



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK DİYALİZ TEDAVİSİNE ACIL
ŞARTLARDA BAŞLAYAN HASTALARA
VERİLEN YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM VE
KARAR DESTEĞİNİN HASTA SONUÇLARINA
ETKİSİ**

ZEHRA AYDIN

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİKTE DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2019



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK DİYALİZ TEDAVİSİNE ACİL
ŞARTLARDA BAŞLAYAN HASTALARA
VERİLEN YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM VE
KARAR DESTEĞİNİN HASTA SONUÇLARINA
ETKİSİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİKTE DOKTORA PROGRAMI

ZEHRA AYDIN

DANŞIMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:

DOÇ DR. ŞEYDA ÖZCAN

Onay Sayfası

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik
Anabilim Dalı,

Doktora programı öğrencisi Zehra AYDIN,

“Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara
verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin
hasta sonuçlarına etkisi” konulu Doktora tezini 07 Mart 2019
tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Rumeysa KAZANCIOĞLU
BAŞKAN

Prof. Dr. AyiŒe KARADAĞ
ÜYE

Doç. Dr. Œeyda ÖZCAN
ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Emine TÜRKMEN
ÜYE

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
ÜYE

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.

İmza
Adı Soyadı

TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğimin tüm eğitim aşamalarında, akademik gelişimime önemli katkıları olan, Doktora eğitimim sürecinde ve tezimin her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her zaman destek olan çok değerli hocam, danışmanım Sn. Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN'a

Tezimin yürütülmesi aşamasında engin bilgilerini ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Rumezsa KAZANCIOĞLU ve Sn. Prof. Dr. AyiŒe KARADAĞ'a

Tez çalışmamı yürütme sürecimde katkılarını esirgemeyen S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezi'nin çok değerli çalışanlarına, veri toplama aşamasında verdikleri her türlü destek, gösterdikleri yakın ilgi ve anlayıştan dolayı değerli meslektaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bana çok önemli deneyimler ve paylaşımlar yaşatan tüm hastalara,

Hayatım boyunca bana desteklerini esirgemeyen sevgili eşime, hayatımın anlamı olan oğullarıma, canım anneme,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	iv
TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2. GENELBİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı.....	4
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evreleri ve Klinik Özellikleri.....	5
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisine Genel Yaklaşım.....	5
2.4. Renal Replasman Tedavileri.....	7
2.4.1. Transplantasyon.....	7
2.4.2. Diyaliz	8
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Yönetimi	11
2.6. Tedavi Seçeneğine Karar Verme.....	14
2.7. Karar Verme Sürecinde Hasta Eğitimi.....	17
2.7.1. Hasta Eğitiminin Amacı ve Yararları.....	17
2.7.2. Kronik Böbrek Hastalığı Eğitim Programının Avantajları.....	18
2.7.3. Tedavi Seçeneğine Karar Verme Sürecinde Hasta Eğitimi.....	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6. Araştırma Planı.....	32
3.6.1. Eğitim Programı ve Eğitim Araçlarının Oluşturulması.....	34
3.6.2. Eğitim Programı ve Karar Ağacının Uygulama Aşaması.....	52
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	56
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	56
3.9. Etik Kurul Onayı.....	57
4. BULGULAR.....	58
4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	58
4.2. Hastaların Klinik Sonuçlarının Analizi.....	59
4.3. Hastaların Tedaviye Uyum Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	67
4.4. Hastaların Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	76
4.5. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	79
4.6. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	84

4.7.	Hastaların Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	90
4.8.	Hastalarda Hasta Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması.....	93
4.9.	Karar Ağacı Simülasyon Uygulaması Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	98
5.	TARTIŞMA	103
5.1.	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Klinik Sonuçlara İlişkin Bulguların Tartışılması	103
5.1.1.	Sosyodemografik Bulgular.....	103
5.1.2.	Klinik ve Laboratuvar Sonuçların Tartışılması.....	104
5.1.3.	Tedavi Uyumu Sonuçlarının Tartışılması.....	107
5.1.4.	Tedavi Memnuniyeti Sonuçlarının Tartışılması.....	110
5.2.	Kronik Hastalık Bakımı Sonuçlarının Tartışılması.....	113
5.3.	Öz-bakım Gücü ile İlgili Sonuçların Tartışılması.....	116
5.4.	Yaşam Kalitesine ile İlgili Sonuçların Tartışılması.....	119
5.5.	Depresyon ile İlgili Sonuçların Tartışılması.....	121
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	125
7.	KAYNAKLAR	129
8.	EKLER	151

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
1. Tablo 2.1. KBH İlerlemesini Yavaşlatan Girişimler	6
2. Tablo 2.2. Hemodiyalizin Avantajları ve Dezavantajları	9
3. Tablo 2.3. Periton Diyalizinin Avantaj ve Dezavantajları	11
4. Tablo 3.1. Odak Grup Çalışmasına Katılan Hastaların Demografik Özellikleri	34
5. Tablo 3.2. Sağlık Ekibi Anketi Demografik Özellikler	41
6. Tablo 3.3. Sağlık Ekibi Anketine Göre Diyaliz Öncesi Eğitim Uygulamaları	41
7. Tablo 3.4. Diyaliz öncesi eğitim alma oranları	42
8. Tablo 3.5a KADEP Grubu Diyaliz Eğitim Programı	44
9. Tablo 3.5b DEP Grubu Diyaliz Eğitim Programı	45
10. Tablo 3.6. Karar Ağacı Uygulaması Alanları	46
11. Tablo 3.7. Diyaliz Öncesi Eğitim Programı Eğitim Materyallerinin ve Karar Ağacının Değerlendirme Sonuçları	51
12. Tablo 4.1. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	58
13. Tablo 4.2 DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması	61
14. Tablo 4.3. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması	62
15. Tablo 4.4. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması	66
16. Tablo 4.5. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Tedaviye Uyum Ölçeğinin Tedavi Hakkında Bilgi ve Algıları Alt Boyutu Sonuçlarının Karşılaştırılması	69

17.	Tablo 4.6. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeği Tedavi Uyumu Alt Boyutu Sonuçlarının Karşılaştırılması	74
18.	Tablo 4.7. DEP ve KADEP Grubunun Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	78
19.	Tablo 4.8. DEP ve KADEP Grubunun Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	80
20.	Tablo 4.9. DEP ve KADEP Grubunun Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği Sonuçları	86
21.	Tablo 4.10. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Girişim Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	91
22.	Tablo 4.11. DEP ve KADEP Grubunda Hasta Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması	94
23.	Tablo 4.12. DEP ve KADEP Grubundaki Hastalarda Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Dağılımları	95
24.	Tablo 4.13. DEP ve KADEP Grubundaki Hastalarda Depresyona Yönelik Yaşadığı Sorunların Günlük Yaşamını Etkileme Durumunun Karşılaştırılması	97

ŞEKİL DİZİNİ	Sayfa No
1. Şekil 2.1. Kronik Böbrek Hastalığının Prognozu	5
2. Şekil 2.2.Karar Verme Süreci Modeli	16
3. Şekil 3.1 Araştırma Planı	32
4. Şekil 3.2.Araştırma Zaman Çizelgesi	33
5. Şekil 3.3. Odak grup değerlendirme temaları	40
6. Şekil 3.4. Karar Ağacı Uygulaması Açılış Ekranı	47
7. Şekil 3.5. Karar Ağacı Uygulaması Açıklama Ekranı	47
8. Şekil 3.6. Karar Ağacı Uygulamasında Seçilecek Değerler Ekranı	48
9. Şekil 3.7. Karar Ağacı Uygulamasında Seçilen Değerler ve Tedavi Seçenekleri ile İlgili Açıklama Ekranı	49
10. Şekil 3.8. Karar Ağacı Uygulamasında Seçilen Değerler ve Tedavi Seçenekleri ile İlgili Puanlama Ekranı	49
11. Şekil 3.9. Karar Ağacı Uygulamasında Seçilen Değerler ve Tedavi Seçenekleri ile İlgili Puanlama Sonucu Grafikler	50
12. Şekil 3.10. Araştırma Uygulama Şeması	53
13. Şekil 4.1. Tedavi Seçimi	98
14. Şekil 4.2. Tedavi Şekli ve Yaşam Alanlarına Göre Hastaların Öncelikleri	99
15. Şekil 4.3. Yaşam Tarzı ve Tedavi Seçeneği	100
16. Şekil 4.4. Tedavi Şekli ve Sağlıkla İlgili Konularda Hastaların Öncelikleri	101
17. Şekil 4.5. Tedavi Seçimine Etki Eden Ailevi ve Çevresel Konular	102

KISALTMALAR

BTx: Böbrek Transplantasyonu

BUN: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Nitrojeni)

CRP: C Reaktif Protein

DEP: Diyaliz Eğitim Programı

DM: Diabetes Mellitus DOQI:

WHO: Dünya Sağlık Örgütü EPO:

Eritropoetin

EQ-5D: Yaşam Kalitesi Ölçeği

ESA: Eritropoetin Stimulan Ajan

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı

HD: Hemodiyaliz

HT: Hipertansiyon

KADEP: Karar Ağacı Destekli Diyaliz Eğitim Programı

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KDHÖDÖ: Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Özbakım Değerlendirme Ölçeği

KT/V: Üre klirens değeri

NKF-KDOQI: National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

PACIC: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

PD: Periton Diyalizi

PHQ-: Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire)

RRF: Rezidüel Renal Fonksiyon

RRT: Renal Replasman Tedavileri

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

ÖZET

Kronik Diyaliz Tedavisine Acil Şartlarda Başlayan Hastalara Verilen Yapılandırılmış Eğitim ve Tedavi Karar Desteğinin Hasta Sonuçlarına Etkisi

Araştırma kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara, yaşam tarzına en uygun renal replasman tedavi seçeneğine karar vermesini destekleyecek "Diyaliz Eğitim Programı (DEP) ve Karar Ağacı" geliştirerek uygulamak ve bu uygulamanın hastalarda tedavi memnuniyeti, tedavi uyumu, öz-bakım, yaşam kalitesi, depresyon, laboratuvar ve klinik sonuçları üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile kontrollü ve deneysel olarak gerçekleştirildi.

Bir eğitim araştırma hastanesi ile bir vakıf hastanesinin nefroloji polikliniklerinde, son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle acil renal replasman tedavisine başlanmış ve 2 veya 3 hemodiyaliz seansını tamamlamış, klinik durumu stabil hale gelmiş hastalar, basit sıralı örnekleme yöntemi ile Diyaliz Eğitim Programı (DEP, n=43) grubu, Karar Ağacı Destekli DEP (KADEP, n=43) grubu olarak randomize edildi. Çalışmada etik kurul onayı, kurum izinleri ve araştırmaya katılacak bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alındı.

DEP müfredatı ve eğitim araçları ile karar ağacını geliştirmek için iki aşamada ihtiyaç analizi yapıldı; Birinci Aşama: hastalarla odak grup görüşmesi (n=14), İkinci Aşama; sağlık ekibine anket uygulaması (n=104). Odak grup ve anket çalışması verileri ışığında DEP ve Karar Ağacı geliştirildi. Her iki gruba DEP müfredatı ve eğitim araçları kullanılarak iki görüşme ile bireysel eğitim uygulandı. KADEP grubundaki hastalarla yapılan ilave 3. görüşmede Karar Ağacı uygulaması gerçekleştirildi. Eğitim öncesinde ve 3 ay sonra yapılan değerlendirmelerde Demografik ve Klinik Bilgi Formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği, Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği, Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-5L), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) ile veriler toplandı. Biyokimyasal değerler (üre, kreatinin, albümin, total protein, hemoglobin, hematokrit, kalsiyum, fosfor, KT/V, rezidüel idrar miktarı, CRP), kan basıncı, vücut ağırlığı ölçüldü. Verilerin analizi SPSS (v24) programında, tanımlayıcı istatistikler, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U ve Wilcoxon signed rank testleri kullanılarak yapıldı. Önemlilik düzeyi $p < .05$ kabul edildi.

Girişim öncesi iki grup arasında demografik ve klinik özellikler ile biyokimyasal sonuçlar açısından fark yoktu ($p > 0.05$) ve gruplar homojendi. Girişim sonrasında eğitimle birlikte karar ağacının uygulandığı KADEP grubunda, DEP grubuna göre laboratuvar ve klinik değerlerin daha iyi olduğu, tedavi uyumu ve memnuniyetinin arttığı, hastaların kronik hastalığı ve öz bakımını daha iyi yönettiği, yaşam kalitesinin iyileştiği ve depresyon görülme sıklığının azaldığı görüldü ($p < 0.001$).

Elde edilen veriler, diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara eğitim ile birlikte karar desteği verilmesinin sadece eğitim uygulamasına göre daha etkili olduğunu gösterdi. Bu çalışmada geliştirilmiş olan KADEP'in benzer hasta gruplarında kullanılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: diyaliz, hemodiyaliz, periton diyalizi, hasta eğitimi, karar desteği

ABSTRACT

The Effect of Structured Education and Treatment Decision Support on Patient Outcomes in Urgent Start Chronic Dialysis Patients

The research is conducted as a controlled and experimental study to develop and apply the “Dialysis Training Program and Decision Tree” that will support kidney patients who have indications for dialysis and initiated chronic dialysis treatment in emergency conditions, to choose the renal replacement therapy option, that most suits their life styles, as well as to evaluate the effect of this practice on treatment satisfaction, treatment compliance, self-care, quality of life, depression and patient laboratory and clinical results.

Research conducted in two hospital, (Training and Research Hospital and Private Foundation Hospital). The patients, who have started urgent renal replacement treatment, who have completed 2 or 3 hemodialysis sessions, whose clinical condition is stable, were randomized as Dialysis Training Program (DEP; n=43) group and Decision Tree Supported Training Program (KADEP; n=43) group by using the simple random sampling method. The study was approved by the ethics committee and written informed consent was obtained from the patients.

Prior to develop the decision tree with DEP curriculum and training tools, needs analysis was conducted in two phases. First Phase; Focus group discussion with the patients (n=14) and Second Phase; Survey with the health care professionals (n=104). DEP and Decision Tree was developed in line with the focus group and survey data analysis. Training was provided to the both groups by using DEP curriculum and training tools in 2 interviews. Decision Tree application was carried out in the additional 3rd interview with the patients in the KADEP group. Before and 3 months after the training; data was collected by means of Demographical and Clinical Data Form, Patient Assessment of Chronic Illness Care-Patient Form, Self-Care Ability of Chronic Dialysis Patients Assessment Scale, General Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) and Patient Health Survey (PHQ-9). Biochemical values (urea, creatinine, albumin, total protein, hemoglobin, hematocrit, calcium, phosphor, KT/V, residual urine, CRP), blood pressure and body weight were measured. The data was analyzed on SPSS (v24) program by using descriptive statistics, t test in dependent and independent groups and Mann Whitney U and Wilcoxon signed rank tests. The level of significant was recognized as $p < 0.05$. Before the intervention, there were no differences among the two groups in terms of the demographical and clinical characteristics and biochemical results ($p > 0.05$) and the groups were homogenous. After the intervention, it was observed that the laboratory and clinical values were better in the KADEP group, on which training and decision tree was applied, as compared to the DEP group, treatment compliance and satisfaction has increased, patients better managed the chronic disease and self-care, quality of life has increased and the frequency of depression has decreased ($p < 0.001$).

The data acquired indicates that providing training and decision support to the patients that start dialysis treatment in emergency conditions is more efficient than only training. It could be suggest that the KADEP that has been developed in this study could be used for the similar patient groups.

Keywords: dialysis, hemodialysis, peritoneal dialysis, patient education, decision support, decision aid.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, progresif ve irreversible bir sendromdur. Hastalığın ilerlemesi ve böbrek fonksiyonlarının geri dönmeyecek biçimde kaybı ve glomerüler filtrasyon hızının 5-10 ml/dk'ya gerilemesi sonucunda son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişir. Son dönem böbrek yetmezliği yönetiminde ideal yaklaşım, hastanın zamanında diyalize hazırlanması ve en uygun diyaliz yönteminin bilinçli olarak seçilmesini içermektedir.

Çalışmalar, kronik böbrek hastalarının %60'ının nefroloji ekibine geç yönlendirildiğini ve bu hastaların çok kısa zaman içerisinde ve acil şartlarda renal replasman tedavilerine başladığını göstermektedir (Roderick & Drey, 2002) (Marron, 2006) Bu durum hastalarda diyalize başladıktan sonra genel sağlık durumunda kötüleme, morbidite ve mortalitede artışın yanısıra hastaların tedavi şeklini seçme özgürlüğünün ortadan kalkmasına yol açmaktadır (Marron, 2006) (Ravani & Marinangeli, 2003)

Tedavi seçenekleri hakkında karar verme, yaşamı tehdit eden sağlık sorunu ile karşı karşıya kalan hastalar için çok karmaşık ve zor bir süreçtir. Araştırmalar hastaların da sürece dahil edildiği model olan "ortak karar verme (shared decision making)" yaklaşımını savunmaktadır. "Ortak karar verme" sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarına karar verme sürecinde yaşam tarzına en uygun kararları almalarında rehberlik yapmaları olarak tanımlanır. Bu süreçte yapılandırılmış eğitim ve "karar yardımcıları (decision aids)" kullanma etkili yöntemler olarak gösterilmiştir. (Fortnum, Smolonogov, Walker, Kairaitis, & Pugh, 2015).

Türk Nefroloji Derneği yayınladığı 2017 yılı raporunda, ülkemizde hastaların % 47.49'unun acil şartlarda tedaviye başladıklarını bildirmiştir. Bu veriye göre hastaların yaklaşık yarısı, tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmeden, yaşam boyu uygulayacakları tedavi ile ilgili karar verme şansı olmadan, sağlık ekibi tarafından belirlenen tedavi biçimine

yönlendirilmektedir. (Süleymanlar, Ateş, & Seyahi, Türk Nefroloji Derneği Kayıtları, 2018)

Ülkemizde acil şartlarda diyalize başlanan hastalara yönelik eğitim programı ve hastaların tedavi tercihlerini dikkate alacak sistematik ve yapılandırılmış yaklaşımlar bulunmamaktadır. Kronik hastalıklarda hastanın eğitilerek bilinçlendirilmesi ve tedavi seçeneklerine karar verilirken tercihlerinin dikkate alınması önemlidir.

Bu çalışmada acil şartlarda diyaliz tedavisine başlayacak hastalara yönelik bir eğitim programı olan “*Diyaliz Eğitim Programı*” ile birlikte, karar verme sürecine rehberlik eden “*Karar Ağacı*” simülasyonu geliştirildi. Diyaliz Eğitim Programı ve Karar Ağacı simülasyonu uygulanarak hastaların değerleri, aile ve kültürel yapıları, yaşam tarzları ve sağlık durumlarını dikkate alarak renal replasman tedavi seçeneğine karar vermeleri sağlandı ve deney-kontrol grupları ile uygulamanın etkinliği değerlendirildi. Diyaliz Eğitim Programı ve Karar Ağacı Uygulaması ülkemizde bu alanda geliştirilmiş ilk modeldir.

Bu araştırmanın verileri hasta katılımını esas alan, sistematik ve yapılandırılmış diyaliz öncesi eğitim uygulamalarının etkinliğinin gösterilmesi ve geliştirilen yöntemin ulusal düzeyde yaygınlaşması için bilimsel kanıt oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı diyaliz endikasyonu almış ve kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış böbrek yetmezliği olan hastalara, yaşam tarzına en uygun renal replasman tedavi seçeneğine karar vermesini destekleyecek “*Diyaliz Eğitim Programı (DEP) ve Karar Ağacı*” geliştirilerek uygulamak ve bu uygulamanın hastalarda tedavi memnuniyeti, tedavi uyumu, öz-bakım, yaşam kalitesi, depresyon, klinik ve biyokimyasal sonuçlar üzerine etkisini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastaların klinik sonuçları iyileştirir.

H1.1: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* hastalarda aneminin kontrolünü destekler.

H1.2: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastalarda kalsiyum-fosfor dengesi üzerine olumlu etki eder.

H1.3: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastalarda albümin, protein gibi nutrisyonel parametreler üzerinde olumlu etki sağlar.

H1.4: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı*'nin hastalarda kan basıncını kontrol etmede destekleyici etkisi vardır.

H2: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastaların tedaviye uyumunu artırır.

H3: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastaların tedavi memnuniyetini artırır.

H4: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması kronik hastalık bakımını iyileştirir.

H5: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastaların öz bakım gücünü artırır.

H6: Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastaların yaşam kalitesini artırır.

H7: Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda yapılandırılmış *DEP* ve *Karar Ağacı* uygulaması hastalarda depresyon görülme oranını azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

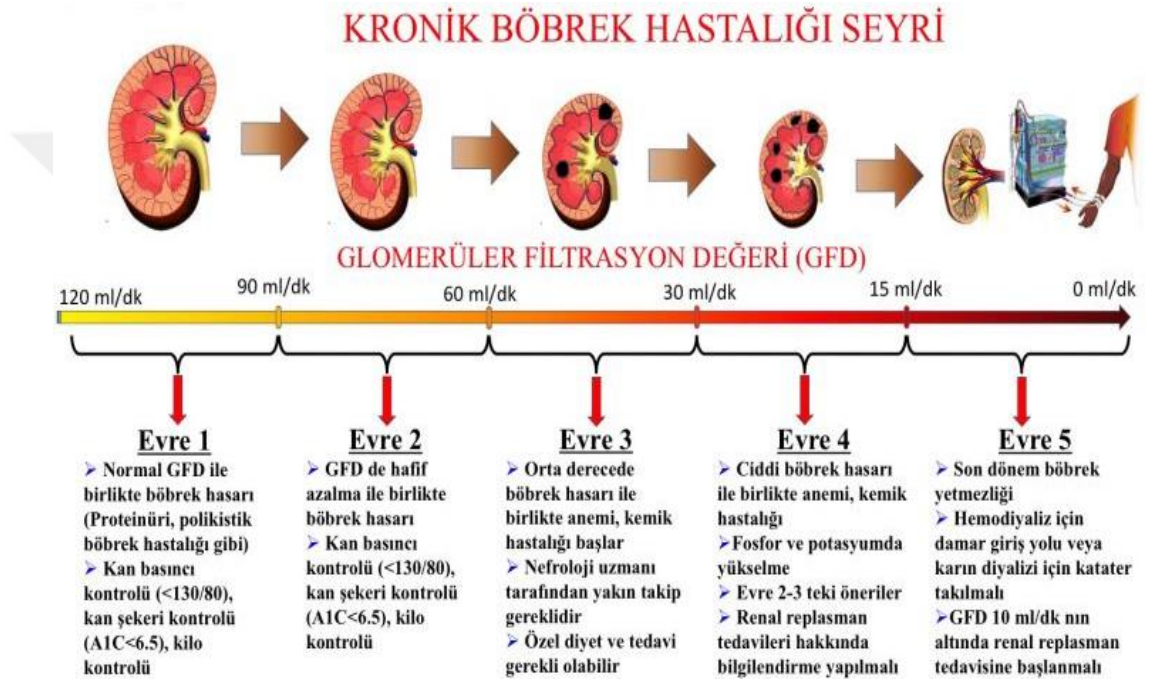
Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, progresif ve irreversible bir sendromdur. Hastalığın ilerlemesi ve böbrek fonksiyonlarının geri dönmeyecek biçimde kaybı ve glomerüler filtrasyon hızının 5-10 ml/dk'ya inmesi ile son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişir (Tanrıverdi, Karadağ, & Hatipoğlu, 2010).

KBH dünyada ve ülkemizde salgın halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. Giderek artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi, farkındalığın düşük olması ve tedavisi için gereken yüksek maliyetleri nedeniyle toplumsal yükü büyük olan bir hastalıktır (Süleymanlar, Ateş, &, 2016) (Chen, Hwang, & JC Tsai, 2010).

Günümüzde görülme sıklığı hızla artan ve endemi yapan bir hastalık haline gelmiş olan KBH prevalansının 11 -13% olduğu, dünyada 100 milyon kişinin bu hastalıktan etkilendiği ve 1,5 milyon kişinin renal replasman tedavileri ile yaşamını sürdürdüğü bilinmektedir (Hill, ve diğerleri, 2016). Türkiye genelinde böbrek hastalığı prevalansını belirlemek amacıyla yürütülen CREDIT çalışmasının sonuçlarına göre genel yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15,7 olarak bulunmuştur. Yine bu değerlendirme sonuçları Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) <60 ml/dk olan evre 3 hasta oranının %5,1 olduğunu ve her 18 yetişkinden birinde kritik düzeyde KBH görüldüğünü ortaya koymuştur (Süleymanlar, Utaş, Arınsoy, & Ateş, 2011a). Amerika Birleşik Devletleri'nde Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) olan ve RRT gerektiren hasta sayısı günümüzde 650 000 civarında iken gelecek on yılda iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (USRDS, 2016). Ülkemizde ise SDBY hasta sayısı 77 311 (2017 yılı prevalansı milyon nüfus başına 956,7, insidans 146,5) olarak rapor edilmiştir. Bu sonuçlar KBH' nin Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Göçer, 2008) (Süleymanlara, Ateş, & Seyahi, 2018a).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evreleri ve Klinik Özellikleri

Kronik böbrek hastalığı böbrek işlevlerinin düzeyine göre beş kategoride evrelenmiştir (Şekil 1). Evrelendirmede esas alınan kriterler serum kreatinininden hesaplanan tahmini GFH ve/veya başta proteinüri/albuminüri olmak üzere böbrek hasarı göstergelerinin durumudur (Süleymanlar G. , Kronik Böbrek Hastalığı, 2013).



Şekil 2.1. Kronik Böbrek Hastalığının Prognozu (Turgut, 2019)

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisine Genel Yaklaşım

Kronik böbrek hastalığının kontrolü, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) tarafından önerilen klinik eylem planı çerçevesinde üç aşamalı bir süreçtir:

1. Aşama: Hastalığın önlenmesi aşamasıdır. Genel sağlığın ve kardiyovasküler hastalığın önlenmesine yönelik önerilen sağlıklı ve dengeli beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz ve sigara içilmemesi gibi

yaklaşımlar KBH'nın önlenmesinde de etkin yöntemlerdir. Belirti vermediği ve farkındalığı çok düşük olduğu için erken dönemde KBH tanısı konulamamaktadır. Yüksek riski oluşturan faktörler; diyabet, hipertansiyon, obezite, sigara içme, 60 ya ve üzerinde olma, kardiovasküler hastalık (koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, SVO vb.), otoimmün hastalık, nefrotoksik ilaç kullanma, diyabet, hipertansiyon ve böbrek hastalığına ilişkin aile öyküsü, diğer böbrek hastalığı (taş hastalığı, idrar yolu hastalığı vb.) olarak sıralanabilir.

2. Aşama: Böbrek hastalığı kontrolündeki ikinci aşama ile KBH tanısı almış hastalarda hem primer hastalığın kontrolü hem de KBH ilerlemesinin yavaşlatılması amaçlanır (Tablo 2.1).
3. Aşama: KBH son evresinde (Evre 5: GFH <15 ml/dk) diyet ve konservatif tedavi yöntemleri yetersiz kaldığı için yaşamın sürdürülmesi ancak RRT ile mümkündür.

Tablo 2.1: KBH ilerlemesini yavaşlatan girişimler (Inker, ve diğerleri, 2014)

Parametre	Hedef	Girişim
Kan basıncı kontrolü	KB<130/80 mm Hg, KB <125/75 (1gr/gün proteinüri)	Sodyum kısıtlaması (4-6 gr/gün, diüretik)
Proteinürinin azaltılması	<0,5 gr/gün	ACEİ ve/veya ARB, Sodyum kısıtlaması
Diyet proteininin azaltılması	0,6-0,8 gr/kg/gün	Diyet uzmanına danışma
Kan şekeri kontrolü	HbA1c <%7	Diyet uzmanına danışma Oral hipoglisemik ajanlar, insülin
Hiperlipidemi tedavisi	LDL kolesterol <100 mg/dl	Diyet uzmanına danışma, Statin
Yaşam tarzı düzenlemeleri	Sigaranın bırakılması İdeal vücut ağırlığına Düzenli fizik egzersiz	Sigara ve ideal vücut ağırlığı için danışmanlık Egzersiz programı

2.4. Renal Replasman Tedavileri

Son Dönem Böbrek Yetmezliği'nde diyet ve konservatif tedavi yöntemleri yetersiz kaldığı için yaşamın sürdürülmesi ancak Renal Replasman Tedavileri (RRT) ile mümkündür.

Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde uygulanan replasman tedavileri böbrek transplantasyonu (BTx), hemodiyaliz (HD) veya periton diyalizidir (PD) (Post & Rose, 2012) (Turner, Bauer, Abramowitz, Melamed, & Hostetter, 2012) (Brown & Haddad, 2010).

2.4.1. Transplantasyon

Transplantasyon tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, yeni organın nakledilmesidir. (Haberal & Emiroğlu, 2005) (Ekizler & Çınar, 1996). Birçok ülkenin donör ihtiyacı beyin ölümü kesinleşmiş kadavra vericilerden sağlanmaktayken ülkemizin de içinde bulunduğu diğer ülkelerde ise canlı donörler, organ transplantasyonu için ana kaynak görevi görmektedir (Kordan & Yavaşcaoğlu, 2006).

Transplantasyon SDBY'nin etkili bir tedavi yöntemidir. Çünkü gerek canlı verici, gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Buna ek olarak, hem tüm böbrek fonksiyonları yerine getirildiğinden, hem de hastalar için sürekli diyaliz işlemlerinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından yaşam kalitesi daha iyidir (Ecdar, 2000) (Burra & Bona, 2006).

Diğer yandan böbrek transplantasyonunu takiben cerrahi (arteriyel, lenfatik, ürolojik, renal allograft rüptürü), medikal (hiperakut, akut ve kronik rejeksiyon) ve sistemik (enfeksiyon, malignite, kardiyovasküler sorunlar, gastrointestinal, respiratuar, deri) komplikasyonlar görülebilmektedir (Duranay, Güvence, & Oğuz, 2001) (İhtiyar, 2006) (Charles, Edgar, & Mohamed, 2004). Bu nedenle transplantasyon kararı verirken bireyin tıbbi,

immünolojik, psikolojik ve sosyal durumu dikkate alınır. İyi bir değerlendirmeyi takiben transplantasyona hasta, hasta yakını ve hekimin iş birliği ile karar verilir. (Erdil & Elbas, 2001).

2.4.2.Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-elektrolit değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve elektrolit hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı ve elektrolit dengesizliği normal değere yaklaştırılır (Akpolat, Utaş, & Süleymanlar, 2007).

Diyaliz iki membran aracılığı ile uygulanabilir: Sentetik membran aracılığıyla *hemodiyaliz* (HD), periton aracılığı ile *periton diyalizi* (PD) (Akpolat, Utaş, & Süleymanlar, 2007).

Hemodiyaliz, uygun bir damar yolu aracılığı ile hastadan alınan kanın vücut dışında cihaz yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan (diyalizör) geçirilerek sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesi esasına dayanan bir yerine koyma tedavisidir (Arık, Ateş, & Süleymanlar, Hekimler İçin Hemodiyaliz El Kitabı, 2009) (Akpolat, Utaş, & Süleymanlar, 2007) (Arık & Dilek, Nefroloji, 2008) (Schrier, 2007) (Utaş, 2005).

Hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına bağlı olarak haftada 2-3 kez, 4-6 saatlik sürelerde, uygun cihaz ve ekipmanla, evde veya hastanede yatak başında yapılabilir (Akpolat, Utaş, & Süleymanlar, 2007)

Hemodiyaliz tedavisinin avantajlarının yanı sıra bazı dezavantajları da bulunmaktadır. (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Hemodiyalizin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajlar	Dezavantajlar
Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenmesi, diğer zamanlarda serbest olması	Tedavi sırasında damara giriş için her defasında fistül iğnelerinin kullanılması,
Diyaliz ortamının hastanın diğer hastalar ile iletişim kurmasını sağlaması	Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak rahatsızlığın oluşması
Atık maddelerin vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırması	Sıvı ve gıda kısıtlamasının olması,
Metabolik dengeyi daha az etkilediği için obezitenin daha az sorun olması	Fistül için küçük bir cerrahi operasyon gerekmesi,
Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından uygulanması	Heparinizasyon gereksiniminin olması,
Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması	Diyalizde kan kaybı olması,
Batınla ilgili komplikasyonlarla karşılaşılmaması	Özel yetişmiş personel gereksinimidir.

(Aydın Z. , 2004) (Lewis, Collier, & Heitkemper, 2007) (Zawada, 2003)

Periton diyalizi diyalizatın bir kateter ile peritoneal kaviteye verildiği, periyodik olarak drene edildiği ve yerine taze solüsyonun konulduğu bir diyaliz şeklidir. Periton diyalizinde periton boşluğu, periton zarı ve diyalizatlar kullanılır. Periton zarı, vücutta biriken toksik maddeleri karın boşluğunda bulunan diyalizata aktaran yarı geçirgen zar işlevini görür. Difüzyon ve osmosun bilinen kurallarına uygun olarak peritonun her iki yanındaki madde konsantrasyonları arasında denge kurulur. Diyaliz solüsyonunun periton boşluğuna verilmesinden sonra üremik toksinleri içermeyen bu solüsyonla, üremik toksinlerin biriktiği kan arasında gradient oluşur. Çok yoğun ortamdan az yoğun ortama doğru toksik madde geçişi olur. Üremik toksinlerin kandaki yoğunlukları azalır diyaliz sıvısındaki yoğunlukları arttıkça moleküllerin geçişi azalır ve peritonun her iki yanındaki yoğunluk aynı olduğunda geçi durur.

Aynı temele dayanarak vücutta biriken sıvıyı uzaklaştırmak da mümkündür. Diyaliz solüsyonu içerisinde yer alan glukoz, diyaliz sıvısının ozmolaritesini artırır ve sıvı ozmoz kuralına uygun olarak ozmotik basıncı yüksek ortama geçer (Şen, Sever, & Karakoç, 2004).

Periton diyalizi Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) ve Aletli Periton Diyalizi (APD) olmak üzere iki şekilde uygulanır.

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi; Günde 4 kez hastanın vücut yapısına göre yaklaşık 2- 2,5 lt diyaliz solüsyonunun karın boşluğuna verilmesi ile gerçekleştirilen en yaygın kronik periton diyalizi tipidir. Her diyaliz işlemi 5-6 saat önce periton boşluğuna doldurulmuş olan diyaliz solüsyonunun boşaltılması ile başlar ve yeni solüsyonun verilmesi, sistemin kapatılması ile biter. Bu işlem yaklaşık 30 dk. kadar sürer ve takip eden 5-6 saat içinde hasta günlük aktivitesine devam ederken periton boşluğundaki sıvı ile plazma arasında fazla toksin ve sıvı geçişi gerçekleşir ve diyaliz sağlanmış olur.

Aletli Periton Diyalizi (APD); Aletli periton diyalizi, diyalizatın hastanın periton boşluğuna verilmesi ve periton boşluğundan alınması için bir cihazın kullanıldığı periton diyalizi tiplerini tanımlamak üzere kullanılan geniş kapsamlı bir terimdir. Periton diyalizi cihazları aralıklı periton diyalizi (Intermittant Periton Diyalizi-IPD), Sürekli Siklik Periton Diyalizi (SSPD), Tidal Periton Diyalizi (TPD) yöntemlerinde kullanılır.

Periton diyalizi komplikasyonları enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz olmak üzere iki gruba ayrılır. Periton diyalizinin enfeksiyöz komplikasyonları katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu, peritonittir. Nonenfeksiyöz komplikasyonları ise sızıntı, herni, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısı, malnütrisyon, sklerozan peritonittir (Daugirdas, Blake, & Ing, 2006) (Süleymanlar, Erek, & Serdengeçti, The Registry Group Turkish Society of Nephrology, 2006). Periton diyalizi tedavisinin avantaj ve dezavantajları Tablo 2.3'te görülmektedir.

Tablo 2.3 Periton Diyalizinin Avantaj ve Dezavantajları

PD' nin Avantajları:	PD' nin Dezavantajları:
Vasküler giriş gereksiniminin olmaması	Peritonit ve diğer enfeksiyon riski
Kardiyovasküler stabilite	Obezite
Biyokimyasal parametrelerin stabil olması	Hiperlipidemi
Hemoglobin seviyelerinin hemodiyalize göre daha iyi olması,	Malnütrisyon
Eritropoetin gereksiniminin azalması,	Periton permeabilitesinde azalma
Rezidüel Renal Fonksiyonların daha iyi korunması	Ultrafiltrasyon (UF) yetersizliği,
Çocuk ve yaşlı hastalarda uygulama kolaylığı	Psikolojik problemlerin olmasıdır
Daha aktif ve özgür yaşam olanağı, çalışma ve okula devam olanaklarının artması	
Üniteye ulaşım probleminin olmaması Evde diyaliz yapılmasıdır.	

(Süleymanlar, Erek, & Serdengeçti, 2006) (Zawada, 2003)

2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Yönetimi

Kronik böbrek hastalığının yönetimindeki güncel yaklaşım entegre tedavi yaklaşımıdır. KBH olan bireyin glomerül filtrasyon hızı <60 ml/dk ise nefroloji ekibi tarafından takip edilmesi idealdir. Glomerül filtrasyon hızı <30 ml/dk ise mutlaka nefroloji takibi olmalıdır ve aşağıdaki prensipler doğrultusunda SDBY'nin yönetimi sağlanmalıdır:

1. Kronik Böbrek Hastalığı Eğitim Programı uygulanmalıdır.
2. Hastanın diğer replasman tedavileri uygulanmadan direk transplantasyon yapılması yani preemptif transplantasyon yönünden şansı zorlanmalıdır.
3. Preemptif transplantasyon şansı olmayan hastada ilk tercih ev diyalizi (PD veya HD) olmalıdır.
4. Hasta renal replasman tedavilerine zamanında hazırlanmalı ve GFH 15 ml/dk civarında iken diyaliz tedavisi kalıcı giriş yolu ile başlatılmalıdır.
5. Ev tedavilerinde sorun çıkarsa hasta diğer tedavi modalitelerine yönlendirilmelidir. (Süleymanlar G. , Kronik Böbrek Hastalığı, 2013)

Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan bireylerin tedaviye başlama süreçleri planlı veya plansız / acil olabilmektedir:

Renal Replasman Tedavisine planlı bir süreçte başlayan hastalar nefroloji ekibine erken yönlendirilen, düzenli poliklinik takibinde olan hastalardır. Spesifik eğitim programı dahilinde hastalar tedavi seçenekleri konusunda eğitim alma, farklı seçenekleri tartışma ve yaşam tarzlarına en uygun tedaviyi seçme olanağı bulurlar. Bu şekilde hastalar yaşam biçimlerine uygun olan tedavi seçeneğine sağlıklı şekilde karar verebilirler. Bu grupta yer alan hastaların %50'sinin ev tedavisini seçtikleri görülmüştür. Erken dönemde yönlendirme hastanın nefrolog, damar cerrahı, hemşire, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarınca multidisipliner olarak değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece en bata hastaya RRT seçeneklerinin sunulması, hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, elektif koşullarda RRT'ye zamanında başlanması, diyaliz erişim yolunun zamanında oluşturulması, diyet değişikliklerinin düzenlenmesi, psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimlerle ilgili destek çalışmalarının yapılması mümkün olmaktadır. Kılavuzlara göre Evre 4 (GFH:<30 ml/dk) KBH hastalarının mutlaka nefroloji ekibi izleminde olması önerilmektedir (Türkiye Böbrek Hastalıkları Kontrol ve Önleme Programı, 2014).

Birçok SDBY olan hasta poliklinik ortamda takip ediliyor olmasına rağmen diyaliz tedavisine plansız ve acil olarak başlamaktadır. (Marron, 2006) Plansız diyaliz başlangıcı ilk diyaliz tedavisinin fonksiyonel arteriyovenöz (AV)

fistül veya kalıcı PD kateteri olmadan başlanması olarak tanımlanmıştır. Plansız başlangıcı anlatan bir başka ifade ise “suboptimal” diyalizdir ve hastanede yatarak ve / veya santral venöz kateter ile başlatılan diyalizi tanımlamak için kullanılmaktadır. (Mendelsohn, ve diğerleri, 2011)

Diyaliz öncesi aşamada tıbbi bakımın daha iyi koordine edilmesi, KBH komplikasyonlarının yönetimi ve eğitim ile diyaliz ihtimali azaltılabilir veya geciktirilebilir. Fakat bunun sağlanamadığı durum seçeneği olasılığını azaltabilir. Plansız başlangıcı tanımlamak için bazı kriterler de önerilmiştir. Geç yönlendirme nefroloji ünitesine kabul ile ilk diyaliz arasındaki sürenin 1 ile 6 ay arasında olmasıdır. (Chen, Hwang, & JC Tsai, 2010) Bu hastalar da iki alt grupta sınıflanmaktadır:

Bilinen ancak tedaviye acil başlayan hastalar: Bu hastalar nefroloji takibinde olan ancak böbrek fonksiyonlarının beklenmedik bir şekilde bozulması sonucunda acil olarak ve öncelikle hemodiyaliz (HD) tedavisine başlayan hastalardır. Bu grupta yer alan hastaların bazıları tedavi seçeneği eğitimi almış olsada, çoğu geçici giriş yolu ile HD tedavisine alınır ve HD tedavisinde kalma eğilimi gösterir ve tedavi seçeneğine karar verme şansları yoktur.

Nefroloji ekibi tarafından bilinmeyen ve tedaviye acil şartlarda başlayan hastalar: Bu grupta yer alan hastalar SDBY evresinde iken nefroloji departmanına gelen hastalardır. Acil diyaliz gereksinimleri vardır. Hastalar acil olarak HD'e transfer edilir ve akut faz atlatıldıktan sonra da HD tedavisinde kalırlar.

Ghaffari, diyaliz gereksinimi süresine göre 48 saatten daha kısa sürede diyaliz endikasyonu olan hastaları acil başlangıç, 48 saat- 2 hafta arasında diyaliz endikasyonu olan hastaları akut diyaliz başlangıcı olarak tanımlanmıştır (Ghaffari, 2012).

