalarının ön test-son testte anlamlı olarak farklı bulunurken ($p<0.05$), “SF-12 Fiziksel Komponent” ve “SF-12 “Mental Komponent” alt boyutlarında puan ortalamaları ön test-son testte istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır. “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutlarında alınan son test puanı ortalamaları ön test puanı ortalamalarına göre daha yüksektir.

Tablo 4.7. KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyutları Ön Test - Son Test Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Semptom/Problem Listesi		Böbrek Hastalığının Etkisi		Böbrek Hastalığının Yükü		SF12 Fiziksel Komponent		SF12 Mental Komponent	
		\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Ön Test	55	60.91	20.81	45.23	18.69	21.82	21.28	30.48	8.94	36.10	7.14
Son Test	55	72.12	17.07	52.79	12.81	43.07	22.04	31.92	7.04	36.97	6.01
Önemlilik		Z = -3.425 p = 0.001		Z = -3.478 p = 0.001		Z = -4.938 p = 0.000		Z = -1.315 p = 0.189		Z = -1.231 p = 0.218	

Tablo 4.8. Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İlaç Kullanımı		Diyet		Kendini İzleme		Hijyenik Bakım		Ruhsal Durum		Toplam Puan	
		\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Ön Test	55	6.75	2.27	5.93	2.04	4.20	1.41	5.75	1.92	2.45	1.85	25.07	7.00
Son Test	55	7.31	1.98	6.40	1.49	4.22	1.36	5.91	1.69	2.38	1.69	26.22	5.41
Önemlilik		Z = -1.581 p = 0.114		Z = -1.735 p = 0.083		Z = -0.26 p = 0.979		Z = -0.587 p = 0.557		Z = -0.147 p = 0.883		Z = -1.529 p = 0.126	

Öz Bakım Gücü Ölçeği ve alt boyutları ön test puan ortalamaları ile son test puan ortalamalarının karşılaştırıldığında (Tablo 4.8) “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” ile ölçekten alınan toplam puan ortalamaları ön test–son testte istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Diyete Uyumun Ön Test-SonTest Karşılaştırılması

Diyet Uyum		Son Test			Önemlilik*
		Evet	Hayır	Toplam	
Ön Test	Evet	23 (%92.0)	2 (%8.0)	25	p= 0.004
	Hayır	14 (%46.7)	16 (%53.3)	30	
Toplam		37 (%67.3)	18 (%32.7)	55	

* McNemar Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “Diyete Uyum” nun ön test-son test karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.9), diyete uyum oranları ön ve son testte istatistiksel açıdan anlamlı olup ($p<0.05$), diyete uyumsuzluk eğitim girişimlerinden sonra son testte anlamlı olarak ($p<0.05$) azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.10. İlaç Tedavisi Uyumun Ön Test-Son Test Karşılaştırılması

İlaç Tedavisi Uyum		Son Test			Önemlilik*
		Evet	Hayır	Toplam	
Ön Test	Evet	42 (%97.7)	1 (%2.30)	43	p= 0.021
	Hayır	9 (%75.0)	3 (%25.0)	12	
Toplam		51 (%92.7)	4 (%7.30)	55	

* McNemar Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “Tedavisi Uyum”nun ön test-son test karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.10), ilaç tedavisi uyum oranları ön ve son testte istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$). İlaç tedavisi uyumsuzluğu eğitim girişimlerinden sonra son testte anlamlı bir şekilde ($p<0.05$) azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.11. Tuz Tüketiminin Ön Test-Son Test Karşılaştırılması

Tuz Tüketimi	Son Test			Önemlilik*	
	Evet	Hayır	Toplam		
Ön Test	Evet	30 (%93.8)	2 (%6.3)	32	p= 0.004
	Hayır	14 (%60.9)	9 (%39.1)	23	
Toplam		44 (%80.0)	11 (%20.0)	55	

* McNemar Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “Tuz Tüketimi” nin ön test-son test karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.11), tuz tüketimi oranları ön ve son test arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Tuz tüketimi, eğitim girişimlerinden sonra son testte anlamlı bir şekilde ($p<0.05$) azaldığı saptanmıştır.

Çeşitli değişkenler ile “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “KDOQL-36” arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.12), yaş ile “Semptom/Problem Listesi” alt boyutu arasında negatif yönde ($r= -0.271$) anlamlı düşük düzey ilişki ($p<0.05$), “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu ile arasında ise negatif yönde ($r= -0.512$) anlamlı olarak orta düzey önemli ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Katılımcıların yaşı arttıkça “Semptom/Problem Listesi” alt boyutu ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu puan ortalamaları düştüğü saptanmıştır. Çocuk sayısı ile “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yüğü” alt boyutları ve ilaç kullanımı arasında negatif yönde anlamlı olarak düşük düzey ilişki bulunurken ($p<0,05$), çocuk sayısı ile “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu arasında ise negatif yönde ($r= -0.021$) orta düzey ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça, “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek “Hastalığının Yüğü”, alt boyutları ile “İlaç Kullanımı” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.12. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve KDOQL-36 Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		KDOQL-36 Ölçeği					Öz Bakım Gücü Ölçeği					
		Semptom/ Problem Listesi	Böbrek Hastalığının Etkisi	Böbrek Hastalığının Yükü	SF-12 Fiziksel Komponent	SF-12 Mental Komponent	İlaç Kullanımı	Diyet	Kendini İzleme	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	Toplam Puan
Yaş	r	-0.271	-0.126	-0.195	-0.512	-0.133	-0.176	0.177	-0.077	-0.154	-0.074	-0.013
	p	0.045	0.358	0.153	0.000	0.332	0.2	0.195	0.578	0.262	0.592	0.342
Çocuk Sayısı	r	-0.388	-0.273	-0.345	-0.637	-0.134	-0.311	-0.052	-0.157	-0.208	-0.093	-0.251
	p	0.003	0.044	0.010	0.000	0.33	0.021	0.706	0.251	0.128	0.499	0.064
Tedavi Süresi	r	-0.209	-0.164	-0.129	-0.099	-0.049	0.002	-0.178	0.133	-0.162	-0.103	-0.112
	p	0.126	0.233	0.348	0.472	0.724	0.986	0.193	0.333	0.239	0.454	0.416
İlaç Sayısı	r	-0.091	-0.122	-0.245	-0.144	-0.17	0.037	0.105	0.127	0.116	-0.011	0.007
	p	0.511	0.374	0.072	0.293	0.215	0.79	0.444	0.355	0.398	0.936	0.612
Seans Süresi	r	0.006	-0.056	-0.017	-0.06	0.026	-0.208	-0.074	-0.176	-0.096	0.196	-0.095
	p	0.663	0.685	0.9	0.663	0.852	0.127	0.593	0.199	0.485	0.151	0.492

Tablo 4.13. Hastalığa İlişkin Özellikler ile KDOQL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Semptom/Problem Listesi		Böbrek Hastalığının Etkisi		Böbrek Hastalığının Yükü		SF-12 Fiziksel Komponent		SF-12 Mental Komponent		
		\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Eğitim Alma	Evet	27	70.22	20.89	52.90	21.00	27.78	24.29	33.22	10.07	36.69	8.56
	Hayır	28	51.93	16.61	37.84	12.60	16.07	16.35	27.85	6.90	35.52	5.53
	Önemlilik		U = 192.000 p = 0.002		U = 219.000 p = 0.007		U = 278.000 p = 0.089		U = 250.500 p = 0.032		t = 0.602 p = 0.550	
Diyet Uyum	Evet	25	70.17	20.12	52.13	17.49	27.50	20.89	32.07	9.14	36.70	7.83
	Hayır	30	53.20	18.33	39.48	17.95	17.08	20.76	29.16	8.71	35.59	6.59
	Önemlilik		U = 204.000 p = 0.004		U = 202.000 p = 0.003		U = 251.500 p = 0.035		U = 288.500 p = 0.144		t = 0.567 p = 0.573	
İlaç Uyum	Evet	43	61.87	21.12	46.80	19.38	22.97	22.27	30.07	9.02	36.38	7.21
	Hayır	12	57.47	20.17	39.59	15.39	17.71	17.44	31.96	8.89	35.07	7.07
	Önemlilik		U = 232.000 p = 0.596		U = 190.500 p = 0.168		U = 234.000 p = 0.621		U = 222.000 p = 0.463		t = 0.560 p = 0.578	
Tuz Tüketim	Evet	32	69.40	20.42	52.25	19.14	27.93	20.94	32.63	9.66	37.30	7.92
	Hayır	23	49.09	15.00	35.46	13.04	13.32	19.06	27.51	6.99	34.43	5.61
	Önemlilik		U = 169.500 p = 0.001		U = 167.500 p = 0.001		U = 202.500 p = 0.004		U = 246.000 p = 0.037		t = 1.487 p = 0.143	

* Parçalanmış aile analize katılmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özellikler ile KDOQL-36 Ölçeği alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.13), KDOQL-36 Ölçeği alt boyutu puan ortalamalarının hastalığa yönelik eğitim alma durumuna göre “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının etkisi” ve “SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında ortalama puanı anlamlı olarak değişmekte olduğu ($p<0.05$) ve hastalığa yönelik eğitim alan hastalarda “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının etkisi” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Böbrek Hastalığının Yükü” ve “SF-12 Mental Komponent” alt boyutları puanları ise hastalığa yönelik eğitim alma durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) bulunmuştur.

KDOQL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının araştırmaya katılan hastaların diyetle uyum durumuna göre incelendiğinde (Tablo 4.13), “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmekte olup ($p<0.05$) ve hastaların diyetle uyum durumu “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “SF-12 Fiziksel Komponent” ve “SF-12 Mental Komponent” alt boyutları puanları ise hastaların diyetle uyum durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) bulunmuştur.

KDOQL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının araştırmaya katılan hastaların tuz tüketim durumlarına göre incelendiğinde (Tablo 4.13), “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yükü” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmekte olup ($p<0.05$), tuz tüketen hastalarda “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yükü” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. “SF-12 Mental Komponent” alt boyutu puanının

ise hastaların tuz tüketim durumuna göre değişmediği ($p>0.05$, hastaların eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı aile tipi ve hastaların ilaca uyum durumu hastaların cinsiyetlerine göre KDOQL-36 Ölçeği bütün alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır.



Tablo 4.14. Hastalığa ilişkin Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	İlaç Kullanımı		Diyet		Kendini İzleme		Hijyenik Bakım		Ruhsal Durum		Toplam Puan	
			\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Eğitim Alma	Evet	27	7.15	2.68	6.89	1.76	4.67	1.33	6.19	1.92	3.30	1.79	28.19	7.14
	Hayır	28	6.36	1.75	5.00	1.89	3.75	1.35	5.32	1.85	1.64	1.54	22.07	5.46
	Önemlilik		t= 1.300		U= 172.500		U= 226.500		U= 268.500		U= 183.000		t= 3.576	
Diyet Uyum	Evet	25	7.28	2.39	7.48	1.39	4.68	1.31	6.28	1.86	3.28	1.67	29.00	5.85
	Hayır	30	6.30	2.10	4.63	1.54	3.80	1.37	5.30	1.88	1.77	1.74	21.80	6.20
	Önemlilik		t= 1.617		U= 58.000		U= 239.000		U= 251.500		U= 191.500		t= 4.398	
İlaç Uyum	Evet	43	7.16	2.22	6.37	1.89	4.42	1.31	5.98	1.85	2.51	1.87	26.44	6.44
	Hayır	12	5.25	1.82	4.33	1.83	3.42	1.51	4.92	2.02	2.25	1.86	20.17	6.97
	Önemlilik		t=2.730		U=114.000		U=147.500		U=169.500		U=235.500		t=2.934	
Tuz Tüketim	Evet	32	7.28	2.25	6.97	1.66	4.59	1.32	6.31	1.80	3.13	1.70	28.28	5.88
	Hayır	23	6.00	2.13	4.48	1.62	3.65	1.37	4.96	1.82	1.52	1.68	20.61	5.98
	Önemlilik		t= 2.131		U= 103.500		U= 227.000		U= 201.000		U= 179.000		t= 4.743	

* Parçalanmış aile analize katılmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “hastalığa yönelik eğitim alma” durumuna göre “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ile alt boyutu puanı ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.14), “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puan ortalaması ile “Diyet” “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlar ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$), hastalığa yönelik eğitim alan hastalarda bu alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların “İlaç Kullanımı” ve “Hijyenik Bakım” alt boyutlarında alınan ortalama puanlarının hastalığa yönelik eğitim alma duruma göre değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “diyete uyum” durumuna göre “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve alt boyutu puanı ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.14), “Öz Bakım Gücü Ölçeği” toplam puanı ortalaması ile “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlar ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$), diyete uyan hastalarda “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarında alınan toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların “İlaç Kullanımı” alt boyutunda alınan ortalama puanın diyete uyum durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “ilaca uyum” durumuna göre “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ile alt boyutu puanı ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.14), “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puan ortalaması ile “Diyet”, “İlaç Kullanımı”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlar ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$); ilaca uyan hastalarda “Diyet”, “İlaç Kullanımı”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarında alınan toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların “Hijyenik Bakım” ve “Ruhsal Durum” alt

boyutlarında alınan ortalama puanın ilaca uyum durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “tuz tüketime durumu” durumuna göre, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.14), “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puanı ortalaması ile “Diyet”, “İlaç Kullanımı”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” ve “Hijyenik Bakım” alt boyutları ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$); tuz tüketimi durumuna göre hastalarda tüm alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

KBY' de hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen eğitimin, öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür bilgileri doğrultusunda aşağıda başlıklar halinde tartışılarak sunulmuştur.

