



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HATİCE ALEMDAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA-2015





## **BEYAN**

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

07.05.2015

Hatice ALEMDAR

## TEŞEKKÜR

Tezi hazırlamam sırasında bilgi ve birikimlerinden faydalandığım,  
bana önemli katkıları bulunan sevgili danışmanım ve çok değerli hocam;

**Sayın Doç. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz'e,**

eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocam;

**Sayın Yard.Doç.Dr. Özden Dedeli'ye,**

tez çalışmam boyunca beni destekleyen, huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan  
mesai arkadaşlarım;

**Selver Kahveci, Külter Kocadağ Sedef ve Melike Karaoğlu'na ,**

varlıklarını ve sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim;

**babama, anneme ve kardeşlerime,**

eğitimim boyunca beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen eşim

**Vural ALEMDAR'a**

ve bana sevgisiyle her zaman destek veren kızım

**Melisa ALEMDAR'a**

sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>1.ÖZET</b>	1
<b>2.SUMMARY</b>	2
<b>3.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4.GENEL BİLGİLER</b>	6
4.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI	6
4.1.1.Kronik Böbrek Hastalığının Tanımı ve Epidemiyolojisi	6
4.1.2.Kronik Böbrek Hastalığının Patofizyolojisi	7
4.1.3.Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi ve Progresyonunda Etkili Faktörler	8
4.1.4.Kronik Böbrek Hastalığının Evrelendirmesi	9
4.1.5. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulgular	10
4.1.6.Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi Seçenekleri	13
4.2. HEMODİYALİZ	13
4.2.1. Hemodiyalizin Tarihçesi	13
4.2.2. Hemodiyalizin Tanımı	14
4.2.3. Hemodiyalizin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	15
4.2.4. Hemodiyalizin Fizyolojik Prensipleri	16
4.2.5.Kronik Diyaliz Tedavisine Başlama Zamanı	16
4.2.6. Hemodiyalizin Komplikasyonları	17
4.2.6.1. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Akut Komplikasyonlar	18
4.2.6.2. Hemodiyalizde Hastalarında Görülen Kronik Komplikasyonlar	18
4.3. ÖZ BAKIM KURAMI	19
4.3.1. Öz Bakım Gereksinimleri	21
4.3.2. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım	22
4.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI	23
4.4.1. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi	24
4.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	28

<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	29
5.1. Araştırmanın Tipi	29
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
5.4. Araştırma Soruları	30
5.5. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	30
5.6. Veri Toplama Araçları	30
5.6.1.Hasta Tanılama Formu	30
5.6.2.Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III Versiyonu	30
5.6.3.Öz Bakım Gücü Ölçeği	31
5.7.Veritoplama Yöntemi	32
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
5.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	32
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	33
<b>6. BULGULAR</b>	34
<b>7. TARTIŞMA</b>	51
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	58
<b>9. KAYNAKLAR</b>	60
<b>10.EKLER</b>	68
Ek1: Hasta Tanılama Formu	68
Ek 2: Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III versiyonu	70
Ek 3: Öz Bakım Gücü Ölçeği	72
Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	74
Ek 5: Etik Kurul Onayı	75
Ek 6.1/6.2/6.3: Kurum Onayları	76
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	79

## KISALTMALAR

Bun: Kan Üre Azotu

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı

GIS: Gastrointestinal sistem

HD: Hemodiyaliz

HRQOL: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

IDKA: Interdiyalitik Kilo Alımı

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek Yetersizliği

Kt/V: Diyalitik Madde Klirensi

NKF K/DOQI: National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes  
Quality Initiative

PTH: Paratiroid Hormon

RAAS: Renin Anjiotensin Aldesteron Sistemi

RRT: Renal Replasman Tedavisi

SDBH: Son Dönem Böbrek Hastalığı

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetersizliği

TND: Türk Nefroloji Derneği



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 4.1.3.1.</b> Türkiye’de RRT Gerektiren Son Dönem Kronik Böbrek Yetersizliğinin Nedenleri ve Dağılımı.....	9
<b>Tablo 4.1.4.1.</b> Kronik Böbrek Yetersizliği Evreleri .....	10
<b>Tablo 6.1.</b> Sosyodemografik Özelliklere ve Hastalığa İlişkin Bulgular .....	34
<b>Tablo 6.1.1.</b> Sosyodemografik Özellikler.....	34
<b>Tablo 6.1.2.</b> Hastalığa İlişkin Özellikler ve Laboratuvar Verileri.....	35
<b>Tablo 6.2.</b> Öz bakım Gücü ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulgular.....	35
<b>Tablo 6.2.1.</b> Cinsiyete göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	36
<b>Tablo 6.2.2.</b> Medeni Duruma göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	36
<b>Tablo 6.2.3.</b> Eğitim Durumuna Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	37
<b>Tablo 6.2.4.</b> Meslek Gruplarına Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	37
<b>Tablo 6.2.5.</b> Kronik Böbrek Yetersizliği Nedenlerine Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	38
<b>Tablo 6.2.6.</b> Başka Kronik Hastalık Durumuna Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları.....	39
<b>Tablo 6.2.7.</b> Toplam Öz bakım Gücü İle Yaş, Diyaliz Yılı, İnterdiyalitik kilo alımı (IDKA) ve Laboratuvar Verileri Arasındaki Korelasyon.....	40
<b>Tablo 6.3.</b> Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla İlgili Parametreler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular .....	43
<b>Tablo 6.3.1.</b> Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanları.....	43
<b>Tablo 6.3.2.</b> Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları Farkı.....	43
<b>Tablo 6.3.3.</b> Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanı.....	44
<b>Tablo 6.3.4.</b> Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puanı.....	45
<b>Tablo 6.3.5.</b> Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları.....	46
<b>Tablo 6.3.6.</b> Primer Böbrek Hastalığına Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları.....	47
<b>Tablo 6.3.7.</b> Yaşam Kalitesi İle Yaş, Diyaliz Yılı, İnterdiyalitik kilo alımı (IDKA) Ve Laboratuvar Verileri Arasındaki Korelasyon.....	48
<b>Tablo 6.4.</b> Toplam Yaşam Kalitesi ve Öz bakım Gücüne İlişkin Bulgular.....	50
<b>Tablo 6.4.1.</b> Yaşam Kalitesi ve Öz bakım Arasındaki Korelasyonlar .....	50

**Başlık: Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi**

**Öğrencinin adı: Hatice ALEMDAR**

**Danışman: Doç.Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ**

**Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı**

## 1. ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; kronik hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini; 162 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu. Araştırma verileri hasta tanılama formu, Öz bakım Gücü Ölçeği ve Diyaliz Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Endeksi ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan hastalarının %56,8'i erkek olup yaş ortalaması  $58,08 \pm 12,93$  yıldır. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü puan ortalaması  $102,78 \pm 18,81$  ve toplam yaşam kalitesi puanları ortalaması  $90,52 \pm 16,92$  olarak bulundu. Toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarından sağlık ve işlev, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum-inançlar ve aile ortalama puanları ile öz bakım gücü puanları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Kadın ve erkekler arasında yaşam kalitesi ve öz bakım gücü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, yaş arttıkça yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün azaldığı bulundu.

**Sonuçlar:** Buna göre; hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi ve alt boyutları da artmaktadır. Sonuç olarak, kronik hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini artırmak için öz bakımın artırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, öz bakım, yaşam kalitesi.

**Title:** Effect of Self Care on Quality of Life in Hemodialysis Patients

**Student name:** Hatice ALEMDAR

**Danışman:** Doç.Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

## 2. SUMMARY

The aim of this study was to assess whether the effect of self-care abilities on quality of life in chronic hemodialysis patients or not. The sample of the study was 162 chronic hemodialysis patients. Data was collected using face to face meeting techniques with patient description forms, Self-Care Ability Scale and Life Quality Index for dialysis patients. The t-test, ANOVA and Pearson correlation analyses were used for statistical evaluation of the data. %56,8 of the patients enrolled to research were male, and the average age of the patients was  $58,08 \pm 12,93$  years. It was found that the average of self-care ability score was rated as  $102,78 \pm 18,81$  and the total quality of life score was rated  $90,52 \pm 16,92$ . There were significantly positive correlations between the total score of self-care ability and the total quality of life and its sub-scales' scores such as health, function, socio-economic status, psychological needs and beliefs and family. There was no statistically significant difference between women and men according to quality of life and self-care ability but increasing age was found decreasing the quality of life and self-care ability. According to this, the more the level of self-care ability increases, the more the quality of life and its sub-scales increase in hemodialysis patients. As a result, the increasing self-care ability is recommended to improve the life quality in chronic hemodialysis patients.

**Key words:** Hemodialysis, self-care ability and quality of life.

### 3. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetersizliği (KBY) her iki böbrekte ilerleyici ve geriye dönüşümsüz nefron kaybıdır. KBY, glomerüler filtrasyon düzeyinde azalma (<15 ml/dakika) sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesinde bozulma ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir bozulma olarak tanımlanmaktadır. KBY; kronik semptomların görüldüğü ve bununla birlikte hastaların iş ve aile yaşamının da değiştiği, psiko-sosyal sorunlar nedeni ile bireylerin gelecekle ilgili planlamaları ve yaşam tarzında değişikliklere neden olan öz bakım ve öz yeterliliklerinin etkilendiği önemli bir hastalıktır (İlhan 2011).

Son dönem böbrek hastalığında renal replasman tedavisi (RRT) olarak hemodiyaliz, periton diyalizi ya da böbrek transplantasyonu kullanılmaktadır. Hemodiyaliz, periton diyalize göre uzun süre kullanılabilmesi ve kullanılışlığı açısından daha çok tercih edilen bir yöntemdir (Kaymak 2012).

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir (Çınar Menteş 2000a; Kral 2010). Hemodiyaliz uygulamasının amacı; hastanın sıvı–elektrolit dengesizliğini düzeltmek, üremiye bağlı oluşabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonları önlemek, öz bakımını sağlamak ve dolayısı ile hastanın yaşam kalitesini artırmaktır.

Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Bir erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır (Velioğlu 1999). Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastanın yaşam kalitesi, yaşamsal doyumu hastanın öz bakımı ile yakından ilgilidir. Yapılan birçok çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Ünsar ve ark. 2006).

Kronik hastalığı olan bireyin bakımında hemşirenin rolü, sıklıkla hastayı tedavinin yan etkilerinden korumak, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki

sürekli değişikliklere uyumunu, bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde de yaşam kalitesini maksimuma çıkarmaktır (Karabulutlu ve Tan 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi, sosyal ilişkileri ve yaşadığı çevrenin başlıca özellikleriyle etkileşimleri gibi çok sayıdaki etkenle ilişki içerisinde şekillenen, karmaşık ve geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi; bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun istenilen düzeyde olması ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi gibi özellikleri içine almaktadır (Kaymak 2012).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler ise bireyin genel sağlık durumu, emosyonel durumu, kendisine olan saygısı, önceki bilgi ve deneyimleri, genel refah düzeyi, ekonomik ve sosyal durumu olarak belirtilmektedir (Acaray ve Pınar 2004). Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; hasta bireyin fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumunu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir. Yaşam kalitesi kavramına birçok açıdan bakılabilmektedir. Bunlar fiziksel iyilik hali, dinsel ve psikolojik yaklaşımlar, sosyal, ekonomik ve politik görüş gibi durumlardır. Hastalık ve tedavi koşullarında ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQOL) göz önüne alınmaktadır (Kral 2010).

Kronik böbrek yetersizliği olan hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tedavisi nedeniyle tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılık da olmaktadır. Hemodiyaliz, hastanın bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu yönünden hem de hastanın yaşamında yarattığı değişikliklerle özellik göstermektedir (Kral 2010).

Kronik böbrek yetersizliği olan hastanın, hem hastalık hem de uygulanan hemodiyaliz nedeni ile öz bakımında yetersizlikler olabileceği ve bu nedenle de yaşam kalitesinin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektir.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

#### 4.1.1. Kronik Böbrek Hastalığının Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen, nefronların ilerleyici ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize fizyopatolojik bir süreçtir (Akoğlu ve Süleymanlar 2003; Brenner and Green 2005). Glomerüler filtrasyon hızı (GFH), genellikle aylar ve/veya yıllar içinde giderek azalır ve bu azalma, temelde yatan nedene göre büyük değişkenlik göstermektedir. KBH, National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF K/DOQI) klavuzuna göre üç ay veya daha uzun süren böbrek hasarı veya GFH'nin 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> değerinin altında olması olarak tanımlanmaktadır. Böbrek hasarı; patolojik anormalliklerin veya hasar göstergeleri olan kan veya idrar testleri veya görüntüleme çalışmalarının varlığı olarak tanımlanmaktadır. Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) ise böbrek fonksiyonlarının geriye dönüşümsüz kaybı ile karakterize ve hayatı tehdit eden üremiden korunmak için hastaya devamlı olarak diyaliz ve transplantasyon gibi RRT'nin uygulanmasının zorunlu olduğu klinik bir tablodur. Klinik olarak KBH, asemptomatik böbrek fonksiyon azalmasından üremiye kadar değişen bir spektrum göstermektedir. Üremi; tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş akut veya kronik böbrek yetersizliğinin neden olduğu, ileri derecede böbrek fonksiyon bozukluğu yanı sıra tüm organ sistemlerinde bozulma ile giden klinik ve biyokimyasal bir sendromdur (Brenner and Green 2005).

Türk Nefroloji Derneği tarafından yürütülen 2009 yılında sonuçları açıklanan CREDIT çalışması; kronik böbrek hastalığının ülkemiz açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (Süleymanlar ve Utaş 2011). Bu çalışma, KBH'nin 18 yaşın üzerindeki yetişkin nüfusta %15,7 olduğunu, Evre-III ve Evre-V arasında olgu oranının yaklaşık %5,2 olduğunu, kadınlarda ve yaşlılarda etkilenmenin daha fazla olduğunu göstermiştir. Toplumumuzdaki sıklığı giderek artan hipertansiyon, diyabet, obezite, metabolik sendrom oranları hem KBH hem de

kardiyovasküler hastalık açısından büyük risk oluşturmaktadır. TND kayıt sisteminin özellikle son on yılına bakıldığında RRT gerektiren Evre-V KBH'nın hem insidansında hem de prevalansındaki artış dikkat çekicidir. Evre-V KBH prevalansındaki %10-12 lik yıllık artış oranı gelecek adına endişeleri arttırmaktadır (Şahan 2010).

Kronik böbrek yetersizliği görülme sıklığı, hem ülkemizde hem de dünyada giderek artmaktadır. Türk Nefroloji Derneğinin yayınladığı 2013 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na göre 2012 yılında ülkemizde yaklaşık 10.480 hasta renal replasman tedavisi almaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hasta sayısı 8552'dir (Süleymanlar ve ark. 2013). Bir başka deyişle; kronik böbrek yetersizliği (KBY); yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen hemen her yaş grubunu, en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (Şahan 2010).

#### **4.1.2. Kronik Böbrek Hastalığının Patofizyolojisi**

Kronik böbrek hastalığının fizyopatolojisi, altta yatan primer hastalığa özgü başlatıcı mekanizmalar içermektedir. Bunun yanında, iş gören nefron kitlesinin azalması sonucunda ortaya çıkan ve ilerleyici bir özellik gösteren mekanizmalar da mevcuttur. Böbreğin iş gören nefron kitlesinin azalması sağlam nefronlarda fonksiyon artışına ve hipertrofiye neden olmaktadır. Bu kompensativ hipertrofi, başlangıçta adaptasyon olarak gelişen hiperfiltrasyona bağlıdır ve vazoaaktif moleküller, sitokinler ve büyüme faktörleri ile oluşturulmaktadır. Glomerüller hiperfiltrasyon ise glomerül kapiller basıncı ile birlikte plazma akımının artması ile meydana gelmektedir. Sonuçta kısa süreli bu değişiklikler kalan nefron kitlesinde skleroza zemin hazırlayan maladaptif değişikliklere yol açar ki bu da altta yatan hastalığa göre değişmeksizin glomerüllerde skleroza neden olmaktadır (Lazarus and Brenner 1998).

