



**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE ROY
ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN HASTALIĞI KABULLENME VE SIVI
KONTROLÜNE ETKİSİ**

Merve ÇAYIR YILMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU**

Doktora Tezi-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE ROY
ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
HASTALIĞI KABULLENME VE SIVI KONTROLÜNE
ETKİSİ**

Merve ÇAYIR YILMAZ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERE ROY
ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
HASTALIĞI KABULLENMEYE VE SIVI KONTROLÜNE
ETKİSİ**

Merve ÇAYIR YILMAZ

Tez Savunma Tarihi : 14.12. 2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe OKANLI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sevilay HİNDİSTAN (Karadeniz Teknik Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL (Adnan Menderes Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM - 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	V
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi	5
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	6
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Belirti ve Bulguları	7
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tanı	8
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tedavi	9
2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi	9
2.7.1.1. Hemodiyaliz Komplikasyonları	11
2.8. Hemodiyaliz Tedavisinin Fiziksel ve Psiko-Sosyal Etkileri.....	11
2.9. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı	12
2.10. Hemşirelikte Model Kullanma.....	13
2.11. Roy Adaptasyon Modeli	14
2.11.1. Modeldeki Temel Kavramlar ve Tanımlar	15
2.11.2. Roy Adaptasyon Modelinin Sekiz Ana İlkesi.....	20
2.12. Hastalığı Kabul	21
2.13. Hemodiyaliz ve Sıvı Alımı	22
2.14. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı .	24
3. MATERYAL VE METOT	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu (EK-4)	28
3.4.2. Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ) (EK-5).....	29

3.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) (EK-6)	30
3.5. Ön Uygulama	30
3.6. Hemşirelik Girişimi	31
3.7. Verilerin Toplanması	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
4. BULGULAR	37
5.TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	72
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	72
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	73
EK-3. ARAŞTIRMA İZİN BELGELERİ	74
EK-4. HEMODİYALİZ HASTA TANITICI FORMU	77
EK-5. HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ	79
EK-6. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEĞİ	80
EK-7. EĞİTİM KİTAPÇIĞI	81
EK-8. TEZİN AKIŞ ŞEMASI	82
EK-9. İNTİHAL RAPORU BEYAN FORMU	83

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalıŐmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aŐamasında yardımlarını esirgemeyerek samimiyeti ve sıcaklığı ile bana her daim cesaret, güç ve moral veren değerli hocam Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya en derin saygı ve Őükranlarımı sunarım.

Tez izleme komitemde yer alan, değerli önerileri ile tezime önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi, Erzurum) ve Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya (Medeniyet Üniversitesi, İstanbul), istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasından ötürü Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a (Atatürk Üniversitesi, Erzurum), araştırmanın yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyerek her türlü desteği sağlayan Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Ağrı Devlet Hastanesi diyaliz merkezlerinde görev yapan meslektaŐlarıma, klinik doktorlarına ve personele, her Őeye rağmen sıcacık ve güler yüzlü olan tüm hemodiyaliz hastalarına, her koşulda beni sabırla destekleyen değerli eŐime çok teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Merve ÇAYIR YILMAZ

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastalığı Kabullenme ve Sıvı Kontrolüne Etkisi

Amaç: Bu araştırma, HD tedavisi alan bireylere RAM'a göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolü üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma; deney ve kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Ocak 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında yapılan bu araştırmanın evrenini; Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Ağrı Devlet Hastanesi diyaliz merkezlerinde tedavi gören kayıtlı 188 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya alınma kriterlerine uyan 42'si deney, 39'u kontrol grubunda olmak üzere toplam 81 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu, HKÖ, HHSKÖ kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayılar, yüzdeler, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapmalar, Student-t testi, Ki-kare analizi, Mann Whitney U testi, Will Coxon testi, Sperman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: RAM'a göre verilen eğitimin; HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerini etkilemediği ($p>0.05$), bilgi, davranış, tutum alt boyutları ile toplam sıvı kontrol uyum düzeylerini etkilediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: HD tedavisi alan bireylere RAM'a göre verilen eğitimin; sıvı kontrol uyumlarını arttırdığı ancak bireylerin hastalığı kabullenme düzeyine etki etmediği belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda; HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrol uyumlarını arttırmak için RAM'a göre eğitim programlarının oluşturulması ve düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hastalığı kabul, hemodiyaliz, roy adaptasyon modeli, sıvı kontrolü.

ABSTRACT

The Effect of Education based on Roy Adaptation Model given to Individuals who Receive Hemodialysis Treatment on Acceptance of Illness and Fluid Control

Aim: This study aims to identify the effect of education based on RAM given to individuals who receive hemodialysis treatment on acceptance of illness and fluid control.

Material and Method: This study adopted quasi-experimental design with experimental and control groups. Target population of the study, which was conducted between January 2016 and December 2017, was 188 registered patients who were treated in Erzurum Regional Education and Research Hospital, Atatürk University Yakutiye Research Hospital, and Ağrı State Hospital dialysis centers. The sample was 81 patients who met the inclusion criteria - 42 patients in the experimental group and 39 patients in the control group. Data were collected using Hemodialysis Patients Identification Form, AIS, and FCSHP. Data were analyzed using numbers, percentages, minimum-maximum values, means and standard deviations, Student-t test, Chi-square analysis, Mann Whitney U test, Will Coxon test, and Spearman correlation analysis.

Findings: It was found that the education based on RAM had no effects on patients' level of acceptance of illness ($p>0.05$). It affected their knowledge, behaviours, and attitudes sub-scale scores and total fluid control compatibility levels, which indicated statistically significant differences ($p<0.05$).

Conclusion: Education based on RAM given to individuals who received HD treatment was found to increase fluid control compatibility but have no effects on level of acceptance of illness. In line with this result, it is recommended to provide individuals who receive HD treatment with education programs based on RAM to be conducted in regular intervals in order to increase their fluid control compatibility.

Key Words: Acceptance of illness, hemodialysis, roy adaptation model, fluid control

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DM	: Diabetes Mellitus
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HHSKÖ	: Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği
HKÖ	: Hastalığı Kabul Ölçeği
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
PD	: Periton Diyalizi
RAM	: Roy Adaptasyon Modeli
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.4.1.	Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri.....	6
Tablo 3.8.1.	Verilerin değerlendirilmesinde yararlanılan istatistiksel testler ...	33
Tablo 3.8.2.	Verilerin normallik dağılım analizleri.....	34
Tablo 4.1.	Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	37
Tablo 4.2.	Deney ve kontrol grubundaki hastaların HD tedavilerine ait özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.3.	Hastaların ön testte gruplar arası HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4.	Hastaların ön test son test grup içi HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.5.	Hastaların son testte gruplar arası HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	46

1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) kronik hastalıkların en önemlilerinden biri olup, dünyada ve ülkemizde salgın halini almış önemli bir sağlık sorunudur.¹

KBY, çeşitli hastalıklar temelinde gelişen kronik, ilerleyici ve geriye dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Böbrek işlevlerindeki ilerleyici bozulmalar sonucunda glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma ortaya çıkar. GFH'nin azalması ile böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarını sürdürmede devamlı ve ilerleyici gerilemeler görülür.¹⁻⁵ KBY'nin ciddiyeti; fonksiyonel anlamda böbreğin önemli derecede etkilenmediği gizli böbrek hasarından (evre 1) hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek transplantasyonu gerektiren son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) düzeyine (evre 5) kadar beş farklı evrede incelenir.⁶ GFH 5-10 ml/dakikaya indiğinde SDBY'den bahsedilir.^{7,8} SDBY'de böbreğin sıvı-solüt ve metabolik-endokrin fonksiyonlarını gerçekleştirememesi durumunda sersemlik, baş ağrısı, dikkat sorunları, anksiyete, depresyon, bulantı-kusma, hiperlipidemi, hiperürisemi, anemi, hipertansiyon (HT), perikardit, hiperparatiroidi gibi sistem etkilenmelerine bağlı çeşitli klinik sonuçlarla karşılaşılır.²

KBY'nin görülme sıklığı hızla artmaktadır.⁹ 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde SDBY olan 703.243 hastanın renal replasman tedavisi (RRT) aldığı ve toplam 444.337 HD hastası olduğu bilinmekte iken,¹⁰ ülkemizde 2015 yılında SDBY olan 73.660 hastanın RRT aldığı ve toplam 56.951 HD hastası olduğu bilinmektedir.¹¹ Etiyolojide birçok hastalığın var olduğu bilinmekle beraber diyabetes mellitus (DM), HT ve glomerulonefritler en önemli etiyolojik faktörleri oluşturmaktadır.²

SDBY tanısı alan hastalara uygulanan diyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi RRT'leri, yaşamı koruyucu tedavilerdir ve uygulanan en yaygın yöntem HD'dir.^{7,12} HD'in mortalite oranlarını azalttığı ve beklenen yaşam süresini uzattığı bilinmekle

beraber fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda çeşitli istenmeyen sorunlara sebep olduğu da bilinmektedir. KBY sonucu HD'ye giren bireylerde sıvı alımı, yiyeceklerin kısıtlanması, ilaçların yan etkileri, yorgunluk, geleceğin belirsizliği, aile bireylerinin rol ve sorumluluklarındaki değişiklikler, bir makinaya bağımlı olma, tedavi süresi nedeniyle vakit kaybı, cinsel fonksiyon bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar, mali sorunlar ve iş kaybı gibi pek çok sorun yaşanmaktadır.^{2,13-19}

Günümüzde HD tedavisinin yalnızca hasta ömrünü arttırmak amacıyla değil, aynı zamanda hastanın kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla uygulanması gerekliliği fikri önem kazanmıştır.^{3,20} HD tedavisinin, hastanın uyumunda ve yaşamında çeşitli değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir. Düzenli HD tedavisi alan bireyler, hastalık bulguları ile baş etmek, özelleştirilmiş diyetle bağlı kalmak, beden imgesindeki farklılıklara uyum sağlamak, bireysel, toplumsal ve mesleki amaçlarını tekrar düzenlemek zorunda kalmaktadır. Kuruma ve HD makinesine bağımlı olmanın yanında hastalık ve tedavinin getirmiş olduğu bu kısıtlamalar sebebiyle hastalar alışkanlıklarından vazgeçmektedir.^{8,20-22} Başarılı HD büyük ölçüde ilaç tedavisi, düzenli diyaliz, sıvı kısıtlaması ve uygun beslenme programlarına bağlılığı bir yaşam tarzı haline getirmeyle yakından ilişkilidir.^{12,23,24}

Hastalıkla baş etmek için bireyin hastalığını kabul etmesi, öz bakım uygulamalarını ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapması önemlidir. Tedavide önemli olan bu değişiklikleri gerçekleştirebilmenin en öncelikli yolu hastalığı kabullenmedir. Bu durum özellikle kronik hastalıkların doğru tanınması ve ideal tedavi biçiminin belirlenmesi/uygulanması kadar önemlidir.^{25,26}

HD hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasında ve mortalitelerinin azaltılmasında tedaviye uyumlarının sağlanması gerekmektedir.^{7,12,20,27-29} HD tedavisi alan bireylerde uyum, tedavide yer alan alanlara (diyet, sıvı alımı, reçete edilen ilaçlar,

atlanılan/kısıtılan seanslar) ve dikkate alınan ölçütlere göre farklı oranlarda tespit edilebilmektedir. Bunun yanında HD hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğu da bilinmektedir. Stres yaratan ve tedaviye uyumda zorlanılan önemli alanlardan biri sıvı kısıtlamasıdır.^{22,28,30,31} HD hastalarında sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sonucu ciddi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Öncelikle HD'nin etkinliğinde azalma görülür ve devam eden süreçte hastaların fazla sıvı tüketimi sonucu; akciğer ödemi, HT ve uzun dönemde kalp yetmezliği gibi önemli sorunlar gelişebilir. Tüm bu istenmeyen durumlar sonucunda hasta mortalitesinde artışlar ortaya çıkmaktadır.^{12,27,31,32}

HD hastalarında tedaviye uyum kavramının dikkate alınması ile etkin bir tedavi sağlanarak daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak mümkündür. Bunun için HD hemşirelerinin, hastaların tedaviye uyum düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemesi ve her hastaya özel bireysel girişimlerde bulunması gerekir.^{5,33} Hemşirelerin bu uygulamalarında yol gösterici olan da hemşirelik kuramlarıdır. Geliştirilmiş kuramlar, mesleğin gerçeklerini yorumlayarak ve tanımlayarak eğitim, uygulama ve araştırma gibi aktivitelerde hemşirelere destek sağlar.³⁴⁻³⁶

Hemşireliğin önemli kuramcılarında biri olan Sister Callista Roy, Roy Adaptasyon kuramını geliştirmiştir.^{34,37} Roy, kendi geliştirdiği adaptasyon modeline göre uyumu; fizyolojik alan, ben/benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı olarak dört ana bölümde incelemiştir. Bireyi ise, dört adaptif biçimle ilgili olarak adaptasyonu sürdürmede rol oynayan kognatör ve regülatör baş etme mekanizmalarına sahip adaptif bir sistem olarak tanımlamıştır.^{34,36,38} Bu modele göre hemşirelik; bireyleri daha iyi sağlık seviyelerine ulaştıran, gelişime ve yeniliğe açık bir bilgi sistemidir ve hemşire bu bilgi birikimini kullanarak bireyin uyum düzeyini iyileştirir. Hemşirenin amacı; bireyin fizyolojik ihtiyaçlarına, yüklenmiş olduğu rollere ve sağlığını ilgilendiren değişikliklere daha kolay uyum yapmasını sağlamaktır.^{34,38,39}

Roy Adaptasyon Modeli'ne (RAM) göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının hasta uyumunu arttırmada etkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur.^{19,40-47} HD tedavisi alan bireylere RAM doğrultusunda verilen eğitimlerin; Afrasiyabifar ve ark.'nın¹⁹ çalışması sonucu hastaların fizyolojik alan, benlik kavramı alanı ve rol fonksiyon alanlarında uyum düzeylerini arttırdığı, Kacaroglu Vicdan'ın⁴⁷ çalışmasında ise hastaların psikososyal uyumlarını, benlik saygılarını ve fonksiyonel performans düzeylerini arttırdığı görülmüştür.

Bu araştırma, HD tedavisi alan bireylere RAM doğrultusunda verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrol uyumu üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

H1: RAM'a göre verilen eğitim, HD tedavisi uygulanan bireylerin hastalığı kabullenme düzeyini olumlu etkiler.

H2: RAM'a göre verilen eğitim, HD tedavisi uygulanan bireylerin sıvı kontrol uyumunu olumlu etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

KBY, bedenin sıvı-solüt ve metabolik-endokrin düzenini devam ettirmek için gereken böbrek fonksiyonlarının durdurulamayan ve geriye dönüşü olmayan şekilde gerilemesi halidir.^{13,48,49} GFH'nin zaman içerisinde ilerleyici ve geriye dönüşsüz azalması, gelişen KBY'nin en önemli göstergesidir.^{1,2,49} Böbrekteki fonksiyonel kayıp kritik bir düzeyi aşınca, hastalığın ilerlemesini durdurmak amacı ile altta yatan nedeni gidermeye yönelik uygulamalar çoğu kez etkisiz kalmaktadır.⁵⁰

KBY, hastaları yalnızca tıbbi açıdan değil aynı zamanda sosyal, ekonomik ve psikolojik açılardan da etkilemektedir.⁵¹

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

KBY görülme sıklığı hızla artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de 2001 yılındaki SDBY olan hasta sayısı 324/milyon iken, 10 yıllık bir süreçte 2,5 kattan fazla artış göstererek 2012'de 816'ya, 2014'de 918'e, 2015'de ise 935'e çıkmıştır. 2015 yılındaki SDBY insidansının ise 147/milyon olduğu tespit edilmiştir.^{11,52}

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

KBY'deki etiyolojik faktörlerin oranları ülkeye, ırka, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin Böbrek Veri Sistemi'nde SDBY'ye sebep olan değişik 50 etiyolojik faktörden bahsedilmiştir. Geçmişte KBY'deki en önemli etiyolojik faktör glomerülonefritler iken, günümüzde DM ve HT'dir. Diyabetik nefropatinin bütün ırk ve etnik kökenlerde birinci sırada yer aldığı bilinmektedir.^{2,13,48,49,52,53}

Hastalığın ilerlemesini etkileyerek hastaların klinik durumlarını kötüleştirebilecek risk faktörleri ise; böbrekte hasar oluşumuna eğilimi arttıracak "duyarlılık faktörleri", böbrek hasarını hemen oluşturabilecek "başlatıcı faktörler", gelişmiş böbrek hasarının

ağırlaşmasına sebep olabilecek “progresyon faktörleri” ve yetmezlik durumunda hastalık ve ölüm oranlarını yükseltecek olan “son dönem faktörleri” şeklinde belirlenmiştir. KBY’nin ortaya çıkması ve ilerlemesi yönünden olgular arasında ve bazen de aynı olgudaki değişikliklerden çeşitli risk faktörleri sorumludur. Bu risk faktörleri yaşlılık, ailesel böbrek hastalığının varlığı, böbrek kitlesinde azalma, düşük kilolu doğum, ırk, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyindeki yetersizlik, DM, HT, otoimmün hastalıklar, sistemik ve üriner enfeksiyonlar, üriner sistem obstrüksiyonu ve taşları, ilaç toksisitesi, proteinüri, obezite, dislipidemi ve sigara içmedir.⁵²

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

GFH’de zamanla meydana gelen ilerleyici ve geriye dönüşümsüz azalma, gelişmekte olan KBY’nin en önemli göstergesidir. KBY klinik anlamda, böbrek fonksiyonlarının asemptomatik azalmasından üremiye kadar değişen çok çeşitli evreleri içerisinde barındıran bir süreçtir.

Tablo 2.4.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1,73 m ²)	Uygulamalar
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90	Tanı ve tedavi Eşlik eden hastalıkların tedavisi İlerlemenin yavaşlatılması Kardiyovasküler hastalık riski azaltma
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89	İlerlemenin kontrolü Komplikasyonların tedavisi
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59	Komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29	Böbrek replasman tedavisi hazırlığı
5	SDBY	<15 (veya diyaliz)	Böbrek replasman tedavisi

GFH, birinci ve ikinci evrelerdeki KBY'yi teşhis etmede tek başına yeterli değildir. Bu evrelerde hastalığın teşhisinde kan ve idrar tetkiklerindeki değişimler de dikkate alınmalıdır.^{1,2,52,54}

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Belirti ve Bulguları

KBY başlangıç aşamalarında genellikle sinsi seyretmekle beraber yetersizliğin ilerlemesi ile belirti ve bulgular ortaya çıkmaya başlar. KBY'de belirti ve bulgular, sıvı-solüt ve asit-baz dengesindeki bozuklukların vücut sistemleri üzerine tehlikeli etkileri sonucunda görülür. Belirti ve bulguların şiddeti böbrek işlevlerindeki bozulmanın derecesine, etiyolojiye ve hastanın yaşına bağlı olarak değişir.^{1,2,13,54}

Sıvı-elektrolit bozuklukları: Hipervolemi, hipovolemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfatemi, metastatik kalsifikasyonlar, tetani, hipermagnezemi.

Asit-baz bozuklukları: Artmış anyon açıklı ve normal anyon açıklı metabolik asidozlar.

Sinir sistemi bozuklukları: Stupor, koma, konuşma sorunları, uyku sorunları, demans, nöbet, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, duyarlılık, kas krampı, dikkat sorunları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak sendromu, titreme, myoklonus, ter işlevlerinde sorunlar, psişik sorunlar.