2.6. Tedavi Seçeneğine Karar Verme

Bir kararın verileceği her durumda üç soru yanıtlanmış olmalıdır. Birincisi; en iyi karar hangisidir, ikincisi; karar nasıl verilmelidir, üçüncü; kararlar nasıl iyileştirilebilir? (Chapman & Sonnenberg, 2003)

Tedavi seçenekleri hakkında karar verme, özellikle SDBY gibi yaşamı tehdit eden sağlık sorunu ile karşı karşıya kalan ve uygulanacak birden fazla tedavi seçeneği olan hastalarda karmaşık bir süreç haline gelebilmektedir. “Ortak karar verme (shared decision making)” hastalar ve multidisipliner sağlık ekibi tarafından ortaklaşa paylaşılan karar verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Glyn, Frosch, & Edwards, 2010). Bir başka ifade ile ortak karar verme sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarına karar verme sürecinde yaşam tarzına en uygun kararları almalarında rehberlik yapmaları olarak ifade edilmektedir. Araştırmalar hastaların da sürece dahil edildiği yeni model olan bu yaklaşımı savunmaktadır. (Fortnum, Smolonogov, Walker, Kairaitis, & Pugh, 2015) (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

Ortak karar verme sürecinin başarılı olabilmesi eğitim verme ve karar sürecinin desteklenmesi ile mümkündür. Seksenaltı randomize çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede ortak karar verme yaklaşımının hastalarda bilgi düzeyini arttırdığını, kararlara hastaların daha aktif katıldığını ve hastaların tedavi seçeneklerine karar verebilme yetkinliğinin arttığını desteklemektedir.

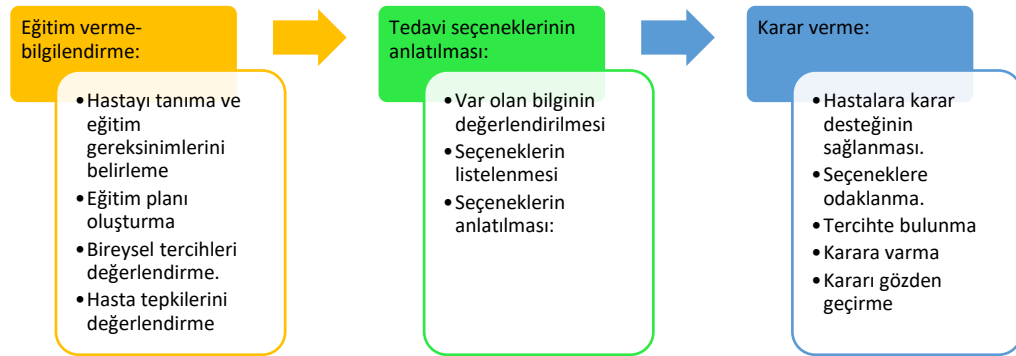
Hastalara gereksinimleri doğrultusunda eğitim vermek, var olan bilginin doğruluğunu ve yeterliliğini değerlendirmesini sağlamak önemlidir. Hastalar farklı seçeneklerle ilişkili bilgilendirilmezlerse kendileri için önemli olanı değerlendiremez ve bilinçli tercih yapamazlar. Ortak karar vermede temel amaç, karar vermeden önce bireylerin yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamaktır. Bu hedefe ulaşmak için gerekli eğitim yöntem ve araçları tasarlanmalı ve geliştirilmelidir.

Hastalara verilen bilgi ve eğitim doğrultusunda mevcut seçenekler ile ilgili tepkilerini değerlendirerek, seçimlerini yaparken desteklenmeleri önemlidir. Bazı hastalar karar vermeleri istendiğinde, en doğru seçeneğin ne olabileceği konusunda sorumluluk almak istemeyebilir. Karar verme ile ilgili tüm sorumluluk hastalara yüklenirse kendilerini yetersiz hissedebilir, stres ve endişe yaşayabilirler.

Ortak karar verme süreci ile ilgili hedeflere ulaşabilmek için Elwyn ve ark. (2012) tarafından klinik uygulamada kullanılacak üç adımlı bir model geliştirilmiştir. Bu model bilinçli karar verme sürecini gösteren bir model olmakla birlikte etkili bir sağlık ekibi-hasta iletişimini sağlayan psikolojik, sosyal ve duygusal faktörleri içeren bir yaklaşım sağlamaktadır. Bu model üç aşamadan oluşmaktadır.

1. Eğitim programı ve görüşme planı oluşturma: Hastaya hastalık ve tedavi yönetimi hakkında verilecek eğitimin planlama aşamasıdır ve bileşenleri:
 - a. Hastayı tanıma ve eğitim gereksinimlerini belirleme
 - b. Eğitim planı oluşturma
 - c. Bireysel tercihleri değerlendirme: Sağlık/hastalık algısı ve tedavi sonuçlarının bireye göre farklılık gösterdiği göz önünde bulundurulmalı ve bu durum hastalara ifade edilmelidir.
 - d. Hasta tepkilerini değerlendirme: Tedavi seçenekleri ya da görüşme detayları bazı hastaları endişelendirebilir. Hasta sorumluluk almak istemediği için daha ilk görüşmede kararı sağlık ekibine bırakmak isteyebilir. Hastaya karar verme sürecinde verilecek eğitimle kendini rahat, güvende ve yeterli hissedeceği anlatılmalıdır.
2. Tedavi seçeneklerinin anlatılması: Bu aşamada çeşitli eğitim materyalleri kullanılarak tedavi seçenekleri anlatılmalıdır.
 - a. Var olan bilginin değerlendirilmesi: Hastaların var olan durumları ile ilgili bilgilerin yeterliliği, doğruluğu ve bu bilgiyi nereden aldığı değerlendirilmelidir.
 - b. Seçeneklerin listelenmesi: Daha detaylı olarak ele almadan tedavi seçenekleri listelenmelidir.

- c. Seçeneklerin anlatılması: Seçenekler hastaların anlayabileceği basit terimlerle anlatılmalıdır. Her bir seçenek tarafsız olarak ve karşılatırmalı anlatılmalıdır. Her seçeneğin her bireyde farklı etkilerinin olabileceği belirtilmelidir. Seçeneklerin olumlu-olumsuz yönleri açıklanmalıdır.
3. Karar verme: Kararın verildiği aşamadır.
- a. Hastalara karar desteğinin sağlanması: Seçenekler tekrar özetlenmeli, sorular sorularak bilginin doğru ve yeterli aktarıldığı kontrol edilmeli hastanın soruları yanıtlanmalıdır.
- b. Seçeneklere odaklanma: Seçenekleri oluşturmak için hastaya destek olunmalıdır. “Sizin bakış açınızdan, sizin için en önemli olan nedir?”
- c. Tercihle bulunma: Hastaya zaman tanınmalı, hastaya rehberlik etmeye odaklı plan hazırlanmalıdır.
- d. Karara varma: Hastanın karar vermeye hazır olma durumu değerlendirilmelidir. “Karar vermeye hazır mısınız?” veya “Daha fazla zaman ister misiniz? Daha fazla sorunuz var mı?”
- e. Kararı gözden geçirme: İhtiyaç duyulduğunda, kararının gözden geçirilebileceği hastaya hatırlatılmalıdır (Elwyn, Frosch, & Thomson, 2012)



Şekil 2.2. Karar verme süreci modeli

2.7.Karar Verme Sürecinde Hasta Eğitimi

2.7.1. Hasta Eğitiminin Amacı ve Yararları

Hasta eğitimi, sağlığı geliştirmek üzere hasta davranışlarını değiştirmek amacı güden öğretme ve öğrenme sürecidir. Hasta eğitimi terimi 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. (Özer & Şahin, 2002). Sağlık eğitiminin amacı; hastayı en sağlıklı biçimde hayatını yaşaması için eğitmek ve böylece hastanın sağlığını maksimum düzeyde sürdürebilmesi için çaba sağlamaktır.

Eğitimin böbrek hastalarının yaşamını daha kaliteli sürdürmesine katkıları olacağı ve sağlık ekibinin tüm üyeleri tarafından, hastalara yönelik hasta eğitim programlarının hazırlanıp uygulanmasının gerekleri ve faydaları literatürde belirtilmektedir. Bu eğitim programı hastanın diyeti, ilaç alımı, semptomlara yönelik bakım ve emosyonel yönden gereksinimlerini karşılayacak şekilde hazırlanmalıdır. Düzenli eğitim programlarının psikolojik iyilik haline dolayısıyla yaşam kalitesine olumlu yansımaları olacağını destekleyen çalışmalar vardır (Ören, Söyük, & Yürügen, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) terapötik hasta eğitimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırmaaktır. Hasta eğitiminin bir diğer tanımı ise şöyledir: Birtakım durumlarla baş etmeyi öğrenme, sağlığı sürdürme ve geliştirme amacıyla hastaların sağlık davranışı, bilgi ve hastalık deneyimlerini etkileyen bilgi verme, öneride bulunma ve davranış değişikliği teknikleri gibi yöntemlerin kombinasyonunu içeren sistematik bir öğrenme deneyimidir (Gökkoca, 2001) (Tekbaş & Ceylan, 2005) (Ablada, Elbers, & Visse, 2007).

Hasta Eğitiminin Avantajları;

Sağlık personeli için pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılar. Hasta eğitimi;

- Hastaları sağlıklı hale getirmek,

- Hastaları, sağlık problemlerini kendi kendilerine çözebilecek bilgi ve beceriye sahip kılmak,
- Sağlık hizmetlerinde gelişimi sağlayacak ortamı oluşturarak hizmetin kalitesini arttırmak,
- Eğitici nitelikteki personel ve her çeşit eğitim, metod, araç ve gereçlerinden faydalanarak, hastaya ihtiyaç duyduğu bilgileri vermek,
- Hastanın tedavi ve bakımına katılımını sağlamak,
- Sağlık ekibi ve hasta arasındaki iletişimi arttırmak,
- Öğretilenleri istenilen davranış ve alışkanlıklar haline getirmek,
- Sağlık problemlerinin en kolay, en çabuk ve en ekonomik şekilde çözümünün sağlanmasını amaçlar (Botelho, Skinner, & Williams, 1999). Kronik hastalarda yeterli bilgilendirme ile hastanın kendini daha iyi hissettiği, fizik aktivitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı bulunmuştur (Maly, Bourque, & Engelhardt, 1999). Hasta eğitimi ile;

- Hizmetlere ve tedaviye uyum artar.
- Tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere geçiş ile sağlık düzeyi yükselir, morbidite ve dolayısıyla maliyet azalır.
- Hasta, hastalık ve muhtemel risk faktörleri konusunda aydınlatılarak yasal sorumluluk yerine getirilir.
- Hastaların bilgilendirilmiş kararlar vermede ve bakıma katılımda daha aktif rol almasını sağlar.

2.7.2. Kronik Böbrek Hastalığı Eğitim Programının Avantajları

Son dönem böbrek yetmezliğinde ideal yaklaşım, hastanın zamanında diyalize hazırlanması ve en uygun diyaliz yönteminin bilinçli olarak seçilmesini içermektedir. Eğitim programının sağladığı avantajlar;

- Kronik böbrek hastalığının ilerlemesinin yavaşlatılması
- Akut fazda diyaliz tedavisine başlayan hasta sayısının azaltılması
- Hastaların diyaliz tedavisi öncesinde hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi

- Uygun zamanda; uygun renal replasman tedavisine en uygun şartlarda başlayabilmesinin sağlanması,
- Hastanın, hastalığını kabullenmesinin ve tedaviye uyumunun sağlanması
- Tedavi sırasında oluşacak komplikasyonların azaltılması
- Tedaviye uyumun artırılması
- Hastalara tedavinin planlı bir şekilde başlanması, acil ve plansız başlanan tedavilerin en aza indirilmesi
- Hastaların tedavi seçeneği üzerinde karar vermelerinin sağlanabilmesidir (Wu, Wang, & Hsu, 2009) (Ravani & Marinangeli, 2003).

2.7.3. Tedavi Seçeneğine Karar Verme Sürecinde Hasta Eğitimi

Çalışmalar, kronik böbrek hastalarının %60'ının nefroloji ekibine geç yönlendirildiğini ve bu hastaların çok kısa zaman içerisinde renal replasman tedavilerine acil şartlarda başladığını göstermektedir (Roderick & Drey, 2002) (Marron, 2006). Bu durum hastalarda diyalize başlandıktan sonra genel sağlık durumunda kötüleşme, morbidite ve mortalitede artış, tedavi şeklini seçme özgürlüğünün ortadan kalkmasına yol açmaktadır. (Süleymanlar & Altıparmak, Türk Nefroloji Derneği Kayıtları, 2010)

Türkiye'de diyaliz öncesi eğitim programlarının gerekliliğinin belirlenebilmesi için 1488 hasta ile yapılan çalışmada diyaliz tedavilerine (planlı ya da acil) başlama durumları değerlendirilmiştir. Planlanmış şekilde RRT başlanan hasta oranı %47, nefroloji ekibine geç yönlendirilen ve acil şartlarda diyalize başlanan hasta oranı %53 olarak bulunmuş ve sistematik eğitim programlarının başlatılmasının gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Arıcı, 2007).

Birçok çalışma hastaların tedavi seçeneklerine dair genel bir farkındalığa sahip olmadıklarını ve tedavi riskleri ve faydaları hakkında çok az bilgiye sahip olduklarını rapor etmektedir. (Morton, Tong, & Howard, 2010) (Sheu, ve diğerleri, 2012) Avrupa İyi Uygulamalar Danışma Kurulu tüm hasta

ve yakınlarına sistematik eğitim programları dahilinde yeterli renal replasman tedavileri eğitimi verilmesini ve bu eğitim kapsamına aynı zamanda nefroloji ekibine geç yönlendirilmiş ve acil-akut şartlarda diyalize başlamış hastaların da dahil edilmesini önermektedir (Covic, Bammens, & Lobbedez, 2010).

Eğitim ve karar alma süreçlerinin standardize edilmesi ile sağlık ekibinin potansiyel önyargısını, yanlılığını, bölgesel farklılıkları, eğitim-deneyim farklılığının yaratacağı eşitsizliği azaltabileceği kabul edilmektedir.

Panlanmış ve standardize edilmiş diyaliz öncesi eğitim SDBY'nden RRT'ye geçiş sürecinde bakım kalitesini iyileştirir. (Manns, Taub, & Vanderstraeten, 2005) (Morton, Tong, & Howard, 2010) (Goovaerts, Jadoul, & Goffin, 2012) Karar destek araçları bireylerin tedavi seçenekleri hakkında, hedeflerine ve değerlerine uygun karar verebilmelerini kolaylaştırmak için tasarlanmış uygulamalar ve araçlardır. Karar verme sürecini yapılandırmak için kullanılan bu araçlar veya müdahaleler, yazılı materyaller, ses bantları, videolar, web tabanlı formatlar ve sözlü sunumlar gibi farklı formlarında geliştirilebilir. (O'Connor & Jacobsen, 2003) (England, 2014)

Kronik Böbrek Hastalığı alanında tedavi seçeneğine odaklanan ve geliştirilen karar destek araçlarının etkinliği ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlıdır. (Joseph-Williams, Newcombe, & Politi, 2014). Leeds Üniversitesi tarafından geliştirilen ve böbrek yetmezliği tedavi seçeneklerinin anlatıldığı YoDDA, (Yorkshire Dialysis Decision Aid) kitapçığının yapılan değerlendirmesinde içerik açısından hastaların %95'i tarafından olumlu olarak yorumlanmış ve tedavi seçeneklerinin daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir. (Winterbottom, ve diğerleri, 2016)

Kidney Health Australia tarafından geliştirilen böbrek yetmezliği tedavi seçenekleri kitapçığı sağlık ekibi tarafından kısmen yararlı, hastalar tarafından kullanımı kolay ve anlaşılır bulunmuş, tedavi seçenekleri hakkında bilginin arttığı belirtilmiştir. Ancak araştırma sonucuna göre beklenmedik şekilde hastaların gelecek ile ilgili endişelerinin arttığı, bu durumun da eğitim kitapçığının yanısıra tedavi seçeneğinin hastanın bireysel değerlerine ve yaşam tarzına uygun tedavi seçme konusunda özelleştirilmiş yaklaşım ve

uygulamaların gerekliliğini ortaya koymuştur. (Fortnum, Smolonogov, Walker, Kairaitis, & Pugh, 2015) (Davis & Davison, 2017)

Hastalara yönelik geliştirilen ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı kitapçıkların olmasına rağmen, gerçekleştirilen anket çalışmasında hastaların eğitim ve karar verme süreci ile ilgili yeterli ve kapsamlı eğitim almadıklarını ortaya koymuştur. (Fortnum, Smolonogov, Walker, Kairaitis, & Pugh, 2015) (Ludlow, Lauder, & Mathew, 2012). Son dönem böbrek yetmezliği olan hasta grubunda kronik hastalığın getirdiği olumsuz etkiler ve bilişsel gerileme, ileri yaş, sağlık okur yazarlığının yetersizliği gibi farklı özellikler doğrultusunda verilecek eğitimin özelleştirilmesi gerekmektedir. Böbrek hastalığı olan hastaların ve ailelerinin, kişisel değerleri ile uyumlu bilgilendirilmiş RRT seçim kararları vermelerine yardımcı olmak için kapsamlı karar yardımcısı gereklidir. (Wright, Wallston, Elasy, Ikizler, & Cavanaugh, 2011) “Karar yardımcısı (decision aids)”, bireylerin sağlık hizmetleri ve tedavi seçenekleri hakkında karar verme sürecine katılmalarına yardımcı olmak için geliştirilmiş araçlardır. Karar yardımcısı olarak adlandırılan uygulamalar farklılık göstermekle birlikte en yaygın olarak broşür, video veya web tabanlı araçlar kullanılmaktadır.

Karar verme sürecinde hasta ve ailesi için önemli olan değerlere odaklanılması ve bu doğrultuda kapsamlı eğitim verilmesi tedavinin getireceği fiziksel ve psikolojik yükün azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Aujoulat ve arkadaşları tarafından gözden geçirilen 55 araştırmanın sekizinde karar yardımcılarının geliştirilmesinde hastaların yetkilendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Aujoulat, d'Hoore, & Deccache, 2007).

O'Connor ve arkadaşları (2008) karar yardımcısı kullanılmasının hastalarda karar verme sürecini iyileştirdiğini ve hastalar açısından önemli olan değerlerle ilgili farkındalığı arttırdığını, öz-yeterlik davranışında artış sağladığını, hastaların karar verme sürecine daha aktif olarak katılmasını sağladığını ve bireylerin sağlık durumlarının daha iyikontrol altına alındığını belirtmektedir (O'Connor, ve diğerleri, 2007).

Son yıllarda “Karar yardımcıları (decision aids)”, uygulamalarında bir artış olmuştur. Bu nedenle uluslararası kabul görmüş standartları oluşturmak amacı ile Uluslararası Hasta Karar Yardımı Standartlarda (IPDAS) İşbirliği kurulmuştur. Birçok aktif araştırma grubu farklı sağlık disiplinlerinde “Karar yardımcıları (decision aids)” geliştirmek için IPDAS standartları kullanmaktadır. Bu araştırma gruplarından biri olan ve Ottawa Üniversitesi Araştırma Enstitüsü bünyesinde bir araya gelen “Hasta Karar Destek Araştırmaları Grubu”, karar yardımcılarını tasarlama, test etme, sağlık çalışanları için eğitim programları düzenleme çalışmaları yürütmektedir.

Renal replasman tedavisi eğitim programları Türkiye’de 2007 yılından beri, 27 merkezde uygulanmakla birlikte henüz ulusal düzeyde yaygınlaşmamış olduğu rapor edilmiştir (Yürügen, 2010). Bu uygulamalarda hastalara sınırlı seviyede bilgilendirme yapıldığı ancak karar aşamasında destekleyecek, hastaların da sürece dahil edildiği yaklaşımların olmadığı gözlemlenmiştir.

Türk Nefroloji Derneği yayınladığı 2015 yılı raporunda, ülkemizde hastaların % 47.49’unun acil şartlarda tedaviye başladıklarını bildirmiştir. Bu veriye göre hastaların yaklaşık yarısı, tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmeden, yaşam boyu uygulayacakları tedavi ile ilgili karar verme şansı olmadan, sağlık ekibi tarafından uygun görülen tedavi biçimine yönlendirilmektedir.

Ulusal raporların sonuçları diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastaların eğitiminin yetersiz olduğunu, tedavi tipine karar verme sürecine katılmadıkları ve tedaviye uyumlarını iyileştirecek yaklaşımların yetersiz olduğunu göstermektedir ve diyaliz öncesi eğitim ve karar verme sürecinde hastaların desteklenmesine olan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Kronik hastalıklarda hastanın eğitilerek bilinçlendirilmesi ve tedavi seçeneklerine karar verilirken tercihlerinin dikkate alınması gereklidir. Bu çalışmada acil şartlarda diyaliz tedavisine başlayacak hastalara yönelik bir eğitim programı ile tedavi seçeneğine karar verme sürecinde hastayı destekleyecek interaktif yöntem olan “Karar Ağacı” geliştirilmiştir. Eğitim ile

birlikte “Karar Ağacı” uygulaması” ile hastaların düşünce ve tercihleri doğrultusunda yaşam boyu uygulayacakları tedaviyi seçme fırsatı sağlanmıştır. Diyaliz Eğitim Programı ve Karar Ağacı Uygulaması ülkemizde bu amaçla geliştirilmiş ilk modeldir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kontrollü ve deneysel olarak yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Şubat - 31 Eylül 2018 tarihleri arasında Memorial Hizmet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniklerinde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini her iki hastanenin nefroloji polikliniğinde KBH nedeniyle acil diyaliz endikasyonu ile diyaliz tedavisine başlamış olan hastalar oluşturdu. İki hastanenin 2017 yılı hasta verilerine göre, bu özelliklere sahip hasta sayısının 312 olduğu belirlendi ve çalışma örnekleme bu tahmini evren üzerinden hesaplandı.

Eğitim ile hasta sonuçlarının %30 iyileştirildiği öngörüsü ile güç analizi etki büyüklüğü 0.80 (alpha 0.05) olarak belirlendi. Yapılan benzer çalışmalarda çalışmadan ayrılma oranının %15 olduğu da dikkate alındı ve basit sıralı örnekleme yöntemi ile "DEP (Diyaliz Eğitim Programı) grubunda 43" "KADEP (Karar Ağacı Destekli Eğitim Programı) grubunda 43" olmak üzere 86 hastanın çalışmaya dahil edilmesine karar verildi. Her iki grupta yer alan hastaların özelliklerinin benzer olmasına dikkat edilerek randomize edildi ve her iki grubun benzer olduğunu desteklemek için homojenite testi uygulandı.

Araştırmaya dahil edilecek hastaların klinik durumları ile ilgili nefrolog ve diyaliz hemşiresi ile görüşülerek aşağıdaki kriterlere uyan hastalar araştırmaya dahil edildi:

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş üzerinde olan,
- Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı konmuş ve diyaliz tedavisine acil başlama endikasyonu olan; son dönem böbrek yetmezliği semptom veya bulguları (perikardit, asit-baz veya elektrolit anormallikleri, hipervolemi, akciğer ödemi, kontrol edilemeyen hipertansiyon, nutrisyonel durumun bozulması, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, GFR değerinin 5 -10 ml / dak/1.73 m²) olması.
- Klinik durumu stabil ve uygun olan; en az 3 hemodiyaliz seansını tamamlamış,
- İletişimi engelleyecek kooperasyon, anlama, algılama sorunları olmayan,
- Tedavisini sürdürmede sorumluluk alabilecek ve kendisi gerçekleştirebilecek olan, okuma yazma bilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden ve onay veren hastalar

Araştırma dışı bırakma kriterleri

- Okuma yazma bilmeyen
- Kendi tedavisini gerçekleştiremeyecek düzeyde nöromusküler, psikolojik / mental, görme, işitme sorunları olan,
- Daha önce renal replasman tedavisi uygulanmış hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, diyaliz eğitimi ve karar destek uygulaması; bağımlı değişkenleri tedavi uyumu, yaşam kalitesi, öz bakım gücü, kronik hastalık bakımı yeterliliği, klinik ve laboratuvar sonuçları belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

1. Demografik ve klinik bilgi formu (Ek-1)
2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Ek-2)
3. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği (Ek-3)
4. Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) (Ek-4)
5. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) (Ek-5)

3.5.1. Demografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu form beş bölümden oluşmaktadır:

Sosyo-demografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, ekonomik durum, hastaneye ulaşım bilgisi,

Klinik ve Laboratuvar sonuçları; Hemoglobün, hematokrit, albümin, total protein, CRP, kalsiyum, fosfor, PTH, BUN, kreatinin, KT/V, kan basıncı, rezidüel idrar miktarı (sonuçları klinikte rutin olarak ölçülmektedir, bu sonuçlar hasta kayıtlarından alınmıştır ilave bir ölçüm yapılmasına gerek olmamıştır).

Kronik böbrek hastalığı ve tedavisi ile ilgili özellikler; KBH'na sebep olan primer hastalık, ilave hastalık öyküsü, RRT başlama tarihi, RRT türü,

Tedavi uyumu; Diyaliz hastalarında tedavi uyumunu değerlendirmede kullanılan dört bölümden oluşan güvenilir ve geçerli bir araçtır. Soru formundaki dört bölüm diyaliz seanslarına uyumu, ilaçlara uyumu, sıvı kısıtlamasına uymayı ve diyet tavsiyelerine uyumu değerlendirmektedir. Uyum davranış alt boyutunun hesaplanmasında 3, 4, 5, 8, 9, 14. sorular; tutum/algı alt ölçeğini değerlendirmek ve tanımlamak için 1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13. sorular kullanılmaktadır. Yüksek puanlar hasta uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir.

Tedavi memnuniyeti; böbrek yetmezliği tedavisi alan hastaların uyguladıkları tedaviden ne derece memnuniyet duyduklarını değerlendirmek üzere 11 soru içermektedir ve hastalarda rahatlık, esneklik, özgürlük ve mevcut tedaviden

memnuniyeti değerlendirmektedir. Altılı likert tipte gruplanan sorularda yüksek puan memnuniyeti, düşük puan memnuniyetsizliği ifade etmektedir (Ek-1) (Yuan, ve diğerleri, 2017) (Naalweh, Barakat, Sweileh, Al-Jabi, & Sweileh, 2017) (Barendse, Speight, & Bradley, 2005).

3.5.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Türkçe PACIC)

Wagner'in Kronik Bakım Modeline dayalı olarak Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay bir araçtır (Glasgow, Wagner, & Mahoney, 2005). Aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de ileri sürülmektedir. Ölçek, kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendiren 20 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: Hasta katılımı 1-3. sorular; Karar verme 4-6. sorular; Amaç belirleme/rehberlik 7-11. sorular; Problem çözme 12-15. sorular; İzlem/koordinasyon sorularıdır. Her bir madde 5'li Likert skala ile değerlendirilmektedir: 1 (hiçbir zaman) ve 5 (her zaman). Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1=hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 =bazen, 4=çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir.

(Glasgow, Nelson, Whitesides, & King, 2005a) (Nutting, ve diğerleri, 2007) (Aragones, ve diğerleri, 2008) (Rosemann, Laux, Droesemeyer, Gensichen, & Szecsenyi, 2007) (Wensing, Lieshoud, Jung, & J Hermsen, 2008).

Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirliği İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır.. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasına göre ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı $\alpha=.91$, madde toplam puan korelasyonları $r=.46$ ile

.69 ($p=.001$), dört-sekiz haftalık test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur ($r=.93$, $p=.001$) (İncirkuş & Nahcivan, 2011)

Araştırmamızda Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğinin (Türkçe PACIC) Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı uygulama öncesi ve uygulama sonrasında ile toplam ölçek için .94 ve .99, alt boyutlardan hasta katılımı için .80 ve .98, karar verme desteği için .78 ve .97, amaç belirleme/rehberlik için .83 ve .97, problem çözme için .84 ve .96, izlem/koordinasyon için .93 ve .97 olarak bulunmuştur (Ek-2).

3.5.3.Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği

Ören tarafından hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları için 2010 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri hemodiyaliz grubunda ($n=175$) alt boyutlar bazında 0,56 ile 0,68 arasında, tüm ölçekte 0,75'tir. Periton diyalizi grubunda ($n=125$) 0,45 ile 0,63 arasında ve tüm ölçekte 0,72'dir (Ören & Enç, 2014).

Öz Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulaması kolay, 25 maddeden oluşan 0-2 arası puanlanan üçlü likert tipi bir ölçektir. Formun başında nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi vardır. Formu doldurmak yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

Bireyin öz-bakım davranışını günlük yaşamda uygulama durumuna göre ifade etmesi için, her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenir. Ölçekte 12, 20, 21, 22 numaralı ifadeler ters yazılmıştır ve puanlamaları ters çevrilerek yapılır. Her madde her zaman uyguladım (2 puan), bazen uyguladım (1 puan) ve hiç uygulamam (0 puan) şeklinde yanıtlanır. Ölçekten alınan puanlar 0-44 arasındadır. Alt boyutların puanlaması ise; her bir alt boyutun altında yer alan madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Buna göre ilaç kullanımı 0-12, diyet 0-10, kendini izleme 0-8, hijyenik bakım 0-4, ruhsal durum 0-6 arasında

puan alır. Değerlendirmede düşük puanlar öz-bakım gücünün iyi olmadığı, yüksek puanlar ise iyi olduğu şeklinde değerlendirilir

Araştırmamızda Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı girişim öncesi – girişim sonrası sırası ile toplam ölçek için .75 ve .93, alt boyutlardan ilaç kullanımı için .65 ve .83, diyet için .49 ve .91, kendini izleme için .70 ve .87, hijyenik bakım için .74 ve .87, ruhsal durum için .94 ve .84 olarak bulunmuştur (Ek-3).

3.5.4. Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)

Çeşitli hastalıklarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve / veya hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır.

EQ-5D indeks ölçeği: hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur

EQ-5D-5L'deki her boyutun beş yanıt seviyesi vardır: problem yok (Seviye 1); hafif; orta; şiddetli; ve aşırı problemler (Seviye 5). 11111 (tam sağlık) ile 55555 (en kötü sağlık) arasında değişen, her boyuttan bir seviye birleştirilerek tanımlanan 3,125 olası sağlık durumu vardır. EQ-5D-5L sağlık durumları, bir puanlama algoritması kullanarak tek bir endeksli değerlendirme ve sonuç puanına dönüştürülür.

EQ-5D VAS ölçek; bireylerin güncel sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale) dir. Ölçekle 0-100

arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir. (Herdman, ve diğerleri, 2011)

Araştırmamızda Genel Yaşam Kalitesi (EQ-5D-5L) Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı uygulama öncesi .80, uygulama sonrası .93 bulunmuştur (Ek-4).

3.5.5.Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire-PHQ-9)

“Hasta Sağlık Anketi-9 (Patient Health Questionnaire/PHQ-9)” son iki hafta içerisinde hastaların yaşadığı psikolojik sorunlara ve bu sorunların hastaları ne kadar rahatsız ettiğine yönelik psikolojik değerlendirme yapmayı amaçlayan bir ankettir. Genellikle psikolojik tanılamayı hızlandırdığı ve kolaylaştırdığı için sağlık profesyonellerince yaygın kullanılan bir tanı aracıdır ve araştırmalarda kullanıma açıktır. MAPI Araştırma Enstitüsü tarafından pek çok dile çevrilen ölçek, Türkçe’ye de çevrilmiş, linguistik ve psikometrik değerlendirmeleri yapılmıştır. Anketteki birinci bölüm toplam 9 maddeden oluşur ve anksiyete, yeme, yorgunluk düzeyi, somatoform değişiklikler ile ilgili farklı seviyelerde değerlendirme yapmayı sağlar. Bu bölümdeki her bir madde 4’lü likert ölçeği ile değerlendirilmekte, “hiçbir zaman” (0), “bazı günler (1), “günlerin yarısından fazlasında” (2), “hemen hemen hergün” (3) olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde bu bölümdeki ilk 8 soruda yer alan “günlerin yarısından fazla” ve “hemen hemen her gün” cevapları ile 9. Sorudaki “bazı günler, “günlerin yarısından fazlasında” ve “hemen hemen hergün” cevapları mavi alan kabul edilmektedir. Hastaların verdiği cevaplardan birinci ve ikinci soru dahil olmak üzere en az dört tanesinin mavi alanda olması hastalarda depresif bozukluk olabileceği yönündedir. Mavi alandaki cevap sayısının beşin üstünde olması ve bu cevaplardan birinin birinci veya ikinci soruda olması ise majör depresif bozukluk olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca mavi alandaki cevap sayısının 2-4 olması ve bu cevaplardan birinin birinci veya ikinci soruda olması durumunda da hastaların depresif bozukluk yönünden değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir. İkinci bölüm ilk 9 soruda problem var ise sorulmakta olup, hastaların yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle

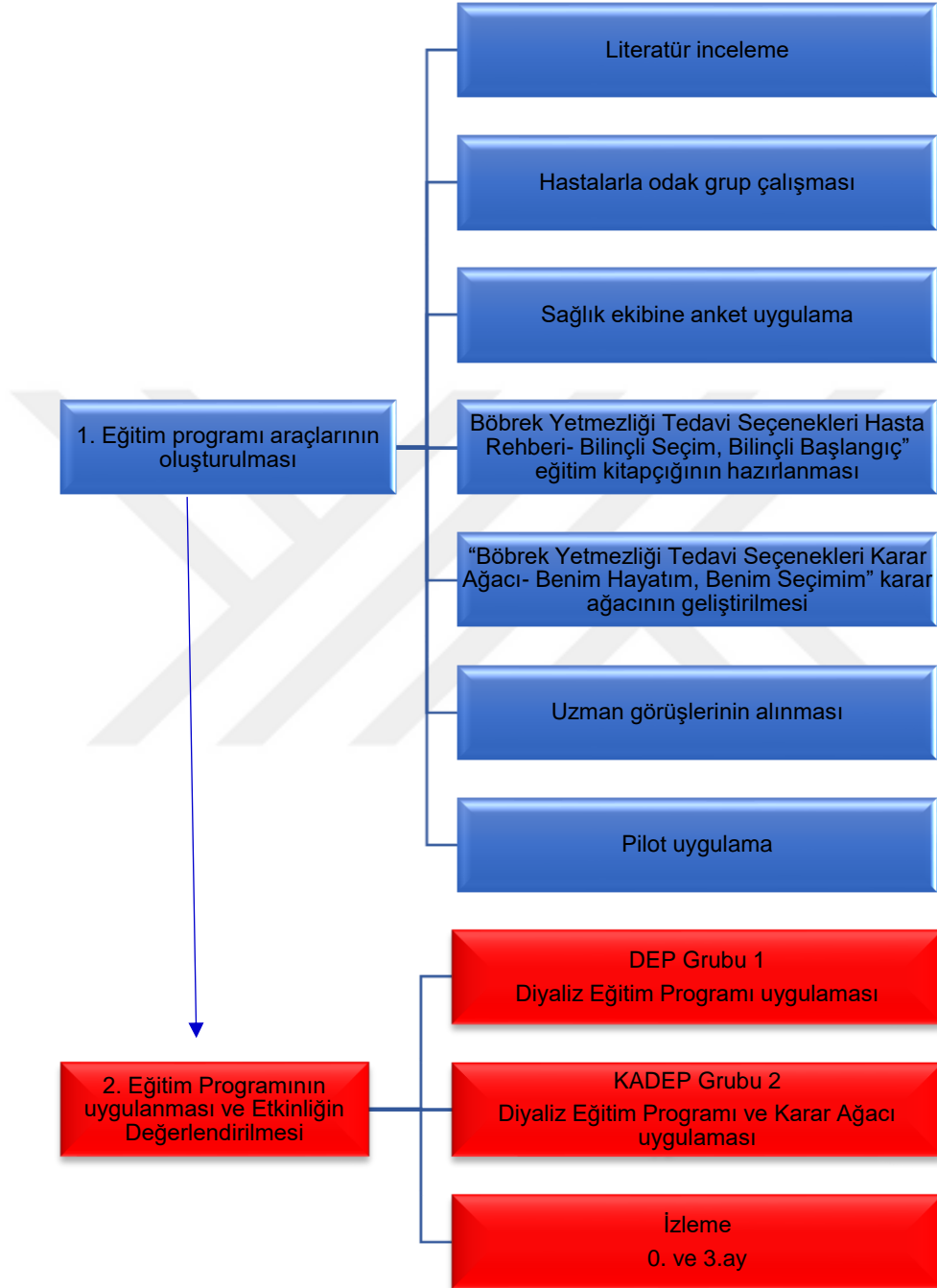
günlük yaşamlarında ne derece sıkıntı yaşadıklarını tanımlamaktadır. Bu bölüm; “hiç zorluk yaratmadı”, “oldukça zorluk yarattı”, “çok zorluk yarattı”, “aşırı derecede zorluk yarattı” olarak tanımlanmaktadır.

İkinci değerlendirme yöntemine göre ise hastaların anketteki sorulara verdiği total puan hesaplanmaktadır. Bu yöntemle göre 1-4 puan arası minimal depresyonu, 5-9 puan arası hafif depresyonu, 10-14 puan arası ılımlı depresyonu, 15-19 puan arası orta şiddette depresyonu ve 20-27 puan arası şiddetli depresyonu göstermektedir.

Bu çalışmada Hasta Sağlık Anketinin (PHQ-9) Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı uygulama öncesi .87, uygulama sonrası .92 bulunmuştur (Ek-5).

3.6. Araştırma planı

Araştırma 2 aşamada gerçekleştirildi.



Şekil 3.1 Araştırma planı

Şekil 3.2.Araştırma zaman çizelgesi

İP No	Çalışmanın Aşamaları	Ağu.17	Eyl.17	Eki.17	Kas.17	Ara.17	Oca.18	Şub.18	Mar.18	Nis.18	May.18	Haz.18	Tem.18	Ağu.18	Eyl.18	Eki.18	Kas.18	Ara.18	Oca.19	Şub.19	Mar.19	
1	Literatür Tarama	■	■																			
2	Araştırma önerisi hazırlama ve sunma			■	■																	
3	Etik Kurul başvuru formunu hazırlama ve sunma			■	■																	
4	TÜBİTAK Başvuru formunu hazırlama ve sunma			■	■																	
5	Kurum izinlerini alma			■	■																	
6	Hastalara yönelik Odak grup çalışmalarını gerçekleştirme					■	■															
7	Sağlık Ekibi "Diyaliz Öncesi Eğitim Uygulamalarının Değerlendirilmesi Anketi Uygulama					■	■															
8	Eğitim programı ve karar ağacını geliştirme							■	■													
9	Eğitim programı ve karar ağacını uzman görüşlerini alma									■												
10	Eğitim programı ve karar ağacını uygulamasını başlama													■	■							
11	Eğitim programı ve karar ağacını uygulamasını değerlendirilmesi															■	■					
12	Araştırma tez raporunun yazılması ve sunulması																					■

3.6.1. Eğitim Programı ve Eğitim Araçlarının Oluşturulması:

a. Literatürün ve mevcut programların incelenmesi: Yapılandırılmış eğitim programı ve karar ağacı uygulamalarına yönelik var olan uygulamaları değerlendirmek üzere kapsamlı literatür taraması yapıldı. Literatür inceleme ile elde edilen bilgiler eğitim programının oluşturulmasında kullanıldı.

b. Hastalarla odak grup çalışması: Diyaliz tedavisi uygulayan hastaların tedaviye başlama ve hastalık yönetimi ile ilgili yaşadıkları fiziksel ve psikososyal deneyimlerini belirleyerek bu bilgileri eğitim programını oluştururken kullanmak amacı ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirildi. Odak grup görüşmelerine iki ayrı hastanede takip edilen, on sekiz yaş üzerinde, hemodiyaliz (n=4), periton diyalizi (n=4), prediyaliz (n=1), böbrek nakli (n=2) tedavisi uygulanan hasta ve hasta yakını (n=3) olmak üzere toplam 14 birey alındı (Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Odak grup çalışmasına katılan hastaların demografik özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Primer	Tedavi
1	34	k	diyabetik nefropati	PD
2	46	e	hipertansiyon	HD
3	28	k	diyabetik nefropati	PD
4	56	k	bilinmiyor	TX
5	48	e	glomerulonefrit	HD
6	60	k	polikistik böbrek hastalığı	HD
7	55	k		Hasta yakını
1	38	k	hipertansiyon	PD
2	42	e	hipertansiyon	PD
3	51	k	polikistik böbrek hastalığı	PreD
4	60	e		Hasta yakını
5	54	k	diyabetik nefropati	TX
6	62	k	amiloidoz	HD
7	45	e		Hasta yakını

Bireyler diyaliz ekibi üyeleri (hemşire, doktor) ile işbirliği yapılarak, odak grup görüşmelerine davet edildi ve kabul edenlerden aydınlatılmış onam alınarak uygun tarihler için randevu verildi. (Ek-6)

Odak grup görüşmelerinde aşağıdaki soruların kullanıldığı yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulandı;

- Böbrek hastalığının başlangıç sürecini ve bu süreçte neler yaşadığınızı anlatır mısınız? Böbrek hastalığı teşhisi konulduğunda tedavi seçeneklerini biliyor muydunuz? Bu bilgileri nereden ve kimden aldınız?
- Tedaviye başlamadan önce hastalığınız ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildiniz mi? Bu bilgileri size kim verdi, nerede bu bilgileri aldınız, ne kadar bilgilendirildiniz?
- Şu anda devam etmekte olduğunuz tedaviye ne zaman başladınız, bu tedavi ilk tedaviniz mi, başka bir tedavi uygulandı mı, bu tedaviye başlamanıza kim karar verdi?
- Tedavinizi siz mi seçtiniz, tedavinizi seçerken herhangi bir destek ya da yönlendirme aldınız mı? Bu tedaviyi tercih etme nedeniniz neydi?
- Doktor ve hemşirenizin fikirleri tedavi seçiminizi ne şekilde etkiler? Yakınlarınız tedaviyi seçme konusunda size yardımcı oldu mu? Bu tedaviyi uygulayan başka hastalarla görüştünüz mü?
- Tedavinizi uygularken karşılaştığınız kolaylık ve zorluklar nelerdir? Bu zorlukları nasıl aşıyorsunuz? Tedavinizi günlük yaşamınıza nasıl uyarladınız, bu süreçte yardım ve yönlendirme aldınız mı?
- Tedavi seçiminde sizin için en önemli konu nedir?
- Bugün tedavinizle ilgili kararı vermek dururunda kalsanız size nasıl destek olunmasını isterdiniz?

Bu görüşme formatı ile katılımcıların bilgi ve deneyimleri hakkında bilgi elde edildi. Her birinde 7 katılımcı olacak şekilde, iki odak grup görüşmesi yapıldı. İki saat süren görüşmeler bireylerin daha önce tanışmadığı araştırmacı tarafından yönetildi, hiçbir klinisyen görüşmelere katılmadı, böylece görüşmelerde objektif ve rahat bir görüşme ortamı sağlanmış oldu. Ayrıca kurumlar ile bağlantısı olmayan bir raportör tarafından kayıt tutuldu ve hastaların izni ile görüşme boyunca ses kaydı alındı. Görüşme kayıtları dinlenip yazıya döküldü. Metin okunurken anlamlı cümle ya da ifadelerin altları çizilerek kavramsal olarak ne anlam ifade ettikleri anlaşılmaya çalışıldı.

Anlamaların formüle edilmesi sırasında niteliksel çalışma ve veri analizi konusunda deneyimi olan sağlık bilimleri ve sosyal bilimler akademisyenlerinden görüş alındı. Son olarak, temalar belirlendikten ve düzenlendikten sonra iki araştırmacıya okutuldu. Veriler tematik çerçeve analizi kullanılarak sınıflandırıldı, anlatılar ve transkriptlerden örnekler kullanılarak özetlendi. Örnekleme gruplarındaki yanıt modellerini aramak için frekans sayımları kullanıldı.

Odak grup görüşmesinden elde edilen bulgular

DEP ve Karar Ağacının oluşturulmasında kullanılan odak grup görüşmesinden elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin renal replasman tedavisi öncesinde yaşadıkları deneyim ve tedavi başlama süreci ile ilgili anlatılarından elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda hastalık ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olma, diyaliz tedavisine başlama süreci ve hastalık ve tedavi ile ilgili yaşanan psikososyal süreçler gibi anlam birimleri bir araya getirilerek beş tema oluşturuldu. İlk tema, hastaların diyaliz başlamadan önce nasıl eğitim veya bilgi aldığını gösteren “Prediyaliz eğitim” teması, ikinci tema, “böbrek replasman tedavisinin başlatılması süreci”, üçüncü tema “tedavi kararı desteği”, dördüncü tema “tedaviden beklenti” ve beşinci tema da “tedavi yükü” olarak belirlendi (Şekil 3.3).

1. Tedavi seçenekleri hakkında bilgi Böbrek hastalığı tedavi seçeneklerini biliyor muydunuz?

Tedaviye başlamadan önce hastalığınız hakkında bilgilendirildiniz mi? Sorularının yanıtlanması ile elde edilen anlatımlarda hastaların böbrek hastalığı ve tedavi seçenekleri ile ilgili herhangi bilgi ya da eğitim almadan ve tedaviye çoğunlukla acil şartlarda başladıklarını ortaya koymaktadır.

“Hiçbir bilgim yok, beni bir odaya aldılar, saat akşamın beşi, küçük bir operasyon yaptılar, operasyon sırasında bana sorular sordular evli misin kaç çocuğun var gibi”

“Diyalizin ne olduğunu bilmiyordum, ilaç yutunca iyileşeceğim zannediyordum. Hastalığımı öğrendiğimde iş işten geçmişti”

“Askerde iken çok başım ağrıdığı için doktora gitmek yerine bir sürü çok kuvvetli ağrı kesiciler aldım, kimse bana bunların zararlarını anlatmadı, bu ilaçlar nedeniyle böbreklerim bozulmuş, bilgi sahibi olsaydım kesinlikle kendime çok dikkat ederdim, benim geleceğim mahvoldu”

“Şeker hastası olduğumu öğrendim, ama köy yerde kendime dikkat etmedim, meğer şeker böbreklerimi bozmuş, ellerim ayaklarım şişti, tansiyonum çıktı, nefes alamaz oldum, doktora gittiğimde böbreklerin iflas etmiş dediler, iş işten geçmişti. Ne şeker doktorum ne de başka birisi başıma gelecekler konusunda beni uyarmadı”

2. Diyalize başlama süreci/karar verme

Şu anda devam etmekte olduğunuz tedaviye başlamanıza kim karar verdi?

Doktor ve hemşirenizin fikirleri tedavi seçiminizi ne şekilde etkiler?

Soruları ışığında hastaların renal replasman tedavisine başlangıç sürecinde yaşadıkları deneyimler değerlendirildi. Hastaların bu süreçte aile yakınlarından, sağlık ekibinden herhangi bir destek yada yönlendirme almadıkları aşağıda yer alan hasta ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“El ve ayaklarım şişti, nefes alamaz oldum doktora götürdüler beni, kan tahlili yapıldı ve diyalize gireceksin dediler, boynuma kateter taktılar ve ertesi gün diyalize bağlandım, çok sıkıntı yaşadım”

“Annem diyalize giriyordu, ancak ona rağmen benim de başıma gelir diye hiç aklıma getirmedim. Ürem çok yükselmiş acilen diyalize kateterle başladım, annemden öğrenirim dedim ama annemi gözlemlediğim gibi değildi, çok sorunlar yaşadım, tansiyonum çok düşüyordu, kramplar oluyordu, bir türlü diyalizimi düzene sokamadım”

“Diyaliz olacaksın denince ailemle konuştuk, bana senin kararın dediler, müdahale etmediler, kendim karar vermek durumunda kaldım”

“Doktor yaşım nedeni ile periton diyalizini önerdi”

“Doktor ile birlikte hemşire tedaviyi bana önerdi”

3. Tedavi kararı desteği

Tedavinizi siz mi seçtiniz, tedavinizi seçerken herhangi bir destek yada yönlendirme aldınız mı? Bu tedaviyi tercih etme nedeniniz neydi?

Sorularının yanıtları da araştırmaya katılan hastaların diyaliz öncesi dönemde herhangi bir rehberlik, destek ya da yönlendirme almadıklarını, kendi tedavilerine karar verme sürecine dahil olmadıklarını ortaya koymaktadır.

“Yaşayarak öğrendim, destek ya da yönlendirme almadım”

“Tedavimi doktorum önerdi, kendim seçmedim, doktoruma güvendiğim için onun dediği yolda devam ettim”

“Acil şartlarda hastaneye geldim, karar vermeye fırsat bulamadan diyaliz makinasına bağlanmış buldum kendimi, kaderim buymuş dedim, yapacak bir şey yoktu”

“Kızım hemşire, o hocası ile konuşmuş, benim için en iyisinin hemodiyaliz olduğu söylenmiş, yani kızım ve hocasının kararı ile bu diyalize başladım. Kızım olduğu için ona güvenim sonsuz”

“Diyaliz hastası isen tek bir hastaneye gitmen lazım, ekip olmalı, hastaneye, doktor ve hemşireye ihtiyaç duyduğumuzda ulaşabilmek çok önemli”

4. Tedaviden beklenen

Tedavinizi uygularken karşılaştığınız kolaylık ve zorluklar nelerdir? Tedavinizi günlük yaşamınıza nasıl uyarladınız?

Soruları ile diyaliz tedavisinin günlük yaşama etkileri ve hastaların tedaviden beklentileri değerlendirildi. Hastaların büyük çoğunluğu diyaliz tedavisinin başlangıcından sonra fiziksel sağlıklarının iyileşmesi için uzun zamana ihtiyaç duyduklarını, bu aşamada aile içi rol ve sorumluluklarını yerine getiremediklerini, çalışan hastaların işten ayrılmak durumunda kaldığını, gelecek endişesi yaşadıklarını ve bununla nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda sorun yaşadıklarını ifade ettiler.

“Tedavi fiziksel olarak benim bedenimi yıpratmamalı, ağrı, rahatsızlığa neden olmamalı”

“Ben sosyal bir insanım, evde kalmak ya da tedavi nedeniyle yaşam şeklim etkilenmemeli. Sosyal yaşantıma, normal hayatıma devam etmemi zorlaştırmamalı, günlük yaşantımı daha normal sürdürebilmeliyim, su ve yemek konusunda kısıtlama olmamalı”

“Hasta olduktan ve diyalize bağlandıktan sonra ben kendi işimi göremez oldum, eşim ev işlerini yapmaya başladı, kendimi işe yaramaz hastalıklı ve aileme yük hissettim”

“Hastalık ve diyaliz ile nasıl baş etmem gerektiği konusunda kapsamlı bilgi sahibi olsaydım bu kadar zorluk yaşamazdım, çok yalnız hissettim kendimi”

“Sorun yada şikayetimin olduğunda sorular sorabilmeliyim, bu şekilde hastalığın ya da tedavinin olumsuz etkilerini bir nebze de olsa azaltabilirim”

5. Tedavi yükü

Tedavi seçiminde sizin için en önemli konu nedir?

Bugün tedavinizle ilgili kararı vermek dururunda kalsanız size nasıl destek olunmasını isterdiniz?

“Çalışabilmek, ailemi geçindirebilmek benim için önemli. Ben çalıştığım için hemodiyalizi kabul etmedim. Periton diyalizine bağlandım. Bu konu benim için çok önemli”

“Tedavim beni kaygılandırmamalı, bende stres yaratmamalı. İlk günlerde çok kaygılıydım, ilk uygulamada ellerim titriyordu, başıma geleceklere bilmiyordum, keşke bu konularda bana yol gösterecek biri olsaydı”

“Böbrek hastalığı ve diyaliz bizim için çok yabancı konular, bu yaşıma kadar doğru dürüst doktora bile gitmedim, birden başıma bu geldi, sudan çıkmış balık gibi oldum. Eğitim çok önemli, eğitim aldıkça rahatladım”

“Sorun yaşadığımda suçluluk duydum, eğitim, bilgilenme, ev ziyareti, evde destek olunması psikolojik destek açısından önemli”

“Biz hastayız, rahatsızız bunu kabul etmek lazım, bu konuda destek olunmalı”

Transkript analizi, “hastaların böbrek hastalığı ve tedavi seçenekleri konusunda yeterince bilgilendirilmediğini”, “hastaların büyük çoğunluğunun acil şartlarda diyalize başladığını”, “diyaliz tedavisinin başlatılması konusunda karar verme sürecinde herhangi bir destek almadıklarını” ve “tedavilerini günlük rutinlerine uyarlamada ve tedavi süreçlerini yönetmede güçlük çektiklerini” ortaya koymaktadır.

Bulgular sistematik prediyaliz eğitiminin önemini, hastalara bilinçli kararlar vermelerini destekleyecek eğitim ve karar desteğinin ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Tedavi seçenekleri hakkında bilgi	Diyalize başlama süreci/karar verme	Tedavi kararı desteği	Tedaviden beklenen	Tedavi yükü
<p>«Hiçbir bilgim yok, beni bir odaya aldılar, saat akşamın beşi, küçük bir operasyon yaptılar, operasyon sırasında bana sorular sordular evli misin kaç çocuğun var gibi»</p> <p>«Diyalizin ne olduğunu bilmiyordum, ilaç yutunca iyileşeceğim zannediyordum. Hastalığımı öğrendiğimde iş işten geçmişti»</p>	<p>«Annem diyalize giriyordu, ondan öğrendim ve bana destek oldu»</p> <p>«Diyaliz olacaksın denince ailemle konuştuk, bana senin kararın dediler, müdahale etmediler, kendim karar vermek durumunda kaldım»</p> <p>«Doktor yaşım nedeni ile periton diyalizini önerdi»</p> <p>«Doktor ile birlikte hemşire tedaviyi bana önerdi»</p>	<p>«Yaşayarak öğrendim, destek yada yönlendirme almadım»</p> <p>«Diyaliz hastası isen tek bir hastaneye gitmen lazım, ekip olmalı, hastaneye, doktor ve hemşireye ihtiyaç duyduğumuzda ulaşabilmek çok önemli»</p>	<p>«Tedavi fiziksel olarak benim bedenimi yıpratmamalı»</p> <p>«Sosyal yaşantıma, normal hayatıma devam etmemi zorlaştırmamalı, günlük yaşantımı daha normal sürdürebilmeliyim, su yemek konusunda kısıtlama olmamalı»</p> <p>«Kapsamlı bilgi»</p> <p>«Sorular sorabilmeliyim»</p>	<p>«Ben çalıştığım için hemodiyalizi kabul etmedim. Periton diyalizine bağlandım»</p> <p>«Kaygılıyım, ilk uygulamada ellerim titriyordu, başıma gelecekleri bilmiyordum»</p> <p>«Eğitim çok önemli, eğitim aldıkça rahatladım»</p> <p>«Sorun yaşadığımda suçluluk duydum, eğitim, bilgilenme, ev ziyareti, evde destek olunması psikolojik destek açısından önemli»</p> <p>«Biz hastayız, rahatsızız bunu kabul etmek lazım bu konuda destek olunmalı»</p>

Şekil 3.3. Odak grup değerlendirme temaları

c. Diyaliz tedavi ekibine anket uygulaması: Literatür incelemesinin ardından multidisipliner nefroloji sağlık ekibi üyelerine yönelik, diyaliz öncesi uygulamaları anlamayı amaçlayan, var olan eğitim programları, tedaviye karar verme sürecinde hastalarla birlikte yaşadıkları deneyimlerini ve bu alandaki algılarını değerlendiren soruları içeren bir anket formu geliştirildi (Mehrotra, Marsh, Vonesh, Peters, & Nissenson, 2005) (Roderick & Drey, 2002) (Marron, 2006) (Ravani & Marinangeli, 2003).

Katılımcıların demografik özelliklerini belirleyen 4 soru, renal replasman tedavileri, diyaliz öncesi eğitim uygulamaları ve deneyimleri, eğitim programı

içeriği, eğitim metod-araç gereçleri ile ilgili 16 soru olmak üzere toplam yirmi sorudan oluşan anket formu 120 ayrı kurumda 120 sağlık ekibi üyesine elektronik posta ve basılı form olarak gönderildi, 104 anket doldurulmuş olarak araştırmacıya geri gönderildi (yanıtlanma oranı %87) (Tablo 3.2) (Ek 7).

Tablo 3.2. Sağlık ekibi anketi demografik özellikler

	Nefrolog N=12	Nefr Hemş N=11	HD Hemş N=34	PD Hemş n=35	TX Hemş N=6	Diyaliz Teknikeri N=5	Ev HD Hemş N=2	Toplam N=104
Eğitim Araştırma Hastanesi	4	4	15	17	3	2	1	46
Üniversite Hastanesi	6	4	14	18	3	2	1	48
Özel Hastane	2	2	5	0	0	1	0	10

Sağlık Ekibi ile Yapılan Anket Çalışmasına Ait Bulgular

Ankete yanıt veren nefroloji sağlık ekibi üyelerinin kurum ve ünvana göre dağılımları Tablo3.2'de yer almaktadır.

Multidisipliner diyaliz ekiplerinden elde edilen verilere göre (n=104) ankete katılan merkezlerin %64'ünde diyaliz öncesi aşamada eğitim verilmediği, diyaliz öncesi eğitim veren merkezlerin %76'sında sistematik bir eğitim programının olmadığı belirtilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Sağlık ekibi anketine göre diyaliz öncesi eğitim uygulamaları

	EAH n=45		Üniversite n=50		Özel n=9		Toplam n=104	
	hayır	%	hayır	%	hayır	%	hayır	%
Diyaliz öncesi eğitim veriliyor mu	31	69%	30	60%	9	0%	70	64%
Sistemli eğitim programı var mı	11	79%	15	65%	0	0%	26	76%

Merkezlerin sadece %24'ünde sistemli eğitim programının olduğu, sadece %35 oranında hastaların diyaliz öncesi eğitim aldığı, acil durumlarda diyalize

başlayan hastaların %18'inin tedavi modaliteleri hakkında bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Diyaliz öncesi eğitim alma oranları

		Ortalama (%)	Ortanca (%)
EAH	Diyaliz öncesi eğitim alan hasta	30	17,5
	Acil başlayan hastalarda eğitim	15	10
Üniversite	Diyaliz öncesi eğitim alan hasta	40	35
	Acil başlayan hastalarda eğitim	20,4	10
Toplam	Diyaliz öncesi eğitim alan hasta	35	30
	Acil başlayan hastalarda eğitim	18	10

Diyaliz öncesi dönemde hastalara verilen eğitimin içeriği ile ilgili değerlendirme sorularına sağlık ekibinin verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde %20'sine hastalığın progresyonu, %21'ine yaşam tarzı düzenlemeleri, %28'ine hastalık ve tedavinin getirdiği yük ve başetme yöntemleri, %12'sine böbrek nakli, %66'sına evde hemodiyaliz tedavisi hakkında bilgi verilmediği görülmüştür.

Diyaliz öncesi eğitim uygulamaları ve eğitim programının etkinliğinin incelendiği soruların değerlendirilmesi sonucuna göre, hastaların %28'ine eğitimle ilgili doküman verilmediği, merkezlerin %60'ında eğitim dokümanlarının güncellenmediği, %63 uygulamada eğitim tamamlanma oranının takip edilmediği gözlenmiş olup katılımcıların %72'si uyguladıkları eğitim programını yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık ekibinin ankette yer alan açık uçlu sorulara verilen yanıtlarında, eğitim dokümanlarının artırılması, eğitimci eğitimlerinin verilmesi, eğitim araç gereçlerinin geliştirilmesi ve sistemli olarak güncellenmesi önerilerinde bulunmuşlardır.

Araştırma sonuçları diyaliz öncesi eğitim uygulamalarının yeterli olmadığını, geliştirilecek sistematik ve yapılandırılmış diyaliz öncesi eğitim ve karar desteğinin sağlık ekibine hastaların tedavi ve bakım kalitesini arttırmak üzere yol gösterici olabileceğini ortaya koymaktadır.

d. Diyaliz Eğitim Programının Oluşturulması: Literatür bilgileri, odak grup sonuçlarının analizi, sağlık ekibine uygulanan anket sonuçlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda Diyaliz Eğitim Programı Müfredatı ve bu eğitimde kullanılacak eğitim araçları (eğitim kitapçığı, masa üstü eğitim seti) ile “Karar Ağacı” simülasyonu oluşturuldu. Bu süreçte araştırmacı, “Ottawa Hospital Research Institute ve Patient Decision Support Research Group-Ottawa Hastanesi Araştırma Enstitüsü ve Hasta Karar Desteği Araştırma Grubu” tarafından geliştirilen “Ottawa Decision Support Tutorial-Improving Practitioners’ Decision Support Skills/Ottawa Karar Verme Eğitimi- Karar Verme Becerileri Geliştirme Eğitim” programına katılarak bu alandaki uluslararası standartları, elde ettiği teorik ve kavramsal bilgiyi diyaliz eğitim programının oluşturulması sırasında kullanmıştır (Ek-14).

Eğitim Müfredatının Oluşturulması: Araştırmanın amacına uygun olarak DEP ve KADEF gruplarına yönelik iki eğitim müfredatı oluşturuldu. DEP grubu müfredatı 2, KADEF grubu müfredatı üç modülden oluşmaktadır. Program her modülün bir eğitim oturumunda işlenmesi planlanarak, DEP grubunda iki, KADEF grubunda toplam üç görüşmede verilecek bireysel eğitimler şeklinde yapılandırıldı. Eğitim programı planı Tablo 3.5a ve 3.5b 'de görülmektedir.

“Bilinçli Seçim, Bilinçli Başlangıç” Hasta Eğitim Kitapçığının Hazırlanması: Konuyla ilgili kapsamlı literatür taranarak hastalara yönelik eğitim kitapçığı IPDAS (International Patient Decision Aids Standards) önerileri doğrultusunda hazırlandı. Kitapçık içeriğinde; böbrek hastalığı ve tedavi seçenekleri, diyaliz tedavileri, diyaliz tedavilerinin uygulama özellikleri, böbrek nakli, böbrek hastalığı ve diyaliz tedavileri ile yaşamak bölümleri yer aldı.

Tablo 3.5a KADEP Grubu Diyaliz Eğitim Programı

		<p>Eğitimin programının amacı: Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış hastalara, yaşam tarzına en uygun renal replasman tedavi seçeneğine karar vermesini destekleyecek ve bu amaçla geliştirilen Diyaliz Eğitim Programı (DEP) ve Karar Ağacı doğrultusunda eğitimi vermek</p> <p>Eğitimin programının hedefleri</p> <p>Eğitim programını tamamlayan hasta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kronik böbrek yetmezliği tanımını bilir • Kronik böbrek yetmezliği ve etkilerini bilir • Kronik böbrek yetmezliği tedavi seçeneklerini ve farklarını açıklar • Kendi bireysel gereksinimlerini ve diğer yargılarının farkına varır • Bireysel gereksinimleri doğrultusunda tedaviyi belirleme konusunda karara katılır 					
	Görüşme ve eğitim amacı	İçerik	Süre	Eğitimci	Eğitim Yöntem ve Teknikleri		
1. Görüşme	Diyaliz eğitimi hakkında bilgi vererek eğitim planını hasta ile birlikte gereksinimleri doğrultusunda yapmak	<p>Eğitim programının amacı ve önemi</p> <p>Hasta gereksinimlerini değerlendirme ve eğitim takvimini oluşturma</p> <p>Kronik böbrek hastalığı ile yaşamak</p> <p>Yetkilendirilmiş hasta; hastaların tedaviye katılımı</p>	30 dk	Araştırmacı	Bire bir görüşme Anlatım (sunuş) yöntemi Sunum (PowerPoint) Eğitim kitapçığı		
2. Görüşme	Renal replasman tedavisi ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim vermek	<p>Böbrek hastalığı nedir?</p> <p>Diyaliz tedavileri ve uygulama özellikleri nelerdir?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi - Aletli Periton Diyalizi - Hemodiyaliz - Ev Hemodiyalizi <p>Böbrek nakli nedir?</p>	30 dk	Araştırmacı	Sunum (PowerPoint) Anlatım (sunuş) yöntemi Demonstrasyon (Gösterip- yapdırma) Eğitim kitapçığı		
3. Görüşme	Hastaların Renal replasman tedavi seçeneklerini değerlendirerek kendileri için uygun olacak tedavi türüne karar verme sürecine katılmalarını sağlamak	<p>Diyaliz tedavileri arasındaki farkların tartışılması</p> <p>"Böbrek Yetmezliği Tedavi Seçenekleri Karar Ağacı- Benim Hayatım, Benim Seçimim" karar ağacı uygulaması</p> <p>Hasta ve yakınlarının sorularının yanıtlanması</p> <p>Diyaliz ekibi ile hasta kararının değerlendirilmesi ve hasta ile birlikte tedavi planının oluşturulması</p>	40 dk	Araştırmacı	Sunum (PowerPoint) Anlatım (sunuş) yöntemi Karar-Ağacı simülasyon uygulaması		

Tablo 3.5b DEP Grubu Diyaliz Eğitim Programı

<p>Eğitimin programının amacı: Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış hastalara, yaşam tarzına en uygun renal replasman tedavi seçeneğine karar vermesini destekleyecek ve bu amaçla geliştirilen Diyaliz Eğitim Programı (DEP) ve Karar Ağacı doğrultusunda eğitimi vermek</p> <p>Eğitim programının hedefleri</p> <p>Eğitim programını tamamlayan hasta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kronik böbrek yetmezliği tanımını bilir • Kronik böbrek yetmezliği ve etkilerini bilir • Kronik böbrek yetmezliği tedavi seçeneklerini ve farklarını açıklar • Kendi bireysel gereksinimlerini ve değer yargılarının farkına varır • Bireysel gereksinimleri doğrultusunda tedaviyi belirleme konusunda karara katılır 					
	Görüşme ve eğitim amacı	İçerik	Süre	Eğitimci	Eğitim Yöntem ve Teknikleri
1. Görüşme	Diyaliz eğitimi hakkında bilgi vererek eğitim planını hasta ile birlikte gereksinimleri doğrultusunda yapmak	Eğitim programının amacı ve önemi Hasta gereksinimlerini değerlendirme ve eğitim takvimini oluşturma Kronik böbrek hastalığı ile yaşamak Yetkilendirilmiş hasta; hastaların tedaviye katılımı	30 dk	Araştırmacı	Bire bir görüşme Anlatım (sunuş) yöntemi Sunum (PowerPoint) Eğitim kitapçığı
2. Görüşme	Renal replasman tedavisi ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim vermek	Böbrek hastalığı nedir? Diyaliz tedavileri ve uygulama özellikleri nelerdir? - Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi - Aletli Periton Diyalizi - Hemodiyaliz - Ev Hemodiyalizi Böbrek nakli nedir?	30 dk	Araştırmacı	Sunum (PowerPoint) Anlatım (sunuş) yöntemi Demonstrasyon (Gösterip-yaptırma) Eğitim kitapçığı

e. Karar Ağacının Oluşturulması “Benim Hayatım, Benim Seçimim”:

Hastaların DEP eğitimini aldıktan sonra, tedavi şekline karar vermeleri aşamasında destek ve rehberlik sağlayacak “Karar Ağacı” oluşturuldu. Karar Ağacının geliştirilmesinde temel amaç, hemodiyaliz ve periton diyalizi konularında eğitim almış hastalara hangi diyaliz seçeneğinin en uygun olabileceği konusunda karar vermek üzere yönlendirmek, sağlık ekibi ile tartışmayı ve değerlendirmeyi desteklemektir.

Karar Ağacı uygulamasında kullanmak üzere, diyaliz tedavilerinin hastaların yaşam alanlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek için soru formu oluşturuldu. Literatür incelemesi sırasında elde edilen bilgiler, odak grup ve sağlık ekibi anketi sonuçları, soru formunun içeriğini planlamada önemli katkı sağladı. Renal replasman tedavilerinin hastaların yaşamları üzerine etkileri, yaşam tarzı, sağlık durumu, aile ve yakın çevre olmak üzere üç ana başlık altında toplandı. Her bir tedavi seçeneğinin ilgili yaşamsal özellikleri ne ölçüde etkilediğini içeren açıklamalar oluşturuldu. (Tablo 3.6)

Tablo 3.6. Karar Ağacı Uygulaması Alanları

Yaşam tarzı ile ilgili konular
Çalışabilmek ya da okula devam edebilmek benim için önemli
Seyahat edebilmek benim için önemli
İstediğim gibi rahat yemek ve içmek isterim
Tedavimin sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilmesini isterim
Bir günden diğerine kendimi iyi hissetmek istiyorum
Zamanımı ve hayatımı kontrol altında tutmak istiyorum
Evimde diyaliz cihazının olması beni rahatsız eder
Tedavi sırasında iğne uygulanması beni korkutur
Sağlıkla ilgili konular
Sağlıklı ve rahat uyuyabilmek benim için önemli
Böbrek nakli olmak benim için önemli
Aile üyeleri ve yakın çevre ile ilgili konular
Aile içinde bakmakla yükümlü olduğum bireyler var
Aile içinde tedavimle ilgili bana yardımcı olabilecek kimsem yok
Ailemle vakit geçirebilmek benim için önemli
Tedavimin ailemi etkilemesini istemiyorum

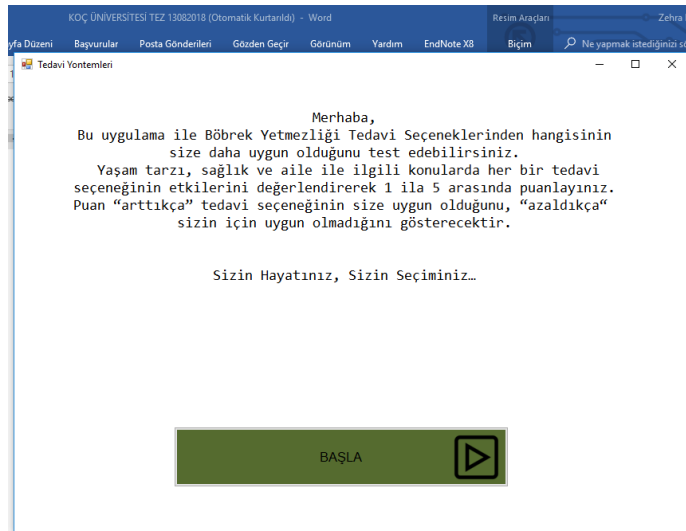
Hazırlanan içerik doğrultusunda bilgisayar tabanlı simülasyon geliştirildi ve karar ağacı içeriği bu uygulamaya aktarıldı. Simülasyon uygulama basamakları aşağıda yer almaktadır:

Karar Ağacı- “Benim Hayatım, Benim Seçimim” Simülasyon uygulamasının açılış ekranı (Şekil 3.4)



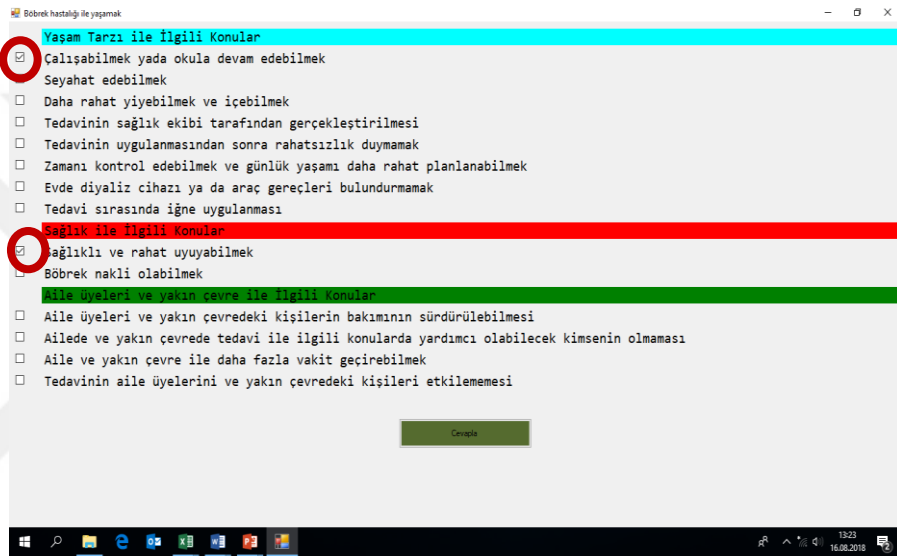
Şekil 3.4. Karar Ağacı Uygulaması Açılış Ekranı

1. Başla tuşuna basıldığında uygulama ile ilgili kısa açıklama ekranı açılır (Şekil 3.5).



Şekil 3.5. Karar ağacı uygulaması açıklama ekranı

2. Tekrar başlama tuşuna basıldığında üç ana başlık altında toplanan ve renal replasman tedavilerinin uygulanması sırasında hastanın yaşantısında etkilenebilecek alanlar ilgili bir liste ortaya çıkar. Bu tabloda yaşam tarzı, sağlık ve aile ilgili önemli konular ifade edilmiştir. Yaşam tarzı ile ilgili 8, sağlıkla ilgili 2, aile yaşamı ile ilgili 4 ifade yer almaktadır. Hastalardan renal replasman tedavisini sürdürürken kendisi için önemli olan konuları/ifadeleri işaretlemesi istenir. Hasta kendisi için önemli olan tüm ifadeleri seçebilir. Sonra “cevapla” tuşuna basar (Şekil 3.6).



Şekil 3.6. Karar ağacı uygulaması seçilecek değerler ekranı

3. Cevapla tuşuna basıldıktan sonra önemli olduğuna karar verilerek seçilmiş olan her bir ifade için şekil 3.6'daki gibi tablolar sırasıyla açılır. Bu tablolarda her bir tedavi seçeneğinin, seçilen ifadeyi ne ölçüde etkilediği hasta ile birlikte okunarak değerlendirilir. Örneğin; hasta AO tarafından çalışabilmek ya da okula devam edebilmek tedavi seçimi için önemli bir kriter olarak işaretlenmişti. Bu tabloda her bir tedavi seçeneğinin hastanın çalışma ya da okula devamını ne ölçüde etkileyeceği açıklanmaktadır. Bu özellikler eğitimci tarafından hastaya açıklanır ve varsa soruları yanıtlanır (Şekil 3.7).



Şekil 3.7. Karar ağacı uygulaması seçilen değerler ve tedavi seçenekleri ile ilgili açıklama ekranı

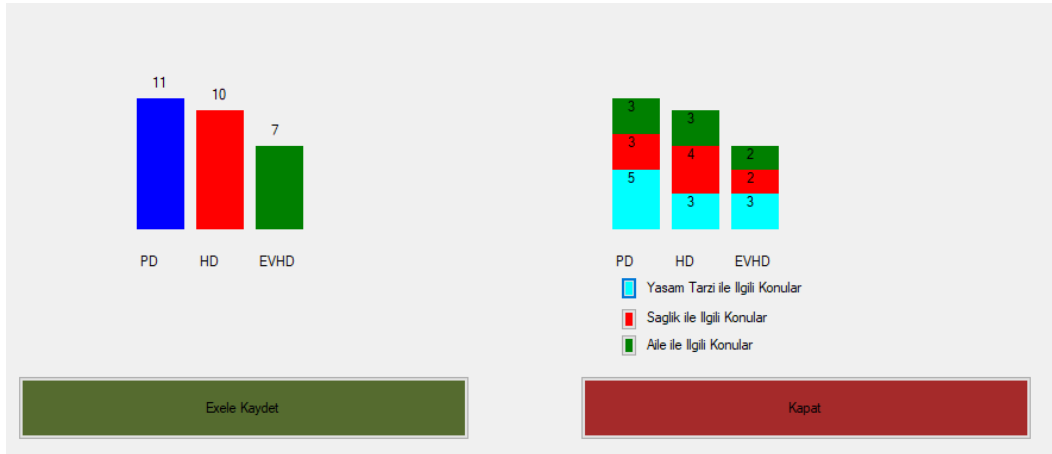
4. Bu açıklamalardan sonra hasta her bir tedavi seçeneğinin kendisi için ne kadar uygun olduğuna 1 ile 5 arasında bir puan verir (1 hiç uygun değil, 5 çok uygun). Örneğin AO çalışabilme veya okula devam edebilme konusunda PD seçeneğine 4 puan, ev hemodiyalizi seçeneğine 4 puan ve hastane hemodiyalizine 4 puan vererek kararını puanlamıştır. Sonra tuşuna basarak bir sonraki ekrana geçer. Hastanın seçtiği her ifade için benzer süreç tekrarlanır (Şekil 3.8).



Şekil 3.8. Karar ağacı uygulaması seçilen değerler ve tedavi seçenekleri ile ilgili puanlama ekranı

5. Simülasyon hasta tarafından yapılan değerlendirme ve tüm puanlamaları toplayarak grafik oluşturur.

Tüm ifadelerle ilgili görüşme ve puanlama tamamlandıktan sonra sonuç ekranı açılır. Bu ekranda iki grafik görülür. Soldaki grafik, uygulama başında hasta tarafından belirlenen yaşam alanları ve hastanın her tedavi seçeneği için verdiği puanların toplamı sonucunda elde edilen toplam puanları gösterir. Sağdaki grafikte ise her tedavi seçeneğinin “yaşam tarzı”, “sağlık” ve “aile konuları” başlıkları altında toplanan üç yaşam alanını ne ölçüde etkilediğine dair puanları görülmektedir. Örneğin AO'nun belirlediği yaşam alanları ve yaptığı değerlendirme sonucuna göre soldaki grafikte çok büyük fark olmamakla birlikte PD tedavisinin kendisi için daha uygun olabileceğini görmektedir. Sağda yer alan grafiğe bakıldığında ise PD tedavisinin AO için özellikle yaşam tarzı açısından daha uygun olabileceğini göstermektedir. Her iki grafikte çıkan sonuçlar hasta ile tekrar değerlendirilerek hastanın yaşam tarzı ve değerlerini doğru yansıtıp yansıtmadığı tekrar değerlendirilir ve kararı tekrar gözden geçirilir, bir daha varsa soruları yanıtlanır ve tedavi seçeneğine karar verme konusunda gerekli destek verilir (Şekil 3.9).



Şekil 3.9. Karar ağacı uygulaması seçilen değerler ve tedavi seçenekleri ile ilgili puanlama sonucu grafikler

f. Uzman Görüşlerinin Alınması Pilot Çalışma:

Oluşturulan "Yapılandırılmış eğitim programı" ve "karar ağacı" uzman görüşüne sunuldu. Bu amaçla danışma kurulu oluşturuldu. Bu danışma kurulunda kendi alanında deneyimi ve uzmanlığı olan 2 nefroloji uzmanı, 2 eğitim hemşiresi, 2 periton diyalizi hemşiresi, 2 hemodiyaliz hemşiresi, 2 böbrek nakli hemşiresi, 2 Eğitim Fakültesi öğretim üyesi, 4 Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi davet edildi. Danışma kurulu üyelerine hazırlanan dokümanlar elektronik posta ile gönderildi ve değerlendirmenin Discern Kılavuzu'na göre yapılması istendi. (Ek-8)

Tablo 3.7 Diyaliz Öncesi Eğitim Programı Eğitim Materyallerinin ve Karar Ağacının Değerlendirme Sonuçları

	x ± Sd	Min- Max
Güvenirlik (1- 8 madde) Discern Bölüm I (8- 40 puan)	39±3	30-40
Bilgi Kalitesi (9-15 madde) Discern Bölüm II (7- 35 puan)	33,8±2,7	26-35
Genel Kalite (16. madde) Discern Bölüm III (1- 5 puan)	4,8±0,4	4-5
Discern Toplam (15- 75 puan)	72,9±4,3	56-75

Uzman görüşüne sunulan eğitim kitapçığı ve karar ağacının DISCERN ölçüm aracı toplam puanları incelendiğinde; güvenilirlik puan ortalamasının 39±3, bilgi kalitesinin 33.8±2,7 ve genel kalite puan ortalamasının 4,8±0.4 olduğu belirlendi. DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalaması ise 72,9±4,3 olarak bulundu. Yazılı eğitim materyallerinin puan ortalamaları değerlendirildiğinde; puan ortalamalarının, her bir alt grup ve toplam için minimum ve maksimum puan ortalamasının üstünde olduğu saptandı (Tablo 3.7).

Uzman görüşleri ve geribildirimler alındı.

- Alınan geribildirimler doğrultusunda böbrek nakli bölümü genişletildi
- Yazı büyüklüğü ve görseller yeniden düzenlendi
- Tedavi olmama durumunda olabilecekler bölümü eklendi

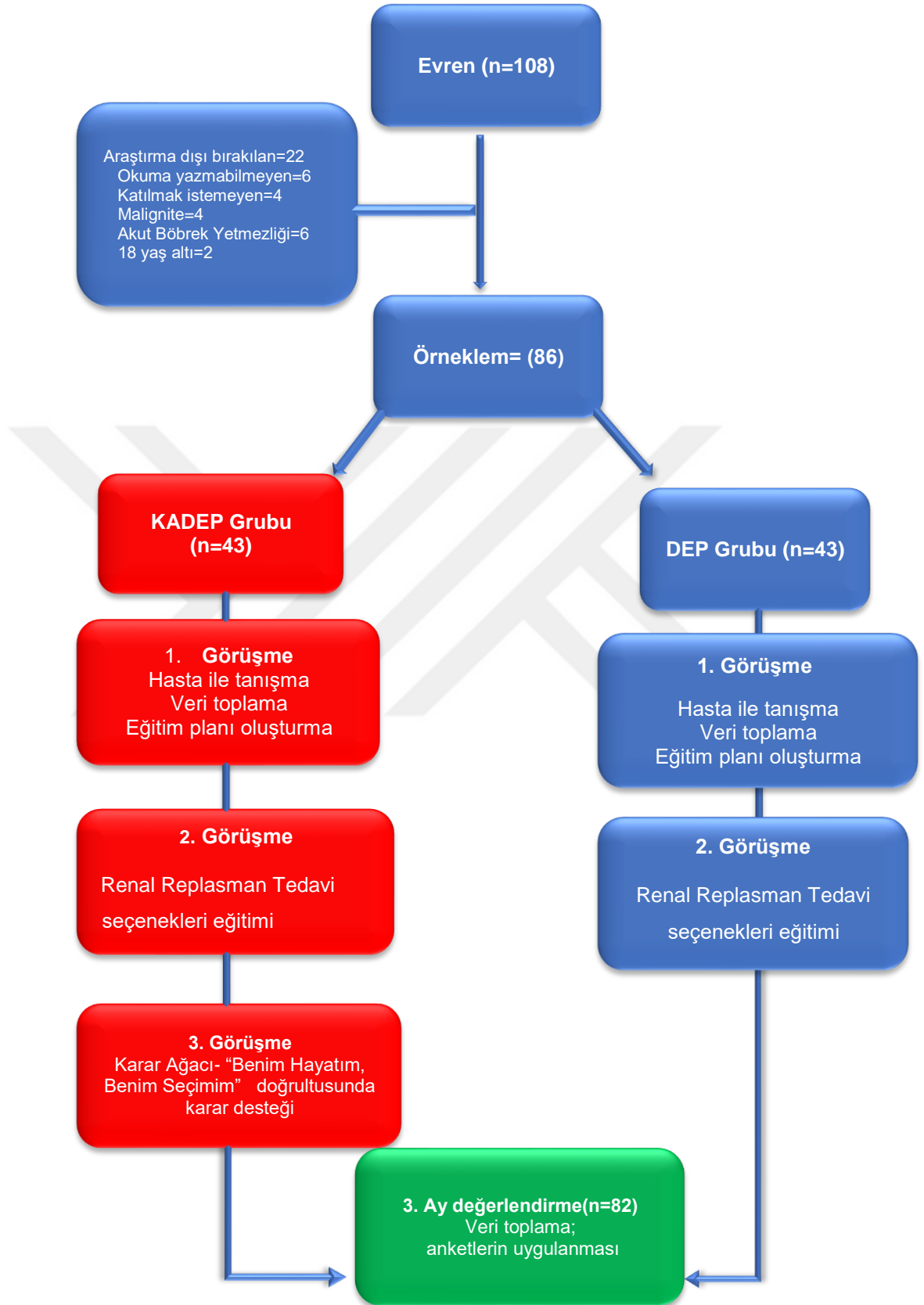
Önerilen düzenlemeler yapıldıktan sonra, hastalara bire bir eğitim verilirken kullanılmak üzere, eğitim materyali olarak eğitim kitapçığı içeriği doğrultusunda masaüstü eğitim seti hazırlandı.

3.6.2.Eğitim Programı ve Karar Ağacının Uygulama Aşaması:

Tezin akış şeması doğrultusunda, araştırmanın evreni (N=108) belirlendi. Araştırmanın kriterleri doğrultusunda okuma yazma bilmeyen 6 hasta, araştırmaya katılmak istemeyen 4 hasta, malignite (terminal dönem) nedeni ile araştırma dışı bırakılan 4 hasta, akut böbrek yetmezliği teşhisi olan 6 hasta, 18 yaş altı olan 2 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Araştırma 86 hasta (43 KADEP grubu, 43 DEP grubu) ile gerçekleştirildi. Araştırma öncesi uygulamanın yapılabilmesi için kurumlardan yazılı izinler alındı (Ek 13).

Araştırma için uygulama izinlerinin alınmasının ardından her iki hastanenin hemodiyaliz ünitesi ve nefroloji kliniklerindeki çalışan hekim ve hemşirelerle araştırmanın kapsamı, hangi günler hastanede olunacağı, uygulama şekli, kendilerinden nasıl bir destek beklendiği konularında ön görüşme yapıldı. Hemşirelerden, acil olarak diyalize başlayan hasta yatışı olduğunda araştırmacıya haber vermeleri istendi. Kliniklerin diyaliz gün ve seans zaman ve sürelerine ilişkin bilgi toplandı. Diyaliz merkezlerinde seans uygulama günleri olan Pazartesi-Çaramba-Cuma ve Salı-Perşembe-Cumartesi günlerinde kliniklerde bulunarak hastalar takip edildi. Hekim değerlendirmesinin ardından genel durumu stabil olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalar belirlendi. Hastalara, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve içeriği açıklandı ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara hasta bilgilendirme ve onam formu dolduruldu (Ek 9, Ek 10).



Şekil 3.10. Araştırma uygulama şeması

Pilot Çalışma

Hazırlanan veri toplama formlarının, eğitim programının ve karar ağacı uygulamasının hastalara uygunluğunu değerlendirmek amacı ile beş hasta ile bir deney grubu oluşturuldu ve anket formu ve ölçekleri okuyarak doldurmaları istendi.

Ön uygulama sonunda araştırma formunda hastalar tarafından anlaşılmayan herhangi bir soru olmadı ve açıklama gerektirmedi.

Verilen eğitimin sonunda hastalardan alınan geri bildirim ile eğitimin ve kitapçık içeriğinin anlaşılır olduğuna karar verildi.

Karar ağacı uygulamasında bazı ekranlarda yazıların küçük olması nedeni ile hastalar okumakta zorluk yaşadıklarını ifade ettiler, bunun üzerine yazılar büyütülerek yeniden düzenlendi.

Ardından aynı yol izlenerek hastalar basit sıralı örnekleme yöntemi ile "DEP-" ve "KADEP " olarak randomize edildi, DEP (43) ve KADEP (43) grubunun hasta sayıları toplam 86'ya tamamlandı.

Diyaliz Eğitim Programı ve Karar Ağacı'nın Uygulanması

Araştırmaya katılan tüm hastalara Diyaliz Eğitim Programı içeriğinde yer alan konularda eğitim verildi. Eğitimler diyaliz salonunda hastaların ardışık hemodiyaliz seansları sırasında verildi. Hastaların hayati bulguları alınması, damar giriş yolu bakımlarının yapılması, gerekli tetkiklerin yapılması gibi rutin diyaliz prosedürlerinin aksamamasına dikkat edildi.

DEP ve KADEP Grubuna dahil olan hastalarda 2 görüşme ile eğitim programı tamamlandıktan sonra ilave olarak KADEP grubunda 3. görüşmede Karar Ağacı uygulandı, DEP grubunda ise sadece eğitim verildi ve Karar Ağacı uygulaması yapılmadı.

Uygulamada gerçekleştirilen adımlar sırasıyla aşağıda açıklanmıştır;

1. Görüşme: En az 2 HD seansını tamamlamış, genel durumu stabil, eğitim almasını engelleyecek klinik sorunu olmayan hasta ile tanışıldı, araştırma ve eğitim programı hakkında bilgi verildi. Araştırmada gönüllü olarak yer almak isteyip istemediği soruldu, gönüllü olan hastalardan bilgilendirilmiş olur alındı. Yaklaşık 30 dakika sürede veri toplama formları araştırmacı

tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Hastanın uygunluğuna ve bir sonraki hemodiyaliz seansına göre ikinci görüşme günü belirlendi. Hastanın iletişim bilgileri alındı.

2. Görüşme: Birinci görüşmeden sonra, takip eden hemodiyaliz seansı sırasında hazırlanan eğitim dökümanları ile hastaya Renal Replasman Tedavi seçenekleri anlatıldı. Ortalama 30 dk süren eğitimin sonunda hastanın soruları yanıtlandı. Hastanın anlatılan bilgileri doğru algılayıp algılamadığı sohbet sırasında sorulan sorularla değerlendirildi. Eğitim sonunda "Böbrek Yetmezliği'nde Tedavi Seçenekleri -Bilinçli Seçim, Bilinçli Başlangıç" rehber kitapçığı hastaya verildi.

KADEP grubu'nda yer alan hastalarla üçüncü görüşme günü ve zamanı belirlendi.

3. Görüşme: İkinci eğitim seansını takip eden hemodiyaliz uygulaması tarihine göre görüşme gerçekleştirildi. "KADEP" grubunda yer alan hastalarla bir önceki görüşmede anlatılan konularla ilgili değerlendirme yapıldı, Renal Replasman Tedavi seçenekleri hasta ile birlikte değerlendirildi hastanın soruları yanıtlandı ve Karar Ağacı- "Benim Hayatım, Benim Seçimim" simülasyon uygulaması yapıldı (40 dk).

Görüşmeler ardışık hemodiyaliz seansları sırasında ve bir hafta içerisinde tamamlandı.

Eğitimin tamamlanmasının ardından her iki grupta yer alan hastalarla 3. ayda tekrar görüşme yapılacağı bilgisi verildi ve iletişim bilgileri alındı.

Üçüncü ayda hastalarla iletişime geçilerek onlar için uygun olan zamanda diyaliz seansı sırasında kontrol görüşmeleri gerçekleştirildi ve yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formları dolduruldu.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde sayı, %, ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness, Kurtosis değerleri (+2 ile -2 arasındaki değerler normal dağılıma sahip) ve Kolmogorov-Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. Grupların tanımlayıcı özelliklerinin homojenliğinin test edilmesinde kategorik değişkenler için Pearson Ki-kare testi, sayısal değişkenler için bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. DEP ve KADEP grubuna göre ayrı olarak girişim öncesi ve sonrası ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (grup içi fark için) verilerin normal dağılım özelliğine göre bağımlı gruplarda t testi ve Wilcoxon signed rank testi, girişim öncesi ve girişim sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak iki çalışma grubunun ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasında (gruplar arası farklar için) verilerin normal dağılım özelliğine göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki grubun değişim fark ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılıma sahip verilerde bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma sahip olmayan verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Hasta Sağlık Anketine göre hastalarda depresyon görülme durumunun dağılımları arasındaki fark McNemar testi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı merkezlerde hastaların haftanın belirli günlerinde hastanenin özel ulaşım aracı ile hastaneye gelmeleri ve gitmeleri nedeniyle eğitimler ve uygulamalar hemodiyaliz seansı sırasında, yine eğitim için ayrılan ayrı bir odanın olmaması nedeniyle diyaliz seansı sırasında ve diyaliz salonunda hasta yatağında yapıldı. Bu esnada etrafta başka hastaların olması zaman zaman hastanın ve eğitmenin konsantrasyonunu olumsuz etkiledi.

Sağlık ekibi tarafından araştırmacıya yönlendirilen hastaların bazıları araştırmacıya ulaşamadı. Bu nedenle araştırmacının hedeflediği hasta sayısına ulaşması planladığından daha uzun bir sürede gerçekleşti.

Hastaların eğitim kitapçığını okuyup anlayabilmeleri için araştırma; 18 yaş üzerinde olan, son dönem böbrek yetmezliği tanısı konmuş ve kronik diyaliz tedavisine acil başlama endikasyonu olan, tedavisini sürdürmede sorumluluk alabilecek ve kendisi gerçekleştirebilecek, okuma yazma bilen, iletişim engeli olmayan hastalarla sınırlandırılmıştır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (Etik kurul izin no: 2016.255.IRB3.166) (Ek-11).

Çalışmanın uygulanabilmesi için Koç Üniversitesi Rektörlüğü aracılığı ile Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği ve Memorial Hizmet Hastanesi'nden kurum izinleri alınmıştır. (Ek-12a, Ek-12b)

Araştırmada kullanılacak anket formları için izinler alınmıştır (Ek-13)

Çalışmaya dahil edecek hastalardan yazılı onam alınmıştır. (Ek- 9, Ek-10).

4. BULGULAR

Araştırma bulguları sosyodemografik özellikler, klinik ve biyokimyasal veriler, tedavi memnuniyeti, tedavi uyumu, kronik hastalık bakımı, özbakım, yaşam kalitesi ve depresyon başlıkları altında karşılaştırılmıştır.

4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

DEP ve KADEP grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerinin çalışma öncesinde homojen olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	DEP Grubu (n= 43)		KADEP Grubu (n=43)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Yaş						
30-39 yaş	4	9.3	6	14.0	2.581 (sd:4)	.630
40-49 yaş	6	14.0	8	18.6		
50-59 yaş	10	23.3	11	25.6		
60-69 yaş	10	23.3	11	25.6		
70-79 yaş	13	30.2	7	16.3		
Cinsiyet						
Kadın	23	53.5	21	48.8	.186 (sd:1)	.666
Erkek	20	46.5	22	51.2		
Eğitim durumu						
Okur yazar	5	11.6	6	14.0	1.106 (sd: 3)	.776
İlkokul	14	32.6	17	39.5		
Orta/lise	16	37.2	15	34.9		
Üniversite	8	18.6	5	11.6		
Medeni durum						
Evli	28	65.1	28	65.1	.000 (sd: 1)	1.00
Bekar	15	34.9	15	34.9		
Meslek						
Ev hanımı	16	37.2	13	30.2	1.186 (sd: 2)	.553
Emekli	16	37.2	21	48.8		
Çalışıyor	11	25.6	9	20.9		

χ^2 : Pearson Ki-kare testi

DEP ve KADEP grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve tedavi gördüğü hastane türünün dağılımları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$, Tablo 4.1), grupların tanımlayıcı özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir.

4.2. Hastaların Klinik Sonuçlarının Analizi

DEP ve KADEP grubunun klinik sonuçlarının girişim öncesinde benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında hemoglobin ortalamasının (9.73 ± 1.18) girişim öncesine (10.31 ± 1.32) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında hemoglobin ortalamasının ($11.09\pm.91$) girişim öncesine (10.17 ± 1.01) göre yükseldiği ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Girişim sonrasında hemoglobin değeri girişim öncesine göre **DEP** grubundaki hastalarda ortalama $.59$ g/dl azalırken, **KADEP** grubunda $.93$ g/dl arttığı ve iki grubun hemoglobin farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.2).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($3.38\pm.50$) ve girişim sonrası albümin ortalamasının ($3.34\pm.49$) benzer olduğu ve iki ölçüm arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası albümin ortalamasının ($3.93\pm.39$) girişim öncesine ($3.49\pm.42$) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Girişim sonrasında albumin değerindeki değişim farkı incelendiğinde, DEP grubundaki hastalarda girişim öncesine göre $.04$ g/dl azalırken (değişim yok denilebilir), KADEP grubundaki hastalarda $.44$ g/dl arttığı iki grubun albumin farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.2).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($4.99\pm.54$) ve girişim sonrası total protein ortalamasının ($4.97\pm.60$) benzer olduğu ve iki ölçüm arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası total protein ortalamasının ($5.60\pm.49$) girişim öncesine ($5.11\pm.64$) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Girişim sonrasında total protein değerindeki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda değerlerin girişim öncesine göre değişmediği, **KADEP** grubundaki hastalarda $.49$ g/dl arttığı, iki grubun total protein farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.2).

Tablo 4.2 DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

Klinik Sonuçlar	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı $\bar{x} \pm SS$	Değişim Farkı İçin	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p		t**	p
Hemoglobin (g/dl)	DEP grubu	10.31±1.32	9.73±1.18	4.166	.000	-0.59±.92	8.666	.000
	KADEP grubu	10.17±1.01	11.09±.91	8.956	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	.576 / .566	6.023 / .000					
Hematokrit	DEP grubu	30.06±2.79	28.74±1.92	3.144	.003	-1.33±2.76	5.900 ^z	.000
	KADEP grubu	29.40±2.47	31.90±1.57	7.589	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	1.166 / .247	8.350 / .000					
Albümin (g/dl)	DEP grubu	3.38±.50	3.34±.49	.797	.430	-0.04±.33	7.119	.000
	KADEP grubu	3.49±.42	3.93±.39	9.897	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	1.079 / .284	6.198 / .000					
Total protein (g/dl)	DEP grubu	4.99±.54	4.97±.60	.310	.758	-0.02±.44	5.949	.000
	KADEP grubu	5.11±.64	5.60±.49	9.168	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	.912 / .365	5.345 / .000					
CRP (mg/dl)	DEP grubu	23.28±16.73	26.47±11.89	1.592	.119	3.19±13.12	3.352	.001
	KADEP grubu	20.50±9.41	16.10±6.11	4.170	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	.952 / .345	5.086 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,
 **t: Bağımsız gruplarda t testi,
 Z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.3. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

Klinik Sonuçlar	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı $\bar{x} \pm SS$	Değişim Farkı İçin	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p		t	p
Kalsiyum (mg/dl)	DEP grubu	8.63±.69	8.53±.50	1.611	.115	- .11±.44 .33±.38	5.008 **	.000
	KADEP grubu	8.87±.43	9.21±.26	5.788	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	1.921 / .059	7.856 / .000					
Fosfor (mmol/L)	DEP grubu	5.27±1.16	5.17±1.05	.842	.404	- .10±.74 - .16±.66	.364 ^Z	.716
	KADEP grubu	4.64±1.07	4.48±.63	1.548	.129			
	Gruplar arası (t**/p)	2.590 / .011	3.667 / .000					
KTV	DEP grubu	1.05±.08	1.05±.08	.000	1.000	.00±.11 .11±.10	4.938 **	.000
	KADEP grubu	1.07±.08	1.18±.06	7.372	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	1.093 / .278	8.110 / .000					
RRF miktarı (ml)	DEP grubu	550.70±185.52	304.42±162.59	11.731	.000	-246.28±137.67 -63.26±86.73	7.376 **	.000
	KADEP grubu	560.93±230.30	497.67±214.29	4.782	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	.227 / .821	4.711 / .000					
BUN (mg/dl)	DEP grubu	90.84±23.44	96.72±17.07	1.997	.052	5.88±19.32 -9.33±17.74	3.319 ^Z	.001
	KADEP grubu	87.00±25.45	77.67±14.57	3.447	.001			
	Gruplar arası (t**/p)	.727 / .469	5.565 / .000					
Kreatinin (mg/dl)	DEP grubu	8.25±1.80	9.36±1.77	4.063	.000	1.10±1.78 -1.50±1.72	6.208 ^Z	.000
	KADEP grubu	9.41±2.59	7.91±1.50	5.723	.000			
	Gruplar arası (t**/p)	2.406 / .019	4.104 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

Z: Mann Whitney U testi

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası CRP ortalamasının (26.47 ± 11.89) girişim öncesine (23.28 ± 16.73) göre farklı olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası CRP ortalamasının (16.10 ± 6.11) girişim öncesine (20.50 ± 9.41) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Girişim sonrasında CRP değerindeki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre 26.47 mg/dl artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 16.10 mg/dl düştüğü, iki grubun CRP ortalaması farkı arasında ileri düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < .01$, Tablo 4.2).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası kalsiyum ortalaması ($8.53 \pm .50$) girişim öncesine ($8.63 \pm .69$) göre farklı olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası kalsiyum ortalamasının ($9.21 \pm .26$) girişim öncesine ($8.87 \pm .43$) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında kalsiyum değerindeki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre $.11$ mg/dl azalırken, **KADEP** grubundaki hastalarda $.33$ mg/dl arttığı, iki grubun kalsiyum farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasındaki fosfor ortalamasının (5.17 ± 1.05) girişim öncesine (5.27 ± 1.16) göre farklı olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların da girişim sonrasındaki fosfor ortalamasının ($4.48 \pm .63$) girişim öncesine (4.64 ± 1.07) göre düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > .05$) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında fosfor değerindeki değişim farkı incelendiğinde, iki grubun fosfor farkı ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($1.05 \pm .08$) ve sonrası ($1.05 \pm .08$) KT/V ortalamasının benzer olduğu ve arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası KT/V ortalamasının

(1.18±.06) girişim öncesine (1.07±.08) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında KT/V değerindeki değişim farkı incelendiğinde, DEP grubundaki hastalarda girişim öncesine göre KT/V değerinde değişim olmadığı (fark: 0), **KADEP** grubundaki hastalarda ise .11 arttığı, iki grubun KT/V farkı ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasındaki RRF miktarı ortalamasının (304.42±162.59) girişim öncesine (550.70±185.52) göre düşük olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu (p<.001), **KADEP** grubundaki hastaların da girişim sonrasındaki RRF miktarı ortalamasının (497.67±214.29) girişim öncesine (560.93±230.30) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında RRF miktarındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre 246 ml azalırken, **KADEP** grubundaki hastalarda 63.26 ml azaldığı, iki grubun RRF miktarındaki fark ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası BUN ortalamasının (96.72±17.07) girişim öncesine (90.84±23.44) göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı (p>.05), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası BUN ortalamasının (77.67±14.57) girişim öncesine (87.00±25.45) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu (p<.01) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında BUN değerindeki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre 5.88 mg/dl artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 9.33 mg/dl azaldığı, iki grubun BUN değerleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası kreatinin ortalamasının (9.36±1.77) girişim öncesine (8.25±1.80) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<.001), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası kreatinin ortalamasının (7.91±1.50) girişim öncesine (9.41±2.59) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Girişim sonrasında kreatinin değerindeki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre 1.10 mg/dl artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 1.50 mg/dl azaldığı, iki grubun kreatinin değerleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.3).

Hastaların Kan Basıncı Ortalamasının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

DEP grubunda bulunan hastaların girişim sonrasında sistolik kan basıncı ortalamasının (149.02 ± 14.73) girişim öncesine (145.63 ± 20.43) göre anlamlı düzeyde farklı olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında sistolik kan basıncı ortalamasının (130.47 ± 8.30) girişim öncesine (145.40 ± 16.94) göre düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8). Girişim sonrasında hastaların sistolik kan basıncındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda sistolik kan basıncı girişim öncesine göre ortalama 3.40 mmHg yükselirken, **KADEP** grubundaki hastalarda 14.93 mmHg azaldığı, iki grubun sistolik kan basıncı farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.4).

Tablo 4.4. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması

Kan Basıncı ve Vücut Ağırlığı	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı $\bar{x} \pm SS$	Değişim Farkı İçin	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p		t**	p
Sistolik TA (mmHg)	DEP grubu	145.63±20.43	149.02±14.73	1.390	.172	3.40±16.01	5.742	.000
	KADEP grubu	145.40±16.94	130.47±8.30	7.266	.000	-14.93±13.47		
	Gruplar arası (t**/ p)	.057 / .954	7.198 / .000					
Diyastolik TA (mmHg)	DEP grubu	83.72±8.95	85.21±7.57	1.260	.215	1.49±7.75	3.418	.001
	KADEP grubu	82.95±8.64	78.02±5.99	3.377	.002	-4.93±9.57		
	Gruplar arası (t**/ p)	.405 / .687	4.880 / .000					
Vücut ağırlığı (kg)	DEP grubu	72.37±17.29	72.79±15.64	.545	.588	.42±5.03	Z: 2.271	.023
	KADEP grubu	70.28±13.37	69.00±11.69	3.447	.001	-1.28±2.43		
	Gruplar arası (t**/ p)	.628 / .532	1.273 / .207					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

Z: Mann Whitney U testi (veri normal dağılıma sahip değil)

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında diyastolik kan basıncı ortalamasının (85.21 ± 7.57) girişim öncesine (83.72 ± 8.95) göre anlamlı düzeyde farklı olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında diyastolik kan basıncı ortalamasının (78.02 ± 5.99) girişim öncesine (82.95 ± 8.64) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu ($p < .01$) belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Girişim sonrasında diyastolik kan basıncı değeri girişim öncesine göre **DEP** grubundaki hastalarda ortalama 1.49 mm /Hg artarken, **KADEP** grubunda 4.93 mm/Hg düştüğü ve iki grubun diyastolik kan basıncındaki değişim farkı ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < .01$, Tablo 4.4).

DEP ve KADEP gruplarındaki hastaların girişim öncesi ve sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak **kan basıncı** ortalaması karşılaştırıldığında; Girişim öncesi **DEP ve KADEP** grubundaki hastaların hem sistolik kan basıncı, hem de diyastolik kan basıncı ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), girişim sonrası ise **DEP** grubunun hem sistolik kan basıncı, hem de diyastolik kan basıncı ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.4).

4.3. Hastaların Tedaviye Uyum Ölçeği (TUÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tedavi Hakkında Bilgi ve Algı Boyutunda düşük puan uyumun iyi olduğunu, Tedavi Uyum Boyutunda yüksek puan tedavi uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. **DEP** grubundaki hastaların girişim sonrası TUÖ tedavi hakkında bilgi ve algıları boyutu/bölümü toplam puan ortalamasının (23.40 ± 3.81) girişim öncesine (21.19 ± 4.27) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu ($p < .01$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi hakkında bilgi ve algıları boyutu/bölümü toplam puan ortalamasının (11.77 ± 2.06) girişim öncesine (23.56 ± 4.19) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.5) TUÖ tedavi hakkında bilgi ve algıları alt boyutu değerlendirmesine göre **KADEP** grubundaki hastalarda tedavi uyumu **DEP** grubundaki hastalara göre çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir.

Girişim sonrası hastaların TUÖ tedavi hakkında bilgi ve algıları bölümü toplam puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda toplam puanın girişim öncesine göre ortalama 2.21 puan arttığı, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 11.79 puan düştüğü belirlenmiş, iki grubun tedavi hakkında bilgi ve algıları toplam puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.5).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi hakkında bilgi ve algıları bölümünün hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının (5.67 ± 1.06) girişim öncesine (5.21 ± 1.04) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi hakkında bilgi ve algıları bölümünün hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının ($3.14\pm.71$) girişim öncesine (5.72 ± 1.26) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Tedaviye Uyum Ölçeğinin Tedavi Hakkında Bilgi ve Algıları Alt Boyutu Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tedavi ve Uyum Ölçeğinin Tedavi Hakkında Bilgi ve Algıları Boyutu	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı	Değişim Farkı İçin		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p	$\bar{x} \pm SS$	t*	p	
Tedavi Hakkında Bilgi ve Algıları: Toplam Puan	DEP grubu	21.19±4.27	23.40±3.81	3.104	.003	2.21±4.67	14.093	.000	
	KADEP grubu	23.56±4.19	11.77±2.06	17.016	.000	-11.79±4.54			
	Gruplar arası (t**/ p)	2.598 / .011	17.604 / .000						
Alt Boyutlar	Diyaliz tedavisine uyum	DEP grubu	5.21±1.04	5.67±1.06	2.318	.025	.47±1.32	10.672	.000
		KADEP grubu	5.72±1.26	3.14±.71	12.713	.000	-2.58±1.33		
		Gruplar arası (t**/ p)	2.057 / .043	13.006 / .000					
	İlaçlara uyum	DEP grubu	5.33±1.38	5.93±1.20	2.251	.030	.60±1.76	9.476	.000
		KADEP grubu	5.65±1.29	2.95±.75	12.147	.000	-2.70±1.46		
		Gruplar arası (t**/ p)	1.133 / .261	13.746 / .000					
	Sıvı kısıtlamalarına uyum	DEP grubu	5.23±1.23	6.05±1.27	3.416	.001	.81±1.56	12.647	.000
		KADEP grubu	6.23±1.44	2.72±.70	14.311	.000	-3.51±1.61		
		Gruplar arası (t**/ p)	3.454 / .001	15.018 / .000					
	Diyet önerilerine uyum	DEP grubu	5.42±1.37	5.74±1.14	1.497	.142	.33±1.43	10.922	.000
		KADEP grubu	5.95±1.29	2.95±.92	14.079	.000	-3.00±1.40		
		Gruplar arası (t**/ p)	1.866 / .066	12.495 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

Girişim sonrası hastaların TUÖ tedavi hakkında bilgi ve algıları, hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda hemodiyaliz tedavisine uyum algısı puanının girişim öncesine göre ortalama .47 puan arttığı, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 2.58 puan düştüğü belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.5).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının (5.93 ± 1.20) girişim öncesine (5.33 ± 1.38) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının ($2.95\pm .75$) girişim öncesine (5.65 ± 1.29) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Girişim sonrası hastaların ilaçlara uyum alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda ilaçlara uyum algısı puanının girişim öncesine göre ortalama .60 puan arttığı, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 2,70 puan düştüğü belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.5).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puan ortalamasının (6.05 ± 1.27) girişim öncesine (5.23 ± 1.23) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu ($p<.01$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puan ortalamasının ($2.72\pm .70$) girişim öncesine (6.23 ± 1.44) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Girişim sonrası hastaların sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda sıvı kısıtlamasına uyum algısı puanının girişim öncesine göre ortalama .81 puan arttığı, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 3.51 puan düştüğü belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.5).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının (5.74 ± 1.14) girişim öncesine (5.42 ± 1.37) anlamlı düzeyde farkın

olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının ($2.95 \pm .92$) girişim öncesine (5.95 ± 1.29) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Girişim sonrası hastaların diyet önerilerine uyum alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda diyet önerilerine uyum algısı puanının girişim öncesine göre ortalama .33 puan arttığı, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 3.00 puan düştüğü belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.5).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların tedavi hakkında bilgi ve algıları toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .05$), Girişim sonrasında ise **DEP** grubundaki hastaların tedavi hakkında bilgi ve algıları toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .05$), Girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların ilaçlara uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > .05$), Girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların ilaçlara uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların sıvı kısıtlamalarına uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .01$), girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların sıvı kısıtlamalarına uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların diyet önerilerine uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$), Girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların diyet önerilerine uyum algısı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.5).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası TUÖ tedavi uyumu toplam puan ortalamasının (151.55 ± 50.17) girişim öncesine (195.54 ± 54.81) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında TUÖ tedavi uyumu toplam puan ortalamasının (269.38 ± 25.96) girişim öncesine (156.59 ± 49.52) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Girişim sonrası hastaların TUÖ tedavi uyumu bölümü toplam puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda tedavi uyumu toplam puanının girişim öncesine göre ortalama 43.99 puan düştüğü, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 112.79 puan yükseldiği belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.6).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi uyumu bölümünün hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının (163.18 ± 78.89) girişim öncesine (228.29 ± 69.63) göre düşük olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi uyumu bölümünün hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının (280.62 ± 3272) girişim öncesine (177.91 ± 80.48) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Girişim sonrası hastaların tedavi uyumu bölümü hemodiyaliz tedavisine uyum puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda hemodiyaliz tedavisine uyum puanının girişim öncesine göre ortalama 65.12 puan düştüğü, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 102.71 puan yükseldiği belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.6).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi uyumu bölümünün ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının (138.37 ± 55.46) girişim öncesine (170.93 ± 68.34) göre düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p < .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi uyumu bölümünün ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının (246.51 ± 50.47) girişim öncesine (155.81 ± 54.78) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Girişim sonrası hastaların tedavi uyumu bölümü ilaçlara uyum puanındaki değişim farkı incelendiğinde **DEP** grubundaki hastalarda ilaçlara uyum puanının girişim öncesine göre ortalama 32.56 puan düştüğü, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 90.70 puan yükseldiği belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.6).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi uyumu bölümünün sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puan ortalamasının (138.37 ± 55.46) girişim öncesine (161.63 ± 67.12) göre düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p < .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi uyumu bölümünün sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puan ortalamasının (265.12 ± 52.93) girişim öncesine (126.74 ± 51.58) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Girişim sonrası hastaların tedavi uyumu bölümü sıvı kısıtlamalarına uyum puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda sıvı kısıtlamalarına uyum puanının girişim öncesine göre ortalama 23.26 puan düştüğü, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 138.37 puan yükseldiği belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.6).

Tablo 4.6. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeği Tedavi Uyumu Alt Boyutu Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tedavi ve Uyum Ölçeğinin Tedavi Uyumu Boyutu	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı $\bar{x} \pm SS$	Değişim Farkı İçin		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p		t*	p	
Tedavi Uyumu-Toplam Puan	DEP grubu	195.54±54.81	151.55±50.17	5.013	.000	-43.99±57.54 112.79±59.99	12.368	.000	
	KADEP grubu	156.59±49.52	269.38±25.96	12.329	.000				
	Gruplar arası (t**/ p)	3.458 / .001	13.678 / .000						
Alt Boyutlar	HD tedavisine uyum	DEP grubu	228.29±69.63	163.18±78.89	4.798	.000	-65.12±89.00 102.71±94.63	8.472	.000
		KADEP grubu	177.91±80.48	280.62±3272	7.118	.000			
		Gruplar arası (t**/ p)	3.105 / .003	9.017 / .000					
	İlaçlara uyum	DEP grubu	170.93±68.34	138.37±55.46	2.572	.014	-32.56±83.01 90.70±64.79	7.676	.000
		KADEP grubu	155.81±54.78	246.51±50.47	9.180	.000			
		Gruplar arası (t**/ p)	1.132 / .261	9.457 / .000					
	Sıvı kısıtlamalarına uyum	DEP grubu	161.63±67.12	138.37±55.46	2.496	.017	-23.26±61.09 138.37±67.12	11.678	.000
		KADEP grubu	126.74±51.58	265.12±52.93	13.520	.000			
		Gruplar arası (t**/ p)	2.702 / .008	10.841 / .000					
	Diyet önerilerine uyum	DEP grubu	155.81±60.95	143.02±59.34	1.145	.259	-12.79±73.27 139.53±66.87	10.070	.000
		KADEP grubu	123.26±51.58	262.79±48.91	13.684	.000			
		Gruplar arası (t**/ p)	2.674 / .009	10.213 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi uyumu bölümünün diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının (143.02 ± 59.34) girişim öncesine (155.81 ± 60.95) göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi uyumu bölümünün diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının (262.79 ± 48.91) girişim öncesine (123.26 ± 51.58) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Girişim sonrası hastaların tedavi uyumu bölümü diyet önerilerine uyum puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda diyet önerilerine uyum puanının girişim öncesine göre ortalama 12.79 puan düştüğü, **KADEP** grubundaki hastalarda ise 139.53 puan yükseldiği belirlenmiş, iki grubun değişen puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.6).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların tedavi uyumu toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < .01$), girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların tedavi uyumu toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre yüksek olduğu ($p < .01$), girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların hemodiyaliz tedavisine uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre benzer olduğu ($p > .05$), girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların ilaçlara uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p < .001$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların sıvı kısıtlamalarına uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < .01$), girişim sonrasında **DEP** grubundaki hastaların sıvı kısıtlamalarına

uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), girişim sonrasında ise **DEP** grubundaki hastaların diyet önerilerine uyum alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tedaviye Uyum Ölçeğinin toplam puan ve iki ana alt boyutunun (Tedavi Hakkında Bilgi-Algıları ve Tedaviye Uyum) puanları her bir grupta ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında **DEP** grubunda tedaviye uyumun (toplam puan, tedavi hakkında algı ve tedaviye uyum alt boyutlarında) anlamlı düzeyde azaldığı, **KADEP** grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. **KADEP** grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası tedavi uyum puanları arasındaki farkın **DEP** grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.4. Hastaların Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi memnuniyeti puan ortalamasının (28.77 ± 6.63) girişim öncesine (32.42 ± 9.28) göre düşük olduğu, aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu ($p<.01$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi memnuniyeti puan ortalamasının (52.33 ± 4.76) girişim öncesine (26.86 ± 5.08) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Girişim sonrası hastaların Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda tedavi memnuniyeti puanı girişim öncesine göre ortalama 3.65 puan düşerken, **KADEP** grubundaki hastalarda 25.47 puan yükseldiği görülmüş, iki grubun tedavi memnuniyeti puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.7).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki hastaların tedavi memnuniyeti toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), girişim sonrasında ise **KADEP** grubundaki hastaların tedavi memnuniyeti toplam puan ortalamasının DEP grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tedavi memnuniyet puanlarının her grupta ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında DEP grubunda tedavi memnuniyetinin anlamlı düzeyde azaldığı, KADEP grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. KADEP grubunun girişimden önce ve girişimden sonra tedavi memnuniyet puanları arasındaki farkın DEP grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. DEP ve KADEP Grubunun Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (RTSQ) (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı	Değişim Farkı İçin	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p	$\bar{x} \pm SS$	t**	p
DEP grubu	32.42±9.28	28.77±6.63	2.889	.006	-3.65±8.29	17.339	.000
KADEP grubu	26.86±5.08	52.33±4.76	23.027	.000	25.47±7.25		
Gruplar arası (t**/ p)	3.445 / .001	18.930 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

4.5. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($1.83\pm.54$) ve sonrası ($1.87\pm.48$) KHBDÖ toplam puan ortalaması arasında fark olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası KHBDÖ toplam puan ortalamasının ($4.05\pm.28$) girişim öncesine ($1.52\pm.38$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ toplam puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre ortalama .04 puan yükselirken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.53 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ toplam puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.8).

Tablo 4.8. DEP ve KADEP Grubunun Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

KHBDO ve Alt Boyutları	Grup (n= 43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim Öncesi-Sonrası		Değişim Farkı	Değişim Farkı		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t*	p	$\bar{x} \pm SS$	t**	p	
KHBDO Toplam Puan	DEP grubu	1.83±.54	1.87±.48	.384	.703	.04±.62	20.831	.000	
	KADEP grubu	1.52±.38	4.05±.28	34.062	.000	2.53±.49			
	Gruplar arası (t**/p)	3.085 / .003	25.696 / .000						
KHBDO Alt Boyutları	Hasta katılımı	DEP grubu	1.83±.66	1.70±.53	1.071	.290	-.13±.81	16.852	.000
		KADEP grubu	1.32±.44	3.94±.53	24.417	.000	2.62±.70		
		Gruplar arası (t**/p)	4.258 / .000	19.703 / .000					
	Karar verme desteği	DEP grubu	1.97±.75	1.96±.57	.059	.953	-.01±.87	15.008	.000
		KADEP grubu	1.51±.46	4.10±.60	23.130	.000	2.59±.73		
		Gruplar arası (t**/p)	3.410 / .001	16.999 / .000					
	Amaç belirleme/rehberlik	DEP grubu	1.74±.57	1.92±.58	1.523	.135	.18±.76	17.127	.000
		KADEP grubu	1.43±.35	4.14±.50	29.534	.000	2.71±.60		
		Gruplar arası (t**/p)	3.074 / .003	18.943 / .000					
	Problem çözme	DEP grubu	1.77±.59	1.88±.62	1.013	.317	.10±.68	17.887	.000
		KADEP grubu	1.48±.49	4.09±.49	27.594	.000	2.61±.62		
		Gruplar arası (t**/p)	2.488 / .015	18.400 / .000					
	İzlem/koordinasyon	DEP grubu	1.89±.70	1.86±.57	.267	.791	-.03±.80	12.057	.000
		KADEP grubu	1.79±.74	3.97±.47	15.869	.000	2.19±.90		
		Gruplar arası (t**/p)	.689 / .493	18.692 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası ($1.70 \pm .53$) hasta katılımı alt boyut puan ortalamasının girişim öncesine ($1.83 \pm .66$) göre farklı olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında hasta katılımı alt boyut puan ortalamasının ($3.94 \pm .53$) girişim öncesine ($1.32 \pm .44$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ hasta katılımı alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre ortalama .13 puan düşerken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.62 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ hasta katılımı alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.8).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($1.97 \pm .75$) ve sonrası ($1.96 \pm .57$) karar verme desteği alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında karar verme desteği alt boyut puan ortalamasının ($4.10 \pm .60$) girişim öncesine ($1.51 \pm .46$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ karar verme desteği alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre değişiklik gözlenmediği, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.59 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ karar verme alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.8).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan ortalamasının ($1.92 \pm .58$) girişim öncesine ($1.74 \pm .57$) göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan ortalamasının ($4.14 \pm .50$) girişim öncesine ($1.43 \pm .35$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ amaç belirleme/rehberlik alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre ortalama .18 puan yükselirken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.71 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan farkı

ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.8).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında problem çözme alt boyut puan ortalamasının ($1.88\pm.62$) girişim öncesine ($1.77\pm.59$) göre farklı olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında problem çözme alt boyut puan ortalamasının ($4.09\pm.49$) girişim öncesine ($1.48\pm.49$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ problem çözme alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre ortalama .10 puan yükselirken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2,61 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ problem çözme alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.8).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ($1.89\pm.70$) ve sonrası ($1.86\pm.57$) izlem/koordinasyon alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında karar verme desteği alt boyut puan ortalamasının ($3.97\pm.47$) girişim öncesine ($1.79\pm.74$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim sonrasında hastaların KHBDÖ izlem/koordinasyon alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre fark yok iken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.19 puan yükseldiği, iki grubun KHBDÖ izlem/ koordinasyon alt boyut puan farkı ortalaması arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların KHBDÖ toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), girişim sonrası ise **KADEP** grubundaki hastaların KHBDÖ toplam puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların hasta katılımı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre yüksek olduğu ($p<.001$), girişim sonrası ise

KADEP grubundaki hastaların hasta katılımı alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre daha yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların karar verme desteği alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), girişim sonrası ise **KADEP** grubundaki hastaların karar verme desteği alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre yüksek olduğu ($p<.01$), girişim sonrası ise **KADEP** grubundaki hastaların amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların problem çözme alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), girişim sonrası ise **KADEP** grubundaki hastaların amaç belirleme/rehberlik alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların problem çözme alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre farklı olmadığı ($p>.05$), girişim sonrası **KADEP** grubundaki hastaların izlem/koordinasyon alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam puan ve beş alt boyut olan hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon puanları her bir grupta ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında **DEP** grubunda tüm alanlarda anlamlı düzeyde azaldığı, **KADEP** grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. **KADEP** grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme toplam ve alt boyut puanları arasındaki farkın **DEP** grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.6. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği (KDHYÖDÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, diyaliz hastalarının girişim öncesi ve girişim sonrası KDHYÖDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi (19.95 ± 3.59) ve sonrası (20.30 ± 3.75) öz-bakım gücü toplam puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının (32.53 ± 3.98) girişim öncesine (18.84 ± 5.08) göre yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların KDHYÖDÖ toplam puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda toplam puan girişim öncesine göre ortalama .35 puan artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 13,70 puan arttığı, iki grubun KDHYÖDÖ toplam puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.9).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi (5.33 ± 1.48) ve sonrası (5.42 ± 1.68) öz-bakım gücü ölçeğinin ilaç kullanımı alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası öz-bakım gücü ölçeğinin ilaç kullanımı alt boyut puan ortalamasının (9.02 ± 1.78) girişim öncesine (4.88 ± 1.79) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin ilaç kullanımı alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda ilaç kullanım puanı girişim öncesine göre ortalama .09 puan artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 4,14 puan arttığı görülmüş, iki grubun ilaç kullanımı alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.9).

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi (5.00 ± 1.29) ve sonrası (5.09 ± 1.25) öz-bakım gücü ölçeğinin diyet alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası öz-bakım gücü ölçeğinin diyet alt boyut puan ortalamasının (8.86 ± 1.55) girişim öncesine

(4.93±1.22) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin diyet alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda diyet puanı girişim öncesine göre ortalama .09 puan artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda 3.93 puan arttığı görülmüş, iki grubun diyet alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 4.9).



Tablo 4.9. DEP ve KADEP Grubunun Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği Sonuçları

KDHY Öz Bakım Ölçeği ve Alt Boyutları	Grup n= (43/43)	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	Grup İçi Girişim		Değişim Farkı $\bar{x} \pm SS$	Değişim Farkı		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Öncesi-Sonrası t*/ Z	p		t**/ U	p	
KDHY Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği-Toplam Puan	DEP grubu	19.95±3.59	20.30±3.75	.578	.566	.35±3.96	13.912	.000	
	KADEP grubu	18.84±5.08	32.53±3.98	18.361	.000	13.70±4.89			
	Gruplar arası (t**/ p)	1.176 / .243	14.681 / .000						
Alt Boyutlar	1. İlaç kullanımı	DEP grubu	5.33±1.48	5.42±1.68	1.350	.728	.09±1.74	9.850	.000
		KADEP grubu	4.88±1.79	9.02±1.78	13.217	.000	4.14±2.05		
		Gruplar arası (t**/ p)	1.249 / .215	9.661 / .000					
	2. Diyet	DEP grubu	5.00±1.29	5.09±1.25	.032 ^Z	.975	.09±1.66	10.561	.000
		KADEP grubu	4.93±1.22	8.86±1.55	15.073	.000	3.93±1.71		
Gruplar arası (t**U/ p)		.257 / .798	7.507 ^U / .000						
3. Kendini izleme	DEP grubu	2.65±1.53	2.67±1.57	.083	.935	.02±1.85	7.337	.000	
	KADEP grubu	2.33±1.57	5.09±1.06	11.230	.000	2.77±1.62			
	Gruplar arası (t**/ p)	.975 / .332	8.362 / .000						
4. Hijyenik bakım	DEP grubu	4.70±1.52	4.37±1.33	1.245	.220	-.33±1.71	7.396	.000	
	KADEP grubu	4.42±1.68	6.95±1.15	8.894	.000	2.53±1.87			
	Gruplar arası (t**/ p)	.808 / .421	9.623 / .000						
5. Ruhsal durum	DEP grubu	2.28±1.74	2.74±.85	1.660 ^Z	.097	.47±1.82	.351	.727	
	KADEP grubu	2.28±1.67	2.60±.88	1.228 ^Z	.219	.33±1.87			
	Gruplar arası (t**U/p)	.000 / 1.00	1.225 ^U / .210						

* t: bağımlı gruplarda t testi, Z: Wilcoxon Signed rank testi ** t: bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi

DEP grubundaki hastaların girişim öncesi (2.65 ± 1.53) ve sonrası (2.67 ± 1.57) öz-bakım gücü ölçeğinin kendini izleme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların kendini izleme alt boyut puan ortalamasının (5.09 ± 1.06) girişim öncesine ($2,33\pm 1,57$) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin kendini izleme alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda girişim öncesine göre değişim yok iken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2,77 puan arttığı görülmüş, iki grubun kendini izleme alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.9).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası (4.37 ± 1.33) öz-bakım gücü ölçeğinin hijyenik bakım alt boyut puan ortalamasının girişim öncesine (4.70 ± 1.52) göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrası hijyenik bakım alt boyut puan ortalamasının (6.95 ± 1.15) girişim öncesine (4.42 ± 1.68) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin hijyenik bakım alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda hijyenik bakım puanı girişim öncesine göre ortalama .33 puan azalırken, **KADEP** grubundaki hastalarda 2.53 puan arttığı görülmüş, iki grubun hijyenik bakım alt boyut puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.9).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası ($2.74\pm .85$) öz-bakım gücü ölçeğinin ruhsal durum alt boyut puan ortalamasının girişim öncesine (2.28 ± 1.74) göre benzer olduğu ($p>.05$), **KADEP** grubundaki hastaların da girişim sonrası ruhsal durum alt boyut puan ortalamasının ($2.60\pm .88$) girişim öncesine (2.28 ± 1.67) göre farklı olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Girişim sonrası hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin ruhsal durum alt boyut puanındaki değişim farkı incelendiğinde, **DEP** grubundaki hastalarda ruhsal durum puanı girişim öncesine göre ortalama .47 puan artarken, **KADEP** grubundaki hastalarda .33 puan arttığı görülmüş, iki grubun ruhsal durum alt boyut puan farkı ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.9).

DEP ve KADEP grubundaki diyaliz hastalarının girişim öncesi ve sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak KDHYÖDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark karşılaştırıldığında;

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$), girişim sonrasında **KADEP** grubundaki hastaların öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Girişim öncesi **DEP** grubundaki hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin ilaç kullanımı alt boyut puan ortalamasının **KADEP** grubuna göre farklı olmadığı ($p>.05$), girişim sonrası **KADEP** grubundaki hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin ilaç kullanımı alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Girişim öncesi **DEP ve KADEP** grubundaki hastaların diyet alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), girişim sonrası **KADEP** grubundaki hastaların puan ortalamasının **DEP** grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Girişim öncesi **DEP ve KADEP** grubundaki hastaların kendini izleme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), girişim sonrası **KADEP** grubundaki hastaların kendini izleme alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Girişim öncesi **DEP ve KADEP** grubundaki hastaların hijyenik bakım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), girişim sonrası **KADEP** grubundaki hastaların hijyenik bakım alt boyut puan ortalamasının **DEP** grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Girişim öncesi ve sonrasında **DEP ve KADEP** grubundaki hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin ruhsal durum alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği toplam puan ve beş alt boyut olan ilaç kullanımı, diyet, kendini izleme, hijyenik bakım ve ruhsal durum puanları her bir grupta ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında **DEP** grubunda tüm alanlarda farklılık gözlenmediği, **KADEP** grubunda ise ruhsal durum alt puanında anlamlı fark gözlenmemiş, diğer tüm alanlarda anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. **KADEP** grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki farkın **DEP** grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.7. Hastaların Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, diyaliz hastalarının girişim öncesi ve girişim sonrası EQ-5D Ölçeğinin İndeks değeri ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında EQ-5D indeks değeri ortalamasının ($.28 \pm .19$) girişim öncesine ($.38 \pm .22$) göre düştüğü ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p < .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında EQ-5D indeks değeri ortalamasının ($.74 \pm .10$) girişim öncesine ($.18 \pm .19$) göre arttığı, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.10).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında EQ-5D puan ortalaması girişim öncesine göre anlamlı düzeyde düşerken ($p < .05$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında genel yaşam kalitesi puan ortalaması girişim öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak artmıştır ($p < .001$, Tablo 2). Girişim sonrası indeks değeri ortalaması, girişim öncesine göre **DEP** grubundaki hastalarda .10 puan azalırken, **KADEP** grubunda .56 puan artmış ve iki grubun puan farkı ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 4.10).

Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, diyaliz hastalarının girişim öncesi ve girişim sonrası EQ-5D genel sağlık düzeyi VAS puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında genel sağlık düzeyi puan ortalamasının (40.51 ± 9.36) girişim öncesine (47.09 ± 12.06) göre düştüğü ve aradaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu ($p < .01$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında genel sağlık düzeyi puan ortalamasının (73.30 ± 8.89) girişim öncesine (39.56 ± 10.31) göre arttığı, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. DEP ve KADEP Grubundaki Hastaların Girişim Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) n= (43/43)	Girişim Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Girişim Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Grup içi Girişim Öncesi- Sonrası		Puan Farkı $\bar{x} \pm SS$	Puan farkı için	
			t*	p		t**	p
İndeks Değeri							
DEP grubu	.38±.22	.28±.19	2.665	.011	-.10±.24	14.520	.000
KADEP grubu	.18±.19	.74±.10	21.318	.000	.56±.17		
Gruplar arası (t** / p)	4.416 / .000	14.193 / .000					
Genel Sağlık Düzeyi VAS Puanı							
DEP grubu	47.09±12.06	40.51±9.36	3.236	.002	-6.58±13.34	13.807	.000
KADEP grubu	39.56±10.31	73.30±8.89	16.097	.000	33.74±13.75		
Gruplar arası (t** / p)	3.113 / .003	16.661 / .000					

*t: Bağımlı gruplarda t testi,

**t: Bağımsız gruplarda t testi,

DEP grubundaki hastaların girişim sonrasında genel sağlık düzeyi puan ortalaması girişim öncesine göre çok anlamlı düzeyde düşerken ($p<.01$), **KADEP** grubundaki hastaların girişim sonrasında genel sağlık düzeyi puan ortalaması girişim öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak artmıştır ($p<.001$, Tablo 4.10).

Girişim öncesi ve girişim sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak, **DEP ve KADEP** grubunda Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks Değerinin puan ortalaması karşılaştırıldığında;

Girişim öncesinde, **DEP** grubundaki hastaların genel yaşam kalitesi düzeyi indeks değeri ortalamasının ($.38\pm.22$) **KADEP** grubuna ($.18\pm.19$) göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$), girişim sonrasında ise, **KADEP** grubundaki hastaların genel yaşam kalitesi düzeyi puan indeks değerinin ($.74\pm.10$) **DEP** grubuna göre ($.28\pm.19$) yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Girişim öncesi ve girişim sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak, **DEP ve KADEP** grubunun Genel Sağlık Düzeyi VAS puan ortalaması karşılaştırıldığında;

Girişim öncesinde, **DEP** grubundaki hastaların genel sağlık düzeyi puan ortalamasının (47.09 ± 12.06) **KADEP** grubuna (39.56 ± 10.31) göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.01$), girişim sonrasında ise, **KADEP** grubundaki hastaların genel sağlık düzeyi puan ortalamasının (73.30 ± 8.89) **DEP** grubuna göre yüksek olduğu (40.51 ± 9.36), gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği EQ-5D İndeks değeri ve Genel Sağlık Düzeyi VAS puanları her bir grupta ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında **DEP** grubunda her iki alanda da anlamlı olarak düştüğü, **KADEP** grubunda ise her iki alanda da ileri düzeyde arttığı saptanmıştır. **KADEP** grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği EQ-5D İndeks değeri ve Genel Sağlık Düzeyi VAS puanları arasındaki farkın **DEP** grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.8. Hastalarda Hasta Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması

Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, diyaliz hastalarının girişim öncesi ve girişim sonrası depresyon görülme durumu incelendiğinde; **DEP** grubundaki hastalarda depresyon görülme oranı girişim öncesinde %81,4 iken, girişim sonrasında anlamlı düzeyde artmış ve %95,3 olarak bulunmuş ($p<.05$), **KADEP** grubundaki hastalarda depresyon görülme oranı girişim öncesinde %97,2 iken, girişim sonrasında %18,6 olarak bulunmuş, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Girişim öncesinde **DEP** grubundaki diyaliz hastalarında depresyon görülme oranı (%81.4) **KADEP** grubuna (%97.2) göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<.05$). Girişim sonrasında ise **DEP** grubundaki diyaliz hastalarında depresyon görülme oranı (%95.3) **KADEP** grubuna (%18.6) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.11).

Tablo 4.11. DEP ve KADEP Grubunda Hasta Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması

Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) Depresyon Durumu	DEP Grubu (n= 43)				KADEP Grubu (n= 43)				Gruplar Arası Test			
	Girişim Öncesi		Girişim Sonrası		Girişim Öncesi		Girişim Sonrası		Girişim Öncesi DEP-KADEP Farkı		Girişim Sonrası DEP-KADEP Farkı	
	S	%	S	%	S	%	S	%	χ^2	p	χ^2	p
Depresyon yok	8	18.6	2	4.7	1	2.3	35	81.4	.030^F		51.657	.000
Depresyon var	35	81.4	41	95.3	42	97.2	8	18.6			(sd: 1)	
Grup İçi Test <i>p (McNemar*)</i>	<i>p: .031*</i>				χ^2_{MN} : 32.029 p: .000							

χ^2 : Pearson Ki-kare testi F: Fisher exact testi (beklenen sayı <5)

χ^2_{MN} : McNemar testi,

Tablo 4.12. DEP ve KADEP Grubundaki Hastalarda Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun Dağılımları

Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) Depresyon Durumu	DEP Grubu (n= 43)				KADEP Grubu (n= 43)			
	Girişim Öncesi		Girişim Sonrası		Girişim Öncesi		Girişim Sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Minimal depresyon	-	-	-	-	-	-	14	32.6
Hafif depresyon	8	18.6	2	4.6	1	2.3	21	48.8
İlımlı depresyon	17	39.5	18	41.9	14	32.6	8	18.6
Orta depresyon	12	27.9	20	46.5	24	55.8	-	-
Şiddetli depresyon	6	14.0	3	7.0	4	9.3	-	-

DEP grubundaki hastalarda depresyona yönelik yaşadıkları sorunların günlük yaşamı etkileme durumu incelendiğinde, hem girişim öncesi (%100) hem girişim sonrasında (%100) tüm hastaların günlük yaşamının yaşadığı sorunlar nedeniyle etkilendiği belirlenmiştir. **KADEP** grubundaki hastalarda depresyona yönelik yaşadıkları sorunların günlük yaşamını etkileme durumu incelendiğinde, girişim öncesinde etkilenme durumu % 97.7 iken, girişim sonrasında %48.8 olduğu, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 4.12).

Girişim öncesinde depresyona yönelik yaşadıkları sorunların günlük yaşamını etkileme durumu incelendiğinde, **DEP ve KADEP** grubun benzer oranlarda etkilendikleri (Tablo 4.17), girişim sonrasında veriler incelendiğinde, **DEP** grubundaki tüm hastaların etkilendiği, **KADEP** grubunda bu oranın %48,8 olduğu, gruplar arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.12).

Hastalarda Hasta Sağlık Anketine Göre Depresyon Görülme Durumunun karşılaştırılmasında her bir grup ayrı olarak değerlendirildiğinde girişim öncesine göre girişim sonrasında **DEP** grubunda depresyon görülme oranının arttığı, **KADEP** grubunda ise azaldığı saptanmıştır. Depresyona yönelik yaşanan sorunların günlük yaşamını etkileme durumuna bakıldığında her iki grupta da girişim öncesi puanların benzer olduğu girişim sonrasında ise **KADEP** grubunda depresyona yönelik yaşanan sorunların günlük yaşamını etkileme durumunun **DEP** grubunda göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13. DEP ve KADEP Grubundaki Hastalarda Depresyona Yönelik Yaşadığı Sorunların Günlük Yaşamını Etkileme Durumunun Karşılaştırılması

Yaşadıkları Sorunun Günlük Yaşamını Etkileme Durumu	DEP Grubu (n= 43)				KADEP Grubu (n= 43)				DEP-KADEP Girişim Öncesi Fark		DEP-KADEP Girişim Sonrası Fark	
	Girişim Öncesi		Girişim Sonrası		Girişim Öncesi		Girişim Sonrası		χ^2	p	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Etkilemedi	-	-	-	-	1	2.3	22	51.2	AY ¹		29.563	.000
Etkiledi	43	100.0	43	100.0	42	97.7	21	48.8			(sd: 2)	
<i>p (McNemar*)</i>	<i>AY²</i>				<i>p: .000</i>							

χ^2 : Pearson Ki-kare testi; * McNemar testi, binomial dağılım kullanıldı.;

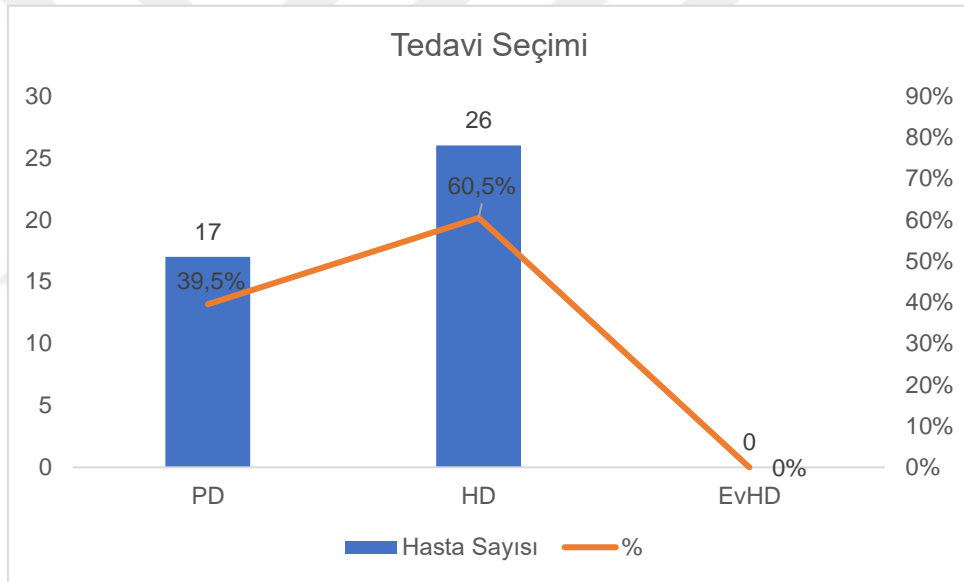
AY¹: Gözlerde beklenen değer <.1 bulunduğu için analiz yapılamaz.

AY²: Sonuç eşit, ikili veri olmayan göz bulunduğu için analiz yapılamaz.

4.9. Karar Ağacı Simülasyon Uygulaması Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

Hastalarda yaşamın belirli alanlarını ve diyaliz tedavilerinin bu yaşam alanlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek için oluşturulan soruların hastalar tarafından puanlama tamamlandıktan sonra elde edilen sonuçlar üç temel alan olan “yaşam tarzı”, “sağlık” ve “aile konuları” başlıkları altında incelenmiş ve veriler sayı ve yüzdelik değerlerle ifade edilmiştir.

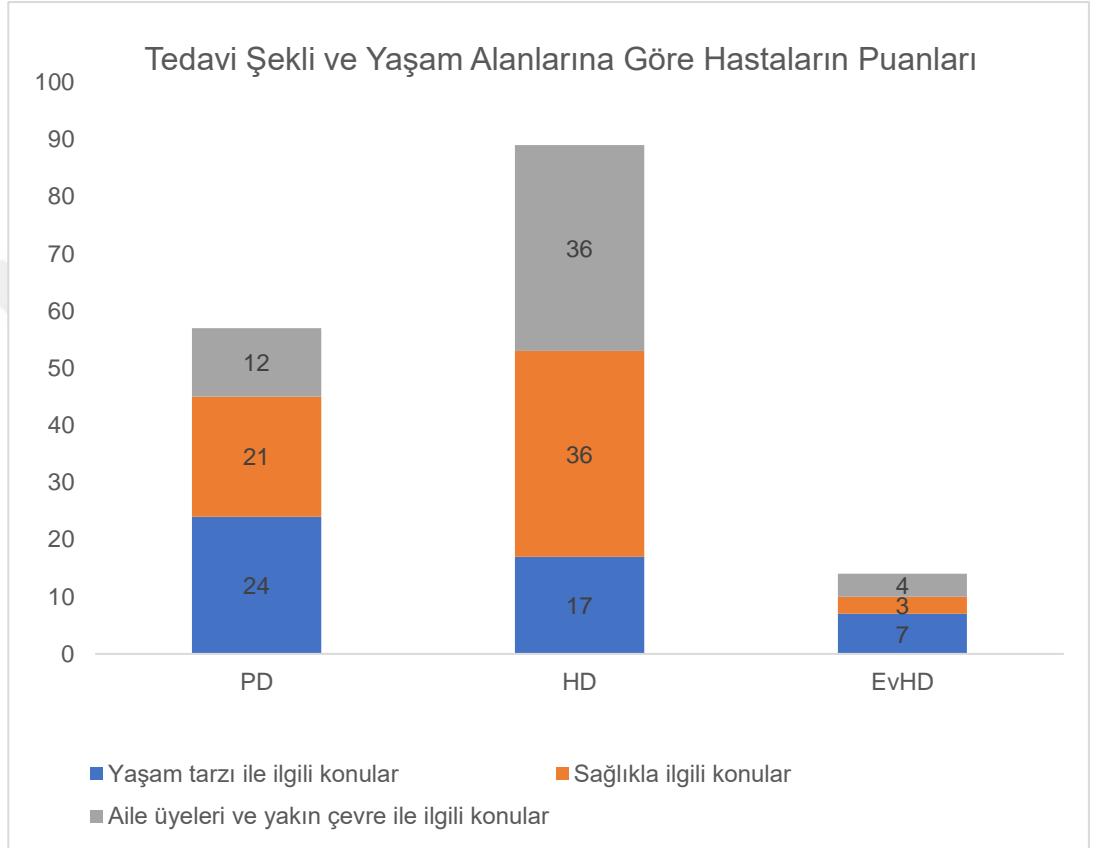
1. Eğitim ve karar desteğinin tedavi şekline karar verme sürecine etkisine bakıldığında hastaların %39,5’inin ev tedavisi olan PD yi seçtiğini, %60,5 oranında ise hastaların HD tedavisini seçtiğini göstermektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Tedavi Seçimi

2. Yaşam alanlarına göre hastaların değer verdiği konular incelendiğinde PD tedavisinde “yaşam tarzı ile ilgili konular (24 hasta)” önem kazanırken, HD tedavisini seçen hastalar “sağlıkla ilgili (36 hasta)” ve “aile üyeleri ve yakın çevre ile ilgili (36 hasta)” konuları daha önemli olarak değerlendirmişlerdir. Bu durum PD tedavisinin hastaların günlük yaşamlarını daha az olumsuz etkilediği ve günlük rutinlerini ve yaşam tarzını değiştirmek istemeyen

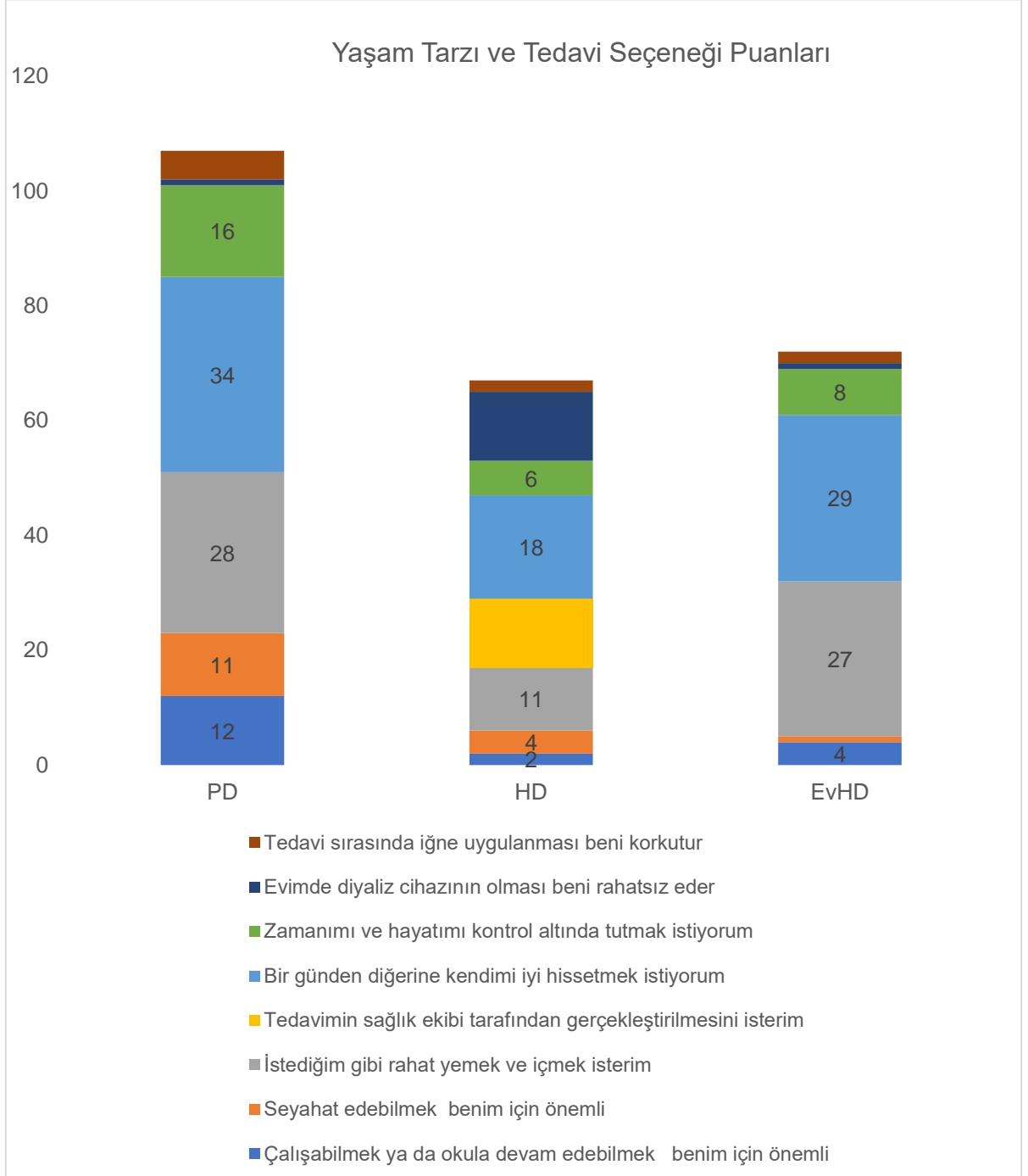
hastalar açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer taraftan HD hastaları evde tedavi uygulamalarının aile bireylerini olumsuz etkileyeceği ve evde cihaz ile tedavi uygulamalarının hastaların rahat ve sağlıklı uyku uyumalarına engel olabileceği kaygısı ile PD ve Ev HD tedavilerine olumlu bakmamışlardır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Tedavi şekli ve yaşam alanlarına göre hastaların öncelikleri

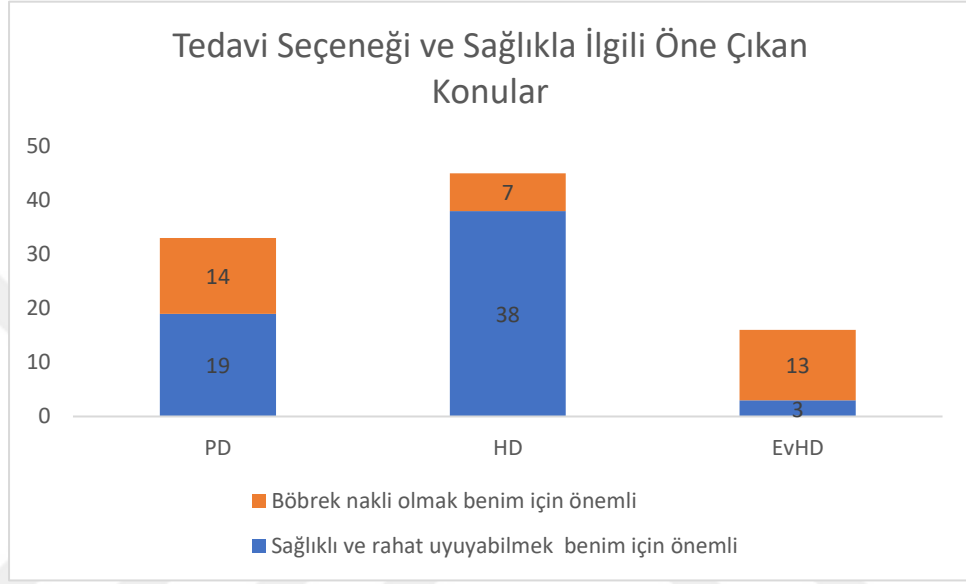
- Her bir ana yaşam alanlarını alt kırınımlarında incelediğimizde “Yaşam Tarzı” alanı ile ilgili olarak her üç tedavi seçeneğinde de tedavinin hastanın fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilerinin olmaması birinci derecede önem taşıdığı görülmektedir. PD tedavisinin bu alanda en olumlu algılandığı, takiben Ev HD ve HD tedavileri geldiği görülmektedir. İkinci olarak tedavinin beslenme kısıtı getirmemesi hastalar açısından önemli olarak değerlendirilmiş ve PD ve Ev HD tedavisinin bu alanda daha olumlu

değerlendirildiği, PD hastalarında tedavinin günlük yaşamı etkilememesi, çalışma ve okula devam edebilme, iğne uygulamalarının olmaması önem kazanırken, HD hastaları tedavinin sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilmesini tercih etmişlerdir (Şekil 4.3).



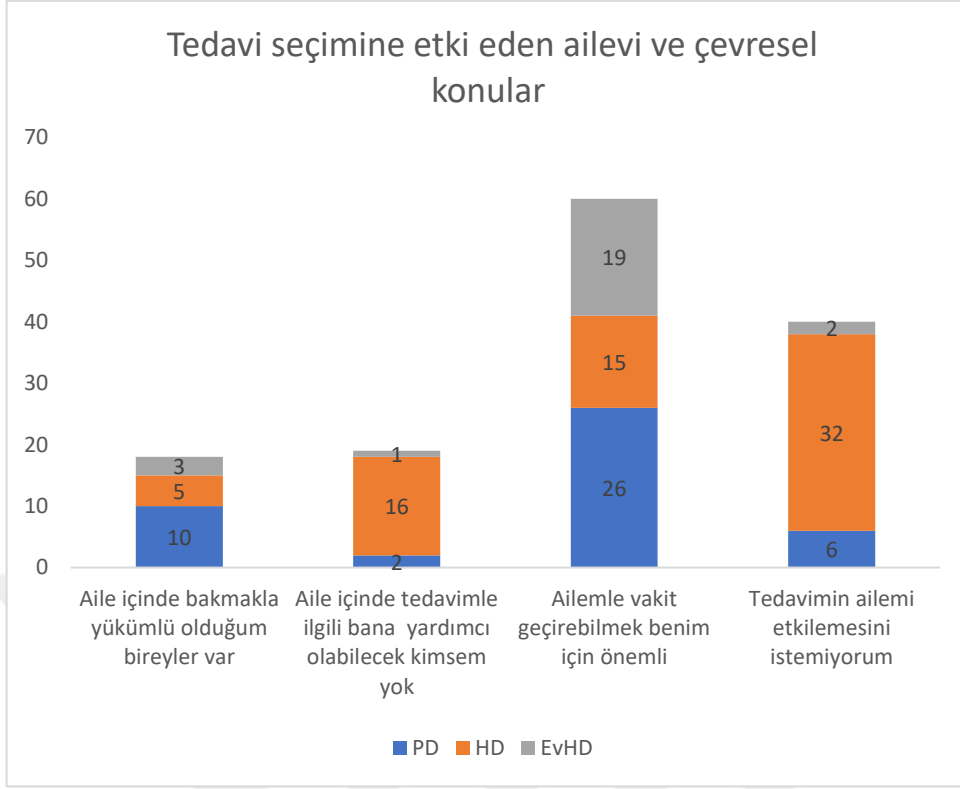
Şekil 4.3. Yaşam Tarzı ve Tedavi Seçeneği

4. Sağlıkla ilgili değerlendirmenin alt kırılımında iki konu dikkatleri çekmektedir. HD hastaları “sağlıklı ve rahat uyuyabilmenin çok önemli olduğunu öne çıkarırken, PD ve Ev HD hastaları böbrek nakli olmanın önceliğini vurgulamıştır. Evde ve gece tedavi uygulamaları, tedavi ile ilgili komplikasyon olasılığı, cihazların alarmları nedeniyle ev tedavilerinde uyku düzeninin olumsuz etkilenebileceği bilinmektedir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Tedavi şekli ve sağlıkla ilgili konularda hastaların öncelikleri

5. Son olarak tedavi seçeneğinin hasta dışında diğer aile üyeleri üzerinde etkileri analiz edildiğinde HD hastaları “evde tedavinin uygulanmasının aile üyelerini etkileyeceğini, evde kendilerine tedavi sırasında yardımcı olabilecek kimsenin olmaması nedeniyle tedaviyi sürdürmede zorluk yaşayacaklarını ve tedavinin aile üyeleri ile geçirilecek zamanı almaması gerektiğini öne çıkartırken, PD tedavisini tercih eden hastalar tedavinin evde uygulanması ile aile üyeleri ile daha fazla zaman geçirebileceklerini, tedavinin çalışma olanağı sağlaması aile içi rollerini daha rahat yerine getirebileceklerini düşünerek değerlendirmede bulunmuştur. EvHD tedavisinin evde uygulanması nedeniyle aileye ayrılacak zaman açısından avantajlı olduğu değerlendirilmiştir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Tedavi seçimine etki eden ailevi ve çevresel konular

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Klinik Sonuçlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulguları sosyodemografik özellikler, klinik ve biyokimyasal veriler, tedavi memnuniyeti, tedavi uyumu, kronik hastalık bakımı, özbakım, yaşam kalitesi ve depresyon başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1.1.Sosyodemografik Bulgular

DEP ve KADEP grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerinin çalışma öncesinde homojen olup olmadığı değerlendirilmiş, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve tedavi gördüğü hastane dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$, Tablo 1.1), grupların tanımlayıcı özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir.

Literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamıza dahil olan hastaların %50'sinin 60 yaş üstü olduğunu, Türk Nefroloji Derneği (TND) kayıtlarında yaş ortalamasının benzer olduğunu, araştırma grubumuzun ülkemizdeki diyaliz popülasyonunu yansıttığını göstermektedir (Süleymanlar, Ateş, & Seyahi, TND Kayıtları, 2017). Avrupa'da diyaliz tedavisinde olan hastalarda ise yaş ortalamasının 69 olduğu görülmektedir (Registry & ERA-EDTA, 2014). Hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın hasta grubunun %52 olduğu, TND kayıtlarında hasta grubunun %55'inin erkek olduğu, Avrupa kayıtlarında da popülasyonu %64 oranda erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Birçok araştırmada erkek hasta sayısının kadın hasta sayısına oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Zengin & Ören, 2015) (Balım & Pakyüz, 2016).

Araştırmamızda hastaların %65'inin evli, %34'ünün ev hanımı, %43'ünün emekli ve %23'ünün çalıştığı belirlendi. Diyaliz hastalarında özyeterliliğin değerlendirildiği ve 125 hastanın dahil edildiği çalışmada hastaların %88'inin çalışmadığı ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada ise %42.3'ünün emekli, %27.5'inin ev hanımı olduğu, %83.5'inin herhangi bir işte

çalışmadığı, %8.3'ünün tam gün ve %6.8'inin yarım gün çalıştığı görülmüştür (Mollaoğlu & Bağ, 2009) (Korkmaz Y. , 2016) (Özkurt, ve diğerleri, 2017) (Rioux, Cheema, Bargman, Watson, & Chan, 2011). Kronik hastalık ve tedavilerin getirdiği yük, fiziksel ve psikososyal yük, komorbidite, sağlık personeli ve diyaliz cihazına bağımlılık, çoğu hastada emekli ya da çalışmama durumuna neden olabilmektedir. Araştırmamızda hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul ve ortaokul–lise mezunu olduğu, %13'ünün okur yazar olduğu, %15'inin yüksekokul-fakülte mezunu olduğu belirlenmiştir. Kara'nın (2009) yaptığı çalışmada ilkokul mezunu ve okur yazar oranı %76.3, Korkmaz (2016)'ın araştırmasında ise %41.8 olarak bulunmuştur. Yu ve ark. (2012) Taiwan da yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin yükselmesinin tedaviye uyumu arttırdığını belirtmişlerdir (Yu, Huang, & Tsai, 2012) (Kara, B, 2009 a) (Korkmaz Y. , 2016).

5.1.2.Klinik ve Laboratuvar Sonuçların Tartışılması

Yapılan çalışmalar, renal replasman tedavisi alan hastalarda, multidisipliner tedavi ve bakım yaklaşımının kronik hastalık yönetiminde hastaların klinik sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Chen, 2013) (Yvo, Sijpkens, & Noeleen, 2008) (Wu, Wang, & Hsu, 2009). Cho ve arkadaşları 1218 prediyaliz hastasını 30 ay boyunca takip etmiş ve diyaliz tedavisine eğitim almadan başlayan 62 ve multidisipliner eğitim alarak başlayan 64 hastada klinik sonuçları karşılaştırmıştır. Elde edilen sonuçlar prediyaliz eğitim alan hastaların daha iyi klinik sonuçlara sahip olduklarını ortaya koymuştur. Hemoglobin düzeyleri eğitim alan grupta 10.3 ± 1.5 mg/dl, almayan gruba 9.3 ± 1.6 mg/dl göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Benzer şekilde çalışmalarında multidisipliner eğitim alan hastaların daha düşük fosfor düzeylerine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır (eğitim alan grup: 4.2 mg/dl ± 1.2 , almayan grup: 5.0 mg/dl ± 1.4 , $p = 0.001$). Eğitim alan hastaların daha düşük BUN ve kreatinin değerlerine sahip olduklarını belirlemişlerdir (Cho, Park, & Yoon, 2012). Geleneksel yöntemle multidisipliner prediyaliz yaklaşımının kısa ve uzun dönem etkilerinin karşılaştırıldığı bir

çalışmada 288 hasta (156 standart 132 multidisipliner) bir yıl boyunca takip edilmiştir. Multidisipliner eğitim alan grupta Hemogloblin (102-90 g/l, $p < 0.0001$), albümin (37.0 - 34.8 g / l, $p < 0.002$) ve kalsiyum (2.29 - 2.16 mmol/l, $p < 0.0001$) seviyelerinde anlamlı fark olduğu ortaya konulmuştur (Curtis, Ravani, & Malberti, 2005).

2012 yılında Polonya, Macaristan ve Romanya'da 25 merkezde kronik böbrek hastalarında renal replasman tedavisine başlama sürecinde farklı yaklaşımların etkilerinin değerlendirildiği çalışmada, 626 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Prediyaliz eğitim alan grupta serum kreatinin (prediyaliz eğitim 5.2 mg/dl; standart yaklaşım 6.8mg/dl), hemogloblin (prediyaliz eğitim 10 g/dl; standart yaklaşım 9g/dl), serum kalsiyum (prediyaliz eğitim 8.8 mg/dl; standart yaklaşım 8.3 mg/dl) serum fosfor (prediyaliz eğitim 4.6 mg/dl; standart yaklaşım 5.2 mg/dl) ve serum albümin değerleri (prediyaliz eğitim 3.8 g/dl; standart yaklaşım 3.4g/dl) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olarak bulunmuştur (Marrón, ve diğerleri, 2016).

Raza ve arkadaşlarının (2011) acil şartlarda diyalize başlama sürecinde etki eden faktörleri ve bunların sıklığını belirlemek için gerçekleştirdikleri retrospektif araştırmada, diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarda üre (acil başlama 99 mg/dl; planlı başlama 87 mg/dl), hemogloblin (acil başlama 9.5 mg/dl; planlı başlama 10.5 mg/dl) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede olumsuz sonuçlar elde edilmiş, kreatinin değerlerinde fark bulunmamış, bu hasta grubunda klinik sonuçların daha kötü olduğu yorumlanmıştır (Raza & Dudley, 2011).

Replasman tedavisine acil şartlarda başlayan ve 109 hastanın dahil edildiği bir araştırmada (60 planlı; 49 acil başlayan) hastalarda risk faktörlerini belirlemek amacı ile yürütülen retrospektif incelemede elde edilen veriler, acil başlayan grupta anemi, düşük hemogloblin, düşük albümin, düşük glomerüler filtrasyon hızı, yüksek üre ve kreatinin değerlerine işaret etmiş, prediyaliz eğitimin hastalarda klinik sonuçlar üzerinde etkili olduğunu vurgulamıştır (Buck, ve diğerleri, 2007).

Lacson ve arkadaşları (2011) ulusal düzeyde diyaliz öncesi eğitim programlarının hasta sonuçları üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla

yürüttükleri araştırmalarında, 30217 hastanın verilerini incelemişler ve 3165 hastanın diyaliz öncesi dönemde eğitim aldığını, 27052 hastanın eğitim almadan diyaliz tedavilerine başladıklarını ortaya koymuşlardır. Eğitim alan ve almayan hastalarda klinik sonuçları değerlendirebilmek amacıyla 2800 hastayı eşleyerek yaptıkları karşılaştırmada eğitim alan grupta albümin, hemoglobinin ve fosfor seviyelerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuş ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim almanın hastalarda klinik sonuçları ve mortaliteyi iyileştirdiğini belirtmişlerdir (Lacson, ve diğeri, 2011).

Araştırmamızda diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarda eğitim ve karar desteğinin klinik ve biyokimyasal değerler üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar sadece eğitim vermenin hasta sonuçları üzerinde olumlu etkisinin olmadığını, eğitim ile birlikte tedavilerine karar verme sürecinde desteklenen hastalarda hemoglobinin, hematokrit değerlerinin daha iyi olduğunu ve aneminin daha etkin kontrol edildiğini; albümin- total protein değerlerinin daha iyi olduğunu ve nutrisyonel durumun daha iyi yönetildiğini; hastalarda kalsiyum fosfor dengesinin daha iyi sağlandığını; rezidüel böbrek fonksiyonlarının daha iyi korunduğunu; kan basıncının daha iyi kontrol edilebildiğini ve diyaliz tedavisinin daha etkin yürütüldüğünü ortaya koymuştur. DEP grubundaki hastalarla karşılaştırıldığında, KADEP grubundaki hastalarda klinik ve biyokimyasal sonuçlar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$). Eğitim ile birlikte hastaların yaşam tarzına ve değerlerine uygun tedaviye karar vermeleri konusunda desteklenmesi, hastalık ve tedavinin yönetilmesi ile ilgili bilgi düzeyini, tedavi memnuniyetini, uyumunu arttırdığı ve hasta sonuçlarının iyileştiği bilinmektedir (Özkurt, ve diğeri, 2017). Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermekte ve “Son Dönem Böbrek Yetmezliğı tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulaması hastaların klinik sonuçlarını iyileştirir” genel hipotezimizi desteklemektedir.

5.1.3.Tedavi Uyumu Sonuçlarının Tartışılması

Bireyin sağlık ekibi tarafından kendisine önerilen tedavi programını günlük yaşam döngüsüne ve alışkanlıklarına adapte ederek yerine getirmesi tedavi uyumu olarak tanımlanmaktadır (Denhaerynck, ve diğerleri, 2007) (Theofilou, 2011) (Kav, 2015).

Kronik Böbrek Hastalığı ve diyaliz tedavisinin diyet kısıtları, yaşanan komplikasyonlar, fiziksel işlev kaybı, gelecek endişesi, belirsizlik, umutsuzluk, endişeler, aile içi rol fonksiyon değişiklikleri, iş gücü kaybı, korkular, tedavi için bir hastaneye, cihaza bağımlı olma, tedavide kullanılan araş-gereç, ilaçlar, ölüm korkusu, ekonomik güvence kaybı ve beden imajının etkilenmesi gibi birçok olumsuz etkisi vardır (Aksoy & Oğur, 2015) (Yavuz, Yavuz, & Altunoğlu, 2012).

Böbrek hastalarında tedaviye uyum; diyaliz tedavisinin düzenli sürdürülmesi, beslenme düzeni ve tedavi programına uyulması, sıvı dengesinin sürdürülmesi, ilaç tedavisinin zamanında ve dozunda uygulanması ve tüm bu gereklilikleri var olan alışkanlıkları ve yaşam biçimi döngüsünde yerine getirmesidir (Theofilou, 2011) (Kav, 2015). Hastaların iyilik hali ve sağlığının sürdürülmesinde, hastanın tedavi programına aktif katılımı, tıbbi tedavi rejimine ve önerilere uyumu büyük önem taşımaktadır. Hastanın tedavi sürecindeki uyumu, SDBY gibi kronik bir hastalığın prognozunu ve dolayısıyla hastaların yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle çok önemlidir (Cicolini, Palma, Simonetta, & Nicola, 2012) (Ahrari, Moshki, & Bahrami, 2014).

Kronik hastalığı olan bireylerde tedavi programına uyum önemli ve yaygın bir sorundur (Cvengros, Christensen, & Lawton, 2004). Her ne kadar tedavi uyumu, hastanın sağlık davranışlarının sağlık ekibinin önerileri ile ne kadar örtüştüğü olarak tanımlansa da, günümüzde tedavi uyumunun, reçete edilen ilacın alınmasının ötesine geçen karmaşık ve çok boyutlu bir davranış olduğu gösterilmiştir.

Her iki diyaliz modalitesi (PD, HD) hastalar ve aileleri için yüksek bir maliyet ve bedeli olan, diyet, sıvı kısıtlaması ve çok sayıda ilaç almayı gereken invazif tedavilerdir (Remor, 2011) (García-Llana, Remor, & Selgas, 2013).

Benzer şekilde diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunda karşılaşılan komorbid durum olan hipertansiyonun yönetilmesi genel popülasyonda olduğu gibi böbrek hastalığı olan hastalarda hastanın uyumsuzluğuna bağlıdır (Moser & Setaro, 2006).

Kronik HD tedavisinin başarısı, reçete edilen ilaçlara, diyete, sıvı kısıtlamalarına ve HD seanslarına uyumla ilişkilidir. Hastaların uyumsuzluğu, morbidite, mortalite, sağlık sisteminde maliyet ve yükün artmasına neden olabilir (Kugler, Maeding, & Russell, 2011) (Shirazian, ve diğerleri, 2016).

HD hastalarında tedavi uyumuna, beslenme düzenine, ilaç alımına yönelik yayınlanmış birçok rapor ve çalışma vardır (Denhaerynck, ve diğerleri, 2007). Malezya'da yapılan bir çalışmada, sıvı, diyet, ilaç ve diyaliz tedavisine uyum oranlarının sırasıyla %27.7, %66.5, %24.5 ve %91.0 olduğu bulunmuştur (Chan, Zalilah, & Hii, 2012).

Bir diğer çalışmada, HD hastaları arasında sıvı kısıtlama önerilerine, diyete ve ilaç reçetesine uyum yaygınlığının sırasıyla %87.78, %88.37 ve %87.99 olduğu görülmüştür (Clark, Farrington, & Chilcot, 2014). Arabistan'da yapılan bir çalışmada ise rapor edilen hastaların %55.96'sının diyaliz seanslarına uyduğu belirtilmiştir (Lee & Molassiotis, 2002).

Çin'de yapılan bir diğer çalışmada, diyaliz hastalarında sıvı ve diyete uyumun sırasıyla %40.3 ve %35.5 oranında olduğu saptanmıştır (Naalweh, Barakat, Sweileh, Al-Jabi, & Sweileh, 2017).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, KBH olan hastaların genel olarak diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum oranı %20-66 arasında (diyete %20-66, sıvı kısıtlaması %26-55) değişmektedir (Öztürk, Altuntaş, Özsan, & Gündüz, 2009) (Çavuş, 2016) (Aker & Yüksel, 2016) (Balım & Pakyüz, 2016) (Korkmaz, 2016) (Günalay, Taşkiran, & Mergen, 2017). HD tedavisi alan 121 hasta ile yapılan çalışmada hastaların %98.3' ünün diyetine ve %95' inin sıvı kısıtlamasına uyum göstermediği belirtilmiştir.

Hemşirelik girişimleri, hastaların diyaliz tedavisine uyumunun iyileştirilmesinde giderek daha önemli hale gelmektedir. Hastaların diyaliz hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirmelerine yardımcı olan eğitim ve davranış değişimini içeren girişimler,

hastalarda tedavi uyumunu önemli ölçüde iyileştirmektedir (Manns, Taub, & Vanderstraeten, 2005) (Hare, Clark-Carter, & M, 2014).

Manns ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz, hemşirelik girişimlerinin standart yaklaşımla karşılaştırıldığında hasta uyumunu %15 oranında iyileştirdiğini göstermektedir. Eğitim verilmesi, farklı bilişsel ve davranışsal yöntemlerin uygulanmasını içeren hemşirelik girişimlerinin, KBH hastalarının fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde olumlu etkiler olduğu gösterilmiştir (Manns, Taub, & Vanderstraeten, 2005) (Sharp, Wild, Gumley, & Deighan, 2005) (Howren, ve diğerleri, 2016).

Hastalar kronik hastalığın getirdiği yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna uyum sağlamalıdır. Bu durumun yönetilememesi, yaşam kalitesinde düşmeye, komorbid durumlara ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu yüzden önemli bir hedef olarak bu hastalarda tedaviye uyumu geliştiren ve semptomları düzelten girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu hedeflere ulaşabilmede; hemşireler eğitim, danışmanlık gibi rollerini kullanmaktadırlar. Bu amaç doğrultusunda planlanan bu çalışmada kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin tedavi uyumuna etkileri irdelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam şekli ile ilgili değişiklikleri içeren diyaliz tedavileri, ilaç tedavisi, sıvı kısıtlama, diyet önerilerine uyum davranışları, her iki grupta (DEP ve KADEP) ayrı olarak girişim öncesi ve girişim sonrası verileri karşılaştırılarak tartışılmıştır. Elde edilen sonuçlar DEP grubundaki hastalarda girişim öncesi ve sonrası yapılan analizlerde istatistiksel olarak bir fark olmadığı, KADEP grubunda ise her alanda (diyaliz tedavisine uyum, ilaç, sıvı kısıtlaması, beslenme) ileri derecede istatistiksel fark olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde girişim sonunda 3. ayda yapılan karşılaştırmalı tekrarlı analizlerde DEP grubunda tedaviye uyum puanlarının düştüğü, diyaliz eğitim programı ile birlikte karar ağacı uygulamasının yalldığı KADEP grubunda ise her iki ölçümde de tedavi uyum puanlarının yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Elde edilen veriler acil şartlarda diyalize başlayan hastalarda diyaliz öncesi eğitimle birlikte hastaların karar vermelerini destekleyecek yaklaşımların hastalarda tedavi uyumu üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymakta ve “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulamasının hastaların tedavi uyumuna olumlu etkisi vardır” hipotezini desteklemektedir.

5.1.4.Tedavi Memnuniyeti Sonuçlarının Tartışılması

Kronik hastalıkta bakımın en temel amacı hastaların tedaviden memnuniyetini sağlamaktır. Kronik Böbrek Hastalığı ve tedavileri ile ilgili hastaların deneyimleri, bireye, tedavi rejiminin tipine ve hastalığın progresyonuna göre değişebilir. Sağlık profesyonelleri hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri ile ilgili hastalarla görüşebilirler, ancak zaman kısıtlamaları, araya giren acil durumlar, öncelikler, bir tedavi türünün çok yönünü ele alma zorluğu, sunulan sağlık hizmetini ve tedavi memnuniyeti algısını sınırlandırabilir. Sunulan tedavi ile ilgili hasta memnuniyetinin formal olarak ölçülmesi, hastanın bireysel gereksinimleri doğrultusunda tedavi biçiminin seçiminde ve gerekli durumlarda değiştirilmesine rehberlik edebilecek ve hasta sonuçların iyileştirilmesinde önemli bir faktördür (Nguyen, Frimat, Loos-Ayav, Kessler, & Briancon, 2008).

Tedavi memnuniyeti, bireysel özellikler (örneğin yaşam tarzı, önceki sağlık deneyimi, değerler) yanı sıra, sosyal özellikler, özel hastalık sorunları ve sağlık hizmetleri (takip, tedaviye uyum, sağlık hizmetlerinin sürekliliği) gibi birçok faktörden etkilenen karmaşık bir kavramdır. Hasta memnuniyetinin tedavi uyumu ile ilişkili olduğu görülmüştür, tedaviden duyulan memnuniyet tedaviye uyumu arttırmaktadır (Wasserfallen, ve diğerleri, 2004).

Sağlık ekibi tarafından sunulan KBH tedavi ve bakımı, hasta memnuniyeti ve hasta tarafından algılanan yaşam kalitesi ile de ilgilidir. Diyaliz tedavileri ve bakım yaklaşımlarına yönelik yapılan araştırmalar hasta memnuniyetinin, sağlık ekibi tarafından verilen eğitimin kapsamı, diyaliz modalitesi, kullanılan tedavinin etkinliği ve hemşirenin sunduğu etkin bakım ve

takiple yakın ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer taraftan periton diyalizi tedavisi uygulayan hastaların hemodiyaliz tedavisine göre daha yüksek memnuniyet dereceleri gösterdikleri, bunun en temel nedeni olarak da hastalara diyaliz tedavilerinin seçenekleri ve olası yan etkilerle ilgili bilgi sunulması ve tedavi kararına katılmaları, tedaviden duydukları memnuniyetin artabileceği şeklinde tarif edilmiştir (Wasserfallen, ve diğerleri, 2006) (Rubin, ve diğerleri, 2004) (Sanabria-Arenas, Tobón-Marin, Certuche-Quintana, & Sánchez-Pedraza, 2017) .

Oftalmoloji, onkoloji, üroloji gibi farklı alanlarda yapılan araştırmalar hemşire liderliğinde sunulan bakım ve takip uygulamalarının yüksek hasta memnuniyeti seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (Sandinha, Hebbar, Kenawy, & Hope-Stone, 2012) (Townsend, 2014) (Berglund, Gustafsson, Johansson, & Bergenmar, 2015). Hastaların böbrek sağlığı ile ilgili memnuniyetini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Veer ve arkadaşları (2012) kronik diyaliz tedavisi alan hastalarda memnuniyeti ölçmek için bir araç geliştirmiştir. Best & Bonner (2015) var olan ve hastanelerde kullanılmak üzere geliştirilen hasta memnuniyeti aracını diyaliz öncesi dönemde hasta grubuna yönelik yapılandırılmış bakım modeline göre uyarlamıştır. Ancak diyaliz öncesi dönemde hemşirelik bakım ve takibine, hasta eğitimine, uygulanan tedavileden duyulan memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalar yok denecek kadar sınırlıdır (Veer, ve diğerleri, 2012) (Best & Bonner, 2015) (Coleman, ve diğerleri, 2017).

Böbrek hastalığında Renal Replasman Tedavisine dair karar, hastanın tercihleri, mevcut sağlık durumu, hastanın içinde bulunduğu sosyal çevre gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir, aynı zamanda sağlık ekibinin istemli veya istemsiz önyargıları veya yanlı tutumu da tedavi kararında etkilidir. Tedavi modalitesine ilişkin hasta eğitimi ve karar desteğinin hastaların tedavi memnuniyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Robinski ve arkadaşları (2016), Almanya'da diyaliz tedavisine başlayan 780 hastanın katılımı ile bir anket çalışması gerçekleştirmiş, hastaların psikososyal, fiziksel, sosyodemografik ve tedavi karar süreçlerini değerlendirmeleri sonucunda, hastaların psikososyal iyilik hali ve diyaliz öncesi eğitim ve karar desteğinin tedavi memnuniyetini

arttırdığını göstermişlerdir. Hastaların tedavi kararına katılımının yeterli olmadığı görüşünden yola çıkılarak Avrupa Böbrek Hastaları Federasyonu (CEAPIR), hastaların bilgi, eğitim ve modalite seçim sürecine katılım konusundaki algılarını araştırmak üzere anket geliştirmiş ve uygulamıştır. 36 ülkeden 3867 hastanın tamamladığı anket sonuçları hastaların %29'unun tedavi seçimine dahil olmadıklarını, %64 hasta böbrek hastalıklarını günlük hayatta nasıl yönetecekleri konusunda eğitim almadıklarını, diğer taraftan tedavi kararına katılımın tedavi memnuniyetini arttırdığını (OR 3.13;% 95 CI 2.72–3.60) ortaya koymuştur. Araştırma sonucunda, hastaların alternatif bir modaliteyi seçme özgürlüğü konusunda güçlendirilmesi yönünde araştırmalara gereksinim vurgulanmıştır (Robinski, Mau, Wienke, & Girndt, 2016) (Biesen, Veer, Murphey, Loblova, & Davies, 2014).

Hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik hali (daha az endişeli, daha az depresif), bağımsızlığı, özgüveni, yüksek kognitif fonksiyonu, sunulan sosyal destek, hastaların karar verme sürecine katılımını ve tedavi memnuniyetini arttırmaktadır. Hastaların güçlendirilmesi, karar verme sürecinde desteklenmesi amacı ile uygulamaların geliştirilmesi hastaların optimum tedaviyi seçmelerini, dolayısıyla tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (Palmer, ve diğerleri, 2014) (Fadem, ve diğerleri, 2011).

Bu bölümde kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin tedavi memnuniyetine etkileri irdelenerek tartışılmıştır. Yalnız diyaliz öncesi eğitimin verildiği DEP grubundaki hastaların girişim sonrası tedavi memnuniyeti puan ortalamasının girişim öncesine göre düşük olduğu, aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.001$), diyaliz öncesi eğitim ile birlikte hastaların tedavi seçeneğine karar verme süreçlerini destekleyen karar ağacının uygulandığı KADEP grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi memnuniyeti puan ortalamasının girişim öncesine göre yüksek olduğu, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir. Girişim sonrasında 3. ayda yapılan değerlendirmede KADEP grubundaki hastaların tedavi memnuniyeti toplam puan ortalamasının DEP grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulamasının hastaların tedavi memnuniyetine olumlu etkisi vardır” hipotezini desteklemektedir.

5.2. Kronik Hastalık Bakımı Sonuçlarının Tartışılması

Kronik hastalık yönetimi, kronik hastalığı olan bireylere sunulan hasta merkezli, organize, proaktif, çok bileşenli ve toplum temelli sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Şenuzun, 2012). Kronik hastalık yönetiminde farklı bakım modelleri kullanılmaktadır. Wagner ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen Kronik Bakım Modeli bu alanda en yaygın kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış modeldir. Modelin temelini oluşturan unsurlar, donanımlı sağlık bakım ekibi ile bilgili, aktif hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (Beaglehole, Epping-Jordan, & Pate, 2008) (Wagner, Austin, & Davis, 2001).

Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastaların çoğunda ilave komorbid hastalık (kardiyovasküler hastalık, anemi, metabolik kemik hastalığı vb.) ya da komplikasyon gelişme riskini azaltmak için yaşam tarzı değişikliği, antihipertansif tedavi, lipid modifikasyonu ve glisemik kontrol gibi medikal yaklaşımlar önerilmektedir (Hazzan, Halinski, Agoritsas, Fishbane, & DeVita, 2016). Böbrek hastaları için en uygun bakım modelinin oluşturulması sağlık hizmetlerinin etkin tasarımı ve kullanılmasına, bakımın kalitesinin geliştirilmesine ve hasta sonuçlarını iyileştirilmesine olanak sağlar. Farklı bakım modellerinin etkinliğini araştıran çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir. Nicol ve arkadaşları tarafından (2018) gerçekleştirilen sistematik derlemede, KBH'nin yönetimi için farklı bakım modellerinin göreceli etkinliği değerlendirilmiştir. “Masterplan” çalışmasında, müdahale grubu nefrolog gözetiminde, uzman hemşireler tarafından verilen bakımı alırken, kontrol grubu sadece nefrolog bakımını almıştır. Scherpbier (2013) çalışmasında da müdahale grubu, hemşire tarafından verilen bakımı alırken, kontrol grubu pratisyen hekimlerden olağan bakım almıştır. Barrett ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada müdahale grubu, hemşirelerin önderliğinde bakım alırken kontrol grubu doktorlar tarafından olağan bakımı almıştır (Peeters, Zuilen, & Brand, 2014) (Scherpbier, Vervoort, & Weel, 2013)

(Nicol, ve diğeri, 2018) (Barrett, ve diğeri, 2011). Chan ve ark (2009) tarafından yürütülen araştırmada müdahale grubu, yapılandırılmış multidisipliner bakım alırken, kontrol grubu standart bakım almıştır. Chen'in (2011) yürüttüğü araştırmada ise, kontrol grubu standart bakım alırken, müdahale grubu, nefrolog bakımı ile birlikte özbakımı desteklemek için yoğun bir multidisipliner programa katılmıştır. Araştırma sonuçları hemşirelerin dahil olduğu bakım modellerinde, hastaların ilaçlara uyumu ve özbakım yetkinliğinin arttığını, hemşirelerin kilit rol aldıkları multidisipliner bakım modellerinde kan basıncı kontrolünün iyileştiğini, tedavi hedeflerine ulaşmak için hastaların özbakım yeterliliğinin önemini ortaya koymaktadır (Chen, ve diğeri, 2011) (Chan, SoWY, & Yeung, 2009) (Nicol, ve diğeri, 2018).

Hemşirelerin en önemli rollerinden biri "sağlıkla ilgili karşılaştıkları durumları ve problemleri daha iyi yönetebilmek için kronik hastalığı olan bireyleri desteklemektir" (ICN, 2010). Kronik hastalıkların yönetiminde, multidisipliner sağlık ekibinin kilit üyesi olarak hemşireler verdikleri eğitimle, hasta ve ailesinin tedavi kararına katılmaları konusunda güçlenmesinde, karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır (Mollaoğlu, 2012).

Sağlık ekibi tarafından verilen eğitimde hastanın değerleri, inançları ve geleneklerinin dikkate alınması, hastanın tedavi planını yapması ve gerekli durumlarda kendi bakımını yönetebilmesi için gerekli yetkinlik ve yeterlilik konusunda güçlendirilmesi ve hastalığın günlük yaşama adapte edilmesi konularını içermelidir. Hasta katılımı ve güçlendirilmesinde hastaların tedavi kararına katılımı konusunda görüşlerinin alınması, tedavi ile ilgili başka seçeneklerin sunulması önemlidir (Glasgow, Wagner, & Mahoney, 2005). (Acaroğlu, şendir, & Sosyal, 2007).

Kronik Böbrek Hastalığı yönetiminde, sağlık bakım profesyonelleri tarafından sunulan güncel medikal tedavilerin takip edilmesi, uygulanması ve multidisipliner hastalık yönetim programlarının yürütülmesi gibi farklı uygulamaların etkileri araştırılmaktadır (Jha, Garcia-Garcia, & Iseki, 2013) (Chen, Yang, & Wang, 2014). Ancak, böbrek hastalığının kronik ve progresif doğası nedeniyle, hastaların tedavi ve bakım süreçlerine dahil olmaları

önemlidir. Yapılan araştırmalar, öz yönetim ile KBH hasta sonuçları arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, sağlık ekibinin girişimlerine ve yaklaşımlarına ek olarak, aktif hasta katılımı, etkili özyönetim ve öz bakım davranışları geliştirmek, tedavi başarisında kilit rol oynar (Havas, Douglas, & Bonner, 2017) (Chen, ve diğerleri, 2011) (Curtin, ve diğerleri, 2008) (Lin, Liu, Hsu, & Tsai, 2017).

Öz bakım davranışı, böbrek hastalarının günlük yaşamlarında fiziksel bakım ihtiyaçlarını gerçekteştirmeleri ve sağlıkla ilgili davranışları sürdürmeleri olarak tanımlanır. Öz bakım ya da öz yönetim davranışının böbrek hastalığı olan bireylerde hasta sonuçlarını iyileştirdiğine dair kanıtlar olmasına rağmen, özellikle kronik böbrek hastalığında öz bakım davranışlarını ölçen araçlar yeterli değildir. Birçok çalışma KBH'da öz-yönetimi genel hatları ile ele almış, sadece öz bakım davranışlarına odaklanmıştır (Curtin, ve diğerleri, 2008) (Lin, Liu, Hsu, & Tsai, 2017) (Lin, Wu, Wu, Chen, & Chang, 2013).

Curtin ve ark. (2005, 2008) SDBY hastalarında öz-yönetimi değerlendirmek üzere 49 maddeden oluşan ve beş boyutu kapsayan (iletişim, bakıma dahil olma, öz-etkililik, öz bakım davranışları, kendini ifade etme, ilaç ve / veya tedaviye uyum alt boyutlarının yer aldığı bir anket geliştirerek uygulamış. Hastaların algılanan öz-yeterlik ve öz-yönetim davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile 174 hastanın dahil edildiği çalışma gerçekteştirilmiş. Yüksek öz-yeterlik puanları hastaların iletişim becerisinin arması, bakıma dahil olmaları, özbakım ve tedaviye uyum gösterme davranışları ile ilişkil olarak bulunmuş. Öz-yönetimin hasta sonuçlarını iyileştirdiği ve bu nedenle özbakım davranışlarını geliştirecek yaklaşımların faydalı olabileceği belirtilmiş (Curtin, ve diğerleri, 2008) (Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005).

Lin ve ark. (2013), 29 maddeden oluşan ve entegrasyon, problem çözüme, sosyal destek alma ve önerilen tedaviye uyumu olmak üzere dört farklı boyutu olan anket kullanarak araştırma gerçekteştirmiştir (Lin, Wu, Wu, Chen, & Chang, 2013). Bu çalışma aynı zamanda, multidisipliner ve entegre bakım programlarının hastalarda özbakım tedaviye uyum diyet kontrolü ve düzenli egzersiz alışkanlıkları üzerinde olumlu etkilerini ortaya koymuştur (Chen,

Yang, & Wang, 2014) (Yu, Wu, & Huang, 2014) (Lee, Wu, Hsieh, & Tsai, 2016) (Cueto-Manzano, Martinez-Ramirez, & Cortes-Sanabria, 2010).

Kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen ve kronik hastalığı olan 126 kişinin dahil olduğu bir araştırmada ölçek ortalama puanı 2.44 ± 0.74 olarak bulunmuştur. Katılımcılar, sırasıyla, en fazla “karar verme desteği” (ort: 3.03 ± 1.07), “problem çözme” (ort: 2.84 ± 0.96), “hasta katılımı” (ort 2.48 ± 1.09), “amaç belirleme/rehberlik” (ort: 2.34 ± 0.97) ve “izlem/koordinasyon” (ort: $1.85 \pm 0,88$) boyutlarına puan vermişlerdir (Kaya, ve diğerleri, 2013).

Araştırmamızda yer alan “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulaması kronik hastalık bakımını iyileştirir” hipotezi ile ilgili veriler “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, diyaliz hastalarının girişim öncesi ve girişim sonrası veriler incelendiğinde DEP grubundaki hastaların girişim öncesi ve sonrası kronik hastalık bakımını değerlendirme toplam puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$), KADEP grubundaki hastaların girişim sonrası kronik hastalık bakımını değerlendirme toplam puan ortalamasının girişim öncesine göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$) belirlenmiştir.

Araştırma verileri diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulamasının tüm alt boyutlarında etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Hastaların acil şartlarda dahi kronik tedavisine karar verme sürecinde kendi değerleri, yaşam tarzı ve alışkanlıkları doğrultusunda, en uygun tedaviyi seçmesi konusunda desteklenmesi ve kronik hastalık bakımını yönetmede güçlendirilmesi önemlidir.

5.3. Öz-bakım Gücü ile İlgili Sonuçların Tartışılması

Öz bakım; belirlenmiş, hedeflenmiş sonuçlara ulaşmak, bireyleri sağlık durumlarını yönetmeye hazırlamak, sağlıkla ilgili olumlu davranışları geliştirmek, uygulamak, sürdürmek ve sağlık ekibi ile iş birliği içinde veya

olmadan hastalığın duygusal, fiziksel ve sosyal etkenleri azaltmak için beceri ve yeteneklere sahip olmak üzere tasarlanmış eğitime veya tedaviye katılmak olarak tanımlanmaktadır (McGowan, 2013). Başarılı kronik hastalık yönetimi, büyük ölçüde, sağlık hizmeti sağlayıcılarının doğrudan bakımı yerine, hastaların kendi kendini yönetme becerilerini geliştirmeye dayanır (Lin, Wu, Wu, Chen, & Chang, 2013).

Öz bakımında temel amaç, hastaların günlük yaşamlarını yönetmelerine ve karşılaşılan sağlık sorunları ile başa çıkmalarını sağlayacak beceri ve güven kazanmalarınıdır. Bu yaklaşım hastaların sağlık durumlarındaki iyileşme ile birlikte daha az hastane kaynaklarının kullanılmasına neden olur (McGowan, 2013).

Kronik Böbrek Hastalığı, fiziksel, zihinsel sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyen, uygulanan replasman tedavileri ile birlikte bireyler ve sağlık hizmetleri üzerinde finansal yükü yüksek olan kronik hastalıktır. Replasman tedavilerinden biri olan diyaliz, bireylerde fiziksel yetersizlik, tedavi ekibine ve makineye bağımlı olmanın sonucu olarak, aile içinde rollerinin değişmesi, sınırlanmış çalışma yaşamı ve sosyal ilişkileri, yaşanan iç çatışmalar, seksüel fonksiyonlarda bozulmalar, bitkinlik, beden imgesinde değişme, sıvı kısıtlaması ve sınırlı diyet, devamlı gelecek korkusu ve kısa yaşam süresi gibi psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Mollaoğlu2, 2005).

Öz bakım, böbrek hastalığı olan bireyin, günlük yaşamında karşı karşıya kaldığı, beslenme önerilerine, sağlık ekibi tarafından reçete edilen ilaç tedavisine uyum sağlamak gibi sorumlulukların yerine getirilmesi gereken önemli bir görevdir. Hastaların, hastalara bakım veren bireylerin ve sağlık ekiplerinin öz bakım ile ilgili sınırlı deneyimler olmakla birlikte, hastalığın ilerleyişinde öz bakım yaklaşımının hastalığın progresyonu ve komorbid durumların gelişmesinin kontrolü ve hastalık yönetimi konularında yararlı olabileceği düşünülmektedir (Costantini, ve diğerleri, 2008) (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005) (Curtin, ve diğerleri, 2008).

Böbrek hastalığı olan bireylerin tedavi önerilerini tam olarak yerine getirmedikleri bilinmektedir. Komplikasyon ve komorbiditenin gelişmesini önlemek için hastaların bilinçlendirilmesi, öz bakım geliştirme programlarının

uygulanması, hasta sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada KBH hastalarına yönelik geliştirilmiş özbakım programlarının değerlendirme sonuçları, tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) ve KBH klinik parametrelerinin iyileştirildiğini göstermektedir (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005) (Flesher, ve diğerleri, 2011) (Chen, ve diğerleri, 2011) (Lingerfelt & Thornton, 2011) (Ong, Jassal, Porter, Logan, & Miller, 2013). Özbakım gücü ile ilgili yapılan bazı çalışmalar, kronik hastalığı olan bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının 110 ile 98 arasında olduğunu; diyaliz hastalarında ise, bu oranın 112 ile 92 arasında değiştiğini, göstermektedir (Kara & Fesçi, 2000).

Çalışmalar eğitime odaklı hemşirelik bakımı ve destekleme programlarının hastalarda davranış değişikliğini sağladığını ve hemşirelik bakımının hastaların öz bakımını artırmada çok önemli olduğunu saptamıştır. Diyaliz öncesi dönemde multidisipliner takip ve bakım yaklaşımının hastaların özbakım gücüne etkileri ile ilgili yapılmış sınırlı araştırma, eğitim alan hasta grubunda özbakım gücünün arttığını göstermektedir (Akyol & Karadakovan, 2002) (Karabulutlu & Tan, 2005) (Jadoul & Goffin, 2005). Manns ve arkadaşları diyaliz öncesi eğitim yaklaşımının bireylerde özbakım düzeyini arttırdığını ve hastaların evde diyaliz tedavilerini tercih ettiklerini bildirmiştir (Manns, Taub, & Vanderstraeten, 2005).

Yapılan literatür incelemesinde acil şartlarda diyalize başlayan hastalara verilen eğitimin hastalarda özbakım yeterliliğine etkisini değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmada “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulamasının hastaların öz bakım gücüne” etkisi değerlendirilmiştir. DEP ve KADEF gruplarında ayrı olarak, hastaların girişim öncesi ve girişim sonrası özbakım toplam puan ve beş alt boyutunun puan ortalaması arasındaki fark karşılaştırılmıştır.

Girişim sonrasında toplam puan ve tüm alt boyutlarda KADEF grubundaki hastaların öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının DEP grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan

hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulamasının hastaların öz bakım gücünü iyileştirdiğini” ve hipotezi doğruladığını göstermektedir.

5.4. Yaşam Kalitesi ile İlgili Sonuçların Tartışılması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yaşam kalitesi; bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak bireylerin yaşamdaki konumlarını algılaması olarak tanımlanmıştır. Kronik böbrek hastalığında benzer sorunlar gözlemlenmekte, özellikle SDBY olan hastalarda semptom sayılarının ve etki yüklerinin çok olması yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır. Yaşam kalitesi, sunulan sağlık hizmetlerinin, sağlık düzeyinin ve refahın etkinliğini gösteren önemli bir kriterdir ve yetenek, işlev, sağlık, refah ve psikolojik durumu içeren çok boyutlu bir kavramdır. (Unruh, Weisbord, & Kimmel, 2005) (Forouhari, Rad, Moattari, Mohit, & Ghaem, 2009). Hastalıklarla yaşam kalitesi arasındaki direkt bir ilişki sözkonusudur. Yaşam kalitesinin fiziksel performans, duygusal ve fiziksel problemler, yorgunluk, zihinsel sağlık, sosyal performans ve genel sağlık üzerinde doğrudan etkisi olabilir. (Hasanpour-Dehkordi, Dehghani, & Solati, 2017) (Soleymanian, Kokabeh, Ramaghi, Mahjoub, & Argani, 2017)

Kronik hastalıklar, özellikle kronik böbrek hastalıkları, hastaların sağlık problemlerinin evriminde çok önemlidir. KBH olan prediyaliz hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi diyaliz hastalarına göre daha az dikkate alınmaktadır. Bu hasta grubunda da yaşam kalitesinin hızla azaldığı görülmüş, bu azalış da yükselen serum kreatinin, azalan hematokrit değeriyle ilişkilendirilmiştir (Fukuhara & Yamazaki, 2007).

Kronik böbrek hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini bir meta-analiz ile değerlendiren ve 17200 kişinin katıldığı 45 inceleme çalışmasında yaşam kalitesinin ortalama skoru SF-36 (60.31), HRQOL (60.51) ve KDQOL-SF (50.37) olarak bulunmuş ve KBH'li hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının sağlıklı pöülasyona göre daha düşük olduğu, bu nedenle, bu hastaların yaşam kalitesini her boyutta geliştirmek için girişimsel önlemlerin

alınması gerektiği vurgulanmıştır (Ghiasi, Sarokhani, Dehkordi, Sayehmiri, & Heidari, 2018).

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında çok yakın ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastaların yaşam kalitesini arttıracak yaklaşımlar ve tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir (Altıntepe & Güney, 2005). Verilen eğitim sonucunda yaşam kalitesinin arttığı çok sayıda çalışmayla desteklenmektedir. Grimmer ve arkadaşları eğitim ve bilgilendirmenin hastalığa ve kronik tedaviye uyumu iyileştirdiğini dolayısıyla yaşam kalitesinin artacağını rapor etmişlerdir (Grimmer, Kay, Foot, & Pastakia, 2015).

KBY hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için hasta ve ailelerinin eğitimine, hasta takibine önem verilmelidir. Hastalarda yaşam kalitesini arttırmak için hemşirelik bakımında; belirtileri azaltmak, yeterli ve dengeli besin alımını sağlamak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, egzersiz toleransını artırmak, komplikasyonları önlemek, hasta ve aile eğitimine önem vermek gerekmektedir. Hastaları, durumları ile ilgili olarak gerçekçi bir biçimde bilgilendirmek ve tedaviye katılımlarını sağlamak, daha başarılı tedavi sonuçlarına ulaşmayı kolaylaştıracaktır (Varol & Sivrikaya, 2018).

Kronik böbrek hastalığı olan, prediyaliz hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu hasta grubunda da yaşam kalitesinin hızla azaldığı görülmüştür (Fukuhara & Yamazaki, 2007).

Eğitimin yaşam kalitesi ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalara bakıldığında, hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyi arttıkça global yaşam kalitesinde artış olduğu belirtilmektedir. Diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve hasta eğitiminin önemiyle ilgili yapılan ve 106 hastanın dahil edildiği çalışmada; hastaların %69.8'inin hastalıkları hakkında eğitim aldığı saptanmış, eğitim verilmeyen hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim verilen hastaların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur Aydın (2014) tarafından yürütülen tez çalışmasında evre 4

prediyaliz döneminde eğitim alan diyaliz hastalarında eğitim almayanlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, emosyonel fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim almayan olguların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($p<.05$) (Aydın Z. , 2014)

Yapılan literatür taramasında diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Araştırmamızda diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen sistematik eğitim ve karar desteğinin hastalarda yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. DEP grubunda hastaların girişim sonrasında genel yaşam kalitesi indeks değeri ortalamasının ve genel sağlık düzeyi VAS puan ortalamasının girişim öncesine göre düştüğü ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), KADEP grubunda girişim sonrasında genel yaşam kalitesi indeks değeri ortalamasının ve genel sağlık düzeyi VAS puan ortalamasının girişim öncesine göre arttığı, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir. Girişim sonrasında iki grubun karşılaştırılmasında DEP grubundaki hastaların genel yaşam kalitesi düzeyi puan indeks değerinin ve genel sağlık düzeyi VAS puan ortalamasının KADEP grubuna göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir.

Genel olarak yaşam kalitesi ile ilişkili sonuçlar diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin yaşam kalitesi üzerine oldukça belirgin, olumlu etkisinin olduğunu ve hastaların yaşam kalitesini arttıracak, iyileştirecek yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmesi gerektiğini desteklemektedir.

5.5. Depresyon ile İlgili Sonuçların Tartışılması

Depresyon böbrek hastalarında sık karşılaşılan, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen psikiyatrik hastalıklardandır (Kaya, Taşkapan, Ateş, Erdoğan, & E, 2012). Diyaliz popülasyonunda bildirilen depresyon prevalansı

%22.8'den %39.3'e kadar değişmektedir (Kimmel, Cukor, Cohen, & Peterson, 2007).

Çelik ve Acar'ın (2007) yaptığı çalışmada, hastaların %15.3'ünde depresyon ve %28.8'inde anksiyete geliştiği görülmüştür. Cantekin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise hastaların %28.6'sında depresyon, %16.7'sinde anksiyete saptanmıştır. HD hastalarının %5-22'sinde major depresyon, %25'inde ise depresyon semptomlarına benzer bulguların olduğu belirtilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada HD hastalarında depresif bozukluk oranı %37.5 olarak saptanmıştır (Çelik & Acar, 2007) (Cantekin, Curcani, & Tan, 2014) (Kaya, Taşkapan, Ateş, Erdoğan, & E, 2012).

Anksiyete ve depresyonun hastalarda mental ve fiziksel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği (Feroze, Martin, Reina-Patton, Kalantar-Zadeh, & Kopple, 2010) ve böbrek hastalarında hastaneye yatış ve mortalite (9,13,14) oranlarıyla da ilişkili olduğu bilinmektedir (Hedayati, ve diğerleri, 2008) (Dobbels, ve diğerleri, 2008) (Novak, ve diğerleri, 2010). Tayvan'da KBH olan 568 hastanın dahil edildiği kohort çalışmada, Tsai ve ark. (2012) depresyon varlığının, yüksek ölüm riski, hastalığın hızlı progresyonu, erken hospitalizasyon ve böbrek fonksiyonlarının hızlı kaybı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Tsai, ve diğerleri, 2012). 80.000'den fazla böbrek hastasını kapsayan bir meta-analizde, depresyon varlığı ile daha yüksek ölüm riski arasındaki ilişkiyi doğrulamıştır (Palmer, ve diğerleri, 2013).

Anksiyete ve depresyon riski olan hastaların hastalığını anlama ve kavramasının daha düşük olduğu, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olan hastalarda depresyon ve anksiyete riskinin azaldığı belirlenmiştir (Polaschek, 2003). Diyaliz tedavisini sürdüren hastaların hastalık algısının karşılaştırıldığı çalışmada, diyaliz tedavilerini kendi uygulayan hastalarının hastalığı anlama ve kişisel kontrol puanı yüksek bulunmuş (Timmers, ve diğerleri, 2008), hastaya verilen eğitimin hastalığa karşı olan tutum ve adaptasyonu arttırdığı belirtilmiştir. Diyaliz hastaları ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve baş etme üzerine etkisi değerlendirilmiştir. 60 hastanın katılımı ile yürütülen (30 deney ve 30 kontrol)

çalışmada, deney grubuna sorun çözme eğitimi verilirken kontrol grubundaki hastalar geleneksel yöntemle tedavilerine devam etmiştir. Eğitimden 3 ve 6 ay sonraki değerlendirmede, eğitim alan gruptaki olgularda depresyon puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Küçük L. , 2006) (Küçük L. , 2005). Diyaliz tedavisi alan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, 68 hastaya eğitim verilmiş, hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının tüm alanlarda arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$), anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının anlamlı olarak azaldığı gösterilmiştir ($p<0,001$). Yapılan bu araştırmanın sonucunda hastaların yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu iyileştirmeye yönelik yapılan bireysel eğitimlerin sürekliliğine ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır (Hacıhasanoğlu, Yıldırım, & Karakurt, 2010). Prediyaliz eğitim alan (108) ve almadan (94) diyaliz tedavisine başlayan hastalarda diyaliz öncesi dönemde verilen eğitimle depresyon gelişme derecesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, depresyon oranlarının eğitim alan hastalarda anlamlı düzeyde az olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Aydın Z. , 2014).

Literatür araştırmasında diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarda psikiyatrik hastalık görülme sıklığı ve etkileyen faktörlere ilişkin çalışmalara rastlanmamıştır. “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulaması”nın hastalarda depresyon görülme oranı üzerine etkisini değerlendirdiğimiz çalışmamızda DEP grubunda yer alan hastalarda 3. ayda yapılan değerlendirmede depresyon görülme riskinin arttığı ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), KADEP grubunda girişim sonrasında ise depresyon puan ortalamasının girişim öncesine göre düştüğü, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir. Girişim sonrasında depresyon görülme oranları ve depresyona yönelik yaşadıkları sorunların günlük yaşamın etkilenme durumu açısından iki grubun karşılaştırılmasında KADEP grubunda depresyon görülme oranının ve etkilenme durumunun DEP grubuna göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 10.1).

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar “Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı olan hastalarda yapılandırılmış DEP ve Karar Ağacı uygulaması”nın hastalarda depresyon görülme oranını azaltır” hipotezimizi doğrulamaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış hastalara, yaşam tarzına en uygun renal replasman tedavi seçeneğine karar vermesini desteklemek amacı ile geliştirdiğimiz ve uyguladığımız "Diyaliz Eğitim Programı (DEP) ve Karar Ağacı"nın hastalarda tedavi memnuniyeti, tedavi uyumu, öz-bakım, yaşam kalitesi, depresyon, laboratuvar ve klinik sonuçları üzerine etkisini değerlendirdiğimiz araştırmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

DEP ve KADEP grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve tedavi gördüğü hastane türünün dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$), grupların tanımlayıcı özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Girişim sonrasında KADEP grubundaki hastaların hemoglobin ortalamasının DEP grubuna göre yükseldiği ve aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

KADEP grubundaki hastaların albümin ve total protein ortalamasının DEP grubuna göre yüksek olduğu ve aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrası kalsiyum ortalamasının DEP grubundaki hastaların girişim sonrası kalsiyum ortalamasına göre yüksek olduğu ve arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.7.2). Her iki grupta fosfor ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrası KT/V ortalamasının DEP grubundaki hastaların KT/V ortalamasına göre yüksek olduğu ve aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.2). DEP grubundaki hastalarda RRF miktarı 246 ml azalırken, KADEP grubundaki hastalarda 63.26 ml azaldığı, iki grubun RRF miktarında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.3).

DEP grubundaki hastaların girişim sonrası BUN ortalamasının KADEP grubundaki hastalara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.01$) belirlenmiştir (Tablo 4.3). DEP grubundaki hastaların girişim sonrası kreatinin ortalamasının KADEP grubundaki hastalara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.3).

DEP ve KADEP gruplarındaki hastaların girişim sonrası kan basıncı ortalaması karşılaştırıldığında; girişim sonrası DEP grubunun hem sistolik kan basıncı hem de diyastolik kan basıncı ortalamasının KADEP grubuna göre ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tedaviye Uyum Ölçeğinin toplam puan ve iki ana alt boyutunun (Tedavi Hakkında Bilgi-Algıları ve Tedaviye Uyum) puanları değerlendirildiğinde girişim sonrasında DEP grubunda tedaviye uyumun (toplam puan, tedavi hakkında algı ve tedaviye uyum alt boyutlarında) anlamlı düzeyde azaldığı, KADEP grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. KADEP grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası tedavi uyum puanları arasındaki farkın DEP grubundaki puan farkına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.001$ Tablo 4.5, 4.6).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrasında tedavi memnuniyeti puan ortalamasının DEP grubundaki hastalara göre yüksek olduğu, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.7).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrası KHBDÖ toplam puan ortalamasının DEP grubundaki hastalara göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrasında öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının DEP grubundaki hastalara göre yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

KADEP grubundaki hastaların girişim sonrasında EQ-5D indeks değeri ortalamasının ve genel sağlık düzeyi puan ortalamasının DEP grubundaki

hastalara göre arttığı, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Girişim sonrasında DEP grubundaki diyaliz hastalarında depresyon görülme oranı KADEP grubuna göre ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.11).

Avrupa İyi Uygulamalar Kılavuzu (EBPG) Danışma Kurulu (2010) tüm hasta ve ailelerinin, yapılandırılmış bir eğitim programı aracılığıyla, farklı RRT yöntemleri hakkında eğitim almalarını önermektedir. Nefroloji ekibine geç sevk edilen ve acil şartlarda diyalize başlayan hastaların da tedavi seçenekleri hakkında eğitim almaları ve tedavi kararına dahil edilmelerinin önemi vurgulanmaktadır (Covic, Bammens, & Lobbedez, 2010).

Diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara yönelik geliştirdiğiniz eğitim ve karar ağacı uygulamasından elde ettiğimiz sonuçlar eğitimle birlikte karar ağacının uygulanması ile laboratuvar ve klinik değerlerin istatistiksel olarak daha iyi olduğu, bilinçli ve desteklenmiş hastalarda tedavi uyumu ve memnuniyetinin arttığı, hastaların kronik hastalığı ve özbakımını daha iyi yönettiği, yaşam kalitesinin iyileştiği ve depresyon görülme sıklığının azaldığı görüldü. Elde edilen veriler, diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve karar desteğinin etkili olduğunu göstermektedir.

Öneriler;

1. Kılavuzların önerdiği şekilde GFH 30 ml/dk ve altında olan tüm böbrek hastaları KBH eğitim programına dahil edilmeli ve hastaların multidisipliner yaklaşımla tedavi ve bakımı planlanmalı,
2. Ülke genelinde sistemli ve karar destekli kronik böbrek yetmezliği eğitimi veren hastanelerin sayısı artırılmalı,
3. Diyalize acil başlayan hasta sayısının azalması yönünde yaklaşımlar geliştirilmeli
4. Diyaliz tedavisine acil şartlarda başlamış olsa da bu hastalara yönelik tedavi seçenekleri eğitimi verilmeli

5. Diyaliz öncesi dönemde verilen eğitimin etkinliği bilinmektedir. Ancak tedavilerini günlük yaşamlarına adapte edebilmeleri için karar verme sürecinde hastanın desteklenmesi ile sonuçlarının daha iyileştiği araştırmamızda ortaya konulmuştur. Bu nedenle tüm hastalara eğitimle birlikte karar ağacı uygulaması ile destek sağlanmalıdır.
6. Tüm KBH eğitim programının etkinliği izlemeli ve program kanıtlar doğrultusunda güncellenmeli,
7. Hastaların yaşam kaliteleri, tedavi uyumları, tedavi memnuniyetleri, özbakım gücü ve depresyon düzeyleri belirli aralıklarla değerlendirilmeli.
8. Karar destekli eğitim programlarının hasta sonuçlarıyla birlikte sağlık ekonomisi üzerinde etkisinin değerlendirileceği maliyet çalışmaları yapılmalıdır

7. KAYNAKLAR

Ablada, A., Elbers, E., Visse, A. (2007). "Patient Education in Western European Hospitals". *Patient Education and Counseling*, 66(7), 4-10.

Acaroğlu, R., Őendir, M., Sosyal, H. K. (2007). "Bireyselletirilmif Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi". *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 61-67.

Ahrari, S., Moshki, M., Bahrami, M. (2014). "The Relationship Between Social Support and Adherence of Dietary and Fluids Restrictions Among Hemodialysis Patients in Iran". *Journal of Caring Sciences*, 11-19.

Aker, S., & Yüksel, S. (2016). "Hipertansif Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Kalitatif Çalışma". *Journal of Human Sciences*, 4389-4404.

Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G. (2007). *Nefroloji El Kitabı (Cilt 1)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Aksoy, A., Oğur, S. (2015). "Bitlis İlinde Rutin Olarak Diyaliz Ünitesine Bağlanan Diyaliz Hastalarının Sıkıntı Durumlarının Belirlenmesi". *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 112-121.

Akyol, D., Karadakovan, A. (2002). "Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi". *Ege Tıp Dergisi*, 41 (2)97-102.

Alkatheri, A., Alyousif, S., Alshabanah, N., Albekairy, A., Alharbi, S., Alhejaili, F. (2014). "Medication Adherence Among Adult Patients on Hemodialysis". *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 762-8.

Altıntepe, L., Güney, İ. (2005). "Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler". *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(2), 85-89.

Arıcı, M. (2007). "Predialysis Education Programme: Initial Results of Turkish Multicenter Study". *Euro PD*.

- Arık, N., Dilek, M. (2008). Nefroloji (2 b.). İstanbul: Karakter Colour A.Ş.
- Arık, N., Ateş, K., Süleymanlar, G. (2009). Hekimler İçin Hemodiyaliz El Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2007). Patient Empowerment in Theory and Practice: Polysemy or Cacophony. Patient Education and Counseling, 13-20.
- Aydemir, Ö., Gülseren, Ş., Güvenir, T. (1999). Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı. (Ö. Aydemir, Dü.) İstanbul: Matsan.
- Aydın, Z. (2004). "Renal Replasman Tedavi Seçenekleri". Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 16-20.
- Aydın, Z. (2014). "Diyaliz Tedavisi Öncesinde Uygulanan Sistemik Eğitimin Hastaların Klinik Sonuçlarına Etkisi". İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Bagnis, C. I., Crepaldi, C., Dean, J., Goovaerts, T., Melander, S., Nilsson, E. (2015). "Quality Standards for Predialysis Education: Results From a Consensus Conference". Nephrol Dial Transplant., 1058–66.
- Balım, S., Pakyüz, S. Ç. (2016). "Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kısıtlamasına Uyumlarının Değerlendirilmesi". Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 35-43.
- Barendse, S. M., Speight, J., & Bradley, C. (2005). The Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ): A Measure of Satisfaction With Treatment for Chronic Kidney Failure. *Am J Kidney Dis.* , 572-9.
- Barrett, B., Garg, A., Goeree, R., Levin, A., Molzahn, A., Rigatto, C., Parfrey, P. (2011). "A Nurse-coordinated Model of Care Versus Usual Care for Stage 3/4 Chronic Kidney Disease in the Community: A Randomized Controlled Trial". *Clin J Am Soc Nephrol*, 1241-7.
- Barry, M., Edgman-Levitan, S. (2012). "Shared Decision Making Pinnacle of Patient Centred Care". *New England Journal of Medicine*, 780-781.

Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Pate, V. (2008). "Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low Income and Middle-income Countries: A priority for Primary Health Care". *Lancet* , 940-949.

Berglund, C., Gustafsson, E., Johansson, H., Bergenmar, M. (2015). "Nurse-led Outpatient Clinics in Oncology care - Patient Satisfaction, Information and Continuity of Care". *Eur J Oncol Nurs.*, 724-3.

Best, J., Bonner, A. (2015). "PREPARE Study: Patient Satisfaction Survey With Care Provided in the Low Clearance Clinic". *Renal Society of Australasia Journal* , 62–67.

Biesen, W. V., Veer, S. N., Murphey, M., Loblova, O., Davies, S. (2014). "Patients' Perceptions of Information and Education for Renal Replacement Therapy: An Independent Survey by the European Kidney Patients' Federation on Information and Support on Renal Replacement Therapy". *PLoS One*, e103914.

Brown, C., Haddad, N. (2010). "Retarding Progression of Kidney Disease". Folege, J., Feehally J (ed), *Comprehensive Clinical Nephrology* (s. 935-950). Mosby Inc.

Brown, P. A., Akbari, A., Molnar, A. O., Taran, S., Bissonnette, J., Sood, M., Hiremath, S. (2015). "Factors Associated with Unplanned Dialysis Starts in Patients followed by Nephrologists: A Retrospective Cohort Study". *PLOS ONE*.

Buck, J., Baker, R., Cannaby, A.-M., Nicholson, S., Peters, J., Warwick, G. (2007). "Why do Patients Nown to Renal Services Still Undergo Urgent Dialysis Initiation? A Cross-sectional Survey". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 3240–3245.

Burra, P., Bona, M. (2006). "Quality of Life Following Organ Transplantation". *Transplant International*, 20(5), 397-409.

Cafazzo, J., Easty, K. L., Rossos, P., Chan, C. (2009). "Patient Perceived Barriers to the Adoption of Nocturnal Home Hemodialysis". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 784-789.

Cantekin, I., Curcani, M., Tan, M. (2014). “Determining the Anxiety and Depression Levels of Pre-dialysis Patients in Eastern Turkey”. *Ren Fail*, 678-81.

Chan, J., SoWY, Yeung, C. (2009). “Effects of Structured Versus Usual Care on Renal Endpoint in Type 2 Diabetes: The SURE Study: A Randomized Multicenter Translational Study”. *Diabetes Care*, 977–82.

Chan, Y., Zalilah, M., Hii, S. (2012). “Determinants of Compliance Behaviours Among Patients Undergoing Hemodialysis in Malaysia”. *PLoS One*, e41362.

Chapman, G., Sonnenberg, F. (2003). “Decision Making in Health Care: Theory, Psychology, and Applications. Cambridge”: Cambridge University Press.

Charles, B., Edgar, L., Mohamed, H. (2004). “Böbrek Yetmezliği Tedavisinde Transplantasyon”. *Y. Sağlık (Dü.) içinde, İç Hastalıkları Prensipleri* (s. 1567-1572). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Chen, S., Hwang, S., JC Tsai, W. L. (2010). “Early Nephrology Referral is Associated with Prolonged Survival in Hemodialysis Patients Even After Exclusion of Lead-time Bias”. *Am J Med* , 123-6.

Chen, S., Tsai, Y., Sun, C., Wu, I., Lee, C., Wu, M. (2011). “The Impact of Self-management Support on the Progression of Chronic Kidney Disease-A Prospective Randomized Controlled Trial”. *Nephrol Dial Transplant*, 3560-3566.

Chen, Y. (2013). “Effectiveness of Multidisciplinary Care for Chronic Kidney Disease in Taiwan: A 3 Year Prospective Cohort Study”. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 28, 671-682.

Chen, Y., Yang, Y., Wang, S. (2014). “Multidisciplinary Care Improves Clinical Outcome and Reduces Medical Costs for Pre-end-stage Renal Disease in Taiwan”. *Nephrology (Carlton)*, 699-707.

Cho, E., Park, H., Yoon, H. (2012). "Effect of Multidisciplinary Pre-dialysis Education in Advanced Chronic Kidney Disease: Propensity Score Matched Cohort Analysis". *Nephrology*, 17, 472-479.

Cicolini, G., Palma, E., Simonetta, C., Nicola, M. D. (2012). "Influence of Family Carers on Haemodialyzed Patients' Adherence to Dietary and Fluid Restrictions: An Observational Study". *Journal of Advanced Nursing* , 2410-2417.

Clark, S., Farrington, K., Chilcot, J. (2014). "Nonadherence in Dialysis Patients: Prevalence, Measurement, Outcome, and Psychological Determinants". *Semin Dial.* , 42-9.

Coleman, S., Havas, K., Ersham, S., Stone, C., Taylor, B., Graham, A., Bonner, A. (2017). "Patient Satisfaction with Nurse-led Chronic Kidney Disease Clinics: A Multicentre Evaluation". *Journal of Renal Care* , 11-20.

Combes, G., Sein, K., Allen, K. (2017)). "How Does Pre-dialysis Education Need to Change? Findings From a Qualitative Study with Staff and Patients". *BMC Nephrology*, 18:334.

Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., Francis, D. (2008). "The Self-management Experience of People with Mild to Moderate Chronic Kidney Disease". *Nephrol Nurs J* , 147-155.

Covic, A., Bammens, B., & Lobbedez, T. (2010). "Educating End-stage Renal Disease Patients on Dialysis Modality". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 3, 225-233.

Cueto-Manzano, A., Martinez-Ramirez, H., Cortes-Sanabria, L. (2010). "Management of Chronic Kidney Disease: Primary Health-care Setting, Self-care and Multidisciplinary Approach". *Clin Nephrol*, 99-104.

Curtin, R., Johnson, H., Schatell, D. (2004). "The Peritoneal Dialysis Experience: Insights from Long-term Patients". *Nephrology Nursing Journal*, 615-624.

Curtin, R., Mapes, D., Schatell, D., Burrows-Hudson, S. (2005). "Self-management in Patients with End Stage Renal Disease: Exploring Domains and Dimensions". *Nephrol Nurs J*, 389-395.

Curtin, R., Walters, B., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., Klicko, K. (2008). "Self-efficacy and Self-management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease". *Adv Chronic Kidney Dis*, 191-205.

Curtis, B., Ravani, P., Malberti, F. (2005). "The Short and Long Term Impact of Multidisciplinary Clinics in Addition to Standard Nephrology Care on Patient Outcomes". *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 20, 147-154.

Cvengros, J., Christensen, A., & Lawton, W. (2004). "The Role of Perceived Control and Preference for Control in Adherence to Chronic Medical Regimen". *Annals of Behavioral Medicine*, 155-161.

Çavuş, Ö. A. (2016). "Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye ve Diyete Uyumları İle Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi Örneği". Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi.

Çayırılı, M. (2002). *Transplantasyonda Genel Prensipler*. G. Kalaycı (Dü.) içinde, *Genel Cerrahi* (Cilt 1, s. 633-644). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Çelik, H. C., Acar, T. (2007). *Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*. *Fırat Tıp Dergisi* , 23-27 .

Daugirdas, J., Blake, P., Ing, T. (2006). *Diyaliz El Kitabı* (3 b.). (J. Daugirdas, Dü., S. Bozfakioğlu, Çev.) Ankara: Güneş Kitabevi.

Davis, J. L., Davison, S. N. (2017). "Hard Choices, Better Outcomes: A Review of Shared Decision-making and Patient Decision Aids Around Dialysis Initiation and Conservative Kidney Management". *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 205-2013.

Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., Geest, S. D. (2007). "Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimens". *Am J Crit Care*, 222-35.

Derrett, S., Darmody, M., Williams, S., Rutherford, M., Schollum, J., Walker, R. (2010). "Older Peoples' Satisfaction with Home-based Dialysis". *Nephrology*, 464-470.

Devins, G., Mendelssohn, D., Pe, P.(2003). "Predialysis Psychoeducational Intervention and Coping Styles Influence Time to Dialysis in Chronic Kidney Disease". *Am J Kidney Dis*, 693–703.

Dobbels, F., Skeans, M., Snyder, J., Tuomari, A., Maclean, J., Kasiske, B. (2008). "Depressive Disorder in Renal Transplantation: An Analysis of Medicare Claims". *Am J Kidney Dis*, 819-828.

Duranay, M., Güvence, N., Oğuz, Y. (2001). "Renal Transplantasyon Sonrası Erken Dönem". S. Sert (Dü.) içinde, *Böbrek Transplantasyonu El Kitabı* (s. 147-162). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

Ecdar, T. (2000). "Renal Replasman Tedavisi, Renal Transplantasyon". (T. Akpolat, C. Utaş, G. Süleymanlar, Dü) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R. (2012). "Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice". *J Gen Intern Med* , 1361–7.

England, N. (2014). Patient Decision Aids. www.england.nhs.uk/ourwork/pe/sdm/tools-sdm/pda/ adresinden alındı

Erdil, F., Elbas, O. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Aydoğdu Ofset.

Erkoç, R. (2003). "Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar". S. Bozfakioğlu (Dü.) içinde, *Diyaliz El Kitabı* (s. 148-168). Ankara: Güneş Kitabevi.

Fadem, S. Z., Walker, D. R., Abbott, G., Friedman, A. L., Goldman, R., Sexton, S., Peters, T. G. (2011). "Satisfaction with Renal Replacement Therapy and

Education: The American Association of Kidney Patients Survey". *Clin J Am Soc Nephrol*, 605-612.

Feroze, U., Martin, D., Reina-Patton, A., Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. (2010). "Mental Health, Depression, and Anxiety in Patients on Maintenance Dialysis". *Iran J Kidney Dis*, 173-180.

Flesher, M., Woo, M., Chiu, A., Charlebois, A., Warburton, D., Leslie, B. (2011). "Self-management and Biomedical Outcomes of a Cooking, and Exercise Program for Patients with Chronic Kidney Disease". *J Ren Nutr*, 188-195.

Forouhari, S., Rad, M. S., Moattari, M., Mohit, M., Ghaem, H. (2009). "The Role of Education on Quality of Life in Menopausal Women Referring to Shiraz Motahhari Clinic in 2004". *J Birjand Univ Med Sci.*, 39-45.

Fortnum, D., Smolonogov, T., Walker, R., Kairaitis, L., Pugh, D. (2015). "My Kidneys, My Choice, Decision Aid: Supporting Shared Decision Making". *Journal of Renal Care*, 81–87.

Fukuhara, S., Yamazaki, S. (2007). "Health Related Quality of Life Predialysis Patient With Chronic Renal Failure". *Nephron Clinical Practice*, 105(1), 1-8.

García-Llana, H., Remor, E., Selgas, R. (2013). "Adherence to Treatment, Emotional State and Quality of Life in Patients with End-stage Renal Disease Undergoing Dialysis". *Psicothema*, 79-86.

Ghaffari, A. (2012). "Urgent-start Peritoneal Dialysis: A Quality Improvement Report". *Am J Kidney Dis*, 400–8.

Ghiasi, B., Sarokhani, D., Dehkordi, A. H., Sayehmiri, K., Heidari, M. H. (2018). "Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease in Iran: Systematic Review and Meta-analysis". *Indian J Palliat Care*, 104-111.

Glasgow, R., Wagner, E., Mahoney, L. S. (2005). "Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)". *Medical Care*, 436-444.

Glyn, E., Frosch, D., Edwards, A. (2010). "Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions". *Med Decis Making*, 701-711.

Goovaerts, T., Jadoul, M., Goffin, E. (2012). "Influence of a Predialysis Education Program on the Choice of Renal Replacement Therapy". *American Journal of Kidney Disease*, 499.

Göçer, Ö. (2008). "Hastaların Kronik Hastalığa Uyum Sağlamada Karşılaştıkları Engeller". Ankara: G.K.B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi.

Gökkoca, Z. (2001). "Sağlık Eğitimi Açısından Temel İkeler". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10 (10), 371-374.

Grimmer, K., Kay, D., Foot, J., Pastakia, K. (2015). "Consumer Views About Aging-in-place". *Clin Interv Aging*, 1803–1811.

Günalay, S., Taşkıran, E., Mergen, H. (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğun Değerlendirilmesi". *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 9-14.

Haberal, M., Emiroğlu, R. (2005). "Böbrek Transplantasyonu". H. Gülay (Dü.) içinde, *Temel ve Sistemik Cerrahi* (s. 647-711). İzmir: Güven Kitabevi.

Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P. (2010). Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. *Türkiye Klinikleri*, 5(2), 39-45.

Hare, J., Clark-Carter, D. (2014). "A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of a Cognitive Behavioural Group Approach to Improve Patient Adherence to Peritoneal Dialysis Fluid Restrictions: A Pilot Study". *Nephrol Dial Transplant*, 555–564.

Hasanpour-Dehkordi, A., Dehghani, A., Solati, K. (2017). "A Comparison of the Effects of Pilates and McKenzie Training on Pain and General Health in Men with Chronic Low Back Pain: A Randomized Trial". *Indian J Palliat Care*, 36–40.

Havas, K., Douglas, C., Bonner, A. (2017). "Person-centred Care in Chronic Kidney Disease: A Cross-sectional Study of Patients' Desires for Self-Management Support". *BMC Nephro*, 18.

Hazzan, A., Halinski, C., Agoritsas, S., Fishbane, S., DeVita, M. (2016). "Epidemiology and Challenges to the Management of Advanced CKD". *Adv. Chronic Kidney Dis*, 217-221.

Hedayati, S., Bosworth, H., Briley, L., Sloane, R., Pieper, C., Kimmel, P., Szczech, L. (2008). "Death or Hospitalization of Patients on Chronic Hemodialysis is Associated with a Physician-based Diagnosis of Depression". *Kidney Int* , 930-936.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., & Badia, G. B. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). . *Qual Life Res.* , 1727–36.

Hope, J. (2013). "A Patient Perspective on the Barriers to Home Dialysis". *Journal of Renal Care* , 3-8.

Howren, M., Kellerman, Q., Hillis, S., Cvengros, J., Lawton, W., Christensen, A. (2016). "Effect of a Behavioral Self-regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-intake Restrictions in Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial". *Ann Behav Med*, 167-176.

Hutchinson, T. A. (2005). "Transitions in the Lives of Patients with End Stage Renal Disease: A Cause of Suffering and an Opportunity for Healing". *Palliat Med*, 270-7.

ICN, I. C. (2010). "Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care". *International Nurses Day* , 1-69.

İhtiyar, E. (2006). "Böbrek Transplantasyonunda Cerrahi Komplikasyonlar". *Türkiye Klinikleri*, 2(21), 57-63.

Ivarsen, P., Povlsen, J. (2014). "Can Peritoneal Dialysis be Applied for Unplanned Initiation of Chronic Dialysis?" . *Nephrol Dial Transplant.*, 2201–6.

Jadoul, M., Goffin, E. (2005). "Influence of a Pre-dialysis Education Programme (PDEP) on the Mode of Renal Replacement Therapy". *Nephrol Dial Transplant.*, 20(9), 1842-1847.

Jenkins, K. (2015). *About Your kidneys*. Lucerne.

Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K. (2013). *Chronic Kidney Disease: Global Dimension and Perspectives*. *Lancet*, 260-272.

Joseph-Williams, N., Newcombe, R., Politi, M. (2014). "Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process". *Med Decis Mak*, 699-710.

Jungers, P., Zingraff, J., Albouze, P. (1993). "Late Referral to Maintenance Dialysis: Detrimental Consequences". *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 1089-1093.

Kara, B. (2009 a). *Diyaliz Diyet Ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 20-27.

Kara, B., Feşçi, H. (2000). "Tip 1 Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi". *Sendrom Dergisi*, 4, 28-32.

Karabulutlu, E., Tan, M. (2005). "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 1-11.

Karkar, A. (2011). "Caring for Patients with CRF: Rewards and Benefits. *International Journal of Nephrology*".

Kav, S. (2015). "Onkoloji Hemşireliğinde Yeni Paradigma: Oral Ajanlar, Tedaviye Uyum ve Güvenli Kullanımda Hemşirenin Rolü". *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing Special Topics*, 1-7.

Kaya, B., Taşkapan, H., Ateş, F., Erdoğan, S. (2012). "Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal

Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması”. Klinik Psikiyatri, 144-152.

Kaya, Ç. A., Akturan, S., Şimşek, M., Uğuz, K., İçen, F., Akman, M. (2013). “Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi”. Turkish Family Physician.

Khalil, A., Darawad, M., Gamal, E. A., Hamdan-Mansour, A., & Abed, M. (2013). “Predictors of Dietary and Fluid Non-adherence in Jordanian Patients with End-stage Renal Disease Receiving Haemodialysis: A Cross-sectional Study”. J Clin Nurs, 127-36.

Kimmel, P. L., Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A. (2007). “Depression in End-stage Renal Disease Patients: A Critical Review”. Adv. Chronic Kidney Dis, 328-334.

Koch, M., Kohnle, M., Trapp, R., Haastert, B., Rump, L., Aker, S. (2012). “Comparable Outcome of Acute Unplanned Peritoneal Dialysis and Haemodialysis”. Nephrol Dial Transplant, 375–80.

Kordan, Y., Yavaşcaoğlu, Ö. (2006). “Canlı Verici Adayının Hazırlanması ve Nefrektomi”. Türkiye Klinikleri, 2(21), 21-25.

Korkmaz, Y. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi ve Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Uyumsuzluk ve Öz Etkililik Durumunun İncelenmesi, Ankara: Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kugler, C., Maeding, I., Russell, C. (2011). “Non-adherence in Patients on Chronic Hemodialysis: An International Comparison Study”. J Nephrol, 366-75.

Küçük, L. (2005). “Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar”. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14(4), 166-170.

Küçük, L. (2006). “Diyaliz Hastalarında Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Baş Etme Biçimlerine Etkisi”. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD, Doktora Tezi.

Lacson, E., Wang, W., DeVries, C., Leste, K., Hakim, R. M., Lazarus, M., Pulliam, J. (2011). "Effects of a Nationwide Predialysis Educational Program on Modality Choice, Vascular Access, and Patient Outcomes". *Am J Kidney Dis* , 235-242.

Lecouf, A., Ryckelynck, J.-P., Ficheux, M., Henri, P., Lobbedez, T. (2013). "A New Paradigm: Home Therapy for Patients Who Start Dialysis in an Unplanned Way". *Journal of Renal Care* , 50-55.

Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. (2008). "Patients' Views Regarding Choice of Dialysis Modality". *Nephrol Dial Transplant*, 3953–3959.

Lee, M., Wu, S., Hsieh, N., Tsai, J. (2016). "Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis". *Asian Nurs Res Korean Soc Nurs*, 255-262.

Lee, S., Molassiotis, A. (2002). "Dietary and Fluid Compliance in Chinese Hemodialysis Patients". *Int J Nurs Stud.*, 695-704.

Lewis, S., Collier, I., Heitkemper, M. (2007). "Nursing Assesment and Management of Clinical Problems". *Medical Surgical Nursing* (s. 1392-1401). içinde Mosby.

Lin, C., Wu, C., Wu, L., Chen, H., Chang, S. (2013). Psychometric evaluation of a new instrument to measure disease self-management of the early stage chronic kidney disease patients. . *J Clin Nurs*, 1073-1079.

Lin, M., Liu, M., Hsu, L., Tsai, P. (2017). "Effects of Self-management on Chronic Kidney Disease: A meta-analysis". *Int J Nurs Stud*, 128-137.

Lingerfelt, K., Thornton, K. (2011). "An Educational Project for Patients on Hemodialysis to Promote Self-management Behaviors of End Stage Renal Disease Education". *Nephrol Nurs J* , 483-488.

Lobbedez, T., Lecouf, A., Ficheux, M., Henri, P., Ligny, B. H., Ryckelynck, J. (2008). "Is Rapid Initiation of Peritoneal Dialysis Feasible in Unplanned Dialysis Patients? A Single Centre Experience". *Nephrol Dial Transplant*, 3290–4.

Ludlow, M., Lauder, L., Mathew, T. (2012). "Australian Consumer Perspectives on Dialysis: First National Census". *Nephrology*, 703-709.

Machowska, A., Alscher, M. D., Vanga, S. R., Koch, M., Aarup, M., Qureshi, A. R., Rutherford, P. (2017). "Offering Patients Therapy Options in Unplanned Start (OPTiONS): Implementation of an Educational Program is Feasible and Effective". *BMC Nephrology*, 18:18.

Maly, R., Bourque, L., Engelhardt, R. (1999). A Randomized Controlled Trial of Facilitating Information Giving to Patients with Chronic Medical Conditions, Effects on Outcomes of Care". *J Fam Pract*, 48(5), 356-363.

Manns, B., Taub, K., Vanderstraeten, C. (2005). "The Impact of Education on Chronic Kidney Disease Patients' Plans to Initiate Dialysis with Self-care Dialysis: A Randomized Trial". *Kidney International*, 68(4), 1777-1783.

Marron, B. (2006). Impact of End Stage Renal Disease Care in Planned Dialysis Start". *Nephrology Dialysis Transplantation*, Suppl 2.

Marrón, B., Ostrowski, J., Török, M., Timofte, D., Orosz, A., Kosicki, A., Divino-Filho, J. C. (2016). "Type of Referral, Dialysis Start and Choice of Renal Replacement Therapy Modality in an International Integrated Care Setting". *PLOS ONE*.

McGowan, P. (2013, January 16). "Self Management: A Background Paper". http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf;
http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf

Mehrotra, R., Marsh, D., Vonesh, E., Peters, V., Nissenson, A. (2005). "Patient Education and Access of ESRD patients to Renal Replacement Therapies Beyond In-center Hemodialysis". *Kidney Int*, 378-39.

Mendelssohn, D. C., Malmberg, C., Hamandi, B. (2009). "An Integrated Review of "Unplanned" Dialysis Initiation: Reframing the Terminology to "Suboptimal" Initiation". *BMC Nephrology*, 22.

Mendelssohn, D., Curtis, B., Yeates, K., Langlois, S., MacRae, J., Semeniuk, L. (2011). "Suboptimal Initiation of Dialysis With and Without Early Referral to a Nephrologist". *Nephrol Dial Transplant*, 2959–65.

Mollaoğlu, M. (2012). "Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci". Z. D. ed içinde, *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (s. 51-63). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). "Hemodiyaliz Uygulayan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Etkileyen Faktörler". *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2.

Mollaođlu², M. (2005). "Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Depresyon". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 55-60.

Morton, R., Tong, A., Howard, K. (2010). "The Views of Patients and Carers in Treatment Decision Making for Chronic Kidney Disease; Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies". *British Medical Journal*, 112.

Moser, M., Setaro, J. (2006). "Resistant or Difficult-to-control Hypertension". *New England Journal of Medicine*, 385-392.

Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M. (2017). "Treatment Adherence and Perception in Patients on Maintenance Hemodialysis: A Cross – sectional Study from Palestine". *BMC Nephrology*, 178.

Nguyen, P., Frimat, L., Loos-Ayav, C., Kessler, M., Briancon, S. (2008). "SDIALOR: A Dialysis Patient Satisfaction Questionnaire". *Nephrol Ther*, 266-77.

Nicol, R., Robertson, L., Gemmel, E., Sharma, P., Black, C., Marks, A. (2018). "Models of Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review". *Nephrology*, 389–396.

Novak, M., Molnar, M., Szeifert, L., Kovacs, A., Vamos, E., Zoller, R., Mucsi, I. (2010). "Depressive Symptoms and Mortality in Patients After Kidney Transplantation: A Prospective Prevalent Cohort Study". *Psychosom Med*, 527-534.

O'Connor, A., Jacobsen, M. (2003). "Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids". Ottawa: The Ottawa Hospital Research Institute.

O'Connor, A., Stacey, D., Barry, M., Col, N., Eden, K., Entwistle, V., Rovner, D. (2007). "Do Patient Decision Aids Meet Effectiveness Criteria of the International Patient Decision Aid Standard Collaboration? A Systematic Review and Meta-Analysis". *Medical Decision Making*, 554-574.

Ong, S. W., Jassal, S. V., Porter, E., Logan, A. G., & Miller, J. A. (2013). "Using an Electronic Self-Management Tool to Support Patients with Chronic Kidney Disease (CKD): A CKD Clinic Self-Care Model". *Seminars in Dialysis*, 195–202.

Ören, G., Söyük, S., Yürügen, B. (2000). "Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Özbakıma İlişkin Tutumları ve Sosyodemografik Özellikler ile Özbakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik bir Araştırma". *Çınar Dergisi*, 6 (3-4):64-66.

Özer, C., Şahin, E. D. (2002). "Birinci Basamakta Hasta Eğitimi". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(1), 11-14.

Özkurt, S., Sağlan, Y., Gölgeli, H., Sağlan, R., Balcıoğlu, H., Bilge, U., Ünlüoğlu, İ. (2017). "Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi". *Ankara Med J*, 275-83.

Öztürk, A., Altuntaş, Y., Özsan, M., Gündüz, E. (2009). "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Olgularının Hastalıkları ve Hemodiyaliz Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi". *Erciyes Tıp Dergisi*, 119-125.

Palmer, S. C., Berardis, G. d., Craig, J. C., Tong, A., Tonelli, M., Pellegrini, F., Murgu, M. (2014). "Patient Satisfaction With In-centre Haemodialysis Care: An International Survey". *BMJ Open*, e005020 20.

Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J., Tonelli, M., Johnson, D., Nicolucci, A., Strippoli, G. (2013). "Association Between Depression and Death in People with CKD: A Meta-analysis of Cohort Studies". *Am J Kidney Dis*, 495-505.

Peeters, M., Zuilen, A. v., Brand, J.V. (2014). "Nurse Practitioner Care Improves Renal Outcome in Patients With CKD". *J. Am. Soc. Nephrol.*, 390–98.

Polaschek, N. (2003). "Living on Dialysis: Concerns of Clients in a Renal Setting". *J Adv Nurs*, 44-52.

Post, T., Rose, B. (2012). "Overview of the Management of Chronic Kidney Disease in Adult". (19.2).

Ravani, P., Marinangeli, G. (2003). "Structured Pre-dialysis Programs: More Than Just Timely Referral?" *Journal of Nephrology*, 16(6), 862-869.

Raza, M. N., Dudley, C. R. (2011). "How do Patients who are Known to the Renal Units Start Chronic Haemodialysis?" *Turk Neph Dial Transpl* 2011, 227-234.

Registry, E.-E., & ERA-EDTA. (2014). "ERA-EDTA Registry Annual Report". Amsterdam: ERA-EDTA Registry.

Remor, E. (2011). "Predictors of Treatment Difficulties and Satisfaction With Haemophilia Therapy in Adult Patients". *Haemophilia*, e901-e905.

Rioux, J.-P., Cheema, H., Bargman, J. M., Watson, D., Chan, C. T. (2011). "Effect of an In-Hospital Chronic Kidney Disease Education Program Among Patients with Unplanned Urgent-Start Dialysis". *Clin J Am Soc Nephrol*, 799-804.

Robinski, M., Mau, W., Wienke, A., Girndt, M. (2016). "Shared Decision-making in Chronic Kidney Disease: The Retrospection of Early-stage Dialysis Patients in Germany". *Patient Educ Couns*, 562–570.

Roderick, P. C., Drey, N. (2002). "Late Referral for End Stage Renal Disease: A Region-wide Survey in the Southwest of England". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17, 1252-9.

Rubin, H., Fink, N., Plantinga, L., Sadler, J., Kliger, A., Powe, N. (2004). "Patient Ratings of Dialysis Care With Peritoneal Dialysis vs Hemodialysis". *JAMA*, 697-703.

Sanabria-Arenas, M., Tobón-Marin, J., Certuche-Quintana, M. C., Sánchez-Pedraza, R. (2017). "Validation of an Instrument for Measuring Satisfaction of Patients Undergoing Hemodialysis". *BMC Health Services Research*, 321.

Sandinha, T., Hebbar, G., Kenawy, N., Hope-Stone, L. (2012). "A Nurse-led Ocular Oncology Clinic in Liverpool: Results of a 6-month Trial". *Eye (London, England)* , 937-43.

Scherpbier, d. H., Vervoort, G., Weel, C. v. (2013). "Effect of Shared Care on Blood Pressure in Patients With Chronic Kidney Disease: A Cluster Randomised Controlled Trial". *Br. J. Gen. Pract.* , 798–806.

Schrier, R. (2007). *Nefroloji El Kitabı (6 b.)*. (G. Süleymanlar, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Sharp, J., Wild, M., Gumley, A., Deighan, C. (2005). "A Cognitive Behavioral Group Approach to Enhance Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Randomized Controlled Trial". *Am J Kidney Dis*, 1046-1057.

Sheu, J., Ephraim, P., Power, N., Rabb, H., Senga, M., Evans, K., Boulware, L. (2012). "African American and non-African American Patients' and Families' Decision Making About Renal Replacement Therapies". *Qual Health Res*, 997–1006.

Shirazian, S., Crnosija, N., Weinger, K., Jacobson, A., Park, J., & Tanenbaum, M. (2016). "The Self-management Experience of Patients With Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease: A Qualitative Study" . *Chronic Illn*, 18-28.

Soleymanian, T., Kokabeh, Z., Ramaghi, R., Mahjoub, A., Argani, H. (2017). "Clinical Outcomes and Quality of Life in Hemodialysis Diabetic Patients Versus Non dDiabetics". *J Nephropathol*, 81-9.

Sumanathissa, M., Silva, V. D., Hanwella, R. (2011). "Prevalence of Major Depressive Episode Among Patients With Pre-dialysis Chronic Kidney Disease". *Int J Psychiatry Med.*, 47-56.

Süleymanlar, G. (2013). *Kronik Böbrek Hastalığı*. F. Ersoy (Dü.) içinde, *Periton Diyalizi Başvuru Kitabı* (s. 1-27). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Süleymanlar, G., Altıparmak, M. S. (2010). *Türk Nefroloji Derneği Kayıtları*. İstanbul.

Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2016). *Türk Nefroloji Derneği Kayıtları*. Ankara: Miki Matbaacılık.

Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2017). *TND Kayıtları*. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği.

Süleymanlar, G., Erek, E., Serdengeçti, K. (2006). "The Registry Group Turkish Society of Nephrology". *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 17(3), 101-107.

Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsoy, T., Ateş, K. (2011a). "A Population-based Survey of Chronic RENal Disease In Turkey: The CREDIT Study". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(6), 1862-71.

Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2018a). *Türkiye'de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 3-6.

Şen, A., Sever, A., Karakoç, A. (2004). *Periton Diyalizi Uygulamaları*. İstanbul: Ömür Matbaa.

Şenuzun, F. (2012). "Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Araştırma Alanları". Z. Durna içinde, *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (s. 559-566). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Tekbaş, F., Ceylan, S. (2005). "Sağlık Eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı". *Genel Tıp Dergisi*, 15(1), 19-25.

Theofilou, P. (2011). "Noncompliance With Medical Regimen in Haemodialysis Treatment: A Case Study". Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Nephrology.

Thomas-Hawkins, C., Zazworsky, D. (2005). "Self-management of Chronic Kidney Disease". Am J Nurs , 40-48.

Timmers, L., Thong, M., Dekker, F., Boeschoten, E., Heijmans, M., Rijken, M. (2008). "Illness Perceptions in Dialysis Patients and Their Association With Quality of Life". Psychol Health, 679-69.

Tourette-Turgis, C., Isnard-Bagnis, C. (2013). "Patient Education". Nephrol Ther., 235–240.

Townsend, A. (2014). "Patients' Views on a Nurse-led Prostate Clinic". Nursing Times, 22–23.

Tsai, Y., Chiu, Y., Hung, C., Hwang, S., Tsai, J., Wang, S., Chen, H. (2012). "Association of Symptoms of Depression With Progression of CKD". Am J Kidney Dis , 54-61.

Turner, J., Bauer, C., Abramowitz, M., Melamed, M., Hostetter, T. (2012). "Treatment of Chronic Kidney Disease". Kidney International, 81:351-362.

Unruh, M., Weisbord, S., Kimmel, P. (2005). "Health-related Quality of Life in Nephrology Research and Clinical Practice". Semin Dial, 82-90.

(2016). USRDS Annual Data Registry.

Utaş, C. (2005). Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliği Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri, 1(21), 18-87.

Varol, E., Sivrikaya, S. K. (2018). "Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik". Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 89-96.

Veer, S. v., Jager, K., Visserman, E., Beekman, R., Boeschoten, E., Keizer, N. Arah, O. (2012). "Development and Validation of the Consumer Quality Index

Instrument to Measure the Experience and Priority of Chronic Dialysis Patients". *Nephrol Dial Transplant*, 3284-91.

Vilaplana, J., Zampieron, A., Craver, L., Buja, A. (2009). "Evaluation of Psychological Outcomes Following the Intervention 'Teaching Group': Study on Predialysis Patients". *Journal of Renal Care*, 159-164.

Wagner, E., Austin, B., Davis, C. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action Intervention That Encourage People to Acquire Self-management Skills Are Essential in Chronic Illness Care". *Health Affairs*, 64-78.

Wasserfallen, J., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, T., Feldman, H., Martin, P. (2004). "Quality of Life on Chronic Dialysis: Comparison Between Haemodialysis and Peritoneal Dialysis". *Nephrol Dial Transplant*, 1594-9.

Wasserfallen, J., Moinat, M., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, T., Feldman, H. (2006). "Satisfaction of Patients on Chronic Haemodialysis and Peritoneal Dialysis". *Swiss Med Wkly*, 207-210.

Watson, D. (2008). "Post-dialysis "Pre-dialysis" Care: The Cart Before the Horse-advanced Practice Nurse Intervention and Impact on Modality Selection". *CANNT Journal* 30-33, 30-33.

Winterbottom, A. E., Gavaruzzi, T., Mooney, A., Wilkie, M., Davies, S. J., Crane, D. (2016). "Patient Acceptability of the Yorkshire Dalysis Decision Aid (YODDA) Booklet: A Prospective Non-Randomized Comparison Study Across 6 Predialysis Services". *Peritoneal Dialysis International*, 374–381.

Winterbottom, A., Bekker, H., Conner, M. (2014). "Choosing Dialysis Modality: Decision Making in a Chronic Illness Context". *Health Expect*, 710–723.

Winterbottom, A., Conner, M., Mooney, A. (2007). "Evaluating the Quality of Patient Leaflets About Renal Replacement Therapy Across UK Renal Units". *Nephrol Dial Transplant* , 2291–2296.

- Wright, J., Wallston, K., Elasy, T., Ikizler, T., Cavanaugh, K. (2011). "Development and Results of a Kidney Disease Knowledge Survey Given to Patients with CKD". *J Kidney Dis*, 387–395.
- Wu, W., Wang, S., Hsu, K. (2009). "Multidisciplinary Predialysis Education Decreases the Incidence of Dialysis and Reduces Mortality: A Controlled Cohort Study Based on the NKF/DOQI Guidelines". *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 24, 3426-3433.
- Yavuz, D., Yavuz, R., Altunoğlu, A. (2012). "Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar". *Turkish Medical Journal*, 33-37.
- Yu, I., Huang, J., Tsai, Y. (2012). "Symptom Cluster Among Hemodialysis Patients in Taiwan". *Applied Nursing Research*, 190-196.
- Yu, Y., Wu, I., Huang, C. (2014). "Multidisciplinary Predialysis Education Reduced the Inpatient and Total Medical Costs of the First 6 Months of Dialysis in Incident Hemodialysis Patients". *PLoS One*, e112820.
- Yuan, J., Zou, X., Han, S., Cheng, H., Wang, L., Wang, J., Wang, X. (2017). Prevalence and Risk Factors for Cardiovascular Disease Among Chronic Kidney Disease Patients: Results From the Chinese Cohort Study of Chronic Kidney Disease (C-STRIDE). *BMC Nephrol.* , 23.
- Yvo, W., Sijpkens, J., Noeleen, C. (2008). "Optimal Predialysis Care". *Nephrology Dialysis and Transplantation Plus*, 1, 7-13.
- Zawada, E. (2003). Indication of Dialysis. J. Daugirdas, & T. Ing (Dü) içinde, *Handbook of Dialysis* (s. 3-9). Boston: Little Brown Company.
- Zengin, N., Ören, B. (2015). "Hemodiyaliz Hastalarının Tuzdan Kısıtlı Diyete Uyumlarının İncelenmesi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* , 39-50.

8. EKLER



EK – 1

Demografik ve klinik bilgi formu

Denek No:

Kurum:

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

2. Doğum tarihi:

3. Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur- Yazar

() İlkokul

() Orta- Lise

() Üniversite

5. Mesleğiniz:

() Ev hanımı

() Emekli

() Memur

() İçi

() Öğrenci

() Serbest Meslek

() Diğer

B. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

6. RRT başlama tarihi (Gün/Ay/Yıl): / /

7. RRT Türü:

Merkezde HD HD tedavisi alıyorsanız haftada kaç diyaliz seansı.....

Evde HD HD tedavisi alıyorsanız haftada kaç diyaliz seansı.....

PD SAPD APD

TX

8. Kronik Börek Yetmezliği dışında baka bir hastalığınız varsa var olan hastalıkların önüne çarpı iareti koyunuz.

() Diyabet

() Hipertansiyon

() Hiperlipidemi

() Periferik Vasküler Hastalıklar

() Kronik Kalp Hastalığı

() Hepatit B

() Hepatit C

() Karaciğer Sirozu

() Diğer YAZINIZ.

9.Son kuru ağırlık (kg) :.....

Boy (cm):

	Değer	Tarih
Hemoglobin (gr/dl)		
Htc		
Albümin g/dl		
Total protein g/dl		
CRP mg/dl		
Kalsiyum mg/dl		
Fosfor mmol/L		
PTH pg/mL		
Sistolik TA mmHg		
Diastolik TA mmHg		
KT/V		
RRF miktarı ml		
Kreatinin		
BUN		

C. Tedavi Uyumunu Değerlendirme DİYALİZ TEDAVİSİ

HD

1. Düzenli olarak diyaliz tedavisine gelmek sizce ne kadar önemli

- Çok önemli (1)
- Önemli (2)
- Orta derecede önemli (3)
- Az önemli (4)
- Önemli değil (5)

2. Diyaliz tedavisine düzenli olarak gelmek sizce neden önemli (sizin için en uygun olan seçeneği iaretleyiniz)

- Böbreklerim çalımadığı için bana söylenen diyaliz programını uygulamam gerektiğini biliyorum (1)
- Vücudumu sağlıklı tutmak için diyaliz programını takip etmem önemlidir (2)
- Sağlık ekibi (doktor, hemire) diyaliz yapmamı söylediği için (3)
- Diyaliz tedavimi yapmadığım zaman meydana gelebilecek sağlık sorunları ile ilgili tecrübem var (4)
- Diyaliz tedavimi yapmadığım zaman hastaneye kaldırıldım (5)
- Diyaliz programını takip etmenin çok önemli olmadığını düşünüyorum (6)
- Diğer (Belirtiniz) (7): _____

3. Son bir ay içinde kaç diyaliz seansına gelmediniz?

- Tüm diyaliz seanslarına geldim (1)
- Bir kez diyalize gelmedim (2)
- İki kez diyalize gelmedim (3)
- Üç kez diyalize gelmedim (4)
- 4 ve daha fazla kez diyalize gelmedim (5)

4. Son ayda kaç defa diyaliz tedavisini belirlenen süreden erken bitirmek durumunda kaldınız?

- Tüm diyaliz seanslarını zamanında tamamladım (1)
- Bir (2)
- İki (3)
- Üç (4)
- 4-5 kez(5)
- Diğer (Belirtiniz) (6): _____

5 . Son ayda diyaliz tedavisini belirlenen süreden erken bitirmek durumunda kaldıysanız kaç dakika önce makinadan ayrıldınız?

- Tüm diyaliz seanslarını zamanında tamamladım (1)
- 10 dakika ya da daha az (2)
- 11 - 20 dakika (3)
- 21 - 30 dakika (4)
- 31 dakikadan fazla (5)
- Diğer (Belirtiniz) (6)

İLAÇLAR

6. İlaçlarınızı düzenli olarak almak sizin için ne kadar önemlidir?

- Çok önemli (1)
- Önemli (2)
- Orta derecede önemli (3)
- Az önemli (4)
- Önemli değil (5)

7. İlaçlarınızı düzenli almak sizce neden önemli (sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

- Böbreklerim çalışmadığı için bana söylenen ilaçları almam gerektiğini biliyorum (1)
- Vucudumu sağlıklı tutmak için ilaçları düzenli almam önemlidir (2)
- Sağlık ekibi (doktor, hemire) ilaçları almamı söyledi (3)
- İlaçlarımı almadığım zaman meydana gelebilecek sağlık sorunları ile ilgili tecrübem var (4)
- İlaçlarımı almadığım zaman hastaneye kaldırıldım (5)
- İlaçlarımı almamın çok önemli olmadığını düşünüyorum (6)
- Diğer (Belirtiniz) (7): _____

8. Son bir hafta içinde ne sıklıkta ilaçlarınız almayı unuttunuz

- Tüm ilaçlarımı aldım (1)
- Çok nadiren (2)
- Yarı yarıya (3)
- Birçok kez (4)
- Herzaman almayı unuttum (5)

SIVI ALIMI

9. Geçtiğimiz haftada sıvı kısıtlaması-sıvı alımı konusunda sağlık ekibinizin önerilerine ne kadar uyabildiniz?

- Herzaman uydum (1)
- Çoğu zaman uydum (2)
- Bazen uydum (yarı yarıya) (3)
- Nadiren uydum (4)
- Hiç uymadım (5)

10. Sıvı alımını sınırlamanın ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?

- Çok önemli (1)
- Önemli (2)
- Orta derecede önemli (3)
- Az önemli (4)
- Önemli değil (5)

11. Neden Sıvı alımını sınırlamanın önemli olduğunu düşünüyorsunuz (en uygun seçeneği işaretleyiniz)

- Böbreklerim çalışmadığı için sıvı alımını sınırlamanın gerektiğini biliyorum (1)
- Vücudumu sağlıklı tutmak için sıvı alımını sınırlamam önemlidir (2)
- Sağlık ekibi (doktor, hemire) diyaliz yapmamı söyledi (3)
- Fazla sıvı alırsam hasta olurum (4)
- Fazla sıvı alırsam hastaneye kaldırıldım (5)
- Sıvı alımını sınırlamanın çok önemli olmadığını düşünüyorum (6)
- Diğer (Belirtiniz) (7): _____

BESLENME

12. Günlük olarak yediğiniz gıdalara dikkat etmek sizce ne kadar önemlidir.

- Çok önemli (1)
- Önemli (2)
- Orta derecede önemli (3)
- Az önemli (4)
- Önemli değil (5)

13. Neden günlük olarak beslenmenize/diyetinize dikkat etmek gerektiğini düşünüyorsunuz

- Böbreklerim çalışmadığı için beslenme/diyete dikkat etmek gerektiğini biliyorum (1)
- Vücudumu sağlıklı tutmak için beslenme/diyete dikkat etmek önemlidir (2)
- Sağlık ekibi (doktor, hemire) beslenme/diyete dikkat etmek gerektiğini söyledi (3)
- Yememem gereken yiyecekleri yersen hasta olurum (4)
- Yememem gereken yiyecekleri yersen hastaneye kaldırıldım (5)
- Beslenme/diyete dikkat emenin çok önemli olmadığını düşünüyorum (6)
- Diğer (Belirtiniz) (7): _____

14. Geçtiğimiz hafta ne sıklıkta beslenme/diyet programınıza uydunuz?

- Her zaman uydum (5)
- Çoğu zaman uydum (4)
- Bazen uydum (yarı yarıya) (3)
- Nadiren uydum (2)
- Hiç uymadım (1)

D. Tedavi Memnuniyeti Değerlendirme RTSQ

Aağıdaki sorular, böbrek rahatsızlığınızın, diyaliz tedavisi ve ilaç tedavisi ile ilgili yaşadığınız deneyiminizle ilgilidir. Lütfen her soruyu, soru üzerinde bir sayı iaretleterek cevaplayın.

1. Mevcut tedavinizden ne kadar memnunsunuz?
çok memnunum 6 5 4 3 2 1 0 hiç memnun değilim
2. Böbrek hastalığınız ve tedavinizle ilgili durumunuzun ne kadar iyi kontrol edildiğini hissediyorsunuz?
çok iyi 6 5 4 3 2 1 0 çok kötü
3. Şu an uyguladığınız tedaviyi ne kadar uygun buluyorsunuz ?
çok uygun 6 5 4 3 2 1 0 hiç uygun değil
4. Şu an uyguladığınız tedaviyi ne kadar esnek buluyorsunuz?
çok esnek 6 5 4 3 2 1 0 hiç esnek değil
5. Şu an uyguladığınız tedavinin sizin özgürlüğünüzü ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz
hiç etkilemiyor 6 5 4 3 2 1 0 çok etkiliyor
6. Böbrek hastalığı ve tedavinizi konusunda ne kadar endişelisiniz?
hiç endişeli değilim 6 5 4 3 2 1 0 çok endişeliyim
7. Şu an uyguladığınız tedaviye ayırdığınız zaman ile ilgili ne kadar memnunsunuz?
çok memnunum 6 5 4 3 2 1 0 hiç memnun değilim
8. Şu an uyguladığınız tedavinin neden olduğu rahatsızlık ve ağrı memnuniyetinizi ne kadar etkilemektedir?
Hiç etkilemiyor 6 5 4 3 2 1 0 çok etkiliyor
9. Tedavinizin yaşam tarzınıza uygunluğundan ne kadar memnunsunuz?
çok memnunum 6 5 4 3 2 1 0 hiç memnun değilim
10. Şu an uyguladığınız tedaviyi başkalarına önerir misiniz?
evet öneririm 6 5 4 3 2 1 0 hayır önermem
11. Şu an uyguladığınız tedaviye devam etme konusunda ne kadar memnunsunuz?
çok memnunum 6 5 4 3 2 1 0 hiç memnun değilim

Lütfen her bir soruda bir sayıyı iaretlediğinizden emin olun.

EK – 2

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)

Hastalığınız konusunda size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan her bir ifadeye ilişkin size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.					
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.					
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.					
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.					
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.					
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım eylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.					
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.					
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.					
9. Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi.					
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.					
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.					
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.					
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.					

14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.					
15. Hastalığının hayatımı nasıl etkilediği soruldu.					
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.					
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.					
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.					
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.					
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.					

EK – 3**KRONİK DİYALİZ HASTALARI ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜ DEĞERLENDİRME FORMU**

	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1. İlaçlarımı düzenli kullanırım			
2. Tüm ilaçlarımın adını bilirim			
3. İlaçlarım tükenmeden yedeğini hazırlarım			
4. İlaçlarımı niçin kullandığımı ve yan etkilerini sorarım			
5. Tedavi şeklim ve kullandığım ilaçların cinsel yaşamım üzerine etkilerinin olup olmadığını sorarım			
6. Düzenli olarak doktor kontrolüne giderim			
7. Hergün tartılırım			
8. Bana önerilen beslenme düzenine uyarım			
9. Doktor tarafından önerilen kilomu korumaya çalışırım			
10. Günlük almam gereken tuz miktarına uyarım			
11. Yemeklerime tuz ekerim			
12. Tuzlu kuru yemiş, patates 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 getiremediğimi düşünüyorum			
21. Hastalıktan sonra iş ile ilgili kapasitemin düştü			
22. Hastalandıktan sonra kendimi yalnız hissediyorum			

EK-4

Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)

Her başlık altında BUGÜNKÜ sağlık durumunuzu en iyi ifade eden BİR kutuyu işaretleyiniz.

HAREKET EDEBİLME

- Yürüyerek dolaşırken bir güçlük yaşamıyorum
- Yürüyerek dolaşırken çok az güçlük yaşıyorum
- Yürüyerek dolaşırken orta derecede güçlük yaşıyorum
- Yürüyerek dolaşırken şiddetli güçlük yaşıyorum
- Yürüyerek dolaşamıyorum

KENDİ KENDİNE BAKABİLME

- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bir güçlük yaşamıyorum
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken çok az güçlüğümlüyor
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken orta derecede güçlüklerim oluyor
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken şiddetli güçlüklerim oluyor
- Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

OLAĞAN İŞLER (örneğin iş, ders çalıma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

- Olağan işlerimi yaparken bir güçlük yaşamıyorum
- Olağan işlerimi yaparken çok az güçlüğümlüyor
- Olağan işlerimi yaparken orta derecede güçlük oluyor
- Olağan işlerimi yaparken şiddetli güçlük oluyor
- Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

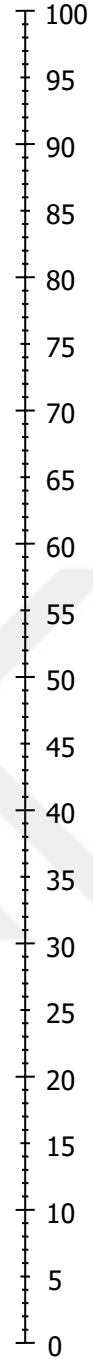
AĞRI / RAHATSIZLIK

- Ağrı veya rahatsızlığım yok
- Hafif ağrı veya rahatsızlığım var
- Orta derecede ağrı veya rahatsızlığım var
- Şiddetli ağrı veya rahatsızlığım var
- Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlığım var

ENDİŞE/MORAL BOZUKLUĞU

- Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- Hafif derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- Şiddetli derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- Aşırı derecede endişeliyim ve moralim çok bozuk

- Sağlığınızın BUGÜN ne kadar iyi veya kötü olduğunu bilmek bilmek istiyoruz.
- Bu ölçek 0'dan 100'e kadar numaralandırılmıştır.
- 100 hayal edebileceğiniz en iyi sağlık düzeyini göstermektedir
- 0 ise hayal edebileceğiniz en kötü sağlık düzeyini göstermektedir



EK-5

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı

Oldukça zorluk yarattı

Çok zorluk yarattı

Aşırı derecede zorluk yarattı

Pfizer Inc.in sağladığı eğitim ödeneği ile Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İzinsiz kopyalanabilir, tercüme edilebilir, teşhir edilebilir ve dağıtılabilir.

EK-6

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-1

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Zehra Aydın tarafından Böbrek Hastalığı teşhisi konmuş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI: Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı,

Nefroloji Polikliniklerinde takip olan ve kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilecektir.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir;

Diyaliz tedavinize başlama süreciniz ve deneyimlerinizi öğrenmek amacıyla Hemodiyaliz, Periton Diyalizi, Prediyaliz, Ev Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli olmuş hastaların davet edileceği bir sohbet toplantısı gerçekleştirilecektir. Bu toplantı yaklaşık 2 saat sürecek ve bu süre zarfında aşağıda belirtilen sorular çerçevesinde sizin hastalık ve tedavinizle ilgili yaşadıklarınızı paylaşmanız rica edilecektir.

- Böbrek hastalığı tedavi seçeneklerini biliyor muydunuz?
- Tedaviye başlamadan önce hastalığınız hakkında bilgilendirildiniz mi?
- Şu anda devam etmekte olduğunuz tedaviye başlamanıza kim karar verdi?

- Tedavinizi siz mi seçtiniz, tedavinizi seçerken herhangi bir destek yada yönlendirme aldınız mı? Bu tedaviyi tercih etme nedeniniz neydi?
- Doktor ve hemşirenizin fikirleri tedavi seçiminizi ne şekilde etkiledi?
- Tedavinizi uygularken karşılaştığınız kolaylık ve zorluklar nelerdir? Tedavinizi günlük yaşamınıza nasıl uyarladınız?
- Tedavi seçiminde sizin için en önemli konu nedir?
- Bugün tedavinizle ilgili kararı vermek durumunda kalsanız size nasıl destek olunmasını isterdiniz?

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

(Çalışma herhangi bir risk içermemektedir.)

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI

Bu çalışmanın amacı, böbrek yetmezliği olan ve diyaliz kararı verilmiş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda mevcut eğitim uygulamalarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmaları gerçekleştirmektir.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir olumsuzluğa maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Zehra AYDIN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

T: 05447141911

E-posta: zehraydin@gmail.com

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım Şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

Şahit İmzası

Tarih

EK-7

Sağlık Ekibi Diyaliz Öncesi Eğitim Uygulamaları Değerlendirme Anketi

Sayın Katılımcı,

Bu anket ile diyaliz öncesi dönemde hastalara uygulanan eğitim ve yaklaşımlarla ilgili deneyimlerinizi paylamanızı rica ediyoruz. Geribildirimleriniz ve önerileriniz geliştirmeyi amaçladığımız eğitim dokümanları ile ilgili kaynak oluşturacaktır. Görüşlerinizi paylatığınız için teşekkür ediyoruz.

1. Göreviniz
 - a. Nefrolog
 - b. Nefroloji servis hemşiresi
 - c. Hemodiyaliz hemşiresi
 - d. Periton Diyalizi hemşiresi
 - e. Transplantasyon hemşiresi
 - f. Diğer (Belirtiniz).....
2. Çalışma süreniz (yıl).....
 - a. 1-5 yıl
 - b. 5-10 yıl
 - c. 10 yıldan uzun süre
3. Nefroloji alanında çalışma süreniz
 - a. 1-5 yıl
 - b. 5-10 yıl
 - c. 10 yıldan uzun süre
4. Çalıştığınız kurum
 - a. Devlet Hastanesi
 - b. Üniversite Hastanesi
 - c. Özel Hastane
5. Çalıştığınız hastanede aşağıda belirtilen hangi tedavi modaliteleri uygulanmaktadır?
 - a. Merkez HD
 - b. Ev HD
 - c. Merkez+EvHD

- d. PD-SAPD
 - e. PD-APD
 - f. PD-SAPD+APD
 - g. Böbrek transplantasyonu
6. Çalıştığınız kurumda kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hasta oranı nedir? Yaklaşık % değer olarak belirtiniz.
- a. Merkez HD %...
 - b. Ev HD %...
 - c. PD-SAPD %...
 - d. PD-APD %...
7. Çalıştığınız kurumda nefroloji polikliniğinde takib edilen hastalara diyaliz öncesi dönemde eğitimi veriliyor mu?
- a. Evet
 - b. Hayır
8. Çalıştığınız kurumda nefroloji polikliniğinde takib edilen hastalara diyaliz öncesi dönemde eğitim vermek üzere sistemli bir eğitim programı var mı?
- a. Evet
 - b. Hayır
9. Renal Replasman Tedavisi endikasyonu konan hastalarınızda diyaliz öncesi renal replasman tedavisi eğitimi aldı? Yaklaşık % değer olarak belirtiniz.
- a. Merkez HD %...
 - b. Ev HD %...
 - c. PD-SAPD %...
 - d. PD-APD %...
10. Diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalarınız renal replasman tedavisi eğitim aldı mı?
- a. Merkez HD %...
 - b. Ev HD %...
 - c. PD-SAPD %...
 - d. PD-APD %...

11. RRT seçenekleri eğitimine başlama süreci nasıldır? (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz)
- Hastalığın progresyonuna göre belirlenir
 - Diyaliz ihtiyacından birkaç ay önce belirlenir
 - Hasta diyaliz tedavisi için sevk edildiğinde başlar
12. RRT seçenekleri eğitimini organize eden ve veren kişi kimdir? (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz)
- Merkez HD hemşiresi
 - Nefroloji poliklinik hemşiresi
 - PD hemşiresi
 - Eğitim hemşiresi
 - Diğer (belirtiniz).....
13. Kurumunuzda uygulanan diyaliz öncesi tedavi seçenekleri eğitim programı aşağıdaki konuları ne oranda kapsamaktadır? (Toplam oran 100 olacak şekilde içerik dağılımlarını belirleyiniz, konu başlığı kapsam dışı ise %0 olarak belirtiniz)
- Böbreklerin görevi %...
 - KBH nedir, uzun dönemde hasta için önemi nedir? (günlük yaşam ve aktivitelerine etkisi nedir) %...
 - Hastalığın progresyonunun kontrolünün önemi (diyet, egzersizin önemi) %...
 - Davranış değişikliğinin önemi (diyet, egzersizin önemi) %...
 - Hastalığın çalışma, gelir, aile ve sosyal yaşam üzerinde olabilecek etkileri %...
 - Hemodiyaliz %...
 - Ev hemodiyalizi %...
 - SAPD %...
 - APD %...
 - Böbrek nakli %...

14. Hastalara tedavi seçeneği ile ilgili karar verme sürecini destekleyecek formal prosedür ve uygulama var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

15. Evet ise lütfen açıklayınız (Hangi sağlık disiplini üyeleri bu süreçte yer almaktadır? Süreç nasıl yürütülmektedir?)

16. Kurumunuzda uyguladığınız diyaliz öncesi eğitiminde hangi materyalleri kullanıyorsunuz?

Hasta eğitim kitapçığı	a. Evet	b. Hayır
Eğitim videosu	a. Evet	b. Hayır
Powerpoint sunum	a. Evet	b. Hayır
Periton diyalizi maketi	a. Evet	b. Hayır
Hemodiyaliz maketi	a. Evet	b. Hayır
Posterler	a. Evet	b. Hayır
Online materyaller	a. Evet	b. Hayır
Afişler	a. Evet	b. Hayır
Diğer	a. Evet	b. Hayır

17. Kullandığınız eğitim materyallerini nasıl temin ediyorsunuz?

- a. Hastane/ merkez tarafından hazırlanmış materyaller
- b. Hasta dernekleri tarafından hazırlanmış materyaller
- c. İlaç Firmaları tarafından hazırlanmış materyaller
- d. Multidisipliner ekip/eğitimciler tarafından hazırlanmış materyaller
- e. Diğer (belirtiniz).....

18. Eğitim dokümanlarını hastalara veriyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

19. Hasta eğitim dokümanları düzenli aralarla güncelleniyor mu (örn.2 yılda bir)

- a. Evet
- b. Hayır

20. Diyaliz öncesi eğitim verilen hastalarla ilgili kayıt sistemi var mı?

EK-8**Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Görüşleri
Eğitim Kitapçığı ve "Karar Ağacı Değerlendirme**

Maddeler	Puanlar				
	Min (1)	(2)	(3)	(4)	Max(5)
1. Kitapta amaçlar açık, belirgin olarak ifade edilmiş mi?					
2. Kitapçıkta amaçlara ulaşılmış mı?					
3. Kitapçık konuyla ilgili ve yararlı mı?					
4. Bu kitapçığı oluşturmak için hangi bilgi kaynaklarının kullanıldığı açık mı?					
5. Bu kitapçıkta bilginin ne zaman kullanıldığı net mi?					
6. Kitapçık yansız ve dengeli mi?					
7. Kitapçıkta destek kaynakların ayrıntıları bulunuyor mu?					
8. Kitapçık belirsiz alanlara değiniyor mu?					
9. Kitapçık her bir tedavinin nasıl olduğunu tanımlıyor mu?					
10. Kitapçık her bir tedavinin faydalarını tanımlıyor mu?					
11. Kitapçık her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?					
12. Tedavi kullanılmazsa neler olabileceği tanımlanıyor mu?					
13. Tedavi seçeneğinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği tanımlanıyor mu?					
14. Kitapçıkta olası tek tedaviden daha fazla tedavinin olabileceği açık mı?					
15. Kitapçık ortaklaa karar almaya ya da bilgileri paylamaya destek sağlar mı?					

EK-9

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-(DEP Grubu)

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Zehra Aydın tarafından, Böbrek Hastalığı teşhisi konmuş ve diyaliz tedavisi kararı verilmiş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek amacıyla yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI: Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma, Nefroloji Polikliniklerinde takip olan ve kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilecektir.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar;

1. Araştırmacı tarafından sizden bazı formları doldurmanız istenecektir.
Formların doldurulma süresi yaklaşık 30 dakikadır.
2. Araştırmacı tarafından size böbrek hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim verilecektir. Bu eğitim yaklaşık bir saat sürecektir.
Eğitimin içeriğinde
 - a. Böbrek hastalığı nedir?
 - b. Tedavi seçenekleri nelerdir (hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek nakli), bu tedavilerin uygulama özellikleri nelerdir, uygularken dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir, konuları yer almaktadır.
 - c. Size anlatılanlarla ilgili sorularınız varsa yanıtlanacaktır.
3. Diyaliz tedavisine başladıktan sonra 3. ayda araştırmacı tarafından aynı formları doldurmanız istenecektir. Bu süreçte gerekli iletişimi sağlayabilmek için sizden telefon ve adres bilgilerinizi paylaşmanız rica edilecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

(Çalışma herhangi bir risk içermemektedir.)

TOPLUMA OLASI FAYDALARI

Bu çalışmanın amacı, böbrek yetmezliği olan ve diyaliz kararı verilmiş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda mevcut eğitim uygulamalarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmaları gerçekleştirmektir.

Bu çalışma, sizin gibi tedavi gören hastaların tedaviye ve hayata uyumuna yardım edebilmemiz amacıyla yararlı bilgiler sağlayacaktır. Araştırma ve araştırmada uygulanacak işlemler için diyaliz merkezinden izin alınmıştır.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla elde edilen her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmaya katılmaya tamamen bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermiş olsanız dahi istediğiniz zaman çekilebilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Zehra AYDIN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

T: 05447141911

E-posta: zehraydin@gmail.com

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde
yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu
çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

Şahit İmzası

Tarih

EK-10

AYDINLATILMI ONAM FORMU-(KADEP Grubu)

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Zehra Aydın tarafından, Böbrek Hastalığı teşhisi konmuş ve diyaliz tedavisi kararı verilmiş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek amacıyla yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIMANIN ADI: Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi

ÇALIMANIN AMACI

Bu çalışma, Nefroloji Polikliniklerinde takip olan ve kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilecektir.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar öyledir;

1. Araştırmacı tarafından sizden bazı formlar doldurmanız talep edilecektir. Formların doldurulma süresi yaklaşık 30 dakikadır.
2. Araştırmacı tarafından size böbrek hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim verilecektir. Bu eğitimin süresi yaklaşık bir saat sürecektir.

Eğitimin içeriğinde

- a. Böbrek hastalığı nedir?
 - b. Böbrek hastalığı tedavi seçenekleri nelerdir (hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek nakli), bu tedavilerin uygulama özellikleri nelerdir, uygularken dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir konuları yer almaktadır
 - c. Eğitimin ardından sizin sorularınız varsa yanıtlanacaktır.
3. Eğitim sonrasında hekim ve hemşireniz ile birlikte sizin yaşam tarzınıza, değerlerinize, aile yapınıza en uygun tedavi şekline karar vermede

yardımcı olmak üzere görüşme yapılacaktır. Bu görüşmeye dilediğiniz taktirde aile üyelerini de dahil edebilirsiniz.

4. Verilen ortak karar doğrultusunda diyaliz tedavisine baladıktan sonra 3. ayda, sizden aynı formları doldurmanız talep edilecektir. Bu süreçte gerekli iletişimi sağlayabilmek için sizden telefon ve adres bilgilerinizi paylamanız rica edilecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

(Çalışma herhangi bir risk içermemektedir.)

TOPLUMA OLASI FAYDALARI

Bu çalışmanın amacı, böbrek yetmezliği olan ve diyaliz kararı verilmiş hastalara verilen eğitimi değerlendirmek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda mevcut eğitim uygulamalarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmaları gerçekleştirmektir.

Bu çalışma, sizin gibi tedavi gören hastaların tedaviye ve hayata uyumuna yardım edebilmemiz amacıyla yararlı bilgiler sağlayacaktır. Araştırma ve araştırmada uygulanacak işlemler için diyaliz merkezinden izin alınmıştır.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmaya katılmaya tamamen bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılırsanız bile istediğiniz zaman çekilebilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Zehra AYDIN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakóltesi

T: 05447141911

E-posta: zehraydin@gmail.com

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım Şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

Şahit İmzası

Tarih

EK-11

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	21.12.2016
Karar No:	2016.255.IRB3.166
Sorumlu Araştırmacı:	Zehra Aydın
Araştırma Başlığı:	Kronik Diyaliz Tedavisine Acil Şartlarda Başlayan Hastalara Verilen Yapılandırılmış Eğitim ve Tedavi Karar Desteğinin Hasta Sonuçlarına Etkisi
Başlangıç tarihi:	30.12.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu çalışmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,
SEDAT
HAKAN
ORER
Hakan S. Orer
Başkan

Digitally signed by SEDAT
HAKAN ORER
DN: serialNumber=10874625148,
c=TR, h=İSTANBUL, o=KOÇ
ÜNİVERSİTESİ, cn=SEDAT HAKAN
ORER
Date: 2017.01.06 15:09:01 +0300

EK-12a



TÜRK BÖBREK VAKFI

30 yıl

Tarih : 27 Ocak 2017

Sayı : 43

T.C.
KOÇ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Birimleri Enstitüsü

İlgi : 28.12.2016 tarih ve 81917885-302.1605.99-82 sayılı yazınız.

İlgide belirtilen yazınız ve ekleri çerçevesinde, Sn. Zehra Aydın tarafından, Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı kapsamında, "kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" başlıklı araştırmanın, Vakfımıza ait "Türk Böbrek Vakfı İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi bünyesindeki " Ahmet Ermiş Hemodiyaliz Merkezinde" yapılması uygun görülmüştür.

Araştırmacı Sn. Zehra Aydın'ın, süreçlerin planlanması için kurumumuza müracaat etmesini, kurumumuzda yapılacak araştırmanın sonucunu ve bu yönde hazırlanacak genel rapordan da bir nüshanın kurumumuza yazılı olarak verilmesini rica ederiz.

Saygılarımızla,

Nefroloji Uzm. Yrd. Doç. Dr. Bilal GÖRÇİN
TBV Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezinden
Sorumlu Başhekim Yardımcısı

Dr. Bilal GÖRÇİN
T.C. Kimlik No: 47340
16. Harmanlıyolu, 35230 - 34506
Telsiz No: 24506
K.Kod: 1234040
İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi

Lütfi KONA
Türk Böbrek Vakfı Genel
Koordinatörü



E5 Karayolu Üzeri, Eserkent Yanı, Güneş Sokak, No:2, Bahçelievler / İstanbul

Telefon: (+90 212) 507 99 50 Faks: (+90 212) 505 08 37

tbv@tbv.com.tr

www.tbv.com.tr



Vakfımıza Bakanlar Kurulu'nun 22/11/1989 tarih ve 89/14784 sayılı kararı ile vergi muafiyeti tanınmıştır.

EK-12b



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Istanbul İli Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ BEYOĞLU KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI



Sayı : 97175836-771
Konu : Tez Çalışma İzni (Zehra AYDIN)

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul)

İlgi : 16.01.2017 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-91 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Doktora Programı öğrencisi Zehra AYDIN'ın, "**Kronik Diyaliz Tedavisine Acil Şartlarda Başlayan Hastalara Verilen Yapılandırılmış Eğitim ve Tedavi Karar Desteğinin Hasta Sonuçlarına Etkisi**" konulu doktora tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi uygun görülmüş olup Üniversiteniz Rektörlüğü ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolünün (i) maddesinde ve Araştırma İzin Taahhütnamesinde belirtildiği üzere araştırmanın bitiminin ardından çalışmanın bir örneğinin Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Fulya Mah. Mehmetçik Cad.No:63 Şişli/İSTANBUL

Faks No:02123861331

e-Posta:ummuhan.kilic1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
ummuhan.kilic@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2e6d4748-2410-4830-a1a3-339e4db7e4b5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ümmühan KILIÇ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02123861330/2047

Anket Kullanım İzinleri

M ölçek kullanım izni hakkı x M Inbox (2,848) - zaydin13 x

← → ↻ Secure | <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/kubraincirkus%40trakya.edu.tr/158e49111965097c>

kubraincirkus@trakya.edu.tr

Gmail • 1 ileti dizisinden 1

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (467)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postaalar

Tasaklar (53)

► **Çevreler**

Kişisel

Noles

Seyahat

Unwanted

Diger etiketler

Zehra

ölçek kullanım izni hakkında

9.12.2016

Zehra Aydın <zehraydin@gmail.com>

Alıcı: kubraincirkus, Şeyda

Kübra Hanım Merhaba,

Ben Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Doktora Programı öğrencisiyim. Hocam Doç Dr. Şeyda Özcan'ın danışmanlığında "Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" başlıklı tez araştırmamda sizin geliştirdiğiniz "Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği" ni kullanabilmem için onayınızı rica ediyorum.

Onay vermeniz durumunda izin yazınızla birlikte ölçeğin geçerlik güvenirliğini gösteren referans çalışmamızı, ölçeğin yapısı ve skorlaması ile ilgili bilgileri de göndermemizi rica ediyorum.

Saygılarımla

kubraincirkus@trakya.edu.tr

Alıcı: mnahcıvan, bama, Şeyda

Sayın Zehra AYDIN,

Prof. Dr. Nürsen NAHÇIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenirliğini yaptığımız **Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu**nu, tez çalışmamızda elbette kullanabiliriz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Değisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa, öz bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabiliriz. ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.

Çalışmamızda başarılar dilerim.

Araş.Gör. Dr. Kübra İNCIRKUŞ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Balkan Yerleşkesi, Merkez Edime
Telefon: [0284 213 30 42](tel:02842133042) (Dahili: 2127)

Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok
Yeni bir lane başlatın

M Ölçek kullanım izni hakkında x M Inbox (2.848) - zaydin131 x

← → ↻ Secure | https://mail.google.com/mail/u/0/#search/besey_oren%40yahoo.com/158d46bf774086

Google

Gmail -

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (487)

Yıldızı

Önemli

Gönderilmiş Postaalar

Taslaqlar (63)

Çevreler

Kişisel

Notlar

Seyahat

Unwanted

Diğer etiketler

Zehra

2 İletiden 1.

Kişiler (3)

besey_oren

Çevrelere ekleyim

Ayrımları göster

6.12.2016

6.12.2016

7.12.2016

Ölçek kullanım izni hakkında

Gelen Kutusu x

Zehra Aydın <zehraydin@gmail.com>

Alıcı: besey_oren, Şeyda

Besey Hanım Merhaba,

Ben Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Doktora Programı öğrenciyim. Hocam Doç.Dr. Şeyda Özcan'ın danışmanlığında "Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" başlıklı tez araştırmamda sizin geliştirdiğiniz "Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücünü Değerlendirme Ölçeği"ni kullanabilmem için onayınızı rica ediyorum. Onay vermeniz durumunda sizin yazınızla birlikte ölçeğin geçerlik güvenirliğini gösteren referans çalışmamızı, ölçeğin yapısı ve skorlaması ile ilgili bilgileri de göndermemizi rica ediyorum.

Saygılarımla

Zehra Aydın <zehraydin@gmail.com>

Alıcı: kinolikus, Şeyda

Kubra Hanım Merhaba,

Ben Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Doktora Programı öğrenciyim. Hocam Doç.Dr. Şeyda Özcan'ın danışmanlığında "Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" başlıklı tez araştırmamda sizin geliştirdiğiniz "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği"ni kullanabilmem için onayınızı rica ediyorum.

Besey Oren <besey_oren@yahoo.com>

Alıcı: bana

Sayın Zehra Aydın

Kronik diyaliz hastalarının öz bakım gücünü değerlendirmek için geliştirdiğim ölçeği tez çalışmamda kullanmanızdan mutluluk duyarım. Ölçek ile ilgili bilgiler ektedir. Herhangi bir sorunuz olursa lütfen çekimeyiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Besey Oren

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

05327756206

2 Ek

Yakın zamanda gerçekleştirilen bir sohbet yok

Yeni bir tane başlatın

TEZ ÖLÇEK EDİN...

W =?UT-87b?VEVa...

EQ-5D registration
Blanca Smit
Cevrilere ekleyin
Ayrımları göster

Gelen Kutusu (467)
Yıldızlı
Önemli
Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (53)
Cevriler

Kişisel
Notlar
Sevdiğim

Unvanlar
Dijital etiketler

Zehra

Blanca Smit
Alıcı: bana
Dear Ms. / Mr. Zehra AYDIN,
Thank you for registering your research at the EuroQol Research Foundation's website.
As the study / project "Effect of the Dialysis Education Program (DEP)" and Decision Support on treatment satisfaction, treatment compliance, self-care, quality of life, depression and patient outcomes" you registered involves low patient numbers (100) you may use the EQ-5D-5L Paper version free of charge.
Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:
- The registered study / project is funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Using EQ-5D in a Routine Outcome Measurement or Registry setting;
- Using EQ-5D in languages other than the ones indicated in this email;
- Using digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web) of the EQ-5D
I'm attaching the Turkish (Turkey) EQ-5D-5L Paper version (in MS Word format). Requests to use digital representations of EQ-5D (e.g. web, tablet, PDA) should be made separately to userinformation@euroqol.org attaching your initial registration. The corresponding user guide can be downloaded from our website: <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guides.html>.
Kind regards,
Blanca Smit
Communications Officer
EuroQol Research Foundation
T: +31 884400190
E: smit@euroqol.org
W: www.euroqol.org



consent request **Inbox** x

ZEHRA AYDIN
On Mon, Mar 20, 2017 at 3:29 PM, ZEHRA AYDIN <zaydin13@ku.edu.tr> wrote: > > ...

Youngmee Kim
to me

Dear Zehra,

Please go ahead and use the tool.

Thanks.

YK

Youngmee Kim, PH.D, RN, FNP
Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University
Building 102, Suite 523, 84 Heuksuk-ro, Dongjak-gu, Seoul 06974, Korea
Office: +82-2-820-5384
E-mail: ykim@cau.ac.kr or youngkimz34@gmail.com

On Mon, Mar 20, 2017 at 11:18 PM, ZEHRA AYDIN <zaydin13@ku.edu.tr> wrote:

On Mon, Mar 20, 2017 at 3:29 PM, ZEHRA AYDIN <zaydin13@ku.edu.tr> wrote:

I am a Ph.D. student in Nursing in Koç University Health Sciences Institute.

May I kindly ask your consent for the use of the survey titled "The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire" that you have developed, in my thesis study entitled "Effect of the Dialysis Education Program (DEP) and Decision Support on treatment satisfaction, treatment compliance, self-care, quality of life, depression and patient outcomes."

I will appreciate if you could send your reference work showing the validity and reliability of the scale, the structure of the scale and the scoring information.

Thank you very much in advance

Kind regards

No recent chats
[Start a new one](#)

Mail icon, address bar: mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/1606dcc5fe600b12, search bar, navigation icons.

Gmail interface showing a list of emails. The selected email is from Feray Gokdoğan to Zehra Aydın with the subject "ölçek kullanım izni hakkında".

ölçek kullanım izni hakkında

Feray Hocam Merhaba,

Ben Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelikte Doktora Programı öğrencisiyim. Hocam Doç. Dr. Şevdi Özcan'ın danışmanlığında "kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" başlıklı tez çalışmamda kullanılmak üzere geliştirdiğim "Böbrek Yemmezliği Tedavi Seçenekleri-Bilindiği Seçim, Bilinçli Başlangıç" başlıklı hasta eğitim kitabının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere tarafınızca TÜRKÇEYE ÇEVİRİLMİŞ OLAN DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçüm aracını kullanabilmem için onayınıza rica ediyorum.

Onay vermeniz durumunda izin yazınıza birlikte ölçüğü güvenliğini gösteren referans çalışmamızı, ölçüğü yapısı ve storianması ile ilgili bilgileri de göndermeniz rica ediyorum.

Saygılarımla

Reply email from Feray Gokdoğan to Zehra Aydın with the subject "Sağlıklı Zehra Merhaba, size hocama da selam ve selamlarını yolluyorum. Hemen yanı sıra yazmadığınız için kusura bakma. Etrafı yolluyorum. Başarılar diliyorum."

Sağlıklı Zehra Merhaba, size hocama da selam ve selamlarını yolluyorum. Hemen yanı sıra yazmadığınız için kusura bakma. Etrafı yolluyorum. Başarılar diliyorum.

"Kronik diyaliz tedavisine acil şartlarda başlayan hastalara verilen yapılandırılmış eğitim ve tedavi karar desteğinin hasta sonuçlarına etkisi" konulu tez çalışmamızda yazılı eğitim materyallerinin uyguladığının değerlendirilmesinde geçerlilik güvenirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanılarak kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirliştirdiğim) ve eşgamları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmamızda kullanmanız bilgisi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyaya ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır.

Sonrasında "Böbrek Yemmezliği Tedavi Seçenekleri-Bilindiği Seçim, Bilinçli Başlangıç" başlıklı hasta eğitim kitabıyı paylaşsanız memnun olurum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GOKDOĞAN

Gokdoğan F. Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uyguladığının Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. No:16-17-8-16 (2003).

Prof.Dr. Feray GOKDOĞAN
Unikarerasi Kültür Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan
Hespolat,Letkoça-KKTC

Windows taskbar with icons for Mail, Calendar, File Explorer, Edge, Word, and System tray showing date 27.12.2017 and time 09:27.



Patient Decision Aids Research Group

Certificate of Completion

is hereby granted to:

Zehra AYDIN

to certify the successful completion of the

***Ottawa Decision Support Tutorial:
Improving Practitioners' Decision Support Skills***

November 21, 2016

Dawn Stacey PhD

Full Professor, University of Ottawa

Director, Patient Decision Aids Research Group

Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada

Zehra Aydın

Tel: 0 (544) 714 19 11

Adres: Cemil Topuzlu Cad. Gül Apt. A Blok N 28 D6 K5 Fenerbahçe,
İSTANBUL

E-mail: zehraydin@gmail.com

Doğum Tarihi: 07.02.1967

Doğum Yeri: Bulgaristan

Uyruğu : T.C.

Eğitim:

2014 - Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemirelikte Doktora Programı, İstanbul

2014 - İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Organ ve Doku Nakli Koordinasyonu Yüksek Lisans Programı, İstanbul

2011 - 2014 İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemireliği Yüksek Lisans Programı, İstanbul

1990 - 1994 İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemirelik Yüksekokulu , İstanbul

1982 - 1986 İstanbul Üniversitesi Sağlık Koleji, İstanbul

İş Deneyimi

2017-..... Polifarma İlaç San. Tic. A.Ş.

Medikal Danıman, Nefroloji Grubu, Periton Diyalizi

2017- 2018 Beykoz Üniversitesi

Öğretim Görevlisi

2016-2017 İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu

Öğretim Görevlisi

2008 - 2016 Eczacıbaşı Baxter

Klinik Uygulamalar Müdürü, Periton Diyalizi Departmanı

2005 – 2008 Eczacıbaşı Baxter

Medikal Uzman, Periton Diyalizi Departmanı

2001 – 2005 Eczacıbaşı Baxter

Ürün Müdürü, Periton Diyalizi Departmanı

1999 – 2001	Eczacıbaı Baxter Uzman Klinik Uygulamalar ve Eğitim Sorumlusu, Periton Diyalizi Departmanı
1995 – 1999	Eczacıbaı Baxter Klinik Uygulamalar Sorumlusu, Periton Diyalizi Departmanı
1986 – 1995	İst. Üniv. Tıp Fakóltesi Hastanesi Organ Nakli Merkezi Hemşire

Beceriler

İngilizce

MS Office uygulamaları (Excel - Word - Power Point)

Diğer Beceriler / Kurslar:

Proje yönetimi

Müzakere becerileri

Zaman yönetimi

Karar verme

Çatıma yönetimi

Toplam kalite yönetimi

Yaratıcı düşünme ve sorun çözme

Eğitici eğitimi ve sunum becerileri

Dernek Üyelikleri

Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemireleri Derneği

EDTNA-ERCA (European Dialysis Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association)

International Society of Nephrology

Bilimsel Faaliyetler

Kitap bölüm yazarlıkları:

1. Periton Diyalizi El Kitabı (hasta ve aileleri için) (bölüm yazarı/editör)
2. Periton Diyalizi El Kitabı (hemşireler için) (bölüm yazarı)
3. Periton Diyalizi Uygulamaları (hemşireler için) (bölüm yazarı/editör)
4. HD Hemşiresi El Kitabı (bölüm yazarı)

5. EDTNA/ERCA, Peritoneal Dialysis-A Guide for Clinical Practice ((bölüm yazarı)
6. EDTNA/ERCA, Caring for the Elderly Renal Patient- A Guide for Clinical Practice (Türkçe versiyonu editörü)
7. EDTNA/ERCA- The diabetic patient and chronic kidney disease- A Guide for Clinical Practice (Türkçe versiyonu editörü)
8. EDTNA/ERCA- Enviromental guidelines for dialysis- A Guide for Clinical Practice (Türkçe versiyonu editörü)

Ulusal aktiviteler:

1. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemireleri Derneği Bilimsel Komite Üyesi (1998- ...)
2. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemireleri Derneği PD Çalışma Grubu Üyesi (2005- ...)

Uluslararası aktiviteler

1. Uluslararası DOPPS (Dialysis Outcomes Practice Patterns Study) Klinik Araştırma Görevlisi –Turkey (2014-2017)
2. EDTNA-ERCA Ülke Temsilci üyesi (2006-2010)
3. EDTNA-ERCA Konferansı, bilimsel komite üyesi (2007-2013)
4. JORC (Journal of Renal Care) editör kurulu üyesi (2008-.....)
5. EDTNA-ERCA International Congress (oturum başkanlığı) (2008)
6. 12. ISPD congress (oturum başkanlığı) (2008)
7. EDTNA-ERCA International Congress (oturum başkanlığı) (2009)
8. EDTNA-ERCA International Congress (oturum başkanlığı) (2010)

Bilimsel çalışmalar:

1. Dialysis education and information center. EDTNA-ERCA Conference sözlü bildiri 1999,
2. The impact of earthquake on peritoneal dialysis patients. EDTNA-ERCA Conference poster bildiri 2000,
3. İki farklı periton eşitleme testinin karşılaştırılması, Ulusal Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi sözlü bildiri, 2009
4. “The Effect Of Timing And Duration Of Training On The Incidence Of Peritonitis In Peritoneal Dialysis Patients” International Nursing Research Congress, poster bildiri, 2015

5. "Evaluation of Disease Management and Care System in a Case with Type 1 Diabetes" International Nursing Research Congress, poster bildiri (ikincilik ödülü, 2015)
6. "Developing a Shared Care Plan to Improve Patient Care in Peritoneal Dialysis Centers" EDTNA-ERCA Congress, Valencia, sözlü bildiri, 2016
7. Effect of Systematic Predialysis Patient Training on the Clinical Results. EDTNA-ERCA Congress, Valencia, sözlü bildiri, 2016
8. "Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis and Quality o Life": EDTNA /ERCA DOPPS Monograf, 2017
9. Evaluation of Problem Solving Skills of Peritoneal Dialysis Nurses: EDTNA ERCA Krakow Congress, sözlü bildiri, 2017
10. "Evaluation of Two Hour Short Peritoneal Equilibration Test Effectiveness in Peritoneal Dialysis" EDTNA ERCA Krakow Congress, sözlü bildiri, 2017
11. "The experience of kidney patients: A qualitative research" EDTNA ERCA Cenoa Congress, sözlü bildiri, 2018
12. "Multidisciplinary nephrology healthcare team perspective and comparison of pre-dialysis practices and experiences" EDTNA ERCA Cenoa Congress, sözlü bildiri, 2018
13. "Effect of Education and Decision Support on Unplanned Start Dialysis Patient; Multidimensional Evaluation" EuroPD Ljubljana Congress, poster bildiri,2019