



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN SIVI YÖNETİMİ
EĞİTİMİNİN SIVI KONTROLÜ, DİYALİZ GİRİŞ ÇIKIŞ KURU
AĞIRLIKLARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Tuba KARABEY

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI
ANABİLİM DALI

Sivas 2017

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN SIVI YÖNETİMİ
EĞİTİMİNİN SIVI KONTROLÜ, DİYALİZ GİRİŞ ÇIKIŞ KURU
AĞIRLIKLARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Tuba KARABEY

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Esasları
Ana Bilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

SİVAS 2017

“Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

Üye

Yrd. Doç. Dr. Şahizer ERAYDIN

Üye

Yrd. Doç .Dr. Fatma ÖZKAN TUNCAY

ONAY

Bu tez çalışması, 03/07/2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Sıvı Yönetimi Eğitiminin Sıvı Kontrolü, Diyaliz Giriş Çıkış Kuru Ağırlıkları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tuba KARABEY

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2017 / 58 sayfa

Bu çalışma hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin, sıvı kontrolü diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla deneysel ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 15 Haziran-15Aralık 2016 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde diyalize giren hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleminde çalışma kriterlerine uyan 80 hasta yer almış ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile bu hastaların 40'ı müdahale grubuna, 40'ı ise kontrol grubuna atanmıştır. Çalışma verilerinin toplanmasında; hastalara ait tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla Hasta Bilgi Formu, hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla Sıvı Kontrol Ölçeği ve hemodiyaliz sürecinde yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programına yüklenmiş ve istatistiksel analizde Ki-Kare, Friedman F, Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların izlem öncesine göre özellikle ardışık son iki izlemde istatistiksel olarak önemli düzeyde sıvı alımlarının azaldığı, diyalize giriş - çıkış kuru ağırlıklarında düşüş olduğu ve sıvı kontrolü attıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, hemodiyaliz hastalarına verilen sistematik sıvı yönetimi eğitiminin hastaların sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Bu bağlamda hemodiyaliz

sürecinin niteliğini artırmada planlı ve sistematik eğitimin önemli olduğu ve hemşirelere de bu alanda büyük sorumlulukların düştüğü ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hasta eğitimi, Sıvı kontrolü, Diyaliz giriş - çıkış kuru ağırlığı, Yaşam kalitesi



ABSTRACT

This study was conducted to determine the fluid control, dialysis inlet and outlet dry weights and the effect on the quality of life of the fluid management training for hemodialysis patients. The universe of the study was formed between 15 June and 15 December 2016 by the patients who entered the Dialysis Unit of Sivas Numune Hospital Hemodialysis Unit. In the sample of the study, 80 patients who met the study criteria were included and 40 of these patients were assigned to the intervention group and 40 of them were assigned to the control group by simple random sampling method. To obtain descriptive information about the patient's data, the Patient Information Form, the Fluid Control Scale was used to measure information, attitudes and behaviors about the fluid restriction of hemodialysis patients, and the Short Form-36 Quality of Life Scale was used to determine the quality of life in the hemodialysis process. The obtained data were loaded into the SPSS 22.0 package program and statistical analysis Ki-Kare, Friedman F, Mann-Whitney U tests were used. In our study, it was determined that the patients in the intervention group had a statistically significant decrease in fluid intake, a decrease in dialysis inlet and outlet dry weight, especially in the last two consecutive follow-ups, In the findings obtained, fluid management training given to hemodialysis patients can be said to be effective on fluid control, dialysis inlet and outlet dry weights and quality of life positive. In this context, it can be said that planned and systematic education is important in increasing the quality of the hemodialysis process, and It can be said that great responsibilities have fallen on the nurses.

Key words: Dialed entry - exit dry weight, Patient education, Hemodialysis, Fluid control, Quality of life

TEŞEKKÜR

Bu alıőmamı hazırlarken beni olumlu eleőtirileriyle ynlendirip, kaynak bulmam konusunda yardımcı olan, kıymetli vaktini benimle paylaőtıp bana yol gösteren tez danıőmanım sayın hocam, Prof. Dr. Şerife KARAGZOĞLU baőtta olmak zere Cumhuriyet niversitesi'nde eğitimimi tamamlamam için emeği geçen diğer bütün hocalarıma, maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen eőtım Abdullah KARABEY'e, canım kızlarım Miray ve Nehir KARABEY'e teőtekkrlerimi sunarım.

Tuba KARABEY

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
ÇİZELGE DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	3
1.2. Varsayımlar.....	4
1.3. Süre ve Sınırlılıklar.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.2. KBY Tedavi Seçenekleri.....	6
2.2.1. Hemodiyaliz.....	7
2.2.1.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Tarihçesi.....	8
2.2.1.2. Hemodiyalizin Avantajları.....	8
2.2.1.3. Hemodiyalizin Dezavantajları.....	8
2.2.1.4. Hemodiyaliz Komplikasyonları.....	8
2.3. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme ve Diyet.....	9
2.3.1 İlaç Öyküsü ve Fiziksel Muayene.....	9
2.3.2 Diyet Öyküsü.....	9
2.3.3. Antropometrik Ölçüm.....	10
2.3.4. Sıvı Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi.....	11
2.3.5. Diyalizde Kuru Ağırlık Kavramı.....	13
2.3.6. Periton Diyalizi.....	14
2.3.6. Renal Transplantasyon.....	15
2.4. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	15

2.5. Hemşirelik Bakımı ve Önemi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri	19
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	20
3.4.2. Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	20
3.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ)	21
3.5. Araştırmanın Planı ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	22
3.6. Araştırmanın Şeması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuç	50
6.2. Öneriler	51
KAYNAKÇA	53
EKLER	59
Ek 1. Kontrol -Müdehale Gurubu Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu	59
Ek 2. Hasta Bilgi Formu	66
EK 3. Short Form – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	69
EK 4. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği	72
Ek 5. Etik Kurul Karar Formu	73
EK 6. Kurum İzin Yazısı	74
Ek 7. Eğitim Kitapçığı	75
EK 8. Özgeçmiş	77

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4. 1a Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Demografik Verilerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.1b Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Hemodiyalize İlişkin Özelliklerine Göre Dağılım.....	29
Tablo 4.1c Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların İzlem Öncesi ve Ardışık Üç İzleme Göre Aldığı-Çıkardığı Sıvı Ortalamalarının Dağılımı.....	31
Tablo 4.2 Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların İzlem Öncesi ve Ardışık Üç İzlemede Giriş ve Çıkış Ağırlığı Ortalamalarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılım.....	34
Tablo 4.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü Rol Güçlüğü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.5. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.6. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Enerji/ Canlılık/ Vitalite Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 4.7. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Ruhsal Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 4.8. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Sosyal Fonksiyonellik Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.9. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Ağrı Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 4.10. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Genel Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo 4.11. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 4.12. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43

Tablo 4.13. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği
Tutum Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 45

Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi ve Sıvı Kontrol Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu 46



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Vücut Dışı Kan Devresi ve Parçaları	7
--	---



ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin (KBY) Evreleri	6
Çizelge 2.2. Diyaliz Hastaları İçin Diyet Önerileri.....	11
Çizelge 3.1. SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach's Alpha Değeri.....	21
Çizelge 3.2. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği Alt Boyutları Cronbach's Alpha Değeri	22



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
AÇT	: Aldığı Çıkardığı Takibi
APD	: Aletli Periton Diyalizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAPD	: Gece Aralıklı Periton Diyalizi
HD	: Hemodiyaliz
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDYB	: Son Donem Böbrek Yetmezliği
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
SPSS	: Statistical Package or Social Sciences

1.GİRİŞ

Diyaliz vücutta birikmiş üre, kreatinin gibi zararlı maddelerin ve aşırı suyun bir membran aracılığıyla vücuttan uzaklaştırılması, ilerlemiş ve bozulmuş böbrek işlevlerinin bir kısmının düzeltilmesi işlemi olup, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur [4,6,34,46]. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara uygulanan diyalizin temel amacı; hastayı üremik semptomlardan kurtararak, aşırı sıvı elektrolit ve asit baz bozukluklarını kontrol altına almak, hastaların iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmaktır [11,14,34,48]. Diyaliz yaşam için vazgeçilmez katkılarının yanında hastaların biyolojik dengesini ve normal yaşam düzenini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Hemodiyaliz sürecinde sıklıkla sıvı elektrolit dengesinde değişim, hastanın yorgunluğunda artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır [13,34,47,49]. Bu bağlamda hemodiyaliz sürecinde hastaların bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve homeostatik dengelerinin kontrol altında tutulması son derece önemlidir.

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda kontrol altında tutulması güç olan en önemli takiplerden birisi de volüm dengesidir. Hemodiyaliz hastalarında yaşanan en yaygın zorluk diyetten çok sıvı kısıtlamalarıyla ilgilidir. Literatürde hemodiyaliz uygulanan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun sıvı elektrolit dengesizliklerine ve malnütrisyona yol açtığı, aynı zamanda mortalite hızında artışa neden olduğu belirtilmektedir [46,47,51]. Kugler ve ark. (2005) hemodiyaliz uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bireylerin %81.4'ünün diyete ve %74.6'sının ise sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sorunu yaşadıklarını belirtmiştir [59]. Erdem (2012) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının %38.6'sının sıvı kısıtlaması, %40'ının ise sıvı ve tuz kısıtlamasına uymadığını bildirmiştir [47]. Ünlüoğlu ve ark. (1997) ise son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerin %35.0'inin diyetlerine uyumda sorunlar yaşadığını saptamış, bu doğrultuda hastaların en çok bilgilendirilmek istedikleri konular arasında diyetin yer aldığını belirtmiştir [52]. Hemodiyaliz hastalarında sağlık sorunlarının önlenmesi, sıvı yönetimi ve kontrolünün sağlanmasında önemli

parametrelerden birisi kuru ağırlık kavramıdır. Kuru ağırlık 1980'den itibaren gündeme gelen bir kavram olmuştur. Kuru ağırlık Henderson (1982) tarafından "Sorunsuz bir hemodiyaliz tedavisinin sonunda, daha aşağı düştüğünde hipotansiyon gelişecek vücut ağırlığı" olarak tanımlanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında volümü değerlendirmek için kuru ağırlığın belirlenmesi çok önemlidir [53]. Klinik uygulamalarda, hastaların diyaliz sonrasında normotansif olması, kardiyotorasik indekslerinin normal olması, kramp ve ortostatik belirtilerin görülmemesi ile kuru ağırlığa ulaşıldığına karar verilmektedir [46,50,54].

Ünlü düşünür Socrates yaşama dair söylemlerinde, en önemli şeyin yaşamak değil, iyi yaşamak olduğunu dile getirmiştir [34,53]. Bu bağlamda hemodiyaliz hastalarında iyi bir sıvı yönetimi ile yaşam kalitesi artırılabilir. Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanmaktadır [48]. Günümüzde hemodiyalizin temel amacının yalnızca yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek olduğu da vurgulanmaktadır [34,53,55]. Ancak hâlihazırda hastalar tarafından yaşanan problemler hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Nitekim bu alanda yapılan bir çalışmada hemodiyaliz sürecinde hastaların %32'sinin sık sık uyku sorunu ve güçsüzlük yaşadığı, %72'sinin iş ve %83'ünün sosyal yaşantılarının, %70'nin ekonomik durumunun ve %49'unun da eşi ile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir [55]. Yapılan diğer bir çalışmada da hastalığı ile ilişkili depresyon yaşayan hastaların oranının %54.3 - %37.9 olduğu, uyku sorunu ile tedavi gören ve uyku kalitesi kötü olan hastaların oranının ise %56.4 - %69.1 arasında değiştiği, % 92.5 oranında hastanın yorgunluk yaşadığı ve % 76.1 oranında hastanın ise cinsel yaşam ile ilgili sorunlarının olduğu bildirilmektedir [49,53,55].

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin tedavi ve sürece uyumlarında multidisipliner ekip işbirliğinin olması son derece önemlidir. Bu nedenle hastalarla en uzun süreli etkileşim içinde olan ve sürece uyumu birebir gözleyip, değerlendirebilen hemşireler ekipte anahtar bir role sahiptir [51]. Hemşirelerin son

dönem böbrek yetmezliği olan bireylere yönelik öncelikli sorumlulukları arasında bütüncül bir yaklaşımla ev ve hastane ortamındaki süreçte karşılaşılabilecek sorunların çözümünde yol gösterebilecek eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri yer almaktadır. Bu noktada hemşireliğin temel sorumluluğu hastaya yaşamını sorunsuz yürütmede yardımcı olmak ve en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlayarak yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Literatürde hemodiyaliz sürecinde etkin hemşirelik girişimleri gerçekleştirildiğinde bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarının arttığı, bazı istenmeyen sağlık sorunlarının önlenildiği ya da azaltılabildiği belirtilmektedir [34,53]. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda eğitim süreciyle desteklenen hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin de yükseldiği saptanmıştır [49,53].

Bu kapsamda literatürde hemodiyaliz uygulanan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlaması konusunda uyumlarının artırılabilmesinde eğitime gereksinimlerinin olduğu vurgulanmaktadır [46,47,51,53,56]. Barnett ve ark. (2008) çalışmalarında sıvı kısıtlamasına uymayan hastalara sıvı kontrolünün önemi, su ve sodyum alımı, kontrollü kilo alımı ve aşırı sıvı alımının komplikasyonları konusunda eğitim vermiş ve eğitimin sonunda iki diyaliz arası ortalama kilo alımlarında azalma meydana geldiğini saptamıştır [58]. Bununla birlikte literatür incelendiğinde, hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kuru ağırlık ölçüm sonuçları sıvı kontrolüne uyum [46] ve yaşam kalitesine [5,34,38] etkisinin ayrı çalışmalarda ele alındığı, birlikte değerlendirilmediği görülmüştür. Ancak sıvı yönetimine yönelik verilen eğitimin bu üç önemli parametre üzerine etkisini bir arada inceleyen çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı sıvı yönetimine yönelik hemodiyaliz hastalarına verilen planlı eğitimin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

1.1. Araştırma Soruları

-Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü üzerine etkisi var mıdır?

- Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin diyaliz giriş-çıkış kuru ağırlıkları üzerine etkisi var mıdır?

- Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır?

1.2. Varsayımlar

Araştırmanın varsayımları şunlardır:

- ✓ Araştırmada ele aldığımız örneklemin evreni yansıttığı varsayılmıştır.
- ✓ Anket sorularının çalışmanın amacını yansıttığı varsayılmıştır.
- ✓ Anket sorularının içerik olarak yeterli olduğu varsayılmıştır.
- ✓ Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçlarının geçerli ve güveniliridir.

1.3. Süre ve Sınırlılıklar

Çalışmamız; Sivas Numune Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde, diyaliz tedavisi alan 80 hasta'nın 15 Haziran-15 Aralık 2016 tarihleri arasında incelenme süresi ile sınırlıdır.