Çalışmalar glomerül sklerozunun gelişiminde belirli evrelerin varlığını göstermiştir. İlk evrede endotel hasarı ve inflamasyon oluşur; bunu ikinci evrede mezengial proliferasyon takip eder ve nihayet üçüncü evrede ise glomerül sklerozu ve fibrozisi meydana gelir (El Nahas 2013). Sağlam kalan nefronların fonksiyonlarını



azaltan bu patolojik yol, altta yatan hastalık aktivitesini yitirse bile devam eder. Bu fizyopatolojik mekanizmada renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) aktivasyonu önemli rol oynamaktadır. İntrarenal RAAS aktifleşerek hem başlangıçtaki adaptif hiperfiltrasyona hem de ardından gelişen maladaptif hipertrofi ve skleroza katkıda bulunur. RAAS aktivasyonunun uzun süreli bu maladaptif etkileri kısmen, transforme edici büyüme faktörü (transforming growth faktör- $\beta$ , TGF- $\beta$ ) gibi büyüme faktörleri ile oluşturulmaktadır (Lazarus and Brenner 1998).

#### **4.1.3. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi ve Progresyonunda Etkili Faktörler**

Kronik böbrek hastalığında etiyolojik faktörler prerenal, renal ve postrenal nedenler olarak sınıflandırılabilir. Prerenal nedenler; uzun süreli renal arter stenozu, bilateral renal arter embolisi, renal nedenler; diyabet, hipertansiyon, kronik glomerülo nefritler, kronik tubulointerstisyel nefritler, amiloidoz, kistik hastalıklar, postrenal nedenler; uzun süreli üriner sistem obstrüksiyonudur. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmekle beraber genel olarak en sık nedenler diyabet, hipertansiyon ve glomerülo nefritlerdir. KBH'nın Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en sık rastlanan iki nedeni, diyabetik nefropati ve hipertansiyondur. Buna karşın, az gelişmiş ülkelerin çoğunda glomerülo nefritler ve pyelonefrit/interstisyel nefritler, KBH'nın en önemli nedenleridir. Etiyolojideki bu değişikliğin nedeni glomerülo nefritlerin daha efektif tedavisi ve korunması veya özellikle diyabetli ve hipertansiyonlu hastalarda erken mortalitenin azalmasıdır. Genellikle ömrün uzaması ve erken kardiyovasküler mortalitenin azalması KBH'lı hastaların ortalama yaşını arttırmıştır. İlerlemiş KBH olan birçok vakada ise etiyoloji tespit edilememektedir (Lazarus and Brenner 1998). Ülkemizde SDBY ile ilgili en sağlıklı veriler Türk Nefroloji Derneği tarafından elde edilmiştir. Türk Nefroloji Derneği-2013 Registry raporunda belirtilen 2012 yılına ait hemodiyaliz hastalarında etiyolojik nedenlerin dağılımı Tablo 4.1.3.1.'de belirtilmiştir. Ülkemizde de SDBH nedenleri arasında diyabet ve hipertansiyon ilk iki sırayı almaktadır (Süleymanlar ve ark. 2013).

**Tablo 4.1.3.1.** Türkiye’de RRT Gerektiren Son Dönem Kronik Böbrek Yetersizliğinin Nedenleri ve Dağılımı

<b>Hastalık</b>	<b>Hastalık yüzdesi</b>
Diyabet	36,45
Tip 1DM	4,74
Tip 2DM	31,71
Hipertansiyon	28,59
Kronik glomerülonefrit	6,53
Polikistik böbrek hastalığı	2,64
Amiloidoz	1,55
Tübülointerstisyel nefrit	1,16
Renal vasküler hastalık	1,07
Diğer	8,46
Etyoloji bilinmeyen	13,55

Türk Nefroloji Derneği 2013 Registry raporu.

#### **4.1.4.Kronik Böbrek Hastalığının Evrelendirmesi**

Glomerüler filtrasyon hızının azalma süresi bireyden bireye, böbrek lezyonunun tipine, sistemik arteriyel hipertansiyonun varlığına, şiddetine, diyetle ilgili çeşitli faktörlere ve eşlik eden hastalıklara göre değişmektedir (Levy et al. 2004).

Böbrek yetersizliğinin evreleri birbiri içine girmiş olup kesin sınırlarla ayrılması mümkün değildir. Ancak, fonksiyonel değişikliklere göre evrelendirmek klinik açıdan yararlıdır. Kronik böbrek hastalığı için 2002 yılına kadar ortak bir evreleme sistemi olmamakla birlikte, NKF/DOQI çalışma grubu 2002 yılında evreleme ile ilgili net kriterler belirlemiştir (Levy et al. 2004; Çınar 2007). Bu grup tarafından belirlenen değerler ampirik bir şekilde saptanmış olmasına rağmen, hastalarda tedavinin düzenlenmesi ve kılavuzların uygulanması açısından

kolaylık sağlar; bu nedenle pratikte sıkça kullanılmaktadır. NKF/DOQI çalışma grubunun evreleme sistemi Tablo 4.1.4.1’de belirtilmiştir.

**Tablo 4.1.4.1. Kronik Böbrek Yetersizliği Evreleri**

EVRE	TANIM	GFR
0	Artmış risk	> 90
1	Normal veya artmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	> 90
2	Hafif azalmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede azalmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	30-59
4	Ağır derecede azalmış GFR	15-29
5	Son dönem böbrek yetersizliği	<15 veya diyaliz

Başlangıçta GFH normal sınırlarda bile olsa KBH riskini arttıran faktörlerin ortaya çıkarılması önemlidir. Ailede böbrek hastalığının olması, hipertansiyon, diyabet, otoimmün hastalık, ileri yaş, böbrek hasarının laboratuvar (fizyolojik, patolojik) veya görüntüleme yöntemleri ile belirlenen geçerli kanıtlarının olması risk faktörleri arasında tanımlanmaktadır (Levy et al. 2004).

#### **4.1.5. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulguları**

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetersizliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. KBY tüm organ veya sistemleri etkilemektedir. Kronik böbrek yetersizliğinde GFR’de azalma sonucu, böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma mevcuttur (Yenicesu 2001; Levy et al. 2004). Bunun yanı sıra kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, nörolojik, immünolojik, hematolojik ve endokrin sisteme ait çeşitli patolojiler oluşmaktadır (Bırol ve ark. 2004). KBY ilerleyici özellikte olup fonksiyon kaybının derecesine göre klinik ve laboratuvar bulgularda değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Akpolat ve Utaş 2001; Levy et al. 2004).

İlk döneminde basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR düşüklüğü dışında kronik böbrek yetersizliğinin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur (Akpolat ve Utaş 2001). İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri ile birlikte klinik ve laboratuvar bulgularındaki değişiklikler eklenmektedir (Akpolat ve Utaş 2001, Kaymak 2012). Üçüncü dönemde, ikinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asit yüksekliği ortaya çıkmaktadır (Akpolat ve Utaş 2001). Dördüncü dönem, üremi dönemi olup bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Üremide etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir; bu nedenle üremi ensefalopati, konsantrasyon bozuklukları, perikardit, anemi, plevral sıvı, kemik hastalığı, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı gibi birçok farklı belirti ve bulgulara neden olabilmektedir (Kaymak 2012).

Üremi bütün sistemleri etkilemektedir. Mortalite açısından en önemlisi kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileridir. Su ve tuz retansiyonuna bağlı olarak son dönem böbrek yetersizlikli hastaların yaklaşık %80'inde hipertansiyon görülmektedir. RAAS aktivasyonu, artmış aldesteron sekresyonu, artmış sempatik tonus ile kinin ve prostaglandinler gibi vazodilatatör hormonların azalmış üretimi hipertansiyona katkıda bulunmaktadır. Üremik hastalarda konjestif kalp yetmezliği de sık görülmektedir. Elektrolit dengesizliği veya koroner arter hastalığına bağlı ciddi aritmilere de üremide sık rastlanır. Hastaların %25'inde nonaterosklerotik orijinli olmak üzere koroner arter hastalığı ve semptomatik miyokard iskemisi üremik sendromda görülebilen kardiyak problemlerdendir. Sekonder hiperparatiroidizm ve fosfat retansiyonu yaygın arteryel kalsifikasyona neden olmaktadır. Miyokardiyal kalsifikasyon ise üremik kardiyomiyopatiye yol açabilir (Selamet 2005).

Beşinci dönemde hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duymaktadırlar (son dönem böbrek yetersizliği). Bununla birlikte infeksiyonlar, kontrolsüz hipertansiyon, nefrotoksik ilaç kullanımı, radyokontrast ajanların nefropatisi, hiperhipovolemi gibi bazı başlatıcı/tetikleyici faktörler bu evrelerin birbirlerine geçişinde rol oynayabilmektedir (Akpolat ve Utaş 2001; Çınar 2007).

Kronik böbrek hastalıkları klinik özellikleri sistemlere göre şu şekilde özetlenebilir:

Sıvı Elektrolit Bozuklukları; bulantı-kusma nedeniyle hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeniyle hiperpotasemi, hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemi ve hipermağnezemi, proteinüri ve su sodyum retansiyonu nedeniyle ödem, ileri dönemlerde ödem nedeniyle hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği, metabolik asidoz, hipokalsemi belirti bulguları görülmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007; Akoğlu ve Süleymanlar 2003).

Sinir Sistemi; stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, menengizm, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozuklukları gelişebilmektedir (Akoğlu ve Süleymanlar 2003).

Gastrointestinal Sistem; hıçkırık, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes vb.), intestinal obstruksiyon, perforasyon, asit görülebilmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007; Akoğlu ve Süleymanlar 2003; Ereğ 2005).

Hematoloji-İmmünoloji; normokrom normositer anemi, hipokrom mikrositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, hücrel ve humoral immünitede bozulma, hemorajik diyatez (trombositopeni, trombosit adezyon kusuru, plazma koagülasyon faktörleri inhibasyonu, trombosit faktör III eksikliği, kapiller geçirgenliğin artması) gelişebilmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007; Ereğ 2005).

Kardiyovasküler Sistem; perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı, konjestif kalp yetmezliği belirti ve bulguları görülmektedir (Ereğ 2005).

Pulmoner Sistem; plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem gelişebilmektedir (Ereğ 2005).

Cilt; kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, kirli toprak sarısı cilt, cilt kuruluğu, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz gelişebilmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007).

Metabolik-Endokrin Sistem; glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme ve gelişme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi, troid fonksiyon bozukluğu gelişebilmektedir.

Kemik; üremik kemik hastalığı, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit, amiloidoz ( $\beta_2$  mikroglobin) belirti ve bulguları görülmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007).

Diğer; susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri gelişebilmektedir (Yalçın ve Akpolat 2007; Akoğlu ve Süleymanlar 2003; Erek 2005).

#### **4.1.6. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi Seçenekleri**

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda RRT'leri; hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyondur. SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilmektedirler (Skorecki ve ark. 2004). Günümüzde en yaygın uygulanan tedavi yöntemi hemodiyalizdir (Akyol 1996).

## **4.2. HEMODİYALİZ**

### **4.2.1. Hemodiyalizin Tarihçesi**

İlk defa Graham (1861), diyalizin tıp alanında kullanılabileceğini vurgulamıştır. İlk kez 1913 yılında diyalizi tanımlayan Abel, Rowntree ve Turner 'yapay böbrek' terimini kullanmışlardır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması 1944 yılında, Hollanda'da Wilhelm Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. 1960 yılında, Scribber ve arkadaşları tarafından plastik materyaller (arteriyovenöz şant olarak) hemodiyalizde kullanılmıştır. 1963 yılında Merrill ve

arkadaşları tarafından ev hemodiyalizi fikri ortaya atılmıştır. 1965 yılında Brescia ve Cimino subkutan arteriyovenöz fistülü tanımlamışlardır. 1969 yılında da arter ve ven damarları uygun olmayanlara greftler kullanılmıştır (Levy ve ark. 2004).

1961 yılı sonunda, Dr. Kolff tarafından geliştirilen ve Kore'de denenilen, Travenol firması tarafından imal edilen kapalı sistem (tank tipi), pozitif basınçlı hemodiyaliz cihazı Ankara Tıp Fakültesi tarafından ithal edilerek, ülkemizde 1962 yılı haziranında ilk kez hastaya uygulanmıştır. Hemodiyaliz tedavisinde damar giriş yolu olarak 30.10.1972 tarihine kadar şantlar kullanılmıştır. Başlangıçta uçları gittikçe incelen “Vinyl Tubing Travenol” tüpleri ve adaptörleri kullanılırdı. Daha sonra damara giren uçlarına ve dışarıdaki birleştirici uçlarına teflon tüpler (Etchet teflon vessel tip, extracorporeal ve Etched teflon connector extracorporeal) takılan silastik kanüller (Saf-T-shunt, silicon rubler canula, extracorporeal) kullanılmıştır. Damar giriş yolu olarak 30.10.1972 tarihinden itibaren arteriyovenöz fistül uygulanmıştır. Hemodiyaliz uygulaması ise, ilk kez 1972 yılında Prof. Dr. Müştak Özür tarafından başlamıştır (San 1976; Ertuğ ve Erbay 1980).

#### **4.2.2. Hemodiyalizin Tanımı**

Diyaliz; akut ve kronik böbrek yetersizliklerinde kanda metabolik atıkların ve toksik maddelerin birikmesi durumunda, sıvı ve elektrolit dengesizliklerinin düzeltilmesinde kullanılan konservatif bir tedavi yöntemidir (Çınar Menteş 2000a). Hemodiyaliz ise; hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir (Akpolat ve Utaş 2007).

Hemodiyaliz işleminin üç ana birleşeni vardır. Bunlar: Diyalizör (filtre), pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem ve solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat)'dır (Çınar Menteş 2000b; Guyton 2001).

Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır (erişkinde genellikle dakikada 200–400ml). Yeterli kan akımı sağlanması için kalıcı ve geçici vasküler giriş yolu gereklidir. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde en yaygın kullanılan yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklaviyan veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları

ise arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüldür. Arteriyovenöz fistül, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Eğer fistül girişimi beklendiği şekilde olmuşsa (üzerine dokunulduğunda dolgunluk ve thrill sesi alınıyorsa) hasta üç hafta sonra hemodiyaliz makinesine bu fistül ile bağlanabilmektedir (Çınar Mentеш 2000b; Akpolat ve Utaş 2001; Durmaz Akyol 2005).

#### **4.2.3. Hemodiyalizin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları**

Klasik olarak şimdiye kadar kabul edilmiş olan akut diyaliz endikasyonları şunlardır: Perikardit, hiperkalemi, tıbbi tedaviye cevap vermeyen hipervolemi, tıbbi tedavi ile düzeltilemeyen hipertansiyon, ileri dönem üremik ensefalopati veya nöropati, gastrointestinal kanama, şiddetli bulantı ve kusma, tıbbi tedavi ile düzeltilemeyen elektrolit bozuklukları ve metabolik asidozdur. Diğer endikasyonlar ise; ilaç intoksikasyonları, mantar intoksikasyonları, hiperkalsemi, hiperürisemi, metabolik alkaloz, hepatorenal sendrom, konjestif kalp yetmezliği, akut nekrotik hemorajik pankreatit, hipertermi ve psoriasisdir (Akoğlu 2000; Akpolat ve Utaş 2001).