5.1. KDQOL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarındaki Değişimin Tartışılması

Araştırmaya katılan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği "Semptom/Problem Listesi" alt ve üst değerler göz önüne alındığında ön test puan ortalamasının iyi düzeyde yaşam kalitesini gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4). Bu sonuç, "*Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi düzeyi nedir?*" sorusunu açıklamaktadır.

Araştırmaya katılan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği "Böbrek Hastalığının Etkisi" alt boyut ön test puan ortalaması orta değerde olup, orta düzeyde yaşam kalitesini yansıtmaktadır. (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4)

Araştırmaya katılan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ön test "Böbrek Hastalığının Yüğü" alt boyut puan ortalaması "SF-12 Fiziksel Komponent", alt boyut puan ortalaması "SF-12 Mental Komponent" puan ortalaması orta değerinin altında olup düşük düzey yaşam kalitesini göstermektedir (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4). Chow ve Tam¹¹⁰ 110 diyaliz hastasını kapsayan, KDQOL-36 ölçeğinin Çinli hastalarda geçerlilik ve güvenilirliğini yaptıkları çalışmada alt boyut puan ortalamaları "Semptom/Problem Listesi" ve "Böbrek Hastalığının Etkisi" alt boyutu ortalama üstü iyi düzeyde yaşam kalitesi "Böbrek Hastalığının Yüğü" alt boyutu puanı "Fiziksel Komponent" alt boyutu puanı, "SF-12 Mental Komponent" alt boyutu puanı ise

ortalamanın altında olduğu belirtilmiştir. Hacıhasanoğlu ve ark.’nın¹¹¹ hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada; hastaların yaşam kalitesi düzeyinin iyi olduğu, verilen eğitim sonrasında hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının bütün boyutlarda arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtilmiştir. Veerappan ve ark.’nın¹¹² yaptıkları başka bir çalışma ile Kim ve ark.’nın¹¹³ hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarına KDQOL-36 ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada da alt boyutlarda bu çalışmaya benzer şekilde orta düzeyde yaşam kalitesinin olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ön test son test olarak karşılaştırıldığında son test puan ortalamalarının yükselme olduğu görülmektedir. Bu sonuç, “*H₂: Hemodiyaliz servisindeki hastalara verilecek hemşirelik eğitimi yaşam kalitesi düzeyini etkiler.*” hipotezini desteklemektedir. “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” puan ortalamalarında verilen hemşirelik eğitimi sonrasında anlamlı ($p < 0.05$) bir artış gözlenmektedir (Tablo 4.7). Bu sonuç, “*Hemodiyaliz servisindeki hastalara verilecek eğitim yaşam kalitesini etkiler mi?*” sorusunu açıklamaktadır. Acaray ve ark.’nın¹¹⁴ HD tedavisi gören 100 hastanın yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; hastalık ve HD’ye ilişkin hemşirelik eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Eğitim alan ve almayan grubun yaşam kalitesi puanları arasında, eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiğini belirlenmiştir.

“Fiziksel Komponent” ve “Mental Komponent” alt boyutlarında ise verilen hemşirelik eğitimi sonrasında artış olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir artış ve fark ($p > 0.05$) gözlenmemiştir (Tablo 4.7). Hastaların ilerleyen ve prognozu giderek

ağırlaşan kronik bir hastalığa sahip olmaları, bazı hastaların ileri yaşta olması, hastalık süresinin uzun ve yorucu olması, tedavi ve bakım şartlarının yeterli düzeyde olmaması, sürekli hastaneye bağlı olmaları ve yatarak çok fazla zaman harcamaları gerçekleşmesi, fiziksel hareket etme boyutunda azalma ve günlük yaşam aktiviteleri yeterince yerine getirememesi gibi nedenler çok fazla yaşanmaktadır.^{10,115} ABD’ de diyaliz hastalarının bilgilerinin yer aldığı Fresenius Medikal Bakım Kurumunun hasta veri tabanı kullanılarak yapılan bir araştırmada, KDQOL-36 ölçeğinin özellikle “Mental Komponent” alt boyutu puan ortalamasından 51 puanın altında alınması durumunda hastalarda ölüm riski oranının yükseldiği belirtilmiştir.¹¹⁶ Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde, KDQOL-36 “Mental Boyut” alt boyutunda bu çalışmaya benzer şekilde ortalama 48.2 puanın altında (18.30 puana varan düzeyde) düşük puan değerleri hesaplanmıştır.¹¹⁵ Kalantar-Zadeh K ve ark.’nin yaptığı diğer bir çalışmada, KDQOL-36 ölçeği toplam puanı kadınlarda 51 puanın altında olmakla birlikte, “Mental Komponent” boyutu puanı 53.9 bulunmuştur.¹¹⁷ Mittal ve ark.’nin⁹ ABD’de 134 hemodiyaliz tedavisi gören hastasında SF-36 kullanarak yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada, ortalama “Fiziksel Komponent” ve “Mental Komponent” alt boyutu puan ortalamasının sağlıklı toplumla karşılaştırdıklarında anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir.

5.2. Ön Test-Son Test Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların ön test Öz-Bakım Gücü Ölçeği’nden alınan toplam puan ortalamalarının orta değer üzerinde olması ve öz bakım gücü konusunda olumlu sağlık davranışları sergilediklerini göstermektedir (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6). Bu

sonuç, “*Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının öz bakım gücü düzeyi nedir?*” sorusunu açıklamaktadır.

Çalışmamızda Öz Bakım Gücü Ölçeği ön test alt boyutu puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların “İlaç Kullanımı” alt boyutundan, “Diyet” alt boyutundan, “Kendini İzleme” alt boyutundan, “Hijyenik Bakım” alt boyutundan ve “Ruhsal Durum” alt boyutundan ortalama puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu bulgulara dayanarak hastaların ilaç kullanımı, diyet, kendini izleme, hijyenik bakım alt boyutlarında puan ortalamaları orta değer üzerinde olup, olumlu sağlık davranışları sergilediklerini ve öz bakım güçlerini de desteklediklerini söyleyebiliriz. Sadece “ruhsal durum” alt boyut puan ortalaması orta değer altında çıkmıştır. Bu durum hastaların hastalığın getirmiş olduğu sıkıntı, stres, ekonomik yetersizlikler ve buna bağlı olarak gelişen yaşam şartlarındaki yetersizlikler, aile bireyleriyle yaşanan problemler ve başetmede yetersiz kalınması neden olduğu söylenebilir. Ören’ in⁷² kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmek için yapmış olduğu çalışmasında; Öz Bakım Gücü Ölçeği’ nin “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Hijyenik Bakım” ve “Ruhsal Durum” alt boyutlarında puan ortalamalarının bizim çalışmamıza benzer şekilde orta değer üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği ve alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırıldığında “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutları ile ölçekten alınan toplam puan ortalamaları ön test–son testte istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8). Bulgulardan da anlaşılacağı üzere hastaların öz bakım güçlerinde anlamlı bir farklılık olmasa bile hem toplam puan ortalamasında hem

de alt boyut puan ortalamalarında “ruhsal durum” hariç artış olduğu görülmektedir. Verilen hemşirelik eğitimlerinde amaç hastaların kendi sağlıkları ilgili bütün alanlarda da olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeleri ve sağlıklı gelişmelerin benimsemeleri ve bunları geliştirilmesi için bireyin katkıda bulunabilecek öz-yeterliliğe ulaşmasını aktif bir şekilde desteklemektir. Bu durum, “*Hemodiyaliz servisindeki hastalara verilecek eğitim öz bakım gücünü etkiler mi?*” sorusunu açıklamaktadır. Bu doğrultuda çalışmamızda eğitim sonrası öz bakım skorlarında artma beklenen bir sonuç olmakla birlikte istatistiksel anlamda yeterli düzeyde gerçekleşmemiştir. Bu sonuç, “*H₁: Hemodiyaliz servisindeki hastalara verilecek eğitim öz bakım gücü düzeyini etkiler.*” hipotezini desteklemektedir. Buna neden olan faktörler ise hastaların bu hastalıkla sürekli mücadele etmeleri, yeterli destekçilerinin olmaması, zamanlarının çoğunluğunu hastanede geçirmeleri, verilen eğitimlere uyumsuzluk etkili olduğu düşünülmektedir.

Bakoğlu ve ark.’nın¹¹⁸ tarafından yapılan çalışmada, hastanede verilen eğitime uyan hastaların öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Manns ve ark.’nın¹¹⁹ PD ve HD tedavisi gören hastalar üzerinde yaptıkları başka bir araştırmada ise, çalışmada yer alan hastalar iki ayrı gruba ayrılarak bir hasta grubuna standart hemşirelik bakımı, diğer hasta grubuna ise öz-bakım gücü düzeyini artıran hemşirelik bakımı ve hemşirelik eğitimi verilmiştir. Araştırma sonunda öz bakım gücü düzeyini artıran hemşirelik bakımı verilen grupta yer alan hastaların öz-bakım gücü düzeyinin paralel olarak arttığını belirtmişlerdir.

Aylaz’ın¹²⁰ periton diyalizli hastalarla yaptığı çalışmasında, öz-bakım gücü arttırmaya yönelik verilen hemşirelik bakımının ve izlemin hastalarda öz-bakım gücü düzeyini artırdığı görülmüştür. Jaarsma ve ark.’nın¹²¹ kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında, hastalıkları ve tedavi seçenekleri ile ilgili uygun bir şekilde eğitim alan

hastaların, öz-bakım becerilerinin ve davranışlarının arttığı görülmüştür. Kronik hastalığa sahip hastalarla yürütülen birçok çalışmada hastalara verilen eğitimin hastaların öz-bakım aktiviteleri ve hastalıkları hakkındaki bilgileri üzerine olumlu bir etki gösterdiği saptanmıştır.^{122,123}

5.3. Diyete Uyumu-İlaç Tedavi Uyumu-Tuz Tüketiminin Ön Test-Son Test

Bulgularının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların diyete uyum ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, hastaların diyete uyum durumu son testte önemli düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Bu durum KBY hastalarının eğitimde verilen beslenme önerilerini dikkate aldıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Hacıhasanoğlu ve ark.'nin¹¹¹ yaptıkları çalışmada hastaların %45.6' sının önerilen diyet programına uydukları belirtilmiştir. Torun ve Ovayolu' nun¹²⁴ 2003' te yaptığı bir çalışmada KBY' de diyete ilişkin bilgilendirilen hemodiyalize hastalarının, diyete uyum durumlarında anlamlı olarak iyileşme olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine, Ovayolu ve ark.'nin¹⁰⁹ 2007 de yaptıkları diğer bir çalışmada ise diyete uyum konusunda sorun yaşayan hemodiyaliz hastalarının, hastalığa ilişkin eğitim almalarının bu duruma etki etmediğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisine uyumun ön test son-test karşılaştırılmasında, hastaların ilaç tedavisine uyumunun son testte önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). Bu durum KBY hastalarının eğitimde verilen ilaç tedavisi önerilerini dikkate aldıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Acaray ve Pınar'ın¹¹⁴ hemodiyaliz tedavisi alan hastaların çoğunluğunun ilaç tedavilerine uydukları saptanmıştır. Sağduyu ve ark.'nin¹²⁵ hemodiyaliz tedavisi alan hastaların ilaç tedavisine uyum düzeylerini belirlemek için yaptıkları bir çalışmada ise hastaların

birçoğunun (%70-93 arasında) ilaç tedavisine uydukları belirlenmiştir. Hacıhasanoğlu ve ark.'nin¹¹¹ yaptıkları bir başka çalışmada ise hastaların %85.3'ünün önerilen ilaç tedavisine uyum sağladığı bildirilmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak yapılan bazı çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi gören ve böbrek nakli yapılan hastalarda hastalığa ilişkin yapılan eğitim ve bilgilendirmelerin hastaların tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.^{126,127}

Bu araştırmaya katılan hastaların tuz tüketiminin ön test-son test karşılaştırılmasında, hastaların tuz tüketim oranları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tuz tüketimi yapılan eğitim sonrası son testte anlamlı olarak düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu durum KBY hastalarının eğitimde verilen tuz tüketimi önerilerini dikkate aldıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Bu araştırmaya paralel olarak, Kurt ve ark.'nin¹²⁸ yaptığı araştırmada, HD tedavisi alan hastalara tuz kısıtlaması konusunda yeterli hemşirelik eğitimi verilen hastaların tuz tüketimine daha çok uyduklarını belirlemişlerdir.

5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve KDQOL-36 Arasındaki İlişkili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin değişkenlerinin, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “KDOQL-36” arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ile “Semptom/Problem Listesi” alt boyutu arasında negatif yönde ($r= -0.271$) ve anlamlı olarak düşük düzey ilişki ($p<0.05$) mevcutken yaş ile “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu ile arasında ise negatif yönde ($r= -0.512$) orta düzeyde önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça “Semptom/Problem Listesi” alt boyutu ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu puan ortalamaları düştüğü saptanmıştır

(Tablo 4.12). Bu bulgulardan yola çıkarak hastaların yaşı arttıkça semptomlarda ve problemlerde de artış olduğunu ve fiziksel komponentleri yerine getirmede yetersiz oldukları belirlenmiştir.

Veerappan ve ark.'nın¹¹² yaptıkları çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde yaş arttıkça hem fiziksel hem de mental komponent alt boyut puanlarında düşük saptanmış ve yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Son dönem böbrek yetmezliği hastaların komplikasyonlarının ve komorbiditelerinin oluşturduğu yükten dolayı yaş karşılaştırmalı bir çalışmada yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.¹²⁸ Mingardi ve ark.⁹⁷, İtalya' da hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlı yapmış oldukları çalışmada yaş ile fiziksel komponent skoru arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Mental komponent skoru ile yaş ilişkisinin ise daha düşük düzeyde olduğunu bildirmişlerdir.

Pınar' ın¹² yaptığı çalışmada; hastalarda öz bakım gücü düzeyi arttıkça, global yaşam kalitesi düzeyinde ileri bir derecede ve anlamlı biçimde istatistiksel olarak artış gösterdiği ve hastaların öz-bakım gücü düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerin hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını belirlenmiştir. Meers ve ark.'nın¹²⁹ yaptığı bir çalışmada ise, hastaya özerklik kazandırmanın çok önemli olduğu ve kendi bakımlarını yerine getirebilme konusunda eğitim almış hastaların, yaşam kaliteleri düzeyinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır.

Akyol ve Karadakovan¹³⁰ yapılan araştırmada, hastaların öz bakım gücü düzeyi ile; işlevsel sağlık durumu, esenlik algısı, genel sağlık algısı ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede bir ilişki olduğu bulunmuş ve öz-bakım gücü düzeyin artması ile birlikte bireylerin yaşam kalitesi düzeyinden de arttığı bildirilmiştir. Karabulutlu ve Tan' ın⁷⁵ öz-bakım gücü ölçeğini kullanarak yaptıkları

çalışmada da, öz bakım gücü düzeyinde artma ile birlikte global yaşam kalitesi düzeyi, fonksiyonel sağlık durumu ve iyilik algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmamızın bulguları, bu çalışmalarla uyumludur.

Araştırmaya katılan hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yüğü” alt boyutları ve ilaç kullanımı arasında negatif yönde düşük düzeyde önemli ilişkisi bulunurken ($p<0.05$), çocuk sayısı ile “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutu arasında ise negatif yönde ($r= -0.021$) ve anlamlı olarak orta düzey ilişkisi bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça, “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yüğü”, alt boyutları ile “İlaç Kullanımı” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır (Tablo 4.12). Bu bulgulardan yola çıkarak çocuk sayısındaki artışın semptom/problemlerde, böbrek hastalığının etkisinde, böbrek hastalığının getirdiği yükte artışa neden olduğu sonucuna varabiliriz. Ancak yapılan literatür incelenmesinde, bu çalışmaya benzer olarak KBY hastalarının çocuk sayısının öz bakım gücü ve yaşam kaliteleriyle ilişkisini belirtilen bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

5.5. Hastalığa İlişkin Özellikler ile KDQOL-36 Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması

KDQOL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının araştırmaya katılan “hastaların hastalığa yönelik eğitim alma durumuna” göre “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının etkisi” ve “SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında ortalama puanı anlamlı olarak değişmekte olduğu ($p<0.05$) ve hastalığa yönelik eğitim alan hastalarda “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının etkisi” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Böbrek

Hastalığının Yüğü” ve “SF-12 Mental Komponent” alt boyutları puanları ise hastalığa yönelik eğitim alma durumuna göre değışmediğı (p>0.05) bulunmuştur (Tablo 4.13).

Hacıhasanoğlu ve ark.’nın¹¹¹ HD tedavisi alan hastalarla yaptıkları bir çalışmada hastaların %66.2’ sinin hastalıkları ile ilgili daha önce eğitim aldıkları bildirilmiştir. Acaray ve Pınar’ın¹¹³ çalışmasında, hastalık ve HD’e yönelik eğitim alma durumuna göre, eğitim alan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, eğitim almayan hastalara göre her alanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş olup yüksek olduğu saptanmıştır. Taşçı’ın¹³¹ çalışmasında ise hastalığa yönelik eğitim alan hastaların yaşam kalitesi düzeyi puanlarının almayanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Üstün ve Karadeniz’in²⁰ hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi ile ilgili yaptıkları bir çalışmada da hemşirelerin hemodiyaliz hastalarına bilgilendirici olarak verilen eğitim sonrasında hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır. Tsay ve ark.’nın¹³² son dönem KBY’ li hastalara verdikleri hastalığa ve HD’ ye yönelik adaptasyon eğitiminden 3 ay sonra hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Literatüre göre, verilen eğitimin amacı bireylerde istendik yönde ve düzeyde sağlıklı davranış değışikliği olmasıdır ve bu sağlık davranışı değışikliğinin gerçekleşmesi için ise, ortalama en az 6 aylık bir sürenin geçmesi gerektiği bildirilmektedir.¹³³ Belirtilen kriterler göz önünde bulundurularak eğitimin yaşam kalitesi düzeyine etkisini değerlendiren birçok araştırmada eğitim almanın, bireylerde hastalığa ya da HD’e girmeye bağlı ortaya çıkan semptomların gelişmesini önleyebileceği, bireylerin bu semptomları daha etkili bir biçimde yönetebileceği ve

hastalık durumuna uyumun daha iyi sağlanabileceği dolayısıyla yaşam kalitesi düzeyinde yükselteceğini bildirmektedir.^{134,135}

KDOQL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının araştırmaya katılan hastaların “diyete uyum durumuna” göre “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmekte olup ($p<0.05$) ve hastaların diyete uyum durumu “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. “SF-12 Fiziksel Komponent” ve “SF-12 Mental Komponent” alt boyutları puanları ise hastaların diyete uyum durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.13). Acaray ve Pınar’ın¹¹³ çalışmasında ise önerilen diyete uyma durumunun yaşam kalitesine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki ettiği ifade edilmiştir. Taşçı’ın¹³¹ yaptığı çalışmada ise hastalığa özgü diyete uyum durumunun yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği belirtilmiştir.

KDOQL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının araştırmaya katılan hastaların “tuz tüketim durumlarına” göre; “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yükü” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmekte olup ($p<0.05$), tuz tüketen hastalarda “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yükü” ve “SF-12 Fiziksel Komponent” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. “SF-12 Mental Komponent” alt boyutu puanının ise hastaların tuz tüketim durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.13). Hastaların eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı aile tipi, hastaların ilaca uyum durumu ve hastaların cinsiyetlerine göre; KDOQL-36 Ölçeği bütün alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.13).

Acaray ve Pınar' ın¹¹³ yaptıkları çalışmada, 100 hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesinin tüm boyutlarında anlamlı farklılık ifade edilmemiş olsa da genel olarak hastaların eğitim düzeyi ve öğrenim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesi düzeylerinde arttığı bildirilmiştir. Kim ve ark.'nın¹¹² yaptıkları çalışmada düşük eğitimlilerde fiziksel komponent puanlarının düşük olduğu ifade edilmiştir. Konu ile ilgili olarak yapılan birçok araştırmada da eğitim düzeyi ve öğrenim durumu arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir.^{103,136-139}

5.6. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyut Puanı Ortalamaları Bulgularının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların “hastalığa yönelik eğitim alma” durumuna göre “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve alt boyutları puanı ortalamaları ile karşılaştırılmasında, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puanı ortalaması ile “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlar ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p < 0.05$), hastalığa yönelik eğitim alan hastalarda bu alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların “İlaç Kullanımı” ve “Hijyenik Bakım” alt boyutlarında alınan ortalama puanlarının hastalığa yönelik eğitim alma duruma göre değişmediği ($p > 0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.14). Ovayolu ve ark.'nın¹⁰⁹ HD tedavisi alan KBY hastası erişkinlerle yaptıkları çalışmada; HD tedavisi alan bireylerin hastalıkları hakkında yapılan bilgilendirilmenin, KBY tedavisi ve diyet uyma, hastalığa bağlı komplikasyonlardan korunma, günlük yaşam düzenini sağlama ve bireysel olarak öz-bakımını gerçekleştirme açısından hastalara yol gösterici olduğunu belirtmişlerdir. Lii ve ark.'nın¹⁴⁰ çalışmasında, yapılan psikososyal içerikli grup eğitiminden sonra; hastaların öz bakım puan ortalamalarının arttığı ve bu artışların anlamlı olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların “diyete uyum” durumuna göre “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve alt boyutları puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puanı ortalaması ile “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlar ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$), diyete uyan hastalarda “Diyet”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarında alınan toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların “İlaç Kullanımı” alt boyutunda alınan ortalama puanın diyete uyum durumuna göre değişmediği ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Araştırmaya katılan hastaların “tuz tüketim durumuna” durumuna göre, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve alt boyutu puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” toplam puan ortalaması ile “Diyet”, “İlaç Kullanımı”, “Kendini İzleme”, “Ruhsal Durum” ve “Hijyenik Bakım” alt boyutları ortalama puanları anlamlı olarak değişirken ($p<0.05$); tuz tüketimi durumuna göre hastalarda tüm alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır.

Akyol ve Karadakovan¹³⁰ yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamıza paralel olarak öz bakım gücü ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı derecede bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir. Bakoğlu ve Yetkin¹³ hastaların eğitim düzeylerinin artmasına paralel olarak öz-bakım gücü düzeyinde arttığını saptamışlardır.¹³ Ünsar ve ark.’nın⁷⁴ HD hastaları ile yaptıkları çalışmada, ilköğretim ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanların, okur-yazar olanların ve okur-yazar olmayan gruba göre öz bakım gücü düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.⁷⁴

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen eğitimler doğrultusunda öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda;

- Araştırmaya katılan hastaların ortalama 57 yaşında, çoğunlukla erkek, evli, çekirdek ailede yaşayan, büyük çoğunluğu çocuk sahibi, okuryazar olmayan, gelirinin giderini tam olarak karşılamayan ve büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin bulunduğu,

- Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun hastalıkları hakkında daha önce eğitim almadıkları, tedaviye uyumunun olmadığı, ilaca uyumunun olduğu ve tuz tüketiminin bulunduğu, ortalama tedavi sürelerinin 6 ay, ortalama kullandıkları ilaç sayısının 7, ortalama hemodiyaliz seans süresinin 4 saat ve haftalık hemodiyaliz tedavisi seans sayısının ortalama 3 gün olduğu,

- Araştırmaya katılan hastaların KDQOL-36 Ölçeği Ön Test-son testde en yüksek puan ortalamasına bakıldığında “Semptom/Problem Listesi” ve “Böbrek Hastalığının Etkisi” alt boyutlarında aldıkları ve KDQOL-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ön test-son test olarak karşılaştırıldığında yapılan eğitimler sonrasında son test puan ortalamalarının “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi” ve “Böbrek Hastalığının Yükü” alt boyutlarda anlamlı olarak yükseldiği,

- Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü düzeyinin orta düzeyde olduğu ve verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü arttığı,

- Öz Bakım Gücü Ölçeği son test alt boyut puan ortalamalarından ilaç kullanımı, diyet, kendini izleme, hijyenik bakım puan ortalamalarının da ön test puan

ortalamlarına göre daha yüksek olduğunu ancak; ruhsal durum puan ortalamasının ise ön test sonucuna göre daha düşük çıktığı,

- Araştırmaya katılan hastalara yapılan eğitim sonrası hastaların diyet uyumsuzluk, ilaç tedavisi uyumsuzluk ve tuz tüketimi uyum oranlarının anlamlı olarak düştüğü ve yaşam kalitelerini arttırdığı,

- Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı aile tipi ve hastaların ilaca uyum durumu hastaların cinsiyetlerine göre KDOQL-36 Ölçeği bütün alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak değişmediği,

- Araştırmaya katılan hastaların hastalık ve hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim alma, ilaca uyum, diyet uyum ve tuz tüketim oranlarının öz bakım gücü arasında anlamlı ilişki olduğu; ancak hastaların eğitim düzeyi, aile tipi ve gelir durumunun öz bakım gücü arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Mevcut çalışmanın küçük bir örneklem grubunda yapılması nedeniyle bu konuyla ilgili daha büyük örneklerde, deneysel ve randomize desenlerde, farklı özelliklere sahip spesifik gruplarda ve uzun süreyle izlem çalışmaları ile tekrarlanması,

- KBY hastalarının belirli aralıklarla öz-bakım gücünün ve yaşam kalitelerinin değerlendirilerek yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü olumsuz yönde etkilendiği belirlenen hastalara, gereksinimlerine uygun olarak duygusal, fiziksel ve sosyal destek sağlamak üzere hemşirelik bakımının planlanması,

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara yönelik eğitimlerin, hastaların yaş ve öğrenim düzeylerine uygun bir şekilde yapılarak öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen uygulamalı eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,

- Hemodiyaliz servislerinde çalışan hemşirelere yönelik, hastalarda sağlıklı öz bakım davranışı geliştirebilmeleri için; öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi konularında eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Çiftçi Kİ. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
2. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, 2003: 541-599.
3. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2008, 9:244-252.
4. Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Derg*, 2009, 2:58-65.
5. Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *E.Ü. Tıp Derg.*, 2002, 41: 97-102.
6. Bağ E. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım ve Özyeterliliğin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
7. Serdengeçti K. Kronik böbrek yetmezliği. *Aktüel Tıp Derg.*, 1997, 2:190-197.
8. Kaymak AD. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.
9. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2001, 16:1387-1394.

10. Turgay M, Özkan S. Hemodiyaliz hastalarında stres faktörleri ile psiko-sosyal uyum ilişkisi. *THD Derg.*, 1992, 42:16-21.
11. Pınar R, Çınar S, İşsever H, Albayrak M. Hemodiyalize devam eden ve transplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Çınar Derg.*, 1995, 1:1-6.
12. Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1995.
13. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. HYO Derg.*, 2000, 4:41-49.
14. Orem D. *Nursing Concepts of Practice*, 4th ed. St. Louis, Mosby, 1991:13.
15. Heinemann B. *The self care model of nursing*, W.B. Saunders, Chalmers, 2000:27.
16. Chitty KK, Black PB. *Professional Nursing Concept and Challenges*, 6th ed. W.B. Saunders, 2010: 88-93.
17. Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. *Nephrol Dial Transplant*, 2002, 17:2087-2093.
18. Birol L. İdrar yolları-Böbrek hastalıkları tedavisi ve hemşirelik bakımı, İçinde Akdemir N, Birol L, (editör). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 2003: 565-603.
19. Tsay SL, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *IJNS*, 2002, 39:245-251.
20. Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *F.Ü. Sağ. Hiz. Derg.*, 2006, 1:33-43.

21. Hartweg DL. Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. *J Adv Nurs*, 1990, 15:35-41.
22. Smeltzer S, Brenda B, Boyer M. *Brunner and Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*, 9th ed. Lipincott-Raven Publishers, New York, 2000: 212-255.
23. Bilir N. Gelecek yüzyılların önemli sağlık sorunu: kronik hastalıklar. *Yeni Türkiye Derg.*, 2001, 39:953.
24. Akyol A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *E.Ü. HYO Derg.*, 1993, 9:75-79.
25. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol*, 1998, 16:501-514.
26. Eski S, Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *HEMAR-G*, 2002, 4:15-28.
27. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikosoyal yönleri. *Türk Psikiyatri Derg.*, 2003, 14:72-80.
28. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 2010, 376:1861-1868.
29. World Health Organization (WHO), 2013. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/dosya/Global_Action_plan_2013-2020_TR.pdf 12 Eylül 2017.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrafat.pdf>. 05 Şubat 2017.
31. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Raporu.
<https://www.hekimce.com/kronik-hastaliklar-raporu-2006/>. 10 Şubat 2017
32. The National Kidney Foundation. About Chronic Kidney Disease.
<https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>. 10 Şubat 2017.
33. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. 2 baskı, Kayseri, Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı: Anadolu Yayıncılık, 2001: 1-80.
34. Akpolat T, Utaş C. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000: 11-20.
35. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Nefroloji Özel Sayısı, 2005.
www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-dahili-tip-bilimleri-dergisi/1305-385X/issue/2005/1/33-0/hipertansiyon-ozel-sayisi/tr-index.html. 10 Şubat 2017.
36. Dinwiddie LC, Burrows-Hudson S, Peacock EJ. Stage 4 chronic kidney disease: Preserving kidney function and preparing patients for stage 5 kidney disease. *Am J Nurs*, 2006, 106:40-51.
37. Parmar SM. Chronic renal disease. *BMJ* (Clinical research ed.), 2002, 325:85-9.
38. Winearls CG. Clinical Evaluation and Manifestations of Chronic Renal Failure. In: Johnson RJ, Feehally J (eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*, 1th ed. Spain, Mosby Elsevier Limited, 2003: 857-71.

39. İlhan F. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
40. Durna Z. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Akademi Basın, İstanbul, 2013: 466-481.
41. Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu. *Türk Neph Dial Transpl*, 2016. <http://www.tndt.org/pdf.php?id=1227>. 10 Şubat 2017.
42. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016. http://www.tsn.org.tr/folders/file/2015_REGISTRY_kontrol_v2.pdf. 10 Şubat 2017.
43. Becherucci F, Roperto RM, Materassi M, Romagnan P. Chronic kidney disease in children. *Clin Kidney J*, 2016, 9:583–591.
44. Fong TL, Bunnapradist S, Jordan SC, Selby RR, Cho YW. Analysis of the United Network for Organ Sharing database comparing renal allografts and patient survival in combined liver-kidney transplantation with the contralateral allografts in kidney alone or kidney-pancreas transplantation. *Transplantation*, 2003, 76:348-53.
45. Cezgin K. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Neden Olduğu Kronik İnflamatuvar Sürecin Vücut Kitle İndeksi Üzerine Etkisi. Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi, 2014.
46. U.S. Renal Data System, USRDS 2012 Annual Data Report. Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. Bethesda Md: National Institutes of Health: National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2012. <https://www.usrds.org/atlas12.aspx> 13 Eylül 2017.

47. Snyder S, Pendergraph B. Detection and evaluation of chronic kidney disease. *Am Fam Physician*, 2005, 72:1723–1732.
48. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ. Chronic kidney disease: common, harmful, and treatable-World Kidney Day 2007. *Am J Kidney Dis*, 2007, 49:175-9.
49. UK Renal Registry 19th Annual Report: UK Renal Replacement Therapy Prevalence in 2015: National and Centre-specific Analyses. <https://www.renalreg.org/wp-content/uploads/2017/09/chap-02-v3-SIGNED-OFF.pdf>. 13 Eylül 2017.
50. UK Renal Registry 19th Annual Report. <https://www.renalreg.org/reports/2016-nineteenth-annual-report/>.13 Eylül 2017.
51. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, Kastarinen M, Guessous I, Vinhas J, Stengel B, Brenner H, Chudek J, Romundstad S, Tomson C, Gonzalez AO, Bello AK, Ferrieres J, Palmieri L, Browne G, Capuano V, Van Biesen W, Zoccali C, Gansevoort R, Navis G, Rothenbacher D, Ferraro PM, Nitsch D, Wanner C, Jager K, European CKD Burden Consortium. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol*, 2016, 27:2135-47.
52. Anand S, Khanam MA Finkelstein FO. Global Perspective of Kidney Disease. http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9781627036849-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1447125-p175348409. 13 Şubat 2017.
53. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *C.Ü. Tıp Fakültesi Derg.*, 2002, 24:62-64.

54. Alemdar H. Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2015.
55. Lazarus JM, Brenner BM. Chronic Renal Failure. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL (editors). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. The McGraw-Hill Companies, Inc USA, 1998: 1513-20.
56. Yenicesu M. *Kronik Böbrek Yetersizliği*. Deniz Matbaacılık, 1. Baskı. İstanbul, 2001: 212-224.
57. Durmaz AD. Kronik Böbrek Yetmezliği [Chronic Renal Failure]. *Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım*. Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları No:4, İzmir; Meta Basım, 2005: 112-132.
58. Gölgeli H. Diyaliz Hastalarındaki Cinsel İşlev Sorunları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2005.
59. Yılmaz S. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Dolar E. (ed.) *İç Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2005: 304.
60. Çetinkalp Ş. *Pratik İç Hastalıkları*, İzmir, Asya Tıp Kitabevi, 2005: 365-416.
61. Değirmenci Saltürk AG. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2006.
62. Koşar A, Biricik SS. *Dahiliye*. Kelebek Matbaacılık, İstanbul, 2006: 419.
63. Zawada ET. Indications For Dialysis. In: Daugirdas JT, Ing TS (eds). *Handbook For Dialysis*. Little, Brown and Company, Boston, 2003: 3-9.

64. Arık N. Ateş K. Süleymanlar G. Tonbul HZ. Türk S. Yıldız A. *Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı*. Güneş Tıp Kitapevleri. Ankara, 2009: 55-72.
65. Daugirdas TJ. Blake GP. Çeviri: Bozfakıoğlu, S. *Diyaliz El Kitabı*. Güneş Tıp Kitapevleri, 2010: 68-93.
66. Levy L. Morgan J. Brown E. *Oxford Diyaliz El Kitabı*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2004: 87-95.
67. Besarab A, Raja RM. Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları. Bozfakıoğlu S. (çev ed.), *Diyaliz El Kitabı*, 3. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 67-83.
68. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017: 859-1340.
69. Nahçıvan N. Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
70. Nahçıvan N. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *West J Nurs Res*, 2004, 26:813–824.
71. Kara B. Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom*, 2001, 13:45–48.
72. Ören B. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
73. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patientstreated with hemodialysis: a randomized controlled tria. *Health Qual Life Outcomes*, 2012, 10:1-10.

74. Ünsar S, Erol Ö, Mollaoğlu M. The self care agency in dialysed patients. *Dial & Transplant*, 2007, 36:57-70.
75. Karabulutlu E, Tan M. SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *A.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Derg.*, 2005, 8:1-11.
76. Yurtsever S, Kuyurtar F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *Nef Hem Derg*, 2005: 26-32.
77. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. *Başkent Üniversitesi Yayınları*, Ankara, 2005: 253-268.
78. Campbell KL, Ash S, Bauer JD. The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *Clin Nutr*, 2008, 27:537-544.
79. Korkut Y. Ferrans ve Powers'ın diyaliz hastaları için yaşam kalitesi endeksinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşiv.*, 2007, 44:14-8.
80. Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Qual Life Res*, 2003, 12:709-17.
81. Çınar MS. Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması. *Sendrom*, 1999, 11:115-118.
82. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *E.Ü. HYO Derg.*, 2009, 25:87-100.
83. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nef Hem Derg.*, 2015, 2:19-30.
84. Mucsi I, Kovacs AZ, Molnar MZ, Novak M. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients. *J Nephro*, 2008, 13:84- 91.

85. Tomasz W, Piotr S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant*, 2003, 8:47-53.
86. Rebollo P, Ortega F. New trends on health related quality of life assessment in end-stage renal disease patients. *Int Urol Nephrol*, 2002, 33:195-202.
87. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc*, 2007, 39:3047-53.
88. Franke GH, Yüctin L, Yaman H, Reimer J, Demirbas A. Disease-specific quality of life in Turkish patients after successful kidney transplantation. *Transplant Proc*, 2006, 38:457-9.
89. Korevaar JC, Merkus MP, Jansen MA, Dekker FW, Boeschoten EW, Krediet RT. NECOSAD-study group. Validation of the KDQOL-SF: a dialysis-targeted health measure. *Qual Life Res*, 2002, 11:437-47.
90. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan MR. Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. *Singapore Med J*, 2009, 50:185-92.
91. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int*, 2002, 61:239-48.
92. Spiegel BM, Melmed G, Robbins S, Esrailian E. Biomarkers and health-related quality of life in end-stage renal disease: a systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2008, 3:1759-68.
93. Vasilieva IA. Quality of life in chronic hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int*, 2006, 10:274-8.

94. Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11:383-388.
95. Garrat A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, 2002, 324:1417-1421.
96. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG. The quality of life of patients with end stage renal diseases. *N Engl J Med*, 1985, 312:553-559.
97. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant*, 1999, 14:1503-1510.
98. Kutner NG, Zhang R, Barnhart H, Collins AJ. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on hemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 2005, 20:2159-2167.
99. Levendoğlu F, Altıntepe L, Uğurlu H. Yaşı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Derg*, 2004, 7:195-198.
100. Ovayolu N, Parlar S, Kıyak P, Bozkurt Aİ, Bozkurt S. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Nef Hem Derg*, 2005, 45-50.
101. Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Derg*, 2000, 7:333-337.

- 102.**Gokal R, Figueras M, Olle A, Rovira J, Badia X. Outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis a comparative assesment of survival and quality of life. *Nephrol Dial Transplant*, 1999, 14:24-30.
- 103.** Suet-Ching WL. The quality of life for hong-kong dialysis patients. *J Adv Nurs*, 2001, 35:218-227.
- 104.**Kara B, İşcan B. Hemşirelerin hemodiyaliz hastalarında algıladıkları stresörler. *Nef Hem Derg*, 2006, 57-64.
- 105.**Bevan 1996 Bevan MT. Nursing in the dialysis unit: technological enframing and a declining art, or an imperative for caring. *J Adv Nurs*, 1996, 27:730-736.
- 106.**Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Derg*, 2007, 49:132-136.
- 107.**Meers C. Noncompliance in chronic hemodialysis patients: an assessment approach for care planning. *CANNT Journal*, 1991, 1:18-19.
- 108.**Yıldırım A, Öğütmen B, Bektaş G, İşçi E, Mete M, Tolgay HI. Translation, cultural adaptation, initial reliability, and validation of the Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. *Transplant Proc*, 2007, 39:51-4.
- 109.**Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E. Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyete uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *F.Ü. Sağ. Hiz. Derg*, 2007, 2: 93-100.
- 110.**Chow SK, Tam BM. Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients?. *BMC Nephrol*, 2014, 15:199.
- 111.**Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nephrol*, 2010, 5:39-45.

- 112.Veerappan I, Arvind RM, Ilayabharthi V. Predictors of quality of life of hemodialysis patients in India. *Indian J Nephro*, 2012, 22:18-25.
- 113.Kim JY, Kim B, Park KS, Choi JY, Seo JJ, Park SH, Kim CD, Kim YL. Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Qual Life Res*, 2013, 22:753-8.
- 114.Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. HYO Derg*, 2004, 8:1-11.
- 115.Mollaoğlu M, Arslan S. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2003, 13:42-46.
- 116.Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant*, 2000, 15:1911-1913.
- 117.Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys M. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 2001, 12:2797-2806.
- 118.Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman, S Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *F.Ü. Sağ Hiz. Derg*, 2009, 4:65-78.
- 119.Manns BJ, Taub K, Vanderstraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, McLaughlin K. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: A randomized trial. *Kidney Int*, 2005, 68: 1777-1783.
- 120.Aylaz R. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2007.

121. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad H, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*, 2000, 29:319-330.
122. Huang ES, Gorawara-Bhat R, Chin MH. Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53:306-311.
123. Gallegos EC, Ovalle-Berumen F, Gomez-Meza MV. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. *J Nurs Scholarsh*, 2006, 38:344-351.
124. Torun S, Owayolu N. Hemodiyaliz hastalarında beslenmenin önemi. *Çınar Derg.*, 2003, 9:38-42.
125. Sağduyu A, Şentürk V, Siren Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Derg.*, 2006, 17:22-31.
126. Jindal RM, Joseph JT, Morris MC, Santella RN, Baines LS. Noncompliance after kidney transplantation: A systematic review. *Transplant Proc*, 2003, 35: 2868-2872.
127. Rapisarda F, Tarantino A. Non compliance predictive factors in renal transplantation. *G Ital Nefrol*, 2004, 21:51-56.
128. Kurt YT, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *Türk Neph Dial Transpl*, 2012, 21:39-44.
129. Meers C, Singer MA, Toffelmire EB, Hopman W, McMurray M, Morton AR, MacKenzie TA. Self-delivery of hemodialysis care: a therapy in itself. *Am J Kidney Dis*, 1996, 27:844-847.

130. Akyol DA, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *E.Ü. Tıp Derg.*, 2002, 41:97-102.
131. Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1998.
132. Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*, 2005, 50:39-46.
133. Lai SC, Cohen MN. Promoting lifestyle changes. *AJN*, 1999, 99:63-67.
134. Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, Prineas RJ, Liebson PR. Relationships of quality of life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Arch Intern Med*, 1996, 157:638-648.
135. Patton K, Meyers J, Lewis BE. Enhancement of compliance among patients with hypertension. *Am J Manag Care*, 1997, 3:1693-8.
136. Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical correlation of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*, 1993, 21:161-166.
137. Moreno F, López Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F. Quality of life in dialysis patients: a Spanish multicentre study. *Nephrol Dial Transplant*, 1996, 11:125-129.
138. Durna Z, Özcan Ş, Erdoğan N. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri. *Hemşirelik Forum.*, 2000, 3:6-14.

- 139.**Altıntepe L, Güney İ, Türk S, Tonbul HZ, Yeksan M. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Turk Neph Dial Transpl*, 2005, 14:85-89.
- 140.**Lü YC, Tsay SL, Wang TJ. Group intervention to improve quality of life in hemodialysis patients. *J Clin Nurs*, 2007, 16:268-75.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Zeynep BİRGE
Doğum Tarihi	: 14.05.1990
Doğum Yeri	: Iğdır/Merkez
Medeni Hali	: Bekar
Uyruğu	: TC
Adres	: Iğdır Devlet Hastanesi Iğdır/Merkez
Tel	: 05453673177
Faks	: -
E-mail	: zeynepbirge1@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: İMKB Kazım Karabekir Anadolu Lisesi (2005-2009)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009-2013)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2017)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta Düzeyde
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Nefroloji Transplantasyon Hemşireliği Derneği	
İLGİ ALANLARI VE HOBİLER	
Kitap okumak, spor yapma, internet, seyahat, müzik ve dans.	

EK-2. Etik Kurul Kararı

	Sağlık Bilimleri Fakültesi ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
Sayı:8		Tarih:09/11/2015
Araştırmanın Adı: "Hemodiyaliz Hastalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitelerine Etkisinin Değerlendirilmesi "		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	(X)	
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	()	
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	()	
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 09.11.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Hemodiyaliz Hastalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitelerine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu Hemşire Zeynep BİRGE ve Yrd.Doç.Dr.Sonay BİLGİN'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
 Prof. Dr. Duygu ARIKAN Üye	 Prof. Dr. Mehtap TAN Başkan	 Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ Üye
Doç. Dr. Nadiye ÖZER Katılmadı		 Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ Sekreter/Raportör

EK-3. Kurum İzinleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İğdır İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İĞDIR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - İĞDIR İLİ KHBGS EĞİTİM VE AR-GE
BİRLİĞİ
29/12/2015 09:36 - 94702671 - 106.01 - E.1815
00016791895

Sayı : 94702671/106.01
Konu : Zeynep BİRGE Hk.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi: 10.12.2015 tarihli ve 25411 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz öğrencisi Zeynep BİRGE'nin "Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Hemşirelik Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasının anket uygulamasını birliğimize bağlı İğdır Devlet Hastanesinde Aralık 2015 - Aralık 2016 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Muhammet KARACA
Genel Sekreter

EK:
1- Yazı (1 sayfa)

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Hayat TEKİN
29.12.2015

7 Kasım Mah. Kazım Karabekir Cad. SGK Yanı İĞDIR
cansu.duzel@saglik.gov.tr 0476 226 43 85 Dahili: 2153

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a825cb3b-9bc9-4c64-9173-c31fa7d74e09 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

29.06.2015

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Iğdır Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Servisindeki Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Hemşirelik eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitelerine etkisinin Değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma hemodiyaliz hastalarına verilen hemşirelik eğitiminin öz bakım gücü ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmeye yönelik olarak hazırlanmış soruları içermektedir. Sorulara verilen yanıtların analizi, hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yardımcı olacaktır. Araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

Sizden hazırlanan anket formunu doldurmanız istenecektir. Anket doldurma süresi en çok 25 dakika kadardır. Sorularınız ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tanımlayıcı özellikleri içeren sorular, ikinci bölümde öz bakım gücüne ilişkin sorular ve üçüncü bölümde yaşam kalitesini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir.

Bu araştırmanın Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Hemşirelik eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitelerine etkisinin Değerlendirilmesi ve bu konuda bilgi sahibi olmada ve eksikliklere ilişkin çözüm yolları üretebilme açısından etkili olacağı düşünülmektedir. Katılımınız için Teşekkürler..

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası,

Adresi (varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı : Zeynep BİRGE

İmzası:

EK-5. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Yüksek Lisans Tezi kapsamında yapılan bu araştırmanın amacı hemodiyaliz hastalarına verilen hemşirelik eğitiminin öz bakım gücü ve yaşam kalitelerine etkisinin değerlendirilmesidir. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yard. Doç. Dr. Sonay BİLGİN (Danışman)

Hemşire Zeynep BİRGE

(Yüksek Lisans Öğrencisi)

- 1- Yaş:
- 2- Cinsiyet: -Kadın () -Erkek ()
- 3- Öğrenim durumu: -Okur-yazar değil () -İlköğretim ()
-Ortaöğrenim () -Yükseköğrenim ()
- 4- Medeni durum: -Evli () -Bekar () -Dul ()
- 5- Çocuk Sayısı:
- 6- Aile tipi: -Çekirdek aile () -Geniş aile () -Parçalanmış aile ()
- 7- Gelirin gideri karşılama durumu: -Karşılıyor () -Karşılmıyor ()
- 8- Sosyal güvence durumu: -Var () -Yok ()
- 9- Hastalık ve hemodiyaliz'e ilişkin eğitim alma durumu -Evet () -Hayır ()
- 10- Önerilen diyet programına uyma durumu: - Evet () -Hayır ()
- 11- Önerilen ilaç tedavisine uyma durumu: - Evet () -Hayır ()
- 12- Yemeklerinizde tuz kullanıyor musunuz? - Evet () -Hayır ()
-Diğer(yazınız).....

EK-6. Öz Bakım Gücü Ölçeği (Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Formu)

HASTA NO:

Bu anket kendi kendinize bakma durumunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anketi cevaplamak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyarak sizin için en uygun ifadenin altına (x) işareti koyunuz. yardımlarınız için teşekkür ederim.

	Her zaman	Bazen	Hiç bir zaman
1-İlaçlarımı düzenli kullanırım			
2-Tüm ilaçlarımın adını bilirim			
3-İlaçlarım tükenmeden yedeğini hazırlarım			
4-İlaçlarımı niçin kullandığımı ve yan etkilerini doktor/hemşireye sorarım			
5-Tedavi şeklim ve kullandığım ilaçların cinsel yaşamım üzerine etkilerinin olup olmadığını doktora/hemşireye sorarım			
6-Düzenli olarak doktor kontrolüne giderim			
7-Her gün tartılırım			
8-Bana önerilen beslenme düzenine uyarım			
9-Bana, doktor/ hemşire tarafından önerilen kilomu korumaya çalışırım			
10-Günlük almam gereken tuz, miktarına uyarım			
11-Yemeklerime tuz ekerim			
12-Tuzlu kuru yemiş, patates cipsi, mısır gevreği,hazır çorba ve et suyu tablet gibi yiyecekleri sık tüketirim			
13-Her gün tansiyonumu ölçerim			
14-Her gün nabzımı sayarım			
15-Düzenli olarak dişlerimi fırçalarım			
16-Düzenli duş yaparım			
17-Tırnaklarımın daima kısa olmasına dikkat ederim			
18-Kendimi önemserim			
19-Yaşamaktan zevk alırım			
20-Hastalıktan sonra aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getirmediğimi düşünüyorum			
21-Hastalıktan sonra iş ile ilgili kapasitemin düştüğünü düşünüyorum			
22-Hastalandıktan sonra kendimi yalnız hissediyorum			

EK-7. Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)-Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu

Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu (KDQOL™-36)

Sağlığınız

Bu anket sağlığınız ve yaşamınız ile ilgili çok çeşitli sorular içermektedir. Bu konuların her biri ile ilgili nasıl hissettiğinizi merak ediyoruz.

1. Genel olarak, sağlığınız: [Yanıtınızı en iyi açıklayan kutunun içine bir X işareti koyun]

Mükemmel Çok İyi İyi Orta Kötü

Aşağıdaki maddeler tipik bir gün boyunca yapıyor olabileceğiniz etkinlikler ile ilgilidir. Bugünlerde sağlığınız bu etkinlikleri yerine getirirken sizi sınırlıyor mu? Eğer böyle ise, ne kadar? [her satırda bir kutu içine X işareti koyun.]

- | | Evet, çok sınırlıyor | Evet, biraz sınırlıyor | Hayır, hiç sınırlamıyor |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek, bowling veya golf oynamak gibi <u>hafif etkinlikler</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. <u>Birkaç kat merdiven çıkmak....</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınızın bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

- | | Evet | Hayır |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. İsteddiğinizden <u>daha az işi yerine getirebildiniz</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. İşin veya diğer etkinliklerin <u>türüne göre sınırlandınız</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Son 4 hafta boyunca herhangi bir duygusal problemin (depresyon veya anksiyete hissi gibi) bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

- | | Evet | Hayır |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. İsteddiğinizden <u>daha az işi yerine getirebildiniz</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. İşinizi veya diğer etkinlikleri her zamanki kadar <u>dikkatli</u> yapmadınız | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. <u>Son 4 hafta</u> boyunca, <u>ağrı</u> normal işiniz (hem ev dışındaki iş, hem ev işi dahil) üzerinde ne kadar etkili oldu? | | |
| <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Biraz <input type="checkbox"/> Orta Derecede <input type="checkbox"/> Epeyce <input type="checkbox"/> Oldukça Fazla | | |

Bu sorular son 4 hafta boyunca nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her soru için lütfen nasıl hissettiğinizi en yakın şekilde anlatan yanıtı verin.

Son 4 hafta boyunca kaç kere.....

- | | Her zaman | Çoğunlukla | Oldukça çok | Bazen Biraz | Hiçbir zaman |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Sakin ve huzurlu hissettiniz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Çok enerjik oldunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Üzüntülü ve keyifsiz hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. <u>Son 4 hafta</u> boyunca, fiziksel sağlığınız veya duygusal problemleriniz kaç kere sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı, akrabalarınızı, vs. ziyaret) etkiledi? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Hiçbir Zaman | | | | | |

Böbrek Hastalığınız

Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlış?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
13. Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Böbrek hastalığımla uğraşmak kendimi gergin hissetmeme neden oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aileme yük olduğumu düşünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Son 4 hafta boyunca, aşağıdakilerden her biri sizi hangi ölçüde rahatsız etti?

	Hiç rahatsız etmedi	Biraz rahatsız etti	Orta ölçüde rahatsız etti	Çok fazla rahatsız etti	Oldukça rahatsız etti
17. Kaslarınızda acıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kramplar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cilt kaşıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kuru cilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nefes darlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Bitkinlik veya baş dönmesi

24. İştah azalması

25. Yorgunluk veya bitkinlik

26. Ellerde veya ayaklarda uyuşukluk

27. Bulantı veya mide bozulması

28^a. (Sadece hemodiyaliz hastaları)

Giriş bölgesinde
sorun

28^b. (Sadece peritonal diyaliz hastaları)

Kateter bölgesinde
sorun

Böbrek Hastalığının Günlük Yaşamınız Üzerindeki Etkileri

Bazı insanlar böbrek hastalığının günlük yaşamları üzerindeki etkilerinden rahatsız olurken, bazıları olmaz. Böbrek hastalığı aşağıdaki alanların her birinde sizi ne kadar rahatsız ediyor?

	Hiç	Biraz	Orta ölçüde	Çok fazla	Oldukça
	rahatsız etmiyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor
29. Sıvı kısıtlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diyet kısıtlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ev içinde çalışabilme kapasiteniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Seyahat edebilme kapasiteniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Doktorlara ve diğer tıp personeline bağımlı olmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Böbrek hastalığının neden olduğu stres veya üzüntüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Cinsel yaşamınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Kişisel görünümünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-8. Hastalarının Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Hemşirelik Eğitim Rehberi

HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAYA YÖNELİK HEMŞİRELİK EĞİTİMİ

HAZIRLAYAN:

ZEYNEP BİRGE

Merhaba sevgili diyaliz hastalarımız hazırlamış olduğumuz bu eğitim kitapçığında sizlerin sıkça karşılaştığınız sorunlar ve bu sorunlara yönelik sizlere hemşirelik eğitimi verilecektir.

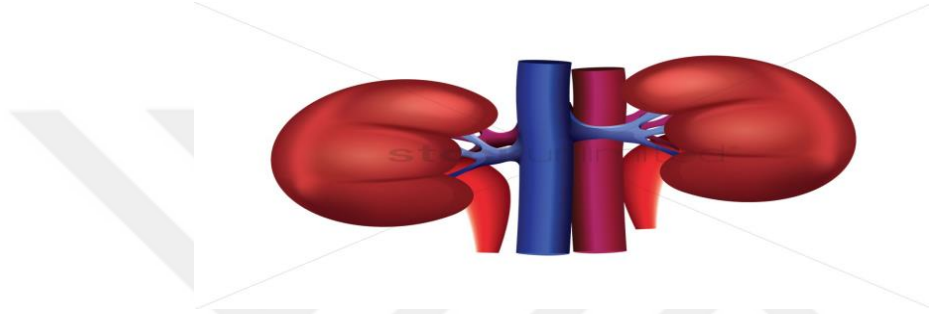


1. KRONİK HASTALIK KAVRAMI

Kronik hastalık; hastalığın seyri iyi olmayan, ölüm tehdidi oluşturan, vücutta geri dönüşümü olmayan bozukluklar, beden görünüşünde kayıplara ve psikolojik sorunları ortaya çıkaran durumdur.

2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

Kronik böbrek yetersizliği, böbrek fonksiyonlarında kronik, ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan bir bozulma halidir.



Dünyada 10 kişiden birinde böbrek hastalığı bulunmaktadır. Türk nefroloji derneğinin yaptığı tarama çalışmalarına göre, Türkiye’de her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde Kronik Böbrek Hastalığı bulunduğu gösterilmiştir.

Kronik Böbrek Hastalarının;

- %78.37’si Hemodiyaliz
- %6.04’ü Periton Diyalizi
- %15.59’u Transplantasyon
- Tedavisi ile yaşamlarını sürdürmektedirler.

3. DİYALİZ NEDİR?

Böbrek yetmezliği olan hastalarda vücutta biriken zararlı maddeleri temizleme işlemidir.

4. HEMODİYALİZ NEDİR?

Hemodiyaliz işlemi uygulanabilmesi için bir damar yoluna ihtiyaç duyarız. Bunun için kolda fistül denen arter-ven bağlantısı cerrahi olarak oluşturulur. Hastanın damar yolu kullanılarak, hastadan alınan kirli kan makinede temizlenerek hastaya aynı damar yolundan geri verilmesi işlemidir. Diyaliz işlemi genellikle haftada 2 veya 3 kez uygulanır. Haftada kaç kez diyalize gireceğiniz, diyalizin süresi ve diğer parametreler hekim tarafından hastaya özel olarak belirlenir.

5. DİYALİZ TEDAVİSİ

Diyaliz tedavisi, hastaların yaşamını kurtarmakla birlikte, normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini , öz bakım gücünü de önemli ölçüde kısıtlamaktadır.

İlk olarak bir diyaliz hastası hangi sorunlarla karşılaşır sorumuzun cevabını hep birlikte bulalım!!!



Sizlere ilk olarak karşılaştığımız problemlerden bahsedelim;

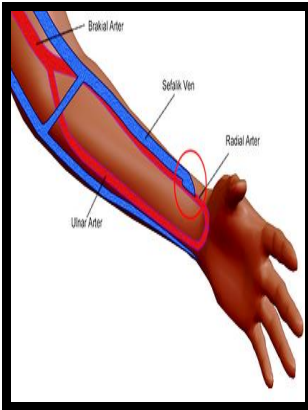
- *Aşılama*
- *Ruhsal sorunlar*
- *Enfeksiyonlar*
- *Beslenme bozuklukları*
- *Uyku bozuklukları*

- *Cinsel fonksiyonlarda bozukluk*
- *Kardiyovasküler hastalıklar*
- *Sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları*
- *Gastrointestinal sorunlar*
- *Troid hastalıkları*
- *Nörolojik hastalıklar*
- *Akciğer ve cilt hastalıkları*

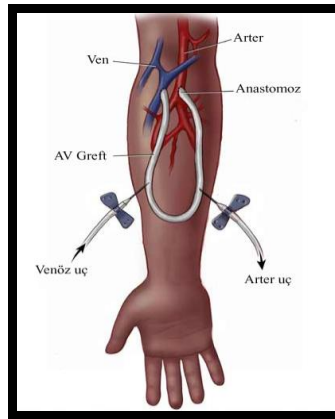
Bu eğitimdeki amacımız sizlerin bu sorunlardan hangileriyle karşılaştığınız ve bu sorunlar karşısında ki çözüm bulma yöntemlerinizin ne kadar etkili olduğunu saptamaktır. Bu doğrultuda hemşirelik eğitimlerinin sizlerin bu sorunlardan baş edebilmenize ne düzeyde yarar sağlayacağını bulmaktır.

6. HEMODİYALİZDE DAMAR GİRİŞ YOLLARI

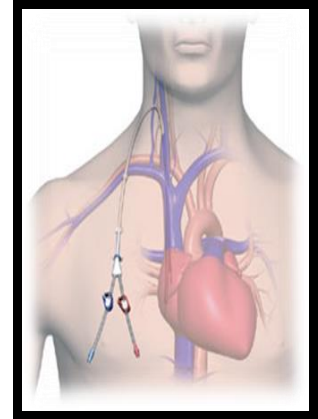
- *Arteriyovenöz Fistül*
- *Arteriyovenöz Greft*
- *Kalıcı Kateter*
- *Geçici Kateter*



Arteriyovenöz Fistül



Arteriyovenöz Greft



Kalıcı Kateter

Fistülünüzün Olgunlaşma Aşamasında Neler Yapmalısınız?

- Olgunlaşma süresi sırasında, damar erişim yolunuza aşırı özen göstermeniz gerekir. Bu dönem boyunca, enfeksiyondan korumak ve güvende tutmak için işlem yapılan bölge bir bandajla kapatılabilir.
- Doktorunuz ya da hemşireniz ara sıra fistülünüzün durumunu kontrol edecektir. Cerrahi müdahaleden sonra, fistüllü kolunuza nasıl bakım yapacağınız konusunda doktorunuzun önerilerini izlemeniz çok önemlidir.
- Fistüllü kolunuza egzersiz yaptırarak, fistüldeki kan akışını artırırız. Bu, fistülünüzü genişletir ve iğne girişi için hazırlar.
- Fistülünüz henüz tamamen olgunlaşmamışsa lütfen daha fazla öneri için doktorunuza danışın.

Fistül Gelişimi İçin Yapabileceğiniz Egzersizler

- Normal bir çamaşır mandalını alın, işaret parmağınız ve başparmağınızla sıkıştırarak açıp kapatın. Bu egzersizi 5 dakika boyunca günde 6 kez tekrarlayın.
- Yumuşak bir topu, fistüllü kolunuza ait elinizde tutun kolunuzu vücudunuzun yanında aşağıya sarkıtın yaklaşık 5 dakika boyunca elinizi sürekli açıp kapatarak topu sıkın.
- Parmak uçlarına dokunma her bir parmağınızı başparmağınızın “ucuna” dokunun, bu işlemi 5 dakika boyunca tekrarlayın. Her dokunuştan sonra elinizi açmayı unutmayın. Parmak uçlarınızı başparmağınıza dokundurmayı 5 dakika boyunca günde 6 kez tekrarlayınız.

Günlük hayatınızda fistül bakımınızı nasıl yapabilirsiniz?

- Fistülün başarılı bir diyaliz tedavisinde önemli bir rol oynadığını düşünürsek, onu iyi durumda tutmak gerçekten önemlidir.
- Fistülünüzün her gün kontrol edilmesi gerekir!
- Her şeyin yolunda olduğundan emin olmak için gözlerinizi kulaklarınızı ve parmaklarınızı kullanmanız gereklidir.
- Fistüllü kolunuza bakarken, kızarıklık ve şişme belirtilerine dikkat edin.
- Fistül kontrol etmenin en kolay yolu elinizi fistül üzerine koymaktır. “**Tril**” denilen ritmik bir titreşim/uğultu hissi(kedi mırıltısı)duymalısınız. Fistülünüzü elle muayene ederken, olağandan daha ağrılı ya da sıcak olup olmadığına özellikle dikkat edin.

Fistülünüzü korumak için kaçınmanız gerekenler dikkat!!!

- Fistülün sıkışmasına neden olabilecek sıkı giysiler giymek veya saat ya da bilezik gibi kısıtlayıcı aksesuarlar takmak.
- Fistüllü kolunuzun üzerinde uyumak, fistülünüzde geçici olarak kan dolaşımının azalmasına yol açabilir.
- Fistüllü kolunuzu sertçe bükmek.
- Tansiyon aletinin manşonun şişirilmesi kan damarlarının sıkıştırılmasına neden olduğundan, fistüllü kolunuzdan tansiyonunuzu ölçmek.
- Kan alma ya da enjeksiyon gibi sonrasında kanamayı durdurmak için bası uygulanması gereken işlemler. Ayrıca, bu konuda eğitilmiş olmayan personelin fistüle zarar verme olasılığı vardır.
- Erişim yolunuzu, yalnızca bu amaç için kullanılan sabun ve su ile her gün ve her diyaliz seansı öncesinde yıkayın.

- Fistül yönüne doğru öksürmeyin ya da hapşırmayın.
- Yaralanmalara karşı koruyun
- Fistüllü kolunuza fazla yüklenmeyecek, hafif koşu,yürüyüş ya da bisiklet gibi sporları yapabilirsiniz.
- Fistülde yaralanmaya neden olabilecek, bavul ya da paket benzeri ağır nesnelere kaldırmak gibi işlerden kaçının.
- Fistül alanını, özellikle de erişim bölgelerini çizmekten kaçının.
- Yüksek ya da düşük sıcaklıklara dikkat edin.
- Çok yüksek ya da düşük sıcaklıklar da fistülünüz üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir ve kan pıhtılaşmasına neden olabilir.
- Aşırı sıcak damarların genişlemesine ve kan basıncı ile kan akışının azalmasına neden olur.
- Aşırı soğuk, damar büzülmesine, bundan dolayı da özellikle fistüllü kolda olmak üzere kol ve bacaklarda kan akışının yavaşlamasına neden olur.

Diyaliz Merkezinde Fistül Bakımı

A. Tedaviden önce

- Tedaviden önce fistüllü kolunuzu her zaman yıkayın.
- Bir anestetik bant önerilirse, lütfen önce kolunuzu yıkayın bandı uygulayın, ardından çıkarıp iğne girişiminden önce tekrar yıkayın.
- Hemşire, iğne girişimi öncesinde her zaman cildinizi dezenfekte edecektir.

B. Tedavi sırasında

- İğnelerin yerinden çıkmaması için kolunuzu sabit ve rahat tutun.
- Hemşirelerin her şeyin yolunda olup olmadığını kolayca kontrol edebilmesi için fistülli kolunuzu elbise ya da kalın battaniyeyle kapatmamayı hep aklınızda bulundurun.

C. Tedavi sonrası

- Tedavi tamamlandığında iğneler çıkarılır. Kanama durana kadar gazlı bezi iğne bölgelerinde tutmanız gerekecektir; bu işleme kanama durdurma denir. Girişim bölgelerinizi doğru şekilde tutmak kanama süresini kısaltacak, erişim yoluna zarar vermeyi engelleyecek ve eve daha çabuk dönmenizi sağlayacaktır.

DİKKAT !!!

- Fistülün susması, trilin çalışmadığının göstergesidir. Acil durum arz eder ve hemen doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz.
- Fistül olan kolunuzu travmalardan korumalısınız, uygun kıyafet tercih etmeli, banyo yaparken aşırı sıcaktan kaçınmalı ve özen göstermelisiniz, kanama sızıntı, kızarıklık, ağrı gibi durumlarda da hemen doktorunuza veya hemşirenize durumu bildiriniz.

Kateter Bakımı ve Dikkat Etmeniz Gerekenler

- Kateter bakımınız bu konuda eğitimli hemşireleriniz tarafından her diyaliz sonunda yapılacaktır.
- Kateter pansumanınızı bir dahaki diyaliz seansınıza kadar temiz ve kuru tutmaya özen gösteriniz.
- Mutlaka kapalı bir şekilde muhafaza edin ve kendiniz evde pansumanı açmayın ve kateterinizi açık bırakmayınız.
- Çıplak elle kateter bölgesine kesinlikle dokunmayın, kateterinizi çekmeyin, herhangi bir ağrı, kızarıklık, akıntı, koku, kanama, morarma gibi durumlarda doktorunuzla veya hemşirenizle mutlaka görüşün.
- Kateter olan tarafınızın tersi yönde yatmaya özen gösteriniz.
- Evde ateşinizi sürekli kontrol ediniz,37,5 derecenin üzerinde ve üşüme titremeniz olursa hekiminize haber veriniz.
- Haftada 2 kez diyalize giriyorsanız, seans günü haricinde mutlaka diyaliz merkezimize giderek pansuman yaptırınız.
- Kateteri başka amaçla (kan vermek, ilaç vermek vs.) kullanmayınız.
- Kateter yeri ıslanırsa pansumanı acilen sağlık kuruluşunda değiştiriniz kendiniz pansuman yapmayınız.

Sevgili Hastalarımız İlaç Kullanımında Nelere Dikkat Etmeliyiz?

- İlaçlarınızı mutlaka doktorunuzun belirttiği zamanlarda ve şekilde almanız gerekir.
- EPO(Eritropoetin): Alyuvarların oluşumunu destekleyen bir hormondur ve kronik böbrek hastalığıyla ilişkili kansızlığı (anemi) tedavi etmek için verilir. Bu ilacı diyaliz merkezinde alırsınız. Bu tür ilaçlarınızı dolabın kapısında buzdolabı kesinlikle olmayacak şekilde muhafaza edebilirsiniz.Aşırı soğuk ve sıcak ilacın

etkisinin kaybolmasına neden olmaktadır. Hemodiyalize geleceğiniz gün ilacınızı bir buz kalıbıyla birlikte götürünüz böylece ilacınız bu süre içinde de korunmuş olacaktır.

- Demir: Aneminin tedavisinde yardımcı olur (alyuvarların azalması). Demir ilaçlarını diyaliz tedaviniz sırasında alacaksınız. Bu ilaçlarınızı oda sıcaklığında muhafaza etmeniz yeterli olacaktır.
- D vitamini: Kronik böbrek hastalığının evresine bağlı olarak kalsiyum ve fosfor dengesi ve PTH dengesi bozulur. Bu dengeyi sağlamak için D vitamini hemodiyaliz tedavisi sırasında hem ağızdan hem de damar yoluyla verilebilir. Bu ilacınızı oda sıcaklığında muhafaza edebilirsiniz.
- Yemek Arası Hapları (Fosfat Bağlayıcılar): Bunlar, vücudunuzda sıklıkla kaşıntı, kemik değişiklikleri, hem atardamar hem de toplardamarlarda kireçlenmeye neden olabilen kalsiyum ve fosfat seviyelerini kontrol etmeye yarayan tablet veya kapsüllerdir. Fosfat bağlayıcılar gıdalarınızdan aldığınız fosfatı azaltmaya yardımcı olur gıdalardaki fosforu bağlar. Bu nedenle bu ilaçların genellikle öğün içinde alınması gerekir.
- Tansiyon İlaçları (Anti-hipertansifler): Bu ilaçlar, kan basıncınızı kontrol etmeye yarayan ilaçlardır. Hekiminizin belirttiği şekilde almanız önemlidir.

⇒ **Ciltte Kaşıntı ve Kuruluk Sorunu**

- Şaşırtıcı şekilde çok sayıda kronik diyaliz hastası, can sıkıcı kuru cilt ve kaşıntı sorunları yaşar. Bu cilt şikâyetleri yaşamı tehdit etmez ama çok rahatsız ve tedirgin edici olabilir, sonuç olarak da yaşam kalitenizi etkileyebilirler.

Ciltte Kaşıntı ve Kuruluk İçin Neler Yapmalısınız?

- Sıcak banyolardan kaçının, genelde duş almak önerilir.
- Pamuklu ve diğer doğal kumaşlardan yapılmış elbiseler giymeye çalışın.
- Günlük temizleme ve nemlendirme içeren iyi bir cilt bakımı alışkanlığı da yardımcı olabilir.
- Durumu kötüleştirebilecek sıyrıkları önlemek için düşmemek veya ciltte travmadan kaçınmak için gereken her şeyi yapın.
- Hepsinden önemlisi lütfen kaşınmamaya çalışın! Kaşımak, kaşıntıyı daha kötü hale getirme eğilimindedir ve hatta cilde zarar vererek enfeksiyona yol açabilir. Kaşınmayı ve sıyırmayı önlemek için tırnaklarınızı her zaman kesin.
- Deterjanlar, sabunlar ve losyonlardaki güçlü parfümler alerjik reaksiyonlara neden olabildiğinden veya durumu kötüleştirebildiğinden bunlardan kaçınmaya çalışın.

⇒ Uyku Problemi

- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde sıklıkla uyku sorunu yaşanmaktadır. Bazılarında uyku apne sendromu adı verilen özel bir durum söz konusu olabilir. Bu durum bireylerde uyku sırasında nefes alma dönemleri solunum duraksaması aralıkları ile kesilir. Zamanla da bu sorun gündüz uyuklama gece uykusuzluk şeklinde uyku düzensizliğine neden olur.
- Solunum duraksaması böbrek yetmezliğinin, nefes alıp verme kontrolü üzerine olan etkisiyle ilişkili olabilir.

Uyku Probleminizin Nedenleri Nelerdir?

- Uykun probleminizin nedenleri ağrı, rahatsızlık hissi, sinirlilik ve huzursuz bacak sendromu olabilir.

- Huzursuz bacak sendromunda sanki biri bacaklarınıza ani bir uyarı veriyormuş gibi hissedebilirsiniz yada birisine tekme atıyormuş gibi kontrolsüz bacak hareketlerinde bulunabilirsiniz.
- Sinir hasarları ve kimyasal dengesizlikler sizde bu duruma neden olabilir.
- Bu gibi sorunlarınızı doktorunuzla veya hemşirenizle mutlaka paylaşınız.

Peki, Bu Sorunlar Karşısında Neler Yapabiliriz?

- Aşırı kiloluysak kilo vermelisiniz
- Uyku pozisyonunuzu değiştirebilirsiniz
- Gün içinde düzenli ve hafif egzersizler yapabilirsiniz
- Masaj ve ılık banyo sizi rahatlatır
- Kafein ,alkol ve tütün ürünlerinin tüketimini azaltmalı veya hiç almamalısınız.

Beslenmemizde Dikkat Etmemiz Gerekenler

- Doğru beslenme alışkanlığı diyaliz tedavinizin iyi gitmesini sağlayacağı gibi sağlığınıza, yaşam kalitenize de doğrudan ilişkilidir.

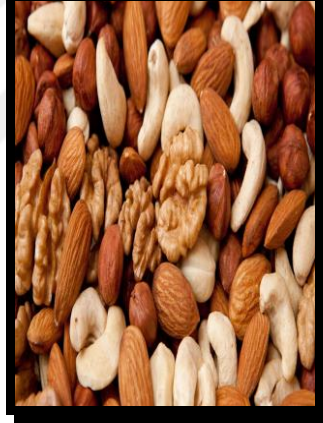
⇒ **Beslenme Konusunda Genel Kurallarımız**

Her gün ne kadar sıvı almalıyım?

- Günlük gereksinim duyduğunuz sıvı miktarı doktorunuz tarafından belirlenmelidir. Doktorunuz tarafından size sıvı durumunuzla ilgili verilen bilgileri uygulamanız oldukça önemlidir. Sıvı olarak yalnızca su, kahve, çay ya da süt gibi içecekleri değil, yoğurt, dondurma ya da çorba gibi oda sıcaklığında sıvı olan yiyecekleri de düşünmeniz gerektiğini unutmayın.
- Sıvı alımını azaltmak için günlük kullanımda küçük bardak tercih edin, tuz tüketiminizi mümkün oldukça azaltın, ılık su için gerekirse sadece ağzınızı su ile çalkalayın.

Potasyum hakkında ne bilmeliyim?

- Potasyum özellikle süt, taze meyve ve sebzeler gibi birçok yiyecekte bulunmaktadır.
- Kalp atımlarımızın düzenli olmasında etkilidir.
- Yiyeceklerle fazla miktarda alınması kalbiniz için tehlikeli olabilir; hatta lme bile neden olabilir.
- Potasyum içeren yiyecekler: muz, kivi, kayısı, kurutulmuş meyveler, portakal, kavun, patates, sebzeler (ıspanak, patates, brokoli, domates ve diğer koyu yeşil yapraklı sebzeler), süt ve süt ürünleri ve çerez gibi gıdalardan mümkün oldukça uzak durmaya alışmalız.
- Patates ve diğer sebzelerin kabuklarını soyduktan sonra bol suyun içinde birkaç saat bekletmek potasyum oranını düşürür.



Fosfor hakkında ne bilmeliyim?

- Fosfor birçok yiyecekte bulunmaktadır. Eğer kanınızda yüksek miktarda fosfor bulunursa bu durum kemiklerinizden kana kalsiyum geçişine neden olur.
- Kalsiyum kaybetmek kemiklerinizin zayıf düşmesine ve kolay kırılabilir hale gelmesine neden olur.
- Ayrıca fazla fosfor düzeyi cildinizde kaşıntılara da neden olur.

- Fosfor içeren yiyecekler süt, peynir, kuru fasulye, bezelye, kolalı içecekler, bira, siyah çikolata, ceviz ve yer fıığı ezmesidir.



Proteinler Hakkında Ne Bilmeliyim?

- Alabildiğinizce yüksek kalitede protein içerikli yiyecekler tüketmelisiniz
- Ne kadar iyi beslenirseniz o kadar sağlıklı olursunuz.
- Enfeksiyonlara karşı direnciniz artar ve herhangi bir cerrahi operasyon sonrasında daha kısa sürede iyileşirsiniz.
- Proteinler kaslarınızın korunması ve doku onarımı konusunda yardımcıdır.
- Yüksek kaliteli proteinler, et, balık, kümes hayvanı etleri, yumurta (özellikle beyazı)



Tuz Tüketimi Konusunda Ne Bilmeliyim?

- Tuz tüketiminizi mümkün olduğunca en aza indirmelisiniz.
- Fazla tuz tüketiminiz aynı zamanda fazla su tüketiminize neden olur.
- Bu durumda zamanla vücudunuzda ödem dediğimiz sıvı birikimine neden olur,yüksek tansiyon,kalp yetmezliği,akciğer ödemi gibi sorunları ortaya çıkarır.
- Kendinizi tuzsuz yaşam alışkanlığı kazandırın.
- Düşük tuz içerikli taze yiyecekler tüketmeye özen gösterin.
- Sodyum tuz ve diğer yiyeceklerin hepsinde de bulunmaktadır.

⇒ Fiziksel Egzersiz

Egzersiz nasıl yardımcı olur?

- Düzenli egzersizin birçok yararı vardır: Yalnızca olumlu etkilere sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda daha sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik eder. Düzenli spor, işlerinizi yapmak için size daha fazla enerji verir ve yaşamınız üzerinde daha iyi kontrol hissi sağlar. Kan basıncınız için iyidir ve kalp sorunlarını önlemeye yardımcı olabilir.

Egzersizin faydaları nelerdir?

- Sindiriminizi iyileştirir
- Enerji düzeylerinizi yükseltir
- Daha iyi uyku sağlar
- Kolesterol düzeylerinizi düşürür
- Stresi azaltır
- Kalp hastalığı riskini düşürür

Enfeksiyonlardan Korunmak İçin Neler Yapmalıyız?

DİKKAT!!!

Enfeksiyonlar sizler için büyük bir risktir. Peki neden?

Çünkü enfeksiyonlar sizin yaşam kalitenizi düşürür, ölüm oranlarını ve hastalığınız için harcadığınız para miktarını arttırır.



⇒ Diyaliz Hastalarında Enfeksiyon

- Diyaliz hastaları birçok enfeksiyon açısından sağlıklı insanlara oranlara daha fazla risk altındadırlar.
- Bu nedenle diyaliz hastalarının beslenme, hijyen, el yıkama alışkanlığı, kateter ve fistül bakımı temizliği konusunda bilinçli olmaları ve gerekli özeni göstermeleri gerekmektedir.
- Kateterinizi ve fistülünüzü her zaman temiz tutun.
- Kateterinizin pansumanını mutlaka bir sağlık kuruluşunda hijyen kurallarına uygun olarak yaptırınız.
- Fistülünüzü de her diyaliz öncesi ve sonrasında ılık su ve sabunla yıkayın.
- Ellerinizi su ve sabunla 2-3 dakika boyunca yıkayın.
- Hepatit B aşınızı mutlaka yaptırınız ve aşı kartlarınızı diyaliz hemşirenize getiriniz böylece aşı takibiniz yapılacaktır.

- Grip, kronik böbrek yetmezlikli hastalarda daha şiddetli seyrettiği ve komplikasyonlara yol açtığı için grip aşısı yaptırmanız önerilmektedir.
- Grip mevsimi başlamadan önce her yıl aşı yaptırabilirsiniz. Bu konuda hekiminizden yada hemşirenizden bilgi alabilirsiniz.
- Özellikle soğuk kış aylarında üşütmemeye hasta olmamaya daha fazla dikkat ediniz.
- Kateter bölgenizde ağrı, kızarıklık, sızıntı, ateş gibi belirtiler enfeksiyonunun göstergesidir. Bu gibi durumlarla karşılaşırsanız mutlaka doktorunuza yada hemşirenize bildiriniz.
- Vücut ısınız evde de ölçebilirsiniz ve vücut ısınız 37,5 derecenin üzerinde olursa ve titreme, üşüme gibi durumlarda da doktorunuza yada hemşirenize bildiriniz.
- Düzenli ve dengeli beslenmeniz vücut direncinizi yükseltir ve enfeksiyonlara karşı daha fazla korunursunuz.
- Grip aşınızı her yıl sonbahar mevsiminde
- Tetanoz, difteri aşılarınızı 10 yılda bir yaptırınız.

⇒ **Hepatit B bağışıklık**

- Hepatit B aşınızı mutlaka yaptırınız
- Aşınız 4 defa yapılacaktır.
- İlk aşınız
- İlk aşından 1 ay sonra 2. aşınız
- 2. aşınızdan 1 ay sonra 3. aşınız
- 3. aşından 4 ay sonrada 4. aşınızı yaptırmalısınız. Aşı kartınızı hemşirenize mutlaka getiriniz böylece aşı takibiniz ve koruyuculuğunuz takip edilir.

⇒ **Cinsel Fonksiyon Bozukluğu**

- Her iki cinsiyetten diyaliz hastalarının da cinsel sorunları vardır.
- Erkeklerde ve kadınlarda cinsel istek %70 oranında azalmaktadır.
- Cinsel ilişki sıklığı azalmıştır.
- Ayrıca vaginal kuruluğa bağlı ağrılı cinsel temas vardır.
- Cinsel fonksiyon bozukluğunda psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı kabul edilir.
- Erkeklerde depresyon, iş kaybına bağlı olarak aile içindeki rolünün tersine dönmesi, idrar yapma fonksiyonunun kesilmesi cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olur.
- Hormonal değişiklikler, diyabet, vasküler bozukluk veya tansiyon ilaçlarının kullanımı gibi faktörler de cinsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olabilir.
- Cinsellikle ilgili endişelerinizi ve sorunlarınızı paylaşmaktan kaçınmayınız.
- Doktorunuz veya hemşirenizle konuşabilirsiniz.
- Gerekirse uzman bir psikologdan yardım alabilirsiniz.

⇒ **Psikolojik Sorunlar**

- Birçok psikolojik probleminizi gelişmeden önlemeniz mümkündür.
- Sizlerin kişiliğinize, hayat tarzınıza uygun diyaliz şekli seçilebilmektedir.
- Yaşayabileceğiniz cinsellikle ilgili problemlerinizde sizlerde psikolojik sorunlara neden olabileceğini unutmayın.
- Cinsel davranış terapisi ile cinselliğe yöneltme ve cesaretlendirmeyi içine alan terapilerde bulunmaktadır. Amaç cinsellikten kaçınmanın ortadan kaldırılmasıdır.

- Aşırı zorlamadan düzenli yapılacak egzersiz depresyon ve anksiyetenizi azaltmaya yardımcı olacaktır.
- Hastaların birçoğu daha önceki hayatlarındaki işlerini yapamamanın sorunlarını yaşamaktadırlar.
- Ancak bu durum karşısında kendinizi hayattan soğutmayın ve kendinize uygun işlerle uğraşmaya gayret edin.
- Sorumluluklarınızı mümkün oldukça üstlenin.
- Gerekirse uzman bir psikiyatristten yardım alabilirsiniz.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı. İstanbul, 2003: 541-599.
2. Birol L. İdrar yolları-Böbrek hastalıkları tedavisi ve hemşirelik bakımı, İçinde Akdemir N, Birol L, (editör). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 2003: 565-603.
3. Smeltzer S, Brenda B, Boyer M. *Brunner and Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*, 9th ed. Lipincott-Raven Publishers, New York, 2000: 212-255.
4. Bilir N. Gelecek yüzyılların önemli sağlık sorunu: kronik hastalıklar. *Yeni Türkiye Derg.*, 2001, 39:953.
5. The National Kidney Foundation. About Chronic Kidney Disease. <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>. 10 Şubat 2017.
6. Değirmenci Saltürk AG. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2006.
7. Arık N. Ateş K. Süleymanlar G. Tonbul HZ. Türk S. Yıldız A. *Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı*. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 2009: 55-72.
8. Levy L. Morgan J. Brown E. *Oxford Diyaliz El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004: 87-95.
9. Besarab A, Raja RM. Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları. Bozfakıoğlu S. (çev ed.), *Diyaliz El Kitabı*, 3. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 67-83.
10. Ören B. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.