- Araştırmadan elde edilen bulgular örnekleme yer alan 80 hastanın bildirimine dayalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbreğin yaşamsal öneme sahip bir organ olup, en temel fonksiyonları; (1) vücut sıvı ve elektrolit dengesini korumak, (2) metabolik artık ürünlerin vücuttan atımını sağlamak, (3) toksinler, ilaçlar ve metabolitlerin detoksifikasyonu ve atımını sağlamak, (4) ekstraselüler sıvı hacmi ve kan basıncının hormonal düzenlenmesini yapmak, (5) Hormon üretimi ve metabolizmasına katkı yapmak şeklinde sıralanabilir [2,7,12].

Böbrekler çeşitli nedenlerle bu yaşamsal fonksiyonları yerine getiremediğinde yaşanan tablo böbrek yetmezliğidir. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) ise; filtrasyon değerinde azalmanın bir sonucu olarak böbreklerin sıvı-solüt dengesini ayarlayamaması, metabolik endokrin işlevlerinde kronik ve ilerleyici bir şekilde bozulma olarak tanımlanabilir. KBY günümüzde yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olup, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini de ciddi şekilde bozan bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisi için gereken renal replasman tedavilerinin maliyetinin de yüksek olması, toplumsal boyutta önemli problemlere yol açmaktadır [3,5]. ABD'deki National Kidney Foundation (NFK), kronik böbrek hastalığında terminoloji birliğinin sağlanması amacıyla 2002 yılında KBY'nin tanımı ve evrelerine ilişkin kriterleri ortaya koymuştur [4]. NFK'nin klavuzuna göre KBY, etiyolojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı ve / veya Glomerül Filtrasyon Hızının (GFH) 60 ml/dknın (1.73 m²) altına inmesi durumu olarak tanımlamaktadır [5,10,12]. KBY etiyolojisinde değişik faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörlerin öncelik sıralaması ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde KBY'nin ilk üç nedenini diyabet, hipertansiyon ve kronik glomerülo nefrit oluşturmaktadır [14,18]. KBY Çizelge 2.1 de gösterildiği gibi beş evreden oluşmaktadır

Çizelge 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin (KBY) Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1,73 m ²)
1	Böbrek hasarı, normal veya artmış GFH ile	≥ 90
2	Böbrek hasarı, hafif azalmış GFH ile	60-89
3	Orta derecede azalmış GFH	30-59
4	Şiddetli derecede azalmış GFH	15-29
5	Böbrek yetmezliği	< 15 (veya diyaliz)

Kaynak: Akpolat T., Utaş C., (2005), Günlük Nefroloji ve Böbrek Yetmezliğinde İlaç Kullanımı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.]

2.2. KBY Tedavi Seçenekleri

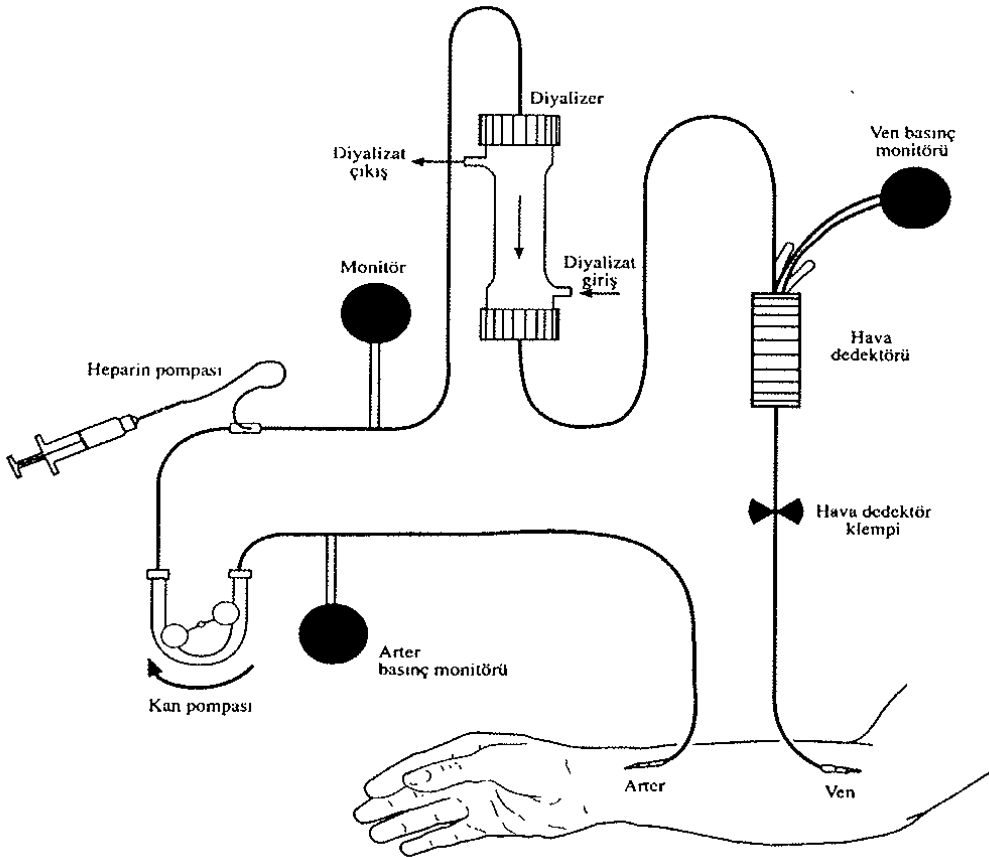
1960'lı yılların öncesinde KBY ölümcül bir hastalık olarak nitelendirilmekteydi. Ancak Wayne Quinton ve Belding Scribner'in diyaliz teknolojisini geliştirmesiyle birlikte, bu hastalıktan hayatını kaybedecek olan binlerce insan yaşamını devam ettirme şansını sahip oldu [7,18]. Günümüzde KBY'nin tedavisinde ilaçlar başta olmak üzere birçok seçenek bulunmaktadır. Bununla birlikte son dönem böbrek yetmezliği meydana geldiğinde, ilaç tedavisi yalnız başına yeterli olamamaktadır. Bu dönemde böbreğin görevini üstlenecek farklı tedavi yöntemlerine gereksinim duyulmaktadır. Bu yöntemler diyaliz ve böbrek nakli (transplantasyon) olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır [4,8,17,20].

Böbrek fonksiyonları %5'in altına düştüğünde Diyaliz tedavisi kaçınılmaz bir seçenek haline gelmektedir. Diyaliz önemli bir tedavi yöntemi olarak hastanın süreçte kendini daha iyi hissetmesini sağlamak ve yaşam süresini önemli ölçüde uzatmaktadır. Bu tedavi iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar; hemodiyaliz ve periton diyalizidir [4,9].

2.2.1. Hemodiyaliz

KBY de hemodiyaliz tedavisi en çok tercih edilen yöntemdir. Hemodiyaliz hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin tekrar düzenlenmesi işlemine verilen addır. Hemodiyaliz makineleri vücut dışı kan devresi ve diyaliz sıvı devresi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır [2,3,5,6].

Vücut dışı kan devresi kanın hasta AV (arteriyovenöz) fistülünün arteriyel tarafından alınıp, filtreden geçirildikten sonra AV fistülün venöz tarafından geri verildiği sistemin adıdır. Şekil 2.1’de vücut dışı kan devresi ve parçaları gösterilmektedir [14].



Şekil 2.1. Vücut Dışı Kan Devresi ve Parçaları [14]

Diyaliz sıvı devresi, hemodiyaliz makinesinin solüsyon konsantresini alıp diyaliz suyu ile karıştıran ve nihai diyaliz solüsyonunu elde eden, bu eriyik içindeki elektrolitleri konsantrasyonları açısından kontrol eden, vücut sıcaklığına kadar ısıtan, hemoglobın kaçığı, solüsyon bileşiminde bozukluklar gibi durumları saptamaya yönelik ikaz sistemlerini kapsayan bir bölümüdür [7,14].

2.2.1.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Tarihçesi

Dünyada ilk kez hemodiyaliz uygulaması Wilhelm Johan Kolff tarafından 1944 yılında yapılmıştır. 1960 yılında Brescia'nın arterio-venöz fistülü geliştirmesi ile kanama, pıhtılaşma ve enfeksiyon sorunları en aza indirilmiş ve çalışmalar giderek ilerlemiştir. Türkiye'de hemodiyaliz uygulaması ilk kez 1962 yılında Ankara Üniversite ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültelerinde yapılmıştır. Ülkemizde sürekli hemodiyaliz programına 1974 yılında geçilmiştir [2,4,7,15].

2.2.1.2. Hemodiyaliz Avantajları

Hemodiyaliz hastaların hayatını kolaylaştırmasına yönelik önemli avantajları vardır [5]. Bunlar; (1) atık maddeleri vücuttan hızlı ve başarılı bir şekilde uzaklaştırmak, (2) diyaliz ortamı hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlamak, (3) haftada 2-3 kez uygulanması, (4) hastaneye yatma gereksinimi daha az olması, (5) malnütrisyon ile daha az karşılaşılması, (6) karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmasıdır

2.2.1.3. Hemodiyaliz Dezavantajları

Hemodiyaliz hastaya sağladığı bir çok avantajı bulunmakla birlikte bir takım dezavantajları da vardır. Bunlar; (1) tedavi sırasında iğneler kullanılması, (2) iki diyaliz seansı arasında kademeli olarak hastanın kendini kötü hissetmesi, farklı sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlamaların yaşanması, (3) fistül için minör cerrahi bir girişimin gerekli olmasıdır [5,14,20].

2.2.1.4. Hemodiyaliz Komplikasyonları

Böbrek yetmezliği olan hastalar için hemodiyaliz hayat kurtaran bir tedavi yöntemidir. Ancak hemodiyaliz tedavisindeki tüm gelişmelere rağmen, insan

hayatını tehlikeye sokabilecek önemli komplikasyonlar da görülmektedir [5,8,20]. Bu komplikasyonların başında; Kas krampları, hipotansiyon, bulantı, kusma, baş, göğüs, sırt ağrısı, kaşıntı, ateşlenme, titreme, enfeksiyon ve psikolojik problemler gelmektedir. Bunların dışında hemodiyaliz sürecinde diyaliz disequilibrium sendromu, diyalizer reaksiyonları, aritmi, kalp tamponadı, kanama, konvulsiyon, hemoliz ve hava embolisi gibi komplikasyonlarla da hemodiyaliz sırasında nadiren karşılaşılmaktadır [6,8,20].

2.3. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme ve Diyet

Hastanın yaşam kalitesi ve hastalığın gelecekteki prognozu doğru ve dengeli beslenme ile yakından ilişkilidir. Hemodiyaliz hastalarının belirli zaman dilimlerinde beslenme durumunun incelenmesi, malnütrisyonun erken dönemde tespit edilmesi ve tüm süreçte hastanın takip edilmesi oldukça önem taşımaktadır. Hemodiyaliz hastalarında beslenmenin değerlendirilmesine yönelik farklı birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; (1) ilaç öyküsü ve fiziksel muayene, (2) diyet öyküsü ve (3) antropometrik ölçümlerdir.

2.3.1 İlaç Öyküsü ve Fiziksel Muayene

Hemodiyaliz sürecinde hastanın, dispepsiye yol açan ilaçlar, alüminyum içeren fosfor bağlayıcılar, oral demir bileşikleri ve protein katabolizmasını artıran ilaçlar, kortikosteroidler, tetrasiklin vb ilaçları kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır [17]. Periferik ödem, boyun ven ve sistematik kan basıncı, cilt turgoru, solunum ve kardiyovasküler sistem muayene bulguları ile birlikte kuru ağırlık incelenmeli, deri saç tırnak, dil ve mukozaların görünümü ile birlikte malnütrisyonun fizik muayene bulguları değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir [13,18].

2.3.2 Diyet Öyküsü

Hastayla yüz yüze görüşme yaparak besin alımı ve besin tercihlerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Hastanın ekonomik durumu ve aile yaşamı öğrenilmelidir [18]. Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve beslenmeyle ilgili risk faktörleri incelenmelidir. Hastanın aldığı günlük kalori ve besin öğelerini

hesaplamak için, haftanın her günü, aldığı tüm gıdalar ve miktarları hasta tarafından kaydedilmelidir [13,18].

2.3.3.Antropometrik Ölçüm

Hastanın boy uzunluğu, ağırlığı ve kayıp yüzdesi, ideal vücut ağırlık ve yüzdesi, üst ve orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı vb. gibi belirli aralıklarla yapılan ardışık ölçümler yardımıyla protein ve yağ depolarının değerlendirme imkanı sağlanmaktadır. Çok merkezli çalışmalar ile hastalar için bu ölçümlerin normal değerleri belirlenmiştir [47,54]. %95'inin üzerinde normal ölçümler elde edildiğinde hastaların yeteri kadar beslendiği genel bir kural olarak kabul edilmektedir. Hastada malnütrisyon riski olduğunu gösteren değerler ise %70-90 aralığındaki değerlerdir. %70'in altındaki antropometrik değerler ise malnütrisyon varlığını göstermektedir [19,24,27].

İlaç öyküsü ve fiziksel muayene, diyet öyküsü ve antropometrik ölçüm sonuçları değerlendirildikten sonra diyaliz hastalarına yönelik uygun diyet seçenekleri hastalara önerilmelidir. Bu kapsamda diyaliz hastalarına yönelik diyet örnekleri Çizelge 2.2' de verilmiştir.

Çizelge 2.2. Diyaliz Hastaları İçin Diyet Önerileri

Besin Grubu	Hemodiyaliz	Periton Diyalizi
Protein (g/kg)	1,2	1,2-1,3
Kalori (kcal/kg)	30-35	30-35
Protein (%)	15-25	15-25
Karbonhidrat (%)	50-60	50-60
Yağ (%)	25-35	25-35
Kolesterol	200 mg'dan az	200 mg'dan az
Doymuş yağ	%7'den az	%7'den az
Lif	20-30,	20-30
Sodyum	2 gramdan az	2 gramdan az
Potasyum	2 gram	4 gram
Kalsiyum	2 gram	2 gram
Fosfor	0,8-1 gram	0,8-1 gram
A vitamini	Hayır	Hayır
Tiamin (mg)	1,5	1,5
Riboflavin (mg)	1,7	1,7
B6 vitamini (mg)	10	10
B12 vitamini (mg)	0,006	0,006
Niasin (mg)	20	20
Folik asit (mg)	>1	>1
Pantotenik asit (mg)	10	10
Biotin (mg)	0,3	0,3
C vitamini (mg)	60-100	60-100

Kaynak: Arık N., Dilek M., (2010), Böbrek Yetmezliği İle Yaşama, İstanbul.

2.3.4. Sıvı Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi

Hemodiyaliz hastalarının su ve sodyum alımı, sıvı dengesi, idrar miktarı ve kan basıncına göre ayarlanmaktadır. Su, vücut ağırlığının %50-60'ını oluşturmaktadır olup, değişen yaşla birlikte insan vücudundaki su miktarında bir miktar azalma görülmektedir. Su miktarında azalma olsa da yaşamın devamı için tuz (sodyum) ve su dengesinin korunması ve sürdürülmesi gerekir. Vücuttaki su-tuz dengesi merkezi sinir sistemi ve böbrekler tarafından büyük bir hassasiyetle ayarlanmaktadır [10,16].