Kreatinin klirensi 0.1- 0.15 ml/dak/kg düzeyine düştüğünde kronik diyaliz tedavisine başlanmalıdır. Pratik olarak kreatinin klirensi 10 ml/dk. altına düştüğünde veya serum kreatinin düzeyi 12 mg/dl'yi ve kan üre azotu (BUN) 100mg/dl'yi aşınca kronik diyaliz tedavisine başlanmalıdır (Akpolat ve Utaş 2001). Yapılan çalışmalar erken diyalize başlanan hastaların prognozunun ve yaşam süresinin geç diyalize başlanan hastalardan daha iyi çıktığını göstermiştir (Akoğlu 2000).

Relative diyaliz endikasyonları; iştahsızlık ve buna bağlı olarak malnütrisyon gelişmesi, ileri derecede halsizlik, kuvvetsizlik, konsantrasyon kusuru veya dikkatin dağınık olması, hafızada zayıflık, devamlı ve ciddi kaşıntı, depresyon ve kişilerarası ilişkilerde bozulmadır (Akoğlu 2000).

Diyalizin Kontrendikasyonları; alzheimer hastalığı, beyinde multibl infarktların olması, hepato renal sendrom, siroza bağlı ilerlemiş ensefalopatisi olanlar veya ileri evre kanser olmasıdır (Zawada 2003).



#### 4.2.4. Hemodiyalizin Fizyolojik Prensipleri

Diyaliz; yarı geçirgen (semipermeabl) bir membran aracılığı ile bir A solüsyonunun solüt (çözünmüş madde) içeriğini, bir B solüsyonu ile karşılaştırarak değiştiren bir işlemdir. Her iki solüsyonda bulunan su molekülleri ile düşük molekül ağırlıklı solütler, yarı geçirgen membranın porlar (delikler)'ından geçerek birbirine karışırken, büyük solütler (protein) gibi membrandan geçemedikleri için, membranın iki yanında başlangıçtaki gibi değişmeden aynı konsantrasyonda kalırlar. Solüt geçişi difüzyon, ultrafiltrasyon ve konveksiyon mekanizmaları ile meydana gelmektedir (Çınar Menteş 2000a; Levy et al 2004).

Diffüzyon: Aralarında yarı geçirgen bir membran bulunan farklı yoğunluktaki iki ortamdan, birbirine iyon geçiştir. Bu geçiş anında herhangi bir dış etki söz konusu değildir. İyon geçişi her iki ortamın yoğunluğu aynı oluncaya kadar devam eder (Çınar Menteş 2000a; Akpolat ve Utaş 2001; Levy et al 2004).

Ultrafiltrasyon: Doğal sıvıların ana maddesini oluşturan su molekülleri diyaliz membranından küçük molekül ağırlıklı olmaları nedeniyle kolayca geçmektedirler. Bir membrandan su moleküllerinin geçişi iki nedenle oluşabilmektedir. Bunlardan bir tanesi hidrostatik basınçtır (itme basıncı), ikinci neden ise ozmotik basınç (çekme, emme basıncı) olarak bilinmektedir (Çınar Menteş 2000a; Akpolat ve Utaş 2001; Levy et al 2004).

Konveksiyon: Basınç farklılığı ve solütlerin membran duvarına çarpma sıklığına bağlı solüt geçirgenliğidir. Büyük moleküllerin geçişinde rol oynamaktadır. Membranın suyu geçirme kapasitesi ve membran yapısına (por çapı)'na bağlı olarak artmaktadır (Çınar Menteş 2000a; Akpolat ve Utaş 2001; Levy et al 2004).

#### 4.2.5. Kronik Diyaliz Tedavisine Başlama Zamanı

Kronik böbrek yetersizliği sürecindeki hastalarda bir süre sonra SDBY gelişmektedir ve bu hastalar diyaliz tedavisine ihtiyaç duymaktadırlar (Arır ve Bilge 2002). Kronik diyaliz tedavisine başlamak için kullanılan en objektif parametre

GFR'dır. Pratik olarak kreatinin klirensi 10ml/dk altına inince veya serum kreatinin düzeyi 12mg/dl'yi ve kan üre azotu (BUN) 100mg/dl'yi aşınca kronik diyaliz tedavisine başlanmaktadır (Arık 2001). Kreatinin klirensi 10 ml/dk'nın üzerinde olduğu halde hastalarda, üremiye bağlı nöropati, perikardit, malnütrisyon veya kanama gibi belirti ve bulgular gelişirse de kronik diyaliz tedavisine başlanmaktadır (Akpolat ve Utaş 2007).

Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda diyalize başlama zamanına genellikle hastanın objektif ve subjektif üremik semptomlarına dayanılarak karar verilmektedir (Çınar Mentеш 2000b). Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda diyalize başlama şekilleri iki şekilde olmaktadır. Hastada uzun süredir kronik renal yetersizlik vardır ve bunun farkındadır veya hiç farkında değildir. Aniden hastanın renal fonksiyonunun kapasitesini zorlayan, üre yapım hızını arttırarak, böbreğin üreyi atma gücünü geçmektedir. Daha önce maksimal kapasitesi ile çalışmakta olan böbrek daha fazla üreyi atamayacağı için hastada ani olarak beklenmeyen bir üre artışı ile karşılaşmaktadır. Ani üre artışına neden olan durumların başında protein katabolizmasını arttıran olaylar gelmektedir. Bunlar: İnfeksiyonlar, protein alımının artması, gastrointestinal kanamalar, nefrotoksik ilaçlar (Aminoglikozidler, diüretikler, neoplastik-radyokontrast maddeler vb.), antihipertansif ilaçlar (ACE İnhibitörleri, angiotensin II reseptör blokerleri vb.)'dır (Akoğlu 2000; Akoğlu ve Süleymanlar 2003).

#### **4.2.6. Hemodiyalizin Komplikasyonları**

Günümüzde hemodiyaliz nispeten güvenli bir izlem olmakla beraber birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Bunlar ekstra korporeal dolaşıma bağlı yan etkiler, teknik hatalar ve hastalarda ortaya çıkan anormal reaksiyonlar şeklindedir (Erkoç 2003). Hemodiyaliz uygulamasının akut ve kronik komplikasyonları aşağıda verilmiştir (Erkoç 2003; Çınar Mentеш 2000c; Levy et al 2004).

#### **4.2.6.1. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Akut Komplikasyonlar**

Hemodiyalizde görülen komplikasyonlar; sık görülen fakat az tehlikeli olan komplikasyonlar ve daha az görülen fakat ciddi olan komplikasyonlar olarak iki grupta incelenmektedir.

Hemodiyalizde sık görülen fakat az tehlikeli olan komplikasyonlar: Hipotansiyon, kas krampları, bulantı kusmalar, baş ağrıları, göğüs ve sırt ağrıları, ateş ve titreme, antikoagulasyona bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir (Çınar Mentеш 2000c; Erkoç 2003; Levy et al 2004).

Hemodiyalizde daha az görülen fakat ciddi olan komplikasyonlar: Dengesizlik sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponantı, intrakranial kanamalar, konvülsiyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest (kalp durması) görülebilmektedir (Çınar Mentеш 2000c; Erkoç 2003; Levy et al 2004).

#### **4.2.6.2. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Kronik Komplikasyonlar**

Hemodiyalizin kronik komplikasyonları; anemi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz veya yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişebilmekte, tüm sistem ve organları etkilemektedir. Bunlar:

Hematolojik komplikasyonlar: anemi, kanama diatezi, lökopeni ve enfeksiyona eğilim.

Kardiovasküler sistem komplikasyonları: Hipertansiyon, kalp yetmezliği, perikardit.

Gastrointesinal (GİS) komplikasyonları: Gastroenteritis ve GİS kanaması, konstipasyon, karaciğer hastalıkları, asit.

İskelet sistemi komplikasyonları: Üremik kemik hastalığı (renal osteodistrofi).

Dermatolojik komplikasyonlar: Üremik kaşıntı ve damarlardaki kalsifikasyona bağlı gelişen cilt nekrozları.

Metabolik ve endokrin komplikasyonlar: Hiperlipidemi, endokrin anormallikleri, infertilite ve seksüel fonksiyon bozuklukları.

Nörolojik komplikasyonlar: Alüminyum toksisitesi, üremik periferik nöropati.

İnfeksiyonlar: Hepatitler ve HIV.

Diğer sorunlar: Fistül komplikasyonları, diyaliz amiloidozu ve psikososyal sorunlardır (Çınar Menteş 2000c; Erkoç 2003; Levy et al 2004).

Hemodiyaliz uygulamasının amacı; hastanın sıvı–elektrolit dengesizliğini düzeltmek, üremiye bağlı oluşabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonları önlemek, öz bakımını sağlamak ve dolayısı ile hastanın yaşam kalitesini artırmaktır (Çınar Menteş 2000d).

### **4.3. ÖZ BAKIM KURAMI**

Öz bakım kavramı Dorothea Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayımlanmıştır. Dorothea Orem 1971 yılında bireylerin öz bakım gereksinimlerini vurgulayan hemşirelik kuramını geliştirmiştir. Orem öz bakım kuramını öz bakımı gerçekleştirmede yetersizlik ve hemşirelik sistemleri kuramını birbirleriyle ilişkilendirerek açıklamıştır. Orem'in kuramında yer alan ana fikir; hemşirelik sistemleri içinde kişinin gereksinimlerini önceden tahmin edebilme ve varsayım yaklaşımıyla bütünleşmiş biçimde ele almaktır (Orem 1996; Ünsar ve ark. 2006).

Orem öz bakımı “bireylerin yaşamlarını ve sağlıklı olma durumlarını sürdürmek için başlattıkları ve gerçekleştirdikleri aktiviteler” şeklinde tanımlamıştır (Orem 1991). Orem'in öz bakımla ilgili ilk tanımlamaları yalnızca erişkin bireyleri kapsamakla birlikte, evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumlarındaki öz bakım gereksinimleri ergenlerde de kullanılmaktadır (Velioğlu 1999; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; Şahan 2010).

Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve hastalık ve sakatlığın olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşmaktadır (Bakoğlu ve Yetkin 2000; Akyol ve Karadakovan 2002). Öz bakım, kişiler arası iletişim ve bağlarla öğrenilebilen bir davranıştır. İnsanlar değişik fiziksel, biyolojik ve sosyal çevre

koşulları içinde doğarlar, büyürler ve gelişirler. Bu nedenle öz bakım uygulamaları, içinde bulunulan kültürden ve kültürün içinde yer alan temel öğelerden etkilenir (Kıyak ve Ergüney 2002; Şahan 2010).

Öz bakım bireyin bilerek yaptığı aktivitelerin özel bir parçasıdır. Bu aktivitelerin tam olarak gerçekleştirilebilmesi için fizyolojik, bilişsel ve psikososyal fonksiyonların gelişmiş olması gereklidir. Burada öz bakım gücü ve temel faktörler devreye girmektedir. Öz bakım gücü kişinin öz bakımını gerçekleştirme yeteneğidir. Öz bakım gücü yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sağlık durumu, sosyokültürel faktörler, sağlık bakım sistemleri, aile ortamı, çevresel faktörler ve uygun kaynaklar gibi unsurların yer aldığı temel faktörlerin etkisiyle şekillenmektedir (Şahan 2010).

İnsan fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bireyin öz bakım gücü çocukluktan başlayarak ileri yaşlara kadar gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişim; bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, günlük yaşamdaki olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır. Öz bakım; insan, çevre, kültür ve bireyin sahip olduğu değerlerle yakından ilişkilidir (Narrow 2000; Kara 2001; Fadiloğlu 2002).

Çevre ve insan sürekli etkileşim halindedir ve birlikte bir bütünü ve sistemi oluştururlar. Kültür, insanların fiziksel ve toplumsal çevrelerine uyum sağlayabilmeleri için yarattıkları maddi ve manevi eserlerin tümüdür. Öz bakım, insanın kültürel temeline dayanarak öğrendiği edimsel bir davranıştır. Örneğin, sağlığa karşı kadenci yaklaşımla yetişen birey hastalıkla karşılaştığında, kendi işini etkilemediği sürece tedavi yollarını aramamaktadır (Kara 2001).

Bireyin sahip olduğu değerler, bireyin gelişimi sırasında kültürel etkinliklerle kazanılmaktadır. Bireyin rolü, yaş ve sağlık durumu sahip olduğu değerleri etkilemektedir. Kişinin değerler sistemi onun öz bakımındaki önceliklerini belirlemektedir. Aileye, sağlığa, yaşama, dine, paraya verilen değer bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bazen birey öz bakım değerleri ile diğer değerler arasında seçim yapmak durumunda kalabilmektedir. Örneğin; bir maden işçisinin ailesinin geçimini sağlaması, kendi sağlığından daha önemli olabilmektedir. Bu nedenle birey çalıştığı sağlıksız ortamı önemsemeyen geçimini sağlamaya çalışır (Kara 2000; Balcı 2003).

### **4.3.1. Öz Bakım Gereksinimleri**

Orem'e göre öz bakım gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumundaki gereksinimleri kapsamaktadır (Balcı 2003).

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Öz bakım ego süreci içinde var olan bir davranıştır. Öz bakımın içinde yer alan tüm eylemler bireyin hayatta kalması için gereklidir ve yaşamı sürdürmek evrensel bir hedeftir. Orem bu noktada bazı öz bakım gereksinimlerinin tüm bireyler için yaşamın tüm dönemlerinde ortak olduğunu vurgulamıştır. Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan yeterli hava, su, besin, atıkların uzaklaştırılması, aktivite ve dinlenme, tehlikelerden kaçma, toplumsal etkileşimde bulunma ve normal olma gibi temel gereksinimler, evrensel öz bakım gereksinimlerini oluşturmaktadır (Velioğlu 1999; Balcı 2003; Şahan 2010).

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Orem gelişimsel öz bakım gereksinimleri kapsamında; bireyin yaşamının değişik dönemlerinde karşılaştığı, gelişimi etkileyen koşullarda ortaya çıkabilecek gereksinimlerinden söz etmiştir. Gelişimi olumsuz etkileyebilen olay ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinde bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü evrensel öz bakım gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; evlilik, gebelik, bebek sahibi olma, çocukluk çağı, ergenlik ve erişkin çağ kişinin yaşamının değişik gelişimsel evreleri arasında yer almaktadır. Gelişimsel öz bakım gereksinimlerinden doyum sağlama yaşa uygun gelişim ve gelişimsel yetersizliklerin önlenmesine katkıda bulunur (Velioğlu 1999; Şahan 2010).

Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri: Yaralanma, hastalık ya da rahatsızlığa bağlı ortaya çıkan öz bakım gereksinimleridir. Hastalık ya da yetersizlik durumlarında, bireyin öz bakım davranışının değişikliğe uğramasıyla ortaya çıkan öz bakım gereksinimleri tıbbi yardım, tedavinin uygulanması ve hastalık sürecine uyum sağlama gibi düzenlemeleri gerektirmektedir (Balcı 2003; Şahan 2010).

### **4.3.2. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım**

Orem, modelinde sıklıkla hastalık ya da kaza geçiren bireyin, hastalık etkisi ile baş etme ve sağlıklı yaşamı sürdürme, kendi sağlığı, geleceği, iyileşme durumu ve

hastalığın çevresindekilere etkisi gibi pek çok sorunu vardır. Bireyin bu gereksinimleri nasıl karşılayacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı ise; hemşirelik sisteminde aranmaktadır (Nahçıvan 1993; Orem 1996; Velioğlu 1999; Kara 2001; Balcı 2003).

Orem'e göre hastalık meydana geldiğinde, öz bakım yeterince sürdürülememektedir. Öz bakımı sağlamadaki kayıp, sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak, Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda 3 temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır.

Tümüyle Eksikliği Giderme: Hasta öz bakımını sağlamak için yetersiz olduğundan, hastanın bakımını tamamen hemşire üstlenmektedir. Hasta öz bakımına katılamamaktadır.