Gastrointestinal sistem bozuklukları: Hıçkırık, parotis bezi iltihabı, gastrit, iştahsızlık, ağız içi iltihap, pankreas iltihabı, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik karaciğer iltihabı, hareket bozuklukları, özofagus iltihabı, bağırsak tıkanıklığı, delinme, asit, üremik ağız kokusu, metalik tad.

Hematoloji-immünoloji bozuklukları: Anemi, eritrosit kırılgenliğinde artış, kanama, lenfosit sayısında düşüş, enfeksiyonlara eğilim, immün hastalıklarda durulma, kanser, aşı kaynaklı immünitede düşüş, tüberkülin ve benzeri tanısal testlerde sorunlar.

Kardiyovasküler sistem bozuklukları: Perikard iltihabı, ödem, HT, miyokard zayıflığı, hızlanmış atheroskleroz, ritim bozukluğu, kapak sorunları.

Pulmoner sistem bozuklukları: Plevral efüzyon, üremik akciğer, akciğer ödemi.

Cilt bozuklukları: Kaşıntı, yara iyileşmesinde gecikme, solukluk, tırnaklarda zayıflık ve küçülme, tırnak yataklarında beyaz çizgiler (muehrcke çizgileri) ya da tırnak uç kısımları normal dipler kahverengi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz, deri turgorunda çoğu kez azalma.

Metabolik-endokrin sistem bozuklukları: Glikoz toleransında azalma, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyümede gerilik, hipogonadizm, cinsel iktidarsızlık, cinsel istekte azalma, hiperürisemi, yetersiz beslenme, hiperprolaktinemi.

Kemik bozuklukları: Üremiye bağlı kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizma sorunları, eklem iltihabı.

Göz bozuklukları: Nistagmus, miyozis, asimetric pupil, bulanık görme, kırmızı göz.

Psikiyatrik bozukluklar: Dikkat sorunları, çevreyle uyumsuzluk, tedaviye uyumsuzluk, anksiyete, ajitasyon, depresyon, intihar eğilimi.

Diğer bozuklukları: Aşırı susama, kilo kaybı, vücut sıcaklığında düşüş, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, edinsel renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri.^{1,2,13,48,51,54-56}

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tam

Kan üre nitrojeninin en az 50 mg/dl ve serum kreatinin düzeyinin 5 mg/dl üzerinde olması tanıda önemli belirleyicilerdir. Yirmi dört saatlik idrarda protein ve kreatinin klirensi değerlendirmesi, direkt batın grafisiyle böbreklerin boyutunun belirlenmesi, ultrasonografi ile tıkanıklıkların saptanması ve gerekli durumlarda böbrek biyopsisi tanıda yararlanılan yöntemlerdir. Kan glikoz değerlendirmesi, elektrolit düzeylerinin

değerlendirilmesi laboratuvar incelemelerinde yer verilmesi gereken diğer tanı yöntemlerindedir.^{1,2,13,56}

2.7. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde Tedavi

KBY olan hastalarda iyi bir tedavi ile morbidite ve mortaliteyi azaltmak mümkündür.² Tedavide temel yaklaşım; hastalığın ilerlemesinin önüne geçme, destek sağlayıcı tedavi uygulama, diyaliz kararı alma ve transplantasyona hazırlıktır.⁵⁷

Hastalığın ilerlemesinin önüne geçme adı altında, böbrek hasarlanmasını hızlandıran faktörlerin kontrol altına alınması yer almaktadır. Bunlar; HT, proteinüri, dislipidemi, anemi, beslenme ve D vitamini, sıvı-elektrolit dengesini koruma, asidoz, hiperfosfatem ve hiperkalemi tedavileridir.⁵⁷

Destek sağlayıcı tedavi adı altında ise böbrek yetmezliği ile ilişkili olan anemi, yetersiz beslenme, büyümede gerilik, renal osteodistrofi, HT ve asidoz gibi problemlerin tedavileri yer almaktadır.⁵⁷

Konservatif yöntemlerle böbrek işlevlerinin sürdürülmesi sağlanamayan hastalarda RRT'lerin uygulanması gerekebilir. RRT'ler HD, PD ve böbrek transplantasyonundan oluşmaktadır.⁵⁷

2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi

HD, hasta kanının diyalizer (yarı geçirgen bir zar) ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriği açısından yeniden düzenlenmesi uygulamasıdır. Amaç, hastanın kanında artış gösteren toksik ürünlerle birlikte yeterli sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Hastanın kanı diyalizerden geçirilirken, diyalizerin diğer yanında da uygun bir diyaliz solüsyonu kanın akış yönünün tersine hareket eder. Sıvı ve solüt hareketi, hasta kanından diyaliz solüsyonuna doğru olmakta olup, bu diyaliz solüsyonunun uzaklaştırılması ile hastada var olan sıvı-solüt dengesizliği düzenlenmiş olur. HD işleminin gerçekleşmesi

için yeterli kan akımının sağlanması (erişkilere yaklaşık 300-600 ml/dk) ve gereçlerin temin edilmesi gerekir.

Sıvı ve solüt değişimi difüzyon ve ultrafiltrasyon (UF) olarak bilinen iki önemli mekanizma ile gerçekleşir. Difüzyon, diyalizerin her iki tarafındaki yoğunluk farkı sebebi ile solütün yoğunluğu yüksek yönden düşük yöne geçişidir. Difüzyona etki eden önemli değişkenler; diyalizerin iki tarafındaki yoğunluk farkı, solütün molekül ağırlığı ve hızı, diyalizer direncidir. Diyalizerin bir tarafında hastanın kanı, diğer tarafında ise diyaliz solüsyonu bulunur. Diyaliz solüsyonunda üre, kreatinin gibi artık ürünler bulunmadığı için üre ve kreatinin difüzyonu en verimli biçimde gerçekleşmiş olur. HD'de kullanılan diyaliz solüsyonunda potasyum yoğunluğu 2.0 mEq/L ise, plazma potasyum yoğunluğu 6.0 mEq/L olan bir hastadan diyaliz solüsyonuna doğru potasyum geçişi gerçekleşir. UF ise, yapılan basınç sebebi ile diyalizerin bir tarafından diğer tarafına sıvı geçişinin gerçekleşmesidir. Sıvı geçişine solüt geçişi de eşlik ettiği için (konveksiyon), UF mekanizması solüt değişimine de katkı sağlar. HD'de UF'yi gerçekleştiren basınç hidrostatik basınçtır.^{13,48,49,58-60}

Hastaya HD kararı verildiğinde, hastanın klinik durumu, eşlik eden hastalıkları, rezidüel renal fonksiyonları ve kreatinin klirensine göre haftada iki veya üç kez olacak şekilde dört saatlik diyaliz tedavisi uygulanır.⁴⁹

HD akut böbrek yetersizliklerinde, hastanın böbreği normal fonksiyonuna dönüncüye kadar hastayı rahatlatmak için kullanılabilir. Böbrek fonksiyon kaybı dönüşümsüz olduğunda, yaşamın sürdürülmesi için sürekli diyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Ayrıca böbrek transplantasyonu yapılmasına karar verilen hastalara, ameliyat tarihine kadar diyaliz uygulanmaktadır.⁵⁶

HD, normal vücut sıvı bileşimini tam olarak koruyamadığı ve böbreklerin yaptığı çok yönlü fonksiyonları yapamadığı için, diyalize bağlı yaşayan hastalarda bazı sağlık sorunları gelişebilmektedir.⁵⁶

2.7.1.1. Hemodiyaliz Komplikasyonları

HD, SDBY hastaları için iyi bir tedavi seçeneği olmakla beraber, ciddi komplikasyonları olan bir tedavidir. Bunlar, HD işlemi sırasında gelişen akut ve sonraki aşamalarda gelişen kronik komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır.^{13,49,60}

Akut Komplikasyonları

Hipotansiyon (% 20-30), kas krampı (% 5-20), bulantı ve kusma (% 5-15), baş ağrısı (% 5), göğüs ağrısı (% 2-5), sırt ağrısı (% 2-5), kaşıntı (% 5), ateş ve titreme (< % 1) HD'de sıkça karşılaşıp hayati tehlike oluşturmayan komplikasyonlar iken, diyaliz disequilibrium sendromu, diyalizer reaksiyonları, ritim bozukluğu, kalp tamponadı, kanama, nöbet, hemoliz, hava embolisi, diyalizer yırtılması, diyalizerde pıhtılaşma, sıvı-solüt dengesizlikleri, diyaliz solüsyonu ısısında farklılıklar, hipoksemi daha nadir görülen fakat ciddi seviyede hayati tehlike oluşturan komplikasyonlardır.^{13,49,59,61}

Kronik Komplikasyonlar

HT (% 80-90), kardiyovasküler problemler, nörolojik problemler (ensefalopati, demans, nöropati, nöbet, subdural hematoma, baş ağrısı), diyaliz amiloidozu (karpal tünel sendromu, periferik eklemlerde osteoartropati, spondilartropati), anemi ve kanamaya meyil, enfeksiyonlar (damar yolu enfeksiyonları, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, hepatit B ve C, HIV), dermatolojik komplikasyonlar (kaşıntı, cilt kuruluğu, ekimozlar, kalsifilaksi) depresyon, katarakt gibi oküler bozukluklar ve üremik kemik hastalığıdır.^{13,62}

2.8. Hemodiyaliz Tedavisinin Fiziksel ve Psiko-Sosyal Etkileri

Diyaliz tedavisi alan bireylerde alışılmış yaşam düzeni önemli oranda değişmiştir. Her ne kadar diyaliz tedavisi SDBY hastaları için yaşam süresini uzatan verimli bir

alternatif olsa da, uzun süreli HD uygulaması hastanın yaşamına getirmiş olduğu kısıtlamalar sebebiyle kabullenilmesi zor bir tedavidir.^{13,49,63} HD tedavisine rağmen hastalarda üremiye bağlı bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, sıvı-solüt dengesizlikleri, hipotansiyon ve ağrı görülebilir. Bu durum hastanın işlevselliğini etkilemekte ve fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, beden imaj bozukluğu, sosyal aktivitelerde azalma gibi fiziksel ve psiko-sosyal etkileri beraberinde getirmektedir. Kişinin haftada üç gün, günde ortalama dört saat süren tedavi programlarında diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı olması hastaların kişisel yaşamlarını etkilemektedir. Belirli bir program halinde tedavisi sürdürülen hastanın çalışmaması durumunda ise iş gücü ve ekonomik kayıplar, aile içi rollerde değişiklikler görülmektedir.^{49,60,64-66}

Bir bireyin hastalığına vereceği tepki hastalık öncesi kişiliği, aile ve çevre desteği ve hastalığın gidişatı ile yakından ilişkilidir. Bu hastalarda depresyon, anksiyete, tedavi sürecine uyumsuzluk, uyku sorunları, intihar eğilimi, psikoz ve rehabilitasyon sürecindeki zorluklar da sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar olarak bilinmektedir.^{49,63,65}

2.9. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı

KBY olan hastalar, uyulması gereken kuralların çokluğu ve bu hastalığa yakalanmış olmanın stresi, rutin testlerin gerekliliği, sıkı bir beslenme programı, ilaçların çokluğu ve düzenli egzersiz gereksinimi nedeniyle süreci yönetmekte zorluk yaşayabilirler.²

Uzun süreli HD tedavisi alıyor olmanın hasta yaşamına getirmiş olduğu kısıtlamalar, tedavi sürecini kabullenmeyi güçleştirmektedir. Bu nedenle erken evrelerde hastalar; hastalık, tedavisi ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek sonuçları hakkında bilgilere ihtiyaç duyarlar.^{1,13}

Hemşireler HD hastalarına diğer sağlık bakım profesyonellerinden daha fazla zaman ayırarak, hastanın problemlerinin üstesinden gelmesinde ve hastalık sürecini yönetmesinde anahtar pozisyonundadır. Hemşireler aynı zamanda hastayla birlikte onun stresini yaşayan yakınlarının da bakımını ve desteğini sağlamak zorundadır.¹ HD tedavisinin başarısı, büyük ölçüde tedaviye uyuma bağlıdır.²⁸ Hasta ve yakınlarının beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması ile hastanın kendini daha iyi hissetmesi sağlanarak tedaviye uyum arttırılacaktır.

Hemşirelik bakımının amacı; hastanın tedaviye uyumunu arttırarak hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır. İlaç tedavisi, diyet, egzersiz programları, yaşam tarzı değişiklikleri, çevresel faktörlerin değiştirilmesi ve sağlık eğitimi bakımın en önemli bileşenleridir. Hemşire öncelikle hastane ortamında hastanın tedavi ve bakıma yanıtını izler. HD tedavi sürecinde uygulanan hemşirelik girişimleri; HD öncesi hazırlık, HD'yi başlatma, HD sırasında bireyin takip edilmesi, HD'in sonlandırılması, HD sonrası gözlem aşamalarından oluşur. Sonraki izlemlerde ise, hemşirelerin önerileri evde bakıma yönelik olmaktadır.^{2,67}

Bakım süreci; HD'nin yaşama olan etkilerini göz önüne alarak her hastanın ihtiyaçlarına göre planlanmalı, öncelikler doğru şekilde saptanarak uygulamaya konulmalı ve sonrasında uygulanan girişimlerin etkinliği değerlendirilmelidir. Ayrıca yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına bireysel eğitimler ve grup eğitimleri ile hasta bireylerin farkındalık düzeyleri arttırılmalı ve öz bakım aktiviteleri geliştirilmelidir.⁶⁸

2.10. Hemşirelikte Model Kullanma

Hemşirelik; bireyin gerçek ve potansiyel sağlığının güçlü ve zayıf yönlerini belirleyen, sağlık zayıflıklarını çözecek veya iyileştirecek en etkili metotları bulan uygulamalı bir meslektir. Hemşirelik uygulamalarında, temel kavramlar ve kavramlar arası ilişkinin belirlenip uygulamadaki problemlerin tanımlanması ve alternatif

çözümlerin geliştirilmesinde model kullanımı önemlidir.⁶⁹ Model çeşitli amaçlara hizmet eden, ihtiyaçların tanımlanmasına yardım eden sistematik zihinsel bir süreçtir. Modeller fiziksel ya da soyut olabilirler. Hemşirelikte kullanılan “Hemşirelik Modelleri” soyuttur.³⁴

Hemşirelik modellerinin kavramsal çatısı hemşirelik eğitimi, yönetimi, uygulaması ve araştırmalarına temel oluşturur ve yönlendirir.^{35,70} Bu modeller özenli bilimsel araştırmalarla mantıksal olarak meydana getirilmekte ve hasta bakımının geliştirilmesinde aktif olarak kullanılmaktadır.³⁴

Hasta/sağlam birey merkezli olan hemşirelik modelleri sayesinde, hemşirelik uygulamaları “iş merkezli” olmaktan uzaklaşır. Hemşirelik modelleri, hemşirelik bilgi ve uygulamalarını düzenleyerek hemşirelere kılavuzluk eder ve profesyonel iletişim sağlar. Ayrıca modeller, uygulamada var olan problemlerin incelenmesine yardımcı olup alternatif çözümler üretilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalardan ziyade hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını, hasta/birey/aile/grubun bütüncül olarak ele alınmasını, bakımın sürekli ve nitelikli olmasını, teori ve uygulamanın bir araya gelmesini ve bakımın değerlendirilmesini sağlar.^{37,71}

2.11. Roy Adaptasyon Modeli

Sister Calista Roy, çocuk hemşiresi iken çocukların hızlı iyileşme kabiliyeti olduğunu, temel fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklere kolaylıkla uyum sağlayabildiklerini görmüştür.^{34,72} Adaptasyon, Roy’un kuramının temelini meydana getirmiştir. Roy, genel sistem teorisi (Bertalanffy 1968) ve adaptasyon düzeyi teorisinden (Helson 1964) “uyum” modelini oluşturmuştur.^{34,36} Kuramında hemşireliğe bütüncül yaklaşımını hümanizma ile birleştirmiştir. Roy’a göre hemşirelikte hümanizm, bireyin yaratma gücüne sahip olduğu inancıdır. Roy bireye ait savunma mekanizmalarının, bireyi daha iyi yapacağına inanır.³⁴

Roy'un geliştirdiği hemşirelik uyum modeli 1970 yılında uygulamaya konulmuş olup, en son 1986 yılında hemşirelere rehberlik edecek biçimde yeniden kavramsallaştırılmıştır.^{34,36}

2.11.1. Modeldeki Temel Kavramlar ve Tanımlar

RAM dört küresel kavramı bütünleştiren bir kavramsal modeldir. Bu kavramlar; insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir. RAM bir insan olarak hastaya, onun çevresine, sağlık durumuna ve hasta için hemşirelik uygulamaları/hemşirelik sorumluluklarına odaklanır.⁷³

İnsan

RAM'a göre insan, iç ve dış ortamlarla sürekli etkileşimde olan bütünsel, uyarlanabilir bir sistemdir. İnsan sistemi, bir amaç için birlik olarak işlev gören parçaları içeren bir bütün olarak tanımlanır.^{72,74} Herhangi bir sistemde olduğu gibi insan sisteminde de, bir cevap meydana getiren "girdi", "çıkıtı", "kontrol" ve "geri bildirim" süreçleri mevcuttur.³⁴ İnsan için girdiler uyarıcı olarak adlandırılır ve bunlar iç ya da dış uyarıcılar olabilir. Uyarıcılara adaptif cevaplar uyum, nonadaptif cevaplar ise uyumsuzluk olarak tanımlanır. Verilen cevaplar insanın yetenekleri, içsel uyarıcılar ve dıştan gelen uyarıcılar tarafından etkilenir.^{34,35,72,74}

RAM'da uyarıcılar üç grupta incelenir.³⁴

1. Fokal (Odak) Uyarıcılar: Bireyin hemen tepki oluşturduğu internal ve eksternal uyarıcılardır.^{34,36,74} Bireyde tepki oluşturan, nesne ya da olaydır. Örneğin, kişi yakınında yüksek bir ses işittiği zaman, çabuk bir şekilde o tarafa dönebilir ya da etrafındaki bir gürültüyü işiterek kızgınlık duyabilir. Kişinin dikkati uyarıcının üzerinde odaklaşır ve onunla uğraşmak için enerji harcayarak, gürültünün kaynağını bulmaya ve onu nasıl idare edeceğine karar vermeye çalışır. Hemşire RAM'ı temel aldığında, hasta için fokal olabilecek çoğu uyarıcıya dikkat edecektir.⁷²

2. *Kontekstüel (Etkileyen) Uyarılar*: Fokal uyarının etkisini güçlendiren bütün diğer uyarılardır. Yani kontekstüel uyarılar bireyin içinden gelen veya gelmeyen fakat bireyin dikkat ve enerji merkezinde bulunmayan bütün çevresel faktörlerdir.^{34,36,74} Daha fazla dikkat fokal uyarana gösterilirken, kontekstüel uyarılar aynı zamanda durumu etkileyenler olarak tanımlananlardır. Hasta fokal olabilen birçok değişiklikle karşılaştığında bu durum birçok kontekstüel uyarıları içerebilir. Ağrılı bir kişi eğer ağrı nedenini bilmiyorsa daha fazla acı duyabilir. Benzer şekilde ağrı, bireyin beklediği ve geçici bir durum olduğu zaman da daha iyi tolere edilebilir.⁷²

3. *Rezidüel (Olası) Uyarılar*: Kişinin iç ve dış ortamından kaynaklanan ve fokal uyarıyı etkileyen fakat etkileri belirsiz olan diğer faktörlerdir.^{34,36,74} Birey bu faktörü fark etmeyebilir veya faktörün gözlenebilen bir etki oluşturduğu belirlenemeyebilir. Rezidüel uyarılar var olan pozisyonda birey üzerindeki etkileri anlaşılabilir veya anlaşılabilen çevresel faktörlerdir. Bunlar inançlar, davranışlar ve kişisel deneyimler olarak bilinmektedir. Geçmiş ile ilgilidirler ve tedaviye yanıtı etkilerler.⁷²

Hemşirenin hastasına bakım verirken, hastayı etkileyen olası uyarıları dikkate alması yararlıdır. Böylelikle hemşire durumu daha iyi açıklayabilir. Örneğin, hemşire evinden ayrılan bir çocuğun reaksiyonunu gözleyebilir ve çocuğun ailesinden ilk ayrılışı olduğunu düşünebilir. Çevre sürekli olarak değiştiğinden uyarının önemi de değişir.⁷²

Üç uyarıcı türü birlikte hareket eder ve bir kişinin “bir durumda olumlu tepki verme kabiliyeti” olan adaptasyon düzeyini etkiler.³⁶ Hemşire ilk etapta fokal uyarıyı, sonrasında ise kontekstüel uyarıyı yönetmeyi hedeflemelidir. Fokal uyarının değiştirilememesi durumunda kontekstüel uyarıya müdahale edilerek bireyin adaptasyonu sağlanır.⁷⁵

Adaptasyon Düzeyi:

Bireyin rastgele bir duruma pozitif yanıt oluşturma kabiliyetini gösterir ve devamlı değişir. Pozitif yanıt oluşturma kabiliyeti, üç uyaran tipi ve uyaranların o an için birey üzerindeki etkisi ile ilişkilidir.³⁴

Adaptasyon düzeyi bir kişinin baş etme mekanizmaları ve kontrol süreçleri tarafından modüle edilir.³⁶ Roy doğuştan gelen ve edinilen baş etme mekanizmalarını regülatör ve kognatör alt sistem olmak üzere iki önemli sistemle ifade eder.⁷⁴

1. Regülatör Alt Sistem: Nöral, kimyasal ve endokrin süreçler aracılığıyla gerçekleşir. Bilgiyi, zihinsel ve kendiliğinden algılayan birey çözüm üretir. Doğum yapan bir kadın, regülatör alt sistemin bir örneğidir. Doğum süresince kimyasal ve nöral internal uyaranlar, bebeğin doğumunu sağlayacak olan servikal açılma ve uterus kontraksiyonları gibi doğum için gerekli fizyolojik yanıtları meydana getirmek için endokrin sistem ve merkezi sinir sistemi aktivitesi başlatır.^{34,74}

2. Kognatör Alt Sistem: Algısal/bilgi süreci; öğrenme, karar verme ve duygusal kanallar yolu ile yanıt oluşturan mekanizmadır. Algısal/bilgi süreci dikkat, kodlama ve bellek faaliyetlerini içerir. Öğrenme ise taklit ve pekiştirmeyi, problem çözme ve karar verme sürecini kavramayı içerir.⁷⁴ Kişinin heyecanları boyunca savunmalar, kaygıdan kurtulma, duygusal açıdan karar alma ve yeni bağılıklar kurmadaki çabalarda kullanılırlar. Psikolojik, sosyal, fiziksel ve fizyolojik unsurları içeren internal ve eksternal uyaranlar kognatör alt sistemde girdiler olarak etki oluşturur.³⁴

Regülatör ve kognatör alt sistem süreçlerinin doğrudan gözlemlenmesi mümkün olmamakla birlikte Roy, regülatör ve kognatör aktivitelerin görülebildiği dört adaptif alan belirlemiştir.³⁶

1. Fizyolojik Alan: Çevresel uyaranlara karşı bireyin bedensel anlamda verdiği yanıtlar ile ilişkilidir. Bu biçimdeki davranış hücrelerin, dokuların ve insan bedenini oluşturan

sistemlerin tamamının fizyolojik aktivitelerinin bulgusudur. Uyarılar, adaptif ve etkisiz davranışı oluşturan baş etme mekanizmalarını aktifleştirir. Baş etme mekanizmaları fizyolojik fonksiyonlarla ilgili olup, oluşan yanıtlar fizyolojik davranışlardır.^{36,74,75}

Fizyolojik uyum, bireyin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkilidir ve oksijenizasyon, beslenme, eliminasyon, aktivite-dinlenme ve korunma olmak üzere beş temel fizyolojik gereksinimi içerir. Buna ek olarak fizyolojik adaptasyonda duyu, sıvı elektrolit, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon olmak üzere dört süreç yer almaktadır. Fizyolojik bütünlük, bu adaptif biçimin uyarılabilir cevabıdır.⁷⁴

2. Ben/Benlik Kavramı Alanı: Bireyin psikolojik ve ruhsal özelliklerini belirtir. Bireyin kendisi hakkında oluşturduğu tüm inanç ve duygulardan oluşur. Ben/benlik kavramı alanının temel ihtiyacı ruhsal bütünlük olarak belirtilmektedir.^{36,74}

Ben/benlik kavramı biçimi fiziksel ve kişisel ben/benlik olarak ikiye ayrılır. Fiziksel ben/benlik; vücut algısı ve beden imajını içerir. Kişisel ben/benlik ise; idealler, davranışlar, kişisel standartların uyumu, moral-ahlaki-spiritüel değerleri içerir.³⁶

3. Rol Fonksiyonu Alanı: Toplumda edinilen pozisyonlara dayanarak görevlerin gerçekleştirilmesidir. Rol fonksiyonu alanının temel ihtiyacı sosyal bütünlük olarak belirtilmektedir. RAM'da primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç çeşit rol sınıflaması benimsenmiştir.

- Primer Rol: Bireyin hayatında var olan davranışların temelini meydana getirir.
- Sekonder Rol: Primer rol ve gelişim aşaması ile alakalı görevlerin toplamıdır.
- Tersiyer Rol: Sekonder rolle alakalı rollerdir. Kişisel seçimlerle ilgilidir. Tersiyer roller geçicidir ve beğeniler doğrultusunda oluşur.^{36,74}

Rol sınıflarına örnekler: 45 yaşında üretken kadın (primer rol), anne, eş, büyükanne, memur (sekonder rol), resim kursu veriyor, dans ediyor (tersiyer rol).

4. Karşılıklı Bağlılık Alanı: Sevgi, saygı ve değer verme ve alma arasındaki denge ile ilişkili etkileşimler üzerine odaklanır. Bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsar. Karşılıklı bağlılık alanının altında yatan temel ihtiyaç ilişkisel bütünlüğün sağlanması veya ilişkilerin geliştirilmesinde güvenlik hissidir.^{36,74}

Çevre

Çevre, modelin ikinci önemli kavramıdır. İnsanların gelişimini ve davranışlarını tehdit ya da teşvik eden, onları saran tüm şartlar ve iç/dış etmenler çevreyi oluşturur. Çevrenin devamlı farklılaşması adaptif yanıtlar oluşturması adına bireyi uyarır. Bireyin başlıca görevi, çevresel uyaranlara karşı bütünlüğü korumaktır. Birey farklılaşan şartlara yönelik yeni yanıtlar oluşturma yeteneğine sahiptir. Gelişen farklılıklara adaptasyon için, bireyin daha çok enerjiye ihtiyacı vardır. Birey çevre ve şu anki adaptasyon seviyesini temel alarak bir yanıt oluşturur. Yanıtlar etkili veya etkisiz olabilir.⁷⁴

Sağlık

RAM'a göre insan, çevre ile devamlı etkileşim içerisinde olup, değişen çevre ile beraber değişip, gelişen adaptif bir sistemdir. Adaptif sistem için sağlık ise gerçekleşen etkileşime bir cevap, uyum şeklinde tanımlanabilir. Uyum; hayatı sürdürme, büyüme, üreme, egemenlik kurma gibi insanın bütünlüğüne yönelik olumlu cevaplardır. Uyumlu cevaplar ile bireysel bütünlük geliştirilmiş olur. Sağlık, insanın var olma gayesidir. Roy'a göre sağlık, bir süreç, bir durum, bütünlüğün devam ettirilmesi şeklinde tanımlanırken, bütünlüğün devam ettirilememesi durumu da hastalık olarak belirtilmiştir.⁷⁵

Hemşirelik

Hemşirelik, bireyin sağlığına olumlu etki eden durumları sürekli olarak gözlemleyen, sınıflandıran ve bu durumları birbirleriyle ilişkilendiren gelişmiş bir bilgi sistemidir. Uygulamalı bir bilimsel disiplin olan hemşirelik, daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak adına gerekli temel hizmetlerin verilmesi için bilimsel bilgilerin bütünlük içinde

kullanılmasıdır. Hemşireliği diğer disiplinlerden farklı kılan özel uygulamalar, hemşirelik süreci olarak belirtilir. Roy bu süreçte sorun çözümü yaklaşımını önererek “1. uyarı tanımlama, 2. problemi belirleme, 3. hedefleri belirleme, 4. planlama, 5. uygulama ve değerlendirme yapma” olmak üzere beş aşama belirtmiştir.³⁴

Roy’a göre dört farklı uyum alanında uyumu gerçekleştirme hemşireliğin gayesidir. Böylelikle hemşire sağlığa, kaliteli yaşama ve onurlu şekilde ölüme katkı sağlar. Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinin sürdürülmesi önemli olmakla beraber bu iyilik halinin devam ettirilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Hemşirenin sorumluluğu sağlık ve hastalığa uyumu sağlamak, çevre ile insan etkileşimini artırarak sağlığı korumaktır.⁷⁵

2.11.2. Roy Adaptasyon Modelinin Sekiz Ana İlkesi

1. Birey biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bir bütündür; bu bütünlüğü devam ettirmeye çalışır.
2. Birey sürekli olarak farklılaşan çevre ile etkileşim durumundadır. Bu etkileşim iç ve dış uyaranların farklılaşmalarına adaptasyonu gerektirir.
3. Birey bütünlük ve homeostazisi devam ettirmek için hem doğuştan hem de sonradan kazanmış olduğu biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kaynaklı mekanizmaları kullanır.
4. Sağlık ve hastalık, bireyin yaşamının kaçınılmaz durumlarıdır.
5. Birey çevresel farklılaşmalara, olumlu yanıt verecek biçimde uyum geliştirmelidir.
6. Bireysel uyuma etki eden faktörler; bireyin baş etme durumu ve çevresel farklılaşmaların (ısı değişiklikleri vb.) derecesidir.
7. Bireyi olumlu yanıtı sevk edecek uyarının, uyum alanı içinde bulunup bulunmaması uyum davranışını etkiler.

8. Birey dört adaptif alan (fizyolojik, ben/benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağıllık) içinde değerlendirilir. Bu alanlardaki bütünlüğün tehlikede olması bireyin uyum gayretini gerekli kılar. Hepsinin birleştirilmiş hali bireyin bağımlılık, bağımsızlık dengesini meydana getirir.⁷²

2.12. Hastalığı Kabul

Hastalığı kabul; hastanın, hastalığının yaşamına getireceği değişiklik ve kısıtlamalarla baş etmeye hazır hale gelmesidir. Kabul, kronik hastalığa adaptasyon sürecinin en önemli aşamalarından biri olarak görülmektedir. Kabul ile beraber hastanın yeni yaşam koşullarına uyum sağladığı adaptasyon süreci kolaylaşır.⁷⁶⁻⁷⁹ Bu aşamada hastaların kararlılık, ümit, azim, başarı inancı, iyimserlik gibi kişilik özellikleri hastalığa adaptasyona ve hastalığı kabule pozitif etki oluşturur. Hastanın izni ve isteğiyle tedaviye başlama, bir adaptasyon ve bir kabul göstergesi olarak görülebilir.⁸⁰

Kronik hastalıklar, hastaları hayatlarında değişiklik yapmaya zorlar. Hastalığı kabul, hastanın normal yaşama ve sağlık sınırlaması/sağlık kaybıyla ilgili tehditlere, kısıtlamalara ve sorunlara rağmen çeşitli roller üstlenmesine yardımcı olur. Kabul düzeyinin artması ile birlikte hastalarda benlik saygısı ve iyimserlik artmakta, hastalığa bağlı olumsuz reaksiyonlar ve duygular azalmakta, sağlık personeline güven artmakta ve tedaviye olan inancın da artması ile birlikte hastanın tedavi sürecine daha aktif katılımı sağlanmaktadır. Kabulün gerçekleşmediği hastalarda ise benlik saygısında azalma, çaresizlik davranışları ve olumsuz duygular ile karşılaşabilmektedir.^{77,79-82} Van Damme-Ostapowicz ve ark.⁸³ tarafından yapılan çalışmada hastalık kabul düzeyinin artması ile yaşam doyumu düzeyinin arttığı görülürken, Cybulski ve ark.'nın⁷⁷ yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyi yüksek olan hastalarda hekim kaynaklı duygusal destek arayışının azaldığı görülmektedir.

Ömür boyu devam ettiği, tam olarak tedavi edilemediği ve bireyin fonksiyonlarını kısıtladığı için kronik hastalığı kabullenmek zordur. Özellikle de hastalık, hastanın mevcut hayatında ve gündelik işleyişinde bir takım değişiklikler yapılmasını gerektiriyorsa bu süreç daha zor olabilmektedir. Bununla birlikte tam anlamıyla hastalığın kabulü için gerekli süre, hastadan hastaya değişiklik gösterir. Kabullenme evresinde aile, sosyal çevre ve sağlık ekibi desteğinin önemi büyüktür.^{80,81,84-86}

KBY gelişmiş ve HD tedavisi alan hastalar da tüm diğer kronik hastalığı olan bireyler gibi, yaşam tarzlarında ve düzenlerinde ciddi değişiklikler ile yüz yüze kalmakta ve başkalarının desteğine ihtiyaç duyar hale gelmektedir. HD tedavisi, hastaların hayatlarının birçok yönünü (fiziksel, zihinsel, sosyal, manevi) etkilediği için kabullenilmesi zor bir tedavidir.^{2,8,14}

HD hastaları kabullenme sürecinde yalnızca hastalığın semptomlarıyla değil aynı zamanda yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerle, özerklik ve bağımsızlığın sınırlanması ve ailedeki ve toplumdaki bireysel rollerin değişmesi ile de baş etmeye çalışırlar. Bu dönemde gerekli olan eğitim, danışmanlık ve destek hizmetlerinin aktive edilmesi, sürece adaptasyonun artırılması açısından önemlidir.^{3,20,25,26}

2.13. Hemodiyaliz ve Sıvı Alımı

HD'de diyet, sıvı alımı ve diyaliz seansları gibi pek çok faktörü içeren tedaviye uyum kavramı, tedavi rejiminin kendisi kadar etkin ve önemlidir. Ömür boyu HD ve ilaç tedavisi gerektiren karmaşık bir tedavi programının parçası olan KBY hastaları, sıvı ve diyet kısıtlamaları da dahil olmak üzere bir çok alanda davranış değişikliği geliştirmek durumundadır. Başarılı HD tedavisi için; sıvı kısıtlamasının, diyet rehberinin, ilaç reçetelerinin dikkate alınması ve HD seanslarına düzenli katılımın gerçekleştirilmesi gerekir.^{5,12,87}

HD'de en fazla stres oluşturan ve tedaviye uyumda zorlanılan alan sıvı kısıtlamasıdır.^{12,87-92} Hastalık ilerledikçe HD hastaları idrar oluşturma yeteneklerini kaybeder. Bu nedenle, tüketilen sıvının miktarı önem kazanır.⁹³ Sıvı alımı uyumunun sağlanması, HD tedavisinin başlıca hedeflerinden biridir. Alınan sıvı miktarını saptamak için dikkate alınan en önemli klinik parametre interdiyalitik kilo alımıdır. İnterdiyalitik kilo, iki diyaliz seansı arasında kazanılan sıvı miktarını belirtir ve takip eden HD tedavi seansının diyaliz öncesi ağırlığından diyaliz sonrası ağırlığının çıkarılmasıyla tahmin edilmektedir.⁹³⁻⁹⁶ HD hastaları arasında aşırı interdiyalitik sıvı alımı sık görülen bir sorundur. Bu sorun tedavi sırasında hipotansiyon, kas krampı gibi akut semptomlara yol açmanın yanı sıra kardiyovasküler hastalıklara ve erken ölümlere de neden olmaktadır.^{12,94,97,98} HD tedavisi alan 6.251 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada; interdiyalitik sıvı alımı, kuru ağırlığının %5.7'sinden daha fazla olan hastaların ölüm riski taşıdıkları sonucu elde edilmiştir.⁹⁹ Sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ya da aşırı interdiyalitik sıvı alımı nefes darlığı, kas krampı, baş dönmesi, hipotansiyon, kaygı, pulmoner ve periferik ödem, kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi ve HT gibi komplikasyonlara sebep olur. HT, kardiyovasküler hastalık kaynaklı mortalite oranını arttıran en önemli HD komplikasyonudur.^{12,94,97,100} Ciddi komplikasyonlar anürisi olan hastalarda daha hızlı ortaya çıkmaktadır.⁹⁰

İnterdiyalitik kilo tek başına sıvı alımı uyumunu değerlendirmek için yeterli değildir. Hastanın rezidüel böbrek fonksiyonu ve kuru ağırlığı da uyumu değerlendirmede dikkate alınan önemli parametrelerdir.⁹⁵

Alınan sıvıyı dengelemenin en uygun yolu, hedeflenen diyaliz sonrası ağırlığın ayarlanması ve interdiyalitik sıvının sınırlandırılmasıdır. Çoğu hastada interdiyalitik sıvı alımı tuz alımı ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle günlük alınan tuz miktarının azaltılması önemlidir. Bu sayede tuz ile uyarılan susuzluğun önlenmesi için gerekli

olandan daha fazla sıvı almayan hasta, nispeten daha az interdiyalitik kilo ile diyalize gelecektir.¹⁰¹

Sıvı dengesinin korunması ve sıvı kayıplarının yerini alması adına günlük alım için tavsiye edilen sıvı miktarı 1 kg'dır. Günde 1 kg'lık interdiyalitik kiloya sahip bir birey sıvı alımına uyumlu olarak kabul edilir.^{93, 102} İnterdiyalitik kilo, kuru ağırlığın 2.5 kg'dan veya %3.5'den az olmalıdır.¹⁰³

HD hastaları, diyet ve sıvı rejimini kendi kendine yönetmekte güçlük çekerler. Günlük yaşamda diyet ve sıvı yönetimini kolaylaştırmak için hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, hasta merkezli bir yaklaşım kullanarak tedaviye uyumu engelleyen faktörleri gidermeli, hasta ile ailesine eğitim vermeli ve bilişsel-davranışsal stratejiler geliştirmelidir. Gerçekleştirilecek tüm bu müdahaleler sonucunda geliştirilecek davranış değişiklikleri ile hastaların diyet ve sıvı alımı uyumları arttırabilir.^{28, 90, 96, 104} Özellikle sıvı alımını geliştirmek amacıyla; eğitsel, psikolojik veya her ikisinin birleşimini içeren çeşitli yaklaşımlar kullanılarak gerçekleştirilmiş birçok çalışma sonucunda, HD hastalarının sıvı alımı uyumlarının arttığı görülmüştür.^{27,105-110}

2.14. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Roy Adaptasyon Modeli'nin

Kullanımı

Hemşirelikte model kullanımı ile uygulamadaki var olan problemler erken evrede tespit edilerek alternatif çözümler geliştirilmekte ve böylelikle hemşireler, hemşirelik uygulamaları merkezli hizmet sunmaktadır. Model kullanımı aynı zamanda bakımın sistemli olmasını da sağlamaktadır.³⁷

Hemşirelik modelleri kavramsal olarak hemşirelik eğitimi, yönetimi, uygulaması ve araştırmalarına temel oluşturmaktadır. Modeller; hemşirelik biliminin gelişimini sağlamakta, hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmekte ve hasta/hemşire ilişkisindeki roller hakkında fikir sunmaktadır. RAM, hastalığa uyumu arttırmak amacıyla destek

alınan önemli bir hemşirelik modelidir. RAM'ı temel alarak gerçekleştirilmiş olan birçok hemşirelik çalışması sonucunda, RAM'ın hasta uyumunu arttırmada etkili bir hemşirelik modeli olduğu görülmüştür.^{19,40,42-45,47,69,111}

HD, SDBY olan hastalara kaliteli bir yaşam sunan ve yaşam ömrünü arttıran önemli bir tedavi yöntemi olmasının yanında, hastanın uyumunda ve yaşamında birtakım değişikliklere sebep olmaktadır. Düzenli HD tedavisi gören hastalar beslenme ve sıvı kısıtlaması, kronik ağrılar, çalışma kapasitesindeki düşüş, fiziksel aktivitelerde azalma, aile içi rol değişiklikleri ve cinsel problemler gibi çeşitli fiziksel ve psiko-sosyal güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu durumlar sonucunda HD tedavisi, yararlı etkilerine rağmen bir stres kaynağı olarak hareket edebilmektedir.^{8,15,19,112} Bu değişiklikler HD'ye giren bireylerin psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşam alanlarının bütününe etkilemekte ve yaşam kalitelerini kötüleştirilmektedir. Bireyin, yaşamında meydana gelen değişimlere uyum yapması ile hastalıkla baş etme ve HD ile barışık bir şekilde yaşam sürdürme mümkün olabilir.^{3,8,113,114}

HD tedavisi alan bireylerin mevcut ya da oluşabilecek problemlerinin çözümlenmesinde hemşireler; eğitim verme, hastayı izleme, destekleme, değerlendirme ve bireysel ihtiyaçları belirleme ile bireylerin hastalıklarıyla yaşama uyum sağlamalarına destek olabilir. Hemşirelerin bu uygulamalarına yön verecek olan da hemşirelik modelleridir.^{113,115,116}

Hastalığa uyumu arttırmak amacıyla kullanılan önemli hemşirelik modellerinden biri olan RAM, HD tedavisi alan bireylere sağlanan hemşirelik bakımına yön vererek bireylerin tedaviye ve sürece uyumlarını arttırabilir.¹¹⁵ HD tedavisi alan bireylere verilen RAM temelli eğitim uygulamaları sonucunda bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumlarının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{19,47}

HD tedavisi alan hastaların yaşamış olduğu konstipasyon, mide bulantısı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, ödem, baş dönmesi, ağız kuruluğu, ciltte kuruluk, uyku problemleri, göğüs-sırt ağrıları, kaşıntı gibi fiziksel sorunlar Roy'un fizyolojik alanıyla ilgili verilen hemşirelik uygulamalarıyla; fiziksel kayıpların yanı sıra gelişen konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, sinirlilik, aile içi rol kaybı, iş kaybı, hastaneye yatma, mortalitenin artması gibi ben/benlik saygısını azaltan ve sosyal rollerde kayıplara sebep olan psikososyal sorunlar Roy'un ben/benlik kavramı alanı ve rol fonksiyonu alanıyla ilgili verilen hemşirelik uygulamalarıyla; yalnızlık hissi, sosyal izolasyon gibi kişinin soyutlanmasına sebep olan sorunlar ise Roy'un karşılıklı bağıllık alanıyla ilgili verilen hemşirelik uygulamalarıyla giderilebilir veya en aza indirgenebilir.^{14,47,117-119}

RAM, HD tedavisi alan bireyi bütüncül şekilde değerlendirir. Hemşirenin vermiş olduğu eğitim ve uygulamaların gayesi; bireyin çevredeki uyarcılara yönelik düzenleyici ve bilişsel-duygusal baş etme mekanizmalarını kullanarak fiziksel, ben/benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık alanlarında etkili uyum davranışları geliştirmek ve bireyi istenen en yüksek uyum düzeyine ulaştırmaktır.^{19,113,115}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma deney ve kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Ağrı Devlet Hastanesi diyaliz merkezlerinde Ocak 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyaliz merkezinde tedavi alan kayıtlı 80 hasta, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi diyaliz merkezinde tedavi alan kayıtlı 58 hasta ve Ağrı Devlet Hastanesi diyaliz merkezinde tedavi alan kayıtlı 50 hasta olmak üzere toplam 188 hasta oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmadan toplam 188 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların 34'ünün okuma yazma bilmemesi, 17'sinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 14'ünün 6 aydan daha kısa süredir HD tedavisi alıyor olması, 15'inin genel durumunun kötü olması, 3'ünün işitme ve 1'inin görme probleminin olması, 1'inin 18 yaş altı olması ve 7'si ile iletişim kurulamaması sebebiyle 92 hasta araştırmaya dahil edilememiştir. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden 96 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığının tespiti için post hoc (deneysel) güç analizi yapılmış olup, araştırmanın 0.05 anlamlılık seviyesinde, %95 güven aralığında, gücünün %90, etki büyüklüğünün 0.73 (orta) (bağımsız gruplarda t testi Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) deney ve kontrol post test karşılaştırması için) olduğu belirlenmiştir.¹²⁰

Diyaliz merkezlerinde HD tedavisi alan iki grup hasta vardır. Birinci grup hastalara haftanın 3 günü (pazartesi-çarşamba-cuma), ikinci grup hastalara ise haftanın 2 günü (salı-perşembe) HD tedavisi uygulanmaktadır. Birinci grupta yer alan hastaların rezidüel idrar volümleri, ikinci gruptaki hastalara göre daha düşük olup bu durum; hastaların hastalığa ve tedaviye uyum düzeylerini etkilemektedir. Bu nedenle, deney ve kontrol grubu oluşturulurken yan tutmayı engellemek ve homojeniteyi sağlamak adına her iki gruptan eşit sayıda hasta deney ve kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Birinci grup 50 hastadan, ikinci grup ise 46 hastadan oluşmuştur. Birinci ve ikinci grupta yer alan hastaların eşit sayıda deney ve kontrol gruplarına atanmasında basit rastgele örnekleme yönteminden yararlanılarak 25'i birinci, 23'ü ikinci grupta yer alan hastalardan olmak üzere 48'er kişilik deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırma süresince gerçekleşen 4 ölüm, 1 nakil ve 10 yer değişikliği sebebi ile araştırma, 42 kişilik deney ve 39 kişilik kontrol grubu ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üstü olmak,
- En az 6 aydır HD tedavisi alıyor olmak,
- Okuryazar olmak,
- İş birliğine açık olmak.
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmamak,
- Psikiyatrik hastalığı bulunmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu (EK-4)

Araştırmada kullanılan Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek^{5,19,43,47,121} oluşturulmuştur. Bu form üç bölümden oluşmuş olup birinci bölümde; sosyo-demografik özelliklere ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni hal vb.),

ikinci bölümde; tedaviye ait değerlere ilişkin (kuru ağırlık, diyaliz öncesi ve sonrası kilo, interdiyalitik kilo vb.), üçüncü bölümde ise; laboratuvar değerlerine ilişkin (hemotokrit, hemoglobin, albümin, total protein vb.) bilgileri içeren sorular yer almıştır.

3.4.2. Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ) (EK-5)

HKÖ Felton ve Revenson aracılığıyla Amerika’da 1984 yılında oluşturulmuştur. HKÖ, Linkowski’ye ait Hastalık Etki Ölçeği’nden (Sickness Impact Scale) alıntıdır; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması HT, DM, romatoid artrit ve kanser hastalığı bulunan bireylerde yapılmış olan ölçeğin Chronbach alpha değeri 0.83’tür. HKÖ, bireyin hastalığını kabul etme düzeyinin belirlenmesinde kullanılır.⁷⁶

Felton ve Revenson aracılığıyla oluşturulan “Acceptance of Illness Scale-HKÖ” geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Büyükkaya Besen⁷⁶ Türk toplumuna uyarlamış ve devamında ölçeği “Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek” isimli doktora tezinde uygulayarak gerçekleştirmiştir.

Ölçeğin tüm alanlarında, hastalık kaynaklı özel güçlükler ve sınırlılıklar mevcuttur. Ölçek hastalık sebebiyle hayata dayatılan öz yeterlilik noksanlığı, başka bireylere bağımlı olma hissi ve öz saygıda düşüş gibi sınırlılıkları, olumsuz hisleri ve tüm bu hislere karşın değerli olma ve kabul edici hisleri değerlendirmektedir. HKÖ’de sekiz madde mevcuttur. Ölçek likert tipi olup, 5 puanlı katılma ve katılmama durumu dikkate alınarak değerlendirilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 8 iken en yüksek puan 40’tır. Ölçekteki maddelere katılma durumu düşük puan (1 puan) ile değerlendirilir ve hastalığı kabul yetersizliğine işaret eder. Hastalık durumuna uyumsuzluğu ve önemli fiziksel rahatsızlığı gösterir. Belirtilen maddelere katılmama durumu ise yüksek puan (5 puan) ile değerlendirilir ve hastalığı kabulün kanıtı olarak görülür. Hastalığa ilişkin olumsuz hislerin olmadığını belirtir. Ölçekteki 6. madde ters olarak puanlanmaktadır.^{26,76}

Hastalık kabul düzeyinin yüksek olması, uyum geliştirildiğini ve fiziksel anlamda hissedilen rahatsızlığın az olduğunu belirtmektedir. Hastalığı kabulün artması ile hastada, hastalık sebebiyle gelişmiş olan olumsuz hislerin ve tepkilerin azaldığı görülür.⁷⁶ Büyükkaya Besen'in⁷⁶ çalışmasında Chronbach alpha değeri 0.79, bu çalışmada ise 0.85 bulunmuştur.

3.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) (EK-6)

HD hastalarını sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla Çınar ve Albayrak Coşar¹²² tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 24 madde ve üç alt boyut bulunmaktadır. “Bilgi alt boyutu; 1-7. Sorulardan”, “Davranış alt boyutu; 8-18. sorulardan”, “Tutum alt boyutu; 19-24. Sorulardan” oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, nolu maddeler pozitif yönde (“Katılıyorum” 3, “Kararsızım” 2, “Katılmıyorum” 1) puanlanmaktadır. 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 nolu maddeler ise ters yönde puan almaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 24, en yüksek puan 72'dir. Ölçekten alınan puanın artması ile hastaların sıvı kontrolüne uyumu da artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları; bilgi alt boyutunda 0.92, davranış alt boyutunda 0.80, tutum alt boyutunda 0.67'dir. Bu çalışmada ise Ölçek Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları; bilgi alt boyutunda 0.51, davranış alt boyutunda 0.75, tutum alt boyutunda 0.75 olarak bulunmuştur.

3.5. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarından Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu ile eğitim kitapçığının ön uygulaması Haziran 2016 tarihinde, klinikte HD tedavisi alan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Veri toplama araçlarından Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu'nun anlaşılabilirliğini değerlendirmek ve eğitim kitapçığının oluşturulmasına yön vermek amacıyla yapılan bu ön uygulamada, Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu

uygulanmış ve kitapçığın içeriği hakkında hastalar bilgilendirilmiştir. Ön uygulama sonuçlarına göre; Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu sorularında daha kısa ifadeler kullanılarak anlaşılabilirlik artırılmış, yaş ve HD tedavi süresine ait sorular şıklı hale getirilmiş ve bazı sorularda çoklu işaretleme yapılabileceği belirtilmiş olup, eğitim kitapçığında ise kullanılan ifadeler tıbbi terminolojiden uzaklaştırılarak yalın ve kısa ifadelere dönüştürülmüş, gereksiz bilgi ve resim içeriği azaltılmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde materyal olarak RAM doğrultusunda, tez izleme komite üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Eğitim kitapçığı, RAM'a göre dört bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde; fizyolojik alanla ilgili böbreklerin görevleri, böbrek yetmezliği, uygulanan tedavi seçenekleri, HD tedavisi, HD'de yaşanabilecek sorunlar, beslenme ve sıvı alımı, aktivite, dinlenme ve korunmayı içeren bilgiler, ikinci bölümde; ben/benlik kavramı uyumuna dair olumlu beden imajı geliştirme, benlik saygısını artırma, etkili cinsel fonksiyon, stresle baş etme yöntemlerini içeren bilgiler, üçüncü bölümde; rol değişikliğinde etkili baş etme, planlı yaşamın ve gücü yettiğinde rollerini gerçekleştirmenin önemi, rollerini yerine getirme sorumluluğu ve rollerini yerine getirmede etkili örneklere ilişkin bilgiler, dördüncü bölümde ise; karşılıklı bağlılık alanıyla ilgili ilişkilerde güven, duyguları aile ve yakın arkadaşlar ile paylaşımın önemi, HD tedavisi alan diğer bireylerle iletişim, ayrılık ve yalnızlık durumu ile baş etme, etkili iletişim ve ilişki ile ilgili bilgiler yer almıştır.

Hastalara aynı merkezlerde tedavi uygulandığı için, deney grubuna verilecek eğitimin kontrol grubundaki bireyleri etkileyebileceği göz önüne alınarak deney grubunun eğitim süreci kontrol grubunun verileri toplandıktan sonra başlamıştır.

Tezin akış şeması (EK-8) doğrultusunda; kontrol grubunda veri toplama, ilk görüşmede ön test ve üç ay sonrasında son test uygulaması yapılarak üç aylık süreçte

tamamlanmıştır. Deney grubuna ise, kontrol grubunun veri toplama aşaması bittikten hemen sonraki hafta ön test uygulaması yapılmış ve hastalara RAM temelli hazırlanmış eğitim kitapçıkları verilerek hastalar kitapçık içeriği ve yapılacak eğitimler hakkında bilgilendirilmiştir. Daha sonraki süreçte on dört günde bir olmak üzere iki ay boyunca RAM'a göre oluşturulmuş dört ana başlığa yönelik eğitim uygulaması gerçekleştirilmiştir. İlk ana başlık olan fizyolojik alana yönelik eğitim, ön test uygulamasından hemen sonraki ikinci haftada hastaların eğitim kitapçığı ile ilişkili soruları yanıtladıktan sonra gerçekleştirilmiştir. İkinci ana başlık olan ben/benlik kavramı alanına yönelik bilgilendirmelerin yer aldığı eğitim dördüncü haftada, üçüncü ana başlık olan rol fonksiyon alanına yönelik bilgilendirmelerin yer aldığı eğitim altıncı haftada ve dördüncü ana başlık olan karşılıklı bağlılık alanına yönelik bilgilendirmelerin yer aldığı eğitim ise sekizinci haftada gerçekleştirilmiştir. Her eğitim uygulaması sürecinden önce, hastaların konulara ilişkin mevcut soruları cevaplanmış ve sorusunda eğitimlere başlanmıştır. Belirlenmiş dört ana başlığa yönelik eğitimler tamamlandıktan hemen sonraki bir aylık süre içerisinde de on dört günde bir olmak üzere on ve on ikinci haftalarda her dört ana başlığı içerecek şekilde tekrar eğitimleri yapılmıştır. Tekrar eğitimlerinde; hastaların verilen eğitimler ile ilişkili bilgileri değerlendirilerek anlaşılmayan bölümlere yönelik soruları yanıtlanmış olup eğitimlerin kalıcılığı artırılmaya çalışılmıştır. Eğitimler, HD merkezlerinde hastalara birebir uygulanmıştır. Hastaların, gerçekleştirilecek eğitimler için en uygun zaman olarak diyaliz uygulama sürecini bildirmeleri sebebiyle, eğitimler diyaliz uygulama sürecinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimler anlatma ve soru cevap şeklinde ortalama 20-30 dakikalık sürede tamamlanmıştır. Üç ay süren eğitimler sonrasında, üç ay da deney grubundaki bireylerle ayda bir kez olmak üzere dördüncü, beşinci ve altıncı aylarda telefon görüşmeleri yapılarak verilen eğitim konuları yeniden hatırlatılmış ve hastaların soruları

yanıtlanmıştır. Deney grubuna yönelik gerçekleştirilmiş olan altı aylık eğitim uygulaması sonrasında son test uygulanmıştır.

Eşitlik ilkesi gereğince deney grubunun eğitim sürecinde kontrol grubundaki bireylere de aynı eğitim kitapçıkları dağıtılmış ve hastalar kitapçık içeriği hakkında bilgilendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Hemodiyaliz Hasta Tanıtıcı Formu, HKÖ ve HHSKÖ kullanılmıştır. Veriler, HD tedavi seansı sırasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 15-20 dakikalık bir sürede toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS (Statistical Package Programme for the Social Science) 17 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapmaların yanında aşağıdaki tabloda gösterilen istatistiksel testler kullanılmıştır.

Tablo 3.8.1. Verilerin Değerlendirilmesinde Yararlanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Deney ve kontrol grubu arasındaki demografik özelliklerin karşılaştırılmasında	-	Ki-kare analizi
Hastalık özelliklerinin karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U testi,
Deney ve kontrol grubunun ön test ölçek puanlarının karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U testi
Deney ve kontrol grubunda ön test son test ölçek puanlarının karşılaştırılmasında	Bağımlı gruplarda t testi	Will Coxon testi
Ölçekler arasında ilişki aranmasında	-	Spearman korelasyon analizi
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları*	
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	

Tablo 3.8.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

Deney Grubu	n	Ön Test				Son Test			
		Skewness		Kurtosis		Skewness		Kurtosis	
		Test	S.E.	Test	S.E.	Test	S.E.	Test	S.E.
Kuru ağırlık	42	0.933	0.365	0.648	0.717	0.935	0.365	0.684	0.717
Diyaliz öncesi kilo	42	0.937	0.365	0.701	0.717	0.965	0.365	0.79	0.717
Diyaliz sonrası kilo	42	0.957	0.365	0.733	0.717	0.985	0.365	0.87	0.717
İnterdiyalitik kilo	42	0.383	0.365	-0.147	0.717	-0.244	0.365	0.024	0.717
Ultrafiltrasyon miktarı	42	6.296	0.365	40.365	0.717	-0.292	0.365	0.144	0.717
Diyaliz öncesi kan basıncı	42	0.169	0.365	0.368	0.717	0.995	0.365	2.492	0.717
Diyaliz öncesi kan basıncı2	42	0	0.365	1.071	0.717	1.759	0.365	5.34	0.717
Diyaliz sonrası kan basıncı	42	-0.247	0.365	-0.447	0.717	0.447	0.365	1.362	0.717
Diyaliz sonrası kan basıncı2	42	-0.726	0.365	0.721	0.717	0.469	0.365	0.509	0.717
Hematokrit	42	0.657	0.365	1.107	0.717	-0.084	0.365	-0.213	0.717
Hemoglobin	42	-0.078	0.365	-0.01	0.717	-0.478	0.365	-0.201	0.717
Albümin	42	0.124	0.365	0.251	0.717	-0.682	0.365	2.32	0.717
Total .protein	42	0.434	0.365	-0.587	0.717	0.631	0.365	1.239	0.717
Glukoz	42	3.257	0.365	12.917	0.717	3.797	0.365	17.446	0.717
Kalsiyum	42	-0.223	0.365	-0.081	0.717	-0.6	0.365	-0.222	0.717
Fosfor	42	0.947	0.365	2.061	0.717	0.401	0.365	0.24	0.717
HbA1C	42	1.425	0.365	2.627	0.717	1.303	0.365	1.436	0.717
Kt/V	42	0.856	0.365	1.405	0.717	1.09	0.365	1.217	0.717
Diyaliz öncesi BUN	42	1.044	0.365	0.313	0.717	1.015	0.365	0.845	0.717
Diyaliz sonrası BUN	42	1.068	0.365	0.604	0.717	1.066	0.365	0.702	0.717
Diyaliz öncesi kreatinin	42	0.554	0.365	0.575	0.717	0.362	0.365	1.216	0.717
Diyaliz sonrası kreatinin	42	0.926	0.365	0.824	0.717	1.353	0.365	2.379	0.717
Diyaliz öncesi potasyum	42	3.197	0.365	14.663	0.717	0.001	0.365	-0.62	0.717
Diyaliz sonrası potasyum	42	1.964	0.365	9.944	0.717	-0.012	0.365	-0.332	0.717
Diyaliz öncesi sodyum	42	-1.049	0.365	2.923	0.717	-1.055	0.365	3.014	0.717
Diyaliz sonrası sodyum	42	-0.331	0.365	-0.901	0.717	0.393	0.365	0.455	0.717
HKÖ	42	-0.2	0.365	-0.873	0.717	0.137	0.365	-1.271	0.717
Bilgi alt ölçeği	42	-0.015	0.365	-0.699	0.717	-6.481	0.365	42	0.717
Davranış alt ölçeği	42	-0.597	0.365	-0.193	0.717	-0.824	0.365	0.863	0.717
Tutum alt ölçeği	42	1.811	0.365	5.854	0.717	0.646	0.365	0.016	0.717
HHSKÖ	42	-0.234	0.365	-0.644	0.717	-0.272	0.365	0.124	0.717

Tablo 3.8.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri – devamı

Kontrol Grubu	n	Ön Test				Son Test			
		Skewness		Kurtosis		Skewness		Kurtosis	
		Test	S.E	Test	S.E.	Test	S.E	Test	S.E.
Kuru ağırlık	39	0.739	0.378	-0.24	0.741	0.857	0.378	0.261	0.741
Diyaliz öncesi kilo	39	0.707	0.378	-0.362	0.741	0.821	0.378	0.145	0.741
Diyaliz sonrası kilo	39	0.703	0.378	-0.349	0.741	0.819	0.378	0.153	0.741
İnterdialitik kilo	39	0.91	0.378	1.775	0.741	0.448	0.378	-0.536	0.741
Ultrafiltrasyon miktarı	39	0.173	0.378	-0.791	0.741	0.149	0.378	-0.883	0.741
Diyaliz öncesi kan basıncı	39	-0.219	0.378	-1.031	0.741	-0.118	0.378	-0.676	0.741
Diyaliz öncesi kan basıncı2	39	-0.113	0.378	-0.414	0.741	-0.37	0.378	0.488	0.741
Diyaliz sonrası kan basıncı	39	0.433	0.378	-0.777	0.741	0.248	0.378	-0.137	0.741
Diyaliz sonrası kan basıncı2	39	0.1	0.378	-0.296	0.741	-0.216	0.378	-0.54	0.741
Hematokrit	39	-0.054	0.378	1.028	0.741	-0.293	0.378	0.059	0.741
Hemoglobin	39	-0.474	0.378	0.208	0.741	-0.13	0.378	0.075	0.741
Albümin	39	-0.321	0.378	1.271	0.741	-0.121	0.378	2.93	0.741
Total .protein	39	0.313	0.378	0.953	0.741	-1.005	0.378	3.466	0.741
Glukoz	39	1.944	0.378	3.354	0.741	2	0.378	4.055	0.741
Kalsiyum	39	0.101	0.378	-0.277	0.741	0.18	0.378	-0.798	0.741
Fosfor	39	0.467	0.378	0.023	0.741	-0.101	0.378	-0.779	0.741
HbA1C	39	0.148	0.378	0.641	0.741	0.148	0.378	0.672	0.741
Kt/V	39	-0.365	0.378	2.083	0.741	-0.38	0.378	0.672	0.741
Diyaliz öncesi BUN	39	1.045	0.378	1.472	0.741	0.478	0.378	-0.567	0.741
Diyaliz sonrası BUN	39	1.613	0.378	3.091	0.741	1.171	0.378	0.861	0.741
Diyaliz öncesi kreatinin	39	-0.009	0.378	-0.749	0.741	-0.215	0.378	-0.399	0.741
Diyaliz sonrası kreatinin	39	2.102	0.378	6.421	0.741	0.559	0.378	0.564	0.741
Diyaliz öncesi potasyum	39	0.465	0.378	-0.479	0.741	1.473	0.378	4.265	0.741
Diyaliz sonrası potasyum	39	0.3	0.378	-0.089	0.741	0.726	0.378	1.886	0.741
Diyaliz öncesi sodyum	39	-0.574	0.378	-0.576	0.741	-0.072	0.378	-0.02	0.741
Diyaliz sonrası sodyum	39	0.031	0.378	-0.651	0.741	0.089	0.378	-1.22	0.741
HKÖ	39	0.218	0.378	-0.621	0.741	0.145	0.378	-0.8	0.741
Bilgi alt ölçeği	39	0.195	0.378	-0.572	0.741	-2.046	0.378	5.083	0.741
Davranış alt ölçeği	39	-0.364	0.378	-0.11	0.741	-0.363	0.378	-0.093	0.741
Tutum alt ölçeği	39	1.288	0.378	1.309	0.741	1.288	0.378	1.309	0.741
HHSKÖ	39	0.515	0.378	-0.397	0.741	0.144	0.378	-0.387	0.741

* Normal dağılmayan verileri ifade eder.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Bireylerin hastalığı kabullenmesi ve sıvı kontrol uyumu.

Bağımsız değişken: Eğitim.

Kontrol değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, tedavi süresi, başka kronik hastalık varlığı, hastalıkla ilgili alınmış eğitim.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmayı gerçekleştirmeden evvel Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi etik kuruluna tez önerisi sunulup onay (EK-2) alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yapılacağı diyaliz merkezlerinden yazılı onay (EK-3) ve çalışmanın amacı anlatılarak hastalardan da sözlü onay alınmıştır. Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Hastalara diledikleri anda araştırmadan çıkabilecekleri söylenerek “Özerklik” ilkesi, kişisel verilerin araştırmacı ile paylaşıldığı andan itibaren muhafaza edileceği belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına ihtimam gösterilmiştir. Edinilen verilerin ve yanıtlayanın kimliğinin gizli kalacağı ifade edilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

Kontrol grubu veri toplama süreci tamamlandıktan sonra, bilgilendirme kitapçığı deney grubu ile birlikte kontrol grubunda yer alan bütün hastalara dağıtılmıştır. Ayrıca hastalar kitapçık hakkında sözlü olarak da bilgilendirilmiştir. Böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir. ^{123, 124}

4. BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ait tablo aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Yaş	18-30	7	16.7	5	12.8	$\chi^2=2.055$ p=0.561
	31-45	10	23.8	6	15.4	
	46-64	17	40.5	16	41.0	
	65+	8	19.0	12	30.8	
Cinsiyet	Kadın	18	42.9	15	38.5	$\chi^2=0.162$ p=0.687
	Erkek	24	57.1	24	61.5	
Medeni Hali	Evli	30	71.4	29	74.4	$\chi^2=0.088$ p=0.767
	Bekâr	12	28.6	10	25.6	
Çocuk	Evet	31	73.8	30	76.9	$\chi^2=0.105$ p=0.745
	Hayır	11	26.2	9	23.1	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	5	11.9	8	20.5	$\chi^2=4.187$ p=0.381
	İlköğretim	21	50.0	21	53.8	
	Ortaokul	3	7.1	3	7.7	
	Lise	5	11.9	5	12.8	
	Üniversite	8	19.0	2	5.1	
Meslek	Çalışmıyor	21	50.0	25	64.1	$\chi^2=2.302$ p=0.512
	İşçi	1	2.4			
	Memur	3	7.1	2	5.1	
	Emekli	17	40.5	12	30.8	
Gelir Düzeyi	İyi	12	28.6	10	25.6	$\chi^2=0.111$ p=0.946
	Orta	17	40.5	17	43.6	
	Kötü	13	31.0	12	30.8	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	2	4.8			$\chi^2=2.622$ p=0.454
	Eş ve Çocuklar	31	73.8	33	84.6	
	Anne veya baba	7	16.7	5	12.8	
	Diğer	2	4.8	1	2.6	
Bakıma destek olan var mı	Evet	39	92.9	36	92.3	$\chi^2=0.009$ p=0.925
	Hayır	3	7.1	3	7.7	
Destekleyen kişiler*	Eş	24	57.1	27	69.2	-
	Çocuk	25	59.5	24	61.5	
	Anne veya baba	14	33.3	6	15.4	
	Kardeş	4	9.5	2	5.1	

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri - devamı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Destekleme yöntemi*	Fiziksel	40	95.2	40	95.2	-
	Ekonomik	25	59.5	29	74.4	
	Ruhsal	39	92.9	37	94.9	
HD başlama zamanı	İlk 1 ay	24	57.1	19	48.7	$\chi^2=0.576$
	1 aydan sonra	18	42.9	20	51.3	$p=0.448$
Ailede başka HD tedavisi alan kişi varlığı	Evet	11	26.2	4	10.3	$\chi^2=3.403$
	Hayır	31	73.8	35	89.7	$p=0.065$
Haftalık diyaliz seansı**	2 kez	2	4.8	5	12.8	$p=0.253$
	3 kez	40	95.2	34	87.2	
Tedavi süresi	6 ay-2 yıl	2	4.8	10	25.6	$\chi^2=7.369$ $p=0.061$
	3-5	18	42.9	12	30.8	
	6-8	11	26.2	7	17.9	
	9+	11	26.2	10	25.6	
Başka kronik hastalık varlığı	Evet	34	81.0	30	76.9	$\chi^2=0.198$
	Hayır	8	19.0	9	23.1	$p=0.656$
Hastalık türü*	Diyabet	13	31.0	13	33.3	-
	Hipertansiyon	28	66.7	15	38.5	
	Romatizma	-	-	1	2.6	
	Kalp	8	19.0	6	15.4	
	Diğer	4	9.5	6	15.4	
HD hakkında bilgi alma durumu	Evet	36	85.7	35	89.7	$\chi^2=0.303$
	Hayır	6	14.3	4	10.3	$p=0.582$
Bilgi alınan kişi/materyal*	Doktor	27	64.3	28	71.8	-
	Hemşire	30	71.4	28	71.8	
	Dergi-gazete	3	7.1	3	7.7	
	Diğer	1	2.4	2	5.1	
Bilgilendirme yeterli mi	Evet	18	50.0	20	55.6	$\chi^2=0.223$
	Hayır	18	50.0	16	44.4	$p=0.637$

*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

**Fisherin kesin ki-kare testi

Tablo 4.1’de deney grubu için hastaların %40.5’i 46-64 yaş aralığında, %57.1’i erkek ve %71.4’ü evlidir. Hastaların %73.8’i çocuk sahibidir %50’si ilköğretim mezunudur ve %50’si çalışmamaktadır. Hastaların %40.5’inin gelir düzeyi orta seviyededir, %73.8’i eş çocuklarıyla yaşamaktadır ve %92.9’unun destek alacağı kişiler bulunmaktadır. Destek alınan kişilerin %57.1’i eş, %59.5’i çocuklar, %33.3’ü anne veya

baba ve %9.5'i kardeşlerdir. Hastalar destek olunan kişilerden %95.2 fiziksel açıdan, %59.5 ekonomik açıdan ve %92.9 manevi açıdan destek almaktadır. Hastaların %57.1'i hastalık tanısı aldıktan sonraki ilk 1 aylık süreçte HD tedavisine başlamıştır, %73.8'inin ailesinde başka HD tedavisi alan hasta yoktur ve %95.2'si haftada 3 kez HD tedavisi almaktadır. Hastaların %44.9'u 3-5 yıldır HD tedavisi görmektedir ve %81'inin başka bir kronik hastalığı daha vardır. Kronik hastalığı bulunan bireylerde %31 oranında diyabet, %66.7 oranında HT, %19 oranında kalp hastalığı ve %9.5 oranında diğer başka hastalık vardır. Bireylerin %85.7'si HD ile ilgili bilgi almıştır. Bilgi alan bireylerin %64.3'ü doktordan, %71.4'ü hemşireden, %7.1'i dergi ve broşürlerden ve %2.4'ü diğer yerlerden bilgi almıştır. Hastaların %50'si bilgilendirmeleri yeterli bulurken, %50'si yetersiz bulmaktadır.

Tablo 4.1'de kontrol grubu için hastaların %41'i 46-64 yaş aralığında, %61.5'i erkek ve %71.43'ü evlidir. Hastaların %76.9'u çocuk sahibidir %50'si ilköğretim mezunudur ve %64.1'i çalışmamaktadır. Hastaların %43.6'sının gelir düzeyi orta seviyededir, %84.6'sı eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır ve %92.3'ünün destek alacağı kişiler bulunmaktadır. Destek alınan kişilerin %69.2'si eş, %61.5'i çocuklar, %15.4'ü anne veya baba ve %5.1'i kardeşlerdir. Hastalar destek olunan kişilerden %97.4 fiziksel açıdan, %74.4 ekonomik açıdan ve %94.9 manevi açıdan destek almaktadır. Hastaların %51.3'ü hastalık tanısı aldıktan sonraki ilk 1 aylık süreçte HD tedavisine başlamıştır, %89.7'sinin ailesinde başka HD tedavisi alan hasta yoktur ve %87.2'si haftada 3 kez HD tedavisi almaktadır. Hastaların %30.8'i 3-5 yıldır tedavi görmektedirler ve %76.9'unun başka bir kronik hastalığı daha vardır. Kronik hastalığı bulunan bireylerde %33.3 oranında diyabet, %38.5 oranında HT, %2.6 oranında romatizma, %15.4 kalp hastalığı oranında ve %15.4 oranında diğer başka hastalık vardır. Bireylerin %89.7'si HD ile ilgili bilgi almışlardır. Bilgi alan bireylerin %71.8'i doktordan, %71.8'i hemşireden, %7.7'si

dergi ve broşürlerden ve %5.1'i diğer yerlerden bilgi almıştır. Hastaların %55.6'sı bilgilendirmeleri yeterli bulmaktadır.

Ayrıca Tablo 4.1'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları, tüm değişkenler bakımından benzerdirler ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların HD tedavilerine ait özelliklerinin dağılım ve karşılaştırılmasına ait tablo aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların HD Tedavilerine Ait Özelliklerinin Dağılım ve Karşılaştırılması

Test	Deney		Kontrol		Önemlilik	
	Min-Max	Ort \pm SS	Min-Max	Ort \pm SS		
Kuru ağırlık	Ön Test	38-116	67.42 \pm 18.56	48-100	65.44 \pm 13.81	t=0.542 p=0.589
	Son Test	38.50-114.00	66.88 \pm 17.93	49-103	65.49 \pm 13.82	t=0.388 p=0.699
	Önemlilik		t=1.353 p=0.183		t=-0.62 p=0.951	-
Diyaliz öncesi kilo	Ön Test	40-119	70.38 \pm 18.83	51-104	68.75 \pm 14.31	t=0.436 p=0.664
	Son Test	40-120.00	69.38 \pm 18.43	50.5-106.5	68.47 \pm 14.43	t=0.245 p=0.807
	Önemlilik		t=2.562 p=0.014		t=0.820 p=0.418	-
Diyaliz sonrası kilo	Ön Test	39-117	67.60 \pm 18.52	48-100	65.79 \pm 13.93	t=0.496 p=0.621
	Son Test	38-116.00	66.88 \pm 18.14	49.2-103	65.73 \pm 13.94	t=0.318 p=0.752
	Önemlilik		t=1.931 p=0.060		t=0.303 p=0.763	-
İnterdiyalitik kilo	Ön Test	1-6	2.96 \pm 1.12	1-9	3.39 \pm 1.53	t=-1.426 p=0.158
	Son Test	0.20-4.60	2.60 \pm 1.06	0.9-6.4	2.97 \pm 1.44	U=723.000 p=0.364
	Önemlilik		t=2.161 p=0.036		U=-1.940 p=0.052	-
Ultrafiltrasyon miktarı	Ön Test	1-6	3.21 \pm 1.10	1-6	3.31 \pm 1.24	U=790.500 p=0.787
	Son Test	0.20-5.50	3.01 \pm 1.11	1-5.5	3.13 \pm 1.25	t=-0.462 p=0.645
	Önemlilik		t=1.387 p=0.173		t=0.885 p=0.382	-

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların HD Tedavilerine Ait Özelliklerinin Dağılım ve Karşılaştırılması - devamı

	Test	Deney		Kontrol		Önemlilik
		Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	
Diyaliz öncesi sistolik kan basıncı (mm/Hg)	Ön Test	70-180	128.57±23.2 2	80-180	130.26±26.80	U=767.500 p=0.623
	Son Test	70-200	125.48±23.9 1	80-180	136.15±26.62	t=-0.347 p=0.729
	Önemlilik		U=-0.911 p=0.362		U=-1.442 p=0.142	-
Diyaliz öncesi diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	Ön Test	30-110	75.00±15.81	40-110	74.87±16.20	U=799.000 p=0.846
	Son Test	40-150	76.19±19.25	50-100	77.44±11.86	U=597.500 p=0.035
	Önemlilik		U=-0.148 p=0.882		t=-1.055 p=0.298	-
Diyaliz sonrası sistolik kan basıncı (mm/Hg)	Ön Test	70-160	118.33±20.4 7	70-180	121.03±31.61	t=-0.458 p=0.648
	Son Test	50-180	117.14±25.5 0	60-190	120.26±29.42	t=-0.510 p=0.612
	Önemlilik		t=0.222 p=0.826		t=0.327 p=0.745	-
Diyaliz sonrası diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	Ön Test	30-90	71.43±13.89	30-110	71.03±17.89	t=0.114 p=0.910
	Son Test	30-110	69.05±15.90	40-100	71.28±16.41	t=-0.622 p=0.536
	Önemlilik		t=1.021 p=0.313		t=0.000 p=1.000	-
Hematokrit (%)	Ön Test	24-51	35.19±5.32	24-50	35.91±4.95	U=705.500 p=0.283
	Son Test	21.30-50.40	35.67±6.59	21.1-46.1	35.48±5.70	U=808.500 p=0.921
	Önemlilik		t=-0.712 p=0.481		t=0.476 p=0.637	-
Hemogloblin (gr/dL)	Ön Test	8-15	11.53±1.58	8-15	11.64±1.45	t=-0.325 p=0.746
	Son Test	6.70-14.90	11.60±2.04	7.5-15.2	11.64±1.74	t=-0.109 p=0.914
	Önemlilik		t=-0.363 p=0.719		t=-0.045 p=0.964	-
Albumin (gr/dL)	Ön Test	3-5	3.77±0.41	3-5	3.84±0.38	t=-0.733 p=0.466
	Son Test	2.20-4.80	3.80±0.46	2.4-5	3.87±0.45	U=764.000 p=0.602
	Önemlilik		t=-0.503 p=0.617		U=-0.008 p=0.993	-

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların HD Tedavilerine Ait Özelliklerinin Dağılım ve Karşılaştırılması - devamı

Test	Deney		Kontrol		Önemlilik	
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Total Protein (gr/dL)	Ön Test	6-8	6.54±0.65	5-8	6.63±0.62	U=728.000 p=0.389
	Son Test	5.50-8.80	6.63±0.67	4.3-7.9	6.58±0.65	U=819.000 p=1.000
	Önemlilik		t=-1.197 p=0.238		t=0.603 p=0.550	-
Glukoz (mg/dL)	Ön Test	67-484	123.55±75.4 3	61-400	129.18±80.01	U=790.000 p=0.784
	Son Test	63-676	130.76±105. 69	57-359	121.97±66.25	U=807.000 p=0.910
	Önemlilik		U=-0.163 p=0.870		U=-1.095 p=0.273	-
Kalsiyum (mg/dL)	Ön Test	6-10	8.00±0.88	6-10	7.95±0.86	t=.265 p=0.792
	Son Test	6-9.7	8.25±0.88	7-9.9	8.41±0.77	t=-0.883 p=0.380
	Önemlilik		t=1.418 p=0.164		t=-0.042 p=0.967	-
Fosfor (mg/dL)	Ön Test	2-11	5.19±1.61	3-8	4.94±1.22	U=758.500 p=0.567
	Son Test	2.1-9.7	5.35±1.56	2.4-6.6	4.80±1.10	t=1.844 p=0.069
	Önemlilik		t=-0.789 p=0.434		t=0.753 p=0.456	-
HbA1c (%)	Ön Test	2-13	5.76±2.20	1-11	5.57±2.06	U=792.000 p=0.798
	Son Test	3-12.3	6.01±2.15	1.8-10	5.66±1.84	t=0.780 p=0.438
	Önemlilik		U=-1.953 p=0.051		t=-0.832 p=0.411	-
Kt/V	Ön Test	1-2	1.41±0.23	1-2	1.39±0.22	U=818.000 p=0.992
	Son Test	1-2.1	1.42±0.25	0.8-1.8	1.41±0.21	U=776.500 p=0.685
	Önemlilik		U=-0.188 p=0.851		U=-0.983 p=0.325	-
Diyaliz öncesi BUN	Ön Test	28-187	83.03±43.04	37-236	96.46±42.61	U=642.500 p=0.095
	Son Test	22.9-180	76.47±35.2 8	29.91-184	92.23±39.59	U=621.500 p=0.062
	Önemlilik		t=1.409 p=0.166		U=-0.268 p=0.788	-

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların HD Tedavilerine Ait Özelliklerinin Dağılım ve Karşılaştırılması - devamı

Test	Deney		Kontrol		Önemlilik	
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Diyaliz sonrası BUN	Ön Test	6-61	23.71±14.21	11-99	29.54±19.26	U=665.500 p=0.147
	Son Test	7.4-54	22.15±11.83	6.54-81	28.89±17.52	U=628.000 p=0.071
	Önemlilik	t=1.060 p=0.295		U=-0.181 p=0.856		-
Diyaliz öncesi kreatinin (mg/dL)	Ön Test	4-16	8.97±2.33	5-14	8.91±2.23	U=815.000 p=0.970
	Son Test	3.6-16.2	8.79±2.44	4-13.8	8.92±2.29	t=-0.242 p=0.810
	Önemlilik	U=-0.958 p=0.338		U=-0.936 p=0.349		-
Diyaliz sonrası kreatinin(mg/dL)	Ön Test	1-7	3.24±1.31	1-9	3.27±1.39	U=811.000 p=0.940
	Son Test	1.3-7.8	3.25±1.37	1.4-6	3.25±1.06	U=744.500 p=0.481
	Önemlilik	U=-0.363 p=0.716		t=-0.103 p=0.918		-
Diyaliz öncesi potasyum (mmol/L)	Ön Test	4-11	4.97±1.25	4-6	5.05±0.65	U=666.500 p=0.149
	Son Test	3.1-6.3	4.81±0.75	3.8-7.8	5.04±0.73	U=702.500 p=0.270
	Önemlilik	U=-0.238 p=0.812		U=-0.238 p=0.812		-
Diyaliz sonrası potasyum (mmol/L)	Ön Test	2-6	3.46±0.45	3-5	3.47±0.40	U=783.500 p=0.736
	Son Test	2.6-4.2	3.39±0.36	2.7-4.8	3.43±0.41	U=793.000 p=0.805
	Önemlilik	U=-1.544 p=0.123		U=-0.603 p=0.547		-
Diyaliz öncesi sodyum (mmol/L)	Ön Test	126-144	137.52±3.23	129-141	136.41±3.21	t=1.397 p=0.166
	Son Test	125-143	137.21±3.34	131-144	137.23±2.84	t=-0.024 p=0.981
	Önemlilik	U=-1.148 p=0.251		t=-2.289 p=0.028		-
Diyaliz sonrası sodyum (mmol/L)	Ön Test	134-142	138.31±2.15	133-142	137.62±2.32	U=658.500 p=0.127
	Son Test	134-143	138.26±1.87	134-143	138.82±2.67	U=795.500 p=0.823
	Önemlilik	t=0.218 p=0.828		U=-2.235 p=0.025		-

Tablo 4.2’de HD tedavisine ait özelliklerin tümünde ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Son testte ise sadece diyaliz öncesi diyastolik kan basıncı (mm/Hg) değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun diyastolik kan basıncı daha yüksektir.

Grup içi karşılaştırmalarda ise deney grubu için;

Diyaliz öncesi kilo ve interdiyalitik kilo ortalamaları ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diyaliz öncesi kilo ve interdiyalitik kilo son testte daha düşüktür. Diğer tüm değişkenler için ön test ve son test arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubu için; diyaliz öncesi sodyum ve diyaliz sonrası sodyum ortalamaları ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diyaliz öncesi sodyum ve diyaliz sonrası sodyum ortalamaları son testte daha yüksektir. Diğer tüm değişkenler için ön test ve son test arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların ön testte gruplar arası HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılmasına ait tablo aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Ön Testte Gruplar Arası HKÖ ve Toplam HHSKÖ ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Deney			Kontrol			Önemlilik	
	n	Min-Max	Ort±SS	n	Min-Max	Ort±SS		
HKÖ	42	10-32	22.14±5.73	39	10-35	21.49±6.83	U=752.000 p=0.526	
HHSKÖ Alt Ölçekleri	Bilgi alt ölçeği	42	11-27	18.38±3.98	39	11-29	18.54±4.60	U=816.500 p=0.981
	Davranış alt ölçeği	42	11-28	21.81±4.35	39	14-31	23.31±4.05	t=-1.601 p=0.113
	Tutum alt ölçeği	42	6-17	8.29±2.11	39	6-18	8.79±3.06	U=800.000 p=0.855
Toplam HHSKÖ	42	34-61	48.48±6.54	39	34-67	50.64±7.98	t=-1.340 p=0.184	

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, deney grubu ön testte HKÖ’den 22.14 ± 5.73 , bilgi alt ölçeğinden 18.38 ± 3.98 , davranış alt ölçeğinden 21.81 ± 4.35 , tutum alt ölçeğinden 8.29 ± 2.11 ve toplam HHSKÖ’den 48.48 ± 6.54 puan almıştır.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, kontrol grubu ön testte HKÖ’den 21.49 ± 6.83 , bilgi alt ölçeğinden 18.54 ± 4.60 , davranış alt ölçeğinden 23.31 ± 4.05 , tutum alt ölçeğinden 8.79 ± 3.06 ve toplam HHSKÖ’den 50.64 ± 7.98 puan almıştır.

Ayrıca Tablo 4.3’de gösterildiği gibi, deney ve kontrol grupları çalışmada kullanılan tüm ölçekler bakımından istatistiksel olarak benzerdirler ($p > 0.05$).

Hastaların ön test son test grup içi HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait tablo aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Ön Test Son Test Grup İçi HKÖ ve Toplam HHSKÖ ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Deney		Kontrol	
			Ort±SS	n	Ort±SS	n
HKÖ	Ön test	42	22.14±5.73	39	21.49±6.83	
	Son test	42	23.38±6.60	39	21.72±6.97	
	Önemlilik		Z=-1.832 p=0.067		Z=-1.342 p=0.180	
Bilgi alt ölçeği	Ön test	42	18.38±3.98	39	18.54±4.60	
	Son test	42	18.98±0.15	39	18.49±1.35	
	Önemlilik		Z=-0.925 p=0.355		Z=-0.068 p=0.946	
Davranış alt ölçeği	Ön test	42	21.81±4.35	39	23.31±4.05	
	Son test	42	26.50±4.39	39	23.21±4.02	
	Önemlilik		t=-9.486 p=0.000		t=1.670 p=0.103	
Tutum alt ölçeği	Ön test	42	8.29±2.11	39	8.79±3.06	
	Son test	42	9.83±2.56	39	8.79±3.06	
	Önemlilik		Z=-4.344 p=0.000		Z=0.000 p=1.000	
Toplam HHSKÖ	Ön test	42	48.48±6.54	39	50.64±7.98	
	Son test	42	55.31±6.41	39	50.67±6.23	
	Önemlilik		t=-8.785 p=0.000		t=-0.034 p=0.973	

Tablo 4.4’de deney grubunda; davranış alt ölçeği, tutum alt ölçeği ve toplam HHSKÖ ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Son test puan ortalamaları tüm bu ölçeklerde daha yüksektir. Deney grubu ön test son test arasındaki HKÖ ve bilgi alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4’de kontrol grubunda; HKÖ, bilgi alt ölçeği, davranış alt ölçeği, tutum alt ölçeği ve toplam HHSKÖ ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların son testte gruplar arası HKÖ ve toplam HHSKÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılmasına ait tablo aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Son Testte Gruplar Arası HKÖ ve Toplam HHSKÖ ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Deney			Kontrol			Önemlilik	
	n	Min-Max	Ort±SS	n	Min-Max	Ort±SS		
HKÖ	42	13-35	23.38±6.60	39	10-35	21.72±6.97	t=1.103 p=0.273	
HHSKÖ Alt Ölçekleri	Bilgi alt ölçeği	42	18-19	18.98±0.15	39	14-21	18.49±1.35	U=666.500 p=0.024
	Davranış alt ölçeği	42	13-33	26.50±4.39	39	14-31	23.21±4.02	t=3.516 p=0.001
	Tutum alt ölçeği	42	6-17	9.83±2.56	39	6-18	8.79±3.06	U=587.500 p=0.027
	Toplam HHSKÖ	42	38-68	55.31±6.41	39	37-63	50.67±6.23	t=3.300 p=0.001

Tablo 4.5’de son testte deney ve kontrol grubu arasında bilgi alt ölçeği, davranış alt ölçeği, tutum alt ölçeği ve toplam HHSKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda tüm ölçek puan ortalamaları daha yüksektir. Deney ve kontrol grubu arasındaki HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

HD tedavisi hasta yaşamının birçok yönünü etkilemekte olup, tedavi sürecinde hastalar yalnızca hastalığın semptomlarıyla değil aynı zamanda yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerle de baş etmek zorunda kalmaktadır. Yaşanan tüm zorluklar hastalığın ve tedavi sürecinin kabullenilmesini zorlaştırmaktadır. Bu dönemde ihtiyaç duyulan eğitim, danışmanlık ve destek hizmetlerinin aktive edilmesi, sürece adaptasyonun artırılması ve hastalığın kabullenilmesi açısından önemlidir.^{3,20,25,26}

HD hastaları arasında tedavi sürecini ve dolayısı ile yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorun da sıvı alımı uyumsuzluğudur. Bu sorun tedavi sürecine uyumu bozmakta olup; akut semptomlara yol açmanın yanında, kardiyovasküler hastalıklara ve erken ölümlere de neden olmaktadır.^{12,94,97,98} HD tedavisi alan bireylerin sıvı alımı uyumlarını geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen eğitsel ve psikolojik yaklaşımların, sıvı alımı uyumunu arttırdığı bilinmektedir.^{27,105-110}

HD tedavisi alan bireylere RAM'a göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolü üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada 39'u kontrol, 42'si deney grubunu oluşturmak üzere toplam 81 HD tedavisi alan birey değerlendirmeye alınmıştır. Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular, konu ile ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Deneysel araştırmalarda bağımlı değişkende oluşan farklılığın bağımsız değişkenden kaynaklanıp kaynaklanmadığının anlaşılabilmesi için araştırma sonucunu etkileyebilecek diğer değişkenlerin kontrol altında tutulması gereklidir.¹²⁵ Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki HD tedavisi alan bireylerin benzer olduğu ve iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testte HKÖ, bilgi alt ölçeği, davranış alt ölçeği, tutum alt ölçeği ve toplam HHSKÖ puan

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde benzer nitelikte olduğunu göstermektedir.

Son testte deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye ait özellikler açısından diyaliz öncesi diyastolik kan basıncı (mm/Hg) değeri ($p<0.05$) dışındaki tüm değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Kontrol grubunun diyastolik kan basıncının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu RAM'a göre verilen eğitimin, HD tedavisi alan bireylerin tedaviye ait özelliklerini etkilemediğini göstermektedir. Rafiee Vardanjanı ve ark.'nın¹²⁶ diyet/sıvı sınırlama önerileri ve tedaviye devam etmenin önemi içerikli eğitim çalışmasında son testte deney ve kontrol grubunun laboratuvar değerleri açısından fosfor değeri dışındaki ($p<0.05$) tüm değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunurken ($p>0.05$), Shaw-Stuart ve Stuart'ın¹²⁷ diyet ve tedavi rejimine uyum içerikli eğitim çalışmasında son testte deney grubunun serum fosfor değerlerinde iyileşme olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Tsay'ın¹²⁸ öz-yeterlilik eğitimi çalışmasında ise son testte deney grubunun interdiyalitik kilo değerlerinin düştüğü görülmüştür ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye ait özelliklerinin ön test ve son test puan ortalamalarına bakıldığında son testte; deney grubunun diyaliz öncesi kilo ve interdiyalitik kilo değerlerinin düştüğü görülürken ($p<0.05$), kontrol grubunun diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası sodyum değerlerinin yükseldiği görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2). Bu veriler doğrultusunda; verilen eğitimin, deney grubunda yer alan HD tedavisi alan bireylerin sıvı alımı uyumuna ilişkin değerlerini iyileştirdiği söylenebilir. Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak'ın⁴⁷ çalışmasında son testte deney grubundaki bireylerin diyaliz öncesi üre, diyaliz öncesi potasyum ve fosfor düzeylerinin düştüğü, hemoglobin ve Kt/V değerlerinin yükseldiği görülürken ($p<0.05$), kontrol grubundaki bireylerin

diyaliz öncesi üre, ürik asit ve Kt/V değerlerinin yükseldiği görülmüştür ($p<0.05$). Dağdeviren ve Şavşer'in¹²⁹ çalışmasında son testte HD tedavisi alan adölesanların diyaliz öncesi potasyum değerinin düştüğü, Howren ve ark.'nın⁸⁷ çalışmasında deney grubundaki HD tedavisi alan bireylerin interdiyalitik kilo değerinin düştüğü ve Sharaf'ın¹³⁰ çalışmasında ise son testte HD tedavisi alan bireylerin interdiyalitik kilo ve sistolik kan basıncı değerlerinin düştüğü bilinmektedir ($p<0.05$).

Hastaların HKÖ'den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; grup içi deney grubuna ait ön test, son test puan ortalamaları arasındaki farkın ve gruplar arası son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5). Bu sonuçlar doğrultusunda; RAM'a göre uygulanan eğitimin, HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerini etkilemediği görülmüş olup elde edilen bu bulgu; **“RAM'a göre verilen eğitim, HD tedavisi uygulanan bireylerin hastalığı kabullenme düzeyini olumlu etkiler”** hipotezini desteklememektedir. HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeyleri, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir.¹³¹ KBY ve HD tedavisi, hastaların yaşam düzenlerinde ciddi değişikliklere sebep olup hastaları yalnızca hastalığın semptomları ile değil aynı zamanda yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerle de mücadeleye zorlamakta ve sonuçta hastalığı kabullenme güçleşmektedir.^{3,25,26} Yapılmış tanımlayıcı çalışmalar, diyaliz hastalarının hastalığı kabullenme düzeylerinin yetersizliğini göstermektedir.^{80,132} Tedavi sürecinde hastaların ihtiyaç duydukları alanlara yönelik eğitim, danışmanlık ve destek hizmetleriyle hastaların yaşamları ve tedavi süreçleri üzerindeki otonomileri yeniden kazandırılarak, hastalığı kabullenme süreçleri kolaylaştırılabilir. Her hastanın stresli duruma verdiği tepki farklı olup, hastalığı kabullenme için gereken süre de hastadan hastaya farklılık göstermektedir.^{81,84,114,133,134} Rzeszut'un¹³⁴ HD tedavisi alan bir bireye beş ay boyunca

uyguladığı kabul ve bağlılık terapisi ile HD tedavisi alan bireyin hastalığa uyum düzeyinin arttığı bulunmuştur. RAM'a göre gerçekleştirilmiş olan kırk günlük ve iki aylık eğitimlerin yer aldığı iki farklı araştırma sonucunda da; HD tedavisi alan bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumlarının arttığı görülmüştür.^{19,47} Her hastanın hastalığı deneyimleme ve algılama durumu farklı olup, bu farklılık hasta bireyin hastalığına vermiş olduğu tepkide belirleyici rol oynamaktadır. Umut, azim, iyimserlik gibi kişilik özelliklerine sahip olma ve hasta bireylerin otonomilerini geliştirmek ve devam ettirmek adına gerekli destek hizmetlerinin sağlandığı kültürlerde yaşıyor olma durumu, bireylerin hastalığı kabullenmeleri açısından önemli görülmektedir.^{17,135} Bu çalışmada, RAM'a göre uygulanan eğitimin HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerini iyileştirmemesinin nedeninin; gerçekleştirilen eğitimin süresi ve şekli, kullanılan eğitim metotları, bireysel özellikler ve kültürel farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Hastaların bilgi alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; grup içi deney grubuna ait ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Gruplar arası son test puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). RAM'a göre verilen eğitim sonucunda, deney grubundaki HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrolü bilgi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Daha önce yapılmış olan; sağlık eğitimi, besleme eğitimi, tedavi ve diyet/sıvı kontrol uyumunu arttırmaya yönelik eğitimlerin yer aldığı araştırmaların sonucunda da diyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmüş olup ($p<0.05$),^{93,130,136} bu araştırmanın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Tehdit edici bir olay karşısında bireyler olayı objektif olarak yorumlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler. Bireylerin belirsizlik durumları ile baş etmeleri için bilgi gereksinimlerinin karşılanması çok önemlidir.¹³⁷ Hastaların sıvı kontrolüne

ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması; belirsizlik durumlarını ortadan kaldırarak, hastaların kendi yaşamları üzerindeki kontrol mekanizmalarını güçlendirilebilir.

Hastaların davranış alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; grup içi deney grubuna ait ön test, son test puan ortalamaları arasındaki farkın ve gruplar arası son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5). RAM'a göre verilen eğitim sonucunda, deney grubundaki HD tedavisi alan bireylerin davranış boyutunda sıvı kontrol uyum düzeylerinin arttığı görülmüştür. HD tedavisi alan bireylere yönelik beslenme eğitiminin gerçekleştirildiği araştırma sonucunda bireylerde sıvı kontrol uyumuna ilişkin herhangi bir gelişmenin olmadığı ve interdiyalitik sıvı alımının artmaya devam ettiği görülürken⁹³ davranışsal öz-düzenleme müdahaleleri içerikli araştırma sonucunda bireylerin sıvı kontrol uyumunda dikkate değer bir gelişme görülmemekle birlikte interdiyalitik sıvı alımında düşük düzeyli bir iyileşme sağlandığı bulunmuştur.⁸⁷ HD tedavisi alan bireylere yönelik sağlık eğitiminin gerçekleştirildiği araştırma sonucunda, bireylerin sıvı kontrol uyumuna ilişkin davranışlarında iyileşme görülürken ($p > 0.05$),¹³⁶ tedavi ve diyet/sıvı kısıtlamasına uyumu arttırmaya yönelik eğitimin gerçekleştirildiği araştırmada ise bireylerin interdiyalitik sıvı alımlarının önemli düzeyde azaldığı sonucu elde edilmiştir ($p < 0.05$).¹³⁰ Davranış değişikliği geliştirmek zor ve zaman alıcıdır. Sıvı kontrolüne ilişkin davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesi uzun süreli, düzenli ve tekrarlı eğitim uygulamalarını gerektirir.¹³⁸ Hastaların davranış boyutunda sıvı kontrolüne ilişkin uyum düzeylerinin artırılmasıyla; yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri olan aşırı interdiyalitik sıvı alımının önüne geçilerek, fazla sıvı alımına bağlı yaşanan sorun sayısı azaltılabilir.

Hastaların tutum alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; grup içi deney grubuna ait ön test, son test puan ortalamaları arasındaki farkın ve gruplar arası

son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5). RAM'a göre verilen eğitim sonucunda, deney grubundaki HD tedavisi alan bireylerin tutum boyutunda sıvı kontrol uyum düzeylerinin arttığı görülmüştür. HD tedavisi alan bireylere yönelik sağlık eğitiminin gerçekleştirildiği bir çalışma sonucunda, bireylerin sıvı kontrol uyumuna ilişkin tutumlarında iyileşme görülürken ($p > 0.05$),¹³⁶ diyet/sıvı uyumunu arttırmak amacıyla yüz yüze ve video tabanlı iki farklı eğitimin yer aldığı diğer bir çalışma sonucunda da bireylerin diyet/sıvı uyumu tutum düzeylerinin arttığı görülmüştür ($p < 0.05$).¹³⁹

Hastaların toplam HHSKÖ'den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; grup içi deney grubuna ait ön test, son test puan ortalamaları arasındaki farkın ve gruplar arası son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5). RAM'a göre verilen eğitim sonucunda, deney grubundaki HD tedavisi alan bireylerin genel anlamda sıvı kontrol uyumlarının arttığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu; **“RAM'a göre verilen eğitim, HD tedavisi uygulanan bireylerin sıvı kontrol uyumunu olumlu etkiler”** hipotezini desteklemektedir. Daha önce yapılmış olan tek gruplu birçok çalışma sonucunda, gerçekleştirilmiş eğitim uygulamaları ve psikolojik müdahalelerin HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrol uyum düzeylerini arttırdığı bulunmuştur.^{27,102,104,106-110,130,140} Davranışsal müdahalelerin,¹⁴¹ öz-yeterlilik eğitiminin,¹²⁸ sıvı alımı uyumuna yönelik eğitimin ve bilişsel/davranışsal stratejilerin,¹⁰⁹ diyet/sıvı alımı uyumuna yönelik eğitimin,¹⁰⁵ psikolojik müdahalelerin,¹⁴² diyet/sıvı sınırlama önerilerinin ve tedaviye devam etmenin önemi konulu eğitimin¹²⁶ yer aldığı deney ve kontrol gruplu çalışmalar sonucunda da HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrol uyum düzeylerinde artış görülmüştür. Bu araştırmanın bulgusu, literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. HD'de en fazla stres yaratan ve tedaviye uyumda zorlanılan alan sıvı kısıtlaması olup,

hastalar arasında aşırı interdiyalitik kilo alımı sık görülen bir sorundur.^{12,89,92} Bu sorun, tedavi sırasında ve sonrasında çeşitli semptomlara yol açarak yaşam kalitesinde düşüşe ve erken ölümlere neden olmaktadır.^{12,94,97,98} HD tedavisi alan bireylere RAM'a göre gerçekleştirilecek eğitimlerle, bireylerin sıvı kontrol uyum düzeylerinin arttırılabileceği ve böylelikle yaşanan semptom sayısının azaltılarak yaşam kalitesinin yükseltilebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada; RAM'a göre dört farklı alana yönelik gerçekleştirilen eğitimin, HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeyine etki etmediği fakat sıvı kontrol düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Sıvı kontrolü daha çok fizyolojik alana ilişkin uyumu gerektirirken, hastalığı kabullenme ben/benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanlarına ilişkin uyumu gerektirmekte olup bu alanlara uyum fizyolojik alana uyumdan daha zor, zaman alıcıdır ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda özel eğitimler gerektirir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

HD tedavisi alan bireylere RAM'a göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolü üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla deney ve kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak gerçekleştirilen araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

RAM'a göre verilen eğitimin;

- HD tedavisi alan bireylerin, HD tedavilerine ait özelliklerini (kuru ağırlık, diyaliz öncesi ve sonrası kilo, interdiyalitik kilo, ultrafiltrasyon miktarı, diyaliz öncesi ve sonrası sistolik ve diyastolik kan basıncı, hematokrit, hemoglobin, albümin, total protein, glukoz, kalsiyum, fosfor, HbA1c, Kt/V, diyaliz öncesi ve sonrası BUN, diyaliz öncesi ve sonrası kreatinin, diyaliz öncesi ve sonrası potasyum, diyaliz öncesi ve sonrası sodyum) etkilemediği,
- HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerini etkilemediği,
- HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrolü bilgi düzeylerinde artış sağladığı,
- HD tedavisi alan bireylerin davranış boyutunda sıvı kontrol uyum düzeylerinde artış sağladığı,
- HD tedavisi alan bireylerin tutum boyutunda sıvı kontrol uyum düzeylerinde artış sağladığı,
- HD tedavisi alan bireylerin genel olarak sıvı kontrol uyum düzeylerinde artış sağladığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- HD tedavisi alan bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerini arttırmak için kişi ve kurum kaynaklı destek sistemlerinin zenginleştirilmesi, birey ya da grup özellikleri ve ihtiyaçları dikkate alınarak eğitimlerin gerçekleştirilmesi, uygulama içerikli farklı eğitim metotlarının kullanılması,

- HD tedavisi alan bireylerin sıvı kontrol uyumunu arttırmak amacıyla rutin aralıklarla bireylere özel eğitim, danışmanlık ve destek hizmetlerinin aktive edilmesi, hasta merkezli yaklaşımlar kullanılarak uyumu engelleyen faktörlerin giderilmesi ve sürece ailenin de dahil edilmesi,
- HD hemşirelerinin hastalık, tedavi ve bakım süreçlerine yönelik, HD tedavisi alan bireylerde gerçekleştirecekleri eğitim ve müdahale uygulamaları ile bu bireylerin hastalık ve tedavi süreçlerine uyumlarını arttırabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri,
- RAM'a göre standart bir HD eğitim programının oluşturulması ve HD tedavisi alan bireylerin bir kayıt sistemi doğrultusunda düzenli aralıklarla takip edilmeleri önerilir.

KAYNAKLAR

1. Kaçar G. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Bakım. İçinde: Durna Z (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2012: 381-395.
2. Karaca A, Yeşiltepe Kaçar G. Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013: 466-481.
3. Kral Ü, Yurtsever S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1: 61-76.
4. Güngör Ö, Çelik A, Sifil A, Çavdar C, Çamsarı T, Meral M. Comparison of hospitalization and survival between patients treated with renal replacement therapy. *Turk Neph Dial Transpl*, 2011, 20: 72-76.
5. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *J Caring Sci*, 2014, 3: 11-19.
6. Çetin Ş. Kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yollarının kullanım süresi ve bu süreyi etkileyen faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 2: 50-62.
7. Sungur G, Tekinsoy B, Ceyhan Ö, Taşcı S, Şahin S, Görüş S. Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2009, 6: 17-21.
8. Arslan S, Sivrikaya S, Erdem N, Akyol D. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2011, 8: 30-35.

9. Yağcı N, Ağırca D. Son dönem böbrek yetersizliğinin mobilite ve denge üzerine etkisinin incelenmesi: kontrollü bir çalışma. *Turk Neph Dial Transpl*, 2012, 21: 262-266.
10. United States Renal Data System. USRDS Annual Data Report, 2017.
11. Seyahi N, Süleymanlar G. Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk nefroloji derneği kayıt sistemi 2015 yılı özet raporu. *Turk Neph Dial Transpl*, 2017, 26: 154-160.
12. Denhaerynck BK, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care*, 2007, 16: 222-235.
13. Karadakovan A. Üriner Sistem. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011: 929-942.
14. Koç Z, Sağlam Z. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeylerinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2009, 6: 29-36.
15. Öztürk B, Akın S, Durna Z, Özdiilli K. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve fistül bakımı ile ilişkili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1: 24-38.
16. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1: 39-52.
17. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *J Anatolia Nurs Health Sci*, 2011, 14: 25-30.
18. Khalil A, Frazier S, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. *J Ren Nutr*, 2011, 37: 30-39.

19. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J*, 2013, 15: 566-572.
20. Başarır S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 1: 19-31.
21. Alemdar H, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 2: 19-30.
22. Ibrahim S, Hossam M, Belal D. Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2015, 26: 243-249.
23. Chan YM, Zalilah MS, Hii SZ. Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *PLoS One*, 2012, 7: 1-7.
24. Hecking E, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Pisoni RL, Andreucci VE, Combe C, Greenwood R, McCullough K, Feldman HI, Young EW, Held PJ, Port FK. Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant*, 2004, 19: 100-107.
25. Uyer G. Tedavide hastalığı kabullenmenin önemi. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/gulten-uyer/tr-tedavide-hastaligi-kabullenmenin-onemi-72-24-506.html>. 10 Mayıs 2017.
26. Büyükkaya Besen D, Esen A. Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TAF Prev Med Bull*, 2011, 10: 155-164.

27. Turgut Kurt Y, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *Turk Neph Dial Transpl*, 2012, 21: 39-44.
28. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gulhane Med J*, 2007, 49: 132-136.
29. Alkatheri AM, Alyousif SM, Alshabanah N, Albekairy AM, Alharbi S, Alhejaili FF, Alsayyari AA, Qandil AM. Medication adherence among adult patients on hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2014, 25: 762-768.
30. Smith K, Coston M, Glock K, Elasy TA, Wallston KA, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. *J Ren Nutr*, 2010, 20: 334-341.
31. Iborra-Moltó C, López-Roig S, Pastor-Mira Mde L. Prevalence of adherence to fluid restriction in kidney patients in haemodialysis: objective indicator and perceived compliance. *Nefrologia*, 2012, 32: 477-485.
32. Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: Influence of patient characteristics, self-efficacy and perceived barriers. *J Ren Nutr*, 2014, 24: 92-99.
33. Kara B. Diyaliz diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12: 20-27.
34. Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 364-38
35. Alligood MR. Evolution of nursing theories. In: Alligood MR (ed). *Nursing Theorists And Their Work*, 8nd ed. United States of America, Elsevier Mosby, 2014: 303.

36. Alligood MR. *Nursing Theory: Utilization and Application*, 5th ed. United States of America, Elsevier Mosby, 2014: 263.
37. Kacaroglu Vicdan A, Gulseven Karabacak B. Hemşirelik modellerinden: roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5: 255-259.
38. Nursing Theories http://currentnursing.com/nursing_theory/Roy_adaptation_model.html. 20 Mayıs 2017.
39. Abu Shosha G, Al kalaldehy M. A critical analysis of using roy's adaptation model in nursing research. *Int J Acad Res*, 2012, 4: 26-31.
40. Cihangir N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
41. Bozkurt S. Çalışan Ergenlerin Öfke Yönetiminde Roy Adaptasyon Kuramı Temelli Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.
42. Özkahraman A, Özer S. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1: 138-152.
43. Çevik Akyıl R, Ergüney S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*, 2013, 69: 1063-1075.
44. Mumcu Boğa N. Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek ve

- Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
45. Kılıç D, Türkoğlu N, Adıbelli D, Çevik Akyıl R, Bilgin S, Yalçınöz Baysal H. Roy adaptasyon modeli doğrultusunda verilen eğitimin hipertansiyon yönetimine etkisi. *15. Halk Sağlığı Kongresi*, 2012.
46. Yanık Zuhur Ş, Kutlu L, Tokgöz T. Roy uyum modeline göre tip 1 diyabet tanılı adölesanların sorunlarının saptanması ve hasta eğitiminin etkinliği ile uyumlarını geliştirmedeki etkisinin değerlendirilmesi. *16. Ulusal Diyabet Hemşireliği Sempozyumu*, 2014.
47. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. Effect of treatment education based on the roy adaptation model on adjustment of hemodialysis patients. *Clinical Nurse Specialist*, 2016, 30: 1-13.
48. Sezen A. *Diyaliz El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.
49. Sezen A. *Diyaliz Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.
50. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Turk Neph Dial Transpl*, 2003, 2: 61-66.
51. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2008: 1-21.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (Eylem Planı)*. Ankara, Anıl Reklam Matbaa, 2014.
53. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 24: 62-64.

54. Sever MŞ. Kronik böbrek hastalığı. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_KBY.Etyopatogenez.ders.notlari.pdf. 20 Mayıs 2017.
55. Akoğlu E, Akpolat T. Böbrek Hastalıklarında Belirti ve Bulgular. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*, 2. Baskı. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş., 2001: 5-11.
56. Birol L. İdrar Yolları ve Böbrek Hastalıkları Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2005: 565-603.
57. Cengiz N. Kronik böbrek hastalığında tedavi. <http://www.baskent-adn.edu.tr/nefroloji/kronik%20bobrek%20hastaliginda%20tedavi.pdf>. 22 Mayıs 2017.
58. Akpolat T, Utaş C. Diyaliz: genel bilgiler. http://www.tsn.org.tr/folders/file/diyaliz_genel_bilgiler.pdf. 22 Mayıs 2017.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Diyaliz Hemşireliği Rehberi, 2011.
60. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal*, 2016, 6: 33-37.
61. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyalizin akut komplikasyonları. http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari.pdf. 23 Mayıs 2017.
62. Dervişoğlu E. Hemodiyalizde kronik komplikasyonlar. http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre27/Erkan_Dervisoglu.pdf. 23 Mayıs 2017.
63. Sezer MT. Psikiyatrik sorunlar. http://www.tsn.org.tr/folders/file/psikiyatrik_sorunlar.pdf. 25 Mayıs 2017.

64. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1: 15-22.
65. Cimilli C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. *Turk Neph Dial Transpl*, 1994, 3: 88-92.
66. Sarı Ö. Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY). *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilim Enstitüsü Dergisi*, 2015, 4: 71-80.
67. Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
68. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: yaşam kalitesi. *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11: 631-638.
69. Tosun Ö. Kadiroğlu T. Tip I diyabetes mellitusu olan adölesanın insülin pompası uyum sorunlarının çözümünde model kullanımı: roy adaptasyon modeli. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 25: 165-169.
70. Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *J Anatolia Nurs Health Sci*, 2013, 16: 132-139.
71. Baksi Şimşek A, Sarıkaya A. Hemşirelik modeli ve bakım: primer beyin tümörlü hastaların Roy'un uyum modeli ile değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12: 224-232.
72. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 10. Baskı. İzmir, İmaj Basım Yayın Reklamcılık ve Tic. Ltd. Şti., 2016: 78-82.
73. Koolman Y, Pearson D, Kraszewski L. Sister callista roy and the adaptation model. <http://pdfs.semanticscholar.org/0d27/afbd871e95fce473bddfc1f64f86f4af99b9.pdf>. 4 Haziran 2017.

74. Roy CS. Roy adaptation model. In: Masters K (ed). *Nursing Theories: A Framework For Professional Practice*, 2nd ed. United States of America, Jones & Bartlett Learning, 2015: 127-142.
75. Roy SC. *The Roy Adaptaion Model*, 3th ed. New Jersey, Pearson Education & Upper Saddle River, 2009.
76. Büyükkaya Besen D. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
77. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Cwalina U. Illness acceptance, pain perception and expectations for physicians of the elderly in Poland. *BMC Geriatrics*, 2017, 17: 1-9.
78. Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Chabowski M, Uchmanowicz B, Fal AM. The influence of frailty syndrome on acceptance of illness in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2016, 11: 2401–2407.
79. Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Motowidlo U, Uchmanowicz B, Chabowski M. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2016, 11: 963-970.
80. Kurowska K, Kasprzyk A. Disease acceptance and the ways of coping with stress in patients on dialysis. *Psychiatr Psychol Klin*, 2013, 13: 99-107.
81. Staniszewska A, Religioni U, Dąbrowska-Bender M. Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epileps. *Patient Prefer Adherence*, 2017, 11: 165–174.

82. Czerw A, Religioni U, Deptała A, Walewska-Zielecka B. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Rev*, 2016, 11: 96-103.
83. Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kulak E, Nwosu PJC, Kulak W, Sobolewski M, Olszanski R. Acceptance of illness and satisfaction with life among malaria patients in rivers state, Nigrieria. *BMC Health Serv Res*, 2014, 14: 202.
84. Mustafova Z. Yaşlı Diyabetli Hastalarda Diyabet Yükü ve Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2015.
85. Moran MJ, Christensen AJ, Lawton WJ. Social support and conscientiousness in hemodialysis adherence. *Ann Behav Med*, 1997, 19: 333-338.
86. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Mater Sociomed*, 2016, 28: 361–365.
87. Howren MB, Kellerman QD, Hillis SL, Cvengros J, Lawton W, Christensen AJ. Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med*, 2016, 50: 167-176.
88. Winters AM, Lindberg M, Sol BGM. Validation of a Dutch self-efficacy scale for adherence to fluid allowance among patients on haemodialysis. *J Ren Care*, 2012, 39: 31-38.
89. Cristóvão AFAJ. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, 2015, 68: 842-850.

90. Lindberg M, Wikström B, Lindberg P. Fluid intake appraisal inventory: development and psychometric evaluation of a situation-specific measure for haemodialysis patients' self-efficacy to low fluid intake. *J Psychosom Res*, 2007, 63: 167-173.
91. Welch JL, Thomas-Hawkins C. Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies. *Int J Nurs Stud*, 2005, 42: 597-608.
92. Shailendranath B, C U, Kedlaya PG. Impact of knowledge, attitude and behavior among maintenance hemodialysis patients for adherence to dietary regimen - a single centre experience. *Int J Humanit Soc Sci*, 2014, 4: 257-262.
93. Molaison EF, Yadrick MK. Stages of change and fluid intake in dialysis patients. *Patient Educ Couns*, 2003, 49: 5-12.
94. Wizemann V, Wabel P, Chamney P, Zaluska W, Moissl U, Rode C, Malecka-Masalska T, Marcelli D. The mortality risk of overhydration in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2009, 24: 1574-1579.
95. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res*, 2010, 68: 203-212.
96. Welch JL, Astroth K, Perkins SM, Johnson CS, Connelly K, Siek KA, Jones J, Scott LL. Using a mobile application to self-monitor diet and fluid intake among adults receiving hemodialysis. *Res Nurs Health*, 2013, 36: 284-298.
97. Iocano SA. Medication side effects: barriers to the management of fluid intake. *Dialysis & Transplantation*, 2008, 37: 196-201.

98. Fernandes MICD, Medeiros A, Macedo BM, Vitorino ABF, Lopes MVO, Lira ALBC. Prevalence of nursing diagnosis of fluid volume excess in patients undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP*, 2014, 48: 446-453.
99. Leggat JE, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper TA, Jones CA, Held PJ, Port FK. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis*, 1998, 32: 139-145.
100. Chen W, Cheng LT, Wang T. Salt and fluid intake in the development of hypertension in peritoneal dialysis patients. *Ren Fail*, 2007, 29: 427-432.
101. Lindley E, Aspinall L, Gardiner C, Garthwaite E. Management of fluid status in hemodialysis patients: the roles of technology and dietary advice. In: Penido MG (ed). *Technical Problems in Patients on Hemodialysis*. United Kingdom, InTech, 2011: 185-199.
102. Russell CL, Cronck NJ, Herron M, Knowles N, Matteson ML, Peace L, Ponferrada L. Motivational interviewing in dialysis adherence study (MIDAS). *Nephrol Nurs J*, 2011, 38: 229-236.
103. Lindberg M. Excessive Fluid Overload Among Haemodialysis Patients: Prevalence, Individual Characteristics and Self-regulation of Fluid Intake. Faculty of Medicine, Department of Public Health and Caring Sciences. Degree of Doctor of Philosophy, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis, 2010.
104. Sagawa M, Oka M, Chaboyer W. The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination. *Int J Nurs Stud*, 2003, 40: 367-373.
105. Baraz SH, Parvardeh S, Mohammadi E, Broumand B. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *J Adv Nurs*, 2010, 66: 60-68.

106. Anson HM, Byrd M, Koch EI. Cognitive behavioral treatment to improve adherence to hemodialysis fluid restrictions: a case report. *Case Rep Med*, 2009, 1-5.
107. Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, Si-Yen T. Fluid compliance among patients having hemodialysis: can an educational programme make a difference?. *J Adv Nurs*, 2008, 61: 300-306.
108. Fisher L, Cairns H, Amir-Ansari B, Scoble JE, Chalder T, Treasure J. Psychological intervention in fluid management. *Palliat Support Care*, 2006, 4: 419-424.
109. Sharp J, Wild MR, Gumley AI, Deighan CJ. A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: a randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis*, 2005, 45: 1046-1057.
110. Lindberg M, Wikström B, Lindberg P. A behavioural nursing intervention for reduced fluid overload in haemodialysis patients. Initial results of acceptability, feasibility and efficacy. *J Nurs Healthc Chronic Illn*, 2011, 3: 87-98.
111. Alimohammadi N, Maleki B, Shahriari M, Chitsaz A. Effect of a care plan based on roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2015, 20: 275-281.
112. Şentürk A, Levent BA. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2000, 1: 163-172.
113. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. Roy adaptasyon modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *J Hum Sci*, 2014, 11: 209-220.
114. Barbosa GDS, Valadares G. Hemodialysis: patient's adaptation and life style. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009, 22: 524-527.

115. Frazão CMFQ, Medeiros A, Paiva MGMN, Enders BC, Lopes MVO, Lira ALBC. Nursing diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients. *Invest Educ Enferm*, 2015, 33: 119-127.
116. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Turk Neph Dial Transpl*, 2017, 1: 36-42.
117. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Turk Neph Dial Transpl*, 2017, 1: 20-28.
118. Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö. Hemodiyaliz hastalarının aileden aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2008, 1: 50-54.
119. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2009, 6: 22-28.
120. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *J Anatolia Nurs Health Sci*, 2014, 17: 268-274.
121. Balım S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016, 1: 34-42.
122. Albayrak Coşar A, Çınar S. A scale development study: fluid control in hemodialysis patients. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 2014, 4: 1.
123. Karataş N. Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2000, 1: 5-8.
124. Uluoğlu C. Araştırma etiği. *Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık*, 2009, 47-52.
125. Başol G. Bilimsel Araştırma Süreci ve Yöntem. İçinde: Kılıç O, Cinoğlu M (editörler). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul, Lisans Yayıncılık, 2008: 113-143.

126. Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan G. The effects of an individual, multistep intervention on adherence to treatment in hemodialysis patients. *Disabil and Rehabil*, 2016, 38: 768-772.
127. Shaw-Stuart NJ, Stuart A. The effect of an educational patient compliance program on serum phosphate levels in patients receiving hemodialysis. *J Ren Nutr*, 2000, 10: 80-84.
128. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*, 2003, 43: 370-375.
129. Dağdeviren A, Savaşer S. Education to reduce potassium levels in adolescent, hemodialysis patients. *J Ren Care*, 2003, 29: 195-197.
130. Sharaf AY. The impact of educational interventions on hemodialysis patients' adherence to fluid and sodium restrictions. *J Nurs Health Sci*, 2016, 5: 50-60.
131. Keogh AM, Feehally J. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *ANNA J*, 1999, 26: 471-477.
132. Marzec A, Walasek L, Andruszkiewicz A, Banaszkiwicz M. The sense of coherence, the acceptance of illness and functioning in chronic illness in patients with chronic kidney disease in the end stage and in patients with diabetes. *Problemy Pielęgniactwa*, 2014, 22: 52-61.
133. Martin PY, Droulez M, Sexton-Dobby A, Marangon N, Hadaya K, Saudan P, Lacroix M, Stoermann-Chopard C, Bourquin V, Gombert-Jupille B. The importance of education in the management of chronic kidney disease patient. *Rev Med Suisse*, 2009, 5: 470-472.



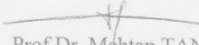




134. Rzeszut ME. The application of acceptance and commitment therapy with hemodialysis treatment adherence: a case study. *J Nephrol Soc Work*, 2011, 35: 17-25.
135. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 78-87.
136. Liu L, Liu YP, Wang J, An LW, Jiao JM. Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance hemodialysis: Randomized controlled trial. *J Int Med Res*, 2016, 44: 557-568.
137. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 61-68.
138. Topbaş E. Diyaliz hastalarının beslenmesinde davranış değişikliği. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017, 12: 29-35.
139. Moonaghi HK, Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Emamimoghadam Z, Ebrahimzadeh S. A comparison of face to face and video-based education on attitude related to diet and fluids: Adherence in hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2012, 17: 360-364.
140. Topbaş E, Kavalalı T, Öztürk F, Can S, Dedekoç Ş, Sapcı Y. The impact of controlled fluid and salt intake training in patients undergoing hemodialysis. *J Ren Care*, 2015, 41: 247-252.
141. Christensen AJ, Moran P, Wiebe JS, Ehlers SL, Lawton WJ. Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychol*, 2002, 21: 393-397.
142. Cukor D, Ver Halen N, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, Wyka KE, Saggi SJ, Kimmel PL. Psychosocial intervention improves depression, quality of life and fluid adherence in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 2014, 25: 196-206.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Merve ÇAYIR YILMAZ
Doğum Tarihi	: 05.06.1990
Doğum Yeri	: Kahramanmaraş
Medeni Hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adresi	: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü
Telefon	: 0 542 804 22 63
Fax	: 0 472 216 20 22
E-mail	: mervehemsiire@hotmail.com
Eğitim	
Lise	: Kahramanmaraş Atatürk Lisesi (2006)
Lisans	: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü (2006-2010)
Yüksek Lisans	: Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2010-2013)
Doktora	: Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2017)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: Orta Derecede (e-YDS: 73.75 Şubat 2017, YÖKDİL: 76.25 Mart 2017)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
	Onkoloji Hemşireliği Derneği Türk Kardiyoloji Derneği

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

	Sağlık Bilimleri Fakültesi ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
Sayı:2016/01/ 3		Tarih:18/01/2016
<p>Araştırmanın Adı: "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastalığı Kabule ve Sıvı Alımı Uyumuna Etkisi"</p>		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	(X)	
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	()	
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	()	
<p>Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.01.2016 tarihinde yapılan toplantısında "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastalığı Kabule ve Sıvı Alımı Uyumuna Etkisi" konulu Doç.Dr.Elanur YILMAZ KARABULUTLU ve Öğr.Gör. Merve ÇAYIR 'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.</p>		
<p> Prof.Dr. Mehmet TAN Başkan</p>		
<p> Prof.Dr.Duygu ARIKAN Üye</p>		<p> Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ Üye</p>
<p> Doç. Dr. Nadiye ÖZER Üye</p>		<p> Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ Sekreter/Raportör</p>

EK-3. ARAŞTIRMA İZİN BELGELERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.1600166709

21.07.2016

Konu : Uygulama İzni Merve ÇAYIR HK.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 30.06.2016 tarihli ve 45361945-000-E.1600155158 sayılı belge.

İlgi tarih ve sayılı yazımız ekinde gönderilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden Merve ÇAYIR'ın "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastahğı Kabul ve Sıvı Alımı Uyumuna Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Temmuz 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi hemodiyaliz kliniğinde yapma isteği Anabilim Dalınız tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Mehmet GÜNDOĞDU
Anabilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Sivas
Tel: +90 442 3446201
Elektronik Ad: <http://www.atuuni.edu.tr/birim=tip-fakultesi>
Kop Adresi: atuuni@ehsdl.kep.tr

Bilgi: Fatma KILIC
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tip.fak@atuuni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi çerçevesinde güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



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



Sayı : 98003106/604.01.02
Konu : Uygulama izni/ Merve ÇAYIR

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 25/03/2016 tarihli ve 1600072852 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora programı öğrencisi Merve ÇAYIR'ın "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Uygulanan Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastalığı Kabule Ve Sıvı Kontrol Uyumuna Etkisi" konulu bilimsel tez çalışmasını, sonuçların Kurumunuzla paylaşılması şartıyla, Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmeleri tarafımızca uygun görülmüştür.

Bülgelerinize arz ederim.

Prof.Dr.Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter

Hüseyin Avni Ulaş Mah. 1. Cad. No:6 Yıldızkent Palandöken / Erzurum
Tel: (0442) 3424280 - Bilgi için: 158 Fax: (0442) 3434387) Ayrıntılı bilgi için İrtibat Dr. Salim YAZICI: 124

Bu belge elektronik imzalıdır. http://e-hibe.saglik.gov.tr adresinden 02.02.2017 15:45:49-8756-e05199758031 kodu ile erişilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



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

AĞRI İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - AĞRI İLİ KİBİGS EĞİTİM VE STAJ
BİRİMİ
15/11/2016 16.14 - 87853587 - 799 - E.40



Sayı : 87853587-799
Konu : Komisyon Kararı Merve ÇAYIR

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi:Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü 01/11/2016 Tarihli ve E.1600259010 Sayılı Yazılı.

İlgi tarihli ve sayılı yazıya istinaden doktora öğrencisi Merve ÇAYIR YILMAZ 'ın tez çalışmasını Ağrı Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezinde yapma talebi komisyonca uygun görülmüştür.İlgili kişiye komisyon kararının tebliğ edilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Mehmet YILDIZ
İdari Hizmetler Başkanı
Genel Sekreter V.

Ekler:
1) Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Yazısı
2) Komisyon Kararı

Güvenli Elektronik İmza
Aşlı ile Aynıdır 15.11.2016
DANIŞMAN
V.H.K.i

Faks No:

e-Posta:ArzuEsra.Adiguzel@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3a5ddd53-3c75-4343-ae1e-c3793008ad2d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Arzu Esra ADIGÜZEL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:

EK-4. HEMODİYALİZ HASTA TANITICI FORMU

Hastaya Ait Veriler:

1. Yaşınız?

1) 18-30 yaş 2) 31-45 yaş 3) 46-64 yaş 4) 65 ve üzeri yaş

2. Cinsiyetiniz?

1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni haliniz?

1) Evli 2) Bekar

4. Çocuğunuz var mı?

1) Evet 2) Hayır

5. Eğitim düzeyiniz?

1) Okur-yazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu 5) Üniversite mezunu

6. Ne iş yapıyorsunuz?

1) Çalışmıyor 2) Serbest meslek 3) İşçi 4) Memur 5) Emekli

7. Gelir durumunuz nasıl?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 2) Eşim veya çocuklarım 3) Annem veya babam 4) Diğer

9. Bakımınıza destek olan kişiler var mı?

1) Evet 2) Hayır

10- Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

1) Eş 2) Çocuklar 3) Anne ya da baba 4) Kardeş 5) Diğer

11- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler hangi açılardan

sizi destekliyor? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

1) Fiziksel açıdan 2) Ekonomik açıdan 3) Ruhsal açıdan

12- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar süre sonra hemodiyaliz tedavisine başladınız?

1) İlk 1 ay içinde 2) 1. aydan sonra

13- Sizin dışınızda ailenizde hemodiyaliz tedavisi gören birey oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

14- Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

- 1) 2 kez 2) 3 kez 3) 3'den fazla

15- Hemodiyaliz tedavi süreniz nedir?

- 1) 6 ay-2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6-8 yıl 4) 9 yıl ve üzeri

16- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

17- Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

- 1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) Romatizma 4) Kalp sorunları 5) Diğer

18- Hastalığınız ve tedavi süreciniz hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

19- Bilgiyi kimden aldınız? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- 1) Doktor 2) Hemşire 3) Dergi, Broşür, Gazete 4) Radyo, Televizyon 5) Diğer

20- Bu bilgiyi yeterli buldunuz mu?

- 1) Evet 2) Hayır

Tedaviye ait veriler:

Kuru Ağırlığı :.....

D. Ö. Kilosu:.....

D. S. Kilosu:.....

İnterdialitik kilosu:.....

UF Miktarı:.....

D. Ö. Kan Basıncı (mm/Hg):.....

D. S. Kan Basıncı (mm/Hg):.....

Kan Biyokimya Tablosu:

Hemotokrit (%):

HbA1c (%):

Hemoglobin (gr/dL):

Kt/V:

Albumin (gr/dL):

D.Ö. D.S.

Total Protein (gr/dL):

BUN:

Glukoz (mg/dL):

Kreatinin (mg/dL):

Kalsiyum (mg/dL):

Potasyum(mmol/L):

Fosfor (mg/dL):

Sodyum (mmol/L):

EK-5. HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “Tamamen Katılıyorum” (1) ile “Hiç Katılmıyorum” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız 1 ya da yakın puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız 5 ya da yakın puan veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur. Katılarınız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

EK-6. HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROL ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı: Tarih: / /

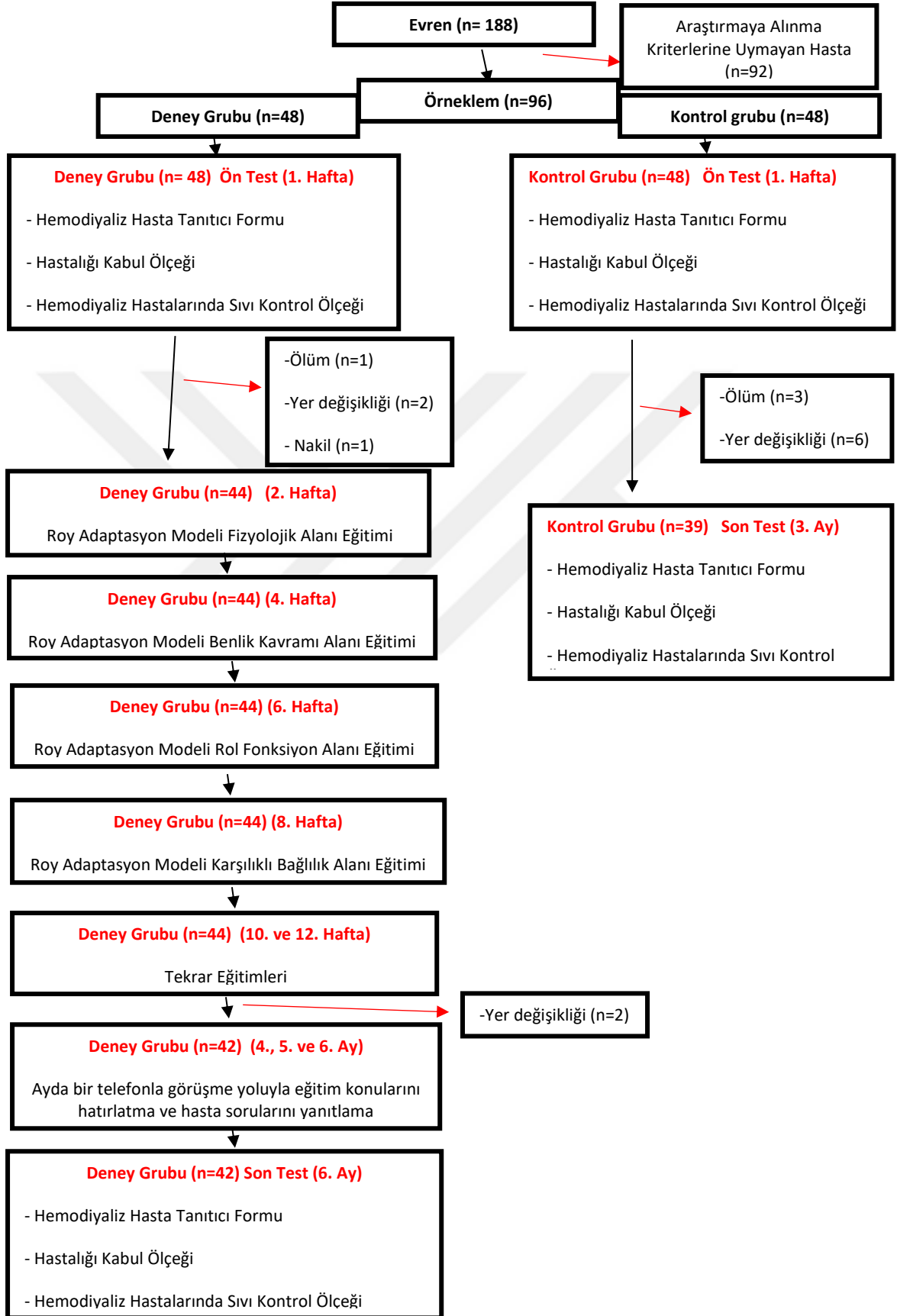
Bu ölçekteki maddeler sizin sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarınızı belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekteki her ifade için ‘‘Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum’’ şeklinde üç seçenek vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup size en çok uyan seçeneği işaretleyin. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
I. BİLGİ			
1. Tuzlu ve baharatlı yiyecekler yemek, sıvı alımımı artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi vücutta (yüz, bacak ve ayaklarda) şişliğe neden olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Su dışındaki bazı yiyecekler de kiloyu (sıvı) artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. İki diyaliz seansı arasında 2-3 litreden fazla sıvı almak zararlıdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Diyaliz hastalarının fazla su içmesi nefes darlığına neden olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. İki diyaliz seansı arasında ne kadar çok sıvı alınırsa diyaliz seansı o kadar rahat geçer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi tansiyonunu düşürür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II. DAVRANIŞ			
8. Sıvı gıdalar alırken ölçü kabı kullanırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Peynir, zeytin gibi salamura yiyecekleri bir süre (1 saat) suda beklettikten sonra tüketirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Çok sıvı içmeme neden olan bedensel aktivitelerden uzak dururum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sıvı kısıtlaması dışarıda yemek yememi engeller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. İçeceklerimi uzun sürede yudum yudum içerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gün içinde ne kadar sıvı aldığımı kaydedirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Susuzluk hissettiğimde ağzımı su ile çalkalarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Susuzluğumu gidermek için ciklet çiğnerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Yemeklerime tuz koymamaya dikkat ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Turşu, cips, ay çekirdeği, çubuk kraker gibi tuzlu yiyeceklerden kaçınırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Arkadaş toplantılarında sıvı kısıtlaması yapamıyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III. TUTUM			
19. Sıvı kısıtlamasına uymak bana çok zor geliyor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sıvı kısıtlamasına uymadığım zamanlar olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. İki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı artışı olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Su ihtiyacımı nasıl azaltacağımı bilemiyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Diyalizden çıktıktan sonra daha çok susuzluk hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Çok sayıda ilaç kullanmak sıvı alımımı artırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK-7. EĞİTİM KİTAPÇIĞI



EK-8. TEZİN AKIŞ ŞEMASI



EK-9. İNTİHAL RAPORU BEYAN FORMU



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



İNTİHAL RAPORU BEYAN FORMU (FORM: 32)

Elanur YILMAZ KARABULUTLU danışmanlığında yürütülen doktora öğrencisi Merve ÇAYIR YILMAZ'a ait " Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastalığı Kabule ve Sıvı Alımı Uyumuna Etkisi" başlıklı tez için Turnitin programında yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdadır.

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 13/11/ 2017

Öğrenci

Merve ÇAYIR YILMAZ

Danışman

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

BENZERLİK ORANLARI:

GİRİŞ BÖLÜMÜ: % 3

GENEL BİLGİLER BÖLÜMÜ: % 3

MATERYAL VE METOT BÖLÜMÜ: % 5

BULGULAR BÖLÜMÜ: % 4

TARTIŞMA BÖLÜMÜ: % 10