Böbrek hastalarının günlük alması gereken sıvı miktarı, tedavi sürecini yöneten hekim tarafından belirlenmektedir. Böbrek hastalığının yanı sıra, kalp hastalığı gibi bir durum yoksa ve diyalize başlanmamışsa günlük 3 litre kadar su tüketilmesi gerekmektedir. Hastanın tüm gün boyunca aldığı bütün sıvı miktarı (çay, meyve suyu, çorba vb tüm sıvı gıdalar) bu 3 litreye dahil olarak hesaplanmalıdır.

Böbrek hastalığının ilerlemesiyle birlikte vücuttan yeterince tuzun atılamaması beraberinde sıvı tutulumuna yol açmaktadır. Bu nedenle hemodiyaliz sürecinde su ile birlikte tuzun kısıtlanması da gerekmektedir [16,31].

Potasyum: Potasyum, vücutta hücrelerin büyümesi bölünmesi, kasların kasılması ve enzimlerin çalışması gibi birçok önemli görevleri üstlenmektedir. Günlük potasyum ihtiyacı her hasta için ayrı ele alınmalıdır, hastanın idrar miktarına göre kısıtlama (50 mEq/gün) yapılması gerekmektedir [5,18]. Besinlerden alınan potasyum hücrelerde depolandıktan sonra böbrek yardımıyla idrar ile vücuttan atılmaktadır. Böbrek yetmezliğinde, kan dolaşımında potasyumun artması ve böbreklerden atılımın azalması nedeniyle birçok sorun (kalp durması, tansiyon düşüklüğü, kas kasılmasındaki bozukluklar) yaşanabilmektedir. Günlük idrar miktarının 1 litreden fazla olması durumunda genel olarak potasyum birikiminden bahsedilemez günlük idrar miktarı 1 litreden az ise potasyumun birikmesi daha büyük bir olasılıktır. Hastada diyabet varlığı potasyum birikimini kolaylaştıran önemli bir faktördür [12,18,20].

Kalsiyum: Kalsiyum, diş ve kemiklerimizin yapısında bulunan, kaslarımızın kasılmasını sağlayan önemli mineraldir. Kalsiyum, böbrekte yapılan D vitamininin yardımıyla bağırsaklardan emilir. Bu nedenle böbrek hastalığı olan bireylerde yeterli D vitamininin üretilmemesi kalsiyum eksikliğine yol açmaktadır. Diyaliz hastalarında aktif D vitamini eksikliği ve üremik ortamda D vitaminine karşı oluşan dirençten dolayı, sağlıklı insanlara göre daha fazla kalsiyum ihtiyacı ortaya çıkmaktadır [18,21].

Fosfor: Fosfor kalsiyum ile birlikte kemik dokusunda görev alan önemli bir mineraldir. Protein açısından zengin olan gıdalar, aynı zamanda fosfor açısından da zengindir. Vücudumuza enerji sağlayan ve metabolik süreçlerde önemli rol alan fosfor; et, tavuk, balık, süt ve süt ürünlerinde, yumurta ve kuru baklagillerde bol miktarda bulunmaktadır. Her hemodiyaliz seansında yaklaşık olarak 500-800 mg fosfor vücuttan atılmaktadır [5].Böbrek hastalığında fosforun vücuttan atımı azaldığı için kanda fosfor birikimi meydana gelmektedir. Bu nedenle böbrek hastalıklarında fosfor kısıtlamasına gereksinim duyulmaktadır [16,21].

2.3.5.Diyalizde Kuru Ağırlık Kavramı

Diyaliz gerçekleştirilmediğinde fazla tuz ve su alımı vücutta birikime, kan basıncının yükselmesi ve kalbin iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Diyaliz tedavisi ile vücudun su ve elektrolit dengesi sağlanmakta fazla olan sıvı ve elektrolitler diyaliz yoluyla vücuttan uzaklaştırılmaktadır. Bu bağlamda hemodiyaliz tedavisinin en temel amacı da, hastanın ekstrasellüler volümünün sabit tutulmasıdır [22,25].

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan hastalarda volüm düzenleme yeteneğinin ve idrar miktarının azalması daima volüm fazlalığına neden olmaktadır. Bu durumda diyaliz hastaları için önemli bir durumu yansıtan kuru ağırlık kavramı gündeme gelmektedir. Kuru ağırlık; vücudun genel olarak dengede olduğu, yüksek tansiyon, şişlik, nefes darlığı gibi sıvı fazlalığı bulgularının olmadığı, kilonun fazla azaltılması durumunda ise kan basıncının düştüğü halsizlik ve kramp gibi bulguların geliştiği ağırlık olarak tanımlanmaktadır [16]. Diyalizler arasında kilo alınması gerçek kuru ağırlığa ulaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle diyalizler arasında hastada gözlenen kilo artışı vücut ağırlığının %3'ünü ve günlük tuz alımı da 5 gr/kg'ı geçmemelidir. Kuru ağırlık kişinin kilo alması veya kilo kaybetmesi nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Kuru ağırlık kan basıncı, sıvı fazlalığı ve azlığını gösteren verilere göre incelenmektedir. Diyaliz sırasında yüksek miktarda sıvı çekilmesi, kuru ağırlığın altına düşmeye, kramp, halsizlik gibi şikayetler başta olmak üzere

fistülün tıkanmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle hastaların kendi kilolarını takip ederek, bu bilgileri diyaliz ekibi ile paylaşımları büyük önem taşımaktadır [16]. Hemodiyaliz hastalarında hipertansiyonun en önemli nedeni vücutta oluşan sıvı fazlalığıdır. Dolayısı ile gerçek kuru ağırlığına ulaşan hastaların bir çoğunda tansiyon ilacı kullanma ihtiyacı da ortadan kalkmaktadır [16,17,18].

Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan sorunların en temel nedenini sıvı fazlalığı, (hipervolemi) oluşturmaktadır. Bu durumda kuru ağırlığı yansıtacak olan sıvı fazlalığının tespiti de büyük bir önem kazanmaktadır. Hastanın normal ağırlığı (kuru ağırlık) bilindiğinde bu değeri aşan her fazla kilonun, fazla sıvıdan kaynaklandığı söylenebilir [20,23].

Bununla birlikte, kilo artışı gereksinimden fazla beslenmeden de kaynaklanabilir Dolayısı ile hastada meydana gelen kilo artışının temel nedenini ayırt etmekte antropometrik ölçümlerden yararlanılabilir [20,21,23].

2.3.6. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, sağlıklı böbreğin bazı işlevlerinin taklit edildiği tedavi yöntemidir. Periton zarının kullanılmasından dolayı bu ismi almıştır. Periton diyalizinde periton boşluğu, diyalizatlar ve periton zarı kullanılmaktadır. Vücutta biriken toksik maddeleri periton zarı filtre etmektedir. Böylelikle periton kanı temizleyici yarı geçirgen bir zar olarak işlev görmektedir. Periton diyalizi Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) ve evde Aletli Periton Diyaliz (APD) şeklinde uygulanabilmektedir [10,22]. Bu diyaliz yönteminde periton boşluğuna doldurulan diyalizatın birkaç saat süren bir dengeleme süresinin ardından, yenisiyle değiştirildiği bir süreç yaşanmaktadır. Bu sistem 24 saat boyunca 4-5 defa solüsyonun değiştirilmesiyle devam eden bir sistemdir. SAPD yönteminde, hasta kendi ev ortamında daha bağımsız olarak diyalizi gerçekleştirebilmektedir. APD yönteminde ise bir cihaz kullanımı gerekmekte ve bir gecede 3 ila 10 kez solüsyon değişimi yapılmaktadır [11,22].

Periton diyalizinde hastanın bu yöntemi gece rahat bir şekilde uygulaması gibi önemli bir avantajının yanı sıra birçok avantajı daha vardır. Bu avantajlar;

komplike cihazlar olmadan evde tedavi imkanı sunması, kolay uygulanabilir bir teknik gerektirmesi, hastanın daha bağımsız olması, diyet ve sıvı kısıtlamasının daha az olması, anemi ve hipertansiyon kontrolünün daha iyi sağlanması, hepatit riskinin daha az olması, yaşlı hastalar ve çocuklarda daha kolay uygulanması şeklinde sıralanabilir [3,25]. Hastanın hayatında birçok kolaylık sağlayan bu tedavi yönteminin avantajlarının yanı sıra, bakteriyel ve kimyasal peritonit, diyalizat için protein kaybı, katater yeri için cerrahi bir işlem yapılması, katater çıkış yeri veya tünel enfeksiyonu gibi, bir takım dezavantajları da bulunmaktadır [3,10].

2.3.6. Renal Transplantasyon

Hastanın normal hayatını sürdürebilmesi için en iyi seçeneğin böbrek nakli olduğu kabul edilmektedir. Voronoy adlı bir kişi tarafından İlk kez böbrek nakli girişimi 1936 yılında yapılmıştır. 1954'te Dr. Merrill ilk başarılı böbrek naklini gerçekleştirmiştir [12]. Bağışıklık sistemini bastırıcı olarak bilinen güçlü ilaçlar yardımıyla günümüzde de başarılı böbrek nakli yapılmaktadır. Vücudun böbreği reddetme riskinin azalması için, böbrek alınan kişinin kan gurubu, doku tipi böbreğin nakledileceği kişinininki ile uyuyor olması gerekmektedir [13,17,25].

Nakil olacak böbrekler çeşitli kaynaklardan sağlanabilmektedir. Hayatta iken böbreklerini bağışlamış olan bireyler ve hastanın yakınlarından, (kardeşleri, ebeveynleri ve eşleri) böbrek alınabilmektedir. Kadavradan böbrek alabilmek için bekleme listelerine kayıt alınmaktadır. Belirli bir sıraya göre devam edilen nakil işlemi, böbreğin en iyi uyacağı kişiye verilmekte olduğu için birçok hasta yıllarca sıra bekleyebilmektedir [13,25].

2.4. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

İlk uygulandığı dönemlerde gözler diyalizin insan yaşamını ne ölçüde uzattığına yönelmiş iken, sonraları kurtardığı hayatın niteliğine de yönelmiştir. Diyaliz hastalarının normal hayat düzeni büyük ölçüde bozulmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastaları için diyaliz yeni bir hayat deneyimidir. Diyaliz hastaların geleceğe yönelik hayalleri ve beklentilerinin önemini kaybetmesine

veya planlarının iptal olmasına neden olabilir. Kurtardığı hayatı aynı zamanda değiştiren ve önemli ölçüde stres yaratan bu tedavi şekli, hastalığın başlangıcından itibaren hastaları sürekli olarak stresörler ile karşı karşıya bırakabilmektedir [24,35].

Yaşam Kalitesi (YK) kavramına birçok açıdan bakılabilir. Yaşam kalitesi; fiziksel iyilik hali, dinsel ve psikolojik yaklaşımlar, sosyal, ekonomik ve politik görüş gibi durumları içermektedir. Hastalık ve tedavi koşullarında ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi göz önüne alınmaktadır [25,34,35].

Yaşam kalitesi kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak kişinin yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır [26]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, sadece hastalık ve rahatsızlık olmama hali değil fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmak olarak tanımlanmaktadır [27]. Yaşam kalitesi fiziksel durum, mobilite, fizik aktivite derecesi, ağrı ve hastalık veya tedaviye bağlı diğer fiziksel semptomlarla da ilişkilidir [28,36].

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “Hedefleri, beklentileri, standartları ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütün içinde algılama biçimi” olarak tanımlamaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise, esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir [29,30,35].

Hemodiyaliz gibi tedavi yöntemleri ve sağlık durumundaki tüm değişmelerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Hemodiyaliz günlük yaşamı etkilemekte ve birçok komplikasyonu beraberinde getirmektedir. Hemodiyaliz hastaları yaklaşık olarak haftada üç seans boyunca zorlu bir işlemde geçmekte, yeme – içme konusunda önemli kurallara uymak zorunda kalmakta ve hayatının akışı önemli ölçüde değişmektedir. Diyaliz hastalarında, diyaliz işlemine bağlı farklı stresörler, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda yaşanan sınırlılıklar yaşam kalitesini düşürmekte ve hastaların baş etme potansiyelini zorlamaktadır [28,31,34].

Son dönem böbrek yetmezliğinde olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında yakın bir ilişki saptanmıştır [19,24,29] Hemodiyaliz tedavisine başlanması ile birlikte yaşanan yorgunluk, güçsüzlük ve buna bağlı yeti yitimi hastanın yaşam kalitesini doğrudan düşürmektedir [31,34]. Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği bedensel yeti yitimi, ruhsal sorunları beraberinde getirmekte, aynı zamanda günlük yaşam ve evlilik gibi sosyal fonksiyonların da kaybına neden olmaktadır [19,35]. Bu kısır döngüye bağlı olarak hastaların tedaviye uyumu bozulmakta ve yaşam kaliteleri daha da düşmektedir [32,35,36]. Bu durumda diyaliz hastalarının tedavi ve bakım süreçlerinde sağlık profesyonelleri ve aile bireyleri tarafından desteklenmesi daha da önem kazanmaktadır Aile bireyleri ve sağlık profesyonelleri tarafından desteklenen hemodiyaliz hastalarının değişen yaşamlarına uyumları kolaylaşmakta ve hastalıkla baş etmeleri artmaktadır [3,5,19,34].

2.5. Hemşirelik Bakımı ve Önemi

Zorlu bir süreç olan hemodiyalizin başlatılması ve sürdürülmesinde, başarılı sonuçların elde edilmesi ancak profesyonel bir destekle mümkün olabilir. Bu anlamda hemodiyaliz hastalarının tedavi ve bakım sürecinde hemşirelerin vazgeçilmez bir yeri vardır. Hemşireler bu süreçte bütüncül bir bakış açısı ile hemodiyaliz öncesi hazırlık, hemodiyalizi başlatma, hemodiyaliz sırasında hastayı takip etme, hemodiyalizi sonlandırma ve hemodiyaliz sonrası gözlem yapma gibi konularda temel sorumluluklara sahiptir [30,34,37,38] .

Hemşire, diyaliz hastalarına verdiği eğitim ve danışmanlık hizmeti aynı zamanda aileyi de kapsamalıdır. Nefroloji hemşireliği, böbrek hastalığını yaşayan veya risk altında olan hasta ve ailelerinin kişisel sağlık gereksinimleri üzerine odaklanmış özel bir alandır [34,35,39]. Bu alanda görev yapan hemşire renal fonksiyonları bozuk olan hastaların renal replasman tedavisinin değişik dönemlerinde bakımından, eğitiminden ve rehabilitasyonundan sorumludur [34,39].

Hemodiyaliz hemşiresi sahip olduğu profesyonel bilgi ve becerisi ile hasta ve ailesinin sürece yönelik biyopsikososyal tüm sorunlarının çözümünde etkin rol almalıdır [19,34,35,38]. Hemodiyaliz sürecinde hasta kendi bakımını üstelenebilecek hale gelene kadar, hemşire hastaya yardımcı olmalı, hasta ve aileyi bu noktada desteklemelidir [34,38,40].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel ve kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 15 Haziran - 15 Aralık 2016 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde diyalize giren 80 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların 40'ı müdahale grubuna, 40'ı ise kontrol grubuna atanmıştır. Her bir gruptaki bireyler uygulama gruplarına atanırken rastgele sayılar tablosu kullanılarak randomize seçim yapılmış ve toplamda 40 hasta müdahale, 40 hasta kontrol grubunda yer alacak şekilde örneklem grubu oluşturulmuştur.

3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Türkçe konuşup anlayabilen,
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam formu alınan,
3. 18- 74 yaş aralığında bulunan,
4. Yer ve zaman oryantasyonuna sahip olan,
5. Mekanik ventilasyon desteğinde olmayan
6. En az 3 ay hemodiyaliz tedavisi almış olan,
7. Tanılanmış psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
8. Görme ve işitme problemi olmayan hastalar, çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerini toplamak amacıyla üç form kullanılmıştır. Bunlardan ilki hastalara ait tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla "Hasta Bilgi Formu" (EK II), ikincisi Short Form -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK III) ve üçüncüsü ise Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (EK IV)'dir.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanmış olup, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, aile tipi, mesleği, gelir durumuna ilişkin bilgilerin yer aldığı sekiz soru, ikinci bölümde haftalık hemodiyaliz seans sayısı, hemodiyaliz uzunluk süresi, sigara, alkol kullanım durumunu içeren bilgilerin yer aldığı dokuz soru ve üçüncü bölümde ise; diyalize giriş ağırlığı, çıkış ağırlığı, alınan sıvı ve çıkarılan idrar miktarının kaydına olanak sağlayan çizelge bulunmaktadır.

3.4.2. Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu ölçek Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup, bireysel değerlendirmede, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. SF-36'nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kendini değerlendirme ölçeği olup; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, genel ruh sağlığı, enerji/canlılık ve genel sağlık olmak üzere sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin sekiz boyutunun ölçümünü sağlayan 36 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan ilk 5'inin aritmetik ortalaması FKS (Fiziksel Komponent Skoru) son 5'inin aritmetik ortalaması ise MKS (Mental Komponent Skoru) olarak değerlendirilmektedir. Toplan 8 komponentin aritmetik ortalaması ise toplam SF-36 skoru olarak değerlendirilebilir. Skalaların değerlendirilmesinde; her skala 0 ile 100 arasında puan ile skorlanmakta ve puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesinin de o kadar iyi olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da ölçeğin alt boyutlarına yönelik Cronbach's Alpha değerleri Çizelge 3.1'de verilmiştir. Bu değerler doğrultusunda çalışmamızda ölçeğin güvenilirliğin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 3.1. SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach's Alpha Değeri

Ölçek	Boyutlar	Cronbach's Alpha
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	0.981
	Fiziksel Rol Güçlüğü	0.961
	Emosyonel Rol Güçlüğü	0.952
	Enerji/Canlılık/Vitalite	0.892
	Ruhsal Sağlık	0.802
	Sosyal İşlevsellik	0.965
	Ağrı	0.872
	Genel Sağlık Algısı	0.883

3.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ)

Bu ölçek hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla Çınar ve Albayrak Coşar (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 24 madde ve üç alt boyut bulunmaktadır. Bilgi alt boyutu: 1.-7. sorulardan, Davranış alt boyutu 8.-18. sorulardan Tutum alt boyutu 19.-24. sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte 1 ve 2 no'lu ifadeler diyet, 3 ve 4 no'lu ifadeler ise sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk davranışını sıklık ve derece yönünden ele almaktadır. Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk sıklığı, son 14 gün içinde uyumsuz davranış gösterilen günlerin sayısı sorgulanarak değerlendirilmektedir. Diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesi ise 0-4 arasında puanlanan, Likert tipi bir yapıya sahiptir (uyumsuzluk yok =0, hafif =1, orta=2, ciddi =3 çok ciddi=4). Ölçekten alınan puanlar arttıkça hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu azalmaktadır. Bu ölçek ile Kara (2009) tarafından yapılan bir çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.70 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri Çizelge 3.2'de gösterilmiştir. Bu değerler doğrultusunda çalışmamızda ölçeğin güvenilirliğin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 3.2. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği Alt Boyutları Cronbach's Alpha Değeri

Ölçek	Boyutlar	Cronbach's Alpha
Sıvı Kontrol Ölçeği	Bilgi	0.958
	Davranış	0.946
	Tutum	0.897

3.5. Araştırmanın Planı ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı izin alınmış, araştırmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formları imzalatıp izinleri alındıktan sonra araştırmanın uygulanmasına geçilmiştir. Araştırma sürecinde hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastalara birinci, üçüncü ve altıncı aylarda olmak üzere hemodiyaliz ünitesinde toplam üç izlem gerçekleştirilmiştir. Bu izlemlerde araştırmanın veri toplama formlarının doldurulması hastalar tarafından gerçekleştirilmiştir. Okuma yazma bilmeyen katılımcıların formlarının doldurulmasında refakatçiden katkı alınmıştır. Refakatçisi bulunmayan katılımcıların formu ise araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla diyaliz ünitesinde doldurulmuştur.

Hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastalarla hemodiyaliz ünitesindeki ilk görüşmede Hasta Bilgi Formu'nun ilk iki bölümü, Short Form -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği doldurulmuştur. Ardından hasta ile birlikte gerçekleştirilecek üç izleme yönelik araştırma takvimi belirlenmiştir. Daha sonra hastaya Aldığı Çıkardığı Takibi (AÇT) eğitimi gerçekleştirilmiştir. Hasta veya yakınına gerekli bilgileri not etmek üzere küçük bir not defteri ve idrar biriktirmek amacıyla ölçülü bir idrar kabı verilmiştir. Hasta veya yakınından birinci izleme gelmeden 5 gün önce başlayarak 24 saat boyunca idrarını verilen ölçülü idrar kabına toplaması ve gün sonunda toplam idrar miktarını bireysel not defterine kaydetmesi istenmiştir. Bu şekilde

hastanın ortalama aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı saptanarak sıvı yönetimi eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

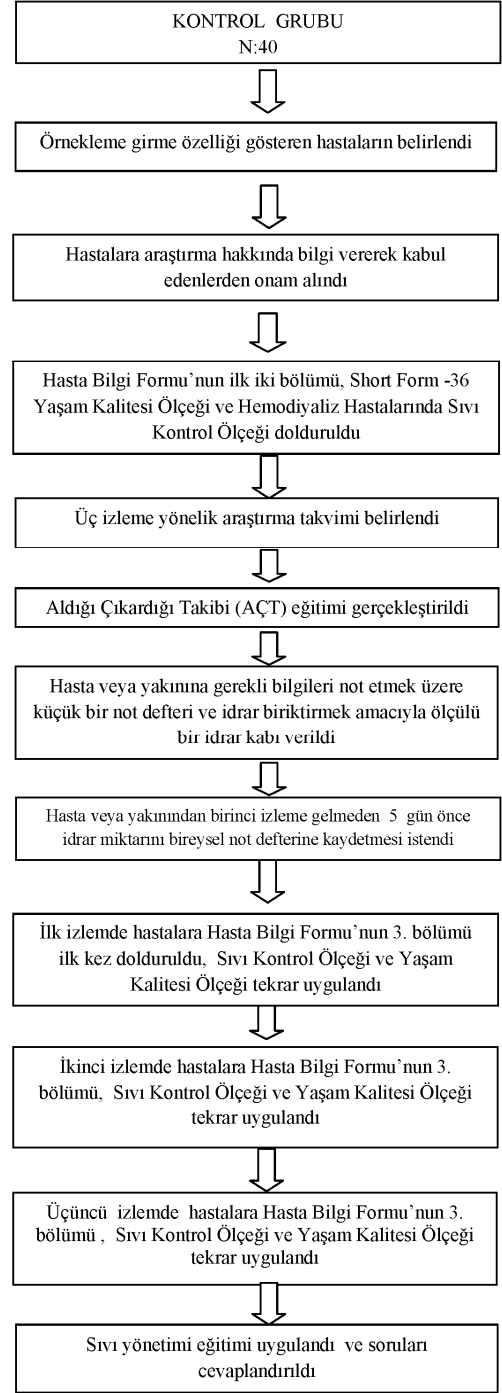
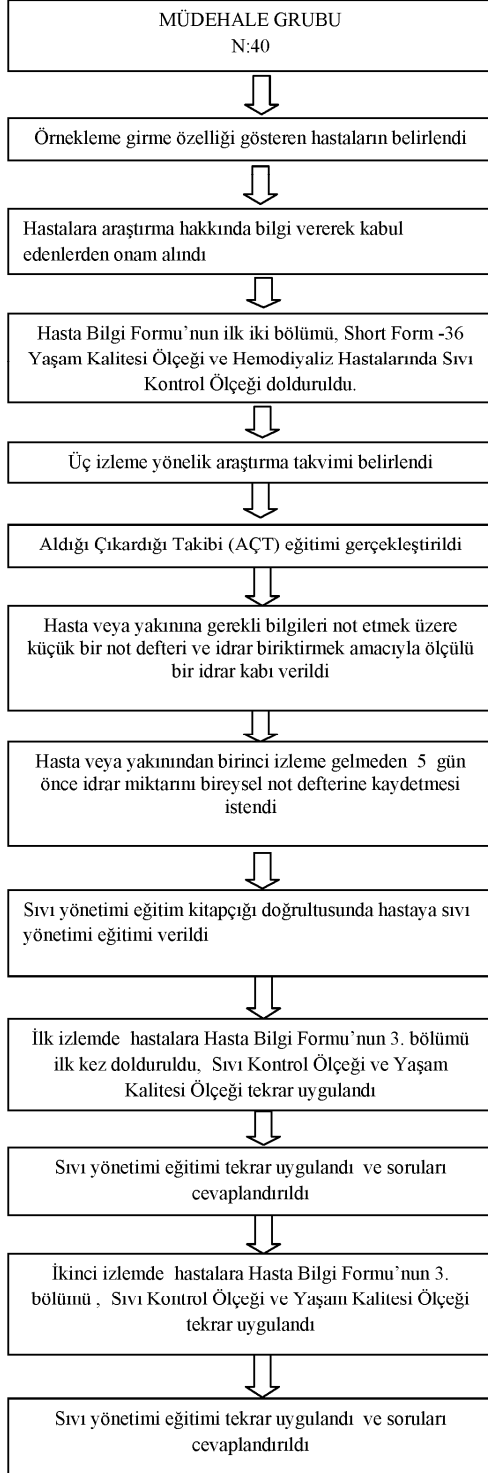
Hemodiyaliz ünitesindeki ilk görüşmede AÇT eğitiminin ardından araştırmada kullanılmak üzere literatüre dayalı olarak hazırlanan eğitim kitapçığı doğrultusunda müdahale grubundaki hastalara bireysel sıvı yönetimi eğitimi verilmiştir. Eğitimde hastanın bireysel özellikleri dikkate alınmış ve konu ile ilgili soruları cevaplandırılmıştır. Verilen eğitim yaklaşık olarak 45 dakika sürmüştür. Eğitimin sonunda kitapçık daha sonra tekrarlı kullanılmak üzere hasta veya yakınına verilmiştir.

Kitapçığın içeriğinde sıvı yönetimi kapsamında tuz oranı yüksek olan hazır konserveler ve dondurulmuş yiyecekler, pastırma, salam, sosis gibi işlenmiş etler, cips ve kraker gibi yiyecekler, hazır çorbalar ve et/tavuk bulyonlar, ev yapımı veya hazır salçalar gibi yiyeceklerden uzak durulması gerektiğine yönelik bilgiler yer almaktadır. Kitapta sıvı tüketimini azaltmak için gün boyunca içilecek suyun ölçülü bir kaba doldurması ve su tüketiminde aynı kabın kullanması gerektiği mesajı vurgulanmaktadır. Aynı zamanda buzdolabının kapağına bir kağıt yapıştırarak her su içilişinde miktarın buraya kaydedilmesi, her tür sıvı için küçük bir bardak kullanılması, tuz içeriği fazla gıdalardan uzak durulması, yemek aralarında diyetisyenin izin verdiği meyvelerden yenmesi, ağız kuruluğuna karşı, ince kesilmiş limon kabuğunun çiğnenmesi, ilaçların yemek sırasında içilen su ile alınması, susuzluk hissinden uzaklaşmak için mümkün olduğunca oyalayıcı işlerle uğraşılması, ağzın su ile çalkalanması fakat içilmemesi, sakız çiğnemesi, kışın ağız kuruluğunu önlemek için soba veya kalorifer üzerine bir kap su konulması önerilmiştir. Bununla birlikte kitapçıkta kavun, karpuz, üzüm, elma, portakal, domates, marul ve kereviz gibi birçok meyve ve sebzenin bol miktarda su içermesi nedeniyle sınırlı tüketilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Verilen eğitim ile ilk görüşme sonlandırılmıştır. İlk izlemden 6 gün önce hasta telefonla aranmış, son beş gün boyunca aldığı çıkardığı takibi yapması hatırlatılmıştır.

Belirlenen takvim doğrultusunda araştırmacı izlemlerin gerçekleştirildiği birinci, üçüncü ve altıncı ayın sonunda hemodiyaliz ünitesinde hasta ile bir araya gelmiştir. İlk izlemde kontrol grubu ve müdahale grubundaki hastalara Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümü ilk kez doldurulmuş, ikinci ve üçüncü izlemde Hasta Bilgi Formu'nun 3. Bölümü, Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümünün doldurulması için son beş günde alınan ve çıkarılan sıvı miktarına yönelik hasta veya yakınının evde kaydettiği not defterinden, son beş günün diyalize giriş ve çıkış ağırlığına yönelik hemodiyaliz ünitesi kayıtlarından yararlanılmıştır.

Müdahale grubundaki hastalara her izlem sonunda verilen eğitim tekrar edilmiş ve soruları cevaplandırılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara eğitim verilmemiş, bunun dışındaki tüm adımlar müdahale grubuyla benzer şekilde gerekleştirilmıştir.

3.6. Araştırmanın Şeması



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (veri 22.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde, ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız iki grup karşılaştırılırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Varyans Analizi, Tukey Testi; Parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde ise Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi, Khi-Kare testi, tekrarlı ölçümler arasındaki farkı belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi ve Friedman testi kullanılmış, yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmadan elde edilen verilerin çalışma kapsamında yer alan bireylerin ifadelerine dayalı olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu araştırma çalışmanın sürdürüldüğü tarihlerde Sivas Numune Hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (2016-05/28) (Ek-5) Sivas Numune Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

Araştırma kapsamındaki hastalar bilgilendirilmiş onam ilkesine göre bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı olarak onamları alınmıştır (Ek-5,Ek-6). Haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı ve kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna saygı” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1a Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Demografik Verilerine Göre Dağılımı

Özellikler	Kontrol (n=40)	%	Müdahale (n=40)	%	P
Yaş					
20-40	2	6	4	10	0.639
40-60	25	62	22	56	
60+	13	32	14	36	
Cinsiyet					
Kadın	15	38	20	50	0.26
Erkek	25	62	20	50	
Medeni Durum					
Evli	29	72	27	60	0.887
Bekar	11	28	25	40	
Eğitim					
Okur-Yazar Değil	12	30	13	32	0.919
Okur-Yazar	14	36	14	36	
İlköğretim	8	20	9	22	
Hayır	10	26	11	28	0.799
Evet	30	76	29	72	
Bakım Sağlayan Kişi					
Kızı	6	16	2	6	0.446
Kardeş	1	2	1	2	
Gelin	6	16	9	22	
Eş	16	40	13	32	
Anne	1	2	4	10	
Yok	10	26	11	28	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	25	62	28	70	0.752
Geniş Aile	7	18	5	12	
Parçalanmış Aile	8	20	7	18	
Meslek					
İşçi	4	10	4	10	0.79
Memur	3	8	2	4	
Emekli	9	22	6	16	
Ev Hanımı	11	28	17	42	
Serbest Meslek	13	32	11	28	
Gelir Düzeyi					
Gelir Gidere Gore Yüksek	3	8	2	4	0.889
Gelir Gider Eşit	14	36	15	38	
Gelir Gidere Gore Az	23	58	23	58	

Kontrol-müdahale grupları cinsiyete göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Araştırma

kapsamında yer alan katılımcıların büyük çoğunluğu 40-60 yaş aralığında olup, bu oranlar kontrol grubunda %62 ve müdahale grubunda %44'tür. Katılımcıların kontrol grubunda %62'si erkek, %38'i kadın iken, müdahale grubunda bu oranlar sırası ile %50 ve %50'dir. Katılımcıların kontrol grubunda %72'sinin medeni durumu evli iken müdahale grubunda bu oran %54'tür. Araştırmamızda kontrol grubunun ve müdahale grubunun %18'ini okur-yazar bireyler oluşturmaktadır. Kontrol grubunda bakımda dışa bağımlı bireylerin oranı %60 ve bakım sağlayan kişi en çok %32'lik oranla eş iken, müdahale grubunda bu oranlar sırası ile %72 ve %28'dir. Kontrol grubundaki bireylerin %62'si çekirdek aile yapısına sahip iken, müdahale grubunda bu oran %70 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kontrol grubundaki katılımcıların meslek tipi ve gelir düzeyi sırasıyla incelendiğinde %32'sinin serbest meslek ve %58'inin gelirinin giderine göre daha az olduğu, müdahale grubunda ise %42'inin ev hanımı ve %58'inin kontrol grubunda olduğu gibi gelirinin giderine göre daha az olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1b Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Hemodiyalize İlişkin Özelliklerine Göre Dağılım

Özellikler	Kontrol (n=40)	%	Müdahale (n=40)	%	P
Haftalık Diyaliz Seansı					
2	8	20	6	15	0.556
3	32	80	34	85	
Diyaliz Süresi					
4 Saat	34	84	34	84	1
4 Saat ve Üzeri	6	16	6	16	
Meyve Suyu Tüketimi					
Tüketen	23	58	22	56	0.822
Tüketmeyen	17	42	18	44	
Asitli İçecek Tüketme					
Tüketen	28	70	29	72	0.805
Tüketmeyen	12	30	11	28	
Diğer Sıvı Tüketimi*					
Tüketen	39	98	38	96	0.556
tüketmeyen	1	2	2	4	
Hemodiyaliz Eğitim Alma Durumu					
Alan	2	6	2	4	1
Almayan	38	96	38	96	
Ailede Hemodiyaliz Hastası Olma Durumu					
Evet	15	38	12	30	0.478
Hayır	25	62	28	70	
Hemodiyalize Bağlı Problem Yaşama Durumu					
Evet	33	82	30	74	0.412
Hayır	7	18	10	26	
Sigara Tüketimi					
Hayır	34	86	35	88	0.745
Evet	6	14	5	12	
Alkol Tüketimi					
Hayır	38	96	38	96	1
Evet	2	4	2	4	

*Diğer sıvılar (çay, kahve vb.)

Araştırmaya katılan bireylerin diyaliz seansı ve diyaliz süresi incelendiğin de, kontrol grubundaki hastaların %64'ünün, müdahale grubundakilerin ise, %68'inin haftada üç seans diyaliz tedavisi aldıkları ve her iki grupta bu tedavinin %68 oranında, dört saat sürdürdüğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin meyve suyu, asitli içecek ve diğer sıvıların tüketimi sorgulandığında kontrol grubundaki hastaların sırasıyla %46, %56 ve %78'si tüketmiyoruz cevabını vermişlerdir. Müdahale grubunu oluşturan hastalarda bu oranlar sırasıyla %56, %72 ve %96'dir.

Araştırmaya katılanların hemodiyaliz eğitimi alma durumu sorgulandığında kontrol ve müdahale grubundaki hastaların %96'i hayır cevabını vermişlerdir. Araştırmaya katılanların ailede başka hemodiyaliz hastası olma durumu sorgulandığında, kontrol grubu %62 oranında, müdahale grubu ise %70 oranında hayır cevabı vermiştir. Hemodiyalize bağlı problem yaşama durumuna bakıldığında, kontrol grubundaki hastaların %82'si, müdahale grubundakilerin ise %76'sı hemodiyalize ilişkin problem yaşadığını belirtmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin %86'sı ve müdahale grubundaki bireylerin %88'i sigara tüketmediğini belirtmiştir. Araştırmada alkol tüketmeyen bireylerin oranı ise, her iki grupta da %96 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1c Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların İzlem Öncesi ve Ardışık Üç İzleme Göre Aldığı-Çıkardığı Sıvı Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U Testi Sonucu (p)
İzlem Öncesi			
Aldığı Sıvı*	2.140±630 Min 1000, Max 3000	2.000±0.59 Min 1000, Max 3000	0.330
Çıkan Sıvı*	510±200 Min 100, Max 1000	530±250 Min 100, max 1000	0.511
1.İzlem			
Aldığı Sıvı*	2.150±730 Min 1000, Max 3000	1.640±480 Min 1000, Max 3000	<0.001
Çıkan Sıvı*	490±0.26 Min 100, Max 1000	540±270 Min 100, Max 1000	0.377
2.İzlem			
Aldığı Sıvı*	2.150±730 Min 1000, Max 3000	1.450±0.35 Min 1000, Max 2000	<0.001
Çıkan Sıvı*	490±0.25 Min 100, Max 1000	530±240 Min 100, Max 1000	0.345
3.İzlem			
Aldığı Sıvı*	2.230±720 Min 1000, max 3000	1.080±0.72 Min 1000, Max 3000	0.360
Çıkan Sıvı*	480±240 Min 100, max 1000	510±280 Min 100, Max 1000	0.770
Friedman F Testi Sonucu (p)			
Aldığı Sıvı*	0.100	<0.001	
Çıkan Sıvı*	0.943	0.033	

*Sıvı miktarı mililitre cinsinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1c’de çalışmaya dahil olan katılımcıların izlem öncesi ve ardışık üç izlemde aldıkları ve çıkardıkları sıvı miktarları dağılımı yer almaktadır. Kontrol grubunun kendi içerisindeki analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Tablo 4.1c’e bakıldığında kontrol grubunun aldığı sıvı miktarının ilerleyen ölçümlerde değişmediği anlaşılmaktadır. Birinci ve ikinci izlemde kontrol grubundaki katılımcıların ortalama olarak aldıkları sıvı miktarının 2.140 ml olduğu saptanmıştır. Üçüncü izlemde ise ortalama olarak aldıkları sıvı miktarı 2.230 ml’ye ulaşmıştır. Böylelikle kontrol grubundaki katılımcılarının aldıkları sıvı miktarında değişme olmadığı ardışık üç izlemde tespit edilmiştir. Buna karşın müdahale grubunun ardışık üç izlemdeki aldığı -

çıkardığı sıvı miktarının ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. ($p<0.05$). Bu bulgu dahilinde kontrol grubunun aksine müdahale grubunun aldığı sıvı miktarı devam eden süreçte kontrollü bir şekilde azalmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmada sıvı alım miktarı yönünden müdahale ve kontrol grubu arasında birinci ve ikinci izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p<0.05$), diğer ölçümlerde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Bulgular doğrultusunda birinci ve ikinci izlemlerde kontrol grubundaki katılımcıların müdahale grubundaki katılımcılara göre daha fazla sıvı aldıkları gözlenmiştir.

Tablo 4.2 Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların İzlem Öncesi ve Ardışık Üç İzlemede Giriş ve Çıkış Ağırlığı Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U Testi Sonucu (p)
(İzlem Öncesi)			
Gir. Ağırlık	68.95±11.23 Min 44.44, Max 93.14	70.09±10.49 Min 44.44, Max 101.84	<0.001
Çık. Ağırlığı	66.22±11.63 Min 41.18, Max 89.68	67.45±10.44 Min 41.18, Max 97.66	0.004
1.İzlem			
Gir. Ağırlık	69.96±12.00 Min 44, Max 95.8	69.28±11.27 Min 44, Max 101.9	0.718
Çık. Ağırlığı	68.39±12.74 Min 41, Max 92.1	67.41±10.90 Min 41, Max 97.6	0.714
2.İzlem			
Gir. Ağırlık	69.87±11.99 Min 44.2, Max 95.8	69.37±11.29 Min 43.8, Max 101.8	0.820
Çık. Ağırlığı	68.29±12.73 Min 41.3, Max 93.5	67.27±10.95 Min 41, Max 97.5	0.815
3.İzlem			
Gir. Ağırlık	69.18±12.27 Min 44.2, Max 95.8	69.26±11.25 Min 44.2, Max 102	0.715
Çık. Ağırlığı	68.19±13.10 Min 41.3, Max 93	67.55±10.95 Min 41.3, Max 97.8	0.630
Friedman F Testi Sonucu (p)			
Gir. Ağırlık	0.884		<0.001
Çık. Ağırlığı	0.2		<0.001

Tablo 4.2’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem öncesi ve ardışık üç izlemede giriş ve çıkış ağırlığı ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Kontrol grubunun kendi içindeki analizinde ardışık üç izleme ait giriş - çıkış ağırlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablo incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların izlem öncesi ortalama giriş ağırlığı 68.95 kg iken, üçüncü izlemede bu ortalamanın 69.18 kg’a kadar yükseldiği, ancak ardışık üç izlemede giriş – çıkış ağırlıklarının değişmediği görülmektedir. Aksine müdahale grubunda izlem öncesi giriş ağırlığı ortalaması 70.09 kg iken, üçüncü izlemede bu ortalama 67.55 kg’a kadar düşmüş ve ardışık üç izlemedeki giriş ağırlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Gruplar arası karşılaştırmada ise, giriş ve çıkış ağırlığı ortalamaları arasında izlem öncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.05$) iken, ardışık üç izlemde saptanan fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Fiziksel Fonksiyon	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	20.75±22.83 min25.00(0)*, Max 50.00 (100)*	16.25±21.27 Min 35.00(0)*, Max 50.00 (100)*	0.632
1.İzlem	19.50±22.55 Min 25.00, Max 50.00	17.50±21.75 Min 35.00, Max 50.00	0.967
2.İzlem	23.25±23.41 Min 25.00, Max 65.00	45.75±11.35 Min 35.00, Max 50.00	<0.001
3.İzlem	22.13±23.34 Min 25.00, Max 60.00	47.13±16.79 Min 35.00, Max 70.00	<0.001
Friedman F (p)	0.359	<0.001	

* Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.3’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu puan ortalaması 20.75±22.83 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 19.50±22.55, 23.25±23.41, 22.13±23.34 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 16.25±21.27, 17.50±21.75, 45.75±11.35, 47.13±16.79 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü Rol Güçlüğü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Fiziksel Rol Güçlüğü	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	31.25±45.20 Min 35.00(0)*, Max 100.00 (100)*	22.50±42.29 Min 35.00 (0)*, Max 100.00 (100)*	0.292
1.İzlem	28.75±44.05 Min 35.00, Max 100.00	25.00±43.85 Min 35.00, Max 100.00	0.583
2.İzlem	38.13±46.34 Min 35.00, Max 100.00	78.75±33.76 Min 35.00, Max 100.00	<0.001
3.İzlem	36.25±47.01 Min 35.00, Max 100.00	86.25±30.46 Min 35.00, Max 100.00	<0.001
Friedman F (p)	0.169	<0.001	

* Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutundan alına minimum ve maksimum değerler

Tablo 4.4’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalaması 31.25±45.20 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 28.75±44.05, 38.13±46.34, 36.25±47.01 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 22.50±42.29, 25.00±43.85, 78.75±33.76, 86.25±30.46 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Emosyonel Rol Güçlüğü	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	34.17±46.83 Min 24.00(0)*, Max 100.00(100)*	20.00±38.34 Min 28.00(0)*, Max 100.00(100)*	0.182
1.İzlem	31.67±45.88 Min 24.00, Max 100.00	27.50±43.29 Min 28.00, Max 100.00	0.745
2.İzlem	37.50±47.25 Min 24.00, Max 100.00	80.00±38.34 Min 28.00, Max 100.00	<0.001
3.İzlem	36.67±47.62 Min 24.00, Max 100.00	82.50±38.48 Min 28.00, Max 100.00	<0.001
Friedman F (p)	0.392	<0.001	

* Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutundan alına minimum ve maksimum değerler

Tablo 4.5’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu puan ortalaması 34.17±46±83 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile, 31.67±45.88 37.50±47.25, 36.67±47.62 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Emosyonel Rol Güçlüğü Alt boyutu puan ortalamaları sırası ile

20.00±38.34, 27.50±43.29, 80.00±38.34, 82.50±38.48 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05) Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0.05), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 4.6. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Enerji/ Canlılık/ Vitalite Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Enerji/ Canlılık/ Vitalite	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann- Whitney U (p)
İzlem Öncesi	51.13±14,83 Min 25.00(0)*, Max 80.00(100)*	45.50±12,80 Min 25.00(0)*, Max 80.00(100)*	0.099
1.İzlem	49.88±14,43 Min 25.00, Max 80.00	46.25±13,90 Min 25.00, Max 80.00	0.257
2.İzlem	51.00±13,12 Min 25.00, Max 80.00	54.88±10,53 Min 40.00, Max 80.00	0.130
3.İzlem	50.13±13,94 Min 25.00, Max 80.00	56.75±15,21 Min 30.00, Max 80.00	0.046
Friedman F (p)	0,919	<0.001	

* Enerji/ Canlılık/ Vitalite Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.6’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) ölçeği Enerji/ Canlılık/ Vitalite alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Enerji/ Canlılık/ Vitalite alt boyutu puan ortalaması 51.13±14±83 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile, 49.88±14.43 51.00±13.12, 50.13±13.94 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Enerji/ Canlılık/ Vitalite alt boyutu puan ortalamaları sırası ile

45.50±12.80, 46.25±13.90, 54.88±10.53, 56.75±15.21 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve ardışık üç izlem boyunca her iki gruba ait Enerji/ Canlılık/ Vitalite alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.7. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Ruhsal Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Sağlık	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	43.60±8,58 Min 28.00(0)*, Max 52.00(100)*	41.40±10,11 Min 28.00(0)*, Max 52.00(100)*	0,553
1.İzlem	44.20±8,87 Min 28.00, Max 52.00	42.60±9,86 Min 28.00, Max 52.00	0,623
2.İzlem	44.00±8,35 Min 28.00, Max 60.00	48.50±3,76 Min 40.00, Max 56.00	0,026
3.İzlem	43.80±8,35 Min 28.00, Max 52.00	49.40±9,61 Min 40,00, Max 68,00	0,007
Friedman F (p)	0,635	0,039	

*Ruhsal Sağlık Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.7’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) ölçeği Ruhsal Sağlık alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Ruhsal Sağlık alt boyutu puan ortalaması 43.60±8.58 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 44.20±8.87, 44.00±8.35, 43.80±8.35 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Ruhsal Sağlık alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 41.40±10.11, 42.60±9.86, 48.50±3.76, 49.40±9.61 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve ardışık üç izlem boyunca her iki gruba ait Ruhsal Sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Sosyal Fonksiyonellik Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Fonksiyonellik	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	56.56±12,97 Min 37.50(0)*, Max 87.50(100)*	56.56±12.66 Min 37.50(0)*, Max 87.50(100)*	0,962
1.İzlem	56.88±12,96 Min 37.50, Max 87.50	57.81±13.18 Min 37.50, Max 87.50	0,875
2.İzlem	55.63±13,85 Min 37.50, Max 87.50	60.94±16.79 Min 37.50, Max 87.50	0,243
3.İzlem	56.25±13,28 Min 37.50, Max 87.50	65.63±17.39 Min 37.50, Max 87.50	0,028
Friedman F (p)	0,137	0,026	

* Sosyal Fonksiyonellik Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.8’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Sosyal Fonksiyonellik alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Sosyal Fonksiyonellik alt boyutu puan ortalaması 56.56±12.97 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 56.88±12.96, 55.63±13.85, 56.25±13.28 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Sosyal Fonksiyonellik alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 56.56±12.66, 57.81±13.18, 60.94±16.79, 65.63±17.39 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve ardışık üç izlem boyunca her iki gruba ait Sosyal Fonksiyonellik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Ağrı Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ağrı	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	45.81±11.77 Min 32.50(0)*, Max 77.50(100)*	56.56±12.66 Min 32.50(0)*, Max 67.50(100)*	0.161
1.İzlem	46.06±11.64 Min 32.50, Max 77.50	42.63±11.32 Min 32.50, Max 67.50	0.416
2.İzlem	46.88±12.66 Min 32.50, Max 77.50	58.25±13.42 Min 32.50, Max 100.00	<0.001
3.İzlem	45.75±11.84 Min 32.50, Max 77.50	67.31±13.33 Min 37.50, Max 77.50	<0.001
Friedman F (p)	0.395	<0.001	

* Ağrı Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.9’da kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Ağrı alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Ağrı alt boyutu puan ortalaması 45.81±11.77 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 46.06±11.64, 46.88±12.66, 45.75±11.84 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Ağrı alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 56.56±12.66, 42.63±11.32, 58.25±13.42, 67.31±13.33 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05) Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0.05), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 4.10. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Genel Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Genel sağlık	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	38.75±11.37 Min 5.50(0)*, Max 55.00(100)*	35.38±11.40 Min 5.00(0)*, Max 60.00(100)*	0.139
1.İzlem	39.00±11.50 Min 5.00, Max 55.00	37.13±12.35 Min 5.50, Max 60.00	0.360
2.İzlem	39.13±11.49 Min 5.00, Max 55.00	43.38±6.03 Min 25.00, Max 55.00	0.043
3.İzlem	38.25±11.58 Min 5.00, Max 55.00	47.63±5.99 Min 35.00, Max 60.00	<0.001
Friedman F (p)	0.200	<0.001	

* Genel Sağlık Algısı Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.10’da kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Genel Sağlık alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Genel Sağlık alt boyutu puan ortalaması 38.75±11.37 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 39.00±11.50, 39.13±11.49, 38.25±11.58 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Genel Sağlık alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 35.38±11.40, 37.13±12.35, 43.38±6.03, 47.63±5.99 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi, birinci izlem ve ikinci izlemde her iki gruba ait Genel Sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bilgi	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	1.664±.50 Min 1.50(0)*, Max 2.86(4)*	1.600±.31 Min 1.14(0)*, Max 2.14(4)*	0.683
1.İzlem	1.625±.48 Min 1.00, Max 2.86	1.582±.39 Min 1.00, Max 2.70	0.818
2.İzlem	1.686±.48 Min 1.00, Max 2.86	1.196±.26 Min 1.00, Max 2.14	<0.001
3.İzlem	1.646±.49 Min 1.00, Max 2.86	1.207±.23 Min 1.00, Max 2.00	<0.001
Friedman F (p)	0.706	<0.001	

* Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

**Bilgi Alt Boyutu puan ortalamalarındaki artış sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu göstermektedir

Tablo 4.11’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Bilgi alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Bilgi alt boyutu puan ortalaması 1.664±0.5 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 1.625±0.48, 1.686±0.48, 1.646±0.49 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Bilgi alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 1.600±0.31, 1.582±0.39, 1.196±0.26, 1.207±0.230 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Bilgi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunmazken ($p>0.05$), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Davranış	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	1.686±.38 Min 1.09(0)*, Max 2.55(4)*	1.720±.24 Min 1.27 (0)*, Max 2.55(4)*	0.646
1.İzlem	1.705±.39 Min 1.09, Max 2.55	1.666±.24 Min 1.18, Max 2.55	0.622
2.İzlem	1.641±.37 Min 1.09, Max 2.55	1.225±.26 Min 1.00, Max 2.27	<0.001
3.İzlem	1.680±.38 Min 1.09, Max 2.55	1.189±.24 Min 1.00, Max 1.82	<0.001
Friedman F (p)	0.622	<0.001	

* Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

**Davranış Alt Boyutu puan ortalamalarındaki artış sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu göstermektedir

Tablo 4.12’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Davranış alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Davranış alt boyutu puan ortalaması 1.686±0.38 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 1.705±0.39, 1.641±0.37, 1.680±0.38 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Davranış alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 1.720±0.24, 1.666±0.24, 1.225±0.26, 1.189±0.24 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Davranış alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ikinci ve uuncu izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark vardır ($p<0.05$).



Tablo 4.13. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tutum	Kontrol X±SD	Müdahale X±SD	Mann-Whitney U (p)
İzlem Öncesi	1.779±.36 Min 1.17(0)*, Max 2.50(4)*	1.808±.23 Min 1.33 (0)*, Max 2.33(4)*	0.538
1.İzlem	1.763±.36 Min 1.17, Max 2.50	1.721±.24 Min 1.17, Max 2.33	0.895
2.İzlem	1.792±.38 Min 1.17, Max 2.67	1.338±.25 Min 1.00, Max 2.33	<0.001
3.İzlem	1.779±.37 Min 1.17, Max 2.50	1.217±.25 Min 1.00, Max 2.00	<0.001
Friedman F (p)	0.572	<0.001	

* Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum Alt Boyutundan alınan minimum ve maksimum değerleri

**Tutum Alt Boyutu puan ortalamalarındaki artış sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu göstermektedir

Tablo 4.13’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği Tutum alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda izlem öncesi Tutum alt boyutu puan ortalaması 1.779±0.36 olarak saptanmış ve ardışık üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 1.763±0.36, 1.792±0.38, 1.779±0.37 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Buna karşın müdahale grubunda izlem öncesi ve ardışık üç izlemde Tutum alt boyutu puan ortalamaları sırası ile 1.808±0.23, 1.721±0.24, 1.338±0.25, 1.217±0.25 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, izlem öncesi ve birinci izlemde her iki gruba ait Davranış alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0.05), ikinci ve üçüncü izlemde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi ve Sıvı Kontrol Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu

Ölçek	İzlem	SF-36			
		İzlem Öncesi	1.İzlem	2.İzlem	3.İzlem
Sıvı Kontrol Ölçeği	İzlem Öncesi	r= -0,583 p<0,001			
	1.İzlem		r= -0,588 p<0,001		
	2.İzlem			r= -0,694 p<0,001	
	3.İzlem				r= -0,720 p<0,001

Korelasyon analizi ile sıvı kontrolü ve SF-36 ölçeklerinin aynı izlemleri arasında istatistik olarak ilişki oluşu olmadığı incelenmiştir. Buna göre her izlemde ölçekler arasında anlamlılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). İzlem öncesi ve birinci izlemlerdeki sıvı kontrol ve SF-36 ölçekleri arasında orta dereceli ve negatif yönlü ilişki görülmüştür ($p<0,05$). İkinci ve üçüncü izlemlerdeki sıvı kontrol ve SF-36 ölçekleri arasında yüksek ve negatif yönlü ilişki görülmüştür ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin, sıvı kontrolü diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladığımız çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların demografik ve bireysel özellikleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış olup ($p>0.05$), hastaların genel demografik ve hemodiyalize ilişkin bireysel özellikleri birbirine yakın niteliktedir. Hastaların büyük çoğunluğu erkek ve 20-40 yaş aralığındadır (Tablo 4.1a; Tablo 4.1b). Literatürde elde edilen sonuçlar da bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir [5,14]

Hemodiyaliz hastalarının hastalıkları ve tedavi sürecine yönelik eğitim almaları tedaviye uyumları, komplikasyonlardan korunmaları ve kendi bakımının sorumluluklarını üstlenmeleri boyutuyla önemli bir yere sahiptir [2,3,5,10]. Ancak çalışmamızda yer alan hastaların büyük çoğunluğunun başlangıçta hastalığı ve hemodiyaliz sürecine yönelik eğitim almadıkları saptanmıştır [Tablo1.b]. Kaya (2013), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (2009)'ın yaptıkları çalışmalarında da katılımcılarının büyük çoğunluğunun tedavinin başlangıcında hemodiyaliz ile ilgili eğitim almadıkları bildirilmiştir [34]. Dolayısıyla çalışma bulgularımız ve literatür doğrultusunda [3,5,14] hemodiyaliz hastalarının gelecekte yaşayacakları zorlu sürece hazırlıkta yeterince desteklenemedikleri ve bu süreçte yaşayacakları sorunlarla baş başa kaldıkları söylenebilir. Oysa hemodiyaliz sürecinde, başarılı sonuçların elde edilmesi ancak profesyonel bir destekle mümkündür. Bu anlamda hemodiyaliz hastalarının tedavi ve bakım sürecinde hemşirelerin vazgeçilmez bir önemi vardır. Hemşireler bu süreçte bütüncül bir bakış açısı ile hemodiyaliz öncesi hazırlık, hemodiyalizi başlatma, hemodiyaliz sırasında hastayı takip etme, hemodiyalizi sonlandırma ve hemodiyaliz sonrası süreci yönetme konularında hasta ve ailesine destek ve danışmanlık sağlar [30,34,37,38]. Hemodiyaliz hemşiresi sahip olduğu profesyonel bilgi ve becerisi ile hasta ve ailesinin sürece yönelik biyopsikososyal tüm sorunlarının çözümünde aktif rol alarak hastaların baş etmelerini güçlendirir [19,34,35,38].

Hemodiyaliz hastalarında iki diyaliz seansı arasındaki kilo artışı, kuru ağırlığın %5,7'sinden fazla ise interdialitik kilo alımında uyumsuzluk olarak tanımlanmaktadır [7,9,22]. Hemodiyaliz tedavisindeki tüm gelişmelere rağmen iki diyaliz seansı arasındaki aşırı sıvı alımı hala ciddi bir sorun olarak gösterilmektedir [2,23,18,20]. Oysa çalışmamız kapsamında yer alan müdahale grubuna tedavi sürecinin başlangıcında verilen sıvı yönetimi eğitimi ile diyaliz sürecinde etkili bir sıvı yönetimi başarılmıştır. Araştırma sürecinde gerçekleştirilen ardışık üç izlemde müdahale grubunda yer alan hastalarda alınan sıvı miktarının izlem öncesine göre kontrollü olarak azaldığı, alınan - çıkarılan sıvı miktarı ortalamaları ve diyalize giriş - çıkış kuru ağırlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.005$) (Tablo 4.1c; Tablo 4.2). Literatürde yer alan ve çalışmamızla paralellik gösteren araştırmalarda da hemodiyaliz hastalarına başlangıçta verilen sıvı yönetimi eğitiminin ilerleyen süreçte sıvı kontrolünde etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır [5,46, 34,38].

Diyaliz hastaları yaşamlarını devam ettirebilmek için hemodiyaliz tedavisi almak ve zamanların büyük bir kısmını hemodiyaliz ünitelerinde geçirmek zorundadır [4,5,14,16,18]. Bu durum da beraberinde hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır [5,19,24,25,2630,35]. Bu bağlamda çalışmamız kapsamında yer alan hastaların büyük çoğunluğu da haftada dört seans olmak üzere hemodiyalize girmekte ve zamanlarının önemli bir kısmını hemodiyaliz ünitelerinde geçirmektedir. Tüm bu süreç hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Nitekim çalışmamızda eğitim süreci öncesinde hem kontrol hem de müdahale grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeceği alt boyutları olan Enerji/ Canlılık/ Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal Fonksiyonellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puan ortalamaları oldukça düşük bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim sonrası müdahale grubunda ardışık üç izlemde yaşam kalitesi puan ortalamaları kademeli olarak yükselmiş ve bu yükseliş istatistiksel olarak önemlilik göstermiştir ($p<0.005$). Ancak bu süreçte kontrol grubunun bu alt boyut puan ortalamalarında bir değişme olmamış ve puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$). [Tablo 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11]. Literatür incelendiğinde de, sıvı kontrolü [5,46] ve genel diyaliz eğitimi [5,19,34,37] verilen hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin önemli düzeyde yükseldiği görülmüştür.

Araştırmamız kapsamında yer alan hastaların sıvı kontrolüne ilişkin değerlendirmelerde aynı zamanda Sıvı Kontrol Ölçeği de kullanılmıştır. Sıvı Kontrol Ölçeğinin Bilgi, Davranış ve Tutum olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların izlem öncesi ve ardışık üç izlemde bu alt boyutlara yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark ($p>0.005$) ve değişim görülmemişken, müdahale grubunda izlem öncesine göre bilgi, tutum ve davranışların olumlu düzeyde artış gösterdiği, sıvı kısıtlamasına uyumunun arttığı ve bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.005$) Aynı zamanda hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak önemli düzeyde ($p<0.005$) ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tablo4.15). Bu bağlamda hastaların sıvı kısıtlamasına uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de yükseldiği görülmüştür.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları incelendiğinde, kontrol ve müdahale grupları arasında sosyo demografik ve bireysel özellikler yönünden istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış ve her iki grupta yer alan katılımcıların benzer özelliklere sahip olduğu tespit edilmiştir bu bağlamda, hastaların büyük çoğunluğu erkek (%62), 32-62 yaş aralığında, okur-yazar, evli, çekirdek aile yapısına sahip ve gelir seviyesi giderine oranla daha azdır (Tablo 4.1a).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların hemodiyalize ilişkin özellikleri incelendiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğunun haftada 3 seans hemodiyalize girdikleri ve her bir diyaliz seans süresinin yaklaşık olarak 4 saat olduğu saptanmıştır. Bunun yanında katılımcıların büyük bir kısmı asitli içecekler tüketmekte ve sigara kullanmaktadır (Tablo 4.1b).

Çalışmaya dahil edilen hastaların aldığı sıvı miktarları grup içi karşılaştırıldığında, izlem öncesi ve ardışık üç izlemde kontrol grubunun aldığı sıvı miktarı kendi içinde çok değişmemiş ve alınan sıvı miktarına yönelik ortalamalar arasında istatistiksel olarak önemi bir fark saptanmamıştır ($p>0.005$). Bununla birlikte müdahale grubundaki katılımcıların aldığı sıvı ortalamaları, kontrol grubunun aksine birinci ve ikinci izlemde kademeli olarak azalmış ve bu ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.005$) Katılımcıların gruplar arası karşıştırmalarında ise, müdahale ve kontrol grubunun izlem öncesi aldıkları sıvı ortalamaları birbirine yakın olup, aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark yok iken, birinci ve ikinci izlemde müdahale grubunun aldığı sıvı miktarı istatistiksel olarak önemli düzeyde azalmıştır ($p<0.005$). (Tablo 4.1c).

Gruplar arasında fark analizi sonuçları; izlem öncesi ve birinci izlem değerleri incelenmiş ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Kontrol ve müdahale grupları arasında 2 ve 3. İzlem değerleri farklıdır. Grupların kendi içlerinde farklılıklarına bakıldığında kontrol grubunda bir fark görülmezken, müdahale grubunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğine göre emosyonel rol güçlüğü ve alt boyutlarına göre izlem öncesi ve ilk izlenimleri gruplar arasında bir fark oluşturmamaktadır. Aralarındaki fark ikinci izlenimde tespit edilmiştir. Yine aynı ölçeğin enerji canlılık ve vitalite alt boyutlarına bakıldığında, izlem öncesi ve ilk izlem arasında gruplar arası fark yok iken, üçüncü izlem arasında fark tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeğinde bulunan genel sağlık algısı ve alt boyutlarının sonuçları ise, izlem öncesi ve ilk izlem sırasında gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark ikinci ve üçüncü izlem değerleri arasında görülmektedir.

Sıvı kontrol ölçeğinin bilgi, davranış ve tutum olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların izlem öncesi ve ardışık üç izlemde bu alt boyutlara yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark ($p>0.005$) ve değişim görülmemişken, müdahale grubunda izlem öncesine göre bilgi, tutum ve davranışların olumlu düzeyde artış gösterdiği, sıvı kısıtlamasına uyumunun arttığı ve bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.005$) Aynı zamanda hastaların Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde ($p<0.005$) ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15).Bu bağlamda hastaların sıvı kısıtlamasına uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de yükseldiği görülmüştür.

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

Hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları zorlu süreçlerinde zamanla kısıtlamadan bunaldıkları ve bu durumla baş etmede zorlandıkları göz önüne alındığında, hemşireler tarafından verilen tekrarlı eğitimlerle bilgi gereksinimlerinin karşılanması ve bu sürece yönelik anlayışlarının

güçlendirilmesi, yaşam boyu sürecek olan davranış değişikliklerinde sadece profesyonel eğitim ile belli düzeyde bir farkındalık ve davranış değişikliğinin sağlanabildiği göz önüne alındığında, bireyi ve davranış değişikliğini yaşam boyu güçlendirecek aile desteği ve diğer destekleyici faktörlerin de devreye sokulması önerilebilir.



KAYNAKÇA

1. Birol L, Akdemir N, Bedük T, (1997), İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No.6, Geliştirilmiş VI, Baskı, Dizgi: Lotus Yayıncılık, Baskı: Sanem Matbaası, Ankara.
2. Akpolat T, Sungur C, (2007), Böbreklerin Temel Fonksiyonları ve Düzenlenmesi Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G.(eds) Nefroloji El Kitabı (4. Baskı) Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
3. Pehlivan F, (2013), Hemodiyaliz Hastalarında Karakter Mizaç Özellikleri ve Yaşam Kalitesi, Kocatepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
4. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A, (2009), Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
5. Çakır S, (2013), Hemodiyaliz Hastalarında Tıbbi Beslenme Tedavisi Eğitiminin Yaşam Kalitelerine ve Bilgi Düzeylerine Etkileri, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
6. Akpolat T, Utaş C, (2005), Günlük Nefroloji ve Böbrek Yetmezliğinde İlaç Kullanımı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.
7. NIH Consensus Development Conference Panel, (1994), Morbidity and mortality of renal dialysis: An NIH Consensus Conference statement. *Annals of Internal Medicine*, 121(1) : 62-70.
8. Apucu G, (2007), Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hemodiyaliz Öncesi ve Sonrası Troponin I Düzeylerinin Karşılaştırılması, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
9. Littlewood J, Hardiker P, Pedley J, and Olley D, (1990), Coping With Home Dilaysis. *Human Relations*, 43(2): 103-111.
10. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, (2007), Handbook of Dialysis. Diyaliz El Kitabı, 3th ed, (Çeviren: Bozfakioğlu S.) Güneş Kitabevi, Ankara.

11. Sen A, Sever A, Karakoc A, (2004), Periton Diyalizi Uygulamaları Eczacıbaşı – Baxter, İstanbul.
12. Harrington JD, Brener ER, (1973), Hemodialysis In Patient Care In Renal Failure: Saunders Monographs in Clinical Nursing- 5 (s.113-151), Philadelphia: W.B. Saunders Company.
13. Smith R, (2003), End Stage Renal Failure, UK: Health Press.
14. Akpolat T, Utaş C, (2010), Hemodiyaliz Hekim El Kitabı, Türk Nefroloji Yayınları, Samsun.
15. Fesci H, (1996), Hemodiyaliz ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3: 1-5
16. Arık N, Dilek M, (2010), Böbrek Yetmezliği İle Yaşama, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Nefroloji Bölümü yayınları, İstanbul.
17. Lazarus M, (1993), Nutrition in Hemodialysis Patients, Am J KidneyDis. 21: 99-105.
18. Akpolat T, Utaş C, (2001), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, 3. Baskı, Anadolu Yayıncılık, Kayseri.
19. Kaymak DA, (2012), Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
20. Coşar A, (2012), Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
21. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A, (2009), Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
22. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, (2003), Handbook of Dialysis, Diyaliz El Kitabı, 3th ed, (Çeviren: Bozfakioğlu S.) Güneş Kitabevi, Ankara.
23. Akçiçek SF, Kuruoğurluk Kavramı
http://www.tsn.org.tr/folders/file/kuru_agirlik_kavrami.pdf (erişim: 20.12.2016)
24. Ören BG, (2010), Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul.

25. Merkus MP, Krediet R, (2000), Quality of Life and Functional Status in Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis, In: Lameire N, Mehta RV, (ed.) Complications of Dialysis, 497-515.
26. Fırat R, (2005), Yasam Kalitesi mi, Yasam Standardı mı? , *Sivil Toplum Ve İletişim Dergisi*, Bahar dönemi, Ankara.
27. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM, (1996), Quality of Life Study, Definitions and Conceptual Issues. In: Spilker B, ed, Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2d ed, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 11-23.
28. Nissenson AR, (1996), Quality of Life in Elderly and Diabetic Patients on Peritoneal Dialysis, *Perit Dial Int*, 16 (suppl 1): s 407-S409.
29. Başaran S, Güzel R, Sarpel T, (2005), Yasam Kalitesi Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, *Romatizma*, 1(20).
30. Fidaner C, (2004), Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu, Sağlıkla İlgili Yasam Kalitesi, İzmir.
31. Altıntepe L, (2002), Hemodiyalize Giren Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri ile Sağlıkla İlişkili Yasam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, 22-26 Mayıs 4.Ulusal Böbrek Hastalıklar Ve Hipertansiyon Kongresi, İstanbul.
32. Erengin N. (1998), Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yetiyitimi, Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 3: 137-140.
33. Korkut Y, (2007), Ferrans ve Powers'ın Diyaliz Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Endeksinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44: 14-18.
34. Kaya D, (2013), Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
35. Güney İ, (2007), Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Mortalite Üzerine Etkisi, Meram Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.

36. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM, (2001), Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients, *Am J Kidney Dis*, 38; 443-464.
37. Kıyak E, (2000), Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
38. Bağ E, (2007), Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-bakım Gücü ve Öz yeterliliğin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
39. Erol N, (2010), Diyaliz Tedavisine Başlamayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
40. Öz F, (2003), Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Hizmetlerinden Beklentileri ve Karşılama Durumu, *Kriz Dergisi*, 11 (2): 7-18).
41. Hoving, C, Visser, A, Mullen, PD, Borne, B, (2010), A History of Patient Education by Health Professionals in Europe and North America: From Authority to Shared Decision Making Education. *Patient Education and Counseling* 78, 275–281.
42. Aktürk Z, (2005), Nedeni ve Nasılıyla Sağlık Eğitimi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Sağlıkta Nabız Dergisi, Sayı:17.
43. Golper T, (2001), Patient Education: Can It Maximize the Success of Therapy *Nephrol Dial Transplant*, 16: 20–24.
44. Bensing, M, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Vliet L, Van Bogaert, M, Van, Rimondini, M, (2011), How To Make The Medical Consultation More Successful From A Patient's Perspective? Tips For Doctors and Patients From Lay People in The United Kingdom, Italy, Belgium And The Netherlands, *Patient Education And Counseling*, 84; 287–293.
45. Karasar N, (1984), Bilimsel Araştırma Metodu, Hacettepe Taş Yayınları, Ankara.

46. Balım S, (2013), Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
47. Erdem E, (2012), Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Tuz Bilgisi Ve Yiyecek Tüketim Alışkanlıkları. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
48. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (2013), Hemodiyaliz Yeterliliğinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1(1): 39-53.
49. Acaray A, Pınar R, (2004), Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1) : 1-12.
50. Cingöz Ş, (2013), Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Erişim Yollarının Kullanım Süresi Ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı.
51. Efe D, (2012), Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumu ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
52. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E, (1997), Diyaliz Hastalarının Bilgilendirilme Gereksinimleri, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 6: 125-130.
53. Üstün ME, Karadeniz G, (2006), Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 1: 33-43.
54. Evrenkaya R, (1996), Kronik Hemodiyaliz Tedavisi Uygulananlarda İntra Vasküler Sıvı Hacmi ve Kuru Ağırlığın İnvaziv Yöntemler ile Araştırılması. Uzmanlık Tezi.
55. Kral Ü, Yurtsever S, (2013), Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 61-77.

56. Boothby M, Salmon P, (2013), Öz Yeterlilik ve Hemodiyaliz Tedavisi Nitel ve Nicel Bir Yaklaşım, Türk Psikiyatri Dergisi, 24(2): 84-93.
57. Turgut Kurt Y, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N, (2012), Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Kan Basıncı ve Kilo Alımına Etkisi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 21(1): 39-44.
58. Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, Si-Yen T, (2008), Fluid Compliance Among Patients Having Hemodialysis: Can an Educational Programme Make a Difference? J Adv Nurs, 61: 300-306.
59. Kugler C, Vlaminc H, Haverich A, Maes B, (2005), Nonadherence With Diet and Fluid Restriction Among Adults Having Hemodialysis, Nurs Scholarsh, 37: 25-29.

EKLER

Ek 1. Kontrol Gurubu Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Kontrol Grubu)

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisidir.”

Bu araştırmanın amacı, sıvı yönetimine yönelik hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimlerin sıvı kontrolüne, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıklarına ve yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek, bu konuya profesyonellerin dikkatini çekmektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

15 Haziran 2016 tarihinden itibaren sizinle hemodiyaliz ünitesindeki ilk görüşmede Hasta Bilgi Formu'nun ilk iki bölümü, Short Form -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği doldurulacaktır. Ardından sizin ile birlikte gerçekleştirilecek üç izleme yönelik araştırma takvimi belirlenecektir.

Daha sonra size Aldığı Çıkardığı Takibi (AÇT) eğitimi gerçekleştirilecektir. Size veya yakınınıza gerekli bilgileri not etmek üzere küçük bir not defteri ve idrar biriktirmek amacıyla ölçülü bir idrar kabı verilecektir. Sizden veya yakınınızdan birinciizleme gelmeden 5 gün önce başlayarak 24 saat boyunca idrarınızı verilen ölçülü idrar kabına toplanmanız ve gün sonunda toplam idrar miktarınızı bireysel not defterine kaydetmeniz istenecektir. Bu şekilde sizin ortalama aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı saptanarak sıvı yönetimi eğitimin etkinliği değerlendirilecektir.

Belirlenen takvim doğrultusunda araştırmacı ilk izlemin gerçekleştirileceği birinci, üçüncü ve altıncı ayın sonunda hemodiyaliz ünitesinde sizin ile bir araya gelecektir. İlk izlemde size Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümü ilk kez doldurulacak, ikinci ve üçüncü izlemde Hasta Bilgi Formu'nun 3. Bölümü, Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanacaktır. Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümünün doldurulması için son beş günde alınan ve çıkarılan sıvı miktarına yönelik size veya yakınınızın, evde

kaydettiği not defterinden, son beş günün diyalize giriş ve çıkış ağırlığına yönelik hemodiyaliz ünitesi kayıtlarından yararlanılacaktır.

Araştırmamızın süresi 6 ay olup Sivas Numune Hastanesinde diyaliz tedavisi alan gönüllü, çalışmaya katılmayı kabul eden, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış 18 yaş üstü ve bilinci yerinde olan 80 hasta katılabilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen soru formunu eksiksiz doldurmak, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar ise etkin sıvı yönetimi yaparak yaşam kalitenizi artırmak ve sıvı tüketimi konusunda bilinçlenmenizi sağlamaktır; bununla birlikte bilimsel olarak hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlamaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **05438674490** numaralı telefonda araştırmacı Hemşire **Tuba KARABEY** 'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz

konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EKLER

Ek 1. Müdehale Gurubu Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

(MÜDEHALE GRUBU)

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisidir”

Bu araştırmanın amacı, sıvı yönetimine yönelik hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimlerin sıvı kontrolüne, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıklarına ve yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek, bu konuya profesyonellerin dikkatini çekmektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

15 Haziran 2016 tarihinden itibaren sizinle hemodiyaliz ünitesindeki ilk görüşmede Hasta Bilgi Formu'nun ilk iki bölümü, Short Form -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği doldurulacaktır. Ardından sizin ile birlikte gerçekleştirilecek üç izleme yönelik araştırma takvimi belirlenecektir. Daha sonra size Aldığı Çıkardığı Takibi (AÇT) eğitimi gerçekleştirilecektir. Size veya yakınınıza gerekli bilgileri not etmek üzere küçük bir not defteri ve idrar biriktirmek amacıyla ölçülü bir idrar kabı verilecektir. Sizden veya yakınınızdan birinci izleme gelmeden 5 gün önce başlayarak 24 saat boyunca idrarınızı verilen ölçülü idrar kabına toplanmanız ve gün

sonunda toplam idrar miktarınızı bireysel not defterine kaydetmeniz istenecektir. Bu şekilde sizin ortalama aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı saptanarak sıvı yönetimi eğitimin etkinliği değerlendirilecektir.

İlk görüşmede AÇT eğitiminin ardından araştırmada kullanılmak üzere literatüre dayalı olarak hazırlanan eğitim kitapçığı doğrultusunda size sıvı yönetimi eğitimi verilecektir. Eğitimde sizin bireysel özellikleri dikkate alınacak ve konu ile ilgili sorularınız cevaplandırılacaktır. Verilecek eğitimin yaklaşık olarak 45 dakika sürmesi beklenmektedir. Eğitimin sonunda kitapçık daha sonra tekrarlı kullanılmak üzere size veya yakınınıza verilecektir.

Belirlenen takvim doğrultusunda araştırmacı ilk izlemin gerçekleştirileceği birinci, üçüncü ve altıncı ayın sonunda hemodiyaliz ünitesinde sizin ile bir araya gelecektir. İlk izlemden size Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümü ilk kez doldurulacak, ikinci ve üçüncü izlemden Hasta Bilgi Formu'nun 3. Bölümü, Sıvı Kontrol Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanacaktır. Hasta Bilgi Formu'nun 3. bölümünün doldurulması için son beş günde alınan ve çıkarılan sıvı miktarına yönelik size veya yakınınızın, evde kaydettiği not defterinden, son beş günün diyalize giriş ve çıkış ağırlığına yönelik hemodiyaliz ünitesi kayıtlarından yararlanılacaktır. Size her izlem sonunda verilen eğitim tekrar edilecek ve sorularınız cevaplanacaktır.

Araştırmamızın süresi 6 ay olup Sivas Numune Hastanesinde diyaliz tedavisi alan gönüllü, çalışmaya katılmayı kabul eden, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış 18 yaş üstü ve bilinci yerinde olan 80 hasta katılabilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen soru formunu eksiksiz doldurmak, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar ise etkin sıvı yönetimi yaparak yaşam kalitenizi artırmak ve sıvı tüketimi konusunda bilinçlenmenizi sağlamaktır; bununla birlikte bilimsel olarak hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlamaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler

almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **05438674490** numaralı telefonda araştırmacı Hemşire **Tuba KARABEY** 'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EKLER

Ek 2. Hasta Bilgi Formu

Bölüm 1: Sosyo Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir?

- Kadın Erkek

2. Yaşınız

3. Medeni durumunuz?

- Evli Bekar Dul

4. Eğitim durumunuz?

- Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite

5. Bakımınızla ilgilenen ve size yardımcı olan biri var mı?

- Hayır Evet(Kim:.....)

6. Aile tipiniz?

- Çekirdek Aile Geniş Aile Parçalanmış Aile

7. Mesleğiniz?

- İşçi Memur Emekli Ev Hanımı Serbest Meslek Diğer.....

8. Gelir durumunuz?

- Gelir gidere göre yüksek Gelir gider eşit Gelir gidere göre az

Bölüm 2: Hemodiyaliz Tedavisi İle İlgili Özellikler:

9. Haftalık hemodiyaliz seans sayısı ?(.....)

10. Hemodiyaliz uzunluk süresi:

- 3 saat 3,5 saat 4 saat 4 saat ve üzeri

11. Hemodiyalize başlama süreniz nedir ?(.....)

12. Günlük tükettiğiniz sıvıların cinsi nedir? (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- su meyve suyu Asitli içecekler (kola vb.) Diğer

13. Hemodiyaliz ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet Kimden Hayır

14. Ailede başka hemodiyaliz hastası var mı?

- Evet Hayır

15. Hemodiyalize bağlı her hangi bir sıkıntı yaşadınız mı?

Evet Hayır

16. Sigara içiyor musunuz?

Hayır Evet (Miktarı:.....)

17. Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır Evet



BÖLÜM-3
TARİH:

I.İZLEM	I.GÜN	II.GÜN	III.GÜN	IV.GÜN	V.GÜN
GİRİŞ AĞIRLIĞI					
ÇIKIŞ AĞIRLIĞI					
ALDIĞI SIVI MİKTARI					
ÇIKARDIĞI SIVI MİKTARI					
II.İZLEM	I.GÜN	II.GÜN	III.GÜN	IV.GÜN	V.GÜN
GİRİŞ AĞIRLIĞI					
ÇIKIŞ AĞIRLIĞI					
ALDIĞI SIVI MİKTARI					
ÇIKARDIĞI SIVI MİKTARI					
III.İZLEM	I.GÜN	II.GÜN	III.GÜN	IV.GÜN	V.GÜN
GİRİŞ AĞIRLIĞI					
ÇIKIŞ AĞIRLIĞI					
ALDIĞI SIVI MİKTARI					

EK 3. Short Form – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

III Short Form-36 Yasam Kalitesi Ölçeği

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a. Mükemmel b. Çok iyi c. İyi d. Orta e. Kötü

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c. Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e. Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3) Aşağıdaki maddeler her gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığımız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

A. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporla katılmak gibi etkinlikler;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

B. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

C. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

D. Merdivenle çok sayıda kat çıkma;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

E. Merdivenle birkaç kat çıkma;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

F. Eğilme ya da diz çökme;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

G. Bir-iki kilometre yürümek;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

H. Bir kaç sokak öteye gitmek;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlı c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

İ. Bir sokak öteye yürümek;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

J. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme;

- a. Evet, oldukça kısıtlıyor b. Evet, biraz kısıtlıyor c. Hayır, hiç kısıtlamıyor

4) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

A. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

- a. Evet b. Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

- a. Evet b. Hayır

C. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?

- a. Evet b. Hayır

D. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

- a. Evet b. Hayır

5) Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

A. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

- a. Evet b. Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

- a. Evet b. Hayır

C. İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

- a. Evet b. Hayır

6) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi b. Biraz etkiledi c. Orta derecede etkiledi d. Oldukça etkiledi e. Aşırı etkiledi

7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a. Hiç b. Çok hafif c. Hafif d. Orta e. Şiddetli f. Çok şiddetli

8) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi, hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi b. Biraz etkiledi c. Orta derecede etkiledi d. Oldukça etkiledi e. Aşırı etkiledi

9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

B. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

C. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

D. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

E. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

F. Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

G. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

H. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

İ. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Oldukça d. Bazene e. Nadiren f. Hiçbir zaman

10) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

A. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

- a. Kesinlikle doğru b. Çoğunlukla doğru c. Bilmiyorum d. Çoğunlukla yanlış e. Kesinlikle yanlış

B. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a. Kesinlikle doğru b. Çoğunlukla doğru c. Bilmiyorum d. Çoğunlukla yanlış e. Kesinlikle yanlış

C. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

- a. Kesinlikle doğru b. Çoğunlukla doğru c. Bilmiyorum d. Çoğunlukla yanlış e. Kesinlikle yanlış

D. Sağlığım mükemmel.

- a. Kesinlikle doğru b. Çoğunlukla doğru c. Bilmiyorum d. Çoğunlukla yanlış e. Kesinlikle yanlış

EK 4. Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği

BİLGİ	katılıy orum	kararsızım	Katılmıyorum
1. Tuzlu ve baharatlı yiyecekler yemek, sıvı alımını artırır.			
2. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi vücutta (yüz, bacak ve ayaklarda) şişliğe neden olur.			
3. Su dışındaki bazı yiyecekler de kiloyu (sıvı) artırır.			
4. İki diyaliz seansı arasında 2-3 litreden fazla sıvı almak zararlıdır.			
5. Diyaliz hastalarının fazla su içmesi nefes darlığına neden olur.			
6. İki diyaliz seansı arasında ne kadar çok sıvı alınırsa diyaliz seansı o kadar rahat geçer.			
7. Diyaliz hastalarının fazla sıvı içmesi tansiyonunu düşürür.			
DAVRANIŞ			
8. Sıvı gıdalar alırken ölçü kabı kullanırım			
9. Peynir, zeytin gibi salamura yiyecekleri bir süre (1 saat) suda beklettikten sonra tüketirim			
10. Çok sıvı içmeme neden olan bedensel aktivitelerden uzak dururum			
11. Sıvı kısıtlaması dışarıda yemek yememi engeller			
12. İçeceklerimi uzun sürede yudum yudum içerim			
13. Gün içinde ne kadar sıvı aldığımı kaydedirim			
14. Susuzluk hissettiğimde ağzımı su ile çalkalarım			
15. Susuzluğumu gidermek için ciklet çiğnerim			
16. Yemeklerime tuz koymamaya dikkat ederim			
17. Turşu, cips, ay çekirdeği, çubuk kraker gibi tuzlu yiyeceklerden kaçınırım			
18. Arkadaş toplantılarında sıvı kısıtlaması yapamıyorum			

TUTUM			
19. Sıvı kısıtlamasına uymak bana çok zor geliyor			
20. Sıvı kısıtlamasına uymadığım zamanlar olur			
21. İki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı artışım olur			
22. Su ihtiyacımı nasıl azaltacağımı bilemiyorum			
23. Diyalizden çıktıktan sonra daha çok susuzluk hissedirim			
24. Çok sayıda ilaç kullanmak sıvı alımımı artırır			

Not: 6, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 nolu maddeler ters yönde puan almaktadır.

Ek 5.Etik Kurul Karar Formu

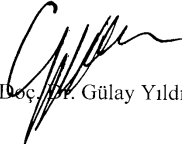
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz hastalarına verilen sıvı yönetimi eğitiminin sıvı kontrolü, diyaliz giriş çıkış kuru ağırlıkları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



EK 6. Kurum İzin Yazısı




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


İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba KARABEY "Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Sıvı Yönetimi Eğitiminin Sıvı Kontrolüne, Diyaliz Giriş Çıkış Kuru Ağırlıklarına ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını Sivas Numune Hastanesinde yürütmek üzere Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından Sivas Numune Hastanesi Yöneticiliğinin de görüşü alınarak, değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak belirtilen çalışmanın Sivas Numune Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.


İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.


Başkan
Uzm. Dr. Ahmet Kemal Filiz
Tıbbi Hizmetler Başkanı


Üye
Uzm. Dr. Yaşar TAŞTEMUR
İdari Hizmetler Başkanı


Üye
Enver ÇELİK
Mali Hizmetler Başkanı


Üye
Op. Dr. İzzet ÖZGÜRLÜK
Sivas Numune Hastanesi Yöneticisi


Üye
Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ
Sivas Numune Hastanesi Başhekim Yrd.

ASLININ AYNI DİR
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Uzman

SIVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SIVAS İLİ KHB'YS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
09/08/2016 10:59 / 75723911-044-6018
10028052230

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mahallesi Demiryolları Caddesi No:7
Kat:1 3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58040 Sivas Tel: 0 (346) 225 80 80 Dahili:309 / Fax: 0 (346) 225 80 88
Web: <http://sivas.khb.saglik.gov.tr> E-Posta: ilknur.avci@saglik.gov.tr, İrtibat: İlknur AVCI

Hemodiyaliz Hastaları İçin Sıvı Yönetimi Eğitim Kitapçığı

Hazırlayan: Tuba KARABEY

Sıvı alımını azaltmanın en iyi yolu, gıdalardan aldığınız sodyumdan kaynaklanan susama hissini azaltmaktır. Fazla sodyum almak, çok su içmenize neden olur. Sodyum, tuzda bulunur.



Birçok konserve yiyecek ve donmuş gıda, yüksek miktarlarda sodyum içerir. Tuz içeriği yüksek olan yiyecekler;

- Hazır konserveler ve dondurulmuş yiyecekler, pastırma, salam, sosis gibi işlenmiş etler, cips ve kraker gibi yiyecekler, hazır çorbalar ve et/tavuk bulyonlar, ev yapımı veya hazır salçalar gibi yiyeceklerdir.



Bu yiyeceklerden UZAK DURMALISINIZ !!!

Sıvı tüketimini azaltmak için :

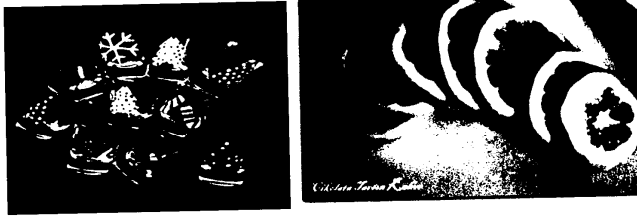
- Sabah kalkınca, o gün içeceğiniz ölçülü suyu bir kaba doldurun ve gün boyunca aynı kaptan kullanın.



- Buzdolabının kapağına bir kağıt yapıştırıp her su içişinizi ve miktarınızı yazın ki ne kadar su içtiğinizi anlayın.



- Her tür sıvıyı küçük bir bardakta için.



- Ağız kuruluğuna karşı, ince kesilmiş limon kabuğu çiğneyin.



- Yemekler arasında diyetisyenin izin verdiği meyvelerden yiyin, ilaçları yemek sırasında içtiğiniz su ile için.

- Mümkün olduğunca oyalayıcı işler yapın, ağızınızda suyu çalkalayın fakat içmeyin, sakız çiğneyin.

- Kavun, karpuz, üzüm, elma, portakal, domates, marul ve kereviz gibi birçok meyve ve sebzenin bol miktarda su içermesi nedeniyle tüm bu gıdaların tüketilmesinde sınırlamaya gidin .



EK 8. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : TUBA KARABEY

Doğum Tarihi : 21.12.1991

Doğum Yeri :Kartal

Medeni Hali :Evli, 2 çocuk

Uyruğu : T.C

Adres : Sivas Numune Hastanesi

Tel :0543 867 44 90

E-mail : tubakarabey@hotmail.com

Eğitim

Lise : Tokat Plevne Lisesi (2005-2009)

Lisans : Gaziosmanpaşa Üniversitesi,Hemşirelik Yüksekokulu
(2009-2013)

Yüksek Lisans : Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2014-2017)

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce : Orta derece (Yök Dil 67.5, Sonbahar)