Kısmen Eksikliği Giderme: Hemşire, hastanın yapamadığı öz bakım davranışlarında kısmi yardımda bulunarak hastayı desteklemektedir. Burada hastayla birlikte bakım sağlanır.

Destekleyici Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir ancak bu aktiviteleri başarmasında hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır. Hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine, öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (Velioğlu 1999; Balcı 2003).

Hemodiyaliz uygulanan hastaların hastalık süreci ve hastalık semptomlarını kontrol edebilmelerinde öz bakımlarını yapma düzeyleri önemlidir. Öz bakım davranışları içinde uygun diyet alımı, düzenli ilaç kullanımı, sıvı alımını kısıtlama, stresle baş edebilme yer almaktadır. Yapılan çalışmalar, hemodiyaliz hastalarında öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Akyol 2002; Tsay 2003). Öz bakımın anksiyete ve sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda olumsuz etkilendiği (Mollaoğlu 2006), diyaliz yeterliliği ile bir ilişkisi olmadığı (Kalender and Tosun 2013) bildirilmiştir.

Hemodiyaliz hastaları kronik hastalığın getirdiği birtakım zorlukların yanı sıra tedavi planının getirdiği bir takım kısıtlamalar ve yaşam tarzındaki değişikliklerle karşı karşıyadırlar. Bu hastaların kendi bakımlarını karşılamada zorlanacakları, bu nedenle öz bakım gereksinimleri konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri

ve yaşamlarını olabilecek en iyi koşullarda sürdürebilmeleri açısından önem taşımaktadır (Kıyak ve Ergüney 2002).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi için öz bakım gücünün geliştirilmesi önemlidir (Moattari et al. 2012). Bu nedenle hemşirelik bakımı hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarının arttırılması ve öz bakım gücünün geliştirilmesine olanak verecek davranışları üzerine odaklanmalıdır (Ünsar ve ark. 2006). Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastanın yaşam kalitesi, yaşamsal doyumu hastanın öz bakımı ile yakından ilgilidir.

#### **4.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

Yaşam kalitesi, bireyin kendi esenliğine ilişkin subjektif görüşünü ifade eder. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanmaktadır (Çınar Mentеш 2000d; Öksüz ve Malhan 2005).

Sokrates, milattan önce en önemli şeyin yaşamak değil, iyi yaşamak olduğunu savunmuştur. Geçen yüzyılda üzerinde en çok durulan, hekimin hastanın ne hissedebileceğine dair klinik sonuçlara dayanan düşünceleri değil, hastanın kendini nasıl hissettiği konusu olmuştur (Öksüz ve Malhan 2005).

Yaşam kalitesi kavramının ilk kez ikinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıktığı, Medline gibi veri tabanlarına 1970'li yıllarda girebildiği ve değişik tanımlamaları olabildiği bilinmektedir (Canam ve Acorn 1999; Korkut 2007). Kronik hastalıklar insan yaşamını, daha ötesi yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Akyol 1993; Özçürümez ve ark. 2003).



#### 4.4.1. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

Kronik böbrek yetersizliği yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır. Diyaliz ise hastalarının yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir.

Son yıllarda, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçümleri kullanılmakta ve tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri araştırılmaktadır. Kronik böbrek yetersizlikli hastalarda hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi ve renal transplantasyon gibi tedavi seçeneklerinin kararında yaşam kalitesi ölçümlerinin yeri önemlidir (Çınar Menteş 2000d).

Hemodiyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelir. Hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı hale gelir. Haftanın belirli gün ve saatlerinde kurumda olup makineye bağlanma zorunluluğu; hastanın aile, iş ve sosyal yaşantısında aksaklıklara neden olur ve bu aksaklıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Çınar Menteş 2000d; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009).

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini inceleyen çalışmalarda; yaşam kalitesinin diyaliz süresi, diyaliz yeterliliği, serum albümin düzeyi (Kalender and Tosun 2013), anksiyete, depresyon (Özçetin ve ark. 2009; Theofilou 2011; Ugurlu et al. 2012), uyku sorunları (Theofilou 2011), yaş ve cinsiyet ile ilişkili olduğu (Ugurlu et al. 2012) bildirilmiştir.

Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen durumlar şu şekilde özetlenebilir:

**Yaş:** Hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda artan yaşla birlikte yaşam kalitesinde düşme olduğu bildirilmiştir (Ünal ve Bilge 2008; Ugurlu et al. 2012).

**Cinsiyet:** Hemodiyaliz hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmesine rağmen, bazı araştırmalarda erkeklerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (Mingardi et al. 1999; Ugurlu et al. 2012). Ünal ve Bilge (2008) erkek ve kadın hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri arasında fark olmadığını saptamışlardır.

**Anemi:** Yapılan çalışmalarda hematokritteki artışa bağlı olarak hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin düzeldiği bildirilmiştir (Kalender and Tosun 2013; Chan et al. 2014).

**Albumin:** Yapılan çalışmaların çoğunda, serum albumin düzeyi yüksek olan hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitelerinin de iyi olduğu bildirilmiştir (Oygar 2003; Kalender and Tosun 2013).

**Sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi:** Yapılan çalışmalarda yüksek sosyoekonomik ve eğitim düzeyine sahip olan hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin daha iyi olduğu gözlenmiştir (Mingardi et al. 1999). Çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanda yaşam kalitesi puanları eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Ünal ve Bilge 2008)

**Çalışma durumu:** Aktif olarak çalışmakta olan hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (Güney 2006).

**Fiziksel egzersiz:** Hemodiyaliz hastalarında düzenli egzersiz yapanlarda yaşam kalitesinin düzeldiğini bildirilmiştir (Mingardi et al. 1999).

**Depresyon:** Hemodiyaliz hastalarında depresyonun yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmaların (Chan et al. 2014) yanısıra olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Özçetin 2009; Theofilou 2011; Ugurlu et al. 2012).

**Eretil disfonksiyon:** Erkek hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanabilmesi için önce her hasta kendi koşulları içinde tek tek değerlendirilmeli, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunları belirlenerek uygun tedavi ve bakımları sağlanmalı ve desteklenmelidir. Ayrıca, hastanın yaşamını etkileyen risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Üremik hastanın optimal yaşam kalitesinin sağlanması için uygun tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra hemodiyaliz tedavisine uyumunun da sağlanması gerekmektedir (Çınar Menteş 2000d; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009).

Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması için yapılması gerekenler 4 başlık altında ifade edilebilir (Çınar Menteş 2000d).

- Yeterli diyaliz tedavisi
- Uygun ilaç tedavisi
- Hasta eğitimi
- Psikososyal destek

**Yeterli Diyaliz Tedavisi:** Kronik böbrek yetersizlikli hastada üreminin kontrol altına alınması ve üremik komplikasyonların önlenmesi çok önemlidir. Bunun için yapılması gerekenler (Çınar Mentesh 2000d):

1. Hastaya uygun diyalizer ve diyalizat kullanılmalı ve uygun diyaliz programı hazırlanmalıdır.
2. Hemodiyaliz tedavisi bir protokole bağlanmalıdır.
3. Diyaliz yeterliliğinin kontrolü için uygun yöntem kullanılmalıdır.

**Uygun İlaç Tedavisi:** Hemodiyalizde en sık kullanılan ilaç tedavileri şunlardır:

Aneminin tedavisi: Eritropoetin, demir, folikasit, pridoksin ve B12 vit önerilir.

Renal osteodistrofinin önlenmesi: Fosfor bağlayıcı ajanlar (alüminyum hidroksit, kalsiyum karbonat, kalsiyum asetat), hiperparatroidinin önlenmesi için kalsitriol (D vit) 0,5-1 mg/gün verilir. Alüminyum yüksekliği varsa desferoksamin 2-4 mg/kg uygulanır (Çınar Mentesh 2000d)

Hipertansiyonun kontrol altına alınması: Su ve tuz kısıtlaması başta olmak üzere antihipertansifleri düzenli olarak kullanması sağlanmalıdır. Enfeksiyon ve enflamasyonun engellenmesi için gerekli tüm önlemler alınmalıdır. Bunun için; damar giriş yolunun bakımı, diyaliz makinesinin dezenfeksiyonu ve diyalizatın uygun şekilde hazırlanması sağlanmalıdır (Çınar Mentesh 2000d).

**Hasta Eğitimi:** Bilgi verme, diyete uyum ve kilo kontrolü, fistül bakımı ve yaşam aktivitelerinin planlanmasını içerir (Çınar Mentesh 2000d).

Bilgi verme: Hasta ve ailesine hastalık ve tedavi planı ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Buna ilaveten, hemşirelerin bilgi ve becerileri hasta eğitimini etkilemektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2011).

Diyete uyum ve kilo kontrolü: Hastaya diyet ve kilo kontrolünün önemi anlatılmalıdır. Uymadığı zaman ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmelidir (Çınar Menteş 2000d).

Fistül bakımı: Hemodiyaliz tedavisinde başarının yeterli dolaşımı sağlayan damar girişimine bağlı olduğu hastaya anlatılmalıdır (Çınar Menteş 2000d).

Yaşam aktivitelerinin planlanması: Hemodiyaliz hastalarında yetersiz beslenme ve anemiye bağlı olarak aktiviteye intöörans gelişir. Bu nedenle; hastanın çalışma ve dinlenme süreleri iyi planlanmalıdır (Çınar Menteş 2000d).

**Psikososyal Destek:** Hemodiyaliz bozulan metabolik durumu tedavi ederken, diğer taraftan bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar. Hemodiyaliz hastalarında sık görülen psikolojik sorunlar; anksiyete, depresyon, beden imajında değişiklik, intihar girişimleri, fonksiyonel psikozlar ve organik mental hastalıklardır (Çınar Menteş 2000d; Theofilou 2011; Ramirez et al. 2012).

Hemodiyaliz ekibi sorunlarla başa çıkabilmek için hastayı biyopsikososyal bütünlüğü içinde kavrayıp, ilgi ve ihtiyaçlarını belirleyerek, saygılı, empatik, gözlemci ve eğitici bir tutum izlemelidir (Çınar Menteş 2000d).

Sonuç olarak; hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesini arttırmada temel ilke yeterli tıbbi bakımın yanı sıra hastada;

- Güven duygusunu artırma
- Bağımsızlığı sağlama
- Bilgilendirme ve açık iletişim kurma
- Yanlış duygu ve tutumları düzeltme
- Duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendirme
- Hastalığı ve yaşamı üzerinde denetimini artırma
- Aile ve sosyal alanlardaki iletişimi güçlendirmek gerekmektedir.

İyi bir ekip çalışması ve yeterli diyaliz ile optimal yaşam kalitesi sağlanabilir (Çınar Menteş 2000d).

#### 4.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu (Ünsar ve ark. 2006; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; Moattari et al. 2012; Kallender and Tosun 2013), ya da düşük olduğu (Mollaoglu 2006), bazı araştırmalarda ise ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (Akyol ve Karadakovan 2002). Bu araştırma; hemodiyaliz hastasının öz bakımının değerlendirilmesi, yetersizliklerinin belirlenmesi ve desteklenmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığının araŐtırılması, hemodiyaliz hemŐirelerinin sorumluluğu kapsamında olduğunun vurgulanması açısından önem taşımaktadır.



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Kronik hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, 30 Mart-30 Haziran 2014 tarihleri arasında, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Manisa Anemon Diyaliz Merkezi ve Soma Özel Diyaliz Merkezi'nde yapıldı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini; Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'ndeki 45, Manisa Anemon Özel Diyaliz Merkezi'ndeki 75, Özel Soma Diyaliz Merkezi'ndeki 70 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise; araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'ndeki 32, Manisa Anemon Özel Diyaliz Merkezi'ndeki 67, Özel Soma Diyaliz Merkezi'ndeki 63, toplam 162 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri; en az üç aydır diyaliz tedavisinde olma, 18 yaş ve üzeri olma, iletişim problemi olmama, psikiyatrik ve/veya kanser tanısı bulunmama ve çalışmaya katılmayı kabul etmedir. Alınmama kriterleri araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve soruları yanıtlamaktan sıkılmaktır.

#### **5.4. Araştırma Soruları**

1. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi nasıldır?
2. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü yeterli midir?
3. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile öz bakım gücü arasında ilişki var mıdır?
4. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücü sosyodemografik özelliklerden etkilenir mi?

#### **5.5. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız Değişkenleri**

Bağımsız Değişkenler: Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü puanları, sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin veriler.

Bağımlı Değişkenler: Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi puanları.

#### **5.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, Hasta Tanılama Formu, Diyaliz Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Endeksi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak elde edildi.

**5.6.1. Hasta Tanılama Formu (Ek 1):** Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ve hemodiyaliz süreleri, primer böbrek hastalığı, başka hastalık varlığı, interdiyalitik kilo alımı, diyaliz yeterliliği, diyalitik madde klirensi (Kt/V), hemoglobin, üre, kreatinin, kalsiyum, fosfor, potasyum, albumin ve intact PTH gibi hastalık ile ilgili verileri içermektedir.

**5.6.2. Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III Versiyonu (Ek 2):** Ferrans ve Powers tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2007 yılında Korkut tarafından yapılmıştır. Ölçek, memnuniyet ve önemi ifade eden iki farklı bölüm ve her bölüm 34 maddeden oluşmaktadır. Toplam 68 maddeli ve altı dereceli likert-tipi maddelerle, doyum kısmında “çok memnunum”dan “hiç memnun değilim”e; ve önem kısmında ise “çok önemli”den

“çok önemsiz”e doğru yanıt verilir. Ayrıca her bölümde 4 alt boyut mevcuttur: sağlık ve işlev, sosyo-ekonomik, psikolojik-inançlar ve aile boyutudur.

Toplam yaşam kalitesi puanı ve alt ölçek puanları doyum puanlarını önem puanlarına uyarlayarak elde edilir. Özel bir formül kullanılarak doyum ve önem puanları birleşir ve “çevrilmiş toplam puan” elde edilir. Bu işlemde doyum kısmındaki her maddenin ham puanından 3,5 çıkartılmakta ve önem kısmındaki karşılığı olan madde ile çarpılmaktadır. Bu şekilde çevrilen puanların toplamı alınmakta ve kayıp veri yanlılığını önlemek için, elde edilen toplam o birey tarafından cevaplanan madde sayısına bölünmektedir. Son olarak eksi puanları elemek için her puana 15 eklenmektedir. Böylece, uyarlanan puan yalnızca doyum değil, bireyin her bir alanı ne kadar önemseydiğini de ortaya koymaktadır. Negatif madde yoktur ve test yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,90’dır (Korkut 2007).

Bu çalışmada, Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz versiyonunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulundu.

Yaşam kalitesi diyaliz sürecinden doğrudan etkilendiği için diyaliz hastalarının rutin psikolojik değerlendirmelerinin önemli bir parçasıdır. Ayrıca yaşam kalitesinin hastaların hayatta kalma oranları ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinin yerine veya yanı sıra Yaşam Kalitesi Endeksi, diyaliz hastaları ile çalışanların klinik uygulamada kullanabilecekleri özelleşmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Özellikle diyaliz merkezlerinde yapılan psikolojik değerlendirme süreci kapsamında çok yararlı olacağı düşünülmektedir (Korkut 2007).

**5.6.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği:** Öz Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde 1993 yılında Nahçıvan tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır (Nahçıvan 1993).

Bireylerin öz bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanan ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0’dan 4’ e kadar puanlanmış olup, beşli likert tip ölçek üzerinde olguların yanıtına göre “0” (beni hiç tanımlamıyor), “1” (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte 8 ifade



(3, 6, 9, 13,19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür, maksimum puan 140'tır. En yüksek, öz bakım gücünün en büyük derecesini gösterir. Puan değeri arttıkça hastaların öz bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89'dur (Nahçıvan 1993; İlhan 2011; Ünsar 2006).

Bu çalışmada; Öz Bakım Gücü ölçeği'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,87 olarak bulundu.

### **5.7. Veri Toplama Yöntemi**

Hemodiyaliz hastalarına araştırmanın amacı yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalardan yazılı izinler alınarak yüzyüze görüşülüp soru cevap yöntemiyle araştırma verileri toplandı.

### **5.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri Ortalama±Standart sapma ve yüzde ile gösterildi. Niceliksel verilerin normal dağılım testlerinden Kolmogorov-Simirnov testi uygulanarak çalışma parametrelerinin normal dağılım gösterip gösterilmediğine bakıldı. Normal dağılıma uyan niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmaları t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında One way ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Sonuçlar, %95'lik güven aralığında,  $p < 0,05$  düzeyi anlamlı kabul edilerek değerlendirildi.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Herhangi bir psikiyatrik tanısı olanlar, kanser tedavisi görenler ve üç aydan daha kısa süredir hemodiyaliz tedavisi alan hastalar çalışmamıza dahil edilmedi. Ayrıca Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa'da bulunan iki özel diyaliz merkezi kurum iznini onaylamadıkları için çalışmamıza dahil edilemedi.

### **5.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Ek 5) ve kurumdan araştırma için izin alındı (Ek 6). Çalışmaya dahil edilecek hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve katılmayı kabul edenlerden Hasta Onam Formunu (EK 4) imzalamaları istendi.

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara, çalışmanın amacı hem sözlü hem de bilgilendirme formu ile açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara kendilerinden alınan bilgilerin isimleri kullanılmamak şartıyla yalnızca bu çalışma için kullanılacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı belirtildi.

## 6. BULGULAR

Araştırma bulguları 4 başlık altında verildi.

### 6.1. Sosyodemografik Özelliklere ve Hastalığa İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan 162 kronik hemodiyaliz hastasının sosyodemografik Tablo 6.1.1 ve hastalığa ilişkin özellikleri ve laboratuvar verileri Tablo 6.1.2’de gösterildi.

**Tablo 6.1.1. Sosyodemografik Özellikler (n=162)**

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	70	43,2
Erkek	92	56,8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	129	79,6
Bekar	33	20,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	13	8
Okur yazar	21	13
İlkokul	109	67,3
Ortaokul	10	6,2
Lise ve Üniversite	9	5,6
<b>Mesleğiniz</b>		
Memur	3	1,9
İşçi	5	3,1
Emekli	74	45,7
Ev hanımı	57	35,2
İşsiz	10	6,2
Diğer	13	8,0
<b>Değişken</b>	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>En düşük-En yüksek</b>
<b>Yaş (Yıl)</b>	58,08±12,93	24 - 84

Bu çalışmaya alınan kronik hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması  $58,08 \pm 12,93$  (24-84) yıl olup, %56,8'i erkek, %79,6'sı evli, %67,3'ü ilkokul mezunu ve %45,7'si emeklidir (Tablo 6.1.1).

**Tablo 6.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler ve Laboratuvar Verileri (n=162)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Ort. <math>\pm</math> SS.</b>	<b>En düşük-En yüksek</b>	
<b>Diyaliz yılı</b>	4,86 $\pm$ 4,62	1	27
<b>IDKA (gram)</b>	2545,06 $\pm$ 918,61	1000	5000
<b>Hemoglobin (gr/dl)</b>	11,58 $\pm$ 2,68	7,2	38,3
<b>Üre (mg/dl)</b>	104,70 $\pm$ 34,78	18	194
<b>Kreatinin (mg/dl)</b>	7,27 $\pm$ 2,19	1,6	13,8
<b>Kalsiyum (mmol/L)</b>	9,34 $\pm$ 7,43	7,4	12,0
<b>Fosfor (mEq/L)</b>	4,65 $\pm$ 1,14	1,5	9,7
<b>Potasyum (mEq/L)</b>	4,88 $\pm$ 0,87	2,2	6,9
<b>Albumin (mg/dl)</b>	3,88 $\pm$ 0,41	2,6	4,8

## **6.2. Özbakım Gücü ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulgular**

Hemodiyaliz hastalarının toplam öz bakım gücü ortalama puanı ise  $102,78 \pm 18,81$  bulundu.

**Tablo 6.2.1. Cinsiyete göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

Cinsiyet	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort. ± SS.	t ve p	
<b>Kadın (n=70)</b>	102,38 ±18,39	0,234	0,815
<b>Erkek (n=92)</b>	103,09 ±19,22		

Kadın ve erkekler arasında öz bakım gücü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.1).

**Tablo 6.2.2. Medeni Duruma göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

Medeni Durum	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort. ± SS.	t ve p	
<b>Evli (n=129)</b>	104,65 ±17,98	2,540	0,012*
<b>Bekar (n=33)</b>	95,48 ±20,46		

\* $p<0,05$

Evli ve bekarlar arasında öz bakım gücü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.2). Buna göre; evlilerin toplam öz bakım gücü puanları bekarlara göre daha yüksektir.

**Tablo 6.2.3. Eğitim Durumuna Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

Eğitim Durumu	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort ± SS	F	ve p
Okuryazar değil (n=13)	83,61 ±12,62	5,035	0,001**
Okuryazar (n=21)	99,00 ±19,01		
İlkokul (n=109)	104,59 ±18,38		
Ortaokul (n=10)	112,20 ±18,34		
Lise ve üniversite (n=9)	107,00 ±15,19		

\*\*p<0,01

Eğitim durumları arasında öz bakım gücü puanları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.3). Okuryazar olmayanların öz bakım gücü puanları diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşüktür.

**Tablo 6.2.4. Meslek Gruplarına Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

Meslek Grupları	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort ± SS	F	ve p
Memur (n=3)	119,00 ±5,29	1,753	0,126
İşçi (n=5)	115,40 ±11,46		
Emekli (n=74)	102,77 ±19,04		
Ev hanımı (n=57)	102,46 ±17,41		
İşsiz (n=10)	91,00 ±22,10		
Diğer (n=13)	104,77 ±18,81		

Meslek gruplarına göre öz bakım gücü puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.4).

**Tablo 6.2.5. Kronik Böbrek Yetersizliği Nedenlerine Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

KBY Nedeni	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort $\pm$ SS	F	ve p
DM (n=47)	103,72 $\pm$ 19,78	0,672	0,673
HT (n=59)	101,71 $\pm$ 20,06		
Glomerulonefrit (n=6)	110,83 $\pm$ 11,37		
Pyelonefrit (n=6)	106,17 $\pm$ 6,99		
Polikistik Böbrek(n=10)	108,60 $\pm$ 11,29		
Amiloidoz/FMF (n=5)	93,80 $\pm$ 15,53		
Diğer (n=29)	100,62 $\pm$ 19,97		

Kronik böbrek yetersizliği nedenlerine göre öz bakım gücü puanları farklı bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.5).

**Tablo 6.2.6. Başka Kronik Hastalık Durumuna Göre Toplam Öz bakım Gücü Puanları (n=162)**

Başka Kronik Hastalık	Toplam Öz bakım Gücü	Anlamlılık	
	Ort ± SS	F	ve p
<b>DM (n=43)</b>	103,35 ±20,27	0,038	0,997
<b>HT (n=34)</b>	102,76 ±18,40		
<b>Kalp (n=12)</b>	102,92 ±16,96		
<b>Diğer (n=18)</b>	101,28 ±21,65		
<b>Yok (n=55)</b>	102,82 ±17,93		

Başka kronik hastalık varlığına göre öz bakım gücü puanları farklı bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.6).



**Tablo 6.2.7. Toplam Öz bakım Gücü İle Yaş, Diyaliz Yılı, İnterdiyalitik kilo alımı (IDKA) ve Laboratuar Verileri Arasındaki Korelasyon (n=162)**

Not: \*p&lt;0,1, \*\*p&lt;0,01, \*\*\*p&lt;0,001.

Toplam Öz Bakım Gücü Puanları	Toplam Özbakım gücü r ve p	Yaş r ve p	Diyaliz yılı r ve p	IDKA r ve p	Hemoglobin r ve p	Üre r ve p	Kreatinin r ve p	Kalsiyum r ve p	Fosfor r ve p	Potasyum r ve p	Albumin r ve p	Kt/V r ve p
Toplam Öz Bakım Gücü	-											
Yaş	-0,367 0,000***	-										
Diyaliz yılı	0,035 0,660	-0,046 0,563	-									
IDKA	-0,034 0,667	-0,260 0,001**	0,250 0,001**	-								
Hemoglobin	0,147 0,061	-0,104 0,189	0,186 0,018*	0,053 0,504	-							
Üre	0,105 0,184	0,062 0,435	0,019 0,807	0,029 0,717	0,062 0,436	-						
Kreatinin	0,222 0,005**	-0,273 0,000***	0,291 0,000***	0,159 0,044*	0,133 0,092	0,279 0,000***	-					
Kalsiyum	0,050 0,529	0,061 0,444	0,040 0,612	-0,067 0,398	-0,107 0,177	-0,034 0,665	0,082 0,301	-				
Fosfor	0,019 0,809	-0,123 0,118	0,143 0,069	0,173 0,028*	0,006 0,945	0,268 0,001**	0,373 0,000***	0,076 0,335	-			
Potasyum	0,110 0,162	-0,125 0,114	0,286 0,000***	0,288 0,000***	0,045 0,566	0,293 0,000***	0,320 0,000***	0,011 0,892	0,092 0,245	-		
Albumin	0,168 0,033*	-0,114 0,149	0,004 0,960	-0,046 0,559	0,240 0,002**	0,278 0,000***	0,014 0,859	-0,031 0,699	0,068 0,391	0,093 0,240	-	
Kt/V	0,020 0,796	-0,062 0,433	0,172 0,648	-0,489 0,000***	0,168 0,032*	-0,030 0,709	-0,196 0,012*	0,095 0,231	-0,186 0,018*	-0,111 0,160	0,077 0,328	-

Toplam öz bakım puanları ile diyaliz yılı, interdiyalitik kilo (IDKA), hemoglobin, üre, kalsiyum, fosfor ve potasyum düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş ile negatif yönde, kreatinin ve albumin düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,001$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7). Buna göre; öz bakım gücü arttıkça kan kreatini ve albumin düzeyi artmakta, yaş arttıkça öz bakım gücü azalmaktadır.

Yaş ile diyaliz yılı, hemoglobin, üre, kalsiyum, fosfor, potasyum, albümin arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), IDKA ve kreatinin arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,01$  ve  $p<0,001$ ), (Tablo 6.2.7). Buna göre; yaş arttıkça IDKA ve kan kreatini azalmaktadır.

Diyaliz yılı ile üre, kalsiyum, fosfor, albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), IDKA, hemoglobin, kreatinin, potasyum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7).

İnterdiyalitik kilo alımı ile hemoglobin, üre, kalsiyum ve albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), kreatinin, fosfor ve potasyum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7).

Hemoglobin düzeyi ile üre, kreatinin, kalsiyum, fosfor ve potasyum düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), albumin düzeyi ile pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7).

Üre ile kalsiyum arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), kreatinin, fosfor, potasyum ve albumin düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7).

Kreatinin düzeyi ile kalsiyum ve albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), fosfor ve potasyum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7). Kalsiyum düzeyi ile fosfor, potasyum ve albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.7). Fosfor düzeyi ile potasyum ve albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.7). Potasyum ile albumin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.7).

Diyaliz yeterliği (Kt/V) ile toplam öz bakım gücü puanı, yaş, üre, potasyum ve albümin düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), IDKA, hemoglobin, kreatinin ve fosfor düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,001$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.2.7).



### 6.3. Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla İlgili Parametreler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Yaşam Kalitesi ve alt boyut puanları Tablo 6.3.1’de gösterildi.

**Tablo 6.3.1. Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanları (n=162)**

	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>En düşük-En yüksek</b>	
<b>Sağlık ve İşlev</b>	20,68 ±5,94	4,5	30
<b>Aile</b>	24,49± 4,04	13,8	30
<b>Sosyo –Ekonomik</b>	21,81±5,17	13	58,7
<b>Psikolojik ve İnançlar</b>	23,56± 5,10	6,7	30
<b>Toplam Yaşam Kalitesi</b>	90,52 ±16,92	53,3	146,7

**Tablo 6.3.2. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları Farkı (n=162)**

<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Kadın n=70</b>		<b>Erkek n=92</b>		<b>Anlamlılık</b>	
	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>Ort. ± SS.</b>	<b>t</b>	<b>ve p</b>
<b>Sağlık ve İşlev</b>	21,44	5,98	20,09	5,86	1,433	0,154
<b>Aile</b>	24,11	4,23	24,76	3,88	-0,01	0,314
<b>Sosyo Ekonomik</b>	22,09	6,06	21,58	4,39	0,62	0,536
<b>Psikolojik ve İnançlar</b>	24,20	4,75	23,05	5,30	1,42	0,156
<b>Toplam Yaşam Kalitesi</b>	91,86	17,18	89,50	16,73	0,877	0,382

Kadın ve erkekler arasında yaşam kalitesi toplam puanları ve dört alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.3.2).

**Tablo 6.3.3. Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanı (n=162)**

Yaşam kalitesi	Evli n=129		Bekar n=33		Anlamlılık	
	Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		t	ve p
Sağlık ve İşlev	20,71	6,002	20,53	5,76	0,155	0,877
Aile	25,27	3,69	21,37	3,88	5,36	0,000***
Sosyo Ekonomik	22,24	5,27	20,11	4,43	2,12	0,035*
Psikolojik ve İnançlar	23,91	5,09	22,13	4,91	1,80	0,073
Toplam Yaşam Kalitesi	92,15	16,61	84,16	16,81	2,45	0,015*

Not: \*p<0,05, \*\*\*p<0,001

Evli ve bekarlar arasında sağlık ve işlev, psikolojik ve inançlar alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), aile, sosyo ekonomik ve toplam yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.3.3). Evlilerin aile, sosyo-ekonomik ve toplam yaşam kalitesi puanları bekarlara göre daha yüksektir.

Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ve alt boyut puanları farkı Tablo 6.3.4'de gösterildi. Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ve alt boyutları farklı bulundu ( $p<0,01$ ,  $p<0,01$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,01$  ve  $p<0,01$ ), (Tablo 6.3.4). Okuryazar olmayanların sağlık ve işlev, aile, sosyo-ekonomik, psikolojik ve inançlar, toplam yaşam kalitesi puanları diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşüktür.

Kronik böbrek yetersizliği dışında başka kronik hastalığa sahip durumuna göre yaşam kalitesi ve alt boyut puanları farkı Tablo 6.3.5'de gösterildi. Kronik böbrek yetersizliği dışında başka kronik hastalığa sahip durumuna göre yaşam kalitesi ve alt boyut puanları farklı bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.3.5).

Primer böbrek hastalığına göre yaşam kalitesi ve alt boyut puanları farkı Tablo 6.3.6'da gösterildi. Primer böbrek hastalığına göre yaşam kalitesi ve alt boyut puanları farklı bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.3.6).

**Tablo 6.3.4. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puanı (n=162)**

Yaşam kalitesi	Okuryazar değil n=13		Okuryazar n=21		İlkokul n=109		Ortaokul n=10		Lise ve üniversite n=9		Anlamlılık	
	Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		F ve p	
<b>Sağlık ve İşlev</b>	16,06	5,54	22,28	5,61	20,86	5,67	23,53	5,25	18,22	7,73	3,547	0,008**
<b>Aile</b>	20,60	2,71	24,39	4,48	24,88	3,80	25,98	3,34	23,70	5,41	3,978	0,004**
<b>Sosyo ekonomik</b>	17,85	3,28	20,48	3,95	22,34	5,52	23,86	4,70	21,79	2,77	3,081	0,018*
<b>Psikolojik ve İnançlar</b>	18,75	3,81	24,87	4,37	23,78	4,96	24,96	5,90	23,02	6,01	3,742	0,006**
<b>Toplam Yaşam Kalitesi</b>	73,28	12,70	92,04	15,14	91,88	16,56	98,35	17,10	86,74	17,47	4,624	0,001**

Not: \*p<0.05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

**Tablo 6.3.5. Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları (n=162)**

	DM n=43		HT n=34		Kalp n=12		Diğer n=18		Yok n=55		Anlamlılık	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F ve p	F ve p	
<b>Sağlık ve İşlev</b>	20,78	5,86	19,35	6,17	21,36	3,58	19,48	6,92	21,65	5,88	1,026	0,395
<b>Aile</b>	24,14	4,19	24,29	4,53	23,75	3,26	25,33	1,84	24,73	4,31	0,439	0,780
<b>Sosyo-Ekonomik</b>	21,20	3,94	21,23	4,82	22,00	3,15	20,97	4,66	22,86	6,53	0,946	0,439
<b>Psikolojik ve İnançlar</b>	23,43	4,79	23,04	5,28	23,15	4,02	22,97	5,50	24,23	5,36	0,410	0,801
<b>Toplam Yaşam Kalitesi</b>	89,57	15,67	87,92	17,94	90,28	10,64	88,77	16,85	93,50	18,37	0,705	0,590

**Tablo 6.3.6. Primer Böbrek Hastalığına Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları (n=162)**

	DM n=47		HT n=59		Glomerulonefrit n=6		Pyelonefrit n=6		Polikistik Böbrek n=10		Amiloidoz/ FMF n=5		Diğer n=29		Anlamlılık	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F	p		
<b>Sağlık ve İşlev</b>	21,25	5,43	20,20	6,64	22,64	8,19	20,87	6,02	20,69	5,36	15,50	3,67	21,15	5,12	0,909	0,490
<b>Aile</b>	24,25	4,35	24,54	3,87	26,30	2,45	22,97	5,67	26,61	2,50	24,21	2,42	23,97	4,32	0,912	0,488
<b>Sosyo-Ekonomik</b>	21,30	3,99	22,46	6,71	23,15	5,98	21,11	3,19	21,89	3,55	20,20	3,35	21,38	4,22	0,421	0,864
<b>Psikolojik ve İnançlar</b>	23,79	4,41	23,54	5,37	25,45	5,77	20,12	6,24	24,78	3,71	17,68	6,84	24,08	4,79	1,927	0,080
<b>Toplam Yaşam Kalitesi</b>	90,61	15,33	90,76	19,28	97,56	21,00	85,08	17,55	93,98	12,88	77,61	4,60	90,59	15,73	0,829	0,549



**Tablo 6.3.7. Yaşam Kalitesi İle Yaş, Diyaliz Yılı, İnterdiyalitik kilo alımı (IDKA) ve Laboratuar Verileri Arasındaki Korelasyon (n=162)**

Yaşam Kalitesi Endeksi	Sağlık ve İşlev	Aile	Sosyo Ekonomik	Psikoloji-İnançlar	T. Yaşam Kalitesi	Yaş	Diyaliz Yılı	IDKA	Hg	Üre	Kreatinin	Albümin	KT/V
r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Sağlık ve İşlev	-												
Aile	0,499 0,000***	-											
Sosyo Ekonomik	0,667 0,000***	0,481 0,000***	-										
Psikolojik ve İnançlar	0,734 0,000***	0,454 0,000***	0,640 0,000***	-									
T.Yaşam Kalitesi	0,895 0,000***	0,698 0,000***	0,848 0,000***	0,893 0,000***	-								
Yaş	-0,188 0,016*	-0,299 0,000***	-0,147 0,063	-0,117 0,139	-0,217 0,005**	-							
Diyaliz Yılı	0,154 0,051	0,101 0,199	0,154 0,050	0,092 0,246	0,153 0,052	-0,35 0,656	-						
IDKA	0,048 0,541	0,081 0,304	0,041 0,608	-0,087 0,270	0,023 0,776	-0,244 0,002**	0,182 0,121	-					
Hemoglobin	0,088 0,266	0,011 0,892	0,040 0,615	0,087 0,268	0,072 0,363	-0,138 0,081	0,119 0,131	-0,049 0,538	-				
Üre	0,040 0,610	0,065 0,409	-0,018 0,824	-0,062 0,436	0,006 0,941	0,064 0,419	0,036 0,650	0,044 0,579	0,072 0,361	-			
Kreatinin	0,213 0,007**	0,138 0,080	0,160 0,042*	0,160 0,042*	0,197 0,012*	-0,275 0,000***	0,250 0,001**	0,142 0,072	0,41 0,604	0,290 0,000***	-		
Albumin	0,103 0,194	0,027 0,730	0,114 0,149	0,089 0,259	0,104 0,187	-0,118 0,134	0,033 0,679	-0,051 0,523	0,264 0,001**	0,291 0,000***	0,005 ,0946	-	
Yeterlilik (KT/V)	0,039 0,621	-0,057 0,468	-0,057 0,597	0,065 0,409	0,007 0,931	-0,062 0,433	-0,036 0,647	-0,085 0,281	-0,168 0,032*	-0,030 0,709	-0,196 0,012*	0,077 0,328	-

Not: \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

Yaşam kalitesinin dört alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 6.3.7).

Yaşam kalitesi alt boyutlarından sağlık ve işlev alt boyutu ile toplam diyaliz yılı, IDKA, hemoglobin, üre, albümin ve diyaliz yeterliliği (Kt/V) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş arasında negatif, serum kreatinin arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$  ve  $p<0,01$ ), (Tablo 6.3.7). Yaş arttıkça sağlık ve işlev puanları azalmakta, kreatinin düzeyleri arttıkça sağlık ve işlev puanları artmaktadır.

Yaşam kalitesi alt boyutlarından aile alt boyutu ile toplam diyaliz yılı, IDKA, hemoglobin, üre, kreatinin, albümin, diyaliz yeterliliği (KT/V) arasında anlamlı ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş ile negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,001$ ), (Tablo 6.3.7). Yaş arttıkça aile alt boyutu puanları azalmaktadır.

Yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyo-ekonomik alt boyutu ile yaş, diyaliz süresi, IDKA, hemoglobin, üre, albümin, diyaliz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), kreatinin düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.3.7). Sosyo-ekonomik alt boyutu puanları arttıkça serum kreatinin düzeyide artmaktadır.

Yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik ve inançlar alt boyutu ile yaş, diyaliz yılı, IDKA, hemoglobin, üre, albümin, diyaliz yeterliliği arasında anlamlı ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), serum kreatinin düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.3.7). Psikolojik ve inançlar alt boyutu puanları arttıkça serum kreatinin düzeyi de artmaktadır.

Toplam yaşam kalitesi puanları ile diyaliz yılı, IDKA, hemoglobin, üre, albümin, diyaliz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş arasında negatif yönde, serum kreatinin düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,01$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.3.7). Yaş arttıkça toplam yaşam kalitesi puanları azalmakta, serum kreatinin düzeyi arttıkça toplam yaşam kalitesi puanlarında artmaktadır.

#### 6.4. Toplam Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne İlişkin Bulgular

Yaşam kalitesi ve öz bakım arasındaki korelasyonlar Tablo 6.4.1’de gösterildi.

**Tablo 6.4.1. Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Arasındaki Korelasyonlar (n=162)**

Değişkenler	Sağlık ve İşlev r ve p	Aile r ve p	Sosyo-Ekonomik r ve p	Psikolojik ve İnançlar r ve p	Toplam Yaşam Kalitesi r ve p	Toplam Özbakım Gücü r ve p
Sağlık ve İşlev	-					
Aile	0,499 0,000***	-				
Sosyo-Ekonomik	0,667 0,000***	0,481 0,000***	-			
Psikolojik ve İnançlar	0,734 0,000***	0,454 0,000***	0,640 0,000***	-		
Toplam Yaşam Kalitesi	0,895 0,000***	0,698 0,000***	0,848 0,000***	0,863 0,000***	-	
Toplam Öz bakım Gücü	0,557 0,000***	0,587 0,000***	0,550 0,000***	0,547 0,000***	0,669 0,000***	-

Not: \*\*\*p<0.001.

Toplam yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarından sağlık ve işlev, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum-inançlar ve aile ortalama puanları ile toplam öz bakım gücü ortalama puanları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu (p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001), (Tablo 6.4.1). Buna göre; öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi ve alt boyutları da artmaktadır.

## **7. TARTIŞMA**

### **7.1. Sosyodemografik Özelliklere ve Hastalığa İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmaya 162 kronik hemodiyaliz hastası alındı. Hastaların yaş ortalaması  $58,08 \pm 12,93$  (24–84) yıl olup, %56,8'i erkektir. Ugurlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde, çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması  $56,00 \pm 11,90$  yıl olup, %65,1'inin erkek olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da; hemodiyaliz hastalarının yaş ortalamasının 50–60 aralığında ve çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmiştir (Mollaoglu 2006; Özçetin ve ark. 2009; Kral 2010; Theofilou 2011). Buna göre; hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunu orta yaş ve erkekler oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun aynı zamanda diğer kronik hastalıklar için de risk altında olduğu unutulmaması gereken bir durumdur.

### **7.2. Öz Bakım Gücü ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi için hastaneye gitmeleri, makinaya bağımlı bir yaşam sürdürmek zorunda olmaları ve anemi nedeniyle öz bakım güçleri etkilenebilmektedir (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; Ugurlu ve ark. 2012). Yaptığımız çalışmada, hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlendi. Benzer şekilde, bazı araştırmacılar hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu bildirirken (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; Kalender and Tosun 2013; Ünsar ve ark. 2006; Moattari et al. 2012), bazı araştırmacılar düşük olduğunu (Mollaoglu 2006), bazı araştırmacılar ise ortalamanın üzerinde olduğunu bildirmiştir (Akyol ve Karadakovan

2002). Bu bulgu, hemodiyaliz hastalarında öz bakımın değerlendirilmesi, yetersizliklerinin belirlenmesi ve desteklenmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önem taşımaktadır. Buna göre; hemşirelik bakımının hemodiyaliz hastalarının öz bakım güçlerinin geliştirilmesine olanak sağlayacak girişimler üzerine odaklanmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Hemodiyaliz hastalarında öz bakım sosyodemografik özellikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yaptığımız çalışmada; kadın ve erkeklerin öz bakım gücü puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Benzer şekilde, yapılan çalışmalarda da hemodiyaliz hastalarında cinsiyetin öz bakım gücünü etkilemediği bildirilmiştir (Akyol ve Karadakovan 2002; Mollaoglu 2006; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009). Bakoğlu ve Yetkin'in yaptığı çalışmada, erkeklerin öz bakım gücü puan ortalamasının kadınlardan önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda; evlilerin öz bakım gücünün bekarlara göre iyi olduğu bulundu. Çalışma sonuçlarımız, Kıyak (2002), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (2009)'ın çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Buna göre; hastaların evli olmaları ve eşlerinden destek görmeleri, öz bakım güçlerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada; okuryazar olmayanların öz bakım gücünün diğer eğitim gruplarına göre daha düşük olduğu bulundu. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (2009) yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü puanlarının da arttığını saptamışlardır. Benzer şekilde, Kıyak ve Ergüney (2002) çalışmalarında; yüksek okul mezunlarının öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Akyol ve Karadakovan (2002) ise yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamışlardır. Bunun nedeninin, eğitim durumu düşük olan bireylerin genel sağlığa ilişkin bilgilerinin az olması, sağlık durumlarını koruma ve sürdürmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Meslek gruplarına göre öz bakım gücü farklı bulunmadı. Literatürde de benzer şekilde öz bakım gücünün mesleklerden etkilenmediği bildirilmiştir (Kıyak 2002; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; İlhan 2011).

Yaptığımız çalışmada; kronik böbrek yetersizliği nedenlerine ve başka kronik hastalık varlığına göre öz bakım gücü farklı bulunmadı. Literatürde de benzer sonuçlar bulunmaktadır (Akyol ve Karadakovan 2002; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım

2009). Buna göre; hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün diğer kronik hastalıkların varlığından fazla etkilenmediği söylenebilir. Ayrıca bu sonuç, bireyin sağlığına ve bakımına verdiği önemin, mevcut hastalığın süresinden çok bireysel başetmede yeterli olması, yeterli istek, bilgi ve güce sahip olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir başkasına ihtiyaç olmadığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda; öz bakım puanları ile diyaliz yeterliliği, diyaliz yılı, IDKA, hemoglobin, üre, kalsiyum, fosfor ve potasyum düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmazken, yaş ile negatif yönde, kreatinin ve albumin düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Buna göre; yaş arttıkça da öz bakım gücü azalmakta, öz bakım gücü arttıkça kan kreatini ve albumin düzeyi artmaktadır. Literatürde; yaş ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmanın (Tsay 2002) yanısıra, bizim bulgularımıza benzer şekilde yaşın artması ile öz bakım gücünün azaldığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Akyol ve Karadakovan 2001; Kıyak 2002; Ünsar ve ark. 2006). Yaş ilerledikçe bireylerde fiziksel güçte kayıpla birlikte öz bakım gücünde azalma olduğu söylenebilir. Buna ilaveten, öz bakım gücü iyi olan hastaların iyi beslenmenin göstergelerinden olan yüksek serum kreatinin ve albumin düzeylerine sahip olduğunu düşünmekteyiz.

### **7.3. Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla İlgili Parametreler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgulara Yönelik Tartışma**

Hemodiyaliz uygulaması, son dönem böbrek yetersizliği olan hastanın yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir (Çınar Menteş 2000; Chan et al. 2014). Yaptığımız çalışmada, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin diğer çalışma sonuçlarına göre daha iyi olduğunu belirledik (Moattari et al. 2012). Moattari ve arkadaşları (2012) Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III Versiyonu kullanarak yaptıkları çalışmada; hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir (Moattari et al. 2012). Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda da hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Kalender and Tosun 2013; Chan et al. 2014; Özçetin ve ark. 2009; Theofilou 2011; Ugurlu et al. 2012). Bu sonuçlar, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin iyileştirmesinde uygun

girişimlerin planlanmasına ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında yaşam kalitesi toplam puanları ve alt boyutları olan sağlık ve işlev, sosyoekonomik durum, psikolojik-inançlar ve aile durumu açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Çalışma bulgumuz bazı araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte (Akyol ve Karadakovan 2002; Blake ve ark. 1999; Erdoğan ve ark. 2000; Mollaoğlu 2005; Türk ve ark. 2002; Saltürk 2006; Ünal ve Bilge 2008; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009), bazı çalışma sonuçları ile ise zıtlık göstermektedir (Mingardi et al. 1999, Mittal et al. 2001; Suet-Ching 2001; Walters et al. 2002). Yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalarda fiziksel yaşam kalitesi boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 134 hemodiyaliz hastasında yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 kullanarak yapılan bir çalışmada; erkeklerde fiziksel alt boyut puanı kadınlardan daha yüksek bulunurken, mental alt boyut puanında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır (Mittal et al. 2001).

Çalışmamızda; yaşam kalitesinin medeni durumlardan etkilendiği belirlendi. Evlilerin aile, sosyo ekonomik ve toplam yaşam kalitesi puanları bekarlara göre daha yüksek bulundu. Yapılan bazı çalışmalarda; evli ve bekarların yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olmadığı (Akyol ve Karadakovan 2002; Altıntepe ve ark. 2000; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009), bazı çalışmalarda ise anlamlı fark olduğu (Acaray 2004) bildirilmiştir. SF-36 ile yapılan bir çalışmada; bekarların global yaşam kalitesi puanlarının dul olanlara göre, genel sağlık anlayışı yaşam kalitesi boyut puanlarının ise evli ve dul olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Acaray 2004). Mittal ve ark. (2001) yalnız yaşayan hemodiyaliz hastalarında mental boyut puanının başkalarıyla beraber yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Evlilerin yaşam şekillerinin daha düzenli olduğu, hastanın ailesinden aldığı psikolojik ve sosyal desteklerle hastalığın getirmiş olduğu güçlüklerle daha rahat baş edebileceğini düşünmekteyiz. Ancak aile ile ilgili, aile birlikteliği, aile yapısı vb. gibi farklı faktörlerin yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünüldüğünden bu konuda kesin yargıya varılamamaktadır.

Yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilendiği bulundu. Okuryazar olmayanların yaşam kalitesi ile sağlık ve işlev, aile, sosyo ekonomik, psikolojik ve inançlar alt boyutlarının diğer eğitim gruplarına göre daha düşük olduğu belirlendi.

Yapılan birçok çalışmada, öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bildirilirken (Durna ve ark. 2000; Suet-Ching 2001; Güney ve ark. 2002; Ünal ve Bilge 2008; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009), yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi düştükçe sağlık ve işlev puanının arttığı bildirilmiştir (Ferrans et al. 2007). Öğrenim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının ve hastalığa yönelik bilgi seviyesinin olumlu yönde artacağını, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını daha fazla üstleneceklerini ve bunların sonucunda yaşam kalitesinin de artacağını düşünmekteyiz.

Primer böbrek hastalığına göre ve başka bir kronik hastalıklara sahip olanlar ve olmayanlar arasında yaşam kalitesi ve alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. Çalışmamızda çıkan sonucun aksine hastaların eşlik eden hastalıkları olduğunda ek hastalığa bağlı olarak yaşam kalitesinin de azalacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda; hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça aile, sağlık ve işlev ve toplam yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Yapılan bazı çalışmalarda yaşın yaşam kalitesi ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği (Altıntepe ve ark. 2000; Acaray ve Pınar 2004; Mittal et al. 2001; Walters et al. 2002; Ünal ve Bilge 2008; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009), bazı çalışmalarda ise yaş ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı (Kaçar-Yeşiltepe 1995; Kalantar-Zadeh, Koople ve Block 2001) ortaya konulmuştur. İleri yaşın hemodiyaliz hastaları için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Mingardi 1999). Yaşlanma fiziksel ve mental yetersizlikleri beraberinde getirdiğinden yaşın artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuç olmuştur.

Çalışmamızda diyaliz yılı ile yaşam kalitesi alt boyutları puanı ve toplam yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu sonuç bizim için sürpriz oldu. Çalışmamızda çıkan sonucun aksine, diyalize girme yılı fazla olan hastalarda diyaliz komplikasyonlarının yanısıra uzun yıllar diyalize girmenin getirdiği psikolojik ve duygusal faktörler, umutsuzluk ve ölüm korkusu gibi sebeplerden dolayı yaşam kalitesinin de azalacağı görüşündeyiz. Bizim bulgularımıza paralel olarak Ünal ve Bilge'nin (2008) çalışmasında da hemodiyaliz süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda bizim sonuçlarımızın aksine, diyalize girme süresinin yaşam kalitesini kayda değer ölçüde düşürdüğü belirlenmiştir (Yurtsever ve Bedük 2003).



Anemi (Foley 1999; Vanketasan 1999) ve serum albümin düzeylerinin (Lindsay 1992; Bergström 1993) hemodiyaliz hastalarının morbiditesini ve mortalitesini etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmiştir. Aneminin eritropoetin ile düzeltilmesi hastaların yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesini, nutrisyonunu, kardiyak ve kognitif fonksiyonlarını pozitif yönde etkilemektedir (Vanketasan 1999). NKF-DOQI tarafından optimal hemoglobin düzeyi 11 gr/dl olarak bildirilmiş, hematokrit %30'un altına düştüğünde mortalitenin arttığı belirlenmiştir (Foley 1999). Albumin ise, malnütrisyon göstergesi olarak kullanılan parametrelerden biridir. Malnütrisyon hastalarda mortalite ve morbiditenin arttırmasına sebep olur. Protein alımının arttırılmasıyla, mortalitenin anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (Lindsay 1992). Serum albümin düzeyi 4gr/dl üzerindeki hemodiyaliz hastalarındaki mortalite oranının bu düzeyin altında serum albümin değerine sahip hastalara oranla %50 daha düşük olduğu bildirilmiştir (Bergström 1993).

Yaptığımız çalışmada; yaşam kalitesi ile serum albümin, üre, hemoglobin düzeyleri ve interdiyalitik kilo alımı arasında anlamlı ilişki bulunmazken, serum kreatinin düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Serum kreatinin yüksek olması, hastaların proteinden zengin ve iyi beslendiklerinin bir göstergesidir. Diyaliz hastalarında, paradoksal olarak yüksek kreatinin düzeyleri düşük mortalite riski taşır. Çünkü plazma kreatinin düzeyi kas kitlesi ve beslenme durumunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Daugirdas 1994). Dolayısıyla iyi beslenen hastalarda serum kreatinin seviyelerinin yükseldiğini ve aynı zamanda yaşam kalitelerinin de arttırdığını söyleyebiliriz.

#### **7.4. Toplam Yaşam Kalitesi ve Öz bakım Gücüne İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi için öz bakım gücünün geliştirilmesi önemlidir (Moattari et al. 2012). Yaptığımız çalışmada; öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi ve alt boyutlarından sağlık ve işlev, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum-inançlar ve aile durumunun iyileştiği belirlendi. Buna göre; öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da;

öz bakım gücü arttıkça fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı puanı ve global yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir (Akyol ve Karadakovan 2002; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009). Bu sonuçlar; hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak için öz bakım güçlerinin artırılmasının ve yetersiz kaldıkları alanlarda desteklenmelerinin önemli olduğunu göstermektedir. Literatürde de; hemşirelik bakımı hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarının artırılması ve öz bakım gücünün geliştirilmesine olanak verecek davranışları üzerine odaklanması önerilmektedir (Ünsar ve ark. 2006).



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulundu:

- Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü orta düzeydedir.
- Öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.
- Yaş arttıkça öz bakım gücü azalmaktadır.
- Kadın ve erkekler arasında öz bakım gücü farklı değildir.
- Evlilerin öz bakım gücü bekarlardan daha iyidir.
- Diğer eğitim gruplarına göre okuryazar olmayanların öz bakım gücü daha düşüktür.
- Serum albümin ve kreatinin düzeyi arttıkça öz bakım gücü artmaktadır.
- Yaşam kalitesi açısından kadın ve erkek hemodiyaliz hastaları arasında fark yoktur.
- Yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- Evlilerin yaşam kalitesi bekarlardan daha iyidir.
- Diğer eğitim gruplarına göre okuryazar olmayanların yaşam kalitesi daha düşüktür.
- Serum kreatinin düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hemodiyaliz hastalarının öz bakımlarının ve yaşam kalitelerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesini, yaşam kalitesini artırmak için öz bakım eksikliklerinin belirlenmesini ve hastaların bu alanda desteklenmesini; diyaliz hasta eğitimlerinin hastaların yaş ve öğrenim düzeylerine uygun yapılmasını önermekteyiz.

Hemodiyaliz ünitesinde çalışacak hemşirelerin eğitimleri sırasında; öz bakım kavramı, öz bakım aktiviteleri, öz bakım gücü, öz bakım yetersizliklerine uygun bakım verme yöntemleri konularında bilgilendirilmesi ve hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmeleri için desteklenmesi ve benzer çalışmaların daha geniş örneklem ile yapılmasının yararlı olacağı kanısındayız.



## 9. KAYNAKLAR

Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. C.B.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004; 8(1): 11-21.

Akoğlu E. Diyalizin endikasyonları. İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2000, s: 8-11.

Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik böbrek yetersizliği. İçinde: İliçin A, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, ed. İç Hastalıkları 2.baskı. Güneş kitabevi, Ankara; 2003, s:1298-308.

Akpolat T. ve Utaş C. Hemodiyaliz Hekim El Kitabı. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2.Baskı. Anadolu Yayıncılık, Kayseri; 2001.

Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi. 4.Basım. İstanbul; 2007, s:324–339.

Akyol A. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.1993; 9:75-79.

Akyol A.Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniv. H.Y.O. Dergisi.1996; 12(2): 11–17.

Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi.2002;2: 97-102.

Akyol AD. Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım. Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, İzmir; 2005.

Altıntepe L, Güney İ, Türk S, Tonbul Z, Yeksan M. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005; 14: 85-89.

Arık N. *Nefroloji Kitabı*. Deniz Matbacılık. 1.Baskı. İstanbul; 2001.

Avşar G, Kaşıkçı M. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 2011; 17: 67-71.

Balcı G. Öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi*.2003;10(2):69-76.

Bergström J. Nutrition and adequacy of dialysis in hemodialysis patient. *Kidney Int*. 1993;43(suppl 41): 261-267.

Biröl L. ve ark. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Güneş kitabevi. Ankara; 2004, s: 3-462.

Blake C, Codd Mb, Cassdy A, O'meara Ym. Phscial function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *J Nephrol*. 2000; 13(2):142-149.

Brenner BM, Green J. Chronic renal failure. In: Isselbacher KJ, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill, New York; 2005, p: 1653-1654.

Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabil Nurs*. 1999; 24(5): 192-200.

Chan R, Brooks R, Erlich J, Gallagher M, Snelling P, Chow J, Suranyi M. How do clinical and psychological variables relate to quality of life in end-stage renal disease? Validating a proximal-distal model. *Qual Life Res*. 2014; 23:679-688.

Çınar Menteş, S.Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması. *Sendrom*. 1999; 11(7):115-118.

Çınar Menteş S. Hemodiyalizin fizyolojik prensipleri. İçinde: Akoğlu E, ed. *Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2000a, s:12-15.

Çınar Menteş S. Hemodiyaliz için gerekli materyeller İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2000b, s:16-20.

Çınar Menteş S. Hemodiyaliz komplikasyonları. İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2000c, s:27-60.

Çınar Menteş S. Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması. İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2000d s: 61-66.

Çınar, S. Kronik Böbrek Hastalıklarından Korunma: Erken Tanı, Önlemler ve Hemşirelik Bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2007; Kasım 2006-Şubat 2007, Mart-Haziran 2007, 1-8.

Daugidas JT. Chronic hemodialysis prescription: A urea kinetic approach. In: Daugidas JT, Ings TS, Eds. Handbook of Dialysis. 2nd ed. Boston Little, Brown and Company; 1994, p: 92-120.

El Nahas M. Chronic Renal Failure and the Uremic Syndrome. Progression of Chronic Renal Failure. In: Johnson Rj, Freehally J, eds. Comprehensive Clinical Nephrology. Mosby, Elsevier Limited, 2nd edition. Philadelphia: Pennsylvania, USA; 2013, p: 843-856.

Erek E. Kronik Böbrek Yetersizliği. 5.baskı, Nobel Tıp kitabevi. 2005, s: 290-372.

Erkoç R. Hemodiyaliz sırasında oluşan komplikasyonlar. Diyaliz El Kitabı, 3. Baskı. Güneş Kitap Evi, Ankara; 2003,s:148-168.

Ertuğ E. Erbay B. Travenol böbrek yetmezlikli hastaların sağıtımında kullanılan diyaliz yöntemleri ile ortaya çıkan sorunlar. Ankara Tıp Mecmuası.1980; 33: 386.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. ANS Adv Nurs Sci. 1985; 8(1): 15-24.

Foley RN, Porfrey PS. Harriet JD et al: The impact of anemia on cardiomyopathy, dermatographic characteristics and body weight for patients in 1996 National ESRD Core Indicator Project, Am J Kidney Dis. 1999; 33(3):584-591.

Guyton A, Hall J. Textbook Medikal Physiology. Çeviri Ed. Hayrunisa Ç. 10th Edition, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2001, p: 1220-1242.

Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009; 25(1): 87-100.

İlhan F. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Yorulmaz).

Kalender N and Tosun N. Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care. Journal of Clinical Nursing. 2013; 23: 820-828.

Kara B. Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. Sendrom Dergisi. 2001; 13: 45-48.

Karabulutlu E, Tan M. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 8 (2): s: 1-9.

Kaymak AD. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. EROL).

Kıyak E, Ergüney S. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2002; 5(1): s: 38-43.

Kızıl M. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetersizliği Olan Hastalarda Obezitenin Beslenme Durumu İle Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi. Hacette Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Doç. Dr. F. Gülhan Eroğlu Samur).



Korkut Y. Ferrans ve Powers'in diyaliz hastaları için yaşam kalitesi endeksinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2007; 44 (1):14-8.

Kral Ü. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Lefkoşa (Doç. Dr. S. Yurtsever).

Lazarus JM, Brenner BM. Chronic renal failure. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14 th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc USA; 1998, p:1513-1520.

Levy J, Morgan J, Brown E. *Oxford Diyaliz El Kitabı*. Nobel Kitabevi, 2004, İstanbul.

Lindsay RM, Spanner E, Heidenheim RP, Lefebvre JM, Hodsaman A, Baird J, Allison MEM. Which comes first Kt/V or PCR-chicken or egg? *Kidney Int*. 1992; 42 (Suppl 38): 32-36.

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, et al: Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant*. 1999; 14: 1503-10.

Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S: Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2001; 16:1387-1394.

Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patientstreated with hemodialysis: a randomized controlled tria. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10:1-10.

Mollaoğlu M. Perceived social support, anxiety, and self-care among patients rwceiving hemodialysis. *Dialysis & Transplantation*. 2006; March: 1-7.

Nahçıvan N. Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Doktora Tezi, 1993, İstanbul (Danışman: Yard. Doç.Dr. N. Tuncel).

Narrow B, Buscle K. Fundamentals Of Nursing Practice. Wiley Publications, Newyork; 2000, p: 142-150.

Orem D. Nursing Concepts of Practice. St. Louis, Mosby, 1991, p: 28-42.

Orem D. Nursing Concept Of Practice. 5th Edition. Mosby Year Book Inc, 1996,p: 35-38.

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

Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Copyrighted Material, Ankara; 2005.

Özçetin A, Bicik Bahçebaşı Z, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. Anatolian Journal of Psychiatry. 2009; 10:142-150.

Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetersizliğinin psikiyatrik ve psikosozal yönleri. Türk Psikiatri Dergisi. 2003; 14:72-80.

Ramirez S, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, Pargament KI, Hyphantis TN, Carvalho AF. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. 2012; 72: 129-135.

SaltürkDA. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. H. Çiftçi).

San A. Hemodiyaliz Tarihçesi. Hemodiyalizde son görüşler. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni.1976; 1: 113-128.

Selamet U. Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektoretinogram Değişiklikleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Y. Barut).

Skorecki K, Gren J, Brenner M. Kronik böbrek yetersizliği. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL eds. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri.15th ed. (Türkçesi). Nobel Kitabevi; 2004, s: 1551–1562.

Süleymanlar G, Utaş C. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey. the CREDIT Study. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26:1862-1871.

Süleymanlar G, Altıparmak M.R, Seyahi N. Türkiye 2012 Ulusal Hemodiyaliz Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu. 2013.

Şahan E. Kronik böbrek yetersizliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara(Danışman: Prof. Dr. L. Büyükgönenç).

Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. J Clin Med Res. 2011; 3(3):132-138.

Tsay SL. Self efficacy training for ith end-stage renal disease, Journal of Nursing Advanced Nursing. 2003;43:421–429.

Uğurlu N, Bastug D, Cevirme A, Uysal DD. Determining quality of life, depression and anxiety levels of hemodialysis patients. Healt Med. 2012; 6(8): 2860-2869.

Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetersizlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2008; 44(1):35-38.

Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2006; (1)3: s:71-72.

Vanketesan J. Dialysis considerations in the patient with chronic renal failure. In: William LH, eds. Kidney Disease. Second edition. Lippincott Williams and Wilkins; 1999, pp:549.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, 1999, İstanbul.

Walters BAJ, HaysRD, SpitzerKL ve ark. Healthrelated quality oflife, depressive symptoms, anemiaand malnutrition at hemodialysis initiation.Am J Kidney Dis.2002; 40(6): 1185-1194.

Yalçın AU, Akpolat T. Kronik böbrek yetersizliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G, ed. Nefroloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi. 4.baskı. 2007, s: 283-323.

Yenicesu M. Kronik Böbrek Yetersizliği. Deniz Matbaacılık, 1. Baskı. İstanbul, 2001; s: 212-224.

Zawada ET. Indications For Dialysis. In: Daugirdas JT, Ing TS, eds. Handbook For Dialysis. Little, Brown and Company. Boston, 2003; pp:3-9.



## 10 . EKLER

### Ek 1: Hasta Tanılama Formu

#### HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

#### HASTA TANITIM FORMU

##### Anket no:

1.Yaşınız .....

2.Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz

( ) Evli ( ) Bekar ( ) Diğer.....

4.Eğitim Durumunuz

( ) Okuma Yazma Bilmiyor ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul Mezunu ( ) Ortaokul Mezunu

( ) Lise Mezunu ( ) Lisans Mezunu

5.Mesleğiniz

( ) Memur ( ) İşçi ( ) Emekli ( ) EvHanımı ( ) İşsiz

( ) Diğer.....

6.Sosyal Güvenceniz

( ) SGK ( ) Yeşil Kart ( ) Sosyal Güvencem Yok  
Diğer.....

7. Kronik Böbrek Yetersizliği nedeni?

( ) Diyabet ( ) Hipertansiyon( ) Glomerulonefrit( ) Pyelonefrit

( ) Polikistik Böbrek ( ) Amiloidoz/FMF ( ) Diğer.....

8.Böbrek yetmezliği dışında başka hastalığınız var mı?

( ) Diyabet ( ) Hipertansiyon ( ) Kalphastalığı ( ) Kanser  
( ) FMF( ) Diğer.....

9.Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?.....

10.Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen zamandan önce terk ettiğiniz oluyor mu ?  
( )Evet ( )Hayır

11.İki Hemodiyaliz seansı arasında kaç kilo alıyorsunuz?.....

12.Kuru Kilonuz .....

13.Boyunuz .....

14.Anemi tedavisi görüyor musunuz (Epo-Demir)?

( ) Evet

( )Hayır

**15. Laboratuvar Bulguları**

	Değer	Limit	Tarih
Hemoglobin	.....	.....	.....
Üre	.....	.....	.....
Kreatinin	.....	.....	.....
Kalsiyum	.....	.....	.....
Fosfor	.....	.....	.....
Potasyum	.....	.....	.....
Albumin	.....	.....	.....
İntact PTH	.....	.....	.....
KT/V	.....	.....	.....

**Ek 2: Yaşam Kalitesi Endeksi-Diyaliz III Versiyonu**  
**( Ferrans& Powers ) YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ DİALİZ VERSİYONU- III**

**Birinci Kısım:** Lütfen, aşağıdakilerden her biri için, hayatınızın o alanından ne kadar tatmin olduğunuzu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız. Bu testte doğru ve yanlış cevap bulunmamaktadır.

<b>AŞAĞIDA BELİRTİLEN KONULARDA KENDİNİZİ NE KADAR MEMNUN / TATMİN OLMUŞ HİSSEDİYORSUNUZ?</b>	<b>Hiç Memnun Değilim</b>	<b>Pek Memnun Değilim</b>	<b>Biraz Memnuniyetsizim</b>	<b>Biraz Memnunum</b>	<b>Oldukça Memnunum</b>	<b>Çok Memnunum</b>
1 -Sağlığınız konusunda	1	2	3	4	5	6
2 -Sağlık bakımınız konusunda	1	2	3	4	5	6
3 -Günlük faaliyetler için enerji miktarınız/düzeğinizden	1	2	3	4	5	6
4 -Yardım almadan kendinize bakabilme becerinizden	1	2	3	4	5	6
5 -Bir böbrek nakli yaptırma olasılığınız konusunda	1	2	3	4	5	6
6- Böbrek yetersizliği yüzünden hayatınızda yapmak zorunda kaldığınız değişikliklerden (diet,dializ vb)	1	2	3	4	5	6
7- Hayatınız üzerindeki kontrol dereceniz hakkında	1	2	3	4	5	6
8 -İsteddiğiniz kadar uzun hayatı yaşama şansınız konusunda	1	2	3	4	5	6
9- Ailenizin sağlığından	1	2	3	4	5	6
10- Çocuklarınızdan	1	2	3	4	5	6
11- Ailenizin mutluluğundan	1	2	3	4	5	6
12 -Cinsel yaşamınızdan	1	2	3	4	5	6
13 -Eşiniz, sevgiliniz veya partnerinizden	1	2	3	4	5	6
14 -Ailenizden aldığınız duygusal destekten	1	2	3	4	5	6
15 -Arkadaşlarınızdan	1	2	3	4	5	6
16 -Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız duygusal destekten	1	2	3	4	5	6
17- Aile sorumluluklarını üstlenebilme becerilerinizden	1	2	3	4	5	6
18 -Diğerlerine ne kadar faydalı olduğunuzdan	1	2	3	4	5	6
19- Hayatta sahip olduğunuz endişelerin derecesinden	1	2	3	4	5	6
20 -Komşularınızdan	1	2	3	4	5	6
21 -Eviniz/ apartmanınız veya yaşadığınız yerden	1	2	3	4	5	6
22 -(Eğer çalışıyorsanız) işinizden	1	2	3	4	5	6
23- (Eğer işten ayrılmış, emekli olmuş veya engelli iseniz)işinizin olmamasından	1	2	3	4	5	6
24- Eğitiminizden	1	2	3	4	5	6
25 -Maddi ihtiyaçlarınızı ne kadar iyi karşılayabildiğinizden	1	2	3	4	5	6
26 -Eğlenmek/zevk almak için yaptığınız şeylerden	1	2	3	4	5	6
27 -Mutlu bir geleceğe sahip olma ihtimalinizden?	1	2	3	4	5	6
28- Kafanızın huzurlu olmasından	1	2	3	4	5	6
29 -Allah`a olan inancınızdan	1	2	3	4	5	6
30 -Kişisel hedeflerinize ulaşmanızdan	1	2	3	4	5	6
31- Genel olarak mutluluk düzeyinizden	1	2	3	4	5	6
32- Genel olarak yaşamınızdan	1	2	3	4	5	6
33- Kişisel görünüşünüzden	1	2	3	4	5	6
34 -Genel olarak kendinizden	1	2	3	4	5	6

**İkinci Kısım:** Aşağıdakilerden her biri için, o alanın yaşamınızda sizin için ne kadar önemli olduğunu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız. Bu testte doğru ve yanlış cevap bulunmamaktadır.

AŞAĞIDA BELİRTİLEN KONULAR SİZİN İÇİN NE KADAR ÖNEMLİ?						
	Çok Önemsiz	Orta Derecede Önemsiz	Hafif Derecede Önemsiz	Hafif Derecede Önemli	Orta Derecede Önemli	Çok Önemli
1-Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2-Sağlık bakımınız	1	2	3	4	5	6
3-Günlük faaliyetler için enerjinizin olması	1	2	3	4	5	6
4-Yardım almadan kendinize bakabilme beceriniz	1	2	3	4	5	6
5-Bir böbrek nakli yaptırma olasılığınız	1	2	3	4	5	6
6-Böbrek yetersizliği yüzünden hayatınızda yapmak zorunda kaldığınız değişiklikler(diet, dializ vb.)	1	2	3	4	5	6
7-Hayatınız üzerindeki kontrol dereceniz	1	2	3	4	5	6
8-İsteddiğiniz kadar uzun yaşamanız	1	2	3	4	5	6
9-Ailenizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
10-Çocuklarınız	1	2	3	4	5	6
11-Ailenizin mutluluğu	1	2	3	4	5	6
12- Cinsel yaşamınız	1	2	3	4	5	6
13-Eşiniz, sevgiliniz veya partneriniz	1	2	3	4	5	6
14-Aileden aldığınız duygusal destek	1	2	3	4	5	6
15-Arkadaşlarınız	1	2	3	4	5	6
16-Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız duygusal destek	1	2	3	4	5	6
17-Aile sorumluluklarını üstlenebilmeniz	1	2	3	4	5	6
18-Diğerlerine faydalı olmanız	1	2	3	4	5	6
19-Endişelenecek bir şey olmaması	1	2	3	4	5	6
20-Komşularınız	1	2	3	4	5	6
21-Eviniz/Apartmanınız veya yaşadığınız yer	1	2	3	4	5	6
22-(Çalışıyorsanız) işiniz	1	2	3	4	5	6
23-(İşten ayrılmış emekli olmuş veya engelli iseniz) iş sahibi olmak	1	2	3	4	5	6
24-Eğitiminiz	1	2	3	4	5	6
25-Maddi ihtiyaçlarınızı karşılayabilir olmanız	1	2	3	4	5	6
26-Keyif getiren şeyler yapmak	1	2	3	4	5	6
27-Mutlu bir geleceğe sahip olmanız	1	2	3	4	5	6
28-Kafanızın huzurlu olması	1	2	3	4	5	6
29-Allaha olan inancınız	1	2	3	4	5	6
30-Kişisel hedeflerinize ulaşmak	1	2	3	4	5	6
31-Genel olarak mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
32-Yaşamınızdan memnun olmak	1	2	3	4	5	6
33-Kişisel görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
34-Kendiniz	1	2	3	4	5	6



### Ek 3: ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Pek Tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
Kendimi beğeniyorum.					
Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiyi genellikle sahip değilim.					
Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
Sağlıklı kalmam için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
Sağlığımın daha iyi olmamasına çaba gösteririm.					
Dengeli beslenirim.					
Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
Sağlığıma korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					
Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					
Kendimle dostum.					
Kendime iyi bakarım.					
Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					

Yaşam bir zevktir.					
Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemey ve geçmesini beklerim.					
Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

Toplam Puan:

#### EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

**ÇALIŞMANIN ADI:** “ Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücünün yaşam kalitesine etkisi.”

“Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü yaşam kalitesini etkiler mi?”. Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir.Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir.Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir.Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağılı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Ülkemizde hemodiyalize giren hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım gücünün yaşam kalitesine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmanın daha sonraki yapılacak çalışmalara veri oluşturması amaçlanmıştır.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışma anket kullanılarak yapılacak bir çalışmadır.Hastalara, yüz yüze görüşme ile hemşire Hatice ALEMDAR tarafından uygulanacaktır.Çalışma yaklaşık 30 dakika sürecektir.

Anket sorularından istediğiniz soruya cevap verip, istemediğiniz soruya cevap vermeyebilirsiniz.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Hemodiyalize giren hastaların öz-bakım gücünün yaşam kalitesine etkisi olup olmadığını değerlendirmek ve ortaya çıkan sonuçlara göre eğitim ve bilgilendirme amaçlı programların yeniden düzenlenip planlanması sağlanarak hizmet alan hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir. Bu çalışmanın daha sonraki yapılacak çalışmalara veri oluşturması amaçlanmıştır.

#### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Hiç bir şekilde ad ve soyadınız ve kişisel bilgileriniz hiçbir yerde açıklanmayacaktır.

#### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

##### **1.Hatice ALEMDAR:05055529427**

##### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı.Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

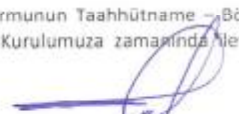
<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		
<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		
<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		
<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>	Hatice ALEMDAR	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi-5055529427	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

**EK 5:Etik Kurul Onayı**

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	12 /03 / 2014 / 20478486 - 106				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemodiyaliz Hastalarında Öz-bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÖZ - CBÜ. İç Hastalıkları Hemşireliği Sağlık Yüksek Okulu				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Harice ALEMDAR				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; ilgili kurumlardan yazılı izin alınması kaydıyla Etik aşamada <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Cansın TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Selma BERKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sını ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tanık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında verilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan</p>					

**Ek 6.1: Kurum Onayı**



# ANEMON DİYALİZ MERKEZİ



Sayı : 2014 / 15  
Konu : Hatice ALEMDAR' ın Tez Çalışması İzni Hk.

Tarih : 28.03.2014

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

17.03.2014 tarih 302.08.01/356 sayılı yazınıza istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ALEMDAR' ın "Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını kliniğimizde yapılmasına izin verilmiştir. Gereği için bilgilerinize arz olunur.

Özel Anemon Diyaliz Merkezi  
Sorumlu Hekimi  
Dr. Nihat AYDIN  
Mesul Müdür

Güzelyurt Mahallesi 5764 Sokak No:2/A MANİSA  
Telefon: (0236) 233 87 77 • Faks: (0236) 233 85 99  
e-mail: medikalteknik@hotmail.com

**Ek 6.2: Kurum Onayı**



**AKDİMER**  
**ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ**  
GIDA, ELEKTRİK, MADENCİLİK, NAKLİYE, İNŞAAT, AKARYAKIT,  
SAN. VE TİC. İTHALAT İHRACAT LTD. ŞTİ.  
( Özel Soma Diyaliz Merkezi )

Tarih : 09.04.2014

T.C.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

MANİSA

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ALEMDAR'ın Diyaliz merkezimizde "Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi" konusunda çalışma(anket) yapmasına izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla

**AKDİMER**  
Soma Diyaliz Merkezi  
Manisa Şişirmençi  
Hemodiyaliz Sorumlu Hekimi  
Diploma No: 4876 Sertifika No: 710



**BAĞIŞLANAN HER ORGAN**  
**HAYAT KURTARIR**

**İnönü Mh. G.O.P. Cad. 142/A SOMA / MANİSA**  
Tel:0236. 614 12 56 Fax:0236. 612 48 47  
[www.sdcdiyaliz.com](http://www.sdcdiyaliz.com)

**Ek 6.3: Kurum Onayı**



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği




SAYI : 61804347-660.00.00.00-2093  
KONU:

24.03.2014

**C.B.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İlgi:17/03/2014 tarih ve 354 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ALEMDAR'ın "Hemodiyaliz Hastalarında Öz-bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz hemodiyaliz ünitesinde yapabilmesi etik kurul onayı alındığı da göz önüne alınarak Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Seyhan KURŞAT  
Başhekim

24/03/2014 Genel Evrak Birimi : S.YAYLA  
24/03/2014 Başmüdür : B.TAŞ

Unsubzoköy Yerleşkesi, 45030, MANİSA  
Telefon: 444 42 28  
E-posta:bashekimlik@cbu.edu.tr

Faks: 0 (236) 233 80 40  
Elektronik Ağı: [www.cbu.edu.tr/hastane](http://www.cbu.edu.tr/hastane)

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Hatice	<b>Soyadı</b>	ALEMDAR
<b>Doğum Yeri</b>	Soma	<b>Doğum Tarihi</b>	12.01.1982
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	5055529427
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:krl-hatice@hotmail.com">krl-hatice@hotmail.com</a>		

## Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
<b>Lise</b>	Soma Linyit Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	2000

## İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Özel İzmir Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi	3yıl(2006-2009)
Hemşire	Ege Nefroloji Diyaliz Merkezi (Fresenius)	1yıl(2009-2010)
Hemşire	Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	5yıl(2010-2015)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	orta	iyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	64	64	
<b>(Diğer) Puanı</b>			

## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
	iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

**EK :** Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildir