

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM GÜCÜ
VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAVA KURBUN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MART
2017**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM GÜCÜ
VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAVA KURBUN

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. İLKNUR METİN AKTEN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MART
2017**

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans öğrencisi Hava KURBUN tarafından Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN'in danışmanlığında hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 31 /03/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Özgül EROL
Trakya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri

Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu



Jüri

Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu

BEYAN

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

Hava KURBUN

İTHAF

Eşime ve çocuklarıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübesi ile yol gösteren, desteğini ve değerli vaktini benden esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince destek ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN ve Meliha YAVUZ TAŞÇI'ya

Bu günlere gelmemde büyük emek harcayan ve hayatımın her aşamasında verdikleri destekle hep yanımda olan aileme,

Her zaman yanımda olan ve destekleyen bu zor çalışma dönemimde anlayış gösteren kızlarıma ve eşime en içten duygularıyla sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı ve Evreleri.....	3
2.2.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi.....	4
2.3.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi.....	5
2.4.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri.....	7
2.5.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi.....	8
2.5.1.Hemodiyaliz.....	9
2.6.Öz-Bakım Kavramı.....	18
2.6.1.Öz-Bakım Kuramı ve Alanları.....	19
2.6.2.Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü.....	20
2.7.Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı ve Alanları.....	21
2.7.1.Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	23

3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü	25
3.2.Araştırma Soruları	25
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5.1.Araştırmanın Evreni.....	26
3.5.2.Araştırmanın Örneklemi	26
3.6.Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Veri Toplama Araçları.....	27
3.7.1.Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)	28
3.7.2.Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği (DDSÖ) (Ek-2)..	28
3.7.3.Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3).....	28
3.7.4.Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36) (Ek-4)	29
3.8.Verilerin İstatiksel Analizi.....	30
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.10.Araştırmanın Etik Yönü.....	32
4.BULGULAR	33
4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.2.Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular	35
4.3. Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	44
4.4. Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	54
5.TARTIŞMA.....	58
5.1.Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	58

5.2.Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.3.Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	74
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR.....	78
FORMLAR.....	92
ETİK KURUL KARARI.....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	117

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: 2012 yılı KDIGO Kılavuzu'na göre kronik böbrek hastalığında GFH kategorileri.....	4
Tablo 2-2: 2014 yılı içinde hemodiyaliz programına alınan hastaların altta yatan etiyojik nedenlere göre dağılımı.....	6
Tablo 2-3: Sistemlere göre kronik böbrek yetmezliğinin belirti ve bulguları.....	7
Tablo 2-4: Hemodiyalizin avantajları ve dezavantajları.....	10
Tablo 2-5: Daugridas II Formülü.....	11
Tablo 3-1: Araştırmanın örnekleme.....	26
Tablo 3-2: Verilerin istatistiksel analizi.....	31
Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular.....	34
Tablo 4-2: Hastaların hemodiyaliz tedavisi ve bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 4-3: Hastaların hemodiyaliz tedavisi komplikasyonlarına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	40
Tablo 4-4: Hastaların hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerinin dağılımı.....	42
Tablo 4-5: Hastaların Kt/V oranının dağılımı.....	43
Tablo 4-6: Hastaların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kitle indeksi ve kan basıncı ortalamaları.....	43
Tablo 4-7: Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	44
Tablo 4-8: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler.....	46
Tablo 4-9: Hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler.....	47
Tablo 4-10: Hastaların hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler.....	49
Tablo 4-11: Hastaların Kt/V'ye göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler.....	50

Tablo 4-12: Hastaların BKİ'ye göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler.....	50
Tablo 4-13: Hastaların Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler	51
Tablo 4-14: Hastalarda Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk ile Öz-Bakım Gücü ilişkisine yönelik istatistiksel analizler.....	53
Tablo 4-15: Hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.	54
Tablo 4-16: Hastalarda Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi arasındaki ilişki.....	57



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yaşam kalitesini azaltan ve arttıran durumlar.....	22
Şekil 2-2: Yaşam kalitesinin alanları.....	23



KISALTMALAR LİSTESİ

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

TND: Türk Nefroloji Derneği

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızının

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

RRT: Renal Replasman Tedavi

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi)

NKF-KDOQI: National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi)

NKF-DOQI: National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative (Ulusal Böbrek Vakfı-Diyaliz Sonuçları Kalite Girişimi)

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

USRDS: United States Renal Data System (Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi)

TSY: Transferrin Satürasyon Yüzdesi

EPO: Eritropoietin

K: Potasyum

BUN: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Azotu)

Htc: Hematokrit

Hgb: Hemoglobin

HDL: High-Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoproteinler)

LDL: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

Kt/V: Kreatinin Time/Volüm

KDOQI: The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi)

WHOQOL: The World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu)

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

DDSÖ: Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği

SF-36: The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma 01.11.2015-18.03.2016 tarihleri arasında Kırklareli ilindeki dört hemodiyaliz merkezinde gerçekleştirildi. Örnekleme araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 149 hemodiyaliz hastası oluşturdu. Veriler Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36) kullanılarak elde edildi. Örneklem grubunun yaş ortalaması $64,99 \pm 11,08$ 'dir. Örnekleme oluşturan hastaların %53'ü erkek olup, %69,8'i evlidir. Evli, lise ve üzeri eğitim alan, çekirdek aile yapısında olan, emekli ve memurlarda öz-bakım gücü daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Ayrıca ekonomik durumu iyi, tedavi giderlerini karşılayabilen, hastalıklara yönelik tedavi alan, beden kitle indeksi $18,50 \text{ kg/m}^2$ altında, evde baskülü bulunan, düzenli kilo ve ödem takibi yapan hastaların daha yüksek öz-bakım gücüne sahip olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Hastalarının Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması $30,18 \pm 5,27$ olarak hesaplandı. Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık toplam puan ortalaması $55,01 \pm 8,42$ ve Mental Sağlık toplam puan ortalaması $61,52 \pm 10,96$ olarak bulundu. Hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Bu sonuçlar hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Bu doğrultuda hemodiyaliz hemşirelerine hastaların öz-bakım gücünü etkileyen faktörlere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi ve bu eğitimi hemşirelik uygulamalarına geçirmeleri konusunda teşvik edilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, öz-bakım, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Evaluating the Self-Care Agency and Life Quality of Hemodialysis Patients

This study is applied as descriptive in order to designate the factors affecting self-care agency of hemodialysis patients and to evaluate the relationship between self-care agency and life quality. The research is carried out in 4 hemodialysis centers in the province of Kırklareli between 01.11.2015 and 18.03.2016. 149 hemodialysis patients adapting the criteria of research sample are determined. The data has been collected by using Introducing Features Information Form, The Dialysis Diet and Fluid Nonadherence Questionnaire, Self-Care Agency Scale and The MOS 36 item Short Form Health Survey SF-36. The average age of sample group is 64.99 ± 11.08 . 53% of the patients are male and 69.8% of them are married. It is found that the ones who are married, graduated from secondary and postsecondary schools, have a nuclear family, retired and civil servants have a higher level of self agency ($p < 0.05$). Also it is designated that the ones who are in a good economical condition, can afford treatment costs, receive treatment for diseases, have a bascule in their houses, watch their weight and control dropsy and whose body mass index is lower than 18.50 kg/m^2 have a higher level of self-care agency ($p < 0.05$). The average of total points of patients Self-Care Agency Scale is calculated as 30.18 ± 5.27 . It is found that the total point average of Physical Health in Life Quality Scale is 55.01 ± 8.42 and the total point average of Mental Health is 61.52 ± 10.96 . It is noticed that there is a statistically significant and positive relationship between self agency and life quality of patients ($p < 0.05$). These results show that when self agency improves, the life quality of the hemodialysis patients raises. In this direction, it can be recommended to give in-service training to hemodialysis nurses about the factors that affect self care agency of patients and to promote this training applying in nursing practices.

Key Words: Hemodialysis, self-care, life quality

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) dünyada ve ülkemizde yaygın görülen önemli bir sağlık sorunudur (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014). Kronik böbrek yetmezliği prevalansındaki artış, morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve tedavi maliyetinin yüksek olması nedeni ile toplumsal yükü büyük olan bir hastalıktır (Rayyani et al. 2014). Türk Nefroloji Derneği (TND) Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu verilerine göre ülkemizde böbrek yetmezliği nedeniyle 741 hastaya böbrek naklinin yapıldığı, 9.737 hastaya hemodiyaliz, 969 hastaya ise periton diyaliz tedavisine başlandığı bildirilmektedir (Süleymanlar ve ark. 2015).

Kronik böbrek yetmezliği her yaş grubunu etkileyebilen, iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşamında önemli değişiklikler yapmasına neden olmaktadır. Hastalar sağlık kuruluşuna, hemodiyaliz makinesine ve sağlık personeline bağımlı hale gelmektedir. Haftanın belirli gün ve saatlerinde sağlık kurumuna gitme zorunluluğu aile, iş ve sosyal hayatında aksaklıklar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu aksaklıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015).

Yaşam kalitesi insan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olup, insanın istek ve gereksinimlerini tatmin edici bir şekilde karşılanması olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir şekilde sürdürülmesine temellenmektedir (Perim 2007).

Diyaliz tedavisinin ilk yıllarında başlıca amacı, hastanın yaşam süresini uzatmak iken, günümüzde sadece yaşam süresini uzatmak değil aynı zamanda kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktır (Ören 2010).

Öz-bakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmaları olarak tanımlanabilir. Erişkin bir bireyin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli olarak kişisel çabası olmalıdır. Hemodiyaliz hastalarının öz-bakımlarını yapma düzeyleri hastalık süreci ve semptomlarını kontrol

edebilmelerinde önemlidir. Diyet-sıvı kısıtlamasına uyum, düzenli ilaç kullanımı ve stresle baş çıkabilme öz-bakım davranışları arasında yer almaktadır. Bazı çalışmalarda öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki saptandığı bildirilmiştir (Rayyani ve ark. 2014; Alemdar Çınar Pakyüz 2015; Ghadam ve ark. 2016).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların varolan veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesi ve tedaviye uyum sağlaması sürecinde hasta eğitimi ve hemşirelik bakımı önemli bir yere sahiptir. Hastaların sağlık durumunun devamlılığının sağlanması ve sağlığı bozulanların en iyi bakımı alabilmesi için hemşireler tarafından düzenli aralıklarla kapsamlı tanılama yapılması ve gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir (Öztürk 2011). Hemodiyaliz tedavi sürecinde hemşire hastayı en çok gözlemleyen ve hasta ile en çok iletişime geçen sağlık profesyonelidir. Hemşire hastanın kendi öz-bakımını üstlenmesinde, fiziksel ve psikolojik iyilik haline ulaşmasında gereksinimlerini belirleyerek giderilmesine yardımcı olan, eğiten, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik bakımını uygulamaktadır (Kral ve Yurtsever 2013).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastanın öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini arttırmak için öncelikle varolan öz-bakım gücünün ve yaşam kalitesinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı ve Evreleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalması sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği nefron sayısı ve fonksiyonlarında azalma ile sonucunda son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) götüren pek çok etiyolojik sebebi olan patofizyolojik bir süreçtir (Yalçın ve Akpolat 2007; Tanrıverdi ve ark. 2010; Sezen 2013). Son dönem böbrek yetmezliği ise endojen renal fonksiyonların irreversibl kaybı ile karakterize yaşamı tehdit eden üremiden korunmak için hastaya sürekli renal replasman tedavilerinin (RRT) uygulandığı klinik bir tablodur (Tanrıverdi ve ark. 2010).

Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (Kidney Disease Improving Global Outcomes/KDIGO) çalışma grubu tarafından 2012 yılında Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetimi için hazırlanan Klinik Uygulama Kılavuzu'nda kronik böbrek hastalığı “üç aydan uzun süredir devam eden, sağlığa etkileri olan böbrek yapı ve fonksiyonundaki anormallikler” olarak tanımlanmaktadır (KDIGO 2013).

Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/NKF-KDOQI) tarafından (2002) hastaların tedavisinde uluslararası bir kriter oluşturulması için Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzu hazırlanmıştır. Bu kılavuzda kronik böbrek hastalığı (KBH) glomerüler filtrasyon hızı (GFH) değerine göre 5 evreye ayrılmaktadır (NKF-K/DOQI 2002). Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (Kidney Disease Improving Global Outcomes/KDIGO) çalışma grubu tarafından (2012) hazırlanan Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzu'nda kronik böbrek hastalığının evre 3 olguları evre 3a ve evre 3b olmak üzere iki alt gruba ayrıldığı görülmektedir. Ayrıca albüminüriye dayanan kronik böbrek hastalığı sınıflamasının da eklendiği bilinmektedir (Tablo 2.1) (KDIGO 2013).

Tablo 2-1: 2012 yılı KDIGO Kılavuzu'na göre kronik böbrek hastalığında GFH kategorileri

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanımlar
G1	≥90	Normal veya artmış
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri Evreleri	AER (Albumin Excretion Rate/ Albümin Atılım Hızı) (mg/gün)	Tanımlar
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

2.2.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dünyada ve ülkemizde yaygın görülen önemli bir sağlık sorunudur (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014). Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi'ne (United States Renal Data System-USRDS) (2015) göre 2013 yılı kronik böbrek yetmezliği prevalansı milyon nüfus başına Taiwan'da 3.138 (1.sırada), Japonya'da 2.411 (2.sırada) Amerika'da 2.043 (3.sırada) ve Türkiye'de 870 (31.sırada) olduğu bildirilmektedir (USRDS Annual Data Report 2015).

Kronik böbrek yetmezliğinin morbidite ve mortalite oranları yüksek; ancak farkındalığı ve erken tanısı düşüktür. Buna karşın erken tanı konulduğunda önlenebilen veya seyri yavaşlatılabilen, sağlık bütçelerine büyük yük getiren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014).

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından 23 ilde 10.750 erişkinin katılımı ile yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT) (2006-2009) sonuçlarına göre, ülkemizde genel erişkin popülasyonda kronik böbrek hastalığı

prevalansının %15,7 (7.307.315 kişi) olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada glomerüler filtrasyon hızı düşük (<60 ml/dk) olan hasta oranının %5,1 olduğu hesaplandı (Süleymanlar et al. 2011).

Türk Nefroloji Derneği (TND) Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre ülkemizde son dönem böbrek yetmezliğinin prevalansı giderek artmaktadır. Türkiye’de 2001 yılında milyon nüfus başına 314 olan son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısının 2012 yılında 816’ya ulaştığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014). Türk Nefroloji Derneği (TND) Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu’na göre son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastasının milyon nüfus başına Türkiye’de 918 olduğu bildirilmektedir (Süleymanlar ve ark. 2015). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) sıklığındaki artışın önemli nedenleri arasında ülkemizde diyabetin epidemi haline gelmesi ve toplumun yaş ortalamasının giderek artması sayılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014).

Tüm dünyada 2 milyondan fazla kişi diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014). Türk Nefroloji Derneği (TND) Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu’nda ülkemizde diyaliz uygulanan veya böbrek nakli yapılmış 71.318 hasta olduğu bildirilmektedir (Süleymanlar ve ark. 2015).

2.3.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedenle gelişmektedir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ile değişebilmektedir (Rennke 2008). Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması’nda (CREDIT) (2006-2009) ülkemizde kronik böbrek hastalığı sıklığının yaşlılarda, kadınlarda, bazı coğrafik bölgelerde (Güneydoğu Anadolu ve Marmara) ikamet edenlerde, kırsal bölgede yaşayanlarda, diyabetes mellitus ve hipertansiyonu olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Türk Nefroloji Derneği 2008-2011 Dönemi Faaliyet Raporu 2011). Kronik böbrek yetmezliğinin en sık nedenleri arasında diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik glomerüler hastalıklar, böbreğin kistik, herediter, konjenital hastalıkları, hipertansif nefroskerozu da içine

alan vasküler hasarın primer formları yer almaktadır (Rennke 2008). Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi (United States Renal Data System /USRDS) 2013 yılı verilerine göre kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasında tüm ırk ve etnik kökenlerde ilk sırada diyabetik nefropati yer almaktadır (USRDS Annual Data Report 2013). Ülkemizde Danış ve arkadaşları tarafından Güneydoğu Anadolu Bölgesinde (2001-2007) yapılan çalışmada, kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasında ilk üç sırayı hipertansiyon (%28,4), diyabetes mellitus (%27,5), ürolojik hastalıklar (%11) aldığı bildirilmiştir (Danış ve ark. 2007). Türk Nefroloji Derneği (TND) Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda 2014 yılı içinde ilk renal replasman tedavisi olarak hemodiyalize başlanıp kronik hemodiyaliz programına alınan hastaların altta yatan etiyolojik nedenlere göre dağılımı aşağıda (Tablo 2.2) gösterilmektedir (Süleymanlar ve ark. 2015).

Tablo 2-2: 2014 yılı içinde hemodiyaliz programına alınan hastaların altta yatan etiyolojik nedenlere göre dağılımı

Altta Yatan Etiyolojik Nedenler	%
Diyabetes mellitus	39,31
Tip 1 Diyabetes mellitus	11,21
Tip 2 Diyabetes mellitus	28,10
Hipertansiyon *	28,40
Glomerülonefrit	4,53
Polikistik böbrek hastalıkları	3,32
Amiloidoz	2,15
Obstrüktif nefropati	0,99
Tübülointerstisyel nefrit	0,91
Renal vasküler hastalık	0,60
Diğer	7,07
Etiyoloji bilinmeyen	12,72
Toplam	100,00

*Hipertansiyonun primer değil, kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşan sekonder hipertansiyon olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.

2.4.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin gelişim hızı ve derecesi ile yakından ilişkilidir. Glomerüler filtrasyon hızı 35-50 ml/dakikanın altına düşmediği sürece hastalar semptomsuz olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde ilk belirtiler genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon hızının düşmesiyle sistemlere özgü belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır (Tablo 2.3) (Yalçın ve Akpolat 2007; Yenicesu 2008; Tanrıverdi 2010; Sezen 2013). Glomerüler filtrasyon hızı 20-25 ml/dakikaya düştüğünde hastada üremik semptomlar görülmeye başlar. Glomerüler filtrasyon hızı 5-10 ml/dakikaya düştüğünde ise son dönem böbrek yetmezliği ortaya çıkmaktadır. Bu durumda hastalar renal replasman tedavilerine (diyaliz, renal transplantasyon) gerek duymaktadır (Yalçın ve Akpolat 2007; Tanrıverdi 2010; Sezen 2013).

Tablo 2-3: Sistemlere göre kronik böbrek yetmezliğinin belirti ve bulguları

Sistemler	Belirti ve Bulgular
Sıvı Elektrolit Dengesi	Hipervolemi, hipovolemi, hipernatremi, hiponatremi, hiperpotasemi, hipokalsemi, hipermagnezemi, hiperürisemi, metabolik asidoz, ödem
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, pulmoner ödem, üremik akciğer
Hematoloji-İmmünoloji	Anemi, eritrosit fragilitesinde artış, enfeksiyonlara yatkınlık, kanama
Gastrointestinal Sistem	İştahsızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı, hıçkırık, stomatit, özafajit, pankreatit, gastrit, ülser, motilite bozuklukları, gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit, kronik hepatit
Sinir Sistemi	Uyku bozuklukları, konuşma bozuklukları, yorgunluk, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, konsantrasyon bozuklukları, demans, stupor, koma, konvülsiyon, polinöropati, kramp, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma
Kardiyovasküler Sistem	Hipertansiyon, ödem, aritmi, perikardit, kalp yetmezliği, kardiyomiyopati, kalp tamponadı, ateroskleroz, kapak hastalığı

Tablo 2-3: Sistemlere göre kronik böbrek yetmezliğinin belirti ve bulguları (devamı)

Sistemler	Belirti ve Bulgular
Metabolik- Endokrin Sistem	Glikoz intoleransı, malnütrisyon, büyüme ve gelişme geriliği, hiperlipidemi hiperparatiroidi, hiperprolaktinemi, hipogonadizm, impotans, libido azalması, tiroid fonksiyon bozukluğu, hiperürisemi
Psikolojik sorunlar	Anksiyete, depresyon, demans, alkol ve madde kullanımı, anksiyete, kişilik değişiklikleri
Diğer	Susuzluk, üremik ağız kokusu, noktüri, hipotermi, yumuşak doku kalsifikasyonu, miyopati, karpal tünel sendromu

2.5.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi

Kronik böbrek yetmezliğinde tedavinin amacı, böbrek işlevlerini ve homeostazisi mümkün olduğunca uzun süre devam ettirmek, son dönem böbrek yetmezliğinin etiyolojisini saptayarak klinik bulguları tedavi etmek, komplikasyonları önlemek ve hastanın konforunu sağlamaktır (Enç ve Alkan 2014; Karadakovan ve Kaymakçı 2014). Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde ilaç tedavisi, beslenme tedavisi, aktivite ve renal replasman tedavisi uygulanmaktadır (Karadakovan ve Kaymakçı 2014).

İlaç Tedavisi: İlaç tedavisinde komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi için antiasid, antihipertansif, fosfat bağlayıcı ajanlar, kalsiyum bileşikleri, eritropoetin, demir preparatları kullanılmaktadır (Karadakovan ve Kaymakçı 2014).

Beslenme Tedavisi: Sıvı ve sodyum dengesinin sürdürülmesi, potasyum kısıtlamaları, protein alımının düzenlenmesi, yeterli kalori ve vitamin desteğinin sağlanması beslenmede dikkat edilmesi gereken önemli konulardır (Karadakovan ve Kaymakçı 2014).

Aktivite: Hasta günlük yaşam aktivitelerine katılımı konusunda cesaretlendirilir (Karadakovan ve Kaymakçı 2014).

Renal Replasman Tedavisi: Kronik böbrek yetmezliğinde böbrek fonksiyonlarının azalması sonucu vücut için zararlı olan fizyolojik değişiklikler

oluşur. Bu değişiklikler ilaçlar ve diyetle kontrol edilemediği zaman atık ürünler birikerek yaşam fonksiyonlarını tehdit etmeye başladığında renal replasman tedavisi (hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli) gerekir (Spiegel 2007).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Böbrek Vakfı (National Kidney Foundation) tarafından hazırlanan Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirilmesi ve Yönetimi Klinik Uygulama Kılavuzu'nda (2012) önerilen tedavi planında;

1. Primer renal hastalığın tanı ve tedavisi,
2. Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerin kontrolü, böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması,
3. Değerlendirme ve komorbid durumların yönetimi,
4. Kalp-damar hastalıklarının önleme ve yönetimi,
5. Böbrek fonksiyonlarının azalmasına bağlı gelişen sorunların (örneğin yetersiz beslenme, anemi, kemik hastalıkları, asidoz) önlenmesi ve tedavisi,
6. Renal replasman (yerine koyma) tedavisinin (hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek nakli) planlanması ve hazırlığı,
7. Gerektiğinde psikososyal destek, konservatif ve palyatif bakım yer almaktadır (KDIGO 2013).

2.5.1.Hemodiyaliz

Hemodiyaliz hastadaki toksin yüklü kanın suni bir zar aracılığı ve bir hemodiyaliz makinesi yardımı ile alınması, sıvı-elektrolit içeriğinin düzenlenmesi ve tekrar hastaya verilmesi işlemidir (Enç ve Uysal 2014). Hemodiyalizin hedefleri, asideminin düzeltilmesi, üremik semptomların tedavisi, hiperkalemi ve yaşamı tehdit eden elektrolit bozukluklarının önlenmesi, solüt dengesinin yerine konması ve hacim durumunun idamesidir (Ajuria and Kimmel 2004).

Hemodiyaliz tedavisinin yapılabilmesi için hastada yeterli miktarda kan akımı sağlanmalıdır (erişkinde 200-600 ml/dakika). Bunu sağlayabilmek için hastada geçici veya kalıcı vasküler giriş yoluna gereksinim vardır. Geçici vasküler giriş yolu için kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kataterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriyovenöz fistül ve arteriyovenöz grefttir. Arteriyovenöz fistül ven ile arter arasında bir birleştirici

yol açılmasıdır. Fistül girişimine sıklıkla distalden başlanarak ön kol ve kol bölgesi kullanılır. Fistül girişiminin yerine dokunulduğunda thrill sesi ve dolgunluk hissediliyorsa hastaya üç hafta sonra bu fistül ile hemodiyaliz tedavisi uygulanabilmektedir (Saltürk 2006; Efe 2012). Hemodiyaliz tedavisi genel olarak hafta da üç gün ve günde 3-4 saat uygulanır. Bu durum hastanın klinik durumu, kilosu, kullanılan diyalizer tipi ve kan akım hızına bağlı olarak değişebilmektedir (Enç ve Uysal 2014). Hemodiyaliz tedavisinin avantajları ve dezavantajları Tablo 2.4'te gösterilmektedir (Saltürk 2006; Efe 2012).

Tablo 2-4: Hemodiyalizin avantajları ve dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Atık maddeler başarılı şekilde vücuttan hızla uzaklaştırılması	Sıvı-elektolit ve metabolik değişime bağlı hemodiyaliz sonrası hastada iyilik halinin sonraki seansa kadar yavaş yavaş bozulması
Diyaliz ortamı hastanın diğer hastalarla sosyal ilişki kurmasına imkan sağlaması	Tedavi sırasında iğne kullanılması
Her gün değil, haftada iki veya üç kez uygulanması	Fistül nedeniyle minor cerrahi işlem gerekmesi
Malnütrisyonun daha az gelişmesi	Diyet ve tedaviye uyum gerekmesi
Hastaneye yatışın daha az olması	Heparin ihtiyacı olması
Karın bölgesi ile ilgili komplikasyonların gelişmemesi	Sıvı çekilmesiyle hipotansiyon gelişmesi
Uzman hekim ve hemşireler tarafından uygulanabilmesidir	Kan basıncı kontrolünün sağlanamaması

Hemodiyaliz yeterliliği: Hemodiyaliz yeterliliği eşlik eden morbidite ve mortalite oranının azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması olarak tanımlanır (Aslan 2013). Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi Kılavuzu'na (The

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative Guideline-KDOQI) göre optimum tedavi göstergeleri; yeterli beslenme, aneminin yönetimi, diyaliz yeterliliği [Kt/V (diyalizörün üre klirensi x diyaliz seansının süresini/üre dağılım hacmini)], hospitalizasyon sayısında ve maliyette düşüştür (Ovayolu N ve Ovayolu Ö 2013b).

Daugirdas'ın 1993 yılında yayınlanan çalışmasında Kt/V'nin logaritmik bir formülle hesaplanabileceği gösterilmiştir (Daugirdas 1993). Ulusal Böbrek Vakfı-Diyaliz Sonuçları Kalite Girişimi (National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative /NKF-DOQI) tarafından diyaliz dozu hesaplanması için bu formül önerilmekte olup Daugirdas II formülü olarak bilinmektedir (Tablo 2.5) (Daugirdas 1993; O'Connor ve Wish 2004; Ovayolu N ve Ovayolu Ö 2013b). Bu formül vücut kitlesiyle standardize hale getirilen üre klirensini göstermektedir (Mees 2000).

Tablo 2-5: Daugirdas II Formülü

$Kt/V = \ln (R - 0.008 \times t) + (4 - 3.5 \times R) \times UF / W$	K: diyalizörün üre klirensini (ml/ dk veya L/saat)
	t: diyaliz seansının süresini (dk veya saat)
	V: üre dağılım hacmini (ml veya L)
	In: doğal logaritma
	R: postdiyaliz BUN/ prediyaliz BUN
	UF: ultrafiltrasyon hacmi
	W: hastanın postdiyaliz ağırlığını (Kg)

Ulusal Böbrek Vakfı-Diyaliz Sonuçları Kalite Girişimi (NKF-DOQI) kriterlerine göre Kt/V değerinin 1,2 olması gerektiği bildirilmektedir (Evrenkaya ve ark. 2002). Yapılan çalışmalarda yüksek Kt/V düzeyinin yaşam süresini uzattığı belirtilmektedir (Oygar ve ark. 2003; Ovayolu N ve Ovayolu Ö 2013b).

Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları: Hemodiyaliz tedavisinde hem böbrek yetmezliğinin tedavi süreci hem de hemodiyaliz makinesine bağlı olarak yaşamın sürdürülmesi nedeniyle farklı düzeylerde komplikasyonlar görülmektedir (Öztürk ve ark. 2013). Hemodiyaliz tedavisi sırasında en sık görülen akut

komplifikasyonlar hipotansiyon (%20-30), kramplar (%5-20), bulantı ve kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (%2-5), sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5), titreme ve ateştir (%1) (Topal ve Özdemir 2006; Ören 2010; Ahsen 2011; Öztürk 2011; Biçer ve ark. 2013).

- **Kardiyovasküler sistem komplifikasyonları:** Hemodiyaliz hastalarındaki en sık rastlanan ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (%51,26) (Süleymanlar ve ark. 2015). Hipertansiyon, kalp hastalıkları ve ateroskleroz en sık karşılaşılan sorunlar olarak görülmektedir. Ağır vasküler bozukluk oranı, normotansif hemodiyaliz hastalarında %3 iken, kronik hemodiyalizin ilk 6 ayında kalıcı hipertansiyonu olanlarda %20'dir. Perikardit kronik diyaliz hastalarının %20-25'inde görülür (Ören 2010). Kardiyovasküler sistem komplifikasyonları nedeniyle hastalar aktivite intoleransı, yorgunluk, dispne gibi öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar yaşamaktadır (Ören 2010).

- **Hematolojik komplifikasyonlar:** Glomerüler filtrasyon değeri 25-30 ml/dk'nın altına düştüğünde %90 hastada anemi gelişmektedir (Ören 2010; Yalın 2015). Böbrek yetmezliğinde aneminin birçok nedeni olmakla birlikte en sık nedeni eritropoietin (EPO) yetersizliğine bağlı azalmış eritropoezdir. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan sorunlardan biri demir eksikliğidir. Hastalarda görülen demir eksikliğinin başlıca nedenleri düşük proteinli diyetler ve fosfor bağlayıcı ilaçlardır (Say 2007; Takahashi et al. 2015). Ayrıca hemodiyaliz seansında diyaliz membranı ve setlerinde kalan kanlara bağlı gelişen kronik kan kayıpları da demir eksikliği anemisine yol açabilir (Ören 2010; Yalın 2015). Eritropoietin tedavisi ile hastaların yaşam kalitesi artmakta, morbidite ve mortalite oranları azalmaktadır (Dilek 2008).

- **Gastrointestinal sistem komplifikasyonları:** Hemodiyaliz sırasında ortaya çıkan hipotansiyon, üremi, heparin uygulaması ve yetersiz diyaliz sonucu hastalarda bulantı, kusma, iştahsızlık, anoreksi, hıçkırık, gastrointestinal kanama, gastrit, özofajit gibi birçok sorunlar gelişmektedir. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Ovayolu N ve Ovayolu Ö 2013a; Çaydam Dedeli ve Pakyüz Çınar 2016).

- **Dermatolojik komplifikasyonlar:** Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak gelişen kaşıntı "üremik pruritus" (üremik kaşıntı) olarak adlandırılmaktadır. Cilt lezyonları sıklığı ve şiddeti genellikle böbrek yetersizliğinin derecesi ile ilgilidir. (Ören 2010). Üremik kaşıntının klinik özellikleri kişiden kişiye ve aynı kişide zaman

içerisinde değişiklik gösterebilir. Etkilenen vücut bölgeleri arasında sırasıyla en çok sırt bölgesi, kollar, baş ve karın bölgesi yer almaktadır (Göküstün 2014). Üremik kaşıntı cildin kuruması, sekonder hiperparatiroidizm, aktif D vitamini tedavisi, plazma histamin, kalsiyum ve fosfor düzeylerinde artışa bağlı gelişir. Diyaliz başladıktan hemen sonra başlayan kaşıntı; diyalizer veya ekstrakorporeal dolaşımdaki maddelere (Etilen Oksit) karşı aşırı duyarlılığın belirtisi olabilir (Ahsen 2011; Göküstün 2014). Üremik kaşıntının fiziksel ve mental kapasitede azalma, uyku bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi vardır (Göküstün 2014).

- **İskelet sistemi komplikasyonları:** Sekonder hiperparatiroidi, uzun süre diyaliz tedavisi olan hastalarda sık karşılaşılan mineral kemik bozukluğudur (Türkmen ve ark. 2011). Hiperparatiroidiye bağlı kemik hastalığında kemik yapım ve yıkım hızı artmaktadır (Toy 2006; Ören 2010).
- **Nörolojik komplikasyonlar:** Kronik böbrek yetmezliği hastalarında ateroskleroza bağlı olarak serebrovasküler olaylar sık görülür. Üremik ensefalopati ileri düzeyde üremisi olan hastalarda görülür. Bu tabloda huzursuz bacak sendromu, uyku düzeninde değişiklikler, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, hafıza kaybı, konsantrasyon yeteneğinin bozulması, disoryantasyon, konfüzyon, duygu durumunda değişiklik ve bazen halüsinasyonlar görülür (Ören 2010; Göküstün 2014). Bu sorunlar hastanın uyku düzenini ve sosyal etkileşimini olumsuz etkileyerek öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Ören 2010).
- **Metabolik ve endokrin komplikasyonlar:** Türk Nefroloji Derneği Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda (2014) kronik hemodiyaliz hastalarının başlangıç sırasında eşlik eden hastalıkları arasında ilk sırada diyabetes mellitus (%39,31) yer almaktadır (Süleymanlar ve ark. 2015). Son dönem böbrek yetmezliği hastası olan diyabetik hastalarda böbrek atılımının ve enjekte edilen insülin katabolizmasının düşük olmasına bağlı olarak insülin gereksinimi azalır. Diyaliz ile üreminin kontrol edilmesi sonucu bazı diyabetiklerde iştahın artması insülin gereksiniminde artışa neden olabilir (Miles ve Friedman 2004).
- **İnfeksiyonlar:** Hemodiyaliz hastalarında sık görülen ölüm nedenleri arasında infeksiyonlar yer almaktadır. Türk Nefroloji Derneği Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda ülkemizde hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında ölümlerin %8,95'inden infeksiyonların sorumlu olduğu bildirilmektedir (Süleymanlar ve ark.

2015). Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi (United States Renal Data System -USRDS) (2012) raporuna göre diyaliz hastalarında ölümlerin %9'una enfeksiyonlar neden olmaktadır (USRDS Annual Data Report 2015). En sık görülen enfeksiyonlar; vasküler giriş yolu enfeksiyonları, bakteriyemi, üriner enfeksiyonlar, pnömoni ve tüberkülozdur (Akpolat ve Utaş 2009; Ören 2010). Hemodiyaliz hastaları viral hepatit enfeksiyonları açısından büyük risk altındadırlar. Hemodiyaliz hastalarının yüksek risk altında olmalarının en önemli nedenleri; yeterli temizlik yapılmayan hemodiyaliz makineleri, hastalara sık parenteral enjeksiyon ve zaman zaman kan ürünleri transfüzyonunun gerekli olmasıdır (Akpolat ve Utaş 2009).

- **Fistül komplikasyonları:** Tromboz hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan vasküler girişimler sonucu sık rastlanan komplikasyonlardan biridir (Uludağ 2006; Ören 2010; Kösem 2013; Çingöz 2013). Kanama, venöz stenoz, venöz hipertansiyon, enfeksiyon, yetersiz kan akımı, yüksek akımlı fistül, el iskemisi, anevrizma ve pseudoanevrizma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır (Sezen 2013).

- **Psikososyal komplikasyonlar:** Hemodiyalize giren hastalarda diyaliz işlemine, tıbbi personele ve tıbbi bakıma bağımlılık olmaktadır. Hastalar hemodiyaliz tedavisi nedeniyle kısıtlamalar (sıvı-diyet, gelecek ile ilgili planlar) yapmaktadır. Ayrıca hastalar ilaç alımı, sık hastalanma, iş kaybı, beden imajındaki değişiklikler (idrar yapamama, cinsel fonksiyon bozukluğu) ölüm korkusu, bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerde azalma, aile içindeki rollerin değişmesi, evlilikte anlaşmazlıklar ve ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Bunun sonucunda hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda stres, endişe, anksiyete, depresyon, suçluluk, düşmanlık ve kendini değersiz görme gibi çeşitli psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Ören 2010; Kösem 2013; Kral ve Yurtsever 2013).

- **Cinsel komplikasyonlar:** Hemodiyalize giren kadın hastalarda amenore, dismenore, disfonksiyonel uterus kanaması ve kistik over hastalığı görülmektedir (Miller 2004). Ayrıca kadın hastalar cinsel aktivitelere ilgide azalma, orgazm olamama, cinsel ilişki sırasında ağrı, yetersizlik duygusu, gebe kalma korkusu ve düşük yapma korkusu yaşamaktadır (Ören 2010). Erkeklerde yaşanan cinsel sorunlar arasında erektil disfonksiyon, empotans (cinsel yetersizlik), libido ve sperm sayısında azalma yer almaktadır (Miller 2004).

Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme ve Sıvı Kısıtlaması: Hemodiyaliz hastaları için yeterli ve dengeli beslenme yaşamın her aşamasında olduğu gibi büyük önem taşımaktadır (Yıldız 2008).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda diyet tedavisinin amacı,

-Hastanın beslenme durumunu düzeltmek ve/veya korumak,

-Üremik toksiteyi azaltmak,

-Böbrek bozukluğunun ilerlemesini önlemektir (Kayan Tapan 2013).

Diyete uyum sağlamayan hastalarda sıvı-elektrolit dengesinde bozukluklar (hiperkalemi, hiperfosfotomi, periferik ve pulmoner ödem) meydana gelir (Kayan Tapan 2013). Bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi için beslenme temel faktördür (Yıldız 2008). Ayrıca hemodiyaliz hastalarının büyük bir kısmında protein-enerji malnütrisyonu görülmektedir (Takahashi et al. 2015).

Nutrisyonel durumun göstergesi olarak kullanılan parametreler arasında ağırlık, beden kitle indeksi, kol çevresi, triceps deri kıvrımı, serolojik olarak serum albümin, prealbümin, transferin düzeyi, prediyaliz serum kreatinin ve kan üre azotu (Blood Urea Nitrogen/BUN) değeri yer almaktadır (NKF-K/DOQI 2000; Rocco and Blumenkrantz 2003; Say 2007; Gökosmanoğlu 2009; Yentür 2011).

Hastaların beslenme durumlarını, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarını değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Vlaminc ve arkadaşlarının (2001) geliştirdiği ve Kara (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği (DDSÖ) hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumu değerlendirmekte kullanılan ölçeklerdendir (Vlaminc et al. 2001; Kara 2009).

Detsky ve ark. (1984) tarafından geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Subjektif Global Değerlendirme Ölçeği (SGA) hastaların beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçektir. Subjektif Global Değerlendirme Ölçeği (SGA) fizik muayene, tıbbi öykü, beslenme durumunun öznel ve objektif yönlerini içeren sorulardan oluşmaktadır (Detsky 1984; Visser 1999).

Albayrak Coşar ve Çınar (2012) tarafından geliştirilen Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmede kullanılmaktadır (Albayrak Cosar and Cinar 2016; Balım ve Pakyüz Çınar 2016).

- **Protein:** Hastalarda diyalizat kayıpları metabolik bozukluklara bağlı protein katobolizmasının artması ve hemodiyaliz prosedürünün katobolik etkisi nedeniyle protein gereksinimi artmaktadır (Wolfson 2004; Kayan Tapan 2013). Hastalarda diyetle günlük protein alımının 1,2g/kg/gün olması önerilmektedir (Toigo et al. 2000; Rocco and Blumenkrantz 2003; Wolfson 2004; İkizler 2013; Oğuz Gök ve ark 2013). Hemodiyaliz hastalarında protein kısıtlaması üremik semptomları azaltmak ve renal fonksiyonlardaki azalmayı yavaşlatmak için yapılmaktadır (Levy et al. 2002). Protein kısıtlaması gerektiğinde diyetle alınan proteinin özellikle vücutta kullanılabilirliği yüksek olan hayvansal kaynaklı gıdalardan alınmasına dikkat edilmelidir (Yıldız 2008).
- **Enerji:** Hemodiyaliz hastalarında günlük enerji alımı cinsiyet, yaş ve fiziksel aktivite düzeyine göre düzenlenir (Kayan Tapan 2013). Protein yıkımını önlemek ve nötral nitrojen dengesini korumak için kalori alımı 60 yaş altında olanlarda 35 kcal/kg/gün; 60 yaş üzerinde olanlarda 30-35 kcal/kg/gün olması önerilmektedir (NKF-K/DOQI 2000; Wolfson 2004).
- **Karbonhidrat ve yağ:** Hastalarda protein dışı kalorinin %35'i karbonhidrattan ve geri kalanı yağdan oluşmalıdır (Wolfson 2004). Fazla miktarda yağ alımı şişmanlığa, kan yağlarının ve kolesterol düzeyinin yükselmesine neden olabilir (Yıldız 2008).
- **Mineral ve vitaminler:** Hemodiyaliz hastalarında genellikle hiperpotasemi görüldüğü için diyetle potasyum kısıtlanmalıdır. Potasyum değerinin 6,5 mmol/l'ün üzerinde veya 3,0 mmol/l'ün altında olması hastalarda kardiyak aritmi riski oluşturmaktadır (Ahmad 2010).

Fosfor düzeyinin yüksek olması kemiklerden kalsiyum kaybına, kas güçsüzlüğü, kemik kırıklarına ve eklem ağrılarına neden olabilir (Yıldız 2008). Hemodiyalize giren hastalarda serum fosfor düzeyinin 3,5-5,5 mg/dl olması önerilmektedir (NKF-K/DOQI 2003).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda iştahsızlık, D vitamini eksikliği, fosfor ve protein kısıtlanması nedeni ile kalsiyum gereksinimi artmaktadır. Günlük kalsiyum gereksinimi 1,0-1,5 g'dır (Efe 2012). Total kalsiyum düzeyinin 8,4-9,5 mg/dl arasında olması önerilmektedir (NKF-K/DOQI 2003). Kalsiyum eksikliğinde hiperparatroidizm gelişmekte ve renal osteodistrofiye neden olmaktadır (Efe 2012). Hastalara kalsiyum karbonat ve fosfor bağlayıcı ilaçlarını emilimin daha iyi olması için yemek aralarında alması önerilir (Toigo et al. 2000; Karadakovan ve Kaymakçı 2014). Suda çözülen vitaminler diyalizata geçtiği için rutin olarak desteklenmelidir (Wolfson 2004).

- **Sodyum (Na) ve sıvı kısıtlaması:** İki hemodiyaliz arasında hastaların ağırlık artışı 1,5-2 kg'ı aşmamalıdır. Hasta oligürik ise sodyum 3-4 gr/gün, sıvı ise 1.000-1.500 ml/gün, anürik ise sodyum 1-2 gr/gün, sıvı 1.000 ml/gün olmalıdır (Kayan Tapan 2013).

Hemodiyaliz Tedavisinde Hemşirelik Bakımı: Hasta ve ailesinin yaşam biçimindeki değişikliklere, yiyecek ve içecek kısıtlamalarına, fiziksel ve ruhsal sorunların yaşandığı hemodiyalize uyumları oldukça zordur (Biçer ve ark. 2013). Hastaların diyalize uyum sağlamaları diyaliz tedavi sürecinin etkin yönetimi ile yakından ilişkili olmaktadır (Kaya 2013). Bu süreçte hemşire hasta ile en yakın iletişim halinde bulunan ve onları yönlendirecek konumda olan sağlık profesyoneli (Mees 2000).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastanın hemşirelik bakımının amaçları; hastanın tedavi uyum durumu ile bilgi düzeyini değerlendirmek, hastanın bakımını planlamada ve tedavi modeline karar vermede katılımını sağlamak, hastanın etkin başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek ve hastanın fiziksel sınırlılıkları içinde günlük yaşam aktivitelerinin devamlığını sağlamaktır (Kaya 2013).

Hemodiyaliz tedavisi olan hastalarda var olan veya gelişebilecek sorunların çözümlenmesinde diyet ve tedaviye uyumun sağlanması sürecinde hemşirelik bakımı çok önemlidir. Hastalara uygun hemşirelik bakımının planlanmasında hastaların öz-bakım gücünün, yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Hastaların sağlığının sürdürülmesi ve sağlık durumu bozulan hastaların en iyi bakımı alabilmesi için düzenli aralıklarla kapsamlı hemşirelik tanılmasının yapılması ve gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir (Öztürk 2011). Hemşireler

kronik hastalığı olanlarda tüm aile üyelerini kapsayacak şekilde hemşirelik girişimlerini planlamalı, takip etmeli ve değerlendirmelidir (Efe 2012). Ayrıca profesyonel hemşirenin primer sorumlulukları arasında olan eğitim hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Öztürk 2011). Bu eğitimlerin amacı; hastanın gelişen sağlık sorunlarıyla başa çıkmasını, kendisini iyi hissetmesini sağlamak, sınırlılıklarına rağmen yaşamını güçlü kılmak, fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişmesi açısından kişisel kapasitesini optimal seviyeye getirmektir. Hemşireler tarafından hastalara hemodiyaliz tedavisi ile baş etme, komplikasyonların önlenmesi, fiziksel egzersiz, diyet kısıtlaması, sosyal etkinlikler gibi konularda eğitim verilmelidir (Efe 2012).

2.6.Öz-Bakım Kavramı

Öz-bakım (self care) bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu korumak için üzerine düşeni yapmasıdır (Ören 2010). Başka bir deyişle yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinliklerdir (Karadeniz 2008; Velioğlu 2012; Arslan Özkan 2014; Sabuncu ve İlhan Erkal 2014; Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Öz-bakım çevre, insan, bireyin sahip olduğu değerler ve kültürle etkileşim halindedir (İlhan 2011).

Öz-bakım gücü (self-care agency) deneyim, merak, eğitim, denetim yoluyla gelişen sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (Üstündağ ve Zengin 2008; Ören 2010). Öz-bakım gücü çocukluk döneminden itibaren başlayarak sürekli değişim göstermektedir. Öz-bakım gereksinimleri öz-bakım gücünü aştığı zaman birey hemşirelik girişimine gereksinim duyar (Ören 2010).

Bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için sahip olması gereken özellikler:

- Güdüleme,
- Kendine dikkat etme,
- Fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme,
- Eylemleri sıraya koyma,
- Eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama,

- Karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama,
- Öz-bakım kararı verme ve uygulama (İlhan 2011; Bakoğlu ve Yetkin 2000).

2.6.1.Öz-Bakım Kuramı ve Alanları

Öz-bakım kuramı ilk kez Dorethea Elizabeth Orem tarafından 1956 yılında ele alınmıştır (İlhan 2011). Orem, bu kuramında öz-bakımı bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri uygulaması olarak tanımlamaktadır (Üstündağ ve Zengin 2008).

Orem'in Öz-bakım Yetersizlik Kuramı birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşur:

- 1.Öz-bakım kuramı
- 2.Öz-bakım yetersizlik kuramı
3. Hemşirelik sistemleri kuramı (Velioğlu 2012).

Öz-Bakım Kuramı: Yaşamın sürekliliği için neden öz-bakıma gereksinim duyulduğunu açıklar (Karadeniz 2008; Velioğlu 2012; Arslan Özkan 2014; Sabuncu ve İlhan Erkal 2014; Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Erişkin bir bireyin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır (Velioğlu 2012).

Öz-bakım bireyin sağlık durumu, yaşı, üstlendiği rollerden ve aile içindeki konumundan etkilenmektedir. Kişinin sahip olduğu değerler onun öz-bakımındaki önceliklerini belirler (Üstündağ ve Zengin 2008; İlhan 2011; Velioğlu 2012).

Orem, 1971 yılında bireylerin öz-bakım gereksinimlerini açıklamıştır:

- Evrensel öz-bakım gereksinimleri (günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması),
- Sağıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimleri (yalnızca rahatsızlık, hastalık veya sakatlık durumlarında ihtiyaç duyulan gereksinimler),
- Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri (yaşamın çeşitli evrelerinde meydana gelen, bireyin gelişimini etkileyebilen olay ve koşullarda ortaya çıkan gereksinimler) (Velioğlu 2012).

Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı: Bu kuram hemşireliğin ne zaman ve niçin gerekli olduğunu açıklar (Karadeniz 2008; Velioğlu 2012). Öz-bakım yetersizliği

“öz-bakım davranışları ile tedavi edici öz-bakım ihtiyacı arasındaki bir ilişki” olarak tanımlanmaktadır (Velioğlu 2012).

Hemşirelik Sistemleri Kuramı: Bireye nasıl yardımcı olunacağını ya da bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını açıklar (Velioğlu 2012; Sabuncu ve İlhan Erkal 2014). Üç temel hemşirelik sistemi tanımlanmıştır. Bunlar:

- Kısmen eksikliği giderici,
- Destekleyici,
- Tümüyle eksikliği giderici (Arslan Özkan 2014; Sabuncu ve İlhan Erkal 2014).

Orem'in kuramında beş farklı yardım etme yöntemi tanımlanmıştır:

- Birey adına davranmak ya da yapmak,
- Bireye rehberlik etmek,
- Bireye destek olmak,
- Bireyin zorunlu gereksinimlerini karşılayabilecek düzeye gelmesi için bireyin gelişmesine imkan verecek bir çevre oluşturmak,
- Bireyin öğretimi (Karadeniz 2008; Velioğlu 2012).

2.6.2.Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü

Kronik hastalıkların olduğu dönem bireysel öz-bakıma ihtiyaç duyulduğu dönemlerden biridir. Hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitesinin en üst seviyede tutulmasında hastaların kendi bakım ve tedavi sorumluluklarını almaları büyük önem taşımaktadır (Akyol Durmaz ve Karadakovan 2002). Hemodiyaliz hastalarının öz-bakımlarını yapabilme düzeyleri hastalık semptomlarını ve sürecini kontrol edebilmelerinde önemlidir. Öz-bakım davranışları içinde stresle baş edebilme, ilaçları düzenli kullanma, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum yer almaktadır (Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015).

İlerleyen teknoloji sayesinde hemodiyaliz tekniğindeki gelişmeler sonucunda diyaliz hastalarının yaşam süreleri uzamaktadır. Ancak hemodiyaliz tedavisi hastalarda pek çok fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları beraberinde getirmektedir. Bu problemlere bağlı olarak hastalar öz-bakımlarını sürdürmede yetersiz kalmaktadır.

Hastaların öz-bakım davranışlarındaki yetersizlik tedaviye uyumu bozarak tedavinin etkinliğini azaltmakta ve maliyeti arttırmaktadır (Kılıç Akça ve Doğan 2011).

Hasta ve ailesinin hastalık sürecinde ortaya çıkan sorunlarla başa edebilmesinde, kronik hastalık yönetiminde, hastalığa bağlı meydana gelen fonksiyon kaybı, yetersizlik ve sakatlıklara uyum sağlamada hemşirelik uygulamalarının önemi büyüktür (Kral ve Yurtsever 2013). Hemşire, her hastaya yeterli zaman ayırarak hastanın psikolojik ve sosyal uyumuna yardımcı olarak öz-bakım gücünü arttırmayı hedeflemelidir (Muz ve Eğlence 2013). Hastalara uygun hemşirelik bakımının verilebilmesi için öncelikle yetersiz olan öz-bakım davranışlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin ortaya konulması gerekir. Bu aşamadan sonra hastada var olan olumlu davranışlar geliştirilmeli, eksik olan davranışlar kazandırılmalıdır. Bu sayede hastaların hastalığa uyumu arttırılarak yaşamdan aldıkları doyum arttırılabilir (Ören 2010).

2.7.Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı ve Alanları

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan 2005; Özgür ve ark. 2008; Karayurt ve ark. 2008). Yaşam kalitesinin birçok tanımına rastlamak mümkündür. Shin ve Johnson'a göre (1978) yaşam kalitesi; "bireyin isteklerini gerçekleştirme, kişisel gelişim olanaklarından yararlanma, etkinliklere katılması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunması" şeklinde ele alınmaktadır (Şeker 2011).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (The World Health Organization Quality of Life-WHOQOL) (1993) yaşam kalitesini "bir kişinin yaşadığı bölgedeki kültür ve değerler sistemi içinde hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması" olarak tanımlamaktadır (WHO 1997; Brown et al. 2004).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi 1970'li yıllarda tıp ve 1980'li yıllarda hemşirelik alanına girmiştir (Öksüz ve Malhan 2005; Perim 2007; Şahan 2010; Pennacchini et al. 2011). Hemşirelik alanında yapılan yaşam kalitesi çalışmaları yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönlerini kapsayan esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakımı sağlamaya dayanmaktadır. Günümüzde klinik uygulamalarda ve çalışmalarda hastanın yaşam kalitesinin mutlaka değerlendirilerek tedavi kararlarının

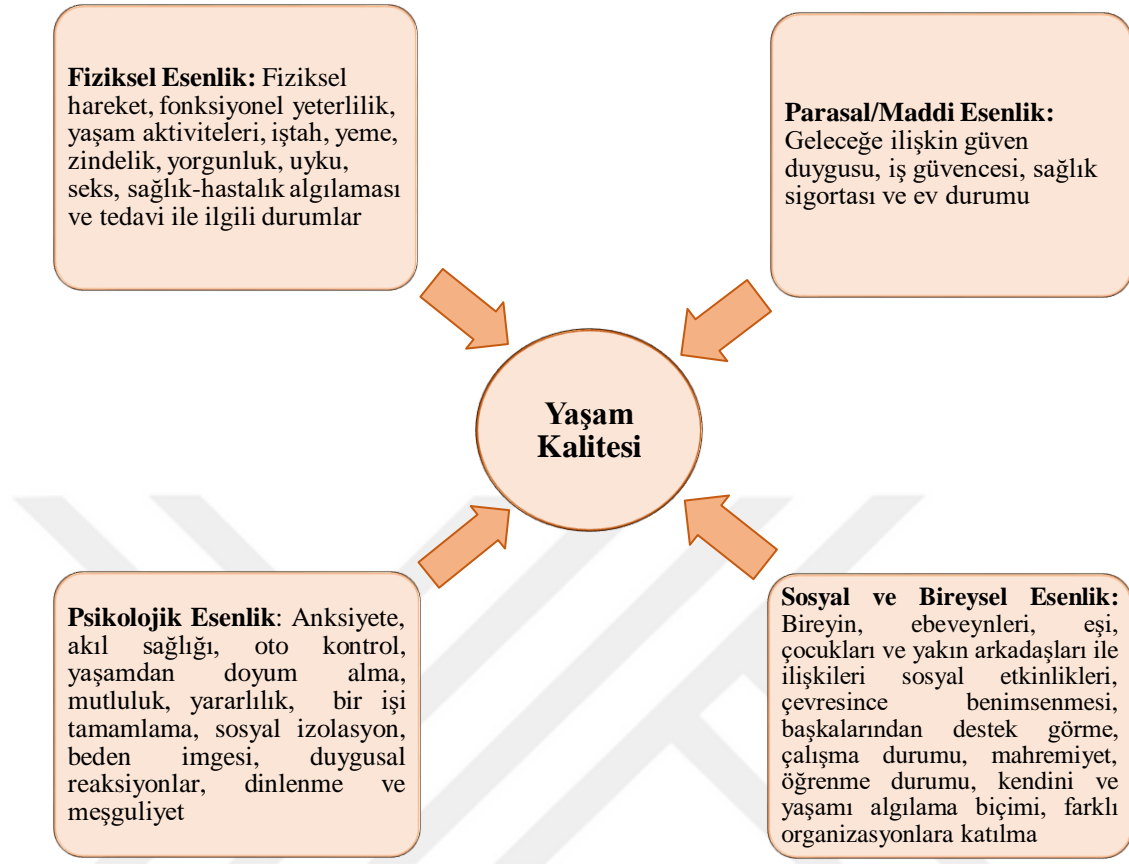
yaşam kalitesi sonuçlarına göre verilmesi gerektiği savunulmaktadır (Şahan 2010). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) birey üzerinde etkisi olan tüm durum ve faktörleri kapsar (Ören 2010). Bunların yaşam kalitesi üzerinde azaltıcı ve arttırıcı etkileri olmaktadır (Şekil 2-1) (Akdemir 2003).



Şekil 2-1: Yaşam kalitesini azaltan ve arttırıcı durumlar

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin hem objektif hem de subjektif göstergelerinin ölçülmesi konusunda fikir birliği vardır (Şahan 2010). Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fiziksel iyilik hali, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, sağlık durumu ve hastalık semptomları ile ilgili konuları kapsar. Subjektif göstergeleri ise, yaşam doyumu, duygusal ve psikolojik iyilik hali ile ilgili alanları kapsar (Akdemir 2003; Ören 2010; Şahan 2010).

Yaşam kalitesinin 4 temel alanı vardır (Şekil 2-2) (Akdemir 2003).



Şekil 2-2: Yaşam kalitesinin alanları

2.7.1.Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi son yıllarda özellikle kronik hastalıklarda üzerinde önemle bahsedilen, uygulanan bakım ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede sıkça kullanılan kavramlar arasında yer almaktadır (Saltürk 2006; Öztürk 2011). Günümüzde diyaliz tedavisi ile kurtarılan yaşamın kalitesi üzerinde önemle durulduğu görülmektedir (Ören 2010; Öztürk 2011). Hemodiyaliz hastalarının yaşamdan aldıkları doyum olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörlerin bilinmesi önemlidir. Kan üre azotu (BUN), hemotokrit, hemoglobin düzeyi, albümin, kalsiyum, fosfor gibi biyokimya parametreleri, Kt/V oranı, üremi semptomlarının şiddeti, diyaliz süresi, eşlik eden ek kronik hastalığın varlığı fiziksel faktörler arasında yer almaktadır (Kral ve Yurtsever 2013; Öztürk 2014). Hemodiyaliz tedavisine bağlı kısıtlamalar, bağımlılığın artması, aile içindeki rollerin değişmesi, evlilikte anlaşmazlıklar, ölüm korkusu, sosyal aktivitelerde azalma ve ekonomik sorunlar hastada stres, suçluluk,

anksiyete, düşmanlık, kendini değersiz hissetme ve depresyon gibi çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır (Kral ve Yurtsever 2013). Fiziksel güçsüzlüğe bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık ve fiziksel aktivitelerin sınırlanması hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Öztürk ve ark. 2013).

Hemodiyaliz hastalarının bakımında öz-bakıma ilişkin performans durumlarının, bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi, tedavi modeline karar verilmesi sürecinde hastaların aktif katılımın sağlanması, fonksiyonel sınırlılıklar içinde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi önem kazanmaktadır (Öztürk ve ark. 2013). Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini koruma, iyileştirme ve geliştirme konusunda sorumlulukları vardır. Bu doğrultuda hemşireler tarafından hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar yapılmalı, uygulanan bakım ve tedavi sonucunun hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ölçülmeli ve sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik hemşirelik bakımı düzenlenmelidir (Öztürk ve ark. 2013; Kral ve Yurtsever 2013).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı. Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırma Soruları

-Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyodemografik özelliklerin dağılımı nasıldır?

-Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerin dağılımı nasıldır?

-Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücü hangi faktörlerden etkilenir?

-Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kırklareli Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi, Kırklareli Özel Derman Diyaliz Merkezi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi ve Lüleburgaz Özel Derman Diyaliz Merkezi'nde gerçekleştirildi. Bu kurumlarda, pazar günü hariç haftanın altı günü sabah ve öğle olmak üzere iki seans hemodiyaliz hizmeti verilmektedir. Lüleburgaz Özel Derman Diyaliz Merkezi'nde ek olarak çalışan hastalar için pazartesi, çarşamba ve cuma günleri akşam seansında hemodiyaliz hizmeti verilmektedir. Veriler 01.11.2015-18.03.2016 tarihleri arasında haftanın farklı günlerinde araştırmanın yapıldığı kurumlara gidilerek toplandı.

3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeyi bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durum, sosyal güvence, sigara içme durumu, alkol alma durumu), hemodiyaliz tedavisi ile ilgili özellikler (hemodiyaliz tedavi süresi, haftalık hemodiyaliz sayısı ve süresi, hemodiyaliz

tedavisini terk etme durumu, sıklığı ve nedeni, tedavi öncesi enerji düzeyi, hastalığa bağlı hayat tarzında değişim durumu, bakıma yardımcı kişi varlığı, hemodiyaliz eğitimi alma durumu, hemodiyalize bağlı komplikasyon varlığı, hastaneye yatış durumu, eşlik eden hastalık durumu ve bu hastalıklara yönelik tedavi alma durumu, interdiyalitik kilo alımı, ödem takibi, son bir ay içerisinde yaşadığı bulgular), hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerleri (kan üre azotu, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, potasyum, kalsiyum, fosfor, albümin, ferritin, total kolesterol, HDL, LDL), sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, beden kitle indeksi (BKİ), Kt/V, diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk düzeyi araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.5.1.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; 01.11.2015-18.03.2016 tarihleri arasında Kırklareli Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi, Kırklareli Özel Derman Diyaliz Merkezi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi ve Lüleburgaz Özel Derman Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi alan toplam 214 hasta oluşturdu.

3.5.2.Araştırmanın Örneklemi

Örneklem seçimine gidilmeden, dahil edilme kriterlerine uyan 149 hemodiyaliz tedavisi alan hasta örnekleme oluşturdu (Tablo 3.1).

Tablo 3-1: Araştırmanın örnekleme

Kurumlar	Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler	Dahil edilme kriterlerine uymayanlar	Dahil edilme kriterlerine uyanlar	Toplam
Kırklareli Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi	3	6	16	25
Kırklareli Özel Derman Diyaliz Merkezi	3	4	38	45
Lüleburgaz Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi	1	0	13	14
Lüleburgaz Özel Derman Diyaliz Merkezi	33	15	82	130
Toplam	40	25	149	214

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

-01.11.2015-18.03.2016 tarihleri arasındaki araştırmanın yapıldığı kurumlarda tedavi gören,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az 6 (altı) aydır hemodiyaliz tedavisi alan,
- Bilinci açık, sözel iletişim kurulabilen tüm hastalar olarak belirlendi.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaşından küçük hastalar,
- Altı (6) aydan daha kısa süre hemodiyaliz tedavisi alan hastalar,
- Bilinci kapalı hastalar, sözel iletişim kurulamayan hastalar olarak belirlendi.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek hemodiyaliz tedavisi esnasında uygulandı. Görüşme süresi yaklaşık 20 dakika sürdü. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin boy ölçümü araştırmacı tarafından mezurayla yapıldı. Hastaların böbrek hastalıklarının primer nedeni, kiloları (diyaliz öncesi ve sonrası), prediyalitik sistolik ve diyastolik kan basınçları, laboratuvar sonuçları ve Kt/V değerleri hasta dosyalarındaki kayıtlardan elde edildi. Beden kitle indeksi hastaların vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKI=kg/m^2$) bölünerek hesaplandı. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Beden Kitle İndeksi zayıf ($<18,50 kg/m^2$), normal ($18,50-24,99 kg/m^2$), hafif şişman (toplu) ($25,00-29,99 kg/m^2$), şişman (obez) ($\geq 30,00 kg/m^2$) olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, Global database on body mass index Adapted from WHO 1995, WHO 2000, WHO 2004).

3.7.Veriler Toplama Araçları

Veriler Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-1), Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği (Ek-2), Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 3) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36) (Ek-4) ile toplandı.

3.7.1.Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Tanıtıcı bilgi formunda hastaların sosyodemografik özellikleri, hemodiyaliz merkezine ulaşımı, hastalıkla ilgili eğitimi, hemodiyaliz tedavisine başlama nedeni, hastalığa bağlı hayatında değişiklikler olup olmadığı, ilave kronik hastalıkları, interdiyalitik kilo alımı, Kt/V değeri, hemodiyaliz öncesi bakılan laboratuvar sonuçları ve diyaliz komplikasyonuna yönelik sorular yer aldı (Kara 2009; Ören 2010; Öztürk 2011; Efe 2012; Kaymak 2012; Ovayolu N ve Ovayolu Ö 2013b).

3.7.2.Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği (DDSÖ) (Ek-2)

Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği (DDSÖ) Vlaminc ve arkadaşları (2001) tarafından "The Dialysis Diet and Fluid Nonadherence Questionnaire" orijinal adıyla geliştirilmiş olup, Kara (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlık açısından incelenmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0,70 şeklinde bulunmuştur (Kara 2009). Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı alımının kısıtlamasına uyumsuzluğu değerlendiren Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği dört sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 1 ve 2 nolu sorular hastanın diyetine, 3 ve 4 nolu sorular sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk davranışını sıklık ve derece yönünden ele almaktadır. Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sıklığını değerlendirmek için hastanın son 14 gün içinde uyumsuz davranış gösterdiği günlerin sayısı sorulmaktadır. Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesi 0-4 arası puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. (Uyumsuzluk yok=0, Hafif=1, Orta=2, Ciddi=3, Çok ciddi=4) (Vlaminc et al. 2001; Kara 2009).

3.7.3.Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3)

Öz-Bakım Gücü Ölçeği Ören tarafından 2010 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ören (2010) çalışmasında ölçek güvenilirliğini iç tutarlık açısından incelemiş ve hemodiyaliz grubunda Cronbach alfa değerleri alt boyutlar bazında 0,56 ile 0,68 arasında ve tüm ölçekte 0,75 olduğu belirtilmektedir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği; uygulanması kolay ve bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri 22 maddeden oluşmaktadır. 0-2 arası puanlanan üçlü likert tipi bir ölçektir. Bireyin öz-bakım davranışını günlük yaşamda uygulama durumuna göre ölçekte kendine uygun olan seçeneklerden birini seçmesi istenir ve işaretlenir. Her madde "her zaman uygularım", "bazen uygularım" ve "hiç uygulamam" şeklinde

yanıtlanır. Formun puanlamasında "her zaman uygulamam" yanıtına 2 puan, "bazen uygulamam" yanıtına 1 puan, "hiç uygulamam" yanıtına 0 puan verilmektedir. Ölçekte 12, 20, 21, 22 numaralı ifadeler ters yazılmıştır. Bu ifadeler ters çevrilerek puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 0-44 arasındadır. Ölçekteki ifadeler ilaçların kullanımına (1,2,3,4,5 ve 18 numaralı ifadeler), diyete (8,9,10,11 ve 12 numaralı ifadeler), hastanın kendini izlemine (6,7,13 ve 14 numaralı ifadeler), hijyenik bakıma (15,16,17 ve 19 numaralı ifadeler) ve ruhsal duruma (20,21,22 numaralı ifadeler) ilişkin 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların puanlaması her bir alt boyutun altında yer alan maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilir. Buna göre ilaç kullanımı 0-12, diyet 0-10, kendini izleme 0-8, hijyenik bakım 0-8, ruhsal durum 0-6 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar öz-bakım gücünün iyi olmadığı, yüksek puanlar ise iyi olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Ören 2010; Ören ve Enc 2014).

3.7.4.Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36) (Ek-4)

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Ware ve Sherbourne tarafından 1987 yılında klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği 14 yaş ve üzeri bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir (Ware and Sherbourne 1992). Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar (1995) çalışmasında Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değerini 0,92 olarak belirtmiştir (Pınar 1995).

Ölçek, fiziksel fonksiyonellik (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı, genel sağlık (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), sosyal fonksiyonellik, canlılık (enerji ve yorgunluk), duygusal rol (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), genel ruh sağlığı olmak üzere otuz altı ifade içeren ölçek sekiz bölümden oluşmaktadır (Ware and Sherbourne 1992). SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Ölçekteki sağlıkla

ilişkili yaşam alanlarının puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler almaktadır (Pınar 1995).

3.8.Verilerin İstatiksel Analizi

Veriler SPSS 22.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine, laboratuvar değerlerine ve beden kitle indeksine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde parametrik testlerden t testi, tek yönlü varyans analizi ve nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis varyans analizi kullanıldı. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk ve Öz-Bakım gücünün yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesinde Kolmogorov Smirnov testi sonuçlarına göre normal dağılıma uygunluk gösteren veriler için Pearson, normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için Spearman korelasyon analizinden yararlandı (Tablo 3.2). Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edildi. Korelasyon analizinde, korelasyon katsayısı (r) 0.00-0.25 arasında ise ilişkinin gücü çok zayıf, 0.26-0.49 arasında ise zayıf, 0.50-0.69 arasında ise orta, 0.70-0.89 arasında ise yüksek ve 0.90-1.0 arasında ise çok yüksek olarak kabul edildi.

Tablo 3-2: Verilerin istatistiksel analizi

Kullanılan istatistiksel analizler	Değerlendirilen parametreler
Kruskall Wallis varyans analizi	Tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine ve laboratuvar değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde
t testi	Tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine, laboratuvar değerlerine ve beden kitle indeksine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde
Mann Whitney U	Tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine, laboratuvar değerlerine ve Kt/V değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde
Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)	Tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine ve laboratuvar değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde
Kolmogorov Smirnov	Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesinde
Pearson korelasyon analizi	Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesinde kolmogorov smirnov testi sonuçlarına göre normal dağılıma uygunluk gösteren verilerin analizinde

Tablo 3-2: Verilerin istatistiksel analizi (devamı)

Kullanılan istatistiksel analizler	Değerlendirilen parametreler
Spearman kolerasyon analizi	Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesinde kolmogorov smirnov testi sonuçlarına göre normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerin analizinde

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemodiyaliz tedavisi uygulayan kurumlar olması nedeniyle buradaki hastalara ulaşılamaması,
- Bilişsel yönden yeterli iletişim kurulamayan hastaların dahil edilmemesi,
- Hastaların kendi bildirimleriyle verilerin toplanması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.10.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni geliştiren, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin (Ek-13, Ek-14, Ek-15) alındı.

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'u onayı (Ek-6) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin belgesi (Ek-6, Ek-9, Ek-10, Ek-11) alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan hastalara çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş olurları (Ek-5) alınarak veriler toplandı.

4.BULGULAR

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmaya 149 birey dahil edildi. Elde edilen bulgular dört başlık altında ele alındı.

1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular
3. Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular
4. Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan örneklem grubuna uygulanan anket formu ile elde edilen sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $64,99 \pm 11,08$ olarak belirlendi. Örneklem %44,3’ü (n=66) 65 ve üzeri yaş grubunda oldukları belirlendi. Örneklem %53’ü (n=79) erkek, %69,8’i (n=104) evlidir (Tablo 4.1). Örneklem grubunun eğitim düzeyleri sorgulandığında %68,5’inin (n=102) ilköğretim mezunu, %6,7’sinin (n=10) okur-yazar olmadığı bildirildi (Tablo 4.1).

Araştırma grubunda gelir getiren herhangi bir işte çalışanların oranının %7,4 (n=11) olduğu ve %24,3’ünün (n=36) serbest meslek mensubu olduğu saptandı (Tablo 4.1). Hastaların %80,5’i (n=120) tarafından çekirdek aile yapısında olduğu bildirildi. Örneklem %67,1’i (n=100) ekonomik durumunu orta olarak algılamakta ve %35,6’sı (n=53) tedavi giderlerini karşılamakta ekonomik güçlük yaşadığını bildirdi (Tablo 4.1). Hastaların %97,3’ünün (n=145) sağlık güvencesi bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Hemodiyaliz hastalarının alkol ve sigara kullanım durumu sorgulandığında, %6’sı (n=9) alkol aldığını, %15,4’ü (n=23) sigara içtiğini bildirdi. Sigara içtiğini belirten hastaların %56,5’i (n=13) günde 10 adet altında ve %4,3’ü (n=1) 0-4 yıldan beri sigara içtiğini bildirdi (Tablo 4.1).

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Sosyodemografik özellikler (n=149)	n	%	
Yaş aralığı (Ort±ss=64,99±11,08)	18-34	9	6,0
	35-44	11	7,4
	45-54	19	12,8
	55-64	44	29,5
	65 ve üzeri	66	44,3
	Toplam	149	100
Cinsiyet	Kadın	70	47,0
	Erkek	79	53,0
	Toplam	149	100
Medeni durum	Evli	104	69,8
	Bekar	12	8,1
	Dul	33	22,1
	Toplam	149	100
Eğitim durumu	Okur yazar değil	10	6,7
	Okur yazar	11	7,4
	İlköğretim	102	68,5
	Lise	20	13,4
	Üniversitesi	6	4,0
	Toplam	149	100
Çalışma durumu	Çalışıyor	11	7,4
	Çalışmıyor	86	57,7
	Emekli	52	34,9
	Toplam	149	100
Meslek	İşçi	33	22,3
	Memur	15	10,1
	Serbest meslek	36	24,3
	Ev hanımı	48	32,4
	Çiftçi	16	10,8
	Toplam	149	100
Aile tipi	Çekirdek	120	80,5
	Geniş	29	19,5
	Toplam	149	100

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (devamı)

Sosyodemografik özellikler (n=149)		n	%
Algılanan ekonomik durum	İyi	20	13,4
	Orta	100	67,1
	Kötü	29	19,5
	Toplam	149	100
Tedavi giderlerini karşılamada ekonomik zorluk yaşama	Evet	53	35,6
	Hayır	96	64,4
	Toplam	149	100
Sosyal güvence	Var	145	97,3
	Yok	4	2,7
	Toplam	149	100
Sigara içme durumu	İçiyor	23	15,4
	İçmiyor	126	84,6
	Toplam	149	100
İçilen sigara adeti[□] (Ort±ss:12,24±6,98, min:1, mak:20)	<10/gün	13	56,5
	11 ve üzeri/gün	10	43,5
	Toplam	23	100
Sigara içilen süre[□]	0-4 yıl	1	4,3
	5-10 yıl	2	8,7
	11-20 yıl	2	8,7
	21-30 yıl	7	30,4
	31-40	4	17,4
	41 ve üzeri	7	30,4
	Toplam	23	100
Alkol alma durumu	Alıyor	9	6,0
	Almıyor	140	94,0
	Toplam	149	100

□ Sadece sigara içen hastalar yanıtlamıştır.

4.2.Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan örneklem grubuna uygulanan anket formu ile elde edilen hemodiyaliz tedavisine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Araştırma grubunun hemodiyaliz tedavi süreleri sorgulandığında, hastaların %28,9’u (n=43) 6ay-2 yıl, %32,2’si (n=48) 3-5 yıl, %23,5’i (n=35) 6-10 yıl, %15,4’ü (n=23) 11 yıl ve daha uzun süredir hemodiyaliz tedavisi olduğunu bildirdi. Örneklem %86,6’sının (n=129) haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi olduğu ve %89,3’ü (n=133) hemodiyaliz seans süresinin 4 saat olduğunu bildirdi. Hastaların hemodiyalize

başlamasına neden olan faktörler arasında, en fazla oranlarda hipertansiyon (%33,6; n=50) ve diyabetes mellitusun (%20,8; n=31) yer aldığı belirlendi. Hastaların %15,4'ü (n=23) zamanından önce hemodiyalizi terk ettiğini bildirdi. Zamanından önce hemodiyalizi terk eden hastaların %82,6'sı (n=19) nadiren hemodiyalizi erken terk ettiğini belirtti. Örneklemin hemodiyalizi terk etme nedenleri içerisinde ilk sırada %56,5 (n=13) oran ile kramplar yer almaktadır (Tablo 4.2).

Örneklem grubu içinde hemodiyaliz tedavisi öncesine göre enerji düzeyinin azaldığını ve hastalığa bağlı olarak yaşam tarzında değişim yaşadığını belirten hastaların oranı sırasıyla %71,8 (n=107) ve %40,3 (n=60) olarak bulundu. Araştırma grubunun %80,5'i (n=120) yapamadığı aktivitelerde kendisine yardımcı kişi olduğunu bildirdi. Bu hastaların %50,8'i (n=61) tarafından eşi yardımcı kişi olarak gösterildi. Örneklem grubunun %98,7'si (n=147) hemodiyalizle ilgili eğitim aldıklarını, %96,6'sı (n=142) ise aldıkları bu eğitimin yeterli olduğunu bildirdi. Hastaların %45'i (n=67) evinde baskül bulunduğunu, %32,9'u (n=49) düzenli olarak kilo takibi yaptığını ve %22,1'i (n=33) düzenli olarak ödem takibi yaptığını belirtti. Araştırma grubunun %56,4'ü (n=84) interdiyalitik 3 kg'dan fazla ağırlık artışı yaşadığını ve bu hastaların %69'u (n=58) bu durumda hiç bir şey yapmadığını ifade etti (Tablo 4.2).

Tablo 4-2: Hastaların hemodiyaliz tedavisi ve bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=149)	n	%	
Hemodiyaliz tedavi süresi	6 ay-2 yıl	43	28,9
	3-5 yıl	48	32,2
	6-10 yıl	35	23,5
	11 yıl ve üzeri	23	15,4
	Toplam	149	100
Haftalık hemodiyaliz seans sayısı	2 kez	20	13,4
	3 kez	129	86,6
	Toplam	149	100
Hemodiyaliz seans süresi	3,5 saat	4	2,7
	4 saat	133	89,3
	4,5 saat ve üzeri	12	8,1
	Toplam	149	100
Hemodiyaliz tedavi nedeni	Diyabetes Mellitus	31	20,8
	Hipertansiyon	50	33,6
	Glomerülonefrit	13	8,7
	Ürolojik nedenler	8	5,4
	Polistik böbrek hastalığı	19	12,8
	Diğer	28	18,8
	Toplam	149	100
Zamanından önce hemodiyalizi terk etme	Evet	23	15,4
	Hayır	126	84,6
	Toplam	149	100
Terk etme sıklığı ^s	Her zaman	0	0
	Bazen	4	17,4
	Nadiren	19	82,6
	Toplam	23	100
Terk etme nedeni ^{*s}	Tansiyon düşmesi	11	47,8
	Kramplar	13	56,5
	Bulantı kusma	3	13,0
	Kolda ağrı	1	4,3
	Diğer	7	30,4
	Toplam	35	100
Tedavi öncesine göre enerji düzeyi	Değişmedi	34	22,8
	Arttı	8	5,4
	Azaldı	107	71,8
	Toplam	149	100
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim	Evet	60	40,3
	Hayır	89	59,7
	Toplam	149	100

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir, ^s sadece zamanından önce hemodiyalizi terk edenler yanıtlamıştır.

Tablo 4-2: Hastaların hemodiyaliz tedavisi ve bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı (devamı)

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=149)		n	%
Hemodiyalizle ilgili eğitim alma	Evet	147	98,7
	Hayır	2	1,3
	Toplam	149	100
Eğitimin yeterli olduğunu düşünme [†]	Evet	142	96,6
	Hayır	5	3,4
	Toplam	147	100
Düzenli kilo takibi yapma	Evet	49	32,9
	Hayır	100	67,1
	Toplam	149	100
Evde baskül varlığı	Var	67	45,0
	Yok	82	55,0
	Toplam	149	100
İnterdiyalitik 3 kg'dan fazla ağırlık artışı yaşama durumu	Var	84	56,4
	Yok	65	43,6
	Toplam	149	100
İnterdiyalitik 3 kg'dan fazla ağırlık artışı yaşama durumunda yapılanlar ^a	Hiçbir şey	58	69,0
	Doktoru arama	1	1,2
	Diyaliz merkezine gitme	20	23,8
	Sıvı kısıtlama	5	6,0
	Toplam	84	100
Düzenli ödem takibi yapma	Evet	33	22,1
	Hayır	116	77,9
	Toplam	149	100
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişinin olması durumu	Var	120	80,5
	Yok	29	19,5
	Toplam	149	100
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi*	Eş	61	50,8
	Çocuk/lar	39	32,5
	Kardeş/ler	4	3,3
	Anne/baba	9	7,5
	Arkadaş/komşu	1	0,8
	Bakıcı	6	5,0
	Toplam	120	100

^a İnterdiyalitik 3 kg'dan fazla ağırlık artışı yaşayanlar yanıtlamıştır, * yapamadığı aktivitelerde yardımcı olan kişiler yanıtlamıştır, [†] sadece eğitim alanlar yanıtlamıştır.

Araştırma grubunun %30,9'u (n=46) hemodiyaliz nedeniyle komplikasyon yaşadığını bildirdi. Bu hastalarda en çok gelişen komplikasyonun anemi (%76,1; n=35) olduğunu belirlendi. Örneklem %83,2'si (n=124) kronik böbrek yetmezliği veya hemodiyaliz nedeniyle hastanede yattığını bildirdi. Örneklem %86,6'sı (n=129) kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden kronik hastalığının olduğunu bildirdi. Eşlik eden hastalıkları sorgulandığında %68,5'inde (n=102) hipertansiyon öyküsü belirlendi. Örneklem eşlik eden hastalık sayısı incelendiğinde hastaların %32,6'sında (n=42) iki kronik hastalık bulunduğu saptandı. Araştırma grubunun %96,1'i (n=124) eşlik eden hastalıklara yönelik düzenli olarak tedavi gördüklerini bildirdi. Hastaların son bir ay içerisinde en sık yaşadığı bulgular arasında en yüksek oranlarda yorgunluk (%58,4; n=87), kas krampları (%46,3; n=69) ve hipotansiyon (%45; n=67) olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4-3: Hastaların hemodiyaliz tedavisi komplikasyonlarına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=149)		n	%
Hemodiyalize bağlı komplikasyon	Yok	103	69,1
	Var	46	30,9
	Toplam	149	100
Komplikasyon türü*#	Anemi	35	76,1
	Uykusuzluk	2	4,3
	Fistül komplikasyon	5	10,9
	Kollarda güçsüzlük	1	2,2
	Hepatit C	2	4,3
	Kateter infeksiyonu	1	2,2
	Toplam	46	100
Kronik böbrek yetmezliği veya hemodiyaliz nedeniyle hastaneye yatış	Evet	124	83,2
	Hayır	25	16,8
	Toplam	149	100
Hastaneye yatış sayısı ^h	1-2	88	71,0
	3-5	23	18,5
	6-10	5	4,0
	11 ve üzeri	8	6,5
	Toplam	124	100
Eşlik eden hastalık	Var	129	86,6
	Yok	20	13,4
	Toplam	149	100
Eşlik eden hastalıklar*φ	Hipertansiyon	102	68,5
	Diyabetes mellitus	54	36,2
	Kalp damar hastalıkları	51	34,2
	Solunum sistemi hastalıkları	13	8,7
	SVH	5	3,4
	Hiperlipidemi	26	17,4
	Hepatit B/C	12	8,0
	Hematolojik hastalıklar	2	1,3
	Kas iskelet sistemi hastalıkları	15	10,1
	Diğer	6	4,0
Eşlik eden hastalık sayısı φ	Bir	45	34,9
	İki	42	32,6
	Üç	23	17,8
	Dört	14	10,9
	Beş	5	3,9
	Toplam	129	100
Eşlik eden hastalıklara yönelik tedavi φ	Var	124	96,1
	Yok	5	3,9
	Toplam	129	100

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir, # sadece komplikasyon yaşayan hastalar yanıtlamıştır, ^h hastaneye yatan hastalar yanıtlamıştır, φ sadece eşlik eden hastalığı olanlar yanıtlamıştır.

Tablo 4-3: Hastaların hemodiyaliz tedavisi komplikasyonlarına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (devamı)

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=149)	n	%
Bulantı-kusma	34	22,8
İştahsızlık	33	22,1
Yorgunluk	87	58,4
Ödem	14	9,4
Nefes darlığı	32	21,5
Son bir ay içerisinde yaşanan bulgular*		
Çarpıntı	23	15,4
Tansiyon yüksekliği	61	40,9
Tansiyon düşüklüğü	67	45,0
Uykusuzluk	66	44,3
Kas krampları	69	46,3
Kaşıntı	59	39,6
Baş dönmesi	1	0,7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubunun hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerinin dağılımı Tablo 4.4'te gösterilmektedir. Örneklemin %94,6'sının (n=141) kan üre azotu (BUN) değeri 81mg/dl ve üzerinde, %63,1'inin (n=94) kreatinin değeri 8 mg/dl altında olduğu saptandı. Hastaların %73,2'sinde (n=109) hemoglobin değeri 12gr/dl altında, %54,4'ünde (n=81) hemotokrit değeri %34'ün altında, %96,6'sının (n=142) ferritin değeri 101ng/ml ve üzerinde olduğu belirlendi. Hemodiyaliz hastalarının %98'inde (n=146) potasyum değeri 3,00-6,59 mmol/L, %60,4'ünde (n=90) kalsiyum değeri 8,40-9,59 mg/dl, %59,1'inde (n=88) fosfor değeri 3,50-5,59 mg/dl olarak bildirildi. Hastaların %1,3'ünde (n=2) albumin düzeyi 3 g/dl altında olduğu belirtildi. Hastaların %35,9'unda (n=52) total kolesterol düzeyi 181mg/dl ve üzerinde, %44,8'inde (n=65) HDL düzeyi 40 mg/dl altında ve %65,5'inde (n=93) LDL düzeyi 100 mg/dl'nin altında olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4-4: Hastaların hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerinin dağılımı

Laboratuvar değerleri (n=149)		n	%
Kan üre azotu (BUN) (ml/dL)	≤49,99	3	2,0
	50,0-80,99	5	3,4
	≥81,0	141	94,6
	Toplam	149	100
Kreatinin (mg/dl)	≤7,99	94	63,1
	8,0-10,99	49	32,9
	≥11,00	6	4,0
	Toplam	149	100
Hemoglobin (gr/dl)	≤11,99	109	73,2
	≥12,00	40	26,8
	Toplam	149	100
Hemotokrit (%)	≤%33,99	81	54,4
	≥%34,0	68	45,6
	Toplam	149	100
Ferritin (ng/ml)	≤100,99	5	3,4
	≥101,00	142	96,6
	Toplam	147	100
Potasyum (mmol/L)	3,0-6,59	146	98,0
	≥6,60	3	2,0
	Toplam	149	100
Kalsiyum (mg/dl)	≤8,39	32	21,5
	8.40-9.59	90	60,4
	≥9,6	27	18,1
	Toplam	149	100
Fosfor (mg/dl)	≤3,49	20	13,4
	3,5-5,59	88	59,1
	≥5,60	41	27,5
	Toplam	149	100
Albumin (g/dL)	≤2,99	2	1,3
	≥3,00	147	98,7
	Toplam	149	100
Total kolesterol (mg/dl)	≤149,99	60	41,4
	150,00-180,99	33	22,8
	≥181,00	52	35,9
	Toplam	145	100
HDL (mg/dl)	≤39,99	65	44,8
	40,00-80,00	74	51,0
	≥81,00	6	4,1
	Toplam	145	100
LDL (mg/dl)	≤99,99	93	65,5
	≥100,00	49	35,5
	Toplam	142	100

Araştırma grubunun Kt/V değeri 1,2 ve üzerinde olan hastaların oranı %94 (n=140) olarak saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4-5: Hastaların Kt/V oranının dağılımı

Kt/V değerleri (n=149)	n	%
Kt/V \leq 1,19	9	6
Kt/V \geq 1,20	140	94
Toplam	149	100

Araştırma grubunun vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kitle indeksi ve kan basıncı ortalamaları ve dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmektedir. Örneklemin diyaliz öncesi vücut ağırlığı ortalaması $68,42 \pm 12,86$ kg (min:39,6 kg, max:106,6 kg) ve diyaliz sonrası vücut ağırlığı ortalaması $65,74 \pm 12,62$ kg (min:37,0 kg, max:103,5 kg)'dir. Hastaların boy uzunluğu ortalama değeri $1,65 \pm 0,92$ m (min:1,45 m, max:1,87 m) ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalama değeri $24,28 \pm 4,83$ kg/m² (min:15,18 kg/m², max:38,61 kg/m²) olarak hesaplandı. Örneklemin sistolik kan basıncı ortalama değeri $124,43 \pm 18,69$ mmHg (min:90,00mmHg, max:180,00 mmHg) ve diastolik kan basıncı ortalama değeri $75,70 \pm 9,02$ mmHg (min:50,00mmHg, max:100,00 mmHg) olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4-6: Hastaların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kitle indeksi ve kan basıncı ortalamaları

Ölçüm değerleri (n=149)	$\bar{X} \pm ss$	Min-max
Vücut ağırlığı (diyaliz öncesi-kg)	$68,42 \pm 12,86$	39,6-106,6
Vücut ağırlığı (diyaliz sonrası-kg)	$65,74 \pm 12,62$	37,0-103,5
Boy uzunluğu (m)	$1,65 \pm 0,92$	1,45-1,87
BKİ (kg/m ²)	$24,28 \pm 4,83$	15,18-38,61
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	$124,43 \pm 18,69$	90,00-180,00
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	$75,70 \pm 9,02$	50,00-100,00

4.3. Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları dağılımı Tablo 4.7’de yer almaktadır. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği İlaç Kullanımı alt boyut puan ortalaması $8,29 \pm 2,11$ (min:2,0, max:12,0), Diyet alt boyut puan ortalaması $6,79 \pm 1,68$ (min:0,0, max: 9,0) ve Hijyenik Bakım alt boyut puan ortalaması $7,28 \pm 0,98$ olarak (min:3,0, max:8,0) hesaplandı. Araştırma grubunun Öz-Bakım Gücü Ölçeği Ruhsal Durum alt boyut puan ortalaması $3,61 \pm 1,77$ (min:0,0, max:6,0) ve Kendi Kendine İzlem alt boyut puan ortalaması $4,28 \pm 2,18$ (min:0,0, max:8,0) olarak belirlendi. Örneklemin Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması $30,18 \pm 5,27$ (min:10,0, max:41,0)’dir (Tablo 4.7). Öz-Bakım Gücü Ölçeği persantil değerleri ile değerlendirildiğinde 50. persantile denk düşen puanlara yakın puanlar aldığı ve öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlendi.

Tablo 4-7: Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Ölçeğin alt boyutları	$\bar{X} \pm ss$	Ölçeğin min-max değeri	Hastaların aldığı min-max değerler
İlaç Kullanımı	$8,29 \pm 2,11$	0,0-12,0	2,0-12,0
Diyet	$6,79 \pm 1,68$	0,0-10,0	0,0-9,0
Hijyenik Bakım	$7,28 \pm 0,98$	0,0-8,0	3,0-8,0
Ruhsal Durum	$3,61 \pm 1,77$	0,0-6,0	0,0-6,0
Kendi Kendine İzlem	$4,28 \pm 2,18$	0,0-8,0	0,0-8,0
Toplam	$30,18 \pm 5,27$	0,0-44,0	10,0-41,0

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler Tablo 4.8’de gösterilmektedir. Evli hastalarda Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması bekar ve dul hastalara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p=0,001$) yüksek bulundu. Lise ve üzeri eğitim düzeyinde Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması diğer kategorilere göre istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,043$) düzeyde yüksek olduğu saptandı. Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması emekli olan hasta grubunda diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,013$) düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Memur olan hasta grubunda diğer meslek gruplarına göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması

istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p=0,008$) yüksek bulundu. Çekirdek aile yapısında olan hastalarda Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması geniş aile yapısında olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,011$) düzeyde yüksek olduğu saptandı. Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması diğer kategorilere göre çok ileri düzeyde anlamlı ($p=0,000$) yüksek olduğu belirlendi. Tedavi giderleri nedeniyle ekonomik zorluk yaşamayan hastaların tedavi giderleri nedeniyle zorluk yaşayan hastalara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ($p=0,000$) yüksek bulundu. Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması alkol almayan hastalarda alkol alan hasta göre istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,032$) düzeyde yüksek olarak hesaplandı (Tablo 4.8).



Tablo 4-8: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

Sosyodemografik Özellikler (n=148)		n	$\bar{X} \pm ss$	Test değeri	p
Yaş^K (Ort±ss=64,99±11,08)	18-34	9	30,00±6,06	0,083	0,988
	35-44	11	30,09±6,19		
	45-54	19	29,63±5,84		
	55-64	44	30,45±5,43		
	65 ve üzeri	65	30,18±4,85		
Cinsiyet^T	Kadın	70	29,36±5,08	-1,804	0,073
	Erkek	78	30,91±5,36		
Medeni durum^K	Evli	103	31,14±5,20	13,891	0,001[‡]
	Bekar	12	29,58±4,69		
	Dul	33	27,39±4,75		
Eğitim durumu^K	Okuryazar ve altı	21	28,09±4,24	6,295	0,043*
	İlköğretim	101	30,29±5,59		
	Lise ve üzeri	26	31,42±4,25		
Çalışma durumu^K	Çalışıyor	11	29,54±4,16	8,761	0,013*
	Çalışmıyor	86	29,26±5,83		
	Emekli	51	31,86±3,99		
Meslek^K	İşçi	33	30,69±5,99	13,843	0,008[‡]
	Memur	15	32,27±2,87		
	Serbest meslek	35	31,77±4,56		
	Ev hanımı	48	28,69±5,60		
	Çiftçi	16	28,44±4,39		
Aile tipi^M	Çekirdek	119	30,69±5,14	-2,541	0,011*
	Geniş	29	28,07±5,36		
Algılanan ekonomik durum^K	İyi	19	34,00±2,29	23,719	0,000*
	Orta	100	30,42±4,98		
	Kötü	29	26,83±5,70		
Sosyal güvence^M	Yok	4	26,25±4,11	-1,688	0,091
	Var	144	30,28±5,27		
Sigara içme durumu^M	İçiyor	23	27,96±6,38	3,100	0,078
	İçmiyor	125	30,58±4,96		
İçilen sigara adeti^M	<10/gün	13	28,38±3,99	-0,062	0,950
	11 ve üzeri/gün	10	27,40±8,81		
Sigara içilen süre^M	≤30 yıl	12	27,75±6,73	-0,403	0,687
	≥31 yıl	11	28,18±2,89		
Alkol alma durumu^M	Alıyor	9	26,44±5,00	4,574	0,032*
	Almıyor	139	30,42±5,21		
Tedavi giderleri nedeniyle ekonomik zorluk yaşama^T	Hayır	95	31,32±4,97	3,672	0,000*
	Evet	53	28,13±5,19		

^KKruskall Wallis varyans analizi, ^Tt testi, ^MMann Whitney U, *P<0,001, ‡ p<0,01 ve *p<0,05.

Araştırma grubunun hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9'de gösterilmektedir. Eşlik eden hastalıklara yönelik tedavi alanlarda almayanlara göre ve ödem takibi yapanlarda takip yapmayanlara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla $p=0,019$, $p=0,030$) düzeyde yüksek bulundu. Evde baskülü bulunanlarda bulunmayanlara göre ve düzenli kilo takibi yapanlarda takip yapmayanlara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ($p=0,000$) yüksek olarak hesaplandı (Tablo 4.9).

Tablo 4-9: Hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=148)	n	$\bar{X} \pm ss$	Test değeri	p	
Hemodiyaliz tedavi süresi^K	6 ay-2 yıl	42	29,93±6,65	0,098	0,992
	3-5 yıl	48	30,04±4,59		
	6-10 yıl	35	30,46±5,02		
	11 yıl ve üzeri	23	30,48±4,29		
Haftalık hemodiyaliz seans sayısı^M	2 kez	20	31,20±5,01	-0,936	0,349
	3 kez	128	30,02±5,31		
Hemodiyaliz seans süresi^K	3,5 saat	4	27,75±2,73	1,716	0,190
	4 saat	132	30,38±5,25		
	4,5 saat ve üzeri	12	28,75±5,99		
Zamanından önce hemodiyalizi terk etme^M	Evet	23	28,96±5,16	-1,201	0,230
	Hayır	125	30,40±5,28		
Terk sıklığı^M	Bazen	4	29,00±5,29	-0,122	0,907
	Nadiren	19	28,95±5,28		
Hemodiyaliz tedavisine başlama nedeni^K	Diyabetes Mellitus	31	30,06±5,88	5,416	0,367
	Hipertansiyon	50	30,24±5,28		
	Gromerülonefrit	13	28,85±5,74		
	Ürolojik nedenler	8	29,88±3,83		
	Kistik böbrek	19	32,21±3,34		
Tedavi öncesine göre enerji düzeyi^K	Diğer	27	29,48±5,76	3,191	0,203
	Değişmedi	33	31,52±5,08		
	Arttı	8	31,75±3,88		
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim yaşama^T	Azaldı	107	29,64±5,35	0,875	0,383
	Hayır	88	30,49±4,50		
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişinin olması durumu^M	Evet	60	29,72±6,24	2,865	0,091
	Yok	28	31,32±6,34		
	Var	120	29,91±4,97		

^KKruskall Wallis varyans analizi, ^Tt testi, ^MMann Whitney U, * $p<0,05$.

Tablo 4-9: Hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler (devamı)

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler (n=149)	n	X ±ss	Test değeri	p	
Hemodiyalizle ilgili eğitim alma^M	Hayır	2	28,50±4,95	0,302	0,583
	Evet	146	30,19±5,28		
Eğitimin yeterli olduğunu düşünme^M	Hayır	5	29,60±3,51	-0,410	0,682
	Evet	141	30,22±5,34		
Hemodiyalize bağlı komplikasyon^T	Yok	103	30,56±4,89	1,357	0,177
	Var	45	29,29±6,01		
KBY veya hemodiyaliz nedeniyle hastaneye yatış^M	Hayır	24	30,58±3,59	-0,381	0,704
	Evet	124	30,09±5,54		
Eşlik eden hastalık^M	Yok	20	29,60±5,05	0,418	0,518
	Var	128	30,27±5,31		
Eşlik eden hastalık sayısı^V	Bir	45	31,16±4,33	1,001	0,371
	İki	42	30,09±6,01		
	Üç ve üzeri	36	29,53±5,49		
Eşlik eden hastalıklara yönelik tedavi alma^M	Hayır	5	23,40±7,64	5,599	0,019*
	Evet	123	30,54±5,04		
Düzenli kilo takibi yapma^T	Hayır	100	28,68±5,07	-5,451	0,000•
	Evet	48	33,29±4,24		
Evde baskül varlığı^T	Yok	82	28,40±5,12	-4,910	0,000•
	Var	66	32,38±4,61		
İnterdiyalitik 3 kg'dan fazla ağırlık artışı^T	Hayır	64	30,73±5,71	1,127	0,261
	Evet	84	29,75±4,89		
Düzenli ödem takibi yapma^T	Hayır	33	28,42±5,56	-2,195	0,030*
	Evet	115	30,68±5,09		

^KKruskall Wallis varyans analizi, ^Tt testi, ^MMann Whitney U, ^VTek yönlü varyans analizi (ANOVA), •P<0,001, † p<0,01 ve *p<0,05.

Araştırma grubunun hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler Tablo 4.10'da gösterilmektedir. Örneklem kan üre azotu, kreatinin, hemoglobin, hemotokrit, potasyum, kalsiyum, fosfor, albumin, ferritin, total kolesterol, HDL ve LDL kategorileri arasında Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4-10: Hastaların hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

Laboratuvar Değerleri (n=149)	n	$\bar{X} \pm ss$	Test değeri	P	
Kan üre azotu^K (ml/dL)	≤49,99	3	29,00±4,36	0,304	0,859
	50,00-80,00	5	30,00±4,78		
	≥81,00	140	30,21±5,31		
Kreatinin (mg/dl) ^K	≤7,99	94	30,09±5,61	0,654	0,721
	8,0-10,99	49	30,49±4,09		
	≥11,00	6	28,83±5,34		
Hemoglobin (gr/dl) ^T	≤11,99	109	30,01±5,20	-0,630	0,530
	≥12,00	40	30,63±5,49		
Hemotokrit^T	≤%33,99	81	30,23±5,51	0,123	0,902
	≥%34,00	68	30,12±5,00		
Ferritin (ng/ml) ^M	≤100,99	5	31,80±2,94	-0,793	0,428
	≥101,00	142	30,16±5,35		
Potasyum^M	3,00-6,59	146	30,21±5,29	-1,031	0,303
	≥6,60	3	28,33±4,04		
Kalsiyum (mg/dl) ^K	≤8,39	32	29,90±4,00	1,018	0,601
	8,40-9,59	90	30,31±5,86		
	≥9,60	27	30,03±4,71		
Fosfor^K	≤3,49	20	29,07±4,86	2,376	0,305
	3,50-5,59	88	30,02±5,54		
	≥5,60	41	30,95±5,03		
Albumin^M	≤2,99	2	28,50±2,12	-0,699	0,485
	≥3,00	146	30,19±5,29		
Total kolesterol^V	≤149,99	60	30,46±5,32	0,171	0,843
	150,0-180,99	33	30,42±5,51		
	≥181,00	52	29,90±5,27		
HDL^K	≤39,99	65	28,97±6,20	4,879	0,087
	40,00-80,99	74	31,38±4,26		
	≥81,00	6	30,00±4,34		
LDL^T	≤99,99	93	30,14±5,26	-0,239	0,811
	≥100,00	49	30,37±5,51		

^KKruskall Wallis varyans analizi, ^Tt testi, ^MMann Whitney U, ^VTek yönlü varyans analizi (ANOVA), *p<0,05.

Araştırma grubunun Kt/V değerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler Tablo 4.11’de gösterilmektedir. Kt/V değeri 1,2 ve üzerinde olan hastaların 1,19 ve altında olanlara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,568$) belirlendi (Tablo.4.11).

Tablo 4-11: Hastaların Kt/V’ye göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

Kt/V ^M değerleri (n=149)	n	$\bar{X} \pm ss$	Test değeri	p
Kt/V ^M ≤1,19	9	28,75±6,18	-0,572	0,568
Kt/V ^M ≥1,20	140	30,28±5,25		

^MMann Whitney U * $p<0,05$.

Araştırma grubunun BKİ’ye göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler Tablo 4.12’de gösterilmektedir. Beden kitle indeksi (BKİ) değeri BKİ<18,50 kg/m² altında olan hastaların 25,00 kg/m² ve üzerinde olan hastalara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p<0,028$) bulundu (Tablo 4.12).

Tablo 4-12: Hastaların BKİ’ye göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

BKİ (kg/m ²) ^T değerleri (n=148)	n	$\bar{X} \pm ss$	Test değeri	p
BKİ (kg/m ²) ^T <18,50	15	32,0±4,79	3,674	0,028*
BKİ (kg/m ²) ^T 18,50-24,99	73	30,90±4,54		
BKİ (kg/m ²) ^T ≥25,00	60	28,83±5,92		

^T t testi, * $p<0,05$.

Araştırma grubunda Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler Tablo 4.13’de yer almaktadır. Hastaların Diyete Uyumsuzluk Sıklığı alt boyutu puan ortalaması $2,78 \pm 4,59$ (min:0,0, mak:14,00), Diyete Uyumsuzluk Derecesi alt boyutu puan ortalaması $0,75 \pm 1,14$ olarak hesaplandı (min:0,0, max:4,00). Örneklemin Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Sıklığı alt boyutu puan ortalaması $2,23 \pm 3,84$ (min:0,0, max:14,00), Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Derecesi alt boyutu puan ortalaması $0,78 \pm 1,11$ (min:0,0, max:4,00)’dir (Tablo 4.13).

Tablo 4-13: Hastaların Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin istatistiksel analizler

Ölçeğin boyutları	$\bar{X} \pm ss$	Ölçeğin min-max değeri	Hastaların aldığı min-max değerler
Diyet			
Diyete Uyumsuzluk Sıklığı	$2,78 \pm 4,59$	0,0-14,00	0,0-14,00
Diyete Uyumsuzluk Derecesi	$0,75 \pm 1,14$	0,0-4,00	0,0-4,00
Sıvı Kısıtlaması			
Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Sıklığı	$2,23 \pm 3,84$	0,0-14,00	0,0-14,00
Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Derecesi	$0,78 \pm 1,11$	0,0-4,00	0,0-4,00

Araştırma grubunun diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ile öz-bakım gücü ilişkisine yönelik istatistiksel analizler Tablo 4.14’de yer almaktadır. Buna göre Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği Diyete Uyumsuzluk Sıklığı alt boyutu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Diyet alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde orta ($r:0,632$, $p:0,000$), Hijyenik bakım alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,199$, $p:0,015$) ve Öz-Bakım Gücü ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,256$, $p:0,002$) ilişki olduğu belirlendi. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği Diyete Uyumsuzluk Derecesi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde orta ($r:0,636$, $p:0,000$), Hijyenik Bakım alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,162$, $p:0,049$) ve Öz-Bakım Gücü ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,256$, $p:0,002$) ilişki olduğu saptandı. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına

Uyumsuzluk Ölçeği Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Sıklığı alt boyutu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Diyet alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde orta ($r:0,540$, $p:0,000$) ve Öz-Bakım Gücü ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,173$, $p:0,036$) ilişki olduğu bulundu. Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Derecesi alt boyutu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Diyet alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde orta ($r:0,578$, $p:0,000$) ve Öz-Bakım Gücü ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ($r:0,226$, $p:0,006$) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.14).



Tablo 4-14: Hastalarda Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk ile Öz-Bakım Gücü ilişkisine yönelik istatistiksel analizler

Ölçekler ve alt boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği										
1.Diyete Uyumsuzluk Sıklığı										
2.Diyete Uyumsuzluk Derecesi	0,844 0,000•									
3.Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Sıklığı	0,524 0,000•	0,514 0,000•								
4. Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Derecesi	0,434 0,000•	0,502 0,000•	0,870 0,000•							
Öz-Bakım Gücü Ölçeği										
5.İlaç Kullanımı	0,014 0,863	-0,023 0,778	0,081 0,324	0,042 0,613						
6.Diyet	-0,632 0,000•	-0,636 0,000•	-0,540 0,000•	-0,578 0,000•	0,129 0,118					
7.Hijyenik Bakım	-0,199 0,015*	-0,162 0,049*	-0,126 0,125	-0,061 0,457	0,295 0,000•	0,219 0,008 †				
8.Ruhsal Durum	0,043 0,600	0,122 0,137	0,093 0,260	0,025 0,766	0,208 0,011*	0,095 0,252	0,120 0,146			
9.Kendi Kendine İzlem	-0,107 0,195	-0,149 0,069	-0,085 0,305	-0,126 0,126	0,213 0,009 †	0,264 0,001 †	0,317 0,000•	0,178 0,029*		
10.Öz-Bakım Gücü Toplam	-0,256 0,002 †	-0,256 0,002 †	-0,173 0,036*	-0,226 0,006 †	0,643 0,000•	0,553 0,000•	0,540 0,000•	0,535 0,000•	0,692 0,000•	

•P<0,001, † p<0,01 ve *p<0,05

4.4. Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırma grubundaki hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.15’de yer almaktadır. Hastaların Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Enerji, Duygusal Rol, Mental Sağlık alt boyut ve Fiziksel Sağlık, Mental Sağlık boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla $71,68 \pm 26,38$ (0,0-100,0), $52,35 \pm 44,96$ (0,0-100,0), $74,38 \pm 24,68$ (0,0-90,0), $50,72 \pm 5,26$ (40,0-60,0), $68,86 \pm 11,28$ (40,0-100,0), $65,13 \pm 26,24$ (0,0-100,0), $61,75 \pm 45,42$ (0,0-100,0), $75,51 \pm 22,79$ (12,0-100,0), $55,01 \pm 8,42$ (32,20-65,40), $61,52 \pm 10,96$ (36,0-79,0)’dır (Tablo 4.15).

Tablo 4-15: Hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Ölçeğin alt boyutları	$\bar{X} \pm ss$	Ölçeğin min-max değeri	Hastaların min-max değerleri
Fiziksel Fonksiyon	$71,68 \pm 26,38$	0,0-100,0	0,0-100,0
Fiziksel Rol	$52,35 \pm 44,96$	0,0-100,0	0,0-100,0
Ağrı	$74,38 \pm 24,68$	0,0-100,0	0,0-90,0
Genel Sağlık	$50,72 \pm 5,26$	0,0-100,0	40,0-60,0
Sosyal Fonksiyon	$68,86 \pm 11,28$	0,0-100,0	40,0-100,0
Enerji	$65,13 \pm 26,24$	0,0-100,0	0,0-100,0
Duygusal Rol	$61,75 \pm 45,42$	0,0-100,0	0,0-100,0
Mental Sağlık	$75,51 \pm 22,79$	0,0-100,0	12,0-100,0
Fiziksel Sağlık	$55,01 \pm 8,42$	0,0-100,0	32,20-65,40
Mental Sağlık	$61,52 \pm 10,96$	0,0-100,0	36,0-79,0

Araştırma grubunun öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 4.16 gösterilmektedir. Öz-Bakım Gücü Ölçeği İlaç Kullanımı alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ($r:0,318$, $p:0,000$), Fiziksel Rol alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,316$, $p:0,000$), Ağrı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,270$, $p:0,001$), Enerji alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ($r: 0,242$, $p:0,003$), Mental

Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ($r:0,196$, $p:0,017$), Fiziksel Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,360$, $p:0,000$) ve Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,261$, $p:0,001$) ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.16).

Hastaların Öz-Bakım Ölçeği Diyet alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde çok zayıf ($r: 0,238$, $p:0,004$), Duygusal Rol alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,294$, $p:0,000$), Mental Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,316$, $p:0,000$) ve Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,264$, $p:0,001$) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.16).

Öz-Bakım Gücü Ölçeği Hijyenik Bakım alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ($r:0,303$, $p:0,000$), Genel Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,306$, $p:0,000$), Enerji alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ($r:0,231$, $p:0,005$), Mental Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,292$, $p:0,000$), Fiziksel Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,307$, $p:0,000$) ve Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,277$, $p:0,001$) ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.16).

Örneklemin Öz-Bakım Gücü Ölçeği Ruhsal Durum alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ($r:0,446$, $p:0,000$), Fiziksel Rol alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,338$, $p:0,000$), Ağrı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,343$, $p:0,000$), Genel Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,411$, $p:0,000$), Enerji alt boyutu arasında pozitif yönde orta ($r:0,517$, $p:0,000$), Duygusal Rol alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r: 0,275$, $p:0,001$), Mental Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,462$ $p:0,000$), Fiziksel Sağlık boyutu arasında pozitif yönde orta ($r:0,503$ $p:0,000$), Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde orta ($r:0,538$ $p:0,000$) ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.16).

Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kendi Kendine İzlem alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde çok zayıf ($r:0,163$, $p:0,048$) ve Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ($r:0,167$ $p:0,044$) ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.16).

Araştırma grubunun Öz-Bakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf

($r:0,381$, $p:0,000$), Fiziksel Rol alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ($r:0,344$, $p:0,000$), Ağrı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ($r:0,294$, $p:0,000$), Genel Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,355$, $p:0,000$), Enerji alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,406$, $p:0,000$), Duygusal Rol alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,309$, $p:0,000$), Mental Sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,432$, $p:0,000$), Fiziksel Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,443$, $p:0,000$), Mental Sağlık boyutu arasında pozitif yönde zayıf ($r:0,476$, $p:0,000$) ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.16).



Tablo 4-16: Hastalarda Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi arasındaki ilişki

Ölçekler ve alt boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	1.İlaç Kullanımı															
	2.Diyet	0,129 0,118														
	3.Hijyenik Bakım	0,295 0,000•	0,219 0,008 ₺													
	4.Ruhsal Durum	0,208 0,011*	0,095 0,252	0,120 0,146												
	5.Kendi Kendine İzlem	0,213 0,009 ₺	0,264 0,001 ₺	0,317 0,000•	0,178 0,029*											
	6.Öz-Bakım Toplam	0,643 0,000•	0,553 0,000•	0,540 0,000•	0,535 0,000•	0,692 0,000•										
	7.Fiziksel Fonksiyon	0,318 0,000•	-0,001 0,990	0,303 0,000•	0,446 0,000•	0,130 0,115	0,381 0,000•									
	8.Fiziksel Rol	0,316 0,000•	0,082 0,320	0,157 0,056	0,338 0,000•	0,126 0,125	0,344 0,000•	0,475 0,000•								
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	9.Ağrı	0,270 0,001 ₺	0,115 0,164	0,154 0,061	0,343 0,000•	0,027 0,745	0,294 0,000•	0,517 0,000•	0,347 0,000•							
	10.GenelSağlık	0,113 0,168	0,238 0,004°	0,306 0,000•	0,411 0,000•	0,122 0,139	0,355 0,000•	0,390 0,000•	0,237 0,004 ₺	0,367 0,000•						
	11.Sosyal Fonksiyon	0,113 0,169	0,025 0,764	-0,023 0,778	0,069 0,402	0,003 0,969	0,073 0,379	0,196 0,016*	0,322 0,000•	0,118 0,150	0,052 0,526					
	12.Enerji	0,242 0,003 ₺	0,106 0,199	0,231 0,005 ₺	0,517 0,000•	0,163 0,048•	0,406 0,000•	0,694 0,000•	0,464 0,000•	0,581 0,000•	0,533 0,000•	0,109 0,184				
	13.Duygusal Rol	0,153 0,063	0,294 0,000•	0,146 0,075	0,275 0,001 ₺	0,103 0,213	0,309 0,000•	0,233 0,004 ₺	0,428 0,000•	0,162 0,049*	0,137 0,097	0,267 0,001 ₺	0,238 0,004 ₺			
	14.Mental Sağlık	0,196 0,017*	0,316 0,000•	0,292 0,000•	0,462 0,000•	0,134 0,105	0,432 0,000•	0,426 0,000•	0,320 0,000•	0,536 0,000•	0,491 0,000•	0,087 0,294	0,629 0,000•	0,337 0,000•		
	15. Fiziksel Sağlık	0,360 0,000•	0,080 0,332	0,307 0,000•	0,503 0,000•	0,131 0,111	0,443 0,000•	0,928 0,000•	0,642 0,000•	0,737 0,000•	0,527 0,000•	0,220 0,007 ₺	0,771• 0,000	0,302 0,000•	0,552 0,000•	
	16.Mental Sağlık	0,261 0,001 ₺	0,264 0,001 ₺	0,277 0,001 ₺	0,538 0,000•	0,163 0,048*	0,476 0,000•	0,625 0,000•	0,512 0,000•	0,603 0,000•	0,520 0,000•	0,337 0,000•	0,861 0,000•	0,472 0,000•	0,882 0,000•	0,741 0,000•

•P<0,001, ₺ p<0,01 ve *p<0,05

5.TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetmezliği bireylerin öz-bakımlarını etkileyen, yaşam tarzında değişikliklere neden olan ve kronik semptomların yaşandığı bir hastalıktır. Hemodiyaliz son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde en yaygın kullanılan ve ömür boyu süren renal replasman tedavilerinden biridir. Hemodiyaliz tedavisi hastalarda sıvı-diyet kısıtlaması, sosyal izolasyon, iş, aile ve sosyal yaşamda değişiklik, gelecek korkusu, fiziksel yetersizlik, yorgunluk ve başkalarına bağımlı olma gibi psiko-sosyal sorunların yaşanmasına, öz-bakım gücünün azalmasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Axelsson et al. 2012; Atashpeikar et al. 2012; Muz ve Eğlence 2013).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışıldı.

1. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1.Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikleri, kronik hastalık durumları, bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı, hemodiyalizin komplikasyonları, BKİ, sistolik ve diyastolik kan basıncı, Kt/V değeri ve hemodiyaliz öncesi laboratuvar değerlerine ilişkin bulgular tartışıldı.

Türk Nefroloji Derneği Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda hastaların %66,12'sinin 0-5 yıl, %21,71'inin 6-10 yıl, %8,10'unun 11-15 yıl , %2,84'ünün 16-20 yıl, %1,23'ünün 20 yıl üzeri süreyle hemodiyaliz tedavisi aldıkları bildirilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Bu çalışmada hastaların %28,9'u 6 ay-2 yıl, %32,2'si 3-5 yıl, %23,5'i 6-10 yıl, %15,4'ü 11 yıl ve üzeri süreyle hemodiyaliz tedavisi aldıklarını bildirdi. Örneklemin

hemodiyaliz tedavisi alma süresine ait verileri Türkiye geneliyle paralellik göstermektedir.

Türk Nefroloji Derneği Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda hemodiyaliz hastalarının %7,85'inin haftada iki kez ve %90,75'inin haftada üç kez diyaliz tedavisi oldukları bildirilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Bu çalışmada hastaların %13,4'ünün haftada iki kez ve %86,6'sının hafta üç kez hemodiyaliz tedavisi olduğu belirlendi. Bu çalışmada hastaların haftalık hemodiyaliz seans sayısına ait sonuçlar Türkiye geneliyle benzerlik göstermektedir.

Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların %95'inin hemodiyaliz seans süresinin dört saat olduğu belirtilmiştir (Efe 2012). Kalender ve Tosun (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %97,3'ünde hemodiyaliz seans süresinin dört saat olduğu bildirilmiştir (Kalender ve Tosun 2013). Bu çalışmada hastaların %89,3'ünde hemodiyaliz seans süresi dört saat olduğu tespit edildi. Hastaların hemodiyaliz seans süresine ait veriler literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kanada Organ Replasman Raporu'nda (Canadian Organ Replacement Register- CORR) (2010) son dönem böbrek yetmezliği nedenleri arasında %35 oranı ile diyabetes mellitusun ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir (Canadian Institute for Health Information 2010). Türk Nefroloji Derneği Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda hemodiyaliz hastalarının etiyolojik nedenlere göre dağılımı sırasıyla %33,57 diyabetes mellitus, %27,15 hipertansiyon, %6,12 glomerülonefrit ve %4,85 polikistik böbrek hastalıkları olduğu rapor edilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Karabulutlu Yılmaz ve Okanlı (2011) tarafından 129 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri arasında ilk sırada hipertansiyon (%37,2) ve ikinci sırada diyabetes mellitus (%20,2) olduğu bildirilmiştir (Karabulutlu Yılmaz ve Okanlı 2011). Bu çalışmada hastalarda kronik böbrek yetmezliğinin etiyolojik nedenlere göre dağılımı sırasıyla %33,6 hipertansiyon, %20,8 diyabetes mellitus, %12,8 polikistik böbrek hastalığı ve %8,7 glomerülonefrit olduğu belirlendi. Literatürde kronik böbrek yetmezliğinin etiyolojik nedenlere göre dağılımlarının sıralaması ile ilgili farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu sonuçların örneklem grubuna ait özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mutlu'nun (2007) yaptığı çalışmada hastaların %16,2'sinin hemodiyaliz seansını zamanından önce terk ettiği, terk eden hastaların %4,3'ü bazen ve %12'si nadiren diyaliz zamanından önce terk ettiği bildirilmiştir (Mutlu 2007). Bu çalışmada hastaların %15,4'ü diyalizi seansını zamanından önce terk ettiğini ve terk edenlerin %82,6'sı nadiren zamanından önce sonlandırdıklarını bildirdi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Mutlu (2007) çalışmasında hastaların %43,6'sının krampla ilgili sorun yaşadığı ve bazen kramplar nedeniyle seansı erken sonlandırdıkları bildirilmiştir (Mutlu 2007). Bu çalışmada hemodiyalizi zamanından önce terk eden hastaların çoğunluğu kramp (%56,5) nedeniyle terk ettiklerini bildirdi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Krespi ve ark. (2008) tarafından hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada diyaliz hastaları güç kaybı yaşadıklarını, daha önce yapabildikleri işleri artık yapamadıklarını, sık sık dinlenmek zorunda olduklarını ve kısa sürede yorulduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (Krespi et al. 2008). Bu çalışmada hastaların %71,8'i hemodiyaliz tedavisine başladıktan sonra enerji düzeylerinin azaldığını bildirdi. Bunun hastalık süreci ve hemodiyalize bağlı yaşanan semptomlardan (yorgunluk, hipotansiyon, nefes darlığı v.s.) kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisinin uzun vadeli süreci nedeniyle, hastalar hastalıklarını yönetebilmek ve daha iyi başa çıkabilmek için yaşam biçimlerinde değişiklik yapmaktadır (Ghadam et al.2016). Mutlu'nun (2007) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %59'unun arkadaş ve akraba ilişkilerinin azaldığı, %33,3'ünün rol ve sorumluluklarını yerine getiremediği, %12'sinin yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kaldığı, %1,7'sinin eşi ve çocukları tarafından terk edildiği, %2,6'sının yalnız yaşamak zorunda kaldığı ve %23,9'unun ise sosyal yaşantısının etkilenmediği bildirilmiştir (Mutlu 2007). Bu çalışmada hastaların %40,3'ü hastalık ve hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hayat tarzında değişim yaşadığını belirtti. Hastaların haftanın belirli gün ve saatinde hemodiyaliz merkezine gitmek zorunda olmaları, kronik hastalık ve hemodiyaliz tedavisine bağlı gelişen akut ve kronik komplikasyonlar ve başkalarına bağlı hale gelmeleri hastaların hayat tarzında değişim yapmasına neden olabilmektedir.

Öztürk'ün (2011) çalışmasında hastaların %52,6'sının hemodiyalizle ilgili eğitim almadığı bildirilmiştir (Öztürk 2011). Bu çalışmada hastaların %98,7'si eğitim aldığını ve %96,6'sı aldığı eğitimin yeterli olduğunu bildirdi. Bu sonuçlar literatür ile karşılaştırıldığında hastaların eğitim alma durumlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hastaların tamamına yakınının eğitim almış olmasında hemodiyaliz aldıkları kurumun ve sağlık personelinin rolü olduğu düşünülmektedir.

Öztürk'ün (2011) hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyum ve eğitim gereksinimlerini incelediği çalışmasında araştırma grubunun %50,9'unun evinde baskül bulunduğu ve %40'ının düzenli kilo takibi yaptığı bildirilmiştir (Öztürk 2011). Bu çalışmada araştırma grubunun %45'i evinde baskül bulunduğunu, %32,9'u düzenli kilo takibi yaptığını bildirmiştir. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Öztürk'ün (2011) çalışmasında, %49,1'inin düzenli olarak ödem takibi yaptığını bildirilmiştir (Öztürk 2011). Bu çalışmada hastaların %22,1'i düzenli ödem takibi yaptığını bildirdi. Bu çalışmada ödem takibi yapan hasta oranının daha düşük olma nedeni ödem takibi yapmayan hastalara neden yapmadıkları sorgulandığında kendisinde ödem gelişmediğini ve bu yüzden takip etme ihtiyacı duymadığını belirtti.

Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların %46,2'nin interdiyalitik kilo artışının 3 kg ve üzerinde olduğu belirtilmiştir (Efe 2012). Bu çalışmada hastaların %56,4'ünde interdiyalitik kilo alımının 3 kg'dan fazla olduğu saptandı. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Öztürk (2011) çalışmasında hastaların %87,1'i öz-bakım gereksinimlerini karşılarken yardıma ihtiyaç duyduğu, öz-bakımını karşılarken %41,7'si eşi ve %30,9'u çocukları tarafından desteklendiği belirtilmiştir (Öztürk 2011). Karabulutlu Yılmaz ve Okanlı'nın (2011) çalışmasında hastaların %81,4'ü tarafından bakımına yardımcı birinin olduğu belirtilmiştir (Karabulutlu Yılmaz ve Okanlı 2011). Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların %80,2'sinin öz-bakım gereksinimlerini karşılarken aile üyelerinden destek aldığı bildirilmiştir (Efe 2012). Bu çalışmada hastaların %80,5'i öz-bakımını karşılarken yardıma ihtiyaç duyduğunu, öz-bakımını karşılarken %50,8'i eşi ve %32,5'i çocuklarının desteklediğini belirtti. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Öztürk'ün (2014) çalışmasında hastaların %70'inin daha önce hastaneye yattığı bildirilmiştir (Öztürk 2014). Bu çalışmada hastaların %83,2'sinin daha önce

hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlendi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Gökçe'nin (2010) araştırmasında hastaların %83,9'unda eşlik eden hastalık olduğunu belirtilmiştir (Gökçe 2010). Efe'nin (2012) çalışmasında araştırma kapsamındaki bireylerin %79,3'ünde eşlik eden kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (Efe 2012). Bu çalışmada hastaların %86,6'sında eşlik eden bir hastalık olduğu saptandı. Bu sonuç literatürlerle paralellik göstermektedir.

Öztürk'ün (2014) çalışmasında araştırma grubunun eşlik eden hastalığı sorgulandığında en sık hipertansiyon (%41) olduğu belirtilmiştir (Öztürk 2014). Bu çalışmada hastalar en çok (%68,5) hipertansiyonun eşlik ettiğini bildirdi. Bu çalışmada eşlik eden hastalıklarla ilgili sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Tuot ve ark.'nın (2013) çalışmasında hastaların %79'unun son bir yılda içinde bir hekim tarafından görüldüğünü bildirilmiştir (Tuot et al.2013). Aksel'in (2010) araştırmasında çalışma grubundaki hastaların %81'inin düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırdığı belirtilmiştir (Aksel 2010). Bu çalışmada hastalar çok yüksek oranda (%96,1) eşlik eden hastalıkla ilgili tedavi aldığını belirtti. Bu çalışma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Chaplin ve ark.'nın (2010) hemodiyaliz hastalarında gelişen komplikasyonları araştırdığı çalışmasında hastalarda en yaygın görülen semptomların yorgunluk (%82), hipotansiyon (%76), kramp (%74), baş dönmesi (%63) olduğu belirtilmiştir (Caplin et al. 2011). Zyga ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada hissedilen yorgunluğu derecelendirilerek hastaların %47,3'ünün yorgunluk ve %13,7'sinin son derece yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (Zyga et al. 2015). Kılıç Akça ve Doğan'ın (2011) yaptıkları çalışmada hastaların %81,7'sinin halsizlik ve yorgunluk yaşadıkları bildirilmiştir (Kılıç Akça ve Doğan 2011). Bu çalışmada hastaların %58,4'ü yorgunluk, %46,3'ü kramp, %45'i hipotansiyon, %44,3'ü uykusuzluk semptomlarını yaşadıklarını bildirdi. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

Say'ın (2007) araştırmasında hastaların kan üre azotu (Blood Urea Nitrogen/BUN) 72.81 ± 15.14 mg/dl olduğu bildirilmiştir (Say 2007). Bu çalışmada hastaların %94,6'sında kan üre azot değeri 81 ml/dl ve üzerinde olduğu belirlendi.

NKF-K/DOQI Beslenme Kılavuzu'nda (erişkin) (2000) prediyaliz serum kreatinin değerinin 10 mg/dL olması gerektiği bildirilmiştir (NKF-K/DOQI 2000). Bu çalışmada hastaların %63,1'inin serum kreatinin değeri 7,9 mg/dl ve altında olduğu belirlendi. Bu sonuçlar hastaların çoğunluğunun serum kreatinin değerinin NKF-K/DOQI Kılavuzu kriterlerinin altında olduğunu göstermektedir. Bunun hastaların diyetlerinde yetersiz protein almalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Türk Nefroloji Derneği 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %54,31'inde hemoglobin değerinin 11,5gr/dL ve altında olduğu belirtilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Danış ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada hastaların %74,2'sinde hemoglobin değerinin 10 gr/dl'nin altında olduğu bildirilmiştir (Danış ve ark. 2007). Mahmoud ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada hastaların hematokrit ortalama değerinin $32,9 \pm 2,3$ mg/dl olduğu bildirilmiştir (Mahmoud et al. 2015). Bu çalışmada hastaların %73,2'sinin hemoglobin değerinin 12 mg/dl altında, %54,4'ünün hematokrit değerinin %34'ün altında olduğu belirlendi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemodiyaliz hastalarında aneminin sık görüldüğü söylenebilir. Bunun hemodiyaliz esnasındaki kan kayıplarından, EPO tedavi potokolünden ve hastaların beslenme şekillerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Toy'un (2006) araştırmasında hastaların %84'ünün potasyum değerini 6 mEq/l ve altında ve %54,2'sinin kalsiyum değeri 8,4-9,5 mg/dl olduğu belirtilmiştir (Toy 2006). Bu çalışmada hastaların %98'inde potasyum değeri 3,00-6,59 mEq/l ve %60,4'ünde kalsiyum değeri 8,40-9,59 mg/dl olduğunu saptandı. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Türk Nefroloji Derneği 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda hastaların %30,52'sinde fosfor düzeyi 5,5mg/dL ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Bu çalışmada örneklemin %27,5'inde fosfor değeri 5,6 mg/dl ve üzerinde olduğu saptandı. Bu sonuçlar Türkiye geneliyle benzerlik göstermektedir.

Gökçe'nin (2010) çalışmasında hastaların albümin ortalama değerinin $3,66 \pm 0,50$ g/dl olduğu belirtilmiştir (Gökçe 2010). Bu çalışmada hastaların

%98,7'sinin 3 g/dl ve üzerinde olduğu belirlendi. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

Toy (2006) tarafından 400 hemodiyaliz hastası ile yapılan araştırmada hastaların %42,2'sinin ferritin değerinin 100-500 ng/ml olduğu bildirilmiştir (Toy 2006). Bu çalışmada hastaların %96,6'sında ferritin değerinin 100 ng/ml üzerinde olduğu belirlendi. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu sonuçlar hemodiyaliz hastalarının takip ve tedavi protokollerinde gelişmelere bağlı olarak ferritin düzeyindeki düşüşlerin erken belirlenerek müdahale edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Toy (2006) araştırmasında hastaların %79,1'nin total kolesterol değerinin 200 mg/dl'nin altında olduğunu belirtmiştir (Toy 2006). Bu çalışmada hastaların %41,4'ünün total kolesterol değerinin 150 mg/dl'nin altında olduğu belirlendi. Bu çalışmada kolesterol değerine ait sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Türk nefroloji Derneği 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'nda Kt/V değeri hastaların %0,74'ünde $Kt/V < 1,0$ m², %2,26'sında 1,0-1,2 m², %31,89'unda 1,3-1,5 m², %48,31'inde 1,6-1,8 m², %16,80'inde $Kt/V > 1,8$ m² olduğu bildirilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2015). Bu çalışmada araştırma grubunun %94'ünde $Kt/V \geq 1,2$ m² olduğu saptandı. Bu sonuçlar Türkiye geneliyle benzerlik göstermektedir.

Öztürk'ün (2014) çalışmasında hastaların boy ortalaması 163,77±8,339 cm ve kilo ortalaması 62,97±12,298 kg olarak belirtilmiştir (Öztürk 2014). Kanada Organ Replasman Raporu'nda (CORR) (2014) hemodiyaliz hastalarının ortalama beden kitle indeksinin 29,1 kg olduğu bildirilmiştir (Canadian Organ Replacement Register, 2014, Canadian Institute for Health Information). Unal ve ark.'nın (2014) çalışmasında araştırma grubundaki hastaların beden kitle indeksinin 23,6±4.2 olduğu belirtilmiştir (Unal et al. 2014). Bu çalışmada örneklemin boy ortalaması 1,65±0,92 m, diyaliz öncesi kilo ortalaması 68,42±12,86, diyaliz sonrası kilo ortalaması 65,74±12,62 ve beden kitle indeksi ortalaması 24,28±4,83 kg olduğu belirlendi. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Moattari ve ark.'nın (2012) çalışmasında hastaların sistolik kan basıncı ortalama değeri 143,37±11,56 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değeri 83,1±6,08 mmHg olduğu belirtilmiştir (Moattari et al. 2012). Gökçe'nin (2010)

çalışmasında araştırma grubundaki hastalarının sistolik kan basıncı ortalama değeri $128,61 \pm 26,40$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değeri $79,43 \pm 12,24$ mmHg olarak bildirilmiştir (Gökçe 2010). Bu çalışmada hastalarının sistolik kan basıncı ortalama değeri $124,43 \pm 18,69$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değeri $75,70 \pm 9,02$ mmHg olarak bulundu. Bu çalışmanın kan basıncına ait sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2.Hastaların Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırma grubunun sosyodemografik ve hemodiyaliz tedavisine ait değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, alkol ve sigara kullanımı, bakımı, diyaliz süresi, komplikasyonlar, ek bir hastalığa sahip olma durumu laboratuvar bulguları, Kt/V, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu) ile öz-bakım gücü arasındaki ilişki tartışıldı.

Literatürde hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünün orta seviyede (Bağ 2007; Moattari et al. 2012; Kalender ve Tosun 2013; Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015) düşük seviyede (Mollaoğlu 2006) ve ortalamanın üzerinde (Akyol ve Karadakovan 2002) saptandığı çalışmalar bulunmaktadır (Akyol ve Karadakovan 2002; Bağ 2007; Moattari et al. 2012; Kalender ve Tosun 2013; Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Yapılan çalışmalarda hastaların öz-bakım gücü farklı ölçekler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ören'in (2010) Öz-Bakım Gücü ölçeğini geliştirdiği ve geçerlilik güvenirliğini yaptığı çalışmasında hemodiyaliz grubunda Öz-Bakım Gücü Ölçeği alt boyut puan ortalamaları $2,89 \pm 1,57$ ile $8,55 \pm 2,38$ arasında ve tüm ölçek bazında $29,70 \pm 5,74$ olduğu belirtilmiştir (Ören 2010). Bu çalışmada araştırma grubunun Öz-Bakım Gücü Ölçeği alt boyut puan ortalamaları $3,61 \pm 1,77$ ile $8,29 \pm 2,11$ arasında ve ölçeğin toplam puan ortalaması $30,18 \pm 5,27$ olarak bulundu. Bu değer persantil değerleri ile değerlendirildiğinde, 50. persantilin üzerinde puan aldıkları ve hastaların öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar literatür (Ören 2010) ile paralellik göstermektedir. Hastaların Öz-Bakım Ölçeği Hijyenik Bakım alt boyutu puanları ortalama değeri $7,28 \pm 0,98$ olduğu ve bu değer alınabilecek toplam değere yakın (8 puan) olması nedeniyle hijyenik bakımlarının iyi olduğu düşünülmektedir. Hastaların öz-bakım gücünün orta düzeyde olması hemodiyaliz tedavisi nedeniyle düzenli olarak sağlık kuruluşuna gitmelerine bağlı

olarak sürekli sağlık kontrollerinin yapılması, profesyonel sağlık ekibi ile iletişim halinde olması ve tamamına yakının hemodiyaliz ile ilgili eğitim almış olmasından kaynaklandığı dűřünülmektedir.

Atashpeikar ve ark.'nın (2012) hemodiyaliz hastalarının öz- bakım gűcünü incelediđi çalıřmasında yař arttıka hastaların öz-bakım gűcűnűn azaldığı belirtilmiřtir (Atashpeikar et al. 2012). İlhan'ın (2011) 18 yař ve üzerinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yaptıđı çalıřmasında 41-59 yař hasta grubunun 60 yař ve üzeri hasta grubuna gűre öz-bakım gűcű puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı dűzeyde yűksek olduđu belirtilmiřtir (İlhan 2011). Őren'in (2010) periton diyalizi ve hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gűcűnű incelediđi çalıřmasında hemodiyaliz hasta grubunda yař ile Őz-Bakım Gűcű Őleđi Diyet boyutu arasında pozitif istatistiki açıdan anlamlı iliřki olduđu diđer boyutlarda yařın öz-bakım gűcűnde etkili bir faktűr olmadığı belirtilmiřtir (Őren 2010). Bu çalıřmada yař ile öz-bakım gűcű arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iliřki bulunmadı ($p=0,9889$). Yařın öz-bakım gűcűne etkisi ile ilgili yapılan çalıřmalarda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Genç bireyler bađımsız olma duygularını yođun olarak yařamaktadırlar. Buna bađlı olarak diyet ve sıvı kısıtlılıđına uyumsuzluk genç hastalarda daha sık gűrűlebilir (Atashpeikar et al. 2012). Bu durum genç bireylerin öz-bakım gűcűnű olumsuz yűnde etkilediđi ve yařlılarda yařın ilerlemesine bađlı olarak fiziksel yetersizlikler nedeniyle öz-bakım gűcűnűn olumsuz yűnde etkilendiđi dűřünülmektedir.

Őren'in (2010) alıřmasında cinsiyetin öz-bakım gűcűnű etkilemediđi belirtilmiřtir (Őren 2010). Alemdar ve Pakyűz'űn (2015) yaptıkları çalıřmada kadın ve erkeklerin öz-bakım gűcű puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı ifade edilmiřtir (Alemdar ve Pakyűz ınar 2015). Bu çalıřmada cinsiyet öz-bakım gűcűnű etkileyen bir faktűr olarak bulunmadı ($p=0,073$). Bu sonuçlar literatűr ile benzerlik gűstermektedir.

Atashpeikar ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalıřmada evlilik durumu ile öz-bakım yeteneđi arasında anlamlı bir iliřki olduđu ve evli hastaların daha iyi öz-bakım yeteneđine sahip olduđu belirtilmiřtir (Atashpeikar et al. 2012). Alemdar ve Pakyűz'űn (2015) alıřmasında evlilerin öz-bakım gűcűnűn bekarlardan daha yűksek olduđu bildirilmiřtir (Alemdar ve Pakyűz ınar 2015). Bu çalıřmada evli olanların evli olamayanlara gűre öz-bakım gűcű ortalama puanının istatistiksel olarak ileri dűzeyde

anlamli yüksek ($p=0,001$) olduğu belirlendi. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Evli hastaların eşlerinden destek almaları onların öz-bakım gücünü olumlu yönde etkilediği düşünölmektedir.

Ören'in (2010) ęalışmasında hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün arttđı belirtilmiştir (Ören 2010). Atashpeikar ve ark.'nın (2012) yaptıkları ęalışmada eğitim düzeyi ile öz-bakım yeteneği arasında anlamlı bir korelasyon olduğu, yüksek öğretime sahip bireylerin okuma yazma bilmeyenlerden daha yüksek öz-bakıma sahip oldukları ifade edilmiştir (Atashpeikar et al. 2012). Bu ęalışmada eğitim seviyesi arttıkça hastaların toplam öz-bakım puanlarının arttđı ($p=0,043$) saptanmıştır. Bu ęalışmadaki eğitim seviyesi ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiye dair sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireyin sağlığını koruma, sürdürülebilirlik konusunda daha bilinçli ve ilgili olduğu düşünölmektedir.

Aksel'in (2010) ęalışmasında emeklilerde öz-bakım gücünün yüksek olduğu belirtilmiştir (Aksel 2010). Ören'in (2010) ęalışmasında hastaların ęalışma durumunun öz-bakım gücünü etkileyen bir faktör olmadđı bildirilmiştir (Ören 2010). Atashpeikar ve ark.'nın (2012) yaptıkları araştırmada ęalışma durumu ve öz-bakım arasında anlamlı bir korelasyon saptamadıkları belirtilmiştir (Atashpeikar et al. 2012). Bağ'ın (2007) ęalışmasında ęalışan grubun ęalışmayan gruba göre öz-bakım gücü puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (Bağ 2007). İncelenen literatürde emeklilik durumu meslek grupları içinde ele alınmaktadır. Bu ęalışmada emeklilik ęalışma durumu kategorisinde değerlendirilmiş olup, ęalışan ve ęalışmayan hastaların öz- bakım ortalama puanları arasında anlamlı düzeyde fark olmadđı saptandı. Emekli grubunda olan hastaların öz- bakım gücü puan ortalamasının diğer gruplardan (ęalışan ve ęalışmayan) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,013$) bulundu. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Bunun nedeninin emekli bireylerin sosyal güvencesinin olması ve kendi bakımlarına ayıracak zamanlarının bulunmasından kaynaklandđı düşünölmektedir. ęalışmayan grupta öz-bakım gücünün düşük olması maddi imkansızlık ve fiziksel yetersizlik nedeniyle aile içindeki rol ve sorumlulukları yerine getirememeye bağlı yaşadıkları psikolojik sorunlardan kaynaklı olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada meslek grupları ayrı ele alınmış olup memurların öz-bakım gücü puan ortalaması diğer meslek gruplarından (işçi, serbest meslek, ev hanımı ve çiftçi) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek ($p=0,008$) olduğu saptandı.

Bu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip olan hasta grubundaki bireylerin geniş aile yapısına sahip olan bireylere göre öz-bakım gücü puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,011$) belirlendi. Bunun nedeninin geniş ailelerde bireylerin sosyal rol ve sorumluluklarının artmasına bağlı olarak kendi öz-bakımı için yeterli zaman ayıramamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Ünsar ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada ekonomik düzeyin öz-bakım gücünü etkilemediği bildirilmiştir (Ünsar ve ark. 2007). Ören'in (2010) çalışmasında hastaların ekonomik düzey yükseldikçe öz-bakım gücünün arttığı belirtilmiştir (Ören, 2010). İlhan'ın (2011) çalışmasında hastalarında ekonomik düzeyi ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (İlhan 2011). Bu çalışmada hastaların ekonomik seviyesi arttıkça öz-bakım gücü ortalama puanlarının arttığı saptandı ($p=0,000$). Bu çalışmada tedavi giderlerini karşılamada ekonomik zorluk yaşamayan hastaların öz-bakım gücü ortama puanlarının ekonomik zorluk yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksek olduğu ($p=0,000$) belirlendi. Ekonomik düzeyi düşük olan hastaların maddi sıkıntılar yaşaması nedeniyle öz-bakım gücünün olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında sigara ve alkol kullanımı uyku bozukluğuna neden olan faktörler arasındadır (Karadağ ve Karadakovan 2013). Sert ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada uyku sorunlarının hastaların öz-bakım gücünü azaltarak, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Sert ve ark. 2015). Saltürk'ün (2006) çalışmasında sigara içmeyenler ile içenlerin fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Saltürk, 2006). Bu çalışmada sigara kullanmayan hastaların sigara kullananlara göre öz-bakım gücü puan ortalamasının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ($p=0,078$) belirlendi. Hastaların alkol kullanımı ile öz-bakım gücü değerlendirildiğinde alkol kullanan hastaların alkol kullanmayan hastalara göre öz-bakım gücü puanının istatistiksel anlamda düşük olduğu ($p=0,032$) belirlendi. Alkol ve sigara kullanımı hastalarda uyku bozukluklarının yaşamasına ve buna bağlı olarak öz-bakım gücünün olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Muz ve Eğlence'nin (2013) yaptığı çalışmada diyaliz uygulama süresi uzadıkça hastaların öz-bakım gücünün azaldığı belirtilmiştir (Muz ve Eğlence 2013). Ören'in (2010) çalışmasında hemodiyaliz tedavi süreleri ile öz-bakım güçleri arasında fark olmadığı belirtilmiştir (Ören 2010). Atashpeikar ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavi süresinin öz-bakım gücünü etkilemediği bildirilmiştir (Atashpeikar et al. 2012). Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının tedavi süreleri ile Öz-Bakım Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamadıkları belirtilmiştir (Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Bu çalışmada hastaların tedavi süresi ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,992$) ilişki saptanmadı. Hemodiyaliz tedavi süresinin öz-bakım gücüne etkisinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Hemodiyaliz tedavi süresi arttıkça hastaların tedavileri ile ilgili bilgileri ve hastalıklarına uyumları artmış olabileceğinden öz-bakım gücü olumlu yönde etkilenebilir. Ancak artan tedavi süresi hasta ve bakım veren aile üyelerinin tükenmişlik yaşamasına ve bunun sonucunda öz-bakım gücünün azalmasına neden olabilir.

Muz ve Eğlence'nin (2013) çalışmasında hastalara uygulanan diyaliz seans sayısı ile öz-bakım gücü puanları aralarındaki istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (Muz ve Eğlence 2013). Bu çalışmada hastalara haftada uygulanan hemodiyaliz seans sayısı ile öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,349$) bulunmadı. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların hemodiyaliz seans sayısı tedaviye gereksinim durumlarına göre düzenlendiğinden hastaların öz-bakım gücünü etkilenmediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların hemodiyalizi zamanından önce terk etme ve terk etme sıklığının öz-bakım gücünü etkileyen bir faktör olmadığı (sırasıyla $p=0,230$, $p=0,907$) saptandı. Hastalar genellikle hemodiyaliz esnasında gelişen kramp ve hipotansiyon nedeniyle hemodiyalizi zamanından önce terk ettiklerini bildirdi. İnterdiyalitik kilo alımı fazla olan hastalarda fazla sıvının çekilmesi kramp ve hipotansiyon gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir.

Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) hastaların hemodiyaliz tedavisine başlama nedenlerini incelediği çalışmasında kronik böbrek yetmezliğinin primer nedenlerine göre öz-bakım gücü puanları arasında fark olmadığı belirtilmiştir (Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Bu çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisinin primer nedenlerinin

öz-bakım gücünü etkilemediği ($p=0,367$) belirlendi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastada hemodiyalizin primer nedeni olan hastalık fiziksel yetersizliğe neden olmadığı sürece öz-bakım gücünü etkilemediği düşünülmektedir.

Aksel'in (2010) çalışmasında hayat tarzında değişim yapan ve yapmayan hastaların öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadığı bildirilmiştir (Aksel 2010). Bu çalışmada hastaların hastalıkları nedeniyle hayat tarzında değişim yapmaları öz-bakım gücü etkileyen bir faktör olarak bulunmadı ($p=0,383$). Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Öz-bakımlarını karşılamakta zorlanan hastaların hayat tarzında değişim yaparak enerji ve zamanlarını kendi öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamak için kullanıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mollaoğlu'nun (2011) çalışmasında diyaliz tedavisi olan hastaların yarıdan fazlasının günlük yaşam aktivitelerinde (beslenme, tuvalet giyinme banyo, hareket) ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde (telefon kullanma, alış-veriş, ulaşım aracına binebilme ve günlük ev işleri) bağlı oldukları bildirilmiştir (Mollaoğlu 2011). Aksel'in (2010) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada başkalarına bağımlı olmayan bireylerin, bağımlı olanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Aksel 2010). Bu çalışmada bakımına yardımcı kişi bulunmayan hastalar ile bakımına yardımcı kişi bulunan hastaların öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ($p=0,383$) saptandı. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bakım veren kişinin hastanın güvenliğini ve sağlığını tehdit etmediği sürece günlük aktivitelerini kendi kendine yapmasına izin vermesi hastaların öz-bakım gücünü olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

İlhan'ın (2011) çalışmasında örneklemin hastalık hakkında aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşünenlerin kısmen yeterli olduğunu düşünen hastalara göre öz-bakım puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (İlhan 2011). Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi konusunda eğitim alan hastaların eğitim almayanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0,583$) saptandı. Eğitim alan grupta eğitimin yeterli olduğunu düşünen hastalarla yeterli olduğunu düşünmeyen hastaların öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,682$) belirlendi. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu çalışmada hastaların tamamına yakınının (%98,7)

eğitim almış olmasđ nedeniyle eğitim öz-bakım g¼c¼n¼ etkileyen fakt¼r olarak değerlendirilemedi.

Aksel'in (2010) alışmasında daha ¼nce hastanede yatış yapılan ve yatış yapılmayan hastaların ¼z-bakım g¼c¼ puanları arasında istatikselsel olarak anlamlđ fark bulunmadđđ belirtilmiştir (Aksel 2010). Bu çalışmada daha ¼nce hastanede yatış yapma durumunun ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkilemediđđ ($p=0,704$) belirlendi. Bu sonuçlar literat¼r ile benzerlik g¼stermektedir. Hastanede yatış yapılan hastaların yatış s¼releri içerisinde hastalığa bađđ gelişen komplikasyon ve semptomlara y¼nelik tedavi almış olmaları nedeniyle taburculuk sonrasında ¼z bakım g¼c¼ etkilenmemiş olabileceđđ d¼ř¼n¼lmektedir.

¼ren'in (2010) alışmasında hemodiyaliz hastalarında ek kronik hastalık varlığının ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkilemediđđ belirtilmiştir (¼ren 2010). Alemdar ve Paky¼z, ınar'ın (2015) alışmasında hastalardaki ek kronik hastalık varlığının ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkileyen bir fakt¼r olmadđđđ bildirilmiştir (Alemdar ve Paky¼z ınar 2015). Akyol Durmaz ve Karadakovan'ın (2002) alışmasında araştırma grubunda eşlik eden kronik hastalık varlığının ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkilemediđđ saptanmıştır (Akyol Durmaz ve Karadakovan 2002). Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarına eşlik eden kronik hastalık varlığının ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkilemediđđ belirlendi ($p=0,518$). Bu sonuçlar literat¼rle benzerlik g¼stermektedir.

Muz ve Eğlence'nin (2013) alışmasında ek kronik hastalıđđ olmayan hastaların ¼z-bakım g¼c¼n¼n¼n birden fazla kronik hastalıđđ olanlara g¼re daha y¼ksek olduğu bildirilmiştir (Muz Eğlence 2013). Bu çalışmada hastalarda eşlik eden kronik hastalık sayısı arttıkka hastaların ¼z-bakım g¼c¼ puanlarının azaldđđđ ancak bunun istatistikselsel olarak anlamlđ olmadđđđ ($p=0,371$) saptandı. Ek kronik hastalık varlığının fiziksel yetersizliğe neden olmadđđđ s¼rece ¼z-bakım g¼c¼n¼ etkilemediđđđ d¼ř¼n¼lmektedir.

Aksel'in (2010) alışmasında sađđık kontrollerini d¼zenli olarak yaptırın grubun d¼zenli yaptırmayan gruba g¼re ¼z-bakım g¼c¼ puan ortalamalarının daha y¼ksek saptandđđđ ancak bu farkın istatistikselsel olarak anlamlđ olmadđđđ belirtilmiştir (Aksel 2010). Bu çalışmada ek kronik hastalıklara y¼nelik tedavi alan hastaların almayan hastalara g¼re ¼z-bakım puanlarının istatistikselsel olarak anlamlđ d¼zeyde y¼ksek olduğu ($p=0,019$) belirlendi. Ek kronik hastalıklara y¼nelik tedavi olmayan

hastaların kronik hastalığa bağlı gelişen semptom ve komplikasyonları daha fazla yaşamaları nedeniyle öz-bakım gücünün daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Alemdar ve Pakyüz Çınar'ın (2015) çalışmasında hastalarda interdiyalitik kilo alımının öz-bakım gücünü etkilemediği belirtilmiştir (Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Bu çalışmada interdiyalitik 3 kg'dan fazla kilo alımının hastanın öz-bakım gücünü etkilemediği ($p=0,261$) belirlendi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların komplikasyon oluşturacak düzeyde fazla kilo almamaları ve kilosunu kontrollü olarak yavaş yavaş almaları nedeniyle öz-bakım güçlerinin etkilenmediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada düzenli kilo takibi yapanlarda yapmayanlara göre ve evde baskülü bulunanlarda evde baskülü bulunmayanlara göre öz-bakım gücü ortalama puanları istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ($p=0,000$) yüksek olduğu bulundu. Araştırma grubunda düzenli ödem takibi yapanlarda yapmayanlara göre hastaların öz-bakım gücü ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p=0,030$) olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda hastanın hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, bakımına ve sağlığına önem gösterdiği ve hastalıkla ilgili kişisel kontrolünün yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisine bağlı komplikasyon yaşayan ve yaşamayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,177$) saptanmadı. Hastaların sağlık kurumunda hemodiyaliz tedavisi olmalarına bağlı olarak gelişen komplikasyonlara erken müdahale edildiği, komplikasyonların sürekli ve yoğun olarak yaşanmaması nedeniyle öz-bakım gücünün etkilenmediği düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında hemoglobin, hemotokrit, kan üre azotu (Blood Urea Nitrogen /BUN), kreatinin ve albümin düzeyi nütrisyonel durumu değerlendirmek için kullanılacak parametreler arasındadır (NKF-K/DOQI 2000). Kalender'in (2010) çalışmasında hastaların hemotokrit, hemoglobin, albümin, BUN, kreatinin, fosfor, kalsiyum, potasyum ve Kt/V değerleri ile öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (Kalender 2010). Bu çalışmada hastaların hemodiyaliz öncesi biyokimyasal parametreleri (hemoglobin, hemotokrit, albümin kan üre azotu (BUN), ferritin, total kolesterol, HDL, LDL, fosfor, kalsiyum, potasyum) ve Kt/V ile öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı

(sırasıyla $p=0,530$, $p=0,902$, $p=0,485$, $p=0,859$, $p=0,721$, $p=0,428$, $p=0,843$, $p=0,087$, $p=0,811$, $p=0,305$, $p=0,601$, $p=0,303$ ve $p=0,568$). Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların sağlık kurumunda hemodiyaliz olmaları nedeniyle düzenli ve sık aralıklarla biyokimya parametrelerinin kontrol edilmesi ve erken müdahale edilmesi sonucunda öz-bakım gücünü etkilemediği düşünülmektedir. Hastaların tamamına yakınında (%94) $Kt/V \geq 1.2$ olması nedeniyle Kt/V düzeyi öz-bakım gücünü etkileyen faktör olarak değerlendirilemedi.

Kalantar-Zadeh ve ark'nın (2004) yaptığı çalışmada beden kitle indeksinin azalması ile mortalite riskinin arttığı, artan beden kitle indeksi ile hayatta kalma ve yaşam kalitesinin arttığı, hastanede yatışın azaldığı belirtilmiştir (Kalantar-Zadeh et al. 2004). Bu çalışmada hastaların beden kitle indeksi arttıkça hastaların öz-bakım gücünün azaldığı belirlendi ($p=0,028$). Hastalarda fazla kilonun fiziksel hareketlerde yavaşlama ve azalmaya neden olması sonucu öz-bakım güçlerinin azaldığı düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastaları diyet ve sıvı kontrolü sağlama ve sürdürmede yetersiz olabilmektedirler. Bu nedenle hastaların değerlendirilmesi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarının sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması önemlidir (Ören 2010; Balım ve Pakyüz Çınar 2016). Kılıç Akça ve Doğan'ın (2011) çalışmasında hastaların %47,9'unun diyetine uymadığı bildirilmiştir (Kılıç Akça ve Doğan 2011). Efe'nin (2012) çalışmasında hastaların Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği'nin diyet uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $6,0 \pm 4,4$, diyet uyumsuzluk derecesi puan ortalamasının $2,0 \pm 0,8$, sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $6,6 \pm 4,9$ ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesi puan ortalamasının $2,1 \pm 1,1$ olduğu belirtilmiştir (Efe 2012). Bu çalışmada hastaların diyet uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $2,78 \pm 4,59$, diyet uyumsuzluk derecesi puan ortalamasının $0,75 \pm 1,14$, sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sıklığı puan ortalamasının $2,23 \pm 3,84$ ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesi puan ortalamasının $0,78 \pm 1,11$ olduğunu belirlendi. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların hastalıkla ilgili bireysel kontrollerinin yüksek olması, hemodiyaliz tedavisi aldıkları sağlık kurumunda verilen eğitimler ve aile desteğinin bulunması kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Kıyak ve Ergüney'in (2002) yaptıkları çalışmada hastaların diyete uyumları arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının arttığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Kıyak ve Ergüney 2002). Bu çalışmada Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği'nin tüm alt boyutları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin diyet alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ($p=0,000$) ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca Öz- Bakım Gücü toplam puanı ile Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği'nin Diyete Uyumsuzluk Sıklığı, Diyete Uyumsuzluk Derecesi ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Derecesi arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,002$ ve $p=0,006$) ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Sıklığı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,036$) ilişki olduğu saptandı. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Hastaların diyete ve sıvı kısıtlamasına uyumu arttıkça öz-bakım gücünün arttığı görülmektedir.

5.3.Hastaların Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Son dönem böbrek hastalığı hastaların genel iyilik halini, fiziksel ve akıl sağlığını, bağımsızlığını, fonksiyonel durumunu, sosyal fonksiyonunu ve insan ilişkilerini etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilmektedir (Gökçe 2010). Literatürde hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) yaptıkları çalışmada hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Akyol Durmaz ve Karadakovan 2002). Theofilou'nun (2011) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir (Theofilou 2011). Öztürk'ün (2011) Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullandığı çalışmasında ölçeğin toplam ortalama puanının $121,47\pm 9,37$ olduğu ve hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyde iyi olduğu belirtilmiştir (Öztürk 2011). Kalender ve Tosun'un (2013) çalışmasında hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Kalender and Tosun 2013) Gökçe'nin (2010) çalışmasında hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Gökçe 2010). Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde olduğu ve puan ortalamaları Fiziksel Fonksiyon $71,68\pm 26,38$, Fiziksel Rol $52,35\pm 44,96$, Ağrı $74,38\pm 24,68$, Genel Sağlık $50,72\pm 5,26$, Sosyal Fonksiyon $68,86\pm 11,28$, Enerji $65,13\pm 26,24$, Duygusal Rol $61,75\pm 45,42$,

Mental Sağlık 75,51±22,79, Fiziksel Sağlık Bileşenleri 55,01±8,42, Mental Sağlık Bileşenleri 61,52±10,96 olarak belirlendi.

Moattari ve ark.'nın (2012) yaptıkları kontrollü çalışmada eğitim verdikleri grupta hastaların öz-bakım gücünün arttığı ve bu artışın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Moattari et al. 2012). Alemdar ve Pakyüz Çınar'ın (2015) Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III Versiyonu kullanarak yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi ve alt boyutlarından sağlık ve işlev, psikolojik durum-inançlar, sosyo-ekonomik ve aile durumunun iyileştiği belirtilmiştir (Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015). Ören'in (2010) çalışmasında hastaların öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de tüm boyutlarda arttığını, öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi boyutları olan fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı esenlik ve global yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde ilişki olduğu bildirilmiştir (Ören 2010). Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (1999) yaptıkları çalışmada, hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirtilmiştir (Akyol Durmaz ve Karadakovan 2002). Karabulutlu ve Tan'ın (2005) yaptıkları çalışmada da öz-bakım gücü arttıkça fonksiyonel durum, global yaşam kalitesi ve esenlik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Karabulutlu ve Tan 2005). Bu çalışmada Öz-Bakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$), Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Enerji alt boyutu, Duygusal Rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık ve Mental sağlık ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p=0<0,05$). Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri belirlemek ve öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmanın bulguları aşağıda belirtildiği şekilde özetlenebilir;

Sonuçlar

- Örnekleme oluşturan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı $30,18 \pm 5,27$ olarak bulundu.
- Evli olanlarda, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda, emeklilerde, memurlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanlarda, tedavi giderleri nedeniyle ekonomik zorluk yaşamayanlarda ve alkol almayanlarda söz edilen özelliklerin diğer kategorilerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- Hemodiyaliz hastaları arasında eşlik eden hastalıklara yönelik tedavi alanlarda, düzenli kilo takibi yapanlarda, evde baskülü bulunanlarda ve düzenli ödem takibi yapanlarda söz edilen özelliklerin diğer kategorilerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- Beden kitle indeksi $BKİ < 18,50 \text{ kg/m}^2$ altında olan hastalarda $25,00 \text{ kg/m}^2$ ve üzerinde olan hastalara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- Hemodiyaliz hastalarında Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk düzeyi ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- Hemodiyaliz hastalarında Öz-Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesinin Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0,05$), Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Enerji alt boyutu, Duygusal Rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık ve Mental sağlık ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Öneriler:

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz ünitelerinde görevli hemşirelere hastaların öz-bakım gücünü ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkileyen faktörler konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Hemodiyaliz tedavisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, beslenme, ilaç kullanımı, diyet ve sıvı kısıtlamaları konusunda hastaların yaş ve öğrenim düzeylerine göre görsel videolarla desteklenilerek eğitim verilmesi,
- Hastaların öz-bakım ve yaşam kalitelerini etkileyen parametrelerin ele alındığı daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

Ahmad, Z. (2010). Hyperkalemia as a medical emergency in patients with ESRD on hemodialysis. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. **26**, 117-122.

Ahsen, A. (2011). Hemodiyaliz akut komplikasyonları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **12**, 54-60.

Ajuria, J.L. and Kimmel, P.A. (2004). Hemodiyaliz Membranının Seçimi. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı.). Düzey Matbaacılık; 1-15.

Akdemir, N. (2003). Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. İçinde N. Akdemir ve L. Birol (Ed.). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 3-24.

Aksel, Ş. (2010). Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Akpolat, T. ve Utaş, C. (2009). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Türk Nefroloji Derneği Yayını. Samsun: Ceylan Ofset.

Akyol, Durmaz, A. (2016). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **1**, 17-33.

Akyol, Durmaz A. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. **41**(2), 97-102.

Albayrak, Cosar A. and Cinar, Pakyuz S. (2016). Scale development study: The fluid control in he-modialysis patients. *Japan Journal of Nursing Science* **13**, 174-182. Erişim 01.03.2017, DOI: 10.1111/jjns.12083.

Alemdar, H. ve Pakyüz, Çınar, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2**, 19-30.

Arslan, Özkan, H. , Yaşar, S. ve Metin, Akten, İ. (2014). Hemşirelikte Bakım Kavramı. İçinde H., A., Özkan (Ed.). *Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri* . İstanbul:Akademi Basım ve Yayıncılık; 97-109.

Aslan, H. (2013). Hemodiyaliz Yeterliliği. İçinde A. Sezen (Ed.). *Diyaliz El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 221-240.

Atashpeikar, S., Jalilazar, T. and Heidarzadeh, M. (2012). Self-care ability in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences*, **1**(1), 31–35. Erişim 20.12.2016, DOI: [10.5681/jcs.2012.005](https://doi.org/10.5681/jcs.2012.005)

Axelsson, L., Randers, I. and Jacobson, S. H. (2012). Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **26**(1), 45–52. Erişim 20.12.2016, DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00902.x.

Bağ, E. (2007). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Bakoğlu, E. ve Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1**(4), 41-49.

Balım, S. ve Pakyüz, Çınar, S. (2016). Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **1**(1), 35-43.

Biçer, S., Taşçı, S., Taş, T. ve Ceyhan, Y.Ş. (2013). Hemodiyalizde meydana gelen kan basıncı değişiminin hastada yarattığı sorunların belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **9**, 15-23.

Brown, W.W., Salzberg, D.J. and Hanes D.S. (2004). Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyon. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı). Düzey Matbaacılık; 556-569.

Canadian Institute for Health Information (2010): *2010 Annual Report: Treatment of End-Stage Organ Failure in Canada 1999 to 2008*, Ottawa, Erişim 26.01.2017, https://secure.cihi.ca/free_products/corr_annual_report_2010_e.pdf

Canadian Institute for Health Information (2015). *Canadian Organ Replacement Register* 2014. Erişim 26.01.2017,

https://secure.cihi.ca/free_products/2015_CORR_AnnualReport_ENweb.pdf.

Caplin, B., Kumar, S. and Davenport, A. (2011). Patients'perspective of haemodialysis-associated symptoms. *Nephrology Dialysis Transplantation*, **26**(8), 2656–2663.

Cingöz, Ş. (2013). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Erişim Yollarının Kullanım Süresi ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörler. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çaydam, Dedeli, Ö. ve Pakyüz Çınar, S. (2016). Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları ve Bakım, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **1**, 60-72.

Dane, E. ve Olgun, N (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **1**, 43-54.

Danış, R., Özmen, Ş., Akın, D., Beştaş, R., Atayan, Y., Zülfüoğulları, A. ve ark. (2007). 2001-2007 Son dönem böbrek yetmezliği olgularımızın geriye dönük analizi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **16**(4), 190-195.

Daugirdas, JT. (1993). Second Generation Logarithmic Estimates of Single Pool Volume Kt/V:An Analysis of Error. *Journal of the American Society of Nephrology*, **4**, 1205- 1213.

Detsky, A. S., Baker, J.P., Mendelson, R. A., Wolman, S. L., Wesson, D.E., Jeejeebhoy, K. N. (1984). Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, **8**, 153-159. Erişim 01.03.2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0148607184008002153>.

Dilek, M. (2008). Hemodiyaliz. İçinde A. Arık ve M. Dilek (Eds.), *Nefroloji*. (2. Baskı). İstanbul: Karakter Color A.Ş; 336-354.

Efe, D. (2012). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Enç, N. ve Alkan, Öz, H.(2014). Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde N. Enç, (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi 50.Yıl Yayınları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 226-241.

Enç, N. ve Uysal, H. (2014). Diyaliz Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Enç, N. (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 248-257.

Evrenkaya, T.R., Atasoyu, E.M., Ünver,S., Gültepe, M., Narin, Y. ve Tülbek, M.Y. (2002). Hemodiyaliz yeterliliği ile komorbid faktörler arasındaki ilişki. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **11**(1), 44-51.

Fashi, M.F., Khaledi-Paveh, P., Jalali, R. and Hashemian, A.H. (2017). Relationship between spiritual intelligence and self-care of hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, **9**(1): 24-34. Erişim 12.01.2017 DOI:10.5539/gjhs.v9n1p24.

Ghadam, M.S., Poorgholami F., Badiyepymaie Jahromi Z., Parandavar, N., Kalani, N. and Rahmanian, E. (2016). Effect of self-care education by face-to-face method on the quality of life in hemodialysis patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Global Journal of Health Science*, **8**(6)121-127. Erişim 11.01.2017 DOI: [10.5539/gjhs.v8n6p121](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p121)

Gökçe, S. (2010). Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Gökosmanoğlu, F. (2009). Hemodiyaliz Yeterliliğinin Solunum Fonksiyon Testleri Üzerine Olan Etkisi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce.

Göktosun, D. (2014). Hemodiyaliz Hastalarında Üremik Pruritus İle 25 Hidroksi Vitamin D Arasındaki İlişki. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

İkizler, T.A. (2013). Optimal nutrition in hemodialysis patients. *Adv Chronic Kidney Disease*. **20**(2), 181–189.

İlhan, F. (2011). Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kalantar-Zadeh, K., Fouque, D. and Kopple, J.D. (2004). Outcome research, nutrition, and reverse epidemiology in maintenance dialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*. **14**(2), 64-71. Erişim 11.01.2017,

DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2004.01.005>

Kalender, N. (2010). Diyaliz Yeterliliğinin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İle İlişkinin Belirlenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Kalender, N. ve Tosun, N.(2013) Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency. *Journal of Clinical Nursing*, **23**, 820–828.

Kara, B. (2009). Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**(3), 20-27.

Karabulutlu, E. ve Tan, M. (2005). SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8**(2), 1-11.

Karabulutlu, Yılmaz, E. ve Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14**(4), 25-31.

Karadağ, E. ve Karadakovan, A. (2013). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda uyku sorunları ve müzikle tedavi uygulaması. *Ocak- Haziran*, 53-60.

Karadakovan, A. ve Kaymakcı, Ş. (2014). Üriner Sistem Hastalıkları. İçinde A. Karadakovan, F. E. Aslan (Eds.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım*. (3. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 859-916.

Karadeniz, G.(2008). *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. (1.Baskı). Ankara: Baran Ofset; 4-36.

Karayurt, Ö., Dicle, A. ve Malak, A.T. (2008). Paylaşılmamış deneyim: Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, **22**(6), 327-332.

Kaya, D. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kayan Tapan, T. (2013). Hemodiyalizde Beslenme. İçinde A. Sezen (Ed.). *Diyaliz El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 271-278.

Kaymak, D. A. (2012). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) (2013). KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, **3**(1),1-150. Erişim 28.07.2016, http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_G_L.pdf

Kılıç, Akça, N. ve Doğan, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, **1**(1), 15-22.

Kıyak, E. ve Ergüney, S. (2002). Hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5**(1), 38-44.

Kösem, M. (2013). Hemodiyaliz Amaçlı Damar Erişim Yolları. İçinde A. Sezen (Ed.). *Diyaliz El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 143-177.

Kral, Ü. ve Yurtsever, S. (2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Haziran 61-76.

Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B. and Salmon, P. (2008). Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19**(4), 365-372.

Levy, J., Morgan, J. and Brown, E. (2002). *Oxford Diyaliz El Kitabı*. İ. Usulan (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Mahmoud, S. and Elaziz, N.A.A. (2015). Association between health locus of control, self-care and self-efficacy in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis. *Cancer Biology*, **5**(2), 13-28.

Mees, E.J.D. (2000). *Diyaliz Tedavisinin Kardiyovasküler Yönleri Volüm Kontrolünün*. F. Kırçelli, G. Aşçı, S. Duman (Çev. Eds). Özkan Matbaacılık.

Miles, A.M.V. and Friedman, E.A. (2004). Diyabetik Diyaliz Hastaları. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı). Düzey Matbaacılık; 543-555.

Miller, R.T. (2004). Diyaliz Hastalarında Endokrin Bozukluklar. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı). Düzey Matbaacılık; 362-373.

Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N. and Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, **10**, 115. Erişim 10.01.2017,

DOI: 10.1186/1477-7525-10-115.

Mollaoğlu, M. (2011). Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10**(2), 181-186. Erişim 10.01.2017, DOI: [10.5455/pmb.20110123102619](https://doi.org/10.5455/pmb.20110123102619)

Mutlu, E.(2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları Ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Muz, G. ve Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**(1), 15-21.

NKF-K/DOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) (2000). Clinical practice guidelines for nutrition chronic renal

failure. *American Journal of Kidney Diseases*, (Supplements 2), **35**(6), 1-140. Erişim 23.08.2016, <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/kdoqi2000nutritiongl.pdf>.

NKF-K/DOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney*, (Supplements1),**39**, 1-266. Erişim 23.08.2016,

https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckdevaluation_classification_stratification.pdf.

NKF-K/DOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) (2003). Clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney*, (Supplements 3), **42** (4),12-28. Erişim 23.08.2016,

<https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/boneguidelines.pdf>

O'Connor, A.S. and Wish, J.B. (2004). Hemodiyaliz Yeterliliği ve Hemodiyalizin Başlama Zamanı. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı). Düzey Matbaacılık; 362-373.

Oğuz, Gök, E. Erek, M. ve Dede, F. (2013). Programlı hemodiyaliz hastalarında beslenme ve malnütrisyon. *İç Hastalıkları Dergisi*, **20**, 121-127.

Oren, B. ve Enc, N. (2014). Development and psychometric testing of the self-care agency scale for patients undergoing long-term dialysis in Turkey. *Journal of Renal Care*, **40**(4), 266–273.

Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2013a). Kronik böbrek yetmezliğinde sağlığı koruma ve geliştirme: Bir vaka. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Haziran. 6-14.

Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2013b). Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Haziran, 39-48.

Oygar, D. D., Altıparmak, M. R., Apaydın, S., Pekpak, M., Erek, E., Serdengeçti, K. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam süresi ve yaşam süresini etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **12**(1), 52-60.

Öksüz, E. ve Malhan, S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları.

Ören, B. (2010). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Özgür, G., Yıldırım, S. ve Ziyaretli, G. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam doyumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **24**(1), 57-65.

Özkaraman, A., Alparslan, G.B., Gökçe, S., Babadağ, B., Gölgeci, H., Derin Ö. ve Bilgin, M. (2016). Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **38**, 1-11.

Öztürk, B. (2011). Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Öztürk, B., Akın, S., Durna, Z. ve Özdilli, K. (2013). Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve fistül bakımı ile ilişkili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Haziran, 24-34.

Öztürk, S. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Kendini Algılama Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Palmer, S.C., Berardis, G., Craig, J.C., Tong, A., Tonelli, M., Pellegrini, F. et al. (2014). Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: an international survey Erişim 27.01.2017 _DOI: [10.1136/bmjopen-2014-005020](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005020) .

Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M. and De Marinis, M.G. (2011). A brief history of the quality of life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica Terapeutica*, 162 (3), 99-103.

Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya

Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Pınar, R. (1995). Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram; Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalıklarda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9(38), 85-95.

Rayyani, M., Malekyan, L., Forouzi, M. A. and Razban, F. (2014). Self-care Self-efficacy and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran, *Asian J. Nursing Edu. and Research* 4(2), 165-171.

Rennke, H. G. and Denker, B.M. (2008). Kronik Böbrek Yetersizliğinin İlerleyişi. İçinde M. Uysal (Çev.). T. Ecdar (Çev. Ed.). *Böbrek Fizyopatoloji, Temel Bilgiler*. (2. Baskı). İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. 267-290.

Rocco, M. V. and Blumenkrantz, M. J. (2003). Beslenme. S.T. Ecdar (Çev.). İçinde J.T. Daurgidas, P.G. Blake ve T.S. Ing (Eds.). S. Bozfakioğlu (Çev. ed.). *Diyaliz El Kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi; 420-445.

Sabuncu, N., İlhan ve Erkal, S.(2014). Hemşirelikte Temel Kavramlar. İçinde N. Sabuncu (Ed.) *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. (4. Baskı). Ankara: Alter Yayıncılık Ltd.Şti; 9-78.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017 (2014). Sağlık Bakanlığı Yayın No 946. Ankara: Anıl Reklam Matbaa. Erişim 26.08.2015,

[http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye Bobrek Hastalıkları Onlemeve Kontrol Program i.pdf](http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastalıkları_Onlemeve_Kontrol_Program_i.pdf)

Saltürk, D.A.G. (2006). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Say, R. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Mortaliteye Etki Eden Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sivas.

Sert, F., Demir, A. B., Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G. ve Ersoy, A. (2015). Kronik renal yetmezlikli ve böbrek nakilli hastalarda uyku bozukluğunun araştırılması

ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, **1**, 15-19. Erişim 03.11.2016, DOI: 10.4274/jtsm.02.004.

Sezen, A. (2013). Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde A. Sezen (Ed.), *Diyaliz El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 47-57.

Spiegel, D.M. (2007). Böbrek Replasman Tedavisi: Diyaliz. A. Yavuz (Çev.). İçinde W. Robert ve M.D. Schrier (Eds.). G. Süleymanlar (Çev. Ed.). *Nefroloji El Kitabı*. (6. Baskı). Türk Nefroloji Derneği Yayını. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd.Şti; 187-213.

Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsay, T., Ateş, K., Altun, B., Altparmak, M. R. et al. (2011). A population based survey of chronic renal disease in Turkey – The CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, **26** pp.1862-1871. Erişim 20.10.2016, DOI: 10.1093 / ndt / gfq656.

Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (2015). Türkiye’de Nefroloji - Diyaliz ve Transplantasyon. Registry Raporu 2014. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Erişim 08.08.2016, <http://www.tsn.org.tr/folders/file/2014-REGISTRY-KITABI.pdf>

Şahan, E. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı İle İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Şeker, M. (2011). İstanbul'da yaşam kalitesi araştırması. İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2010-103 İstanbul: Express Basımevi.

Takahashi, S., Suzuki, K., Kojima, F., Tanaka, Y. and Nitta, K. (2015). Geriatric nutritional risk index as a simple predictor of mortality in maintenance hemodialysis patients: a single center study. *International Journal of Clinical Medicine*, **6**, 354-362. Erişim 05.01.2017, <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2015.65046>.

Tanrıverdi, M.H., Karadağ, A. ve Hatipoğlu, E.Ş. (2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*.**2**(2), 27-32.

Theofilou, P. (2011). Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, **3**(3), 132-138.

Toigo, G., Aparicio, M., Attman, P.O., Cano, N., Cianciaruso, B., Engel, B. et al. (2000). Expert working group report on nutrition in adult patients with renal insufficiency (Part 1 of 2). *Clinical Nutrition*, **19**(4.), 281-291.

Topal, M. ve Özdemir, N. (2006). Hemodiyalizin akut komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, **2**(4),24-9.

Toy, H. (2006). Konya İli ve İlçelerinde Hemodiyalize Giren 400 Hastanın Hemodiyaliz Kalite Göstergeleri Yönünden Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.

Tuot, D. S., Plantinga, L. C., Judd, S. E., Muntner, P., Hsu, C. Y., Warnock, D. G. et al. (2013). Investigators. (2013). Healthy behaviors, risk factor control and awareness of chronic kidney disease. *American Journal of Nephrology*, **37**(2), 135-143. Erişim 03.01.2017 DOI: 10.1159/000346712.

Türk Nefroloji Derneği 2008-2011 Dönemi Faaliyet Raporu (2011). Erişim 28.07.2016, http://www.tsn.org.tr/folders/file/turk_nefroloji_derneği_faaliyet_raporu_son_sekli_30_kasim2011.pdf

Türkmen, F., Berber, İ., Bayrak, A., Sevinç, C., Özgümüş, T., Durmaz, O. ve ark. (2011). Sekonder hiperparatiroidinin kemik komplikasyonları ve cerrahi tedavi: Olgu sunumu. *Endokrinolojide Diyalog*, **8**(4): 184-187.

Uludağ, E. (2006). Kronik Renal Yetmezlikli Hastalarda Hemodiyaliz İçin Kullanılan Arterovenöz Greftlerde Görülen Komplikasyonlar ve Tedavi Yaklaşımları. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Unal, A., Sipahioğlu, M.h., Koçyiğit, İ., Elmalı, F., Tokgöz, B. and Oymak, O.(2014). Does body mass index affect survival and technique failure in patients undergoing peritoneal dialysis? *Pakistan Journal of Medical Sciences*, **30**(1) 41-449.

USRDS (United States Renal Data System) (2013). Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End- Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, MD. Erişim 10.08.2016, <https://www.usrds.org/atlas13.aspx>

USRDS (United States Renal Data System) (2015). USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, MD. Erişim 10.08.2016, <https://www.usrds.org/2015/view/>

Ünsar, S, Erol, O, Mollaoğlu, M. (2007). The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis & Transplantation* **36**(2), 57-70.

Üstündağ, H.ve Zengin, N.(2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**(1), 63-68.

Velioğlu, P.(2012). Özbakım Yetersizliği Kuramı. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 319-339.

Visser, R., Dekker, F.W., Boeschoten, E.W., Stevens, P., Krediet, R.T. (1999). Reliability of the 7-point subjective global assessment scale in assessing nutritional status of dialysis patients. *Advances in Peritoneal Dialysis*, **15**, 222-225.

Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A., Reyntjens, S. and Evers, G. (2001). The dialysis diet and fluid nonadherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, **10**(5), 707-715.

Ware, J.E., and Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, **30**(6), 473-483.

World Health Organization (WHO) (1997). WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1-2.

World Health Organization (WHO), Global Database on Body Mass Index. Adapted from WHO (1995), WHO (2000) and WHO (2004). Erişim 30.06.2016, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Wolfson, M. (2004). Son Safha Böbrek Hastalığı Olanlarda Malnütriyon ve İntradiyalik Parenteral Beslenme. T. Ülker (Çev.). İçinde L.H. William (Ed.). A.N. Dursun (Yayın Ed.). *Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması*. (3. Baskı). Düzey Matbaacılık; 441-452.

Yalçın, A. U. ve Akpolat, T. (2007). Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde T. Akpolat, C. Utaş, G. Süleymanlar (Eds.). *Nefroloji El Kitabı*. (4. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 283-323.

Yalın, S.F. (2015). Hemodiyaliz hastalarında anemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology Special Topics*, **8**(2), 61-64.

Yenicesu, M. (2008). Kronik Böbrek Hastalığı. İçinde N. Arık, M. Dilek (Eds.). *Nefroloji*. (2. Baskı). İstanbul: Karakter Color A.Ş. 318-335.

Yentür, E. (2011). Beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim*, **24**, 1-4.

Yıldız, E. (2008). *Kronik Böbrek Yetmezliği ve Beslenme*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Zyga, S., Alikari, V., Sachlas, A., Fradelos, E.C., Stathoulis, J., Panoutsopoulos, G. et al. (2015). Assessment of fatigue in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis: prevalence and associated factors. *Medical Archives*, **69**(6), 376-380. Erişim 15.11.2016 DOI: 10.5455/medarh.2015.69.376-380.

FORMLAR

EK-1

HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜÇÜ VEYAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket formu sizin hastalığınız ve yaşantınızla ilgili bazı sorulardan oluşmaktadır. Anket formuna isim belirtmenize gerek yoktur. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak ve sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Lütfen soruları dikkatlice okuyup size uygun olan maddeyi işaretleyiniz. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz ilgi ve samimiyetten dolayı teşekkür ederim.

Hemşire Hava KURBUN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET NO:

KURUM:

TARİH:

I.BÖLÜM: Demografik Özellikler

1. Cinsiyet Kadın Erkek Tel:
2. Yaş.....
3. Boy.....
4. Kilo.....
5. Tansiyon.....
6. Medeni durumunuz? Evli Bekâr Dul
7. Eğitim durumunuz? Okuma yazma bilmeyen Okur-yazar İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite
8. Mesleğiniz? İşçi Memur Serbest meslek Ev hanımı Diğer.....
9. Çalışma durumunuz? Çalışıyor Çalışmıyor Emekli
10. Çalışmıyorsanız çalışmama nedeni: Emekli Hastalık /hemodiyaliz
 Hiç çalışmamış
11. Sosyal Güvenceniz nedir? SGK Özel sigorta Yok
12. Sigara içiyor musunuz? Hayır Evet ise, miktarı ve süresi.....
13. Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet ise, miktarı ve süresi.....
14. Aile tipiniz? Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile

15. Ekonomik durumunuz : İyi Orta Kötü

16. Tedavi giderlerinizi karşılamakta zorlanıyor musunuz? Evet Hayır

17. Diyaliz merkezine ulaşım sizin için sorun oluyor mu? Sorun olmuyor

Sorun oluyorsa a) Süre/yol çok uzun b) Yol fiziksel olarak uygun değil
c) Diğer.....

II: BÖLÜM: Hemodiyaliz Tedavisi İle İlgili Özellikler

1. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz (ay/yıl):

2. Haftalık hemodiyaliz sayısı.....

3. Hemodiyaliz süresi: 3 saat 3,5 saat 4 saat 4 saat ve üzeri

4. Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen zamandan önce terk ettiğiniz oluyor mu?
Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 7. soruya geçiniz)

5. Ne kadar sıklıkla erken terk ediyorsunuz? Her zaman Bazen Nadiren

6. Neden terk ediyorsunuz? Tansiyon düşmesi Kramp Bulantı -kusma
 Diğer.....

7. Hemodiyaliz tedavisine başlama nedeniniz:.....

8. Hastalık öncesi dönemle karşılaştığınızda şu andaki genel enerji düzeyiniz nasıldır?

Değişmedi Arttı Azaldı

9. Hayatınızda hastalığınıza bağlı değişiklikler oldu mu? Evet Hayır

10. Sizin bakımınızla ilgilenen, size yardımcı olan biri var mı? Hayır

Evet (kim.....)

11. Hastalandığınızdan dolayı yapamadığınız aktivitelerde size kim yardım ediyor?

Eşim Çocuklarım Kardeşlerim Arkadaşlarım Diğer

12. Hemodiyalizle ilgili eğitim aldınız mı? Hayır Evet Kimden aldınız.....

13. Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır

14. Hemodiyalize bağlı komplikasyonlarla karşılaştınız mı? Hayır Evet

15. Kronik böbrek yetersizliği veya hemodiyaliz nedeniyle hastaneye yattınız mı?

Evet (kaç kere) Hayır

17. Kronik Böbrek Yetmezliği dışında başka bir hastalığınız var mı? Yok

Hipertansiyon Diyabet Kalp hastalıkları Akciğer hastalıkları

SVH Hiperlipidemi Hepatit B Hepatit C

Karaciğer Sirozu Diğer.....

18. İlave hastalıklar nedeniyle düzenli tedavi oluyor musunuz? Evet Hayır

19. Düzenli kilo takibi yapıyor musunuz? Evet Hayır

20. Evinizde baskül var mı? Evet Hayır

21.Hemodiyaliz seansları 3 kg'dan fazla ağırlık artışınız oluyor mu?

Evet Hayır

22. 21. Soruya cevabınız evet ise ne yapıyorsunuz? Hiç bir şey yapmıyorum

Doktoru ararım Hemodiyaliz merkezine gelirim Diğer.....

23.Düzenli ödem takibi yapıyor musunuz? Evet Hayır

24. Son bir ay içinde, aşağıdaki bulgulardan hangisini /hangilerini ne sıklıkta yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
Bulantı-kusma					
İştahsızlık					
Yorgunluk					
Ödem (Vücutta şişme)					
Nefes darlığı					
Çarpıntı					
Kan basıncı (tansiyon) yüksekliği					
Kan basıncı (tansiyon) düşüklüğü					
Uykusuzluk					
Kas krampları					
Kaşıntı					
Diğer.....					

25.En son laboratuvar bulguları(Araştırmacı tarafından hasta dosyasından alınarak doldurulacaktır.)

Laboratuvar bulguları	Tarih: (hemodiyalizden önce)
BUN	
Kreatinin	
Hemogloblin	
Hemotokrit	
Eritrosit	
Trombosit	
Lökosit	
Kt/V	
Na	
K	
Ca	
Fosfor	
Albumin	
Ferritin	
Total Kolesterol	
HDL	
LDL	
Kreatinin klirens	

EK-2**DİYALİZ DİYET VE SIVI KISITLAMASINA UYUMSUZLUK ÖLÇEĞİ**

Açıklama: Bu ölçek hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki 1. ve 3. sorularda gün sayısını rakamla belirtiniz. 2.ve 4. Sorularda cevabınıza uygun sayının üzerine (x) işareti koyunuz.

1.Son 2 haftadır diyetinize kaç gün uymadınız?

2. Diyetinize ne derece uymadınız?

Uyumsuzluk yok	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
0	1	2	3	4

3.Son 2 haftadır sıvı kısıtlamasına kaç gün uymadınız?

4. Sıvı kısıtlamasına ne derecede uymadınız?

Uyumsuzluk yok	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
0	1	2	3	4

EK-3

KRONİK DİALİZ HASTALARININ HASTALARINA YÖNELİK ÖZ BAKIM GÜCÜNÜ DEĞERLENDİRME FORMU

	Her zaman	Bazen	Hiç 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 çipsi, 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 getirmedığimi düşünüyorum			
21.Hastalıktan sonra iş ile ilgili kapasitemin düştüğünü düşünüyorum			
22.Hastalandıktan sonra kendimi yalnız hissediyorum,			

5- Geçen 4 hafta boyunca, isinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6- Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komsularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7- Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8- Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9-Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b) Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h) Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j) Sağlığınız akraba ve ya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-5
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Hemodiyaliz Hastalarında Öz –Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.

Sayın Katılımcı,

Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin konusunda bir araştırma yapmaktayım. Hastalığınıza bağlı olarak yaşam şeklinizde ortaya çıkan değişiklikleri, günlük yaşam aktivitelerinizin etkilenip etkilenmediğini, etkilendiyse hangi alanlarda etkilendiğini ve yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini ortaya çıkarmayı amaçlıyorum.

Hemodiyaliz tedavisinin bireylerin yaşam kalitesine ve kendine bakım becerilerine etkileri konusunda sizin görüşleriniz çok değer taşımaktadır. Bu görüşler, size verdiğimiz bakımda önemli bir yönlendirici olacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size 20-30 dakika sürecek bir soru formu ve üç ölçek verilerek doldurmanız istenecektir. Sorular ve ölçeklerde yer alan ifadeler tamamen sizin deneyimleriniz ile ilgili olup doğru ya da yanlış yanıtı yoktur.

Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak. Sizlerden alınan veriler ve dosyanızdan alınacak hemodiyaliz öncesi laboratuvar sonuçlarınız sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararına bir durum oluşmayacaktır.

Araştırmaya Katılan Kurumlar

Kırklareli Devlet hastanesi Hemodiyaliz Merkezi

Kırklareli Özel Derman Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi

Lüleburgaz Devlet hastanesi Hemodiyaliz Merkezi

Lüleburgaz Özel Derman Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi

Toplam Katılımcı: Yaklaşık 234 kişi

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Yardımcı Araştırmacı Adı Soyadı ve

İmzası

Hava KURBUN

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren 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.

Telefon no:

Tarih

Adresi :

Gönüllünün Adı-soyadı ve İmzası

ETİK KURUL KARARI**EK-6****T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**

Sayı : 01
Konu : Etik Kurul Karar

16/10/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07/10/2015 tarihli ve 6946409/302.14-33 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd.Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Hava KURBUN'un 'Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 16.10.2015 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAT
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-04)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P04R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Hava KURBUN		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Anabilim Dalı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ		
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Biyokimya		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ	YOK		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	YOK		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-04)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P04R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	07.10.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.10.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04	Tarih: 16.10.2015	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aygül YANIK	İşletme Yönetimi ve Organizasyon	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-7

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 11.09.2015
TOPLANTI SAATİ : 15:00
TOPLANTI NO : 2015 / 08

KARAR 04: Enstitümüz Çocuk Gelişimi, Halk Sağlığı ve Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlıklarından alınan ilgi yazılar gereği tez konusu ve tez danışmanı öneri formları görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Enstitümüz Çocuk Gelişimi, Halk Sağlığı ve Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlıklarına bağlı öğrencilere yapılan tez konusu ve tez danışmanı görevlendirmelerinin ilgili Anabilim Dallarında geldiği şekliyle kabulüne mevcudun oybirliği ile karar verildi.

TC KİMLİK NO	AD-SOYAD	PROGRAMI	DANIŞMANI	TEZ KONUSU
22628361066	Ali ŞAHİN	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	Okul Öncesi Öğretmenlerinin yetiştirilmesinin incelenmesi
54847539544	Mustafa GÜNAYDI	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİNDE "OYUN" VE GELENEKSEL ÇOCUK OYUNLARININ DEĞERLER EĞİTİMİ AÇISINDAN İNCELENMESİ
25060121052	Nurdan ALTUN	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	Otizm Spektrum Tanılı çocukların oyun özellikleri hakkında okul öncesi öğretmenlerinin görüşleri ve deneyleri.
11356772664	Zeynep AVCI	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	Devlet hastanelerinde çocuk gelişimi birimine yönlendirilen 6-24 aylık çocukların yeme alışkanlıklarının incelenmesi.
37561002228	Şeyda KURAN	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	Okul öncesi eğitiminde temel sorunlar ve çözüm önerileri.
34478025968	Çisem Tuğçe KIYIM	Çocuk Gelişimi YL	Yrd. Doç. Dr. Ertuğ CAN	Çocuk evlerinde koruma altında kalmakta olup spor yapan ve yapmayan çocukların gelişimsel açıdan değerlendirilmesi.
39325712596	Betül ERBATU	Halk Sağlığı YL	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeyinin karşılaştırılması.
23575615004	Süreyya KOCA	Halk Sağlığı YL	Doç. Dr.	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yaşlılığa ilişkin görüşleri ve

			Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	yaşlılığa karşı tutumlarının belirlenmesi.
23455038190	Özge TAŞTEKİN	Halk Sağlığı YL	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum servisine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmasına etki eden faktörlerin incelenmesi.
50857157952	Yakup BOZAT	Halk Sağlığı YL	Prof. Dr. Sema BASAT	Kırklareli Üniversite öğrencilerinin nutrisyon durumlarının belirlenmesi.
27316435258	Ersin ERSOY	Halk Sağlığı YL	Prof. Dr. Mustafa UĞUR	Bir hastanedeki hemşirelerin kürtaj ve kürtaj yaşağı hakkındaki tutumlarını ölçmek
20246437132	Ayça Seda ÇINAR	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Pınarhisar'da beş yaş ve altı çocuğı olan annelerde sağlık okur-yazarlığının bebek ve çocuk sağlığına etkisi.
55999488940	Meral ÇETİNKAYA	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Kırklareli İlinde yaşayan 15-49 yaş kadınların düşük konusunda bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler
31196027212	Tuğçe ELSAN	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Bir ASM bölgesine başvuran menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.
28918311148	Hatice DİKMEN	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	15-49 yaş aralığındaki kadınların aile planlaması bilgilerini etkileyen etmenler
69199112468	Cüneyt GÜNDÜZ	Hemşirelik YL	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Hemşirelerde bel ağrısı ve bel ağrısıyla baş etme yöntemleri
52669056942	Miray SEZEN	Hemşirelik YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Üst bakım ameliyatı öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının, hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi.
30142268006	Rabia GÖRÜCÜ	Hemşirelik YL	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik görüş ve tutumları.
45700739454	Hava KURBUN	Hemşirelik YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.

27694249294	Tülay DEMİRCİ ÜLGER	Hemşirelik YL	Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Kronik kalp yetersizliği hastalarının tedaviye uyumları ve yaşam kaliteleri.
22364283448	Elif Nur ÇAKAR	Hemşirelik YL	Prof. Dr. Sema BASAT	Genel Cerrahi servisinde yatan Preop hastaların beslenme durumlarının N ütrisyonel risk taraması-2002 ile değerlendirilmesi
45457005314	Yasemin BUĞU	Hemşirelik YL	Prof. Dr. Sema BASAT	Kırklareli Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin beslenme ile ilgili düzeylerinin ölçümü.
12698066794	Banu VATANSEVER	Hemşirelik YL	Prof. Dr. Mustafa UĞUR	Üniversite Öğrencilerinin premenstrual ve dismenore prevalansı, bu iki problemin birlikte görülme sıklığı ve kişilerin baş etme yöntemleri.
38749604012	Hazel YALÇINSOY	Hemşirelik YL	Prof. Dr. Mustafa UĞUR	Gebelerin Doğuma İlişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemleri.

ASLININ AYNI DİR

Melika YAYUZ TAŞCI
Enstitü Sekreteri
Raportör



EK-8

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ**

TOPLANTI TARİHİ : 29.06.2016
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2016 /06

KARAR 01: : Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksekisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ ve Hava KURBUN'un tez danışmanı değiştirme formları görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksekisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ ve Hava KURBUN'un tez danışmanlarının Kırklareli Üniversitesi Lisansüstü Senato Esasları 20/1 maddesi uyarınca aşağıdaki tabloda gösterildiği şekliyle değiştirilmesine oybirliği ile karar verildi.

ÖĞRENCİ NO	AD-SOYAD	PROGRAMI	ESKİ DANIŞMANI	YENİ DANIŞMANI
1148303008	Tülay DEMİRCİ	Hemşirelik YL	Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN
1148303010	Hava KURBUN	Hemşirelik YL	Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ	Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN

ASLININ AYNI DİR


Meliha YAVUZ TAŞCI
Enstitü Sekreteri
Raportör

EK-9



**ÖZEL DERMAN DİYALİZ
MERKEZİ**

Lüleburgaz-Babaeski D-100
Karayolu 4.km Ayvalı Mevkii
LÜLEBURGAZ
Tel:0288 417 07 07
FAX:0288 417 40 70
Lüleburgaz V.D.No:293 002 64 39

19.08.2015

İLGİLİ MAKAMA

Kırkireli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapan Havva Kurbun ' un hemodiyaliz hastaları ile ilgili tez çalışması için **ÖZEL DERMAN HASTANESİ DİYALİZ MERKEZİ'** nde hastalarla görüşerek çalışma yapmasına izin verilmiştir.

Saygılarımla

Uzm. Dr. FAHRETTİN KAYA

Mesul Müdür

Lüleburgaz
Özel Derman Diyaliz Merkezi
Mesul Müdür
Uzm. Dr. Fahrettin KAYA

EK-10

Tlf: (0288) 214 22 00 Fax:(0288) 214 63 64
Mobil Tlf: 0532 687 55 71
Karakaş Mah. İstanbul Yolu Üzeri 1.Km. KIRKLARELİ

19.08.2015

İlgili Makama

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde yüksek lisans yapan Havva KURBUN'un hemodiyaliz hastaları ile ilgili tez çalışması için Özel Derman Diyaliz Merkezi Kırklareli'nde hastalarımızla görüşerek çalışma yapmasına izin verilmiştir.

Saygılarımla

Dr. Erol URAZ
Mesul Müdür



EK-11

T.C. Sağlık Bakanlığı
Kırklareli İli
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82030386-01
Konu : Araştırma İzni

18.08.2015*000029

Sayın: Hava KURBUN
Cumhuriyet Mah. Kofçaz Yolu
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:39/L
Merkez/KIRKLARELİ

Birliğimize bağlı Kırklareli Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Devlet Hastanesin
“Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” kon
çalışmanız hakkında alınan Makam Onayı ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.


Hüseyin ASLAN
Genel Sekreter V.

EK: 1. Makam Onayı (1 adet)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82030386-01
Konu : Araştırma İzni


18.08.2015*009026

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Hava KURBUN, 04/08/2015 tarihli dilekçesi ile Birliğimize bağlı Kırklareli Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Devlet Hastanesinde "Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında (Bireysel Araştırma Projesi) kullanılmak üzere anket çalışması yapmak istediğini belirtmiştir.

Anket uygulamasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, söz konusu araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimizce değerlendirilip onaylandıktan sonra kullanılması kaydıyla gerekli izin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Aysun DEMİRKİRAN
İdari Hizmetler Uzmanı

OLUR

18/08/2015

Hüseyin ASLAN
Genel Sekreter V.

EK-12



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

KIRKLARELİ İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KIRKLARELİ İLİ KHBGS İNSAN
KAYNAKLARI BİRLİĞİ
25/01/2017 16:09 - 82030386 / 799 / 383



Sayı : 82030386/799
Konu : Hava KURBUN Yayın İzni

Sayın: Hava KURBUN
Cumhuriyet Mah. Kofçaz Yolu
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:39/L
KIRKLARELİ

17/01/2017 tarihli dilekçeniz ile “Hemodiyaliz Hastalarında Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmalarınızı yayınlamak üzere talep etmiş olduğunuz yayın izni hakkındaki Makam Onayı ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Hüseyin ASLAN
Genel Sekreter V.

Ek: Makam Onayı

Belgenin Aslı Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
25/01/2017

27 Ocak 2017

Mehmet TUNCA
V.H.K.B.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :82030386-01
Konu :Hava KURBUN Yayın İzni

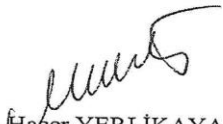


GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi :18/08/2015 tarihli ve 9026 sayılı Makam Onayı.

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Hava KURBUN ilgi Makam Onayı ile "Hemodiyaliz Hastalarında Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmalarını yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Adı geçen 17/01/2017 tarihli dilekçesi ile söz konusu çalışmasını yüksek lisans bitirme tezinde kullanmak istediğini bildirmiş olup, yayınlanması için gerekli iznin verilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim.


Hacer YERLİKAYA
İdari Hizmetler Uzmanı

OLUR
25/01/2017


Hüseyin ASLAN
Genel Sekreter V.

EK-13**Re: Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği****BK**

Belgüzar KARA <bkara@gata.edu.tr>

17.5.2016 (Sal), 11:38

Siz



Yanıtla |

17.5.2016 11:48 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Kurbun,
Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeğini tezinizde kullanmanıza izin veriyorum. İlgili yayında ölçeğin değerlendirmesi hakkında ayrıntılı bilgiye ulaşabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Doç.Dr. Belgüzar Kara



EK-14

Re: Öz Bakım Gücü ölçeği

BO

Besey Oren <besey_oren@yahoo.com>

Yanıtla |

17.5.2016 (Sal), 10:40
Siz

17.5.2016 11:57 tarihinde yanıt verdiniz.

TEZ ÖLÇEK EDTNA DA Ç...
99 KB

doktora tezim.pdf
2 MB

2 ekin (2 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Havva Hanım Merhaba

Ekte size ölçeğin yurt dışında yayınlanmış makalesini ve tezin kendisini yolluyorum. Gereç yöntem kısmında ölçeğin değerlendirilmesi ayrıntılı verilmiştir. Yök'ün sayfasından da teze ulaşabilirsiniz. Soracağınız bir konu olursa çekinmeyin elimden geleni yaparım. Sonuçlarınızı merakla bekliyorum.

Sevgiler

Kolay gelsin

Yrd. Doç. Dr. Besey Ören
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul

EK-15

Re: Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin

RP

Rukiye Pinar <rukiyepinar@gmail.com>



Yanıtla |

19.5.2016 (Per), 22:12

Siz

Sevgili Havva

İstanbul dışındayım, 26 mayısta döneceğim, o zaman hatırlatırsan ölçeği gönderebilirim. Sevgiler



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hava	Soyadı	KURBUN
Doğ.Yeri	Niğde	Doğ.Tar.	01.07.1975
Uyruğu	T.C	Email	havvakurbun@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	1996

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.		Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2011-devam ediyor
2.		Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2005-2011
3.		Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2003-2005
4.		Florence Nightingale Hastanesi	1997-2002

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YDS/YÖKDİL Puanı	(Diğer) Puanı
Almanca	orta	orta	Çok iyi	-	-
İngilizce	zayıf	zayıf	zayıf	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66,08428	65,43557	58,10143
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	iyi
Power Point	iyi
Excel	iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri