

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA
ÖZBAKIM GÜCÜ VE
ÖZ YETERLİLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLEM BAĞ

SİVAS – 2007

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA
ÖZBAKIM GÜCÜ VE
ÖZ YETERLİLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLEM BAĞ

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MUKADDER MOLLAOĞLU**

SİVAS – 2007

“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”

TEŐEKKÖR

Arařtırmanın yűrűtűlmesinde deęerli katkılarından dolayı tez danıřmanım Doę.Dr. Sayın Mukadder MOLLAOęLU'na, arařtırmanın istatistiksel analizinin yűrűtűlmesindeki yardımlarından dolayı Sayın Yrd. Doę. Dr. Ziyet ÇINAR'a, her zaman yanımda olan aileme ve uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki saęlık çalıřanlarına teőekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TEZ İÇİNDE YER ALAN TABLOLAR	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
I. GİRİŞ	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI	7
III. GENEL BİLGİLER	8
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	83
1. Araştırmanın Şekli	83
2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	83
3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	83
4. Ön Uygulama	84
5. Araştırmanın Uygulaması	84
6. Verilerin Değerlendirilmesi	85
V. BULGULAR	86
VI. TARTIŞMA	96
VII. SONUÇLAR	107
VIII. ÖNERİLER	110
IX. ÖZET	112
ABSTRACT	113
X. KAYNAKLAR	114
XI. EKLER	131
EK. 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	132
EK. 2. ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	135
EK. 3. GENEL ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	138

TEZ İÇİNDE YER ALAN TABLOLAR

Tablo 1: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 125)	86
Tablo 2: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n:125).....	87
Tablo 3: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Aritmetik Ortalaması (n:125)	88
Tablo 4: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Yaş Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125).....	88
Tablo 5: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Cinsiyete Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125).....	89
Tablo 6: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125).....	90
Tablo 7: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n: 125) 90	
Tablo 8: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin İkametgâh Yerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125)	91
Tablo 9: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n:125)	91
Tablo 10: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125).....	92
Tablo 11: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Sosyal Güvencesine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n:125)	92
Tablo 12: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalık Sürelerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125).....	93

Tablo 13: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hemodiyaliz Uygulama Süresine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125).....	93
Tablo 14: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Başka Bir Kronik Hastalığın Varlığına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n: 125).	94
Tablo 15: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Uygulamanın Yapıldığı Hastanelere Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı (n: 125).....	94
Tablo 16: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Öz Bakım Gücü Düzeylerine Göre Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması (n:125)	95

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
ATP	: Adenozin Trifosfat
HD	: Hemodiyaliz
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
PD	: Periton Diyalizi
CHO	: Karbonhidrat
ÖBG	: Öz Bakım Gücü
PO ₄	: Fosfattetraoksit
ÖYD	: Öz Yeterlilik Düzeyi
BUN	: Kan Üre Nitrojeni
MI	: Miyokart İnfarktüsü
Mg	: Magnezyum
SVH	: Serebro Vasküler Hastalık
K	: Potasyum
GFR	: Glomeruler Filtrasyon Hızı
H	: Hidrojen
EKG	: Elektro Kardio Grafi
Ca	: Kalsiyum
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
HT	: Hipertansiyon
AV	: Arterio Ventriküler
KB	: Kan Basıncı
DM	: Diabetes Mellitus
GİS	: Gastro İntestinal Sistem

KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
FMF	: Ailevi Akdeniz Ateşi
AUH	: Araştırma ve Uygulama Hastanesi
NANDA'S	: NORTH American Nursing Diagnosis Association's
KUF	: Ultrafiltrasyon Katsayısı
KoA	: Üre kitle Transfer Katsayısı
PKÖ	: Protein-Kreatin Ölçümü
AKÖ	: Albumin-Kreatin Ölçümü
NKF-DOQI	: National Kidney Foundation- The Kidney Disease Outcomes Quality İnitiativ

I. GİRİŞ

Kronik hastalıklar tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara ve yetmezliklere yol açan, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sınırlılıklar ve ağrı yaşamasına neden olan, uzun süreli gözlem bakım ve kontrol gerektiren geriye dönüşsüz patolojik değişikliklerdir (Potter 1995, Smeltzer 2000, Bilir 2001, Akdemir 2003, Lewis 2004). Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açabilmekte ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarına dönüşebilmektedir (Akdemir 2003). Kronik hastalıklar bu nedenle birey, aile ve toplum için primer ya da sekonder bir stresördür. Bireyde stres yaratan bu duruma uyum için bir seri davranış değişikliği gerekmektedir. Bununla birlikte kronik hastalık durumu bireyin kimlik algılayışını değiştirebilmekte, en çok önem verdiği hedeflerinden vazgeçmesine, ailenin ve toplumun maddi kayıplar yaşamasına ve bireyin bağımlılık düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (Akdemir 1980, Bilir 2001).

Kronik hastalıkların en önemlilerinden biri de kronik böbrek yetmezliğidir. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) her iki böbrekte ilerleyici ve geriye dönüşsüz nefron kaybıdır (Obrador 2002, Lewis 2004). KBY glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın (< 15 ml/dakika) sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir bozulma hali olarak tanımlanmaktadır (Akpolat 2000, Lewis 2004). KBY; kronik semptomların görüldüğü ve bununla birlikte hastaların iş ve aile yaşamının da değiştiği, psiko-sosyal sorunlar nedeni ile bireylerin gelecekle ilgili planlamaları ve yaşam tarzında değişikliklere neden olan öz bakım ve öz yeterliliklerinin etkilendiği önemli bir hastalıktır (Erek 2005).

Nefroloji Derneğinin 2006 yılı registry raporuna göre ülkemizde 28.507 hastaya hemodiyaliz, 3.381 hastaya periton diyaliz tedavisi ve 4095 hastaya böbrek nakli uygulandığı bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 30.000 KBY hastası olduğu; bunlardan 26.707 hastanın hemodiyaliz tedavisi aldığı, 3.855 hastasının ise periton diyalizi tedavisi aldığı belirtilmektedir (www.saglik.gov.tr 2005). KBY Türkiye’de bayanlarda %45.1,

erkeklerde % 54.9 oranında görülmektedir (Erek 2005). Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde KBY görülme oranı değişmektedir. Avustralya 13.700 tane KBY hastası (Murray 2004), Amerika 'da Uluslar Arası Sağlık ve Beslenme Raporuna göre (NHANES) yaklaşık olarak kurumlarda kaydı olmayan 19 milyon insanın %9,6'sının kronik böbrek hastalığının olduğu tahmin edilmektedir (Levey 2007).

Böbrek yetmezliğinin tanısı ve tedavisinde ilerlemeler olmasına rağmen morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeni ile halen önemini korumaktadır. Hastalığın erken tanısı; komplikasyonların önlenmesi, hastalığın progresyonunun geciktirilmesi ve renal replasman tedavisi için zamanında hazırlık yapılması açısından önemlidir (Nadir 2002).

KBY'nin tedavisinde uygulanan hemodiyaliz, bireylerin kendilerini algılamalarını, ruhsal durumlarını, sosyal ilişkilerini, rollerini ve çalışma hayatını etkiler. Hemodiyaliz, bir taraftan bozulan metabolik durumu tedavi ederken, diğer taraftan bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar. Bu nedenle hemodiyaliz bireyin öz bakım ve öz yeterliliği üzerinde olumsuz etki yapar. Diyaliz hastalarında fiziksel yetersizlik, tedavi ekibine ve makineye bağımlı olmanın sonucu olarak, aile içinde rollerinin değişmesi, sınırlanmış çalışma yaşamı ve sosyal ilişkileri, yaşanan iç çatışmalar, seksüel fonksiyonlarda bozulmalar, bitkinlik, beden imgesinde değişme, sıvı kısıtlaması ve sınırlı diyet, devamlı gelecek korkusu ve kısa yaşam süresi gibi psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır (Karakoç 2001, Mollaoğlu 2003).

KBY sonucu hemodiyalize bağlı olan hastaların var olan veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesinde, hastaların hastalıkları ile yaşama uyum sağlamalarında hemşirelik bakımının ve eğitiminin yaşamsal önemi vardır. Hasta ile yakın iletişimde bulunan, hastanın ihtiyaçlarını anında görebilen ve müdahale edebilecek durumda olan hemşireye önemli görev ve sorumluluk düşmektedir. Hemşirenin en önemli sorumluluklarından biri de hastanın desteklenmesinin yanı sıra bunu sağlayacak öz bakım gücü ve öz yeterliliğini arttırmaktır.

Bireyler yaşamlarının belirli dönemlerinde, özellikle sağlıktan sapma durumlarında kendi bakımlarını sürdürmede kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duymakta ve öz bakım öncelikli bir sorun olmaktadır (Kara 2001). Orem'e göre öz bakım, bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini korumak için kendine düşen aktiviteleri gerçekleştirmesidir (Smeltzer 2000). Öz bakım gücü yeterli olan birey, öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilecektir (Bakoğlu 2000). Yeterli öz bakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan doyum alma derecesini desteklemektedir. Öz bakım, hem uygulamaya hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylem olup insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi pek çok etmenle ilgilidir (Vavasour 1990).

Hemodiyaliz uygulanan hastaların hastalık süreci ve hastalık semptomlarını kontrol edebilmelerinde öz bakımlarını yapma düzeyleri önemli olabilmektedir. Öz bakım davranışları içinde uygun diyet alımı, düzenli ilaç kullanımı, sıvı alımını kısıtlama, semptomlarla baş edebilme, stresle baş edebilme v.b yer almaktadır. Öz bakım düzeyinin yeterli olmaması durumunda ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Yapılan çalışmalar öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Bame 1998). Bame ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarının %49,5'inin hastalıkları ve semptomları ile baş etmede yetersiz olduğu belirtilmektedir. Mollaoğlu (2005) çalışmasında hemodiyaliz uygulanan bireylerde öz bakım gücünün orta derecede etkilendiğini bildirmektedir. Yurtsever ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun öz bakımlarını olumsuz etkilediğini belirtilmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı davranışı başlatmak ve sürdürmede yararlanılan tekniklerden bir tanesi de bireyin genel ve duruma özel öz yeterlilik algısının değerlendirilmesidir. Magil (1993), öz yeterliliği "bireyin belirli bir eylemi başarı ile yapma kabiliyeti veya yargısı olarak tanımlarken; Bandura

(1982), “bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak tanımlamaktadır (Aksayan 1998).

Öz yeterlilik; bireyin nasıl hissedeceğini, düşüneceğini ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Düşük öz yeterlilik hissi depresyon, anksiyete ve çaresizlik hissi ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Ayrıca böyle bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında olumsuz düşünceler beslerler. Güçlü öz yeterlilik algısına sahip bireyler daha zorlu işlere girişmeye eğilimlidirler ve kendilerine büyük amaçlar belirleyerek bu amaçlarına ulaşmaya çalışırlar. Öz yeterliliği yüksek olan kişiler ortaya çıkabilecek olumsuzluklara karşı öz yeterliliği düşük olanlara göre daha çok ve uzun süre çaba harcarlar bundan dolayı herhangi bir aksilik durumunda çabuk toparlanarak amaçlarına ulaşma çabalarını sürdürürler (Schwarzer ve Fuchs 1995, Hollaway 2002, Coffman 2004).

Öz yeterlilik hissi genellikle bireyin önceki deneyimleriyle kazanılır (Redland ve Stuijbergen 1993, Schwarzer ve Fuchs 1995). Bu nedenle öz yeterlilik, olumlu hayaller ve gerçek dışı iyimserlik olarak düşünülmemelidir. Öz yeterlilik bireyin kendini, yeteneklerini ve kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Son dönem böbrek yetmezliği olan bireyler rutin olarak hemodiyalize girmelerine rağmen %33-50 oranında sıvı kısıtlamasına ve diyetlerine uymadıkları yapılan çalışmalarda gösterilmektedir. Tsay (2003) son dönem böbrek hastaları için öz yeterlilik eğitiminin kilo alımı ve sıvı kısıtlamasına uyum üzerinde etkilerini incelemek için yaptığı çalışmada sıvı kısıtlaması ve diyet uyumunda öz yeterlilik eğitiminin etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Yeşilbalkan ve ark. (2005) sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulanan hastalara yaptıkları planlı ve bireye özgü eğitimin öz yeterliliklerinin artırılmasında önemli rolü olduğunu belirlemişlerdir.

Sağlık eğitiminin önemli uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıklı ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmesi için insan davranışları üzerinde etkili olan, öz yeterlilik kavramının anlaşılması,

öz yeterliliği etkileyen faktörlerin neler olduğunun öğrenilmesi, verilen eğitimin daha etkin olabilmesi için eğitim programları içinde hastalığın bakımı ve tedavisi ile ilgili bilgilerin yanında öz yeterlilik kavramına da yer vermelidir. Hemşireler algılanmış yeterlilik ve sonuç beklentilerindeki değişimleri tanıyabilmeli ve destekleyebilmelidir (Yeşilbalkan 2005, Rapley 1999).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin öz bakımlarının ve öz yeterliliklerinin artırılmasında hemşireye büyük görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire bu rolünü yerine getirirken hasta-hemşire-aile, aile-hasta arasında işbirliği kurarak bakımın sürekliliğini sağlamalıdır. Hasta gereksinimlerine ve hastanın bütünlüğüne temellendirilen bir hemşirelik bakımı ile, hasta kendi ortamında da hastalığını yönetebilecek duruma gelecektir (Carlsson 1990, Purvis 1991). Hastanın öz bakım sorumluluğu alması, fizik rahatını artıracak, hastalığı nedeniyle yaşadığı kaygı, endişe, anksiyete ve korkuyu azaltarak kendine güvenini ve öz yeterlilik becerisi kazandıracak ayrıca hastanın kendine yetebilir duruma gelmesini sağlayacaktır.

Hemşirelik girişiminde amaç; bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşması için yardım etmektir. Hemşirelerin bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri doğrultusunda bakım vermeleri gereklidir. Hemşirenin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerinde önemli rol oynayacaktır. Birincil görevi bireyin bakımına bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek olan ve bireyleri bütüncül olarak ele alan hemşireler; hemodiyaliz hastalarının hastalıklarına, tedavisine, diyaliz makinesine ve yaşamlarında uyumlarında anahtar rolü oynamaktadır (Karakoç 2001).

Hemşire hasta ve ailesini sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul ederek, sorunlarla ilgili iletişim sağlayıp çözümlene yollarını araştırarak, güven duygusu sağlayarak, bağımlılığını azaltarak, öz bakım ve öz yeterliliğini arttırıcı bilgi vererek, etkili iletişim sağlayarak, hastalık ve yaşamı üzerinde kendi denetimini arttırarak, aile ve hastanın sosyal alanlardaki iletişimini güçlendirerek, hastanın psikolojik ve sosyal uyumuna yardımcı olarak ve her

hastaya yeterli zaman ayırarak hastanın öz bakım gücünü ve öz yeterliliğini arttırmayı hedeflemelidir (Yılmaz 2002).

Literatür incelendiğinde; ülkemizde ve yurt dışında hemodiyaliz hastalarında öz bakımın değerlendirilmesine yönelik çalışmalara rastlanırken, öz yeterlilikle ilgili çalışmalara ve öz bakım gücü ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara az sayıda rastlanmaktadır. Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumda ve öz bakım gücünün artırılmasında, öz yeterliliğin etkisinin değerlendirilmesi ile daha etkin hedeflerin belirleneceği ve böylece bireyin yaşam kalitesinin arttırılacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma ile elde edilecek sonuçların; hemodiyaliz tedavisine uyumda ve bakımın etkinliğinin arttırılmasında önemli bir yeri olan öz yeterliliğin öz bakım gücüne etkisinin belirlenmesi ve bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalar için yönlendirici olması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ülkemizde hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ve öz yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli araştırma bulunmamaktadır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin irdelenmesi, öz bakım ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

Kronik hastalıkların en önemlilerinden biri de kronik böbrek yetmezliğidir. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) her iki böbrekte ilerleyici ve geriye dönüşümsüz nefron kaybıdır (Obrador 2002, Lewis 2004). Glomerüler Filtrasyon değerinde azalmanın (< 15 ml/dakika) sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir bozulma hali olarak tanımlanmaktadır (Akpolat 2000, Lewis 2004). Ciddi klinik belirtiler çoğunlukla fonksiyonel nefron sayısı %70'in altına düşüncüye kadar görülmez.

Böbreklerin fonksiyon kaybı ağırlaştıkça hiyalinize olan glomerul sayısı artar, fonksiyon gören glomerul sayısı rakamsal olarak azalır, geriye kalan glomerüller hipertrofiye olur. İlerleyici olarak harap olan glomerüller hasarına bağlı olarak normalde 125 ml/dl olan glomerüler filtrasyon hızı azalır. Tubulusların da hipertrofiye katılması ile idrarı konsantre edebilme yeteneği bozulur. Çıkarılan idrar yoğunluğu plazma yoğunluğuna eşit hale (1010) gelir. GFR dakikada 10 ml. altına düştüğünde üreminin klinik belirtileri ortaya çıkar (Carpennito 1997, Yürügen 1998).

Epidemiyolojisi

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 30.000 KBY hastası olduğu; bunlardan 26.707 hastanın hemodiyaliz tedavisi aldığı, 3.855 hastasının ise periton diyalizi tedavisi aldığı belirtilmektedir (www.saglik.gov.tr 2005). Nefroloji Derneğinin 2006 yılı registry raporuna göre ülkemizde 28.507 hastaya hemodiyaliz tedavisi, 3.381 hastaya periton diyaliz tedavisi, 4095 hastaya ise böbrek nakli uygulandığı bildirilmektedir. Ayrıca, raporda hastaların %78.3'ne HD, %10.5'ine PD, %11.2'sine transplantasyon uygulandığı bildirilmektedir. KBY Türkiye'de bayanlarda %45.1, erkeklerde % 54.9 oranında görülmektedir (Erek 2005). Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde KBY görülme oranı değişmektedir. Avustralya 13.700 tane KBY hastası (Murray 2004), Amerika da ise 56.598 tane KBY hastası olduğu belirtilmektedir (United Network For

Organ Sharing 2003). Son dönem böbrek hastasının 2010 yılında 660.000 ulaşacağı tahmin edilmekte, 40 milyon Amerikalının ise kronik böbrek hastalığı riski altında olduğu belirtilmektedir (Lewis 2004). Amerika’da 20 yaşından büyük yaklaşık 19 milyon kronik böbrek hastası olduğu ve bunların 435.000 tanesinin ise son dönem böbrek hastası olduğu bildirilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliğindeki hasta insidansı, yıllık ölüm oranı %24, 1980’den beri her 10 yılda bir bu rakam ikiye katlanmaktadır. Kronik böbrek hastalığı son dönem böbrek yetmezliğinden 100 kat daha yaygın ve insidansı her geçen gün arttığı bildirilmektedir (Snyder 2005). Amerika ‘da Uluslar Arası Sağlık ve Beslenme Raporuna göre (NHANES) yaklaşık olarak kurumlarda kaydı olmayan 19 milyon insanın %9.6’sının kronik böbrek hastalığının olduğu tahmin edilmektedir (Levey 2007). United Kingdom registry raporunda (2005) 2004 yılında 37.800 yetişkinin renal replasman tedavisi aldığı, prevelansının milyon nüfus başına 638 hastaya eşit olduğu bildirilmektedir. United Kingdom’da renal replasman tedavisi alan hastaların oranının 2010 yılında %4.5’ten %6’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (Redmond 2006). Britanya’da 15.000 hastanın böbrek nakli olduğu, 16.000 hastanın diyaliz tedavisi aldığı, 6.000 hastanın ise uygun böbrek nakli listesinde olduğu bildirilmektedir (Lingstone 2003). National Kidney Foundation (2002)’ye göre:

GFH	KBH / KBY Prevelansı	
	ABD 2002	TC 2006
<15 ml/dak/1.73m ²	300.000 hasta	43000(%0,06)
15-29 ml/dak/1.73m ²	400.000 hasta	
30-59 ml/dak/1.73m ²	7.600.000 hasta	
60-89 ml/dak/1.73m ²	5.300.000 hasta	
>90 ml/dak/1.73m ²	5.900.000 hasta	

Etiyolojisi

KBY birçok nedenle gelişebilir. Bu etiyolojik faktörlerin sıklığı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Türkiye’de Amerika Birleşik Devletlerine kıyasla, diyabetik nefropati, glomerülonefrit ve amiloidoz daha az görülmektedir. Ülkemizde Türk Nefroloji Derneğinin 2006 yılı verilerine göre KBY nedenleri hemodiyalizde; DM (%27.2), hipertansif böbrek hastalıkları (%25), kronik glomerulonefrit (% 7.5), ürolojik hastalıklar (%6), kistik böbrek hastalığı (%4.3), kronik intestinal nefrit (%3.6), çeşitli hastalıklar (%4.8), bilinmeyen nedenler (%17.2) (Erek 2006). K/DOQI rehberinin verilerine göre KBY epidemiyolojisi ise; %40–60 DM, %15–30 HT, < %10 Glomerulonefrit, %2–3 Polikistik böbrek hastalığı oluşturmaktadır (Levey 2003, Johnson2004, Lewis 2004, Snyder 2005, Redmond 2006).

Belirtileri

KBY’de görülen belirti ve bulguların temel nedeni; protein yıkım ürünlerinin kanda artması, sıvı elektrolit ve asit-baz dengesi bozukluklarının tüm vücut sistemleri üzerinde meydana getirdiği ciddi etkilerdir (Akpolat 2000, Akyol 2005).

Bu belirti ve bulguların ciddiyeti, böbrek yetmezliğinin derecesine, yetmezliğe neden olan temel soruna ve hastanın yaşına göre değişiklik gösterir (Akdemir 2003). Böbreğin ilk bozulan fonksiyonlarından birisi idrarı konsantre etme yeteneğinin azalmasıdır. Hastalarda noktüri, oligüri, son evrede anüri, sıvı-elektrolit bozuklukları ve metabolik asidoz gelişir. Protein metabolizmasının artık ürünü olan kreatin değerleri kanda yükselir (Akpolat 1996).

Sistemlere göre hastalarda meydana gelen belirti ve bulgular aşağıdaki gibi özetlenebilir.

1. Sıvı Elektrolit Bozuklukları: Bulantı, kusma, diyare nedeni ile hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeni ile hiperpotesemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi ve hipermagnezemi, sodyumun böbreklerde tutulması ve buna bağlı gelişen su retansiyonu nedeni ile ani kilo artışı, hipervolemi, hipertansiyon, pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliği görülür.

Hipokalsemi belirtisi olarak ebe-eli, trousseau ve chovestek bulguları pozitiftir. Ayrıca tübuluslarda normal iyon sekresyonu yapılamaması nedeni ile metabolik asidoz görülmektedir (Aydın 1998, Obrador 2003, Akdemir 2003).

2. Kardiyo Vasküler Sisteme İlişkin Belirtiler:* Hipertansiyon: Na-H₂O retansiyonu ya da renin anjiotensin aldesteron sisteminin aktivasyonuna bağlı hipertansiyon gelişir. Dehidratasyon, sıvı retansiyonu, volüm dengesizliklerine bağlı böbreğin idrarı konsantre etme yeteneği kaybolur. Böbrekteki fonksiyon kaybı Na atılımını engeller. GFR'nin azalması ile Na ve sıvı retansiyonu görülür. Tüm bu faktörlere bağlı HT gelişir.

*Konjestif Kalp Yetmezliği ve Pulmoner Ödem: Hipertansiyon ve Na-su retansiyonuna bağlı gelişir. KKY nedeni ile kalbin pompaladığı kanın vena kava superiora geri dönmesi nedeni ile boyun venlerinde genişleme ve dolgunluk görülür.

*Perikardit: Normal değerlerin üzerine çıkan ürenin, mukozalardan salınmaya başlaması ile perikartta birikerek yaptığı irritasyona bağlı gelişir. Perikarditte olası hemorajik effüzyon sonucu perikardiyal tamponat, volüm artışı nedeni ile vasküler konjesyon ve buna bağlı olarak gelişen konjestif kalp yetmezliği ile akciğer ödemi, kardiyomiyopati, asidoz nedeni ile kusmual solunum, arterioskleroz ve kapak hastalığı görülmektedir.

*Aritmi: Yüksek potasyum seviyesi nedeni ile görülür (Arık 2001, Akdemir 2003, Akyol 2005, Yıldız (IV), Redmond 2006) .

3. Gastrointestinal Sistem Belirtileri: Kanda üre miktarının yükselmesine bağlı ağızda üremi kokusu, ağız mukoz membranlarında kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, iştahsızlık, bulantı-kusma, yüksek üre diyafragmayı irrite ederek frenik siniri uyarır ve hıçkırık olur. Hiperkalemi ve kalsiyum metabolizmasındaki değişimin bağırsaklar üzerindeki etkisi ile diyare olur (Arık 2001, Akdemir 2003, Akyol 2005, Yıldız (IV), Redmond 2006).

4. Hematolojik ve İmmün Sistem Belirtileri:*Anemi: Böbreklerden eritropoetin azalması, ürenin kemik iliği üzerine olan toksik etkisi, hemoraji,

düşük serum kalsiyum seviyesini kompanze etmek için artan paratroid hormonu eritropoezi inhibe ederek eritrosit ömrünün kısalmasına neden olur. Kırmızı kan hücrelerinin olgunlaşması için gereken folik asit diyalizle kaybedilmesi ve diğer vitaminlerin yetersizliği, beslenme yetersizliği, sık alınan kan tahlillerine bağlı olarak gelişmektedir.

*Kanamaya Yatkınlık: Trombositlerin birleşme yeteneğinde ve pıhtılaşma faktör 3'deki bozukluk sonucu gelişir.

*Enfeksiyona Yatkınlık: Lenfopeni ve lökosit fonksiyonları bozulması, yüksek üre nedeni ile granülosit sayısı azalır, hücrel ve hümorale cevapta değişim olur. Nötrofil ve monositlerin kemotaksis yeteneği azalır ve enfeksiyon gelişir (Akyol 2005, Yıldız (IV), Redmond 2006)

5. Endokrin Sistem Belirtileri: Ovulasyon ve menstruasyon değişiklikleri görülür. Erkeklerde testosteron sekresyonu ve sperm sayısında azalma olur. T4 'ün katabolik bir hormon olan T3 'e dönüşümü bozulmuştur Bu nedenle hipotroidizm görülmektedir. Glikoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatroidi, hiperprolaktinemi, hiperürisemi ve malnütrisyon görülür (Akpolat 2000, Arık 2001, Akdemir 2003).

6. Nörolojik Belirtiler: Nörolojik belirtilerin nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber; nitrojen yıkım ürünlerinin artması, elektrolit dengesizlikleri, aksonlardaki ve sinir hücrelerindeki demiyelizasyon nedeni ile olduğu düşünülmektedir. Ürenin beyine toksik etkisinden dolayı; apati, laterji, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, mental yetilerde azalma, konvülsiyonlar, kişilik değişiklikleri, disoryantasyon, halüsinasyonlar, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, stupor, flepping tremor, demans, baş ağrısı, kramp, ter fonksiyonlarında azalma ve koma görülmektedir. Periferale nöropati ekstremitelerdeki sinir uyarılarının azalması olup restles-leg (huzursuz bacak sendromu) görülmektedir (Ifudu 1999, Akpolat 2000, Arık 2001, Akdemir 2003, Akyol 2005, Yıldız (IV), Redmond 2006).

7. Cilt Belirtileri: *Renk Değişiklikleri: Cildin gri-bronz renkte olması anemiye bağlı solukluk (pallor), ürokrom ve karotinoid depolanmasına bağlı sarı renk değişiklikleri olur.

*Deri Kuruluğu: Yağ ve ter bezlerinin aktivasyonunun azalmasına bağlı ciltte kuruluk, pullanma ve dökülmeler görülür.

*Tırnak Değişiklikleri: Tırnak pigmentasyonundaki artış genellikle tırnak distalinde görülür. Bu distalde kahverengi veya normale yakın kırmızımsı renk ile birlikte proksimal tırnak yatağı ve kapiller ağdaki ödeme bağlı beyaz renk değişikliği yarı yarıya tırnak görünümünün oluşumuna yol açar.

*Pruritus: Kaşıntının nedeni multifaktöryel olup, tam olarak açıklanamamaktadır. Böbrek işlevinin bozulması ile üre artmaktadır. Diyaliz tedavisi gören hastalarda da kaşıntı olur. Deri kuruluğu ve sekonder hiperparatroidizm arasında tam olarak ortaya konamamış bir korelasyon dikkati çekmektedir. Ayrıca etyopatogenezinde artmış vitamin A düzeyleri, mast hücre degranülasyonu, diyaliz işleminde kullanılan ürünlere reaksiyon ve periferik nöropati gibi nedenlere bağlı olabilmektedir.

*Purpura: Trombositopeni veya trombosit disfonksiyonuna bağlı olup, diyalizden kısmen yarar görmektedir. Böbrek yetmezliğinde yara iyileşmesi de gecikmiştir ve hastalarda bası yaralarına yatkınlık ortaya çıkar.

*Elastosis: Üst ekstremitedeki kollojenin bazofilik dejenerasyonu sonucu klinik olarak güneşe maruz kalan alanlarda aşırı kırışıklıklar ve yüzeysel sarımsı plaklar şeklinde görülür (Dilmener 2000, Aktan 2006).

8. Kas İskelet Sistemine İlişkin Belirtiler: Böbrek dokusundaki değişiklikler nedeni ile D vitamini aktif metabolitine (1,25 Dehidroksikolekalsiferol) dönüşmemektedir. GFR azalması ile fosfat böbreklerle atılamaz ve kanda yükselir. Normalde vitamin D 'nin aktif biçimi böbrekler yolu ile metabolize olmaktadır. Aktif D vitamini, kalsiyumun GİS'ten absorpsiyonu için gereklidir. Ancak böbrek yetmezliğinde, böbrek fonksiyonlarının kaybı nedeni ile aktif D vitamini ve kalsiyum absorpsiyonu bozulur, serum kalsiyumu düşer. Düşen serum kalsiyumu paratroid hormonunun

salınımına yol açtığından kemiklerden kalsiyum ve fosfat absorpsiyonuna neden olur. Bu durum serum kalsiyum ve fosfatın artmasına yol açar. Artmış fosfat düzeyleri kalsiyum ile birlikte yumuşak doku kalsifikasyonlarına neden olur.

9. Solunum Sistemine İlişkin Belirtiler: Kusmual solunum, dispne, pulmoner ödem, üremik plörezi, plevral effüzyon ve solunum sistemi enfeksiyonlarıdır. Balgam koyu ve yapışkandır. Öksürük refleksi deprese olmuştur. Üremik akciğer ya da üremik pnömoni KBY'li hastalara özgü tipik bir röntgen bulgusudur. Bu durum HD ile sıvı çekilmesi ile tedavi edilir (Akyol 2005).

Tanı

*Ürianaliz: PH asidiktir, Osmalalitesi düşüktür, sedimentasyonda kırmızı ve beyaz kan hücreleri görülebilir, 24 saatte çıkan idrar miktarının az olması veya hiç olmaması, proteinürinin olması.

*Tam Kan Sayımı: Hemoglobin, hemotokrit miktarı azalmıştır, kırmızı kan hücrelerinin yaşam süresi kısalmıştır, trombosit sayısında azalma ve birleşme eğiliminde artma görülür.

*Kan Kimyası: Serum PH'da azalma, bikarbonat miktarında azalma, Mg, K⁺, Na⁺, H⁺, PO⁻₄, Ca⁺de artma, serum ürik asit ve BUN miktarında artma, demir ve demir bağlama kapasitesinde azalma, kreatin klirensinde azalma olması.

*Böbrek, üreter ve mesane radyografisinde küçük kontrakte böbrekler görülür. Ultrasonografi ve renal biyopsi ile tanı konur (Lewis 2004, Redmond 2006).

KBY'nin Evreleri

KBY'nin erken tanımlanması ve tedavisi ile kötü sonuçların engellenebildiğine dair birçok çalışma bulunmaktadır (Remuzzi 2002). Kronik böbrek hastalığının ilerlemesi, tanımlanması ve sınıflandırma evreleri konusunda görüş birliğinin olmaması ve düzenli ölçüm ve değerlendirme için testlerin yapılmaması nedeni ile KBY tanımlanması ve tedavisinde geç kalınmakta ve

hastalığın sonuçlarını önlemek için fırsat kaçırılmaktadır (McClellan 1997, Coresh 2001).

NKF-DOQI (National Kidney Foundation-The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) tarafından önerilen yeni sınıflama sistemine göre KBY evreleri:

EVRE	TANIM	GFR(ml/min/1.73m²)
0	Risk faktörü var	>90
1	Böbrek hasarı var GFR normal	>90
2	Böbrek hasarı hafif	60-89
3	Böbrek hasarı orta	30-59
4	Böbrek Hasarı Şiddetli	15-29
5	Böbrek Yetmezliği	<15 veya diyaliz

(Levey 2003, Johnson2004, Lewis 2004, Snyder 2005, Redmond 2006).

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

Hastalık Evreleri	Hemşirelik Planı ve Hasta Bakımı
Evre 1	<ul style="list-style-type: none">—KBY tanımlanır ve uygun tedavi seçeneği sunulur.—Kardiyovasküler risk faktörleri belirlenir, çünkü GFR hızında hızlı bir bozulma olur—Kan basıncı ölçümlerinde dikkatli olunmalı—Glikoz kontrolünün iyi ayarlanması—Kilo takibi ve uygun kilo planlaması—Kolesterol seviyesi ölçülmeli—Yıllık GFR ölçülmeli— Eğer stikle ölçümde protein varsa Yıllık idrarda PKÖ (protein-kreatin ölçüm), AKÖ(albumin-kreatin ölçüm)
Evre 2	<ul style="list-style-type: none">—Glikoz kontrolünün iyi ayarlanması—Kan basıncı tedavisi ve izlenmesi—Kendi öz bakım gücü ve öz yeterlilikleri için hastalar cesaretlendirilmeli—Yaşam stili değişiklikleri konusunda hastalar cesaretlendirilmeli—Kolesterol seviyesi izlenmeli—Yıllık GFR ölçülmeli—İlaç tedavisine uyumları sağlanmalı
Evre 3	<ul style="list-style-type: none">—Kan basıncı iyi kontrol edilmeli—6 ayda bir GFR ölçülmeli—6 ayda bir Hb, Ca, P ve K kontrolü yapılmalı—Eğer GFR’de hızlı bir düşme, mikroskopide hematüri varsa, TA kontrol edilemiyorsa, idrarda PKÖ 45 mg/mmol ve AKÖ >30 mg/mmol ise rutin olarak nefroloji servisine gidilmeli—Tekrarlayan grip ve pnömoni önlenmeli

	<ul style="list-style-type: none">—Bütün ilaçları gözden geçirilmeli uygun doz ayarlanmalı—Nefrotoksik ilaçlara karşı uyarılmalı. Ör: Nonsterid ve antienflamatuar ilaçlar—Malnütroasyonu önleyen diyet önerilmeli—Psikolojik destek sağlanmalı—Hastalar renal replasman tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeli
Evre 4	<ul style="list-style-type: none">—3 ayda bir GFR ölçülmeli—3 ayda bir evre 3'deki kan ölçümlerine ek olarak bikarbonat ve PTH seviyesi ölçülmeli—Hepatit B aşısı tekrarlanmalı (Anti-HBs titresi <10 mIU/ml)—Hastalar renal replasman tedavisine hazırlanmalı ve dikkatli yönetilmeli—Primer ve sekonder bakım arasında etkili bağlantı sağlanmalı—Devamlı diyaliz tedavisi sağlanmalı—Kardiyovasküler komplikasyonların ve kemik hastalıklarının yönetilmesi çok önemlidir.—Diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve eczacı ekibe alınmalı—Renal anemi ve renal kemik hastalığı tedavi edilmeli
Evre 5	<ul style="list-style-type: none">—Evre 4'tekiler aynen yapılır—Renal replasman tedavisine başlanmalı ve dikkatli tedavi yaklaşımı sağlanmalı—Malnitrosyon önlenmeli—Genel sağlık ve iyilik hali sağlanıp, korunmalı.

Redmond A, McClelland H (2006) Chronic Kidney Disease: Risk Factors, Assesment and Nursing Care, Nursing Standart 20(10): 48-55.

Tedavi

KBY'li hastalarda ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir. Ağır bir klinik tablo ortaya çıkar. KBY'de artık konservatif tedavinin yeterli olmadığı bu dönemde böbrek fonksiyonlarının kısmen yerine geçebilen renal replasman tedavisi uygulanmaya başlanır. Renal replasman tedavi yöntemleri:

1-Renal Transplantasyon

2-Periton Diyalizi

3-Hemodiyaliz (Ülkü 1996, Akpolat 2000).

KBY ve HEMODİYALİZ

KBY olan hastalara uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan HD, hasta kanının yapay böbrek aracılığı ile istenmeyen maddelerden temizlenip, tekrar hastaya verilmesi işlemidir. HD kan vücut dışına alınıp, diyalizör içindeki sentetik yarı geçirgen membran aracılığı ile diyalizat ile karşılaştırılarak diyaliz işlemi takiben kan tekrar vücut içine dönmekte. Bu şekilde diyaliz membranından geçebilecek büyüklükteki maddeler, konsantrasyon gradientine göre hareket etmektedir. Ayrıca hemodiyalizde hastadan hidrostatik basınç gradientine göre fazla sıvıda uzaklaştırılmaz. Ultrafiltrasyon esnasında sadece sıvı uzaklaştırılmakla kalmayıp, sıvı ile beraber suda çözünüş olan ve membrandan geçebilecek büyüklükte olan maddelerde hastadan uzaklaştırılmaktadır. HD'de bu şekilde difüzyon ve konveksiyon mekanizmaları ile solüt transportu sağlanmaktadır (Vural 2001, Ajuria 2006).

Difüzyonla geçişte konsantrasyon gradienti, solütün molekül ağırlığı, membranın kalınlığı ve permabilitesi etkilidir. Solüt geçiş hızı, iki solüsyon arasındaki konsantrasyon gradienti artıkça artarken, solütün molekül ağırlığı ne kadar fazla ise geçiş o kadar yavaş olur. Membranın kalınlığı, üzerindeki porların genişliği ve membrana komşu durgun sıvı tabakaları ise membranın direncini etkiler. Ultrafiltrasyonla birlikte konveksiyon esasına göre su ve solüt geçişine membranın iki tarafı arasındaki hidrostatik basınç farkı ve membranın geçirgenliği yani ultrafiltrasyon katsayısı (KUF) etkilidir. Membranın iki

tarafındaki 1 mmHg basınç farkı başına saatte geçen sıvı hacmi KUF olarak tanımlanır. Hemodiyalizde bir solütten birim zamanda temizlenen kan miktarı olan o solüte ait klirens, solütün molekül ağırlığına, kan ve diyalizatın akım hızına, membranın yüzeyi, kalınlığı, porların sayısı ve çapına, diyalizatın fizik etkisine bağlı olmaktadır. İnce, geniş yüzeyli, geniş porları olan bir membrana sahip olan diyalizörler daha yüksek etkinliktedir. Diyalizörlerin küçük moleküller üzerindeki etkinliği üre kitle transfer katsayısı (KoA) ile değerlendirilmektedir. Genel olarak üre gibi küçük molekül ağırlıklı solütlerin (<300 dalton) geçişi kan ve diyalizat akım hızının arttırılması ve konsantrasyon gradienti ile arttırılabilirken, B12 vitamini (molekül ağırlığı 1355 dalton) gibi orta molekül ağırlıklı maddelerin geçişi ise membran yüzeyi ve diyaliz zamanının uzatılması ile arttırılabilmektedir. Hemodiyalizde solüt temizlenmesini etkileyen başka bir faktör, diyalize olmuş kanın, diyalizöre giren kanla karışarak dilüe etmesi olan resirkülasyondur. Hemodiyaliz uygulanması için, yeterli kan akımını sağlayan bir damar yolu, diyaliz membranını içeren diyalizör, diyalizat sıvısı, işlemi güvenli ve kontrollü olarak gerçekleştirmek için tasarlanmış diyaliz cihazı gereklidir (Golper 1995, Goldstein 1995, Vural 2001). HD'nin hedefleri, üremik semptomların tedavisi, asideminin düzeltilmesi, hiperkalemi ve yaşamı tehdit eden elektrolit bozukluklarının önlenmesi ve hacim durumunun idamesidir. Kronik hemodiyaliz ile tedavi edilen SDBY hastaları için uzun vadeli hedefler, yaşam kalitesini korumak, nütresyonel stabiliteyi idame etmek, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (Port 1998, Ajuria 2006).

Hemodiyaliz İşlemi: Makineye yeterli kan akımının sağlanması amacıyla fistül ya da şant açılır.

Şant: Bir arter ve venin, bir kateter aracılığı ile cilt dışında birleştirilmesidir. Bu işlem iki plastik kanül, ön kol ya da bacağına cerrahi yöntem ile yerleştirilir. İki kanül U şeklinde birleştirilir. Böylece kan hastanın arterinden şant aracılığı ile ven içine akar. Şant eksternal ve internal yapılabilir.

Şant yerinde enfeksiyon sık görülen bir komplikasyondur, sıklıkla kanül yerinin değiştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kaza ile şantın yerinden oynaması, kanama ve cilt lezyonu gibi sorunlarda oluşabilir (Akpolat 2000).

AV Shunthı Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Noktalar

—Hasta kolunu gereksiz yerde kullanmaktan kaçınmalı, travmalardan korumalı

—Düzenli pansumanlar aseptik teknikle ve yumuşak hareketlerle yapılmalı

—O koldan tansiyon ölçülmez, kan aldırılmaz

—Hastalar fazla sıkı giysi giymemeli

—Kanül klembi her zaman kapalı olmalı

—Ağır eşyalar taşımamalı

—Banyo yaparken o bölge su geçirmez materyalle kapatılmalıdır.

Aterio Ventriküler Fistül: Bir arter ile bir venin birbiri ile doğrudan birleştirilmesidir. En sık radial arter ve sefalik ven kullanılır. Arter kanının venöz sisteme akışı venlerde dolgunluğa neden olmaktadır. Fistül açıldıktan sonra olgunlaşması için 2–6 hafta beklenilmeli. Bu nedenle acil durumlarda hemodiyaliz için kullanılmaz. AV. fistül genellikle kronik böbrek yetmezliği ve sürekli diyaliz programına alınacak hastalara açılır. Genellikle fonksiyonel olmayan bir kola açılır.

Fistül Oluşumunda Sorun Oluşturabilecek Durumlar

—Arteriyel yapının kötü olduğu diyabet ve şiddetli arteriosklerozu olan hastalar, ince damar yapısı olan çocuklar,

—Şişman kişiler, kısa ve derin venleri olan kadınlar,

—Daha önce tromboz olan damarlar.

Postoperatif Bakım: Ameliyathane koşullarında steril teknikle açılmalı

—Fistül açıldıktan sonra hastanın eli kalp hızasına getirilerek elevasyona alınır.

—Fistülde thrill ve bir steteskop aracılığı ile üfürüm aranır. Üfürüm varsa thrill alınamıyorsa zaman içinde geçen kan akımının artması beklenir.

Fistül Komplikasyonları

1-Elde Ödem: Fistülde arter tarafından ven tarafına doğru kanın yüklenmesi, fistül distalinde venöz basıncın artmasına ve ödeme neden olur.

2-Yetersiz Akım: Nedeni sık sık girilen iğnelerin oluşturduğu fibroze bağlı tıkanıklıklardır. Akımın zayıf olması sonucu pıhtı oluşumu başlar.

3-Tromboz: En sık görülen komplikasyondur. Geç dönemde görülen tromboz, pıhtı ve zayıf akımı düşündürür. Trombozun uzaklaştırılması cerrahi olarak yada antitrombolitik ilaçlarla sağlanabilir.

4-Enfeksiyon: Nadir görülür. Fistül bölgesinde lokal inflamasyon bulguları ile tanı konur. Antibiyotik kullanılır.

Fistül Komplikasyonlarını Önlemek İçin

—Hastanın kolu elevasyona alınır. Bu venöz dönüşün kolaylaşmasını sağlar.

—Fistül olan koldan tansiyon ölçülmez, kan alınmaz, intravenöz uygulama yapılmaz.

—Hastanın kolunu fazla yorucu işlerde kullanmaması sağlanır. Fistül üzerine yatılmaz. Kolunu sıkkan giysiler giyilmez, saat takılmaz.

—Enfeksiyonu önlemek için bölgenin aseptik teknikle pansumanı sağlanmalı, steril gazlı bezle kapatılmalı.

—Kanamayı önlemek için travmalardan korunmalı.

—Fistül ayakta ise uzun süre ayakta durması engellenmeli.

—Hastaya fistülün çalışma durumunu nasıl anlayacağı anlatılmalı ve sık takip edilmeli. Fistülü geliştirici egzersizler öğretilir (Top sıkma gibi)

İnternal Arteriovenöz Greft: Kronik diyalizlerde uygulanır. Bu yöntem fistül açılması için yeterli-uygun kan damarı olmayan hastalarda uygulanır. Greft yerleştirildikten iki hafta sonra kullanılabilir. Greftin, pıhtılaşma, enfeksiyon ve anevrizma gibi komplikasyonları olabilir.

Diyaliz Sıvısı: Diyalizatlar fizyolojik sıvılardır. Na konsantrasyonu 135–140mEq/l arasındadır. Diyaliz sıvısında fosfat üre, urat, sülfat ve kreatinin bulunmadığı ancak üremik kanda yüksek konsantrasyonlarda olduğu görülmektedir. Bu nedenle üremik bir hastaya diyaliz yapıldığında, bu maddeler büyük miktarlarda diyaliz sıvısına geçer. Hemodiyaliz plazmadan üreyi 100-225mL/dak. gibi bir oranla temizlemektedir. Bu miktar normal iki böbreğin birlikte fonksiyonlarının iki misli kadar fonksiyon yaptığını göstermektedir.

Bazen tedavi ilerledikçe tedavi protokollerinde Na konsantrasyonu değiştirilmektedir. Bu nedenle de bacaklarda kramp, baş ağrısı gibi ozmolar şifte bağlı semptomlar kontrol altına alınmaktadır. Tüm hemodiyaliz solüsyonlarında tampon baz olarak, bikarbonat ya da asetat kullanılmaktadır.

Diyalizatlarda K içeriğine diyaliz sırasında karar verilmektedir. Diyaliz seansından sonraki ilk 5 saat içinde hipokalsemi beklenebilir. Özellikle dijital glikozit alan hastalar hipokalsemiye bağlı aritmi riski taşımaktadır. Hastanın bu yönden yakından izlenmesi çok önemlidir.

1-Akut Hemodiyaliz: Akut hemodiyaliz tedavisi birçok hasta için hayat kurtarıcıdır. Ancak bu hastalar hemodiyaliz seansından önce mutlaka değerlendirilmeli ve hemodiyaliz tedavisi her hasta için ayrı şekilde planlanmalıdır. Hemodiyaliz tedavisinin başlangıcında tedavinin süresi, kan akış hızı, diyalizer tipi kullanılacak diyaliz solüsyonunun birleşimi diyaliz solüsyonu akım hızı, ultrafiltrasyon miktarı ve antikoagülasyon şekli belirlenmelidir. İlk diyalizde hasta 2 saat hemdiyalizde tutulur.

2-Kronik Hemodiyaliz: Optimal diyalizin düzenlenmesi, yaşam kalitesi ve süresi açısından çok önemlidir. Genellikle haftada 3 kez 4 saat süre ile hemodiyaliz yapılır. Bu nedenle uygulamalarda seçilecek membran tipi, diyaliz solüsyonu, kan akım hızı, diyaliz sıklığı ve süresinin uygun bir şekilde

belirlenmesi gerekir. Bunun yanı sıra beslenme, sıvı ayarlanması, gerekli ilaç tedavilerine dikkat edilmelidir. Kronik diyaliz programındaki hastalar bireysel olarak değerlendirilip diyaliz tedavileri planlanmalı. Bu planlar belirli aralıklarla yeniden gözden geçirilmeli. Hastanın genel durumu, laboratuvar bulguları ve tedavileri değerlendirilir. Bu doğrultuda her hasta için yeni tedavi planlamalarına gidilebilir.

Hemodiyaliz Komplikasyonları

Hemodiyalizde komplikasyonlar üremi, asetat veya aliminyum birikimine, yetersiz diyalize veya yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişir. Bu komplikasyonlar akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır.

Akut Hemodiyaliz Komplikasyonları

1-Hipotansiyon: En sık görülen komplikasyondur. Hastaların %20-25'inde görülür.

Nedeni : Ultrafiltrasyon yolu ile fazla sıvı çekilmesidir. Daha çok hemodiyaliz sonuna doğru meydana gelir. Diyaliz öncesi antihipertansif ilaçların alınması, diyalizat Na düzeyinin düşük tutulması, asetatlı diyalizat kullanılmaması, diyalizat sıcaklığının yüksek olması, fazla ekstrekorporal dolaşım volümüne yol açan diyalizör kullanılması, diyaliz sırasında gıda alınması, otonom nöropati, anemi, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, membran biyouyumsuzluğu nedeni ile oluşabilir. Bunların dışında nadiren sepsis, perikart tamponatı, miyokart infarktüsü, aritmi, kanama, hava embolisi, hemoliz gibi sebepler de hipotansiyona yol açabilirler.

Önlemek İçin: Tedavi esnasında solunum sıkıntısı olmayan hastalarda trendelenburg pozisyonuna getirilerek ultrafiltrasyon durdurulur ve 100 ml kadar izotonik sodyum klorür infüzyonu yapılır. Kan basıncı ve vital bulguları stabilize olmadan tekrar ultrafiltrasyona başlanmaz. Hipotansif atak sırasında nazal oksijen verilmesinin miyokard performansını düzelterek yararlı olabileceği ifade edilmektedir. Hastaların kuru ağırlığının doğru olarak saptanıp düzeltilmesi, diyaliz seansları arasındaki fazla vücut ağırlığı artışı olanlarda hızlı ultrafiltrasyondan kaçınmak için diyaliz süresi ve sıklığının gerekli

ultrafiltrasyon toleransı sağlayacak kadar arttırılması, günlük vücut ağırlığı artışının 1 kg ile sınırlanması, ultrafiltrasyon kontrollü cihaz kullanılması, diyaliz öncesi hemotokrit düzeyinin %30'un üstüne çıkarılması, diyaliz sırasında gıda alınmaması, diyaliz öncesi 4 saat içinde kısa etkili antihipertansif alınması, uzun etkili antihipertansiflerin ise bir gece evvel yatarken alınması, bikarbonatlı diyalizat kullanılması, diyalizat sodyumunun 140 meq/l'nin altına düşürülmesi, diyalizat sıcaklığının 35°C ye kadar düşürülmesi gibi önlemlerden uygun olanları ile hipotansif ataklar önlenmeye çalışılır (Jacobson 1995, Çınar 1997, Menteş 1998, Vural 2001).

2-Ateş Üşüme: Bu durum daha çok endotoksemiye bağlı piyojenik reaksiyon ve enfeksiyon sonucu görülür. Bu durum enfeksiyona bağlı ateş ile karışır. Diyalize bağlı ateşte hastalarda diyaliz işleminden önce ateş yoktur ve hemodiyaliz tedavisinin bitiminden sonra ateş düşmeye başlar.

Nedeni : Diyalizer ve setlerin tekrarlı kullanımı ve işlem sırasında aseptik tekniklere uyulmamasıdır. Bu durumda diyaliz sonlandırılmalı, yeni set kullanılmalı ve enfeksiyon kaynağı araştırılmalı (Çınar 1997, Menteş 1998). Ateşi çıkan tüm HD hastalarında kan kültürleri alınmalıdır (Akpolat 2000).

3-Hava Embolisi: Nadir görülür.5ml'den fazla hava verilmesi problemlere yol açabilir. Bozuk veya hatalı set kullanımı, hava dedektörünün bozulması, yapılan ilaç IV sıvı perfüzyonları, diyaliz sonunda kalan sıvının hastaya verilmesinde havanın kullanılması neden olabilmektedir. Ciddi ve ölümlü sonuçlanabilen önemli bir komplikasyondur (Çınar 1997, Vural 2001).

Belirtileri: Oturan hastalarda şuur bulanıklığı, konvülsiyon gibi santral sinir sistemi bulguları, yatan hastalarda nefes darlığı, göğüste sıkışma öksürük bulguları ön planda olup, kan setlerinde hava kabarcıkları görülebilir.

Tedavi: Kan pompası durdurulur, ven seti klampe edilir, hasta sol tarafına baş aşağı gelecek şekilde yatırılır. Maske ile veya entübasyonla oksijen verilerek gerekirse kardiyopulmoner resültasyon yapılır. Beyin ödemi için steroid verilir (Jacobson 1995, Çınar 1997, Menteş 1998, Vural 2001).

Perkütan olarak ventriküle verilen havanın aspirasyonu denenebilir (Akpolat 2000).

4-Kanamalar: Sürekli H.D. tedavisi görenlerde GİS ve supdural hematom deri içi kanamalar görülebilir. Bu kanamaların nedeni heparizasyon, antikoagülan tedavi trombosit değişikliklerine bağlı uzayan kanama zamanıdır. Diyaliz çıkışında, hastanın kan değerleri incelenmeli, kanama belirtileri yönünden izlenmeli, travmalardan korunmalıdır (Çınar 1997, Menteş 1998) .

5-Kas Krampları: Patogenezi tam olarak aydınlanamamış olmakla beraber, hazırlayıcı faktörler olarak hipotansiyon, kuru ağırlığın altına düşülmesi ve düşük sodyumlu diyalizat kullanılması, diyaliz işlem sırasında Na, Ca ve suyun hızlı çekilmesi nedeniyle diyaliz sonuna doğru oluşur ve yaklaşık 3-10 dak sürer.

Önlemek İçin: Ultrafiltrasyonu yavaş yapmak, hipertonic glukoz veya sodyum klorür infüzyonu ve diyaliz öncesi ağızdan tuz vermek yararlı olmaktadır. Krampların önlenmesinde hipotansif ataklardan kaçınıcı önlemlerin uygulanması, kinin sülfat, oksazepam gibi ilaçların kullanılması ve masaj uygulanması yararlı olabilir (Lazarus 1996, Menteş 1998).

6-Kaşıntı: Hemodiyaliz hastalarının %80'inde görülen, diyaliz yetersizliği ile ilişkilendirilen, rahatsızlık veren bir komplikasyondur.

Nedeni: Ürenin toksik etkisi, safra tuzlarının ciltte birikmesi, psikolojik nedenler. Cilt kuruluğu, serum A vitamini seviyesindeki artış, yüksek parathormon seviyesi, derideki mast hücrelerinin poliferasyonu ve buna bağlı olarak plazma histamin seviyesinde artış, damarsal tonüs anomalileri, hemodiyaliz esnasında kullanılan etilen oksite, formaldehite karşı gelişen duyarlılık, heparin alerjisi, yüksek kalsiyum- fosfor çarpımı (Feinstein 1994, Akpolat 2001, Yılmaz 2002).

Önlemler: Hastanın kaşıntısının gerçekten üremiye bağlı olup olmadığına karar verilmeli. Diyaliz yeterliliği sağlanmalı. Hiperfosfatemi, hiperparatroidizm ve demir eksikliği kontrol altına alınmalı, beslenmenin düzenlenmesi için diyetisyen ile işbirliği yapılmalı. Kaşıntının nedenleri

araştırılarak nedene yönelik girişimlerde bulunulmalı. Etilen oksit alerjisinden şüpheleniliyorsa gama ışını yada buhar ile steril edilmiş diyalizer kullanılmalı, kullanılan antikoagulan madde gözden geçirilmeli, kaşıntının psikolojik kökenli olduğu düşünülüyorsa psikiyatri konsültasyonu istenmeli ve hemodiyaliz dışı nedenler değerlendirilmeli. Hasta ve yakınlarına eğitim verilmeli, el yıkamanın önemi ve sıklığı, tırnakların kısa kesilmesi, kaşıntıyı artıracak sıkı giysiler giyilmemesi, cilt kuruluğunu azaltmak için nemlendirici losyonların kullanılması, mümkünse her gün duş alınması, fosfordan kısıtlı olarak hazırlanmış diyeteye uyumun önemi vurgulanmalıdır (Akpolat 2001, Yılmaz 2002).

7-Diyaliz Disequilibrium (Dengesizlik) Sendromu

Ürenin yüksek olması ve hemodiyaliz esnasında aniden üre seviyesinin düşmesi ile spinal sıvıdaki üremik kanın düşüşü, birbirine paralel olmayabilir. BOS'taki yüksek üre sonu, hiperosmolarite nedeni ile beyine fazla miktarda sıvı çekilir ve beyin ödemi gelişir.

Belirtileri: Baş ağrısı, bulantı–kusma, huzursuzluk, adale krampı, HT konfüzyon, beyin kanaması, senkop, aritmi, ajitasyon, irritabilite, konvülsyon.

Önlemek İçin: Yüksek üreli hastalarda üre birden düşürülmemelidir. Diyaliz sıvısına tuz ilave edilmeli. Birden uzun diyaliz yerine, başlangıçta kısa süreli ve sık sık diyaliz tercih edilmeli. İlk diyaliz 2 saat olmalıdır. İlk seanslarda kan üresinin %30 kadar düşmesi hedeflenmesi ve Kt/V değerlerinin ilk seanslarda sırası ile 0.3, 0.6, 0.9 gibi düşük tutularak, kademeli yükselmelerle hedef düzeye ulaşılması önerilmektedir. Düşük sodyumlu diyalizattan kaçınılması, 140-145 meq/l sodyum ve 200 mg/dl glukoz içeren diyalizat kullanılmasının da yararlı olduğu belirtilmektedir. Disequilibrium Sendromu gelişen hastalarda diyaliz derhal sonlandırılmalıdır. Tedavide mannitol infüzyonu, diazepam ve fenitoin yararlı olabilmektedir (Lazarus 1996).

8-Bulantı ve Kusma: Sebebi çok yönlü olup, çoğu kez hipotansiyonla birlikte görülür. Bazen disequilibrium sendromu ile ilgili olabilir. Tedavisinde hipotansiyonun düzeltilmesi, antiemetikler yararlı olup, korunmak için

bikarbonatlı diyalizat kullanılması ve diyalizin ilk saatlerinde kan akımının yavaş tutulup bunun diyaliz süresinin uzatılması ile telafi edilmesi önerilmektedir (Vural 2001).

9-Baş, Göğüs ve Sırt Ağrıları: Diyaliz sırasındaki baş ağrıları asetatlı diyalizat, disequilibrium sendromu, fazla kahve alışkanlığı olanlarda kafein konsantrasyonunun düşmesi gibi sebeplere bağlı olabilir ve analjeziklerden yarar görebilir. Göğüs ve sırt ağrıları kompleman aktivasyonu ile ilgili olup, biyouyumlu membran kullanımı ile düzelebileceği gibi, hemoliz veya iskemik kalp hastalığı ile ilgilide olabilir (Vural 2001).

10-Anjinal Atak ve Aritmiler: Diyaliz hastalarında koroner arter hastalığı yaygın olup diyaliz sırasında, anemi, hipotansiyon, taşikardi gibi faktörlerin de etkisiyle anjinal ataklar oluşabilir. Anjinal ataklarda oksijen verilmesi, kan akımının azaltılması, hipotansiyon yoksa dilaltı nitroglicerine uygulanması yararlı olabilir. Ayrıca sol ventrikül hipertrofisi, valvula sklerozda aritmiye neden olur. Kalsiyum fosfor metabolizması bozukluğu sonucu iletim sisteminde kalsifikasyonlar oluşabilir, perikardial efüzyon oluşabilir, etkin bir diyalizde elektrolit konsantrasyonlarında oluşan hızlı değişikliklerde aritmi gelişimine katkıda bulunabilir. Diyalizat potasyumunun (K) 2.0 meq/l'nin altında olması da aritmilere eğilimi artırmakta olup, 3.0 meq/l potasyum içeren diyalizat kullanılması aritmi sıklığını azalttığı bilinmektedir. Dijital ve ventriküler aritmilere sebep olabileceğinden, özellikle diyaliz tedavisine geçilmeden evvel kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kalp yetmezliği tablosunu düzeltmek için başlanmış olabilen dijital tedavisine, diyalizle etkin bir volüm kontrolünden ve hastaların kuru ağırlıklarına düşürülmelerinden sonra çoğu kez ihtiyaç kalmayacağından, diyaliz hastalarının gerçekten dijital ihtiyacı olup olmadığı hususu dikkatle değerlendirilmelidir. Aritmilerin akut tedavisi, böbrek hastası olmayanlardaki gibi olup, yalnızca kullanılacak ajan için doz ayarlaması gerektirebilir (Lazarus 1996, Vural 2001).

11-Hipoksi: HD sırasında diyalizatla veya membranla ilgili olabilen hipoksi atakları gelişebilir. Asetatlı diyalizatta bikarbonatlıya göre kandan diyalizata CO₂ geçişi belirgin olup, oluşan hipokapni, hipoventilasyon ve

hipoksiye neden olabilir. Bikarbonatlı diyalizatta hipokapni gelişmezse de kana fazla bikarbonat geçmesi sonucunda metabolik alkaloz gelişirse, bu durumda hipoventilasyon ve hipoksiye sebep olabilir. Selüloz gibi biyoyumluluğu düşük membranlarda kompleman aktivasyonu ile birlikte oluşan tromboksan gibi mediatörlerin etkisiyle akciğerlerde nötrofil sekestrasyonu, pulmoner fonksiyon bozukluğu ve hipoksi oluşabilir. Membranla ilgili hipoksi diyalizin ilk saatinde belirginken, diyalizat tamponuyla ilgili hipoksi oluşabilir. Kalp ve akciğer hastalığı bulunanlarda hipoksi daha belirgin olup, oksijen desteğine ihtiyaç gösterebilir. Hipoksiden korunmak için biyoyumlu membran seçilmesi ve alkalozu yol açmayacak düzeyde bikarbonat içeren diyalizatların kullanılması önerilir (Bergman 1994, Lazarus 1996, Vural 2001).

12-Hipoglisemi: Özellikle diyabetiklerde renal yetmezliğin ilerlemesiyle insulin yarı ömrünün uzaması nedeni ile hipoglisemi eğilimi olduğundan, bu hastaların insulin dozlarının diyaliz günü azaltılması ve diyalizatın glukoz içeriğinin 200mg/dl'den az tutulmaması önerilir (Lazarus 1996).

13-Diyalizör Reaksiyonları: Bu reaksiyonlar ilk kullanım sedromu olarak da adlandırılmakla birlikte, reuse yapılan diyalizörlerle de görülebilirler. Anafilaktik (Tip A) ve nonspesifik (Tip B) nitelikte olabilirler. Anafilaktik (Tip A) reaksiyonlar sterilizasyonda etilen oksit kullanımı ile özellikle yüksek akımlı diyalizde bikarbonatlı diyalizatların kontaminasyonu, reuse işlemiyle, heparinle, kompleman aktivasyonu, poliakrilonitril kökenli AN69 membranlarının anjiotensin konverting enzim inhibitörü ile etkileşimi sonucunda bradikinin aktivasyonu ile ilgili olabilmektedir. Belirtileri genellikle diyalizin ilk dakikalarında ortaya çıkar.

Belirtileri: Kaşıntı, ürtiker, burun akıntısı, aksırma gibi hafif reaksiyonlar şeklinde olabileceği gibi, hayatı tehdit eden şiddetli bir anafilaksi tablosu da oluşabilir.

Tedavi: Diyaliz hemen sonlandırılır. Setteki kan hastaya geri verilmez. Bu tür reaksiyon gösterenlerde etilen oksitle değil, gamma ışını veya buhar gibi diğer yöntemle sterile edilmiş diyalizörler kullanılmalı, diyalizörler

kullanılmadan önce iyice yıkama yapılmalıdır. Nedene yönelik tedavi yapılmalıdır.

Nonspesifik (Tip B) reaksiyonlar ilk bir saat içinde ortaya çıkabilirler. Belirtiler: Göğüs ağrısı ve sırt ağrısı şeklinde kendini gösterir. Etiyolojisinde kompleman aktivasyonunun rolü tartışmalıdır. Koroner iskemisi ile ayırıcı tanı önem taşır.

Tedavi: Nazal oksijen uygulaması, biyoyumlu membran seçimi yarar sağlayabilir. Genellikle diyalize devam edilebilir ve ilk saatin sonunda belirtiler düzelebilir (Jacobsan 1995, Lazarus 1996).

14-Hemoliz: Diyalizatın sıcaklığı, hipotonik, formaldehit, hipoklorit, kloramin, bakır, nitrat gibi maddeler içermesi ile oluşabilir.

Belirtileri: Hastada bel ve göğüs ağrısı, dispne, ven setinde kanın şarap rengi görünümü aldığı kan santrifüje edildiğinde ise plazmanın pembe renkte görüldüğü saptanabilir. Zamanında fark edilmezse hiperpotasemi sonucunda kas güçsüzlüğü, aritmiler ve hatta kardiyak arrest olabilir.

Tedavi: Kan pompası durdurulur ve setlerdeki hemolize kan hastaya geri verilmez. Hiperpotasemi ve hematokrit düşmesi yönünden hasta izlenir (Jacobson 1995).

15-Diyalizör Yırılması ve Pıhtılaşma: Hatalı diyalizer üretimi veya artmış venöz basınç (pıhtılaşma veya diyalizer setinde bükülmeye bağlı) diyalizörün yırtılmasına yol açabilir. Diyalizer yırtılmasının aşırı kan akımı ve diyaliz sisteminde hava olması diyalizerde pıhtılaşmaya yol açabilir (Bergman 1994).

Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

1-Hipertansiyon: Diyaliz hatalarının %80-90'ında kan basıncı yüksektir. Hipertansiyona yol açan durumlar: Volüm artışı, renin sekresyonunda artma, nörojenik uyarıdır. İdrar miktarı azalmış hastalarda tuz ve su birikiminin sonucunda volüm artışı sonucu K.B. yükselir.

Önlemek için: Vücut ağırlığının artmasına engel olunmalı, fazla tuzlu gıdalar almamalı, sıvı alımı azaltılmalı.

2-Kardiyak Komplikasyonlar: Üremik hastalarda ölüm nedenleri arasında ilk sırayı alır (Parfrey 1996). Hemodiyaliz hastalarında, iki diyaliz arası 3-4 kg'dan fazla kilo alınması kardiyovasküler mortaliteyi belirgin şekilde artırır. Sık karşılaşılan kardiyak komplikasyonlar; koroner arter hastalığı, perikardit, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ve hipertrofi, kalp yetmezliği, endokardit ve aritmilerdir (Akpolat 2001).

a) Koroner Arter Hastalığı: Üremik hastalarda koroner arter hastalığı için başlıca risk faktörleri hipertansiyon, DM, sigara, insülin direnci, lipit metabolizması bozuklukları ve vasküler kalsifikasyonlardır (Akpolat 2001).

Tedavi: Nitratlar, beta blokerleri ve kalsiyum antagonistleri kullanılabilir. Anemi kontrol altına alınmalıdır. Hemoglobin ve hematokrit düzeyleri mutlaka angina oluşumunu önleyecek düzeyde tutulmalıdır (Parfrey 1996). HD tedavisi esnasında ortaya çıkan angina pektorisin tedavisinde, nazal oksijen verilmeli ve varsa hipotansiyon düzeltilmelidir. HD tedavisi esnasında tekrarlayan angina pektoris olan hastalarda diyaliz öncesi %2'lik nitrogliserinli krem veya patch (parça, yama) yapıştırılabilir, oral nitratlar, beta blokerleri veya kalsiyum antagonistleri (tercihen diltizem) verilebilir, ancak hipotansiyon riski akılda tutulmalıdır. Asetat diyalizi esnasında tekrarlayan anginası olan hastalarda bikarbonat diyalizine geçilmelidir (Akpolat 2001). Medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan anginası olan hastalarda, anjioplasti ve cerrahi müdahale düşünülmelidir (Parfrey 1996). Akut MI geçiren HD hastalarında, HD esnasında hemodinamik açıdan dengesizlik oluşabileceği düşünülerek periton diyalizi yapılmalıdır. Periton diyalizi yapılamıyorsa HD esnasında hipotansiyondan kaçınılmalıdır (Parfrey 1996).

b) Perikardit: Ani ortaya çıkışı ve hemodinamik komplikasyonları (kalp tamponatı, kardiyak aritmiler ve kalp yetmezliği) nedeni ile önemlidir (Rostant 1995). Diyaliz hastalarında tüm ölümlerin %3-4'ünden sorumludur. KBY'de iki çeşit perikardit vardır:

1.Üremi ile İlişkili Perikardit: Düzenli diyaliz tedavisi uygulanmayan hastalarda görülen perikardittir. Bu hastalarda kronik HD tedavisine başlanmalıdır.

2.Diyaliz İle İlişkili Perikardit: Düzenli diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda görülür. Diyaliz ile ilişkili perikarditin en sık nedenleri yetersiz diyaliz ve hipervolemidir. Diğer nedenleri ise; bakteriyel ve viral infeksiyonlar, tüberküloz, artmış katabolizma, hiperparatroidi, hiperürisemi, MI ve malnütrisyonudur.

Belirtileri: Ani başlayan nefes darlığı, öksürük veya göğüs ağrısıdır. Olguların %95'inde perikardiyal sürtünme sesi (frotman) vardır. Paradoksal nabız, EKG'de ritim bozuklukları, boyun venlerinde dolgunluk e hipotansiyon mevcuttur (Rostant 1995).

Tanı: Fizik muayene bulguları, akciğer grafisinde çadır manzarası görünümü, elektrokardiyografi ile konur. Arıca açıklanamayan hipotansiyonu olan hastalarda perikardit düşünülmelidir.

Tedavi: Yoğun diyaliz tedavisi ve cerrahi drenajdır (perikardiyostemi, perikardiyosentez, perikardiyektomi). Hastaya 2–4 hafta, haftada 5–7 kez yoğun diyaliz tedavisi uygulanır. Yoğun diyaliz tedavisi uygulanan hastalar dehidratasyon, hipopotasemi, hipofosfatemi veya metabolik alkaloz açısından izlenmeli ve heparinizasyonsuz HD yapılmalıdır. Yoğun diyaliz tedavisi ile kontrol altına alınmayan veya kardiyak tamponad gelişme riski olan hastalarda cerrahi drenaj yapılmalıdır. Nonsteroid antienflamatuar ilaçların veya intraperikardiyal kortikosteroid uygulamasının perikardiyal sıvı üzerine bir yararı gösterilmemiştir. Ancak nonsteroid antienflamatuar ilaçlar hastanın ağrısını azaltabilir (Rostant 1995).

c) Sol Ventrikül Hipertrofisi ve Fonksiyon Bozukluğu: HT, sıvı birikimi anemi, koroner arter hastalığı, arteriyovenöz fistül, miyokardiyal kalsifikasyon, üremi, malnütrisyon ve sistemik hastalıklar (amiloidoz, periarteritis nodosa, skleroderma) gibi nedenlerle sol ventrikül fonksiyon bozukluğu gelişir.

Tanı: Elektrokardiyografi, ekokardiyografi, akciğer grafisi

Tedavi: Kan basıncı kontrol edilmeli, anemi düzenlenmeli ve yüksek debili arterio venöz fistül ve greftler onarılmalıdır. Hipervolemi ve hipovolemi önlenmelidir. Anjiotensin konverting enzim inhibitörleri (ACEİ) ve diğer vazodilatör ilaçlar kullanılabilir. Hemotokrit üzeyi %30–33 düzeyinde tutulmalıdır (Akpolat 2000).

d) Endokardit: Geçici HD kateterlerinin yaygın kullanımı bu hastalarda bakteriyemi ve endokardit sıklığını artırmıştır. Geçici kateteri olan hastalar yakın takip edilmeli, uygun antibiyotik 4–6 hafta süre ile verilmelidir (Akpolat 2001).

e) Aritmi: Sol ventrikül hipertrofisi, koroner arter hastalığı, elektrolit değişiklikleri, hipoksemi, hipofosfatemi, kalsifikasyon gibi nedenlerle değişik aritmiler ortaya çıkabilir. Tedavisi altta yatan nedene yöneliktir. Elektrolit bozukluğu varsa kontrol altına alınmalı ve antiaritmik ilaç gerekirse uygun dozda verilmelidir (Akpolat 2001).

3-Nörojenik Değişiklikler: Sosyal durumda değişme libido kaybı depresyon, ilişkilerde bozulma, devamlı makineye bağlı olma sonucu yaşam stilinde değişiklikler gibi sorunlar görülmektedir. Serebral problemler içinde, sinir sisteminin etkilenmesi sonucu mental fonksiyonlarda değişme, tembellik, uyum güçlüğü, konfüzyon, disoryantasyon, stupur yer almaktadır (Akyol 2005).

4-Kemik Eklem Bozuklukları: Bu durum Ca ve fosfor metabolizması değişiklikleri sonucu olur. Diyaliz hastalarında fosfor böbrek yolu ile atılamadığı için P düzeyi yükselir. Ayrıca diyetle alınan fosfor da kan fosfat düzeyini yükseltir. Serum fosfor düzeyinin artması, Ca miktarın düşmesine neden olur. Ca eksikliği sonucu parathormon salgılanır. Ca değerinin yükselmesi için Ca kemiklerden kana çekilir. Sonuçta kemiklerde yumuşaklık ve kırıklara neden olur.

Ayrıca böbrek parankiması bozulduğu için aktif D vitamini emilimi bozulur. Ca emilimi için D vitaminin eksikliği hipokalsemiye yol açar (Akpolat 2001, Nissenson 2004).

5-Hematolojik Değişiklikler: Anemi en sık karşılaşılan problemlerdendir. Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Anemi Nedenleri: Eritropoetin yapımında yetersizlik, yükselen üre nedeniyle eritropoetin yapımının baskılanması ve yaşam sürelerinin kısalması, diyaliz sırasında meydana gelen kan kayıplarıdır (Ifudu 2004).

6-Hepatik Değişiklikler: En sık karşılaşılan problemlerin başında gelir. Hepatit oluşmasında hasta ve taşıyıcı bireylerin kontrol edilmesi, vasküler giriş bölgelerinde enfeksiyon alınması, çalışan kişilerin aseptik tekniklere uymaması, hijyen koşullarının kötü olması gibi nedenler rol oynamaktadır. HbsAg(+) olan hastalar ayrı diyaliz makinesine alınmalı, çalışanlar mutlaka eldiven giymeli, maske takmalı ve belirli aralıklarla kan aldırarak serum antijenine baktırmalıdır (Akpolat 2001).

Hemodiyalizde Beslenme

Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Çünkü bu hastalarda malnütrüsyon oldukça sık karşılaşılan, morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli sorunlardandır.

Hastaların çoğu için diyaliz tedavisinin bir parçası olarak katlandıkları fiziksel ve emosyonel sorunların yanı sıra yemelerine izin verilen yiyeceklerin türü ve miktarı üzerindeki kısıtlamalar, makinede sürdürülen bir yaşamın en zor yanları arasındadır.

Beslenmenin amacı: Sıvı elektrolit bozukluklarının arttırmadan veya üremi semptomlarını fazlalaştırmadan iyi bir beslenme durumu sağlamak ve korumaktır. HD hastaları için planlanan diyet, hastanın klinik semptomları ve biyokimyasal değerleri göz önünde bulundurularak, hastaya özgü hazırlanmalıdır (Mees 2000, Akduran 2006). Beslenmede dikkat edilecekler:

1-Protein: Hemodiyalizin ilk yıllarında bir düzeye kadar protein kısıtlaması yaygındı. Haftada 3 kez diyaliz ve yüksek geçirgenli membranların kullanılmaya başlandığından beri protein metabolizmasına daha çok önem verilmiştir (Mees 2000).

HD rejimi kataboliktir ve diyalizle amino asit kaybedilmektedir. Bu nedenle kalori alımı 35kcal olacak şekilde günlük protein alımı en az 1,5gr/kg olmalıdır (Ifidu 1999). Günlük protein ihtiyacı 1–1.2 g/kg dır (Özener 2001). Bir protein kaynağı esansiyel aminoasit yönünden ne kadar zenginse o kadar değerlidir. Biyolojik açıdan çok değerli olduğundan diyetteki protein ihtiyacının 2/3'si hayvansal kökenli besinlerden (et, tavuk, balık, süt ve süt ürünlerinden) karşılanmalıdır. 1/3'i ise bitkisel proteinlerden (kuru baklagiller, buğday, patates, pirinç) karşılanmalıdır (Torun 2003). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların üre kreatinin değerleri yükseldikçe ortaya çıkan GİS semptomlarının gerilemesi için protein kısıtlaması gerekebilir (Akduran 2006). Her ne olursa olsun diyaliz hastası halen yeteri kadar beslenememektedir. İsveç'teki son bir çalışma, "subjektif global beslenme değerlendirmesi" yöntemini kullanarak, HD hastalarının %51'inin orta derecede malnütrisyonu ve %13'ünün ise ciddi malnütrisyonu sahip olduğunu rapor etmiştir (Bergstöm 1998).

2-Karbonhidrat: Hemodiyaliz hastalarında günlük enerji gereksinimi 35-50 kkal/kg'dır. Bunun %60–65 karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Tüm bitkisel besinlerin içinde karbonhidrat mevcuttur ve seçerken K içeriğine dikkat edilmelidir (Torun 2003).

Şeker ve tatlılar gibi kolay emilen karbonhidratlar bağırsak duvarından hızla emilerek kandaki şeker seviyesini yükseltirler. Böyle gıdaları diyaliz hastaları daha az kullanmalıdır. Bunun yerine patates, ekme, pilav, makarna, börek gibi nişastadan zengin kompleks CHO tercih edilmelidir (Torun 2003).

3-Yağ: Günlük enerji gereksiniminin %30'u yağlardan karşılanmalıdır. Günlük kolesterol alımı 300mg geçmemelidir. Çünkü hiperlipidemi, üremik hastalarda yüksek oranda arteroskleroz ve kardiyovasküler hastalıkla kendini gösteren kronik böbrek yetmezliğinin bir komplikasyonudur. Doymamış yağ asitleri kullanılmalıdır (Torun 2003).

4-Sıvı Alımı: Sıvı alımı periferik ödem, kan basıncı, santral ödem, idrar miktarı ve iki diyaliz arasındaki kilo alımı göz önünde bulundurularak

ayarlanmalıdır (Torun 2003, Akyol 2005). Özellikle kalp yetmezliği ve arter basıncı yüksekliği sıvı kısıtlaması gerektirir. Günlük alınacak sıvı miktarı (içilen miktar + gıda içindeki su) 24 saatte çıkarılan idrar miktarına, fark edilmeyen sıvı kaybı (500cc) ilave edilerek hesaplanır. İyi idrar çıkaran bir hastada diyaliz seansları arasında kilo artışı yoksa sıvı kısıtlaması yapılmaz. İdrar azaldığı veya tamamen kesildiği durumlarda sıvı kısıtlaması gerekir (Torun 2003). Susamayı önlemek için sakız çiğnenmeli, şekersiz tatlılar yenmeli, meyve potasyuma dikkat edilerek alınmalı, tuz kullanımı azaltılmalı ve gerekirse anjiyotensin reseptör blokerleri verilmelidir (Akduran 2006).

5-Tuz Alım: Vücut dokularına suyun girmesini teşvik ettiğinden, kan basıncını yükselttiğinden ve susuzluk hissi yaratarak aşırı sıvı alımına neden olabileceğinden azaltılmalıdır. Günde alınması gereken tuz miktarı 1-2gr'dır. Fakat hastanın tuz kaybeden nefropatisi varsa, diyaliz sırasında oluşan hipotansiyonu önlemek amacıyla fazla tuz verilmesi gerekebilir.

6-Potasyum: İdrarla K atılmadığından serum K konsantrasyonu yükselir ve bu durum miyokardı etkileyerek kardiyak arreste neden olabilir. Bundan kaçınmak için değişik yiyeceklerdeki K miktarını iyi bilmek, K zengin gıdalardan kaçınmak veya gıdaların K içeriğini azaltarak yemek gerekir. K miktarı düşük diyet almanın bir başka nedeni de; böbrek yetersizliği olan hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük K alımı ile hem hipertansiyon hem de inme riski arasında bir bağlantının gösterilmiş olmasıdır (Linas 1991). K'dan zengin yiyecekler; narenciye, baklagiller, patates, fındık, fıstık, bamya, pestil, kayısı, incir(kuru), hurmadır (Koç (6), Koç (4), Eraydın)

7-Kalsiyum: Kemik ve dişlerin en önemli yapı maddesini oluşturur, kanın pıhtılaşmasında rol oynar, hücre zarının geçirgenliğini, sinir ve kas hücrelerine karşı duyarlılığı etkiler, kalp kasının normal çalışması ve dinlenmesinde rolü vardır. Sindirimde ve metabolizmada görev alan bazı enzimlerin etkin duruma geçmesinde yardımcıdır. Protein, fosfor kısıtlamaları ve iştahsızlık kalsiyum alımını kısıtlar. Normal serum kalsiyumu %8,5- 10,5 arasındadır (Akduran 2006). Erişkinlerde günlük Ca ihtiyacı:1200-1600mg'dır. HD hastalarında kalsiyumun bağırsaklardan emilimi de bozulduğu için,

emiliminin sağlanması amacı ile Ca ve vitamin D verilir. Kalsiyumdan zengin yiyecekler: Kaşar peyniri, balık, nohut, ıspanak, bamya, fasulye, pırasa, dondurma, krema, kayısı, kivi, portakal, kraker, makarna (Koç (6), Koç (4), Eraydın).

8-Fosfor: Fosfor, hücre içinde yüksek enerji sağlayan ATP'nin ve hücre membranının yapısında bulunur. Bu enerji ile kas kontraksiyonları, nörolojik fonksiyonlar ve elektrolit taşınması gibi önemli olaylar sağlanır. Gen transkripsiyonu ve hücre büyümesi ile karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarının düzenlenmesinde önemli rolü vardır. Fosfor dengesi başlıca üç organ tarafından sağlanır; ince bağırsaklar, böbrekler ve iskelet sistemidir. Serum fosfor seviyesinin 5mg/dl'nin üstünde olmasına hiperfosfatemiyemi denir. Ca-Fosfor dengesini sağlamak, hiperfosfatemiyeminin kemiklerde oluşturduğu hastalıkları önlemek açısından çok önemlidir. Kalsifikasyonlar en sık böbrek, deri, kan damarları ve korneada görülür (Aral 2000, Dilmener 2000). Ayrıca vücuttan atılmayan bu toksik maddeler, hastaların kullandığı ilaçlar ve bozulan immünite nedeniyle çeşitli deri sorunları (kserozis, pruritis) ortaya çıkmaktadır (Güleç 1998). Fosfordan kısıtlı diyet (günde 600–700) verilerek fosforu 4–5,5 mg/dl düzeyinde tutulmaya çalışılır. Protein içeren besinler aynı zaman da fosfor kaynakları olduğundan, düşük proteinli diyet verilerek fosfor kısıtlanmış olur. Balık, bulgur, et, kuru baklagiller, kurutulmuş sebzeler, peynir, sakatatlar, süt, yoğurt, süt tozu, badem, fıstık, ceviz fosfordan zengin gıdalardır (Torun 2003). Serum fosfor seviyesi diyetle çoğu zaman kontrol altına alınamadığı için fosfor bağlayıcı ilaçların kullanılması gerekmektedir (Dilmener 2000).

9-Demir: Hemodiyaliz hastalarında, diyaliz sırasında, vasküler giriş yerlerinden, diyalizer ve setler yoluyla kan kaybedilmesi, antikoagülan kullanılmasına bağlı kanamalar, diyetle yeterli demir alınamaması, fosfat bağlayıcı olarak alınan ilaçlarının demir emilimini bozması nedeniyle demir eksikliğine çok sık rastlanır (Torun 2003).

10-Vitamin: Yağda eriyen vitaminlerden; A vitamini vücutta birikim gösterdiğinden kullanılması önerilmemektedir. E ve K vitamini desteğine gerek yoktur. D vitamini ise böbreklerde aktif hale geçemediğinden, eksikliği

dışarıdan verilerek giderilebilir. Hastanın kalsiyum, fosfor ve parathormon seviyelerine bakılarak doz ayarlaması yapılmalıdır. İlaç dozu düşük dozda (0,25mg/gün) kalsitriol başlanıp, daha sonra yavaş yavaş artırılmalıdır. Günde 70–100 mg C vitamini, 10mg B6 vitamini ve 1 mg folik asit verilmesi önerilir. Aşırı C vitamini alınımı yumuşak doku ve kemikte kalsiyum oksalat birikimi yapan oksalik asit oluşumuna yol açabileceğinde dikkatli kullanılmalıdır (Torun 2003). KBY olan hastalarda serum vitamin A ve retinol bağlayan protein düzeyi yüksek olduğu için, bu hastalara A vitamini verilmesi kontraendikedir (Nissenson 2004, Akduran 2006).

11-Balast Maddeler (posa):Birinci planda plazma hazmı sağlayan enzimler tarafından parçalanmayan veya çok az parçalanan, bitkisel gıda komponentleridir (Torun 2003).

12-Baharat: Suda pişirme yöntemiyle hazırlanan besinler lezzetlerini kaybederler bunlara tuz yerine az miktarda baharat konularak lezzetlendirilebilir. Fakat fazla baharat kullanımının susuzluk hissini artıracığı ve sıvı alımını fazlalaştıracığı unutulmamalıdır (Torun 2003).

13-Alkol: Diyaliz hastası ölçülü miktarda alkol alabilir. Ancak sıvı dengesi göz önünde bulundurulmalıdır (Torun 2003).

ÖZ BAKIM GÜCÜ

Öz bakım modeli Dorethe E. Orem tarafından hemşireliğin yapılanması amacı ile geliştirilmiş ve ilk kez 1956 yılında ele alınmıştır. Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır. Kısaca bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak, sağlık düzeyini yükseltmek için kendine düşeni yapmasıdır (Simons 1990, Nahçıvan 1993, Orem 1996, Rice 1995, Alexander 1999, Velioğlu 1999, Haurbourg 1999, Bakoğlu 2000, Potter 2001).

Norris, öz bakımın birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir

süreç olduğunu belirtmektedir. Norrisin öz bakım ifadesi oremle benzerlik göstermektedir (Kara 2001).

Orem'in öz bakım teorisi, öz bakım, kişileri olgunlaştıran veya kişilerin becerilerini olgunlaştıran, zaman çerçevesinde yapılan, yaşamı elde etme namına kendilerinin yaptıkları, sağlıklı, etkin, kişisel gelişme ve iyileşmeyi devam ettiren aktivitelerin uygulamasıdır şeklinde belirtilir (Kara 2001, Ageborg 2005).

Öz bakım, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olması nedeni ile önem taşımaktadır (Kara 2000). Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi için şu özelliklere sahip olması gereklidir:

—Kendine dikkat etme,

—Karar verirken öz bakım anlayışı içinde yargılama,

—Fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme,

—Güdüleme,

—Öz bakım kararını verme ve uygulama,

—Eylemleri sıraya koyma,

—Eylemlerini gerçekleştirme ve sıraya koyma (Simsons 1990, Alexander 1999).

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

Çevre ve insan sürekli etkileşim halindedir ve birlikte bir bütünü ve sistemi oluştururlar. İnsan, gereksinimlerini çevresindeki olanaklar çerçevesinde

gerçekleştirdiği için çevresindeki olumlu ya da olumsuz değişiklikler öz bakımı etkilemektedir.

Kültür; insanların fiziksel ve toplumsal çevrelerine uyum sağlayabilmeleri için yarattıkları maddi ve manevi eserlerin tümüdür. Öz bakım, insanın kültürel temeline dayanarak öğrendiği edimsel bir davranıştır. Örneğin, sağlığa karşı kadercı yaklaşımla yetişen birey hastalıkla karşılaştığında, kendi işini etkilemediği sürece tedavi yollarını aramamaktadır (Kara).

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

Dorethea Orem 1971’de bireylerin öz bakım gereksinimlerini vurgulayan hemşirelik kuramını geliştirmiştir. Orem’e göre öz bakım gereksinimleri üç şekilde olur:

- 1.Evrensel öz bakım gereksinimleri,
- 2.Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri,
- 3.Gelişimsel öz bakım gereksinimleri (Potter 2001, Balcı 2003, Öztürk 2000).

1.Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan hava, besin, su alımının sürdürülmesi, atıkların atılması, hareket edebilme, tehlikeden kaçma, toplumsal etkileşimde bulunma gibi temel gereksinimleri içermektedir. Bu gereksinimlerin karşılanması sağlığı olumlu bir şekilde etkiler (Rice 1995, Orem 1996, Velioğlu 1999, Öztürk 2000, Balcı 2003).

2.Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın karşılaştığı, gelişimi etkileyen ve yaşamı destekleyen yaşam koşullarının düzenlenmesidir. Gelişmeyi olumsuz etkileyebilen olay ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinde bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü evrensel öz bakım gereksinimleridir (Orem 1996, Velioğlu 1999, Balcı 2003).

3.Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım: Yaralanma, hastalık ya da rahatsızlığa bağlı ortaya çıkan öz bakım gereksinimleridir.

Hemşirelik ve Öz Bakım

Orem, modelinde sıklıkla hastalık ya da kaza geçiren bireyin, hastalık etkisi ile baş etme ve sağlıklı yaşamı sürdürme, kendi sağlığı, geleceği, iyileşme durumu ve hastalığın çevresindekilere etkisi gibi pek çok sorunu vardır. Bireyin bu gereksinimleri nasıl karşılayacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı ise; hemşirelik sisteminde aranmaktadır (Nahçıvan 1993, Rice 1995, Orem 1996, Sucuoğlu 1997, Velioğlu 1999, Kara 2000, Kara 2001, Balcı 2003). Orem'e göre hastalık meydana geldiğinde, öz bakım yeterince sürdürülemez. Öz bakımı sağlamadaki kayıp, sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilir. Buna bağlı olarak, Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda 3 temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır.

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

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

3.Destekleyici Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir ancak bu aktiviteleri başarımında hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır. Hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi bakımını

üstlenmesine, öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (Deatrick 1998, Velioglu 1999, Kara 2000, Balcı 2003).

Bireyin öz bakım gereksinimlerini yeterince karşılayamaması, nöromusküler ya da bilişsel fonksiyonda bozulma ile bağlantılı görülebilir. Örneğin epilepsi hastalarında öz bakım gereksinimlerinin büyük ölçüde karşılanamadığı görülmüştür. Dilorio ve arkadaşlarının (1996) yaptığı araştırmada epilepsi hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmadıkları, bunun da cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, yaş, ilaç dozu ve sayısı gibi durumlardan da etkilendiği belirtilmektedir. Hastanın ilaçlarını düzenli kullanması ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanması; aile, arkadaş gibi sosyal destek sistemlerinin gücünden, bireyin öz bakım ve hastalığı konusundaki düşünce tutum ve eğitiminden etkilenmektedir.

Hemşire, hasta bakımında öncelikle hastanın mevcut durumunu değerlendirmeli, sınırlılıklarını bilmelidir. Bunun için hastanın performansını doğru saptayacak şekilde veri toplamalıdır. Örneğin kronik kalp yetmezliği olan hastalar temel aktivitelerini gerçekleştirememektedir. Solunum güçlüğü çeken kronik kalp yetmezliği hastaları çoğunlukla temel aktivitelerini kısıtlamaktadırlar. Bennett ve arkadaşlarının (2000) yaptığı araştırmaya göre solunum güçlüğü çeken hastalar solunum sıkıntısı ile baş edebilmek için, birden fazla yastık kullandıklarını, ailelerinden yardım alabildiklerini bildirmişlerdir. Kronik obstruktif akciğer hastalığında (KOA) görülen dispne, hipoksi bireyin egzersiz kapasitesini sınırlar ve günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olur ve hemşire bu bağlamda hastanın öz bakım gereksinimlerini belirlemeli ve hangi düzeyde yerine getirebildiğini saptamalıdır (Phipps 1991, Smeltzer 2000). Hemodiyaliz uygulanan hastaların hastalık süreci ve hastalık semptomlarını kontrol edebilmelerinde öz bakımlarını yapma düzeyleri önemlidir. Öz bakım davranışları içinde uygun diyet alımı, düzenli ilaç kullanımı, sıvı alımını kısıtlama, stresle baş edebilme yer almaktadır. Yapılan çalışmalar öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Akyol 1996, Tsay 2003).

ÖZ YETERLİLİK ALGISI

Öz yeterlilik, Bandura tarafından 1977-1986'da geliştirilmiş sosyal öğrenme teorisidir. Öz yeterlilik bir kimsenin özel yeteneği, öğrenmede başarılı olması, beceriyi uygulama ve sonuçlara ulaşmada zorluklar olmasına rağmen beceride ısrar etme inancıdır. Bu inanç ya da öz yeterlilik, öz bakım davranışı ve bilgisi arasında bir köprü görevi görür (Walker 2004). Bandura'nın sosyal bilişsel teorisinin anahtar bağlamı, öğrenme ve motivasyonun direk olarak kendine güvenle ilgili olduğudur (Tsay 2002, Coffman 2004, Walker 2004, Kara 2005). Bandura'nın teorisinde, öz yeterlilik bir kişinin, istenilen bir sonucu gerçekleştirmek için öz bakımı başarılı bir şekilde uygulayabilmedeki görevidir (Lew 1996, Bandura 1997, Tsay 2003). Bandura'ya göre bireylerdeki merkezi mekanizma öz yeterliliktir. Bireylerin öz yeterlilik inançları onların yaptıklarını, bir amaca ulaşmadaki isteklerini, zorluklara direnme süresini, düşünce durumlarını, depresyonlarını ve yaşadıkları stres oranını etkiler. Öz yeterlilik ne kadar yüksek olursa, sonuçlarda o kadar iyi olur (Bijl 1999)

Magil öz yeterliliği bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı ya da yargısı olarak tanımlamaktadır (Magil 1993). Öz yeterliliği veya öz güveni kuvvetli olan bireyler zor yetenekleri, kaçınılması gereken tehditler yerine, başa çıkılması gereken meydan okumalar olarak görürler ve bu bireyler verilen bir görevi ustalıkla yerine getirmeye daha yatkın olurlar (Schwarzer ve Fuchs 1995, Resnick 1998, McCloskey 2003, Cofman 2004, Dishman 2005). Öz yeterlilik, öz bakım davranışının devam ettirilmesi için gereklidir (Tsay 2002). Öz yeterlilik hissi ağırlıklı olarak bireyin önceki deneyimleri ile kazanılır (Redland ve Stuijbergen 1993, Schwarzer ve Fuchs 1995). Bu nedenle öz yeterlilik olumlu hayaller ve gerçek dışı iyimserlik olarak düşünülmemelidir. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler bir problemi çözme kararını almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın hale gelirler (Schwarzer ve Fuchs 1995, Pınar 2003).

Bireylerin hissetme, düşünme ve davranışı, öz yeterlilik düzeylerine göre farklılık gösterir. Bireyin öz yeterlilik düzeyleri, eyleme geçme motivasyonunu artırabilir ya da azaltabilir (Bandura 1997).

Bandura'ya göre bireyler, öz yeterlilik inançlarını dört etkilenme kaynağı aracılığı ile gerçekleştirirler.

1. Bireyin geçmiş deneyimleri,

2. Sosyal modeller aracılığı ile sağlanan deneyimler (başkasının yerine yaptığını hayal ederek),

3. Sosyal ikna,

4. Fizyolojik durum (Oka 2001, Kara 2003)

1. Bireyin Geçmiş Deneyimleri; harekete geçirilmiş başarı, gerçek ustalık deneyimidir. Başarısızlıklar öz yeterliliği zayıflatırken belli bir görevde başarı, bir bireyin kişisel olarak kendini yeterli olarak algılamasını sağlar (Bandura 1986, Coffman 2004). Shaul (1995) yaptığı çalışmada, kadınlarda romatoid artrit yönetiminde üç aşamanın olduğunu buldu. Bunlar; farkında olma, onunla yaşamayı öğrenme ve geçmiş deneyimlerdir. Geçmiş deneyimler ile birey romatoid artrit neden olduğu yaşam tarzı değişikliklerini yönetebilmesine yardım eden baş etme mekanizmaları geliştirdiğini görür. Araştırma boyunca keşfedilemeyen şey, zaman içinde yeterlilik beklentilerine yardım etmedeki yeni davranışın oynadığı roldür. Yani, başlangıçtaki davranışın değişikliği, eğer birey tarafından başarıdan daha az algılanırsa, sadece geneldeki yeterlilik beklentilerini azaltmaz, aynı zamanda her göreve özgü yeterlilik beklentisinin karşılıklı ilişkisini de azaltır. Birey günlük yaşamda değişen stres faktörleri ile mücadelede öz bakımı harekete geçirmek zorunda kaldığında yeterlilik beklentilerini öz bakımda etkili olur. Geçmiş pozitif yaşam deneyimlerinin, bireyin genel yeterlilik beklentisini (güç ve güvenini) artırması muhtemeldir. Bu durumda davranış değişikliği veya yeni bir davranış kabullenmedeki çaba devamlılığın derecesini kontrol eder (Shaul 1995, Rapley 1999, Coffman 2004, Holloway 2002).

2. Sosyal modeller aracılığı ile sağlanan deneyimler (başkasının yerine yaptığını hayal ederek) başarıları ve bireylerin kendi davranışlarını görüp, kendi davranışlarını karşılaştırabileceği rol model gerektiren başarısızlıkları açığa çıkarmadır. Tahmin edilen benzerlik rol modele ne kadar yakın olursa, modelin

başarıları ve başarısızlıkları da o kadar ikna edici olur (Coffman 2004). Kendilerini yüksek oranda etkin hissedenen bireyler bile, model alma yolu ile öz yeterliliklerini artırabilirler. Benzer şekilde, yetersizliklerini gösteren deneyimli durumlara sahip bireyler, eğer etkin baş etme stratejileri gösterirlerse, model almadan faydalanabilirler. Rol model almanın algılanmış öz yeterlilikle ilgili diğer bir yönü de, önemli bir ölçüde yetenek eksikliğidir. Bir birey mevcut yeteneklerinin doğru olmayan değerlendirmesi sonucunda kendini etkisiz hissedebilir. Gözlemciler, gerektiği zaman kullanabilmesi için etkin taktikler ve baş etme mekanizmaları öğretebilirler (Rapley 1999, Holloway 2002). Model almaya, video, akran grupları tepler, kitaplar ve broşürler verilebilir (Kara 2006).

Bununla birlikte, birçok bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre, uygun rol model sayısını sınırlandırabilir. Örneğin; haftalık alkol tüketimini azaltmak isteyen işçi sınıfı bir birey, sosyalleşmek ve gözlemlemek için sadece aşırı içen iş arkadaşlarına sahip olabilir. Benzer şekilde hafta sonu içki âlemlerinde içki içen bir gencin, örnek alabileceği arkadaşları olabilir. Bu yüzden her iki birey de öz yeterlilik yargılarını ve davranış değişikliğini etkileyebilecek davranışları gözlemlemek için sosyal ağlarını ve öz yeterliliklerini değiştirmek zorunda kalabilirler. Bu birçoğu için kolay bir seçenek olmayabilir ve davranış değişikliği müdahalesi gerekebilir. Öz yeterlilik teori bilgisi ve anlama yolu ile hemşireler, hastalara başa çıkma tekniklerinde yardım edebilirler (Rapley 1999, Holloway 2002, Burselon 2005).

3.Sosyal ikna; bireyi teşvik etmeye ve desteği kimin verdiğiine bağlıdır (Coffman 2004). İkna edici topluluğun etkisi, koruyucu sağlık uygulamalarının uygulanmasını artırır. Bir öz yeterlilik artırma metodu olan sosyal iknanın, sigarayı bırakma ve kilo vermede etkili olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (Rapley 1999, Holloway 2002).

4.Fizyolojik durum; herhangi bir görevi başarma sırasında gerekli olan stres, hayal etme, korku tepkisi ve endişe gibi fizyolojik faktörler öz yeterliliği geliştirmek için başvurulan en son bilgi kaynağıdır (Coffman 2004).

Tsay (2003) HD hastalarında yaşam stiline değişmesi ve kronik hastalıkları yönetme stratejileri geliştirmeleri gerektiğini, öz bakım ve öz yeterlilik algısı artırılan bireyin öz bakım aktivitelerini yerine getirmesinin daha muhtemel olduğunu belirtmiştir.

Öz yeterlilik algıları yüksek olan bireyler, hayal etmeyi güç verici olarak görürler, fakat düşük öz yeterlilik algısı olan insanlar, duygusal durumları güçsüzleştirici olarak görürler (Bandura 1977, Bandura 1986). Sherer (1982) Bandura'nın öz yeterlilik teorisinde öz etkililiğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığını, öz yeterlilik algılamalarının durum ve davranışa özgül olduğunun vurgulandığını belirtmektedir. Bununla birlikte, çok sayıdaki değişik durum ve koşullarda başarılı olan bireylerin, değişik, yeni bir durumda başarısız ya da başarısı sınırlı olan bireylerden daha olumlu öz yeterlilik algılarına sahip olmaları beklenebilir. Başka bir anlatımla değişen durumlarda başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey, kendisi için genel bir yargı oluşturur ve bu genel yargısı onun duruma özel beklentisini etkiler (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Davranış Değişim Süreci

Öz yeterlilik, davranış değişikliğini hem kısa dönemde, hem de uzun dönemde etkilemektedir (Zimmerman 1996). Davranış değişikliği sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile bağlantılıdır. Öz yeterlilik, sağlık davranışının ve sağlık davranış değişikliğinin önemli bir belirleyicisidir (Holloway 2002, Sol 2005). Walker (2004) Bandura'nın davranışsal değişimin en önemli aracı olarak öz yeterlilik beklentileri olduğunu belirtmiştir..

Sosyal öğrenme teorisine göre insanlar, tahmin kuvvetlerinin etkilerine dayanarak davranışlarda bulunmalarının yanısıra, istedikleri sonuçları elde etmek için gerekli davranışları ne kadar iyi yaptıklarına dair öz yeterlilik algılarına da başvururlar. Böylece insanın davranışı sadece tahmine dayalı sonuçlara göre değil aynı zamanda da kişisel öz yeterliliği ile ilgili temellere dayanır. Örneğin; yetersiz öz yeterliliğe sahip bir birey başarılı olmak için gerekli olan şeyleri yapıp yapamayacağına dair şüphe içinde iken, yüksek öz

yeterlilik duygusu olumsuz koşullar ve belirsiz sonuçlar altında bile bireyin çaba harcayıp başarılarını devam ettirmesine yardımcı olabilir. Bu tahmini kontrol mekanizması şunları içerir (Aksayan 1998, Daniel 2000, Yeşilbalkan 2001, Sol 2005):

Durum Sonuç Beklentisi; sonuçlar kişisel eylemlere değil, çevresel durum ve olaylara göre tahmin edilir. Riskleri sezilir ve kişiler olması muhtemel kritik olaylardan az veya çok etkilenebileceğini hissetmelerine karşın, oturup olayın meydana gelmesini beklemekten başka bir şey yapmazlar. Örneğin, insanlar hastalık olasılığını göz önüne almakla birlikte, kendisinin hasta olma olasılığının az olduğunu düşünebilirler. Bu, savunucu bir iyimserlik olarak görülebilir. Savunmalar, sosyal karşılaştırma, ya da başka deyişle diğer kişilere göre kendi durumunu karşılaştırma yolu ile yapılabilir. Örneğin kişi “ben hastalıklara karşı diğerlerinden daha dayanıklıyım” der. Diğer bir ifade ile durum sonuç beklentileri “risk algısı” olarak da tanımlanabilir (Aksayan 1998, Yeşilbalkan 2001).

Eylem Sonuç Beklentileri; sonuçlara kişisel eylemlerin gerçekleştirilmesi yoluyla ulaşılabacağına ilişkin beklentilerdir. Buradaki sonuç beklentileri, belli davranışların belli sonuçlara öncülük edeceği inancını yansıtır (Aksayan 1998, Yeşilbalkan 2001).

Öz Yeterlilik Algısı; bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançları ile ilgilidir. Diğer bir deyişle bireyin gereken davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine inancıdır (Bandura 1997, Aksayan 1998, Gözüm 1999, Gözüm 1999, Daniel 2000, Yeşilbalkan 2001)

Eylem-sonuç beklentileri ile birlikte öz yeterlilik beklentileri, davranış üzerinde en güçlü etkiyi yaratırlar (Shaughnessy 2004). Bu iki beklenti sağlığı tehdit eden durum, koşul ve olaylar ile etkili olarak başa çıkma sürecini içerir ve fonksiyonel bir iyimserliği yansıtır. Kişisel yeterlilik aynı zamanda fizyolojik ve duygusal durumlar gibi somatik göstergelerden de etkilenir. Kronik bir hastalık için sorumluluğun birçoğunu üzerine almak zorunda olan bir birey için, fizyolojik uyarıcı durumlar, hastalığın önlenmesinde yapılacak olan davranış

değişikliğinden daha fazla uyarıcı olur. Örneğin, kilo vermek ve osteoporozu engellemek için egzersiz yapmaya karar veren bir birey ile kan şekeri kontrol etmek için egzersiz yapması ve kilo vermesi gereken Tip II DM'li birey aynı derecede fizyolojik uyarana sahip olmayabilir. Yüksek kan glikozu ve düşük kan glikozu ile ilişkilendirilen idiosentrik semptomlar, bireye bir şeylerin hatalı olduğunu ve düzeltmek için neler yapması gerektiğini hatırlatır. Kan glikozu seviyelerinin kontrolündeki başarı ihtiyacı güçlü bir motivasyondur fakat davranış değişikliğinin ilk aşamalarında, fizyolojik harekete geçiriciler, insanların seçimlerini ve böylece sonuçları ters etkileyebilir (Bandura 1997, Rapley 1999). Diğer taraftan damarsal hastalıklarda da risklerin azaltılmasında öz yeterliliğin etkili olduğu belirtilmektedir (Sol 2005).

Hemşirelik ve Öz Yeterlilik

Kronik hastalığı olan bireylerden hastalık sürecini kontrol etmek için ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapması istenmektedir. Yaşam deneyimleri, hastalığın algılanması, uyması gereken diyeti ve kişisel yeterlilikleri kronik hastalığın etkili yönetimi için önemlidir. Eğer birey diyetini uygulayacak yeteneğe sahip olduğunu düşünürse önerileri takip etmesi daha kolay olur ve daha az komplikasyonla karşılaşır. Hemşire bu noktada hastanın ihtiyaçlarının yeterliliklerini farkına varmalı ve hemşirelik uygulamalarına bu doğrultuda yön vermelidir (Rapley 1999).

Leninger (1991), Bernal (1996), St. Clair & McKenry (1999) göre, bugünün hemşireleri büyüyen popülasyon çeşitliliğinin sonucu olarak giderek duyarlı olmak zorundalar. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesinin sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Hemşirelik kuramcılarında Orem'in hemşirelik anlayışı da bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi içermektedir. (Aksayan 1998, Gözüm 1998, Coffman 2004). Hastalarla sürekli ilişki içinde olan ve onlara sürekli bakım veren sağlık profesyonelleri olan hemşireler, sağlık eğitimini ve sağlığın ilerlemesi için gerekli bilgiyi hastalara kazandırmak için ideal bir durumdadırlar (Holloway 2002). Gallagher ve Burden (1993) son yıllarda, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesinde hemşirelerin rolünün hem

politik hem de profesyonel faktörler tarafından etkilenmekte olduğunu öne sürmüştür.

Hemşireler, sağlığın gelişmesi ve hastalıkların önlenmesinde görevlerini etkin olarak kullanmak için, hastanın ihtiyaçlarına en uygun müdahaleyi sağlamak zorundadırlar. Davranış değişikliğine yardım etmek için, hemşirelerin güçlü teorik bilgiye sahip olması gerekmektedir (Benson 1998) . Hemşireler eğitim programlarında hastaların öz yeterlilik duygularını, geçmiş olumlu deneyimleri ile desteklemeli ki güçlendirebilsinler. Hemşireler bireyin algıladığı yeterlilik ve sonuç beklentilerindeki değişimleri tanıyabilmeli ve destekleyebilmelidirler. Yaşam tarzı değişikliği yapması gereken bir birey için, gelecekteki performans ile ilgili yargılar, onların şimdiki ve geçmişteki performanslarına bağlıdır (Rapley 1999). Örneğin; romotoit artrit, sadece fiziksel fonksiyonu etkilemekle kalmaz, aynı zamanda, mesleki ve aile ilişkilerini de etkileyen şiddetli depresyon periyotlarına neden olur. Tahmin edilemeyen süreç ve çeşitli hastalık aktivitesi, bireyin öz bakımla ilişkili öz yeterlilik beklentilerine yol açarak, hastalığı kontrol edilemez olarak görmesine yol açar. Taal ve ark (1993) bir romotoit artrit grubunda, bağımlılık ve öz yeterlilik beklentileri arasında önemli negatif ilişki bulmuşlardır. Bunu “Hastanın artrit sonuçları ile başa çıkmada kendi yeteneklerinin bilincinde olduğundan dolayıdır” diye yorumlamışlardır.

Tsay’ın (2003) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların ortalama vücut ağırlığı artışını kontrol etmede öz yeterlilik eğitiminin etkili olduğunu bulmuşlardır. Hemşirelerin, diyaliz hastalarının öz yeterliliğini etkilemede önemli rolleri vardır. Hemşireler hastaları destekleyici çevrede kendi amaçlarına ulaşabilecekleri durumlar yaratarak öz bakım için teşvik edebilirler. Hemşireler hastalara, gerçekçi günlük performans amaçları oluşturarak ve hastaları destekleyerek (sözel ikna) ve uygun rehberliği sağlayarak yardım edebilirler (deneyimleri paylaşma), ilerlemeyi değerlendirebilirler, belirtilerin yönetimini açıklığa kavuşturabilirler ve danışma seanslarında özel soruları yanıtlatabilirler. Ayrıca, duygusal ve fiziksel uyanmayı kontrol etmek için stres

azaltan metotları öğreterek hastaların öz yeterlilik ve performansını etkileyebilirler (Tsay2003).

Sağlık eğitiminin önemli uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıklı ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için insan davranışları üzerine etkili olan, öz yeterlilik kavramının anlaşılması, öz yeterliliği etkileyen faktörlerin neler olduğunun öğrenilmesi, verilen eğitimin daha etkin olabilmesi için eğitim programları içinde hastalığın bakımı ve tedavisi ile ilgili bilgilerin yanında öz yeterlilik kavramına da yer vermelidirler (Yeşilbalkan 2005).

Bireyin öz yeterlilik algılarını güçlenmesine yönelik yardım girişimleri için, öz yeterliliğin nasıl geliştiğinin bilinmesi gerekir. Bireyin kendisi hakkındaki doğru ya da yanlış yargısının kaynakları şunlardır (Bandura 1997, Aksayan 1998, Sigurdardottir 2005):

- 1.Bireyin geçmiş deneyimleri,
- 2.Başkalarının deneyimleri,
- 3.Bireyin davranışı gerçekleştirme yeteneği olduğuna ikna olması,
- 4.Durumsal faktörler.

Hemşireler bireyin davranışları hem bilişsel algılardan hem de sosyal çevreden etkilendiği için olumlu davranış değişimini sağlamaya yönelik girişimlerde, sosyal öğrenme teorileri ile bilişsel davranış teorilerinden yararlanmalıdır. Davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresi değişimin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olan sosyal destek sistemleridir. Sosyal destek bireyin öz yeterliliğinin oluşmasında önemli bir faktördür. Sağlıklı bir davranışı başlatmak ve sürdürmek üzere sık kullanılan bazı teknikler ve stratejiler şunlardır:

- 1.Bireyin genel ve duruma özel öz yeterlilik algısı değerlendirilmelidir.
2. Hedeflenen davranış çok karmaşık ve uzun süre gerekiyorsa küçük parçalara bölünmelidir.

3. En basit en kısa süren davranış değişimleri için çabalara, daha karmaşık ve daha uzun süremlere göre öncelik verilmelidir.

4. Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniği ile veri toplanmalıdır.

5. Bireylerin başarılı davranışları takdir edilmelidir.

6. Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmeler, bireyin hatırında kalması için kaydedilmelidir.

7. Bireyler, hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme konusunda ikna edilmelidir. Ör: Sigarayı belirli bir süre için ve daha sonra sürekli bırakma.

8. Konu ile ilgili bilgi verilmeli en önemli noktalar eğitimin ya başında ya da sonunda verilmelidir.

9. Olumlu rol modellerinden yararlanılmalıdır.

10. Eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi sosyal destek sistemlerinin işe koşulması sağlanmalıdır.

11. Stresle başa çıkma yolları öğretilerek öz yeterlilik algısını ve dolayısı ile davranışın başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin engellenmesi veya azaltılmasına çalışılmalıdır (Aksayan 1998).

Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Nefroloji hemşireliği, böbrek hastalığını deneyimleyen veya risk altında olan hasta ve ailelerinin kişisel sağlık gereksinimleri üzerine odaklanmış özel bir hemşirelik alanıdır. Nefroloji hemşiresi renal fonksiyonları bozuk olan hastaların, renal replasman tedavisinin değişik dönemlerindeki bakımından, eğitiminden, rehabilitasyonundan sorumlu profesyonel sağlık elamanıdır (Yürügen 2001).

Hemşirelik yönetimi ve klinik uygulamalar da uzman kişiler öncelikli sorunların tanımlanmasında ve bakım yönünün geliştirilmesinde katkıda

bulunurlar. Bazı sorunlar önlenabilir, azaltılabilir veya dikkatli bir değerlendirme ve uygulama ile kontrol altına alınabilir. Hasta ve ailenin eğitimi de önemli bir konudur (Yürügen 2001). Hemşirelik bakımı; hastayı merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını hemşirelik süreci kapsamında değerlendirerek fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik gibi yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir (Mollaoğlu 2003).

Uzun süre HD tedavisi alan hastalarda isyankârlık, huzursuzluk, uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu boşluğu azaltmak için hemşirelerin mutlaka HD prensiplerinin yanı sıra komplikasyonlar ortaya çıkmadan önlem alacak kadar bilgilendirilmiş olmaları gerekir. Hemşirelerin kendine güveni ve becerikliliği hasta tarafından da fark edilerek tedaviyi kabul etmesini kolaylaştıracaktır (Erek 2001).

KBY'li hastanın hemşirelik bakım planlanmasında amaçlar:

1-Hastanın tedavi rejimine uyma durumu ve bilgi düzeyini değerlendirmek.

2-Hastanın bakımını planlamada ve tedavi modeline karar vermede katılımını sağlamak.

3-Hastanın etkin başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek.

4-Hastanın fiziksel sınırlılıkları içinde GYA'ni sürdürmelerini sağlamak (Akyol 2005).

HD uygulanan hastalara hemşirelik süreci doğrultusunda planlanan bakım planı aşağıdaki gibidir.

HEMODİALİZ UYGULANAN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANILARI

Hemodializ uygulanan hastalarda NANDA'ya göre belirlenen hemşirelik tanılarının bazıları aşağıda yer almaktadır.

1. Ağrı
2. Aktivite intoleransı
3. Aile Sürecinde Değişiklik
4. Anksiyete
5. Beden İmajında Bozulma
6. Bilgi Eksikliği
7. Beslenme Yetersizliği
8. Bulantı
9. Deri Bütünlüğünde Bozulma
10. Bağırsak Bşaltımında Değişim: Diyare
11. Düşünce Sürecinde Bozulma
12. Elektrolit Dengesizliği
13. Enfeksiyon Riski
14. Evdeki Sorumluluklarını Sürdürmede Yetersizlik

15. Fistül ve Shunt İle İlgili Problemler
16. Güçsüzlük
17. Hıçkırık
18. Bağırsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon
19. Oral Mukozada Değişiklik
20. Sağlığı Sürdürmede Yetersizlik
21. Seksüel Bozukluk
22. Sıvı Volüm Eksikliği
23. Solunum Aktivitesinde Değişiklik
24. Sosyal İzalasyon
25. Travma Riski
26. Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme Riski
27. Yorgunluk

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ağrı</i> - Pupillerde genişleme - Kan basıncı ve solunumda değişiklik - Yorgunluk - Aktivite, egzersiz ve kendine bakımda azalma - Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik - İnleme, kaşlarını çatma, yüzünü buruşturma, huzursuzluk - Sözel olarak ağrıdan yakınma (kol, baş, sırt, angina pektoris) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kanın birden diyalizöre çekilmesi - Diyalizin ilk 15-30 dk'sında lokopeni ve nötropeni oluşması (Komplemen aktivasyonu ve nütrofillerin akciğer vasküler yatağında toplanması sonucu) - Diyaliz işlemine bağlı kan kayıpları - Aliminyum birikmesi - Diyalizata vitamin B₁₂ ve folik asit geçmesi - Hipotansiyon - Aşırı ultrafiltrasyon(UF) - Anksiyete 	<ul style="list-style-type: none"> - Ağrıyı önlemeye yönelik önlemler alınarak mevcut ağrısı ile baş edebilmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Düzenli aralıklarla istirahati sağlanır. - Yorucu aktivitelerden kaçınılır (spastisiteleri önlemek için). - Düzenli aralıklarla kas-eklem egzersizleri yaptırılır. - Soğuk ortamlardan uzak durması sağlanır. - Eğer ağrısı varsa ılık bir banyo yapması sağlanır. - Ağrıyan bölgeye masaj yapılır. - Antispazmatik ilaç verilir (Dr. istemi ile). Ağrıyı artıran ya da azaltan faktörler değerlendirilir ve izlenir. <p>*Baş ağrısı varsa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bireyin odası sessiz, sakin tutulur. - Boyun egzersizleri yaptırılır. - Işık, gürültü gibi aşırı uyarılardan kaçınılır. - Gerekirse doktorun önerdiği analjezik verilir. - Hasta makineye alındığından kan akımı yavaş yavaş artırılır - Hastanın pozisyon değişimine yardımcı olunur - İğnelerin takılı olduğu kol yastıklarla desteklenir - Cilt altına kan sızması önlenir - İğneler takılmadan önce lokal anestetik yapılır - Fe tedavisinin yapılması, Al(OH)₂ fazla verilmemesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kişi ağrıyı başlatabilecek faktörleri bilmeli ve bunlara yönelik önlemler alıyor - Ağrısı ile baş edebiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aktivite İntoleransı</i> - Kronik yorgunluk - Aktivitede azalma - Halsizlik - Yetersiz öz bakım - Aktiviteden kaçınma veya korkma - Taşikardi - Çarpıntı - Cilt solukluğu - Dispne - Hb ↓ ve Hct ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Yorgunluk <ul style="list-style-type: none"> - Metabolik atıkların birikimi - Diyaliz işlemi - Kanama - Anemi *Hemoliz (Aşırı soğuk yada sıcak diyalizata bağlı) *Uyumsuz heparinizasyon *Yanlış konsantrasyon ve kompozisyonda dializat *Eritrositlerin yıkımının artması *Makinedeki kan akımının bozulması *Eritropoetin yapımının azalması *Splenomegali nedeni ile eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması *Üremik toksinlerin Kİ kötü etkisi *Tranfüzyon reaksiyonları 	<ul style="list-style-type: none"> - Kişinin çalışma, istirahat, egzersiz ve dinlenme arasındaki dengeyi koruyabilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini minimum enerji ile yerine getirebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin GYA'ları belirlenir. - Bu aktiviteler öncelik sırasına konulur. - Kişi ile birlikte gün içinde dinlenme, egzersiz ve çalışma faaliyetlerine ilişkin program oluşturulur. - Bireyin aktivite planlarını enerji düzeyinin en yüksek olduğu sabah saatlerinde yapması önerilir. - Gereksiz enerji harcamalarından kaçınması sağlanır. - Fazla ısı, yorgunluğu artıracağı için ortam ve vücut ısısı düzenlenir. Oda havalandırılır. - Kalori düzeyi yüksek bir diyet uygulanır. Enerji tüketimi; vücut ölçüleri ve yaşa göre kalori ve protein desteği ile sağlanır. Protein alımı üremiyi minimuma indirecek seviyede olmalı - Hasta ile aktivite intoleransı ile ilgili sorunlar tartışılır.Ör; ev ortamındaki sorumlulukları varsa stres faktörleri belirlenir. - Diyaliz tedavisinden sonra istirahat etmesi önerilir (yorgun olduğu için) ve izlenir. - Kanamaya neden olacak travmalardan korunması sağlanır. - Hasta anemi belirtileri yönünden gözlenir(yorgunluk, baş dönmesi, halsizlik, dispne) - Baş dönmesini önlemek için ani hareketlerden kaçınması söylenir, yataktan kalkarken yavaş hareket etmesi sağlanır. - Kan sayımı rutin olarak tekrarlanır. - Gerekirse O₂ terapisi uygulanır. - Diyalizat ısısı vücut ısısına göre ayarlanır 37⁰ C - Pıhtılaşma zamanına göre heparinizasyon yapılır, diyaliz esnasında aktif tromboplastin zamanına bakılır. - Tranfüzyon yapılıyorsa,reaksiyon yönünden gözlenir. - Diyalize geçen vitaminlerin hastaya verilmesi. - Fe tedavisinin yapılması. - Al(OH)₂ fazla verilmemesi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kişi kendisi için aktivite ve dinlenme periyotları düzenlemeli ve buna uyum sağlıyor. - Aldığı kalori miktarı vücut ölçüsüne, yaşına ve aktivite düzeyine uygun - Kişi yorgunluk ifade etmiyor. - Dispne ve yorgunluk olmadan günlük yaşam aktivitelerini sürdürebiliyor.

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aile Sürecinde Değişim</i> - Ana ya da babalık rolünü aksatma - Evdeki karar verme sürecine katılmama) - Evdeki fonksiyonların (faaliyetlerini) yerine getirmede aksama 	<ul style="list-style-type: none"> - Kronik hastalık - Makineye bağımlı olmak - Rol kaybı 	<ul style="list-style-type: none"> - Duygularını hemşireye yada diğer bireylere rahat ifade edebilir hale gelmesi - Aile üyelerinin de bakıma katılabilmesi - Her bir üye için ortak yararlar sağlayacak destek sisteminin işlevselliğinin sürdürülmesinin sağlanması - Ailenin yada bireyin gerektiğinde uygun olan dış kaynaklara başvurmalarının sağlanması - Bireyin hemodiyaliz tedavisi ile beraber yaşamaya alışması 	<ul style="list-style-type: none"> - Durumun değerlendirilmesi için aileye yardım edilir * Risk altında olan kazanılacak yada kaybedilecek nedir? Doğru, tam bilgi vererek, sorunları yanıtlanarak, aile gerçekçi bakış açısına sahip olmak için cesaretlendirilir * Tercihler nelerdir? Evdeki rollerin farkında olması, aile bütünlüğünü sürdürmek için önceliklerin belirlenmesi - Hasta ve ailesinin baş etme becerileri desteklenir - Ailenin yeni bilinmeyen durumlarla ilgili korkularını ifade etmesi desteklenir - Uygun iletişim teknikleri kullanarak hastanın ve ailesinin duygularını tartışabilecekleri durum sağlanır - Hasta bireyden beklentileri gerçekçi bir şekilde değiştirmeleri için aile üyelerine yardım edilir 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın hemodiyaliz ile yaşamaya alıştığıının görülmesi - Aile bireyden beklentilerini ifade edebiliyor ve bireyi destekleyici yaklaşım sergiliyor - Gerektiğinde uzman bireylerden yardım alabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Anksiyete</i> - Gerginlik - Huzursuzluk - Baş ağrısı - İştahsızlık 	<ul style="list-style-type: none"> - Üremiye bağlı düşünme sürecinde yavaşlama, davranış değişiklikleri - Yaşamı boyunca makineye bağlı olma - Hastalığının terminal dönemde olması - Beden imajının değişmesi - Aile içindeki rolünün değişmesi - Hastalığı hakkında bilgi eksikliği - Tedavi işlemleri ve diyaliz işleminin yarattığı korku 	<ul style="list-style-type: none"> - Meşguliyet ve destekleyici tedavi ile hastanın davranışlarında anksiyetesinin azaldığını göstermesi - Uygulanacak tedavinin katılım sorumluluğunu alması - Etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi - Risk faktörlerine yönelik düzenlenen planın kabulü 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastalığı ve diyaliz işlemi hakkında bilgi verilerek, ihtiyacı olan bilgiler basit terimlerle açıklanır. - Hastanın anksiyete düzeyi (inkar, sessiz kalma, saldırganlık, korku, gerileme) belirlenir, duygu ve düşüncelerinin ifade etmesi sağlanır - Hasta ve ailesi soru sormaları için cesaretlendirilir, güven verilir. - Psikososyal problemler: Böbrek yetmezliği, makineye bağımlı olma, aile içinde rolünde değişme, yorgunluk ve uykuya eğilim olabilir - Empotans, iş kaybı, evliliğe ait sorunları para sıkıntısı, depresyonun varlığı araştırılır - Gerekirse psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından yardım istenir - Tüm tedavi yöntemleri açıklanır - Mental aktivitesi izlenir, hasta soru sormaya teşvik edilir, hastanın bakıma katılması sağlanır - Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirilir, uygun yöntemi kullanması sağlanır - Relaksasyon yöntemi uygulanır - Güven ortamı sağlanır 	<ul style="list-style-type: none"> - Uygulanacak tedavi planına katılabiliyor - Etkili baş etme yöntemi geliştirip sorunlarını çözebiliyor - Anksiyete bulgularının hastada görülüyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Beden İmajında Bozulma</i> - Kendine güven ve rol performansında azalma - Tedaviyi reddetme - Diğer insanlarla fiziksel temas veya dokunmada azalma - Olumlu pekiştireci kabullenmede güçlük - Benliğini küçük düşürücü ve eleştirici sözleri sık kullanma - Başarısızlık korkusu nedeni ile yeni görevler almada duraksama - Kendi öz değer duygularını artırmak için, başkalarını aşağılama 	<ul style="list-style-type: none"> - Makineye bağımlı olma - Günlük yaşam aktivitelerini karşılayamaması - İş gücü kaybı - Bşkalarına bağlı olma - Rol değişiklikleri - Seksüel disfonksiyon 	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin olumlu benlik algısı geliştirmesi ve iletebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın kronik hastalık, böbrek fonksiyon değişikliği ve diğer vücut değişikliklerine yanıtı gözlenir - Hastaya zaman ayrılır ve ona değer verildiği mesajı iletilir. - Onun adına işler yapılmaz ve böylelikle bağımlılığını desteklemekten kaçınılır. - Hastanın kendisi hakkında olumlu ve olumsuz yönlerini belirten bir liste yapması istenir. Listedeki her madde hasta ile tartışılır, olumsuz olarak nitelendirdiği özelliklerin değiştirilmesi için plan geliştirilir ve hastanın bu planları uygulamasına yardım edilir. - Hastalık ve tedavi sürecinin hastayı ve aileyi nasıl etkilediğini belirlemek için tartışma ortamı hazırlanır. Hep beraber hastanın rahatlaması için gerekli olan sıcak ve sevgi dolu bir ortam sağlama planları yapılır. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kendini değersiz hissettiğine dair duygular ifade etmiyor - Kendisi hakkındaki olumsuz düşüncelerini değiştirmekte - Kendisinin yeterliliklerini görebiliyor ve bunu ifade edebiliyor - Yetersizliklerinin farkında ve bunları geliştirmeye yönelik çaba sarf ediyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Beslenmede Sürecine Değişim</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kilo kaybı - İştahta azalma - Elektrolit değişiklikleri - Diyare ve konstipasyon - Ağızda tat değişikliği - BUN ↑ - Bulantı kusma - Diyet kısıtlamasını anlayamama - Depresyon - Malnütrisyon 	<ul style="list-style-type: none"> - Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozulması - Bulantı-kusma iştahsızlık - Sıvı elektrolit dengesizliği - Kas kitlesinde azalma 	<p>-Aktivite düzeyi ve kilo arasındaki ilişki tanımlanması</p> <p>-Kilo almayı etkileyen yeme örüntülerinin ve nedenlerinin tanımlanması</p> <p>-Uyması gereken diyet hakkında yeterli bilgi düzeyine ulaşması.</p> <p>- Protein katabolizmasını önleyecek şekilde yeterli beslenmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin tüketilen besin türü ve miktarının farkına varması sağlanır. - Enerji ölçüsünde egzersiz planlaması yapılır. - Tuzsuz ve yağdan kısıtlı diyetin önemi konusunda bilgilendirilir. Yüksek oranda doymuş ve doymamış yağları içeren yiyeceklerin listesi verilir. - Diyet hikâyesi, besinleri hazırlama şekli, sıvı kısıtlaması araştırılır. - Yetişkin için 0,5–1 gr/kg/gün protein verilir. Esansiyel aminoasit içeren, yüksek kaliteli proteinler önerilir (yumurta, süt, balık, et, kümes hayvanları) sebze ve tahıllarda esansiyel aminoasitler düşüktür. - Hastanın günlük kilo takibinin yapılması - Diyetisyen ile işbirliği yapılarak hasta için uygun diyet programı düzenlenir. Uygulanan diyetin yükselen üre ve kreatin ile ilişkisi anlatılır. Sodyum, potasyum içermeyen gıdalar açıklanır. - Yemeklerin hoş bir şekilde sunulmasına dikkat edilmeli - Gerekirse hekim istemi ile parenteral beslenmesi sağlanacak - Kan protein ve elektrolit düzeyleri kontrol edilebilecek - Demir ve vitamin preparatları hekim istemi ile verilecek - Yetersiz protein alınmasını gösteren bulgular değerlendirilir: <p>*Ödem oluşumu *İyileşmede gecikme *Serum albümin düzeyinde azalma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kilo almayı etkileyen yeme örüntülerini ifade edebiliyor - Uyması gereken diyet hakkında davranışları ile olumlu geri bildirim alındı - BUN-kreatin oranının 10'a 1 olması yeterli protein alındığını gösterir

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<i>Bilgi Eksikliği</i>	<ul style="list-style-type: none">- Üremiye bağlı düşünme sürecinde yavaşlama, davranış değişiklikleri- Hemodiyaliz tedavisini bilmemesi	<ul style="list-style-type: none">- Hastanın bakım gereksinimlerinin sürdürmeyi sağlayacak biçimde hasta ve ailesinin eğitimi	<ul style="list-style-type: none">- Hastaya böbreklerin normal fonksiyonu, hastalıkla değişen durumu, beslenme, ilaç tedavisi, hemodiyaliz için damarsal giriş yolu, hemodiyalizin uygulama kuralları ve süreci ile ilgili tüm bilgiler sistematik bir yöntem ile verilir, tedavisinin etkisi ve devamlılığının önemi, tedavi ve fistülle ilgili komplikasyonlar ve komplikasyonları önlemeye yönelik önlemler öğretilir.- Hastalar için yazılı doküman varsa hasta ve ailesine verilir.	<ul style="list-style-type: none">-Hastalığı hakkında sorulan soruları yanıtlayabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Bulantı	<ul style="list-style-type: none"> - Üre ve toksik metabolitlerin SSS'nde kusma merkezine etkisi - Hiponatremi - Yüksek ürenin bağırsak mukozasını irrite etmesi - Hipotansiyon - Dolu mide ile diyaliz 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastayı rahatlatmak - Yeterli beslenmesini sağlamak - Bulantı kusmayı önlemek 	<ul style="list-style-type: none"> - Tansiyonu sık sık kontrol edilir. Hipotansiyon gelişmişse tandelenburg pozisyonu verilir. IV olarak da %09 NaCl 100-200 cc verilir. - Diyalizat ve kan Na kontrol edilir - Antivomitikler verilir - Ağız bakımı verilir, kusmuşu aspire etmemesi önlenir. - Her yemekten sonra yumuşak diş fırçası ile dişlerini fırçalaması sağlanır - Hastayı irrite edici besinler verilmez - Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır - Ağız spreylere, nane şekerleri vs. önerilir - Hasta her gün tartılır - Hastanın temel ve ara öğünler alması sağlanır - Gerektiğinde yemeklerden yarım saat önce antiemetikler hekim istemince verilir - Hastanın bulunduğu fiziksel ortam düzenlenecek - Hastada hiponatremi varsa hekim istemince tedavi edilecek 	<ul style="list-style-type: none"> - Bulantı ve bulantıya bağlı rahatsızlıkları geçti

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>- Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski</p> <p>- Kaşıntı</p> <p>- Renk değişikliğinin olması (sarı,gri, solukluk)</p> <p>- Hassasiyet</p> <p>- Ödem</p> <p>- Deri enflamasyon bulgularının gözlenmesi</p>	<p>- Pigment retansiyonu</p> <p>- Kalsiyum fosfat kristallerinin birikimi</p> <p>- Koagülasyon zamanının uzaması</p> <p>- Anemi</p> <p>- Yağ ve ter bezlerinin inaktivasyonu</p> <p>- Ciltte safra tuzlarının birikmesi</p> <p>- Sekonder hiperparatroidizm, Ca x P seviyesinin yüksek olması</p> <p>- Heparin veya A-V setlerden gelen bileşiklere karşı bir allerjik reaksiyon olabilir</p>	<p>- Bireyin doku bütünlüğünün korunması</p> <p>- Kaşıntının giderilmesi ve hastayı rahatlatmak</p>	<p>- Kişi yatağa bağımlı ise sık sık pozisyonu (2 saatte bir değiştirilir).</p> <p>- Yatak içinde Aktif – Pasif egzersizler yaptırılır.</p> <p>- Hastanın yatağının temiz, kuru ve gergin olması sağlanır.</p> <p>- Gerekirse havalı yatak kullanılır.</p> <p>- Hastanın cilt bütünlüğü 8 saatte bir değerlendirilmeli</p> <p>- Hasta el yıkama konusunda eğitilecek, tırnakların kısa kesilmiş olmasına dikkat edilecek</p> <p>- Deri üzerinde biriken metabolik atıkların atılmasına yardımcı olmak, enfeksiyonları önlemek amacıyla hastaya her gün banyo yapması önerilecek</p> <p>- Kuru cilt kaşıntıya sebep olacağından nemlendirici losyonlar kullanılacak</p> <p>- Kaşıntı için, %5 NaHCO₃, nişastalı, gliserinli, sirkeli kalamınli solüsyonlar önerilecek</p> <p>- Kaşıntıyı önlemede diyetin önemi vurgulanacak</p> <p>- Deri ekimoz, peteşi, kuruluk, döküntü, enfeksiyon yönünden gözlenecek</p> <p>- Hekim istemi ile antihistaminik ilaçlar ve fosfat bağlayan ilaçlar uygulanacak</p> <p>- Sekonder hiperparatroidizm varsa, sub-total paratroidektomi uygulanır</p> <p>Kan Ca,P seviyeleri kontrol edilir. P: 6mg/d'nin altında tutulmalıdır. Bunun için Alüminyum hidroksit tb ve D vit. (Rocatrol 0.5mg) tb verilir.</p>	<p>- Bası bölgelerinde (scapular, topuk, kalçalar, dirsek vb.) dolaşım yeterli görünüyor</p> <p>- Bası bölgelerinde soğukluk, solukluk ve lezyon yok</p>

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Diyare - Normal sıklıkta ve kıvamda dışkılamaması	- Ürenin bağırsak mukozasını irrite etmesi	- Diyare önlenerek hastanın rahatının sağlanması	- Sıvı elektrolit replasmanı yapılır. AÇT hesaplanarak ona göre ayarlanır. - Labratuvar bulguları özellikle elektrolit değerleri izlenir - Gaita kan yönünden izlenir - Günlük kilo kontrolü yapılır - Lifsiz gıdalar verilir - Hastaya uygun hijyenik kurallar öğretilir (tuvalet temizliği ve el yıkaması gibi).	- Hastada sıvı elektrolit dengesi sağlandı - Diyare önlendi

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Düşünce Sürecinde Bozulma	Dializ disegulibrium / dializ demansı	- Düşünce sürecindeki değişikliğin erken fark edilmesi	- Dializ sırasında ve sonrasında baş ağrısı olup olmadığı izlenir - Dializ sırasında konuşma ve davranış değişikliği olup olmadığı gözlenir	- Dializde ve sonrasında baş ağrısı yok - Hastada davranış değişikliği gözlemlenmedi

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Elektrolit Dengesizliği</p> <p>1-Hipotansiyon 2-Hipertansiyon 3-Hiperfosfatemi 4-Hiperkalemi 5-Hiponatremi 6-Hipokalsemi 7-Hipernatremi 8-Raller 9-Boyun venlerinde dolgunluk 10-Hepatomegali 11-Dispne 12-Kilo artışı 13-Pretibial ödem 14-Sakral ödem 15-Asit 16-Halsizlik</p>	<p>1-Hasta kanının birden bire (300 ml kadar) dializ makinesına çekilmesi -Hipovolemi *Aşırı UF *Dializ işlemi ile ilgili kan kayıpları (setlerde ayrılma, pıhtılaşma vs.) *Hastada mevcut olan volüm yetersizliği *Yeni dializörün kullanılması *Asetatın vazokontrükter cevabı inhibe etmesi -Hemoliz (aşırı ısıtılmış dializat) -Enfeksiyon -Asit-baz dengesi bozuklukları -Antihipertansiflerin kullanımı -Formaldehitte sterilize edilen hallow fiber dializörlerin iyi yıkanmaması</p> <p>2- Volüm fazlalığı -Disequilibrium</p>	<p>1-Hipotansiyonun oluşmasını engellemek 2-Kan basıncını normal sınırlarda tutmak -Hastanın günde 0.5 kg daha fazla sıvı almalarını sağlamak 3-Fosfat dengesini sağlamak 4-Serum K normal sınırlarda tutmak 5-Serum Na dengesini sağlamak 6-Ca seviyesini normal sınırlarda tutmak -Hipokalseminin komplikasyonlarından hastayı korumak (kırık, tetani oluşmasını önlemek) 7-Fazla sıvı, ödem, hipertansiyonun bulgu ve semptomlarını ortadan kaldırmak 8-Yiyecek, içecek ve ilaçlarla fazla Na alımı -Böbrek tubuluslarından Na</p>	<p>1-Hipotansiyonun nedeni tespit edilir ve nedene yönelik tedavi yapılır. Trandelanburg pozisyonu verilir -Aşırı UF'den kaçınılır -Hasta makineye alınmadan önce setlerin bağlantı yerleri kontrol edilir, kan kaçağı kontrol edilir -Hastaya uygun heparinizasyon yapılır -İşleme başlamadan önce kan basıncı, deri turgoru, vücut ısısı kontrol edilir -Değişik dializörler kullanıldığında, hasta yakın takibe alınır -Asetatın metabolize edilemediği hastalarda HCO₃'lı diyalizat kullanılır (Karaciğer bozukluğu olanlarda) -Hemolize engel olmak için dializatın ısısı ayarlanır. Alimiyum, bakır gibi toksik maddelerden arındırılır. Hastanın hemolize yol açacak ilaçları kullanıp kullanmadığı araştırılır. -Hastaya uygulanacak tüm işlemlerde asepsiye uyulur. Eğer enfeksiyon varsa kan kültürü alınır -Kan elektrolitleri ve pH kontrol edilir. Eksikleri varsa yerine konur. Diyaliz işleminden 6-8 saat öncesine kadar antihipertansif almaması gerektiği söylenir. Verilen antihipertansiflerin dozu ayarlanır. 2-Diyalizde fazla sıvı çekilmeye çalışılır -Hastanın her iki dializ arasında fazla sıvı almaması söylenir ve önemi anlatılır -Tuz ve sıvı kısıtlaması yapılır</p>	<p>-Hastada sıvı elektrolit dengesizliği bulguları mevcut değil</p>

	<p>Sendromu -Serum elktrolitlerinin ve sıvının hızlı yer değiştirmesi -Renin anjiotensin sistemine bağlı</p> <p>3-Böbreklerden fosfatın atılamaması</p> <p>4-Böbreklerden K atılamaması -Besinlerle fazla K alınması -Hücre yıkımı sonucu K açığa çıkması -Enfeksiyon -Asidoz -İlaçlar -Oluşan hipoksi -Kan tranfüzyonu -Metabolik asidozda H hücre içine çekilirken, fazla K'un hücre dışına çıkması</p> <p>5- Diyare, bulantı-kusma -İdrarla fazla Na atılması diüretik kullanılması -Diyette tuz kısıtlaması</p> <p>6-Böbreklrden P atılmamasına bağlı kanda P yükselmesi, Ca düşmesi</p>	<p>rearbsorbsiyonunun artması (GFR Renin Anjiotensin-Aldesteron mek.) 8-Fazla sıvı, ödem, hipertansiyon bulgu ve semptomlarını ortada kaldırmak</p>	<p>-Dializat kan akım hızlarını ve dializatın içeriği hastaya göre ayarlanır -Yavaş ve düzenli bir şekilde serum elektrolitlerinin düzeninin sağlamak -Renin salınımını inhibe edici ilaçlar verilir -15 dak, 1-2 saatte bir nabız ve kan basıncı kontrol edilir Disequilibrium bulguları gözlenir 3- Fosforlu gıdalar kısıtlanır -Hekim istemi ile aliminyum hidroksit fosforu bağlayarak dışkı ile atılımını sağlar Hekim istemi ile gerektiğinde hastaya diyaliz yapılacak</p> <p>4- Hasta ve ailesine K kısıtlamasının nedeni anlatılır. K'lu gıdalar verilmez -Hasta aritmi yönünden gözlenir. Kardiak arrest gelişebileceğinden hasta monitör ize edilir ve acil ilaçları hazır bulundurulur -K antogonisti olan Ca verilir -%30 Dex- İnsülin 15 Ü veya NaHCO3 verilir -Diyette K kısıtlaması genellikle 30-40 mEq/gün (yetişkin için veya 1 mEq/kg günlük ideal kilonun) 30mg K- 1 mEq K, 1200 mgK- 40 mEq K -K tutucu reçineler oral veya lavman yolu ile verilir</p> <p>5-AÇT yapılacak -Hasta her gün tartılacak -Vitaleri kontrol edilecek, Serum Na seviyesi kontrol edilecek -Hasta travmalardan korunacak -Hastada hiponatremi belirtileri gözlenecek (halsizlik, oryantasyon bozukluğu, bulantı-</p>	
--	--	---	---	--

	<p>7- Yiyecek, içecekler ve ilaçlarla fazla Na alımı -Böbrek tubuluslarından Na reabsorbsiyonunun artması</p>		<p>kusma, konvülsiyon, mental bozukluk, adale krampları) -Hekim istemi ile diyetine tuz ilave edilecek</p> <p>6-Serum Ca seviyesi takip edilecek, Hasta tetani ve kasılmalar yönünden gözlenecek -Hasta travmalardan korunacak -Fosfordan fakir gıdalar ile beslenecek -Hekim istemi ile yemeklerle beraber fosforu bağlayıcı olarak Alüminyum Hidroksit verilecek (Amphogel tab.) -Ca glukonat ampul hazır bulundurulacak, gerekirse hekim istemi ile IV uygulanacak -Oral CaCO₃ yemeklerden ½ saat önce verilecek</p> <p>7-Na'dan fakir yiyeceklerin listesi verilir -Su yumuşatıcı olarak ilave edilen Na ve Na içeren ilaçlar hesap edilmelidir</p> <p>8-Fazla sıvı, ödem, hipertansiyon bulgu ve semptomlarını ortadan kaldırmak -Serum Na düzeyini normal sınırlar içinde tutmak</p> <p>9-Az Na içeren yiyecek ve içeceklerin listesi verilir -Önerilen liste, tam Na kapsamalıdır: 1 gr NaCl= 40mgNa 1mEqNa= 23 mgNa İlaçlardaki ve su yumuşatıcı olarak kullanılan Na hesaba katılmalı</p>	
--	---	--	---	--

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Enfeksiyon Riski</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lökosit miktarında azalma - Fistül veya shunt bölgesinde oluşan kızarıklık, ağrı, ısı artışı, ekstremiteelerde dolaşımın yavaşlaması - Ateşin yüksek olması - Bulantı kusma - Hipotansiyon - Titreme - Periferik vazokonstriksiyon - Hepatit 	<p>Kemik iliği depresyonu Yetersiz beslenme Hastaya yapılan invazif girişimler Asidozda ülserasyonların oluşu Nazal stafilokok taşıyıcılığı</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fistül veya shunt bölgesinde oluşan enfeksiyon - Sistemik enfeksiyon - HD esnasında makine temizliğine dikkat edilmemesi 	<p>Hastayı fırsatçı enfeksiyondan korumak</p>	<p>-Diyaliz makinesini hazırlarken aseptik tekniğe dikkat edilir İnvazif girişimlerde aseptik tekniklere dikkat edilir Lokal enfeksiyon belirtileri gözlenir (Fistül çevresinde kızarıklık, ağrı, ısı artışı vb.) Sistemik enfeksiyon bulguları gözlenir (Ateş, hipotansiyon, titreme, periferik vazokonstriksiyon) Labratuar bulguları yakından takip edilir Uygunsa hasta izole edilir, maske takılır Ciltte biriken üre kristalleri uzaklaştırılır Tırnaklar uzun ise kesilir (kaşırken cilt bütünlüğünün bozulmaması için) Uygun ağız bakımı verilir Enfeksiyonun bulaşma yolları hakkında bireye ve aileye bilgi verilir IV kateteri varsa(CVP, arter, periferik ven kateteri vb.) pansumanı yapılmalı Periferik ven kateteri 48-72 saatte, CVP kateteri 72 saatte, arter kateteri 96 saatte değiştirilir Hastanın beslenmesine dikkat edilerek beden direncinin azalması önlenir -Karaciğer fonksiyon testleri kontrol edilir Periyodik olarak hastaların ve personelin hepatit B-C antijenleri ve HIV antikorları kontrol edilir Hepatitli hastaların kullandığı makineler ayrılır Fistül bölgesinde enfeksiyon belirtileri izlenir Fistül bölgesi antiseptik solüsyonla silinir, steril gazlı bezle kapatılır</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ateş 37 C'nin altında - Ağız, genital bölge, üst solunum yolu ve üriner enfeksiyon bulgularının yok - Hasta ve ailesi enfeksiyon risk faktörlerine karşı uygun önlemleri alıyor - Hastanede kaldığı süre içerisinde enfeksiyon geçirmedi

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Evdeki Sorumlulukları Sürdürmede Aksama</i> - Ana ya da babalık rolünü aksatma - Evdeki karar verme sürecine katılmama) - Evdeki fonksiyonların (faaliyetlerini) yerine getirmede aksama 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastalığın etkileri - Yorgunluk - Bilişsel ve emosyonel fonksiyonlarda bozulma - Destek sistemlerinin yetersiz oluşu 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiziksel ve emosyonel gücünü toparlayarak evdeki faaliyetlerini maksimum düzeyde sürdürebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivite planlanması yapılır. Düzenli aralıklarla istirahati sağlanır ve gereksiz aktivitelerden kaçınması sağlanarak mevcut enerjisini daha etkin kullanması sağlanır. - HD uygulanan bireyi mümkün olduğu kadar toplumun aktif bir üyesi olmaya yönlendirilir. Beden ve ruh sağlığı bakımından kişinin başkaları ile teması (iletişimi) desteklenir. - Kişinin mümkün olduğu kadar alışmasına önem gösterilir. - HD uygulanan bireyin ailesi ile işbirliği yapılır ve hastanın eskisi gibi kararlara katılması sağlanır. - HD uygulanan bireyin vereceği kararlarda ona düşünmesi için daha çok zaman verilir ve aileye de bu konuda bilgi verilir. - HD uygulanan bireyin destek sistemleri belirlenir ve bunların faaliyete geçirilmesi sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> - HD uygulanan birey aile içinde alınan kararlara katılabiliyor - Evdeki fonksiyonlarını fiziksel gücü elverdiği kapasitede sürdürebilmeli - Kişi toplumda faal olmak için çaba sarf ediyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>-Fistül ve Shunt İle İlgili Problemler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombüs - İnfeksiyon - Stenoz - Anevrizmal dilatasyon - Kanama - Kalp Yetmezliği - Steal Sendromu 	<ul style="list-style-type: none"> - Fistül ve Shunt'ın bulunduğu ekstremiteden kan almak, tansiyon ölçmek - Hastanın uyurken o ekstremitte üzerine yatması - Asepsi kurallarına uymaması 	<ul style="list-style-type: none"> - Fistül ve Shunt tıkanmasını önlemek 	<ul style="list-style-type: none"> - Fistül ve Shunt'ın olduğu ekstremiteden kan alınmaz, tansiyon ölçülmez - Hastanın o ekstremitte üzerine yatması, ağır kaldırması, basınç yapması, soğuğa maruz bırakması önlenir - Eğer shunt bacakta ise ödem azalana kadar veya 3 hafta kadar kilo alımından kaçınılır. Ödemi önlemek için bacak elevasyona alınır - Fistül veya shunt sık sık dinlenir. El ile thrill kontrol edilir. Zayıf ise doktora haber verilir - Shunt ve fistül kullanılırken asepsiye dikkat edilir - Fistül bölgesi enflamasyon yönünden gözlenir - Kan akım hızı fistülün fonksiyonuna göre ayarlanır 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastada fistül ve shunt ile ilgili problemlerin görülmedi - Fistül veya shunt iyi çalışıyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - Güçsüzlük/Ümitsizlik - Kontrol kaybı - Kızgınlık - Çaresizlik - Üzüntü - Can sıkıntısı - Kendini/diğerlerini suçlama ifadesi - Göz temasından kaçınma - Dikkatte azalma - Ağlama - Kendi bakımına katılamama - Omuzlarını silkeleme - Pasiflik - Olaylar üzerinde kontrolünün olmadığını ifade etme 	<ul style="list-style-type: none"> - Destek kaynaklarının azlığı/yokluğu - Karar verme sürecine katılamama - Bakımına katılamama - Fiziksel olarak kendine yetememe 	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin yaşamı ile ilgili koşullar üzerinde kontrol kurabilmesi için güçsüzlük duygusunu azaltacak etkili sorun çözme yollarını kullanabilmesi - Olanak bulduğunda kendi bakımına ve tedavisine katılması ve geleceğe ilişkin kararlar verebilmesi - Hastalığın şu anki durumu ve seyri konusunda yeterince bilgilenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Karşılıklı güven ortamı sağlanır ve soru sormasına izin verilir. - Bireyin destek kaynakları belirlenir ve bunlarla işbirliği yapılır. - Bakımı ile ilgili kararlarda hastanın mümkün olduğu kadar sorumluluk almasına izin verilir. - Bakımın amaçları hasta ile birlikte belirlenir. - Bakımı ile ilgili etkinliklerini programını hastanın belirlemesine izin verilir. - Kendisi ile ilgili kararları bağımsız olarak alma hakkına saygı gösterilir ve bu konuda desteklenir. - Bireyin gerçekçi amaçlar belirlemesine yardım edilir. Gerçekçi olmayan amaçlar bireyin başarısız olmasına ve güçsüzlük duygusunu yaşamasına neden olur. - Yaşamında değiştirebileceği ve değiştiremeyeceği şeyleri belirlemesine yardım edilir. Değiştiremeyeceği şeyleri kabullenmesi için cesaretlendirilir. - Bireyin konuşması esnasında personelin ve hasta yakınlarının sessiz, sakin, sabırlı ve anlayışlı olması için açıklamalar yapılır. - HD'ye giren diğer bireylerle (hastalığını kabullenmiş ve baş etme becerileri geliştirilmiş bireylerle) görüşmesi sağlanır. - Durumunun aşağıdaki alanlar üzerine etkisi incelenir; <p>*İş yaşamı, boş zaman aktiviteleri, rol sorumlulukları, ilişkiler</p> <p>*Kayıpları paylaşmasına olanak tanınır</p> <p>*Tüm işlemler, kurallar ve seçenekleri bireye açıklanır. Sorunlarını yanıtlamak için kişiden aklına geldikçe sorularını not etmesi istenir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Birey bakımı ile ilgili kararlara katılabiliyor - Pasiflik gözlenmedi bunun yerine daha aktif - Tamamen başkasına bağımlı olduğunu kabul etmeli, kendi bağımsızlıklarını da ifade edebilmeli - Kontrolsüz olduğunu ifade etmedi

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Hıçkırık	Yüksek ürenin diyafragmayı irrite ederek frenik siniri uyarması	- Kısa sürede hıçkırığı gidererek hastayı rahatlatmak	-Hastaya hıçkırığın nedeni açıklanır -Hasta ile konuşularak psikolojik rahatlığı sağlanır -Kese kağıdına soluması istenir (CO ₂ inhalasyonu sağlanır) -Hıçkırık geçmez ise Dr istemi ile hastaya Largactil amp. uygulanır. -Göz kapaklarına hafif basınç uygulanır.	Hasta rahat olduğunu ifade etti

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - Kontipasyon - Abdominal ağrı - Rektal ağrı - Abdominal dolgunluk hissi - Barsak seslerinde azalma - İştah kaybı - Bulantı - Normal dışkılama alışkanlığından daha az dışkılama - Abdominal distansiyon - Palpe edilebilen fokal tıkaç 	<ul style="list-style-type: none"> - İmmobilite - Sıvı kısıtlaması - Fosfor bağlayıcı ilaçların kullanımı 	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin düzenli barsak alışkanlığı kazanması 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın normal barsak alışkanlığı değerlendirilir. - Yüksek lifli gıdalar alması sağlanır. - Düzenli bir şekilde mobilizasyon sağlanır. - Gerekirse laksatif verilebilir veya lavman yapılabilir. - Dışkılama zamanı düzene sokulur. - Yemeklerden yaklaşık 45 dk. sonra dışkılama alışkanlığı sağlanır. - Gerekirse gliserin gibi supposituarlara ya da tuşe ile rektal boşaltım sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lifli besinler alıyor - Fiziksel kapasitesi elverdiği ölçüde mobilize olabiliyor - Düzenli defakasyon alışkanlığı kazandı - Rahat bir şekilde defakasyonunu yapabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Oral Mukoz Membranda Değişiklik - Ağzda amonyak ve üre kokusu - Kanama - Metalik tat - Yaygın stomatit	- Tükürükte üre konsantrasyonunun artması - Ağız solunumu	- Ağızda enfeksiyon gelişmesini önlemek - Oral membran bütünlüğü ve nemliliğinin sağlanması - Ağızda ağrılı durumun azaltılması - Beslenme ve sıvı almayı sürdürebilmesi - Uygun ağız hijyeninin sağlanması	- Ağız nemlendirilirken eller özenle yıkanır. Eldiven giyilir - Ağız durumuna göre temizleyici ajana karar verilir. Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmaz - Dudaklara yumuşatıcılar sürülür - Yumuşak ve iriten olmayan fırça ile dişleri fırçalamak - Tahriş edici gıdalar hastaya verilmez - Diş etleri kanama ve ülserasyon açısından gözlenir - Yemekten önce ağrıyı azaltmak ve kötü tadı gidermek için ağız bakımı verilir	-Ağız mukozasının bütünlüğü korunup, hijyeni hasta tarafından sağlanabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Sağlığı Sürdürmede Yetersizlik	- Uyması gereken diyetinin olması - Haftada 3 kez dialize girmesi - Hastalığına uyum sağlayamaması	- Hastanın sağlığını maksimum düzeyde sağlayabilmesi	- Diyetinin önemi vurgulanır - Hastalığı ile ilgili bilgi verilir - Ailenin diğer bireyleri de eğitime dahil edilir - Hastalığına uyum sağlamış diğer bireylerle görüştürülür	Hasta tedavisine aktif olarak katılabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - Seksüel Disfonksiyon - Giyim, görünüş ve hijyene önem vermeme - Yorgunluk ifade etme - Kendi benlik saygısında azalma - Sosyal izolasyon - Utanma - Seksüel konularla ilgili endişelerini ifade etme veya utanmadan dolayı ifade edememe 	<ul style="list-style-type: none"> - Ereksiyon başlangıcında, ya da sürdürmede zorluk, halsizlik, anksiyete, utanmadan dolayı azalmış libido - Kadınlarda doyumun inhibisyonuna yol açan genital alanda duyu kaybı - Kadınlarda vajinal kuruluk, üriner kateterden dolayı caitusun engellenmesi, mental, emosyonel yahut psikiyatrik endişeler. - Amonore 	<ul style="list-style-type: none"> - Cinsel işlevlerle ilgili kaygılarını paylaşabilmesi - Cinsel partneri ile ilgili doyumunda artma olduğunu ifade etmesi - Önceki cinsel aktivitesine dönebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Cinsel yaşama ilişkin öykü alınır (genel seksüel örüntüleri, doyum durumu, problemler, beklentiler, duyu durumu, enerji düzeyi) - Partneri ile ilişkisi incelenerek tanımlanır - Seksüel endişelerle ilgilenilir, açık, samimi bir tartışma ortamı oluşturulur. - Hemşire açıkça, arkadaşça kooperasyon kurar, profesyonel bir yardım problem çözülünceye kadar ve partneriyle yeterli bir seksüel ilişkiyi kuruncaya kadar yapılır. - Giyim, görünüş, iyi bir seksüel hijyen, gevşeme, teknikleri çiftlerin rahatlamalarına yardımcı olur. - Bireyin enerjisini gereksiz yere tüketmesi önlenmeye çalışılır. - Bazı günlerde üretral katater çıkarılabilir. - Psikiyatri konsültasyonu istenebilir. - Ereksiyon ile ilgili problemlerde doktorundan yardım istenir ve buna yönelik ilaçları kullanması sağlanır. - İşlevselliği stresli bir yaşam etkiliyorsa yaşam şeklini stresi azaltacak şekilde planlamasına yardım edilir, stresi azaltmak için düzenli egzersiz programı planlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> - Birey yeterli bir seksüel ilişkiyi partneriyle kurabildiğini ifade ediyor - Benlik saygısında azalma görülmedi - Giyim, görünüş ve hijyenine önem veriyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Sıvı Volüm Fazlalığı</p> <p>-Ödem</p> <p>-Eforlu ve eforsuz dispne</p> <p>-Hipertansiyon</p> <p>-Boyun venlerinde dolgunluk</p> <p>-Hızlı ve yüzeysel solunum</p> <p>-Hızlı nabız ve ritm bozukluğu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Böbrek fonksiyon kaybı nedeni ile alınan sıvının atılamaması - Aşırı susama hissi - Hipernatremi 	<ul style="list-style-type: none"> -Normovolemiyi sağlamak - Cilt bütünlüğünün sürdürülmesi - Tansiyon ve nabız normal sınırlarda tutmak 	<ul style="list-style-type: none"> -Diyalizle fazla sıvı çekilmeye çalışılır -Hastanın iki dializ arası fazla sıvı almamasının önemi açıklanır -Tuz ve sıvı kısıtlaması yapılır -Diyalizat ve kan akım hızları ve dializatin içeriği hastaya göre ayarlanır -Vücut ağırlığına, fiziksel aktivitelerine, alınan yiyeceklerin tipine, vücut ısısına, iki diyaliz arasında göstermiş olduğu toleransa göre sıvı alması sağlanır -Hasta her gün tartılır. AÇT yapılır -Deri turgoru ve ödem durumu, boyun venlerinde dolgunluk nabız hızı ve ritmi kontrol edilir. -Oral mukoz membran kuruluşunu en aza indireceği için ağız bakımı verilir. -Aşırı ödemli ekstremitelere elevasyona alınır -Ödemli ciltte gerginlik sonucu cildin zarar görmemesi için kremle cilt bakımı yapılır 	<ul style="list-style-type: none"> -Hızlı kilo değişikliklerinin olmadığı -Diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum gösterdi -Ödem olmadığı, normal deri turgorunun devamlılığı sağlandı -Boyun venlerinde dolgunluk olmadığı -Zorlu solunum yapmıyor -Ağız bakımını yapıyor ve susuzluğunun azaldığını ifade ediyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Sıvı Volüm Azlığı</p> <p>-Hipotansiyon -Baş ağrısı -Baş dönmesi -Ciltte kuruma ve dehidratasyon -Kramplar -Ağız kuruluğu ve susuzluk hissi</p>	<p>-Diyaliz sırasında vücuttan fazla sıvı çekilmesi -Bulantı kusma, diyare ile vücuttan fazla sıvı kaybı -Diyaliz işlemi ile ilgili kan kayıpları (setlerden ayrılma, pıhtılaşma, vs) -Hastada mevcut olan volüm yetersizliği -Yeni dializörün kullanımı</p>	<p>- Vücut sıvı dengesini normal sınırlar içinde tutmak</p>	<p>-AÇT yapılır -Hastadan 3-4 kilodan fazla sıvı kaybı önlenir -Dializ sonrasında; makinedeki tüm kan hastaya geri döndürülür -Fistül üzerine yeterli basınç uygulanır -Hastanın diyaresi önlenir -Cilt kuruluğu için kremler önerilir</p>	<p>-Hastada hipotansiyon görülmedi -Deri turgoru normal -Dehidratasyon bulguları gözlenmedi -Vücut sıvı dengesinin normal olması</p>

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Solunum Aktivitesinde Değişiklik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taşipne - Yardımcı kasların kullanımı - Öksürük - Raller - Siyanoz - Nefes Darlığı 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolaşım yüklenmesi - Pulmoner ödem - Üreminin solunum sistemi enfeksiyonlarına eğilimi artırması 	<ul style="list-style-type: none"> - Rahat solunumu ve normal gaz alışverişini sürdürmek 	<ul style="list-style-type: none"> - Solunum sayısı, ritmi, derinliği ve oskültasyonla akciğer sesleri kontrol edilecek - Rahat solunum yapabileceği pozisyon verilecek (ortopne) - Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri uygulanacak - Ağız hijyeni kontrol edilecek - Hekim istemi ile O₂ inhalasyonu uygulanacak ve diüretik verilecek (rezidüel idrarı varsa) - Pulmoner ödem belirtileri izlenecek - ÜSY'den korunmak için kalabalık yerlerden ve solunum irritanlarından uzak durulacak - Kan gazları kontrol edilir 	<p>-Solunum derinliği, sayısı ve ritmi normal sınırlar içerisinde</p>

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<ul style="list-style-type: none"> - Sosyal İzolasyon - Ağlama - Göz ilişkisi ve iletişimden kaçınma - Başkalarının kişisel alanına girmesinden rahatsız olma - Çatık kaşlar - Aşırı uyuma/uykusuzluk - Ziyaretçilerinin az olması - Telefonla az aranması - Kapıların, perdelerin kapalı olması - Başkaları ile görüşmek istememesi - Konuşmama - Sürekli kendi düşünceleriyle meşgul olma 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresyon - Destek sistemlerinin yetersiz olması - Kronik bir hastalık olması 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın diğer hastalar ve yakınları ile kendiliğinden birlikte olabilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın sosyal destekleri belirlenir ve harekete geçirilir. - Hastaya bakım verirken destekleyici bir tutum içinde olunur. - Uygun şekilde terapötik ilişki kullanılır. - Hastaya koşulsuz ilgi gösterilir böylece kişinin değerli olduğu mesajı verilir. - Kısa ve sık aralıklarla yanına gidilir ve kabullenici tavır sergilenir. - Hastaya Asörtif teknikler öğretilir. - Sosyalleşmeyi sağlayacak ortam ve fırsatlar oluşturulur. - Diğer hastalar veya yakınları ile iletişim kurması için desteklenir. - Hasta başkaları ile kendiliğinden etkileşime girdiğinde olumlu pekiştireçler verilir. - Bireylerle iletişim esnasında sabırlı olunur, anlayışla dinlenir, geribildirimler verilir ve bu konuda aile ve diğer yakınları da bilgilendirilir. - Birey hastalığını kabullenmesi ve bununla yaşamayı öğrenmesi için desteklenir. - Hastada algıların izolasyon tartışılarak nedenleri bulunur/açıklanır. Hasta duygularını paylaşmaya teşvik edilir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta şu anki sosyal izolasyon durumunu kabul ediyor ve bundan kurtulmak için çaba sarf ediyor - Sahip olduğu destek kaynaklarını ifade edebiliyor - İletişime istekli - Başkaları ile kendiliğinden iletişim kurabiliyor

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Travma Riski</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peteşi - Purpura - Ekimoz - Hemoraji 	<ul style="list-style-type: none"> - Yüksek ürenin kemik iliğini baskılaması - Fistül ve Shunt' ı koruma ilkelerine uyulmaması - Yanlış heparinizasyon - Kuru, ince dokunun tekrarlanan iğne girişleri ile zedelenmesi - Karaciğer ve kan hastalıkları - Hastada kanamaya neden olabilecek diğer hastalıklar - Hemodinamik değişiklikler 	<ul style="list-style-type: none"> - Kanamayı önlemek, kan basıncı, nabız, Hb-Hct düzeylerini normal sınırlarda tutmak, kanamanın semptom ve bulgularını gözlemek - eksik olan faktörleri veya maddeleri vermek 	<ul style="list-style-type: none"> - Kanama belirtileri izlenir (peteşi, eklemelerde şişlik, sık sık epistaksis melana, hematüri, dişetlerinde kanama) - Yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalaması sağlanır - Enjeksiyonlarda ince iğne kullanılır ve bitiminde uzun süreli basınç uygulanır - Fazla kan kaybı olduğunda; yorgunluk, dispne, göğüs ağrısı yakınmaları açısından izlenir - Hemodiyaliz işlemi esnasında hastanın Hb, Hct normal sınırlar içinde tutulmaya çalışılır. - Kan basıncı, nabız, periferel sirkülasyon, pıhtılaşma zamanı paratrombin zamanı, aktif parsiyel tromboplastin zamanı kontrol edilir. - Hasta kanama yönünden gözlenir (solukluk, terleme, huzursuzluk ve hipotansiyon) uygun heparin dozu ayarlanır. - Heparin yapılmamasına karşın kanama varsa doktora bildirilir, protomin sülfat verilir kanayan bölgeye pansuman yapılır ve kanama miktarı kayıt edilir, order edilmişse kan tranfüzyonu yapılır. 	<p>Hastada travma riski ez aza indirildi</p>

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<i>Terapötik Rejimi İnektif Yönetme Riski</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tedavisi uzun süreli ve güç bir hastalığa yakalanmış olma - Hastalığın ve HD'nin komplikasyonları - Prognozun belirsizliği - Tedavi sonrası bakımın güçlüğü - Tedavinin ekonomik yükü 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilinmeyen korkusu ve kontrol kaybı korkusu daha az anksiyete ve yanlış anlama sergilemesi - Hastalık sürecinin semptomlara neden olan, artırıcı faktörleri, hastalığın semptomlarının kontrolüne ilişkin rejimi tanıyabilmesi - Gerekli olan sağlık davranışlarını uygulamak için niyeti ya da hastalıktan kurtulma ve tekrarlayan komplikasyonları önleme isteğini göstermesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Etkili yönetimin engellenmesine neden olan yada etkileyen faktörler tanımlanır (güvensizlik, bilgi eksikliği, kaynak eksikliği) - Güven ve güç oluşturulur *Aile sistemine giriş yolu bulunur *Baskı yapıcı izlenim oluşturmaktan kaçınılır *Beklentileri empoze etmek için değil endişeleri tanımlamak için dinlenir *İfade edilen gereksinimler ve sağlanacak destekler arasındaki uyumluluk tanımlanır ve onaylanır İçtenlik, bağlılık, stabilize gösterilir - Geçmişteki problemleri başarılı bir şekilde yönetme deneyimleri kişiler ile birlikte incelenip ortaya çıkarılır - Başka örnek başarı öyküleri anlatılır - Öğrenmeyi etkileyen faktörler tanımlanır *Durumun ciddiyetini algılayışı *Prognoz ve prognozun kontrolünün algılayışı *Finansal durum, destek sistemi, geçmişteki deneyimler, fiziksel durum, duygusal durum, bilişsel yeterlilik. - Birey ve ailede olumlu tutum geliştirilir ve aktif katılım sağlanır - Birey ve aileden duygularını, endişelerini ve şüphelerini ifade etmeleri istenir - Bilgi sistemleri ve bilgilendirilmiş olarak karar vermeleri için birey/aile cesaretlendirilir - Aşağıdakiler açıklanır ve tartışılır; - Hastalık süreci, tedavi rejimi (ilaçları, diyet, egzersiz, yapılacak işlemler ve uygulamalar) - Güvenli bir çevre ile mahremiyeti sağlanır - Gerekli ise toplumsal kaynaklar sağlanır (ruh sağlığı merkezleri, kendi kendine yardım grupları) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastalığını ve oluşabilecek komplikasyonları biliyor, - Oluşabilecek problemleri çözmeye istekli

TANI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
<p>Yorgunluk</p> <p>-Sürekli bir enerji yoksunluğundan sözel olarak ifade etmesi</p> <p>-Alışıla gelen rutinleri sürdürmememe</p> <p>-Konsantre olma yeteneğinde azalma</p> <p>-Performansta azalma</p> <p>-Fiziksel yakınmalarda artış</p> <p>-Çevreye karşı ilgisiz olma</p> <p>-Libidoda azalma</p>	<p>-Hastalık sürecine bağlı anksiyete</p> <p>-Sosyal izolasyon</p> <p>-Ağrı</p> <p>-Uyku bozukluğu</p> <p>-Yoğun aşırı stres</p> <p>-Depresyon</p> <p>-Aşırı sıcak hava veya düş alma</p> <p>-Aşırı yapılan fiziksel egzersiz sonrası</p> <p>- Enfeksiyon</p> <p>- Anemi</p> <p>- Oksijen yetersizliği</p>	<p>-Yorgunluğun nedenlerinin bilinmesi</p> <p>-Yaşam üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duyguların paylaşılması</p> <p>-Günlük ve haftalık aktiviteler için önceliklerin bilinmesi</p> <p>-Fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutta uyarıcı ve dengeleyici aktivitelere katılımı sağlanmalı</p>	<p>-Yorgunluğun nedenleri belirlenmeye çalışılır.</p> <p>-Bireyin yaşamına yorgunluğun etkilerini ifade etmesine izin verilir.</p> <p>-Bireyin güçlü yönlerini, yeteneklerini tanımasına yardım edilir.</p> <p>-Uygun bir ölçek kullanılarak yorgunluğun değerlendirilmesi istenir.</p> <p>- 24 saatlik bir dönemde, her bir saatte yorgunluk düzeyini kaydetme bireye öğretilir.</p> <p>-Bireyin kendisinin yapabileceği ve başkalarına bırakabileceği işler tespit edilir.</p> <p>-Önemli görevleri enerjinin en yüksek olduğu dönemlerde yapması için planlama yapılır.</p> <p>-Öncelikleri tanınması ve vazgeçilebilir/temel olmayan aktiviteleri ayırması için bireye yardım edilir.</p> <p>- Enerji koruma teknikleri anlatılır.</p> <ul style="list-style-type: none"> • .Sık kullanılan objeleri ulaşılabilir şekilde yerleştirmek. • .Güç işleri bütün haftaya yaymak. • .Güç işlerden önce dinlenmek ve yorulmadan önce işi bırakmak. • .Merdiven trabzanlarını kullanışlı şekilde düzenlemek. 	<p>--Yorgunluğun nedenleri hakkında bireyden olumlu geri bildirim alınmalı</p> <p>-Yaşamı üzerinde yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanmalı</p> <p>-Günlük ve haftalık aktiviteler için neler yapması gerektiği konusunda planlama yaptığı gözlenmeli</p> <p>-Fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutta uyarıcı ve dengeleyici aktivitelere katıldığı gözlenmeli</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Egzersizin fizyolojik ve psikolojik yararlarını açıklamak.- Stres ve çatışmaların enerji düzeyini etkilediği açıklanır.- - Az ve sık beslenmesi konusunda eğitim verilir.- Etkili baş etme becerilerini öğrenmesi için yardım edilir.- Toplumsal hizmetlere (Eve yemek servisi, temizlik hizmetleri vb...) yönlendirilir.- Sıcak banyo/duş almaması gerektiği konusunda birey bilgilendirilir.- Enfeksiyon ve ateşli hastalık geçirmemesi için dikkat etmesi konusunda birey bilgilendirilir.	
--	--	--	--	--

(Durna 1996, Çınar1997, Birol 1997, Erdemir 1999, Akdemir 2003, Birol 2004, Birol 2005)

IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hemodiyaliz uygulanan bireylerde öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki 40 hasta, Sivas İzzettin Keykavus Devlet Hastanesindeki 59 hasta, Sivas Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki 40 hasta olmak üzere toplam 139 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya;

* Okur-yazar olan,

* Bilinci açık,

* Sözel iletişim kurabilen,

* Araştırmaya katılmaya istekli bireyler alınmıştır. Bu özellikleri taşıyan 125 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile üç form kullanılmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1):

Bu form, hemodiyaliz uygulanan bireylerin bazı sosyo-demografik ve klinik durumlarıyla ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Formda hemodiyaliz uygulanan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadıkları yer, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve hastalık süresi gibi sosyo-demografik ve hastalık öyküsüne ilişkin 16 soru yer almaktadır.

2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 2)

Öz Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve Nahcıvan (2004) tarafından sağlıklı gençlerde, Pınar (1993)

tarafından kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılır. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar değişebilen puanlar almaktadır. Değerlendirme toplam 136 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar test güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.89'dur (Pınar 1993, Nahçıvan 2004).

3. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (EK 3)

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği 1979 yılında Mathias Jeruselam ve Ralf Schawazzer tarafından geliştirilmiş ve Usta Yeşilbalkan (2005) tarafından Periton diyalizi uygulanan hastalarda geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Türkçe formunda 10 ifade bulunmakta ve her biri 1'den 4'e kadar değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40 olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanı arttıkça öz yeterlilik puanı artmaktadır. Ölçeğin periton diyaliz uygulanan hastalar üzerinde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.88'dir.

4. Ön Uygulama

Ön uygulama 1 Mart–10 Mart 2006 tarihleri arasında Sivas I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesine başvuran 10 hemodiyaliz uygulanan birey üzerinde yapılmıştır. Uygulama sonuçları değerlendirilmiş ve anket formlarının anlaşılır olduğu görüldükten sonra uygulanmasına karar verilmiştir. Ön uygulamaya alınan bireyler araştırma örnekleme alınmamıştır.

5. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama araçları Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi başhekimliğinden yazılı izin alınmasının ardından Mart-Mayıs 2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama amacı ile formlar

bireylerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Veri toplama formlarının doldurulmasından önce örneklem grubuna araştırmanın amacı açıklanarak uygulama için sözel izin alınmıştır. Öz bakım gücü ölçeği ve öz yeterlilik ölçeği araştırmacı tarafından okunarak soru-cevap şeklinde uygulanmıştır.

6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package For The Social Sciences For Windows; ver:10) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplanmıştır, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey testi, Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalaması alınarak standart sapması 0.05 alınarak değerlendirilmiştir.

V. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma kapsamına alınan 125 hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler, klinik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bilgiler, öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyi ortalama puanlarının, öz bakım gücü ve öz yeterlilikleri üzerine etkisini gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 125)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
— ≤ 30	16	12.8
— 31–40	16	12.8
— 41–50	15	12.0
— 51–60	39	31.2
— 61 ≥	39	31.2
Cinsiyet		
— Kadın	69	55.2
— Erkek	56	44.8
Eğitim Durumu		
— Okur Yazar	52	41.6
— İlköğretim	41	32.8
— Ortaöğretim	32	25.6
Medeni Durum		
— Evli	85	68.0
— Evli Olmayan	40	32.0
Çocuk Olup- Olmaması		
— Yok	19	15.2
— 1 tane	12	9.6
— 2–3 tane	28	22.4
— 4 ve üzeri	66	52.8
İkametgâh Yeri		
— Şehir Merkezi	93	74.4
— Şehir Dışı	32	25.6
Meslek Durumu		
— Çalışan	37	29.6
— Çalışmayan	88	70.4
*Gelir Düzeyi		
— İyi	35	28.0
— Orta	54	43.2
— Kötü	36	28.8
Birlikte yaşadığı Bireyler		
— Yalnız	6	4.8
— Aile	119	95.2
Sosyal Güvencesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
— Emekli Sandığı	25	20.0
— SSK	56	44.8
— Bağ kur	15	12.0
— Yeşil Kart	29	23.2

*Hasta ifadelerine göre belirlenmiştir.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1 de örneklem grubundaki bireylerin %62.4’ünün (n:78) 51 yaş ve üzeri grupta olduğu, %55.2’sinin (n:69) kadın, %41.6’sının (n:52) okuryazar, %68’inin(n:85) evli olduğu görülmektedir. Ayrıca %52.8’inin (n:66) 4 ve üzeri çocuğu olduğunu, %70.4’ünün (n:88) çalışmadığını, %28.8’inin (n:36) gelir düzeyinin kötü olduğunu, %74.4’ünün (n:93) şehir merkezinde, %95.2’sinin (n:119) ailesi ile yaşadığını ifade ettikleri görülmektedir. Bireylerin sosyal güvencesi incelendiğinde; %41.8’inin (n:56) emekli sandığına bağlı oldukları görülmektedir.

Tablo 2: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n:125)

Uygulamanın Yapıldığı Hastaneler	Sayı (n)	Yüzde (%)
— I. İzzettin Keykavus Numune Hastanesi	54	43.2
— Sivas Devlet Hastanesi	37	29.6
— Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	34	27.2
Hastalık Süresi		
— ≤ 1 Yıl	22	17.6
— 2–5 Yıl	52	41.6
— 6–10 Yıl	29	23.2
— 11 ≥ Yıl	22	17.6
Hemodiyaliz Uygulama Süresi		
— ≤ 1 Yıl	35	28.0
— 2–5 Yıl	52	41.6
— 6–10 Yıl	25	20.0
— 11 ≥ Yıl	13	10.4
Hemodiyaliz Uygulama Sıklığı		
— 2 kez/hafta	12	9.6
— 3 ≥/ hafta	113	90.4
Başka Bir Kronik Hastalığı Olanlar		
— Var	86	68.8
— Yok	39	31.2
Öz Bakım Gücü		
— Düşük	17	13.6
— Orta	100	80.0
— Yüksek	8	6.4

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin klinik özelliklerinin dağılımının sayı ve yüzdeleri Tablo 2’de görülmektedir.

Uygulamanın yapıldığı hastaneler incelendiğinde bireylerin %43.2'si (n:54) I.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde diyalize girmektedir. Bireylerin %41,6'nın (n:52) 2–5 yıldır diyaliz tedavisi aldığı, % 90.4'ünün (n:113) haftada 3 ve üstü diyalize girdiği, %68.8'inin (n:86) başka bir kronik hastalığının, DM, KOAH, KAH, Osteoporoz, HT, FMF, Hipertroidizm, Hepatit C, Hepatit B, olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Bireylerin öz bakım gücünün %80'ninin (n:100 kişi) orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Aritmetik Ortalaması (n:125)

Ölçekler	n	Min–Max	X±SD
Öz Bakım Gücü	125	54–126	99.86 ± 15.30
Öz Yeterlilik	125	11–40	25.76 ± 6.85

Tablo 3'e göre örnekleminizin öz bakım gücü puan ortalaması 99.86±15.30 (min/max: 54–126), öz yeterlilik puan ortalaması ise 25.76 ± 6.85 (min/max: 11–40) olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Yaş Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Yaş	n	X±SD	X±SD
≤ 30	16	100.81 ± 12.34	28.25 ± 7.48
31–40	16	102.38 ± 17.78	26.13 ± 6.54
41–50	15	107.87 ± 10.95	30.53 ± 5.77
51–60	39	96.90 ± 14.60	24.64 ± 7.10
61 ≥	39	98.33 ± 16.78	23.87 ± 5.89
	125	F = 1.64 p = 0.167	F = 3.65 *p = 0.008

*P< 0.05

Tablo 4'de, görüldüğü gibi örneklem grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında ise yaş grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş gruplarına göre toplam öz yeterlilik puanları ikili gruplar halinde karşılaştırıldığında 41–50 yaş grubu arasındaki bireylerin; 51–60 yaş grubu ile $61 \geq$ yaş grubundaki bireylerin arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer yaş grupları arasındaki fark ise önemsizdir ($p>0.05$).

Tablo 5: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Cinsiyete Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Cinsiyet	n	X±SD	X±SD
Erkek	56	102.55 ± 15.45	28.21 ± 6.62
Kadın	69	97.68 ± 14.93	23.77 ± 6.41
	125	p = 0.076 t = 1,786	*p = 0,000 t = 3,802

* $P<0.05$

Tablo 5’de hemodiyaliz uygulanan bireylerin cinsiyete göre öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyi ortalama puanları görülmektedir. Örneklem grubunda cinsiyete göre bireylerin öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arası fark önemsiz bulunurken ($p>0.05$), öz yeterlilik yönünden cinsiyetler arası fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre erkeklerin toplam öz yeterlilik puanı kadınlara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 6: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Eğitim Düzeyi	n	X±SD	X±SD
Okur Yazar	52	93.63±15.37	22.52±6.07
İlköğretim	41	103.88±63.08	26.41±6.51
Ortaöğretim ve Üzeri	32	104.84±14.65	30.19±5.81
	125	F=8.29 *p=0.000	F=15.72 *p=0.000

*p<0.05

Tablo 6'ya göre, örneklem grubunda eğitim düzeyine göre toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri arasındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05). Eğitim durumuna göre toplam öz bakım gücü puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, okuryazar olan bireylerin ilköğretim, orta öğretim ve üzeri eğitim alan bireylerle aralarındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05), diğer gruplar arası fark ise önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Eğitim düzeyi arttıkça, öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır.

Toplam öz yeterlilik puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında ise tüm eğitim grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 7: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n: 125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Medeni Durum	n	X±SD	X±SD
Evli	85	100.85 ± 15.91	25.91 ± 6.77
Evli Olmayan	40	97.78 ± 13.86	25.45 ± 7.07
	125	t = 0.48 p = 0.630	t = 0.346 p = 0.730

p>0.05

Tablo 7'ye göre, örneklem grubunda medeni duruma göre bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, evlilerin evli olmayanlara göre ÖBG ve ÖYD puanları daha yüksek olmasına karşın aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin İkametgâh Yerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
İkametgâh Yeri	n	X±SD	X±SD
Şehir Merkezi	93	100.34 ± 15.04	25.95 ± 6.61
Şehir Dışı	32	98.47 ± 16.19	25.13 ± 7.56
	125	t = 0.597 p = 0.552	t = 0.607 p = 0.545

$p>0.05$

Tablo 8'e göre, örneklem grubunda ikametgâh yerine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 9: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Çalışma Durumu	n	X±SD	X±SD
Çalışan	37	104.73±13.04	29.14±5.98
Çalışmayan	88	97.82±15.78	24.34±6.72
	125	t = 2.348 *p = 0.020	t = 3.759 *p = 0.000

* $p< 0.05$

Tablo 9'a göre, örneklem grubunda çalışma durumuna göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre çalışanların hem ÖBG hem de ÖYD puanları çalışmayanlara göre yüksek ve aralarındaki fark önemlidir.

Tablo 10: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Gelir Düzeyi	n	X±SD	X±SD
İyi	35	104.66 ± 13.38	26.71 ± 7.00
Orta	54	101.52 ± 13.87	27.63 ± 6.50
Kötü	36	92.72 ± 13.86	22.03 ± 5.80
	125	F = 8.65 *p = 0.000	F = 6.48 *p = 0.002

$p < 0.05$

Tablo 10'a göre, örneklem grubunda gelir düzeyine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Gelir düzeyine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları ikişerli karşılaştırıldığında, gelir düzeyi kötü olan bireylerin; gelir düzeyi iyi ve gelir düzeyi orta olan bireylerle aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre gelir düzeyi artıkça, ÖBG ve ÖYD artmaktadır.

Tablo 11: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Sosyal Güvencesine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Sosyal Güvencesi	n	X±SD	X±SD
Emekli Sandığı	25	102.56 ± 15.03	27.88 ± 6.90
SSK	56	102.27 ± 12.23	25.98 ± 6.29
Bağ kur	15	94.07 ± 18.02	22.87 ± 7.52
Yeşil Kart	29	95.90 ± 18.28	25.00 ± 7.18
	125	F = 1.87 p = 0.138	F = 2.146 *p = 0.098

* $p < 0.05$

Tablo 11'e göre, örneklem grubunda sosyal güvencesine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sosyal güvencesine göre bireylerin toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında ise aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre Emekli Sandığına bağlı olanların ÖBG ve ÖYD puanları en yüksek, Bağkur'luların ise en düşük bulunmuştur.

Tablo 12: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalık Sürelerine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Dağılımı (n: 125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Hastalık süresi	n	X±SD	X±SD
1 Yıl ve Az	22	99.14 ± 18.23	24.32 ± 6.81
2-5 Yıl	52	100.83 ± 12.22	25.62 ± 6.91
6-10 Yıl	29	97.66 ± 17.44	26.28 ± 6.87
11 Yıl ve Üzeri	22	101.23 ± 16.42	26.86 ± 6.89
	125	F = 0.34 p = 0.797	F = 0.550 p = 0.634

$p > 0.05$

Tablo 12'ye göre, örneklem grubunda hastalık süresine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 13: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hemodiyaliz Uygulama Süresine Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n:125)

		Öz Bakım Gücü	Öz Yeterlilik
Hemodiyaliz Uygulama Süresi	n	X±SD	X±SD
1 Yıl ve az	35	100.83 ± 16.39	24.43 ± 6.74
2-5 Yıl	52	100.19 ± 13.42	26.29 ± 6.96
6-10 Yıl	25	97.72 ± 16.91	26.04 ± 6.72
11 Yıl ve Üzeri	13	100.08 ± 17.52	26.69 ± 7.20
	125	F = 0.21 p = 0.586	F = 0.63 p = 0.595

$p > 0.05$

Tablo 13'e göre, örneklem grubunda hemodiyaliz uygulama süresine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 14: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Başka Bir Kronik Hastalığın Varlığına Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Dağılımı (n: 125).

		Toplam Öz Bakım Gücü	Toplam Öz Yeterlilik
Başka Bir Kronik Hastalığı Olanlar	n	X±SD	X±SD
Var	86	99.37 ± 15.78	25.43 ± 6.89
Yok	39	100.95 ± 14.32	26.49 ± 6.79
	125	t = 0.530 p = 0.595	t = 0.799 p = 0.426

p > 0.05

Tablo 14'e göre, örneklem grubunda başka bir kronik hastalığının varlığına göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 15: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Uygulamanın Yapıldığı Hastanelere Göre Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı (n: 125)

		Toplam Öz Bakım Gücü	Toplam Öz Yeterlilik
Uygulamanın Yapıldığı Hastaneler	n	X±SD	X±SD
I.İzzettin Keykavus Numune Hastanesi	54	98.44 ± 17.48	25.17 ± 7.28
Sivas Devlet Hastanesi	37	102.35 ± 13.23	26.11 ± 6.47
Cumhuriyet Üniversitesi A.U.H.	34	99.41 ± 13.67	26.32 ± 6.66
	125	F = 0.73 p = 0.482	F = 0.36 p = 0.697

p > 0.05

Tablo 15'e göre, örneklem grubunda uygulamanın yapıldığı hastanelere göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmamıştır (p > 0.05).

Tablo 16: Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Öz Bakım Gücü Düzeylerine Göre Öz Yeterlilik Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması (n:125)

Öz Bakım Gücü Düzeyi		Öz Yeterlilik Puanı
	n	X±SD
Düşük	17	19.29 ± 5.67
Orta	100	26.42 ± 6.40
Yüksek	8	31.25 ± 5.95
	125	KW = 21.67 *p = 0.000

*p < 0.05

Tablo 16'ya göre, örneklem grubunda bireylerin öz bakım gücü düzeylerine göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmuştur (p < 0.05).

Öz bakım gücü düzeyine göre öz yeterlilik puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, öz bakım gücü düşük olan bireylerle öz bakım gücü orta ve yüksek olan bireyler arasındaki fark önemli bulunmuştur (p < 0.05). Öz bakım gücü orta olan bireylerle öz bakım gücü yüksek olan bireyler arasındaki fark ise önemsiz bulunmuştur (p > 0.05). Diğer taraftan hastaların öz bakım gücü puanı arttıkça, öz yeterlilik puanlarının da artması dikkat çekicidir.

VI. TARTIŞMA

1. Sosyo- Demografik ve Klinik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik ve klinik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması 52.30 ± 15.44 ve örneklem grubundaki bireylerin %62.4'ünün 51 yaş ve üzeri grupta olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan diğer çalışmalarda, Oka ve ark. (2001) yaş ortalamasını 57.2, Tsay ve ark. (2002) 57.73 ± 11.43 , Tsay (2003) 57.77 ± 11.23 , Mollaoğlu (2005) ise 51 olarak belirlediklerini ifade etmişlerdir. Yaş; bireylerin fiziksel, emosyonel, sosyal ve hatta kognitif fonksiyonlarında önemli sınırlılıklara neden olması ile erken dönemde bireyin biyo- psikososyal açıdan ele alınması için önemli bir belirleyicidir (Tülek 2004).

Örneklem grubunda yer alan bireylerin %55.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. HD hastaları üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da örneklemin çoğunluğunun kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (Tsay ve ark. 2002, Tsay 2003, Yurtsever 2005, Mollaoğlu 2005). Araştırma grubunda yer alan bireylerin eğitim durumları değerlendirildiğinde, %41.6'sının okur yazar olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; Mollaoğlu'nun (2005) yaptığı çalışmada bu oran %45.2, Tsay'ın (2003) çalışmasında ise %45.2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bireylerin %68'inin evli olduğu görülmektedir. Ayrıca %52.8'inin 4 ve üzeri çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Oka (2001) %75'inin, Tsay (2003) %96.8'inin, Mollaoğlu (2005) %85.7'sinin, evli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda KBY'li bireylerin %74.4'ünün şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Mollaoğlu çalışmasında (2005) bireylerin %85.7'sinin, Yurtsever (2005) çalışmasında bireylerin %77.4'ünün şehir merkezinde yaşadığını ifade etmişlerdir. Bulgularımız literatürle uyum göstermektedir. Bunun nedeninin olası bir problem karşısında bireylerin diyaliz merkezine yakın olma istekleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma örnekleminde yer alan bireylerin %70.4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı sonucu, Tsay'ın (2001) araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Bireylerin haftanın 2–3 günü diyaliz merkezine bağlı olmaları bu sonucun

nedeni olarak düşünülebilir. Çalışmamızda bireylerin birlikte yaşadığı kişiler araştırıldığında, %95.2'sinin ailesi ile yaşadığını ifade ettikleri görülmektedir. Yurtsever (2005) çalışmasında bireylerin %93.3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda KBY'li bireylerin %28.8'inin gelir düzeyinin kötü olduğu, sosyal güvencesi incelendiğinde; %41.8'inin emekli sandığına bağlı olduğu saptanmıştır. Çalışma örnekleminde yer alan bireylerin klinik özellikleri incelendiğinde; %41.6'sının 2-5 yıldır diyaliz tedavisi aldığı, % 90.4'ünün haftada 3 ve üstü diyalize girdiği, %68.8'inin başka bir kronik hastalığının, DM, KOAH, KAH, Osteoporoz, HT, FMF, Hipertroidizm, Hepatit C, Hepatit B, olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

2. Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Örneklemin Sosyo- Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması

Örneklem grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre, toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bulgumuzla paralel olarak Nahçıvan (1993), Bakoğlu (2000) ve Tsay (2002) HD uygulanan bireylerle ilgili çalışmalarında, yaşın öz bakım gücü üzerinde etkili olmadığını bulmuşlardır. Yurtsever (2005) hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça öz bakım gücünün arttığını belirtirken, Ören (2000) ve Elçi (2005) çalışmalarında yaş arttıkça öz bakım gücünün azaldığını belirtmişlerdir. Yiğit de (2005) HD hastalarının yaş grupları ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Horsburgh (1999) ise kronik böbrek yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında genç hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu bulmuştur. Tsay (2002) hemodiyaliz hastalarında yaş grupları ile depresyon, öz bakım gücü, öz yeterlilik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, bu durumda bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini bulmuştur. Yaşam kalitesi bireylerin öz bakım gücünü etkileyen önemli bir faktördür (Taşçı 1998, Tsay 2002). Yapılan çalışmaların bazılarında yaş arttıkça yaşam kalitesinin arttığı (Taşçı 1998), bazılarında ise yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (Acaray 2003, Mollaoğlu 2003). Bazı çalışmalarda ise yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki

elde edilmemiştir (Akyol 1996, Yıldırım 2003). Literatürde farklı hastalıkları olan hastaların yaş ve öz bakım gücü arasında bazı çalışmalarda ilişki elde edilmiştir (Lukkarin 1997, Yeşilbalkan 2001). Bu çalışmalardan bazıları ileri yaşlarda öz bakım gücünün arttığını (Lukkarin 1997, Kars 2001, Qiao 2004) bazıları ise, genç yaşlarda öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirtmişlerdir (Kara 2000).

Yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş gruplarına göre toplam öz yeterlilik puanları ikili gruplar halinde karşılaştırıldığında 41–50 yaş grubu arasındaki bireylerin; 51–60 yaş grubu ile $61 \geq$ yaş grubundaki bireylerin arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer yaş grupları arasındaki fark ise önemsizdir ($p > 0.05$). Bu durumun, yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerden ve uzun süre kronik bir hastalığın varlığının neden olduğu biyo- psikososyal sorunlardan kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu sonuç, hastalığa uyum sürecinde genç bireylerin algılama yetenekleri ve hastalıkla mücadele güçlerinin daha yüksek olması faktörüyle de ilişkilendirilebilir. Çalışmamızla paralel olarak Yeşilbalkan (2005) periton diyaliz hastalarının öz yeterlilikleri ile ilgili çalışmasında 36–45 yaş grubunda olan hastaların genel öz yeterliliklerini diğer hastalara göre daha yüksek bulmuştur. Farklı hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan öz yeterlilik çalışmalarında ise, öz yeterlilik ve yaş arasında bir ilişki bulunamazken (Yeşilbalkan 2001, McCloskey 2003, Walker 2004, Wong 2005), Sol'un (2005) çalışmasında genç hastaların öz yeterlilik puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, hastalığın özelliği, süresi ve sosyo-demografik özellikler gibi çalışmada yer alan bireylerin diğer özellikleri arasındaki farklılardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle daha geniş örneklem grupları üzerinde, bu tür çalışmaların tekrarlanması gerekmektedir.

Örneklem grubunda cinsiyete göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, erkek hastaların öz bakım gücünün yüksek olmasına rağmen, gruplar arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$). Taşçı (1998) ve Mollaoğlu (2005) diyaliz uygulanan

erkek hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Diğer kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda da erkek hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirtilirken (Yeşilbalkan 2001, Kars 2004), Nahçıvan (2000) bayan hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Büyükkaya (2004) çalışmamızla paralel olarak cinsiyet ve öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Örneklem grubunda cinsiyete göre bireylerin toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında cinsiyetler arası fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda erkeklerde öz yeterlilik puanı bayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun Türk toplumunda erkeklerin çocukluktan itibaren bayanlara göre sosyal statü üstünlüğüne sahip olmaları ve bu nedenle de kendilerini daha güçlü hissetmeleri ile açıklanabilir. Ayrıca erkeklerin daha bağımsız hareket etmeleri ve sosyal desteklerinin kadınlardan fazla olması da etkileyen diğer faktör olarak düşünülmektedir. Öte yandan Tsay (2003) ve Yeşilbalkan'nın (2005) çalışmalarında cinsiyetin öz yeterliliği etkileyen bir faktör olmadığı belirtilmektedir. Çalışmamızda, erkeklerin öz yeterlilik düzeylerinin kadınlara göre yüksek olması ve diğer çalışmalardan farklı olması, ülkemizde Sivas gibi İç Anadolu kentlerinde erkek egemen aile yapısının halâ devam etmesi faktörü ile açıklanabilir. Literatürde hemodiyaliz uygulanan bireylerin cinsiyet ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda çalışmamızla paralel olarak, erkek hastaların öz yeterlilik düzeyleri yüksek bulunurken (Padgett 1991, Pınar 2003), bazılarında ise bayan hastaların öz yeterlilik düzeyleri yüksek bulunmuştur (Walker 2004, Dishman 2005, Sol 2005). Bazı çalışmalarda da öz yeterlilik ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Adaylar 1995, Wong 2005). Kadın hastaların öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyinin desteklenmesine gereksinim duyulmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin eğitim düzeyine göre toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre toplam öz bakım gücü

puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, okuryazar olan bireylerin ilköğretim, orta öğretim ve üzeri eğitim alan bireylerle aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$), diğer gruplar arası fark ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç doğrultusunda çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça, öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir. Bunun nedeni, eğitim durumu düşük olan bireylerin genel sağlığa ilişkin bilgi ve beklentilerinin az olması, sağlık durumlarını korumak ve sürdürmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan bireyler sağlık problemleri ile bilinçli baş etme mekanizmaları geliştirirler. Eğitim düzeyi arttıkça bilgiye daha kolay ulaşma, edinilen bilgilerin uygulanması ve bireylerin kendi sağlıklarına olan ilgilerin artması, maddi olanakların ve sosyal durumun daha iyi olması nedeni ile öz bakım yeteneğinin arttığı söylenebilir. Farklı hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda da, benzer sonuçlar elde edilmiştir (Ören 2000, Bakoğlu 2000, Kara 2000, Kıyak 2002, Kars 2004, Yurtsever 2005, Ageborg 2005 ve Yiğit 2005). Durademir (1999) kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmasında, yüksek okul mezunu hastaların ortaokul mezunu hastalardan daha yüksek öz bakım gücüne sahip olduğunu bulmuştur. Ayrıca Taşçı (1998), Mollaoğlu (2003), Acaray (2003) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık problemleri ile daha kolay baş edebilmelerine yardım edecek kaynakları daha etkin ulaşmaları ile de ilişkilendirilir. Ayrıca yaşam kalitesi yükseldikçe bireylerin öz bakım gücünün de arttığı belirtilmektedir (Porter 1994, Killingworth 1996, Meers 1996, Taşçı 1998).

Toplam öz yeterlilik puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, tüm eğitim grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durum bireylerin sağlık problemleri ile baş edebileceklerine olan inançlarının yüksek olması ve bilgi kaynaklarına rahat ulaşabilmeleri ve sağlığı sürdürmede bu kaynaklardan yararlanmaları ile açıklanabilir. Diğer taraftan literatürde hemodiyalizde eğitim düzeyi ve öz yeterliliği karşılaştıran bulguya rastlanmazken, Yeşilbalkan (2005) periton diyaliz hastalarında yaptığı

çalışmasında ortaokul mezunu olan bireylerin okuryazar olanlara göre öz yeterliliklerini yüksek bulmuştur. Yeşilbalkan'nın (2001) Tip 2 DM'li hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında da, eğitim düzeyi arttıkça, öz yeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla uygunluk göstermektedir.

Örneklem grubunda medeni duruma göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonucu benzer çalışmalar desteklemektedir (Yeşilbalkan 2001, Mollaoğlu 2003, Yıldırım 2003, Kars 2004, Mollaoğlu 2005, Yurtsever 2005, Ovayolu 2005). Yapılan diğer benzer çalışmalarda ise, medeni durum ve öz bakım gücü arasında farklı ilişkiler elde edilmiştir. Kıyak (2002), Ageborg (2005) ve Yiğit (2005) hemodiyaliz hastalarında, Walker (2004) ise kalp hastalarında yaptıkları çalışmalarda medeni durumla öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Kara (2000) çalışmasında, bekâr olan hastaların öz bakım gücü puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu sonuç, bekâr bireylerin ev içi sorumluluklarının ve rol beklentilerinin daha az olması ile açıklanabilir. Taşçı (1998) ise evli ve dul olanların, bekâr hastalara göre öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Örneklem grubunda ikametgâh yerine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, şehir merkezinde yaşayanların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeylerini şehir merkezinde oturmak etkilerken (Taşçı 1998, Bakoğlu 2000), Yiğit'in (2005) çalışmasında şehir merkezinde oturanların öz bakım gücünün düşük olduğu, Yeşilbalkan'nın (2001) çalışmasında ise, ikametgâh yerinin öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkilemediği belirtilmektedir. Bu durum, şehir merkezinde yaşayanların; etkileşim, kültürel faktörler ve sağlık bakım olanaklarına daha çabuk ulaşmaları, kendilerini güvende hissetmeleri, kendi bakımlarına ilişkin bilgi ve isteklerinin fazla olması ile açıklanmıştır (Taşçı 1998, Acaray 2003).

Örneklem grubunda çalışma durumuna göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışan bireylerin hayatı sürdürmek için karşılaştıkları çevresel kısıtlamalar öz bakım ve öz yeterliliği arttırmaktadır (Qiao 2004). Belirli bir işte çalışmanın verdiği psikolojik rahatlığın, çalışmanın getirdiği ekonomik desteğin, alım gücünün artması, sosyal ve aktif bir yaşam sürmenin yaşam kalitesini yükseltmesinin yanı sıra, öz bakım gücü ve öz yeterliliğin arttırmasına da yardımcı olduğu düşünülebilir. Yapılan benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlar çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir (Taşçı 1998, Bakoğlu 2000, Kıyak 2002, Walker 2004, Qiao 2004, Kars 2004, Mollaoğlu 2005, Yeşilbalkan 2005). Yeşilbalkan (2001) çalışmasında öz bakım gücünün çalışma durumundan etkilendiğini ancak bunun istatistiksel açıdan önemli olmadığını, öz yeterliliğin ise çalışma durumundan etkilenmediğini bulmuştur. Yurtsever (2005) çalışma durumunun öz bakım gücünü etkilemediğini bulmuştur. Çalışma durumu öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen bir faktör olduğu için; diyaliz uygulanan bireylere karşı iş bulma konusunda yapılan sosyal ayrımcılığın azaltılması için kamuoyunun aydınlatılması, ayrıca hastaların ilaç ve tedavi masraflarının karşılanması v.b. sosyal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Örneklem grubunda gelir düzeyine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Gelir düzeyine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları ikiyeşerli karşılaştırıldığında, gelir düzeyi kötü olan bireylerin; gelir düzeyi iyi ve gelir düzeyi orta olan bireylerle aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre gelir düzeyi arttıkça bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Gelir durumu iyi olan bireylerin maddi stresörlerinin olmaması, sağlık kurumlarına daha rahat gidebilmeleri, gelir durumu düşük olan bireylerin ise yaşadıkları mali sorunların, hastalıklarına uyumlarını ve hastalıkları ile baş etme güçlerini, dolayısıyla öz bakım ve öz yeterlilik durumları etkilediği düşünülebilir. Lukkarinen (1997), Taşçı (1998), Durademir (1999), Kara (2000), Bakoğlu

(2000), Ören (2000), Kıyak (2002), Acaray (2003) çalışmalarında bizim bulgumuzla benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Yeşilbalkan (2005),(2001) ve Bakoğlu (2000) çalışmalarında gelir durumunun, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen bir faktör olmadığı belirtilmektedir.

Örneklem grubunda sosyal güvencesine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Sosyal güvencesine göre bireylerin toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında ise, aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Emekli sandığına sahip bireylerin öz yeterlilik puanı diğer sosyal güvencesi olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yeşil kartlı hastalar ile SSK'lı hastaların öz yeterlilik puanları eşit ve Bağkur'lu hastalarinkinden daha yüksektir. Çünkü; Bağkur'lu hastalar üniversite hastanelerinde tedavi oldukları zaman hastane masraflarını bireysel olarak karşılamak durumundadırlar. Bu durum ekonomik yük olarak hasta ve ailelerini zorlamaktadır.

3. Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Örneklem Klinik Özellikleriyle Karşılaştırılması

Örneklem grubumuzda hastalık süresine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, hastalık süresi ilerledikçe öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanında bir artış görülmesine rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yeşilbalkan (2005) çalışmasında hastalık süresi ilerledikçe öz yeterlilik puanının azaldığını, Yiğit (2005) hastalık süresi ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bakoğlu (2000), Yeşilbalkan (2001) ve Büyükkara (2004) çalışmalarında hastalık süresi, öz bakım gücü ve öz yeterlilik durumları arasında bir ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın ilk yıllarında aile desteğinin daha fazla olması nedeniyle bu dönemde öz bakım gücünün daha yüksek olduğu düşünülebilir (Ovayolu 2005). Akyol (1996), Mollaoğlu (2003), Yıldırım (2003), Ovayolu (2005) yaptıkları çalışmalarında bireylerin yaşam kalitesi ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Taşçı (1998) diyaliz hastalarında, Owen (1999) kanserli hastalarda, Kara (2000) Tip 1 DM'li hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık

süresi artıkça öz bakım gücünün azaldığını bulmuşlardır. Walker (2002) kalp hastalığı olan bireylerde hastalık süresinin önemli olduğunu, yeni tanı konmuş hastaların eski hastalara göre daha fazla sağlık inancına sahip olduğunu belirtmiştir. Kaya (1993) diyalize yeni başlayan $60 \geq$ yaşındaki bireylerin 60 yaşından genç bireylere göre daha az stres yaşadıkları belirtmiştir.

Örneklem grubunda başka bir kronik hastalığının varlığına göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamızla paralel olarak, Yeşilbalkan (2005) başka bir kronik hastalığa sahip olma ile öz yeterlilik arasında bir ilişki bulamamıştır. Sol (2005) ise damar hastalığının yanı sıra DM'ye sahip bireylerin öz yeterliliğinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Örneklem grubunda uygulamanın yapıldığı hastanelere göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yeşilbalkan (2001) çalışmasında bulgumuzla paralellik gösteren bir sonuç elde etmiştir. Mollaoğlu (2005) özel diyaliz merkezinde diyaliz uygulanan bireylerin öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu, Ageborg (2005) evde hemodiyaliz yapılan hastaların öz bakım gücünün, hastanede hemodiyaliz uygulanan bireylerden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

4. Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Örneklem grubunda bireylerin öz bakım gücü düzeylerine göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Hastaların öz bakım gücü puanı arttıkça, öz yeterlilik puanlarının da arttığı dikkat çekicidir. Çalışmamızda hastaların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları orta düzeyde olarak belirlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin yaşamı, kronik bir hastalığa sahip olma, sürekli diyaliz merkezine gidip gelme ve sık karşılaşılan komplikasyonlar gibi nedenlerden dolayı etkilenmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklarını yönetme stratejileri ve yaşam

stili değişiklikleri geliştirmeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda hastaların öz bakım gücü ve öz yeterliliklerini eğitim gibi planlamalarla desteklemeye gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmamızla paralel olarak Tsay (2002), Mollaoğlu (2005), Yurtsever (2005) HD uygulanan bireylerin öz bakım gücü puanlarını orta seviyede, Kara (2000) Tip 1 DM'li ve Kara (2001) tip 2 DM'li hastaların öz bakım gücünü orta seviyede bulmuşlardır. Kıyak (2002) ise öz bakım gücü puanını yüksek olarak belirlemiştir. Yine benzer şekilde, Tsay (2002) ve Song (1999) yüksek öz bakım gücüne sahip hastaların öz yeterliliklerinin de yüksek olduğunu ve aralarında pozitif ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Lew (1996) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında; öz yeterlilik, öz bakım ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin öz yeterlilik ve öz bakım gücünün artırılmasının kronik hastalıklarla baş etmede etkili olduğu belirtilmektedir (Ewart 1992, Moon 2000 Haas 2000, Walker 2003, Denison 2004, Kara 2004, Wong 2004, Qiao 2004, Shaghnessy 2004, Özkan 2004, Oka 2005, Sol 2005, Thomee 2005, Dishman 2005). Öz yeterliliğin geliştirilmesi, tedaviye bağlılığın artmasını, sağlığı geliştirici davranışların farkına varılmasını sağlayarak fiziksel ve psikolojik belirtilerin azalmasına yol açar. Çalışmamızın sonuçları ile paralel olarak Chang (1997) ve Yeşilbalkan (2001) Tip1 DM'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında hastaların öz bakım gücü arttıkça öz yeterliliklerinin de arttığını belirtmişlerdir. Piette (2000) yüksek öz yeterliliğe sahip diyabetli hastaların, öz bakım davranışlarını daha iyi gerçekleştirdiklerini belirlemiştir. Görüldüğü gibi öz yeterlilik ve öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hemşireler bireylerin kronik hastalıklarda öz bakım gereksinimi sonuç beklentilerinde, mevcut durumdaki istekleri ve gelecekteki sağlıklı davranışı seçmeleri tehlikede olduğunda öz yeterlilik algısının güçlü bir motivasyon aracı olduğunu unutmamalıdır.

Sonuç olarak çalışmamızda; HD uygulanan bireylerde öz bakım gücü arttıkça, öz yeterlilik düzeyinin arttığı, öz bakım ile eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, hemodiyalize girme sıklığı arasında, öz yeterlilik ile yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu ve hemodiyalize

girme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diyaliz hastalarının tedavi ve takiplerinde primer sorumluluk taşıyan hemşirelerin bu faktörlerin farkında olmaları ve birey üzerindeki negatif etkilerini minimize edecek uygun hemşirelik aktivitelerini planlamaları, bu doğrultuda eğitim, danışmanlık, savunuculuk gibi rollerini etkin kullanma sorumlulukları bulunmaktadır.

VII. SONUÇLAR

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterliliklerinin incelenmesine yönelik çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri: Araştırmaya alınan bireylerin genel özellikleri incelendiğinde; %62.4'ünün 51 yaş ve üzeri grupta olduğu, %55.2'sinin kadın, %41.6'sının okuryazar, %68'inin evli olduğu, ayrıca %52.8'inin 4 ve üzeri çocuğu olduğunu, %70.4'ünün çalışmadığını, %28.8'inin gelir düzeyinin kötü olduğunu, %74.4'ünün şehir merkezinde, %95.2'sinin ailesi ile yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bireylerin sosyal güvencesi incelendiğinde; %41.8'inin emekli sandığına bağlı oldukları görülmektedir (Tablo 1).

2. Hastaların Klinik Özellikleri: Uygulamann yapıldığı hastaneler incelendiğinde bireylerin %43.2'si I.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde diyalize girmektedir. Bireylerin %41.6'sının 2–5 yıldır diyaliz tedavisi aldığı, % 90.4'ünün haftada 3 ve üstü diyalize girdiği, %68.8'inin başka bir kronik hastalığının, DM, KOAH, KAH, Osteoporoz, HT, FMF, Hipertroidizm, Hepatit C, Hepatit B, olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Bireylerin öz bakım gücünün %80,0'ninin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 2).

3. Hastaların Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Puanlarına Göre Özellikleri: örneklemimizin öz bakım gücü puan ortalaması 99.86 ± 15.30 (min/max: 54–126), öz yeterlilik puan ortalaması ise 25.76 ± 6.85 (min/max: 11–40) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

4. Yaş Durumunun Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Etkisi: Toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında fark önemsiz bulunmuştur. Yaş gruplarına göre toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4).

5. Cinsiyetin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Etkisi: Cinsiyete göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları

karşılaştırıldığında, cinsiyetler arası fark önemsiz bulunurken, toplam öz yeterlilik puanları yönünden cinsiyetler arası fark önemli bulunmuştur. Erkeklerin öz yeterlilik puanları kadınlarınkinden yüksektir (Tablo 5).

6. Eğitim Durumunun Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Etkisi: Eğitim düzeyi toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça öz bakım ve öz yeterlilik düzeyi artmaktadır (Tablo 6).

7. Medeni Durumun Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyi Ortalama Puanlarına Etkisi: Medeni duruma göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 7).

8. İkametgâh Yerinin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: İkametgâh yerine göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 8).

9. Çalışma Durumunun Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Çalışma durumuna göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Çalışanların hem ÖBG hem de ÖY puanları çalışmayanlara göre yüksektir (Tablo 9).

10. Gelir Düzeyinin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Gelir düzeyine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça ÖBG ve ÖYD artmaktadır (Tablo 10).

11. Sosyal Güvencesinin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Sosyal güvencesine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmazken, toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Emekli

Sandığına bağlı olanların ÖBG ve ÖYD puanları en yüksek, Bağkur'luların ise en düşük olarak tespit edilmiştir (Tablo11).

12. Hastalık Süresinin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Hastalık süresine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 12).

13. Hemodiyaliz Uygulama Süresinin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Hemodiyaliz uygulama süresine göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 13).

14. Başka Bir Kronik Hastalığın Varlığının Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Başka bir kronik hastalığının varlığına göre bireylerin toplam öz bakım gücü puanları ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 14).

15. Uygulamanın Yapıldığı Hastanelerin Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Uygulamanın yapıldığı hastanelere göre bireylerin toplam öz bakım gücü ve toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 15).

16. Öz Bakım Gücü Düzeyinin Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi: Öz bakım gücü düzeylerine göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Hemodiyaliz uygulanan bireylerin öz bakım gücü arttıkça, öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır (Tablo 16).

VIII. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

* Kurum çalışanlarına yönelik, diyaliz sürecinin, KBY ve diyaliz işleminin bireyin öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyi üzerindeki etkisi konusunda sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve duyarlı hale getirilmesi,

* Hemşirelerin öz bakım gücünün eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, hemodiyalize girme sıklığı, öz yeterlilik düzeyinin ise yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu ve hemodiyalize girme sıklığı gibi sosyo demografik faktörler tarafından etkilediğinin farkında olması,

* Hemodiyaliz hastalarının evde kendi bakımlarını sürdürmeleri için planlı eğitimlerin yapılması, kendi bakımları ile ilgili karar vermeleri ve planlama yapmalarının desteklenmesi, üretkenliklerinin artırılması, benlik bilincinin desteklenmesi gibi ÖBG ve ÖY düzeyini arttırıcı yaklaşımların uygulamaya yansıtılması,

* Hastalara bireysel eğitimlerin yanı sıra grup eğitimlerinin planlanması ve grup eğitimlerinde hastaların birbirleri ile deneyimlerini paylaşmaları sağlanması,

* Hemşirelerin ailelerin de hasta bireylerin öz bakım gücüne bakış açılarını değerlendirilmeleri, eğitimlere aileyi de katmaları, bireylerin evde davranış değişikliğini sürdürmelerinde aile desteğinin büyük bir payı olduğunu unutmamaları,

* HD tedavisi alan hastaların birbirleri ile daha iyi ilişkiler içinde olabilmeleri ve birbirlerini tanıyabilmeleri için düzenli aralıklarla gezi, eğlence ve sanat faaliyetleri yapılması, bunu organize etmede hasta ve ailesinin sağlık ekibi ile birlikte çalışması,

* Hastaların öz yeterlilik ve öz bakım güçleri ölçüm sonuçlarından ailede haberdar edilerek, problemlerin çözümlenmesi sağlanması,

* Sağlık eğitiminin uygulayıcısı olan hemşirelerin, öz yeterlilik, öz bakım ve bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesi ayrıca bunları hemşirelik uygulamalarına yansıtması konusunda desteklenmesi,

* HD uygulanan bireylerde öz bakım ve öz yerlilik düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik geniş çapta çalışmaların yapılması,

* Hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halini ortaya çıkaracak kapsamlı bilgi için daha geniş sayıdaki hasta grubu ile değişik hemodiyaliz merkezlerinde araştırmanın tekrarlanması önerilmektedir.

IX. ÖZET

Bu çalışma Sivas İlinde çeşitli hemodiyaliz merkezlerinde tedavi olan bireylerde öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin irdelenmesi, öz bakım ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini 1 Mart-Mayıs 2006 tarihleri arasında, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi hemodiyaliz ünitesindeki 34 hasta, Sivas I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesindeki 54 hasta, Sivas Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesindeki 37 hasta olmak üzere toplam 125 hasta oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini oluşturan tüm hastalara, sosyo-demografik ve klinik özelliklerini, öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış kişisel bilgi formu, öz bakım gücü ölçeği ve öz yeterlilik ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler; yüzdeler hesaplanarak, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey testi, Kruskal-Wallis testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Yapılan çalışmanın sonucunda hastaların öz bakım gücünü, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, hemodiyalize girme sıklığı etkilerken, öz yeterlilik düzeylerini ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu ve hemodiyalize girme sıklığının etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyleri arasında pozitif bir ilişki elde edilmiştir. Hastaların öz bakım gücü arttıkça öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

Hemodiyaliz işlemi, hastaların öz bakım ve öz yeterlilik düzeylerini etkilemektedir. Öz bakım ve öz yeterlilik arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, hemodiyaliz uygulanan hastaların öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeylerini arttıracak eğitim programlarının düzenlenmesini ve bu programlara ailenin de katılarak bütüncü anlayış doğrultusunda etkin planlamalar yapılması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öz bakım gücü, öz yeterlilik, hemodiyaliz, hemşirelik

ABSTRACT

The purpose of this study, performed on patients at the different hemodialysis centers in city of Sivas, is to assess patients' self-care ability and self-efficacy, to examine the relationship between them and to determine the factors affecting self-care ability and self-efficacy.

This study was carried out during March 1st –May 1st 2006 with 34 patients at Hemodialysis Center of Cumhuriyet University Hospital, 54 patients at Sivas I. İzzettin Keykavus State Hospital and 37 patients at Hemodialysis Centre of Sivas State Hospital in total 125 patients as sample group. All patients in the sample were given to fill out a personal information form, self-care ability assessment form and self-efficacy assessment form, prepared by the researchers using the related literature, for the purpose of determining their socio-demographic and clinic characteristics, and determining factors affecting their self-care ability and self-efficacy levels. Data collected from the study was analyzed using percent, mean, Tukey test, significance test of two means, One-way variant analysis and Kruskal-Wallis test.

The study results demonstrate that while there is a correlation between self-care ability and education level, work status, income level and frequency of hemodialysis application, factors such as age, gender, education level, work status, income level, social insurance status and frequency of hemodialysis application determine self-efficacy. Furthermore, a positive correlation was found between patients' self-care ability and self-efficacy. It was determined that as the level of self-care ability increases self-proficiency level also increases.

Hemodialysis application affects patients' self-care ability and self-efficacy levels. There is a positive correlation between self-care ability and self-efficacy. In view of this study's results, it is recommended to organize education programs to increase self-care ability and self-efficacy levels of hemodialysis patients and prepare comprehensive plans including patients' families.

Key Words: Self-care ability, self-efficacy, hemodialysis, nursing.

X. KAYNAKLAR

1. Acaray A (2003) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
2. Adaylar M (1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.
3. Ageborg M, Allenus BL, Cederfjall C (2005) Quality Of Life, Self-Care ability, and Sense Of Coherence İn Hemodialysis Patients, Hemodialysis International 9;8–14.
4. Ajuria JL, Kimmel PL (2006), Hemodiyaliz Membranının Seçimi, Diyaliz Prensipleri ve Uygulamaları, 3. Baskı, Düzey Matbaacılık.
5. Akdemir N, Baser G, Özcan A, Hatipoğlu S (1980) Böbrek Veren Kişilerin Böbrek Vermeye İlişkin Duygu Ve Düşünceleri, Türk Hemşireler Dergisi, 30(2):10–16.
6. Akdemir N, Birol L (2003) İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Kitabı, 1. Baskı, İstanbul.
7. Akduran FS, Göz F (2006) Hemodiyaliz Hastalarının Beslenme İlkeleri, Nefroloji Hemşireliği Dergisi,14-17.
8. Akpolat T, Arık N (1996) Nefroloji El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
9. Akpolat T, Utaş C (2000) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 91–102.
10. Akpolat T, Utaş C (2001) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası,173–239.
11. Akpolat T, Utaş C, Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı (1999) Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul.

12. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar (2000) Nefroloji El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
13. Aksayan S, Gözüm (1998) Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):35-42.
14. Aktan ř (2006) Konik Böbrek Yetmezliğinde Deri Bulguları, Actual Medicine, 14(4);22-24.
15. Akyol A (1996) Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniv, H.Y.O. D. 12(2);11-17
16. Akyol AD (2005) Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım, Meta Basım Mtbacılık Hizmetleri, İzmir.
17. Alexander TT, Hiduke RJ, Stevens KA (1999) Rehabilitation Nursing Procedures Manual, McGraw-Hill Companies, 2nd Edition, Newyork.
18. Aral F (2000) Fosfor Metabolizması Bozuklukları, Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları, Ed:Sencer E, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,101-105.
19. Arık A, Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon: Bir Gözden Geçirme Anadolu Tıp Dergisi, Ocak 2000:2:90-93
20. Arık N (2001) Nefroloji, Deniz Matbacılık, 1. Baskı, İstanbul
21. Aydın Z (1998) SAPD El Kitabı, İstanbul.
22. Bakoğlu E, Yetkin A (2000) Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 4(1);41-49.
23. Balcı G (2003) Öz bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Etkilendiği Bazı Durumlar ve Hemşirenin Rolü, Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi, 10(2):69-76.

24. Bame SI, Peterson N, Wray NP (1993) Variation In Hemodialysis Patient Compliance According To Demographic Characteristics, *Social Science And Medicine*, 37: 43–49.
25. Bandura A (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
26. Bandura A (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
27. Bandura A (1997) *Self-Efficacy The Exercise Of Control*, Freeman and Company, New York.
28. Bennett S, Cordes D, Westmoreland G (2000) Self Care Strategies For Symptom Management In Patients With Chronic Heart Failure, *Nursing Research*, 49(3): 139–144.
29. Benson A, Latter S (1998) Implementing Health Promoting Nursing: The Integration Of Interpersonal Skills And Health Promotion, *Journal Of Advanced Nursing*, 27: 100–107.
30. Bergman H, Daugirdas JT, Ing TS (1994) Complications During Hemodialysis, *Handbook Of Dialysis*, Little, Brown and Company, Boston, 149–168.
31. Bergstöm J, Lindholm B (1998) Malnutrition, Cardiac Disease, and Mortality: An Integrated Point Of View, *Am J Kidney Dis.*, 32;834-41.
32. Bernal H. (1996) Self-management of diabetes in a Puerto Rican population. *Public Health Nursing*, 3, 38–47.
33. Bijl JVD, Poelgeest AV (1999) The Psychometric Properties Of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus, *Journal Of Advanced Nursing*, 30;352–359.
34. Bilir N (2001) Gelecek Yüzyılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt:39.

35. Billings D, Stokes L (2001) Medical Surgical Nursing, Mosby Company, London.
36. Birol L (2004) Hemşirelik Süreci Kitabı, Geliştirilmiş 6. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.
37. Birol L, Akdemir N (2005) İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Kitabı, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara.
38. Birol L, Akdemir N, Bedük T (1997) İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Kitabı, Genişletilmiş 6. Baskı, Ankara.
39. Burselon JA, Kaminer Y (2005) Self-Efficacy As A Predictor Of Treatment Outcome İn Adolescent Substance Use Disorders, Addictive Behaviors, 30: 1751–1764.
40. Büyükkaya D, Akdemir N., Feşçi H. (2004) Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, s:232, Antalya.
41. Carlsson L, Ahlmen J (1990) Selection Of Mode Of Treadment In End-Stage Renal Disease-By The Patient, EDTNA-ERCA Journal 15.
42. Carpennito LJ (1997) Nursing Diagnosis, Lipincott Company, 7 th Edition Newyork.
43. Chang FT (1997) Using Self-Efficacy İn Assesing Self Care To The IDDM, Kaohsiung J.Med.Sci.,13(6);351-359.
44. Coffman MJ, Shellman J, Bernal H (2004) An Interative Review Of Amerikan Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy, Journal Of Nursing Scholarship, 36(2):180.
45. Coresh J, Wei GL, McQuillan G et all (2001) Prevalance of High Blood Pressure and Elevated Serum Creatinine Level İn The US: Findings From third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994) Arch Intern Med. 161;1207–16 (PMID:1343443).

46. Crips J, Taylor C (2001) Fundamentals Of Nursing, Mosby Company, Australia.
47. Çınar S, Yürügen B (1997) Hemodializ Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Standart Hemşirelik Bakımı, Çınar Dergisi 3(1):1-8.
48. Daniel C (2000) Thinking About Self Efficacy, Behaviour Medication, 24(1);27-30.
49. Deatrick J, Brennan D, Cameron M (1998) Mothers With Multiple Sclerosis And Their Children, Nursing Research, 47(4):205-210.
50. Denison PE, Lindberg P (2004) Self-Efficacy, Fear Avoidance, and Pain İntensity As Predictors Of Disability İn Subacute and Chronic Musculoskeletal Pain Patients İn Primary Health Care, Pain, 111(3);245-252.
51. Dilmener M, Bozkafioğlu Y (2000) Özet tanı ve Tedavi, Tayf Ofset, 5. Baskı, İstanbul, 95.
52. Diloirio C, Hennessy M, Monteuffel B (1996) Epilepsy Self Management: A Test Of A Theoretical Model, Nursing Research, 45(4):211-217.
53. Dishman R, Molt R and all (2005) Self-Management Strategies Mediate Self-Efficacy and Physical Activity, American Journal Of Preventive Medicine, 29(1);10-18.
54. Durademir A (1999) Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 3(1);16-20.
55. Durna Z (1996) İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul.
56. Elçi A, Ovayolu N, Torun S, Uçan Ö (2005) Hemodiyaliz tedavisi Gören Hastaların Öz Bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-Demografik Özellikleri İle Öz Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 14(1); 141

57. Eraydın S, Periton Diyalizinde Beslenme, Eczacıbaşı-Baxter, İstanbul.
58. Erdemir F (1999) Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
59. Erek E, Serdengeçti S, Ataman R, Dalmak S (2001) Hemşireler İçin Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon, Tayf Ofset, İstanbul.
60. Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K (2005) Registry Of The Nephrology, Dialysis and Transplantation In Turkey, Ppublished By The Turkish Society Of Nefrology, Art Ofset, İstanbul.
61. Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K (2006) Türkiye Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul.
62. Ewart C (1992) Role Of Physical Self-Efficacy İn Recovery From Hearth Attack İn Schwarzer, R. Self-Efficacy, Throught Control Of Action, 287–304.
63. Fadıloğlu Ç (2002) Kronik Hastalıklarda Bakım, İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir.
64. Feinstein EL (1994) The Skin Handbook of Dialysis (Editors: Daugirdas JT, Ing TD) Second Edition, Little Brown, 583–588
65. Gallagher M, Burden J (1993) Nursing As Health Promotion-A Myth Accept-İN: Wilson Barnett JW&Macleod-Clark J Research İn Health Promotion And Nursing; Hampshire: Macmillion.
66. Gelmez M, Hemodiyalizde Damar Yolları (2000) Çınar Dergisi, 6 (1-19):1.
67. Goldstein MB, Jindal KK, Levin A, Stinebaugh BJ (1995) The Adequacy Of Hemodialysis: Assessment and Achieement, The Principles and Practice Of Nephrology, (Eds) Jacobson HR, Striker GE, Klahr S, Mosby, St Louis, 665–673.

68. Golper TA, Ward RA (1995) Prescription Hemodialysis, Textbook Of Nephrology, (Eds) Massry SG, Glassock RJ, Williams And Wilkins, Baltimore, 1536–1542
69. Gözüm S (1999) Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz Etkililik- Yeterlilik İle Stresle Başa Çıkma Algısı Arasındaki İlişki, Atatürk Üniv. H.Y.O. Dergisi, 2(1);35–43.
70. Gözüm S, Aksayan S (1999) Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği, Atatürk Üniv. H.Y.O. Dergisi, 2(1);21-32.
71. Gözüm S, Bağ B (1998) Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı, Atatürk Üniv. H.Y.O. Dergisi, 1(2);32–42.
72. Güleç O, Seçkin D, Erdemli TJ, Güz G (2000) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Deri Bulguları, Türk Klinikleri Dermatoloji Dergisi,8(2):94–97.
73. Haas BK (2000) Focus On Health Promotion; Self-Efficacy On Oncology Nursing Research and Practice, Oncology Nursing Forum, 27;89–97.
74. Hollaway A, Watson HE (2002) Role Of Self- Efficacy and Behavior Change, International Journal Of Nursing Practice, 8: 106–115.
75. Horsburgh ME (1999) Self-Care Well Adult Canadians and Adult Canadians With End Stage Renal Disease, International Nursing Studies, 36;443–453.
76. Ifudu O (1999) Hemodiyalize Giren Hastanın Takibi, Literatür Dergisi, 30(178);142–149.
77. Ifudu O (2004) Renal Anemi, Çev. Ed.: Türkmen A, İstanbul Medikal Yayıncılık.
78. Jacobson HR, Striker GE, Klahr S (1995) The principles and Practice of Nefrology, Mosby, St Louis, 650–726

79. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G (2004) Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease In Adults: Part I. Definition, Disease Stages Evaluation, Treatment And Risk Factors *Am Fam Physician*, 70: 869–876.
80. Kara B (2001) Öz Bakım Tanımı Ve Kavramsal Yönü, *Sendrom Dergisi*, 13: 45–48.
81. Kara B, Feçi H (2000) Tip I Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi, *Sendrom Dergisi*, 4: 28–32.
82. Kara M, Aştı T (2003) Effect Of Education On Self-Efficacy Of Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Patient Education and Counselling*, 55;114–120.
83. Kara M, Bijl JJVD, Lillie M, Shortridge-Baggett, Aştı T., Ergüney S (2005) Cross-Cultural Adaptation Of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Scale Development, *International Journal Nursing Studies*, 43;611-621.
84. Karakoç A (2001) Hemşirelik Hizmetlerinin Hastaların Doyumu Üzerine Etkisi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
85. Kars T (2004) Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
86. Kaye JM, Levison SP (1993) The Relationship Between Age and Adjustment Of Patients New To Dialysis, *Geriatric Nephrol. Urol.* 3;81–86.
87. Kıyak E, Ergüney S (2002) Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi H.Y.O Dergisi*, 5(1); 38–44.
88. Killingworth A, Van Der Akker O (1996) The Quality Of Life Of Renal Dialysis Patients: Trying To Find The Missing Measurement, *International Journal Of Nursing Study*, 33(1);107–120.
89. Koç Z, Sever ŞM, Böbrek Hastaları İçin Diyet El Kitabı, Fresenius Diyaliz Hizmetleri A.Ş., 4. Baskı, İstanbul.

90. Koç Z, Sever ŞM, Diyaliz Hastalarında Beslenme, Fresenius Medical Hizmetler AŞ, Hasta Eğitim Yayınları, No:6, İstanbul.
91. Kurtner GN, Jassal VS (2002) Quality Of Life and Rehabilitation Of Elderly Dialysis Patients, *Seminars In Dialysis*, 15(2);107–112.
92. Lazarus JM, Denker BM, Owen WF (1996) *Hemodialysis*, WB Saunders Company, Philadelphia, 2424–2506.
93. Leininger, M. (1991). Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(2), 32–39.
94. Levey AS, et all (2003) National Kidney Foundation Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, *American College Of Physicians*, 139; 137–147.
95. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ (2007) Chronic Kidney Disease: Common, Harmful, and Treatable World Kidney Day 2007, *J. Am. Soc. Nephrol*, 18: 374–378.
96. Lew L, Owen SV (1996) A Measurement Of Self- Care, Self Efficacy, *Research In Nursing and Health* 19;421–429.
97. Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen RS (2004) *Medical Surgical “Assesment and Management of Clinical Problems” Sixth Edition*, Mosby.
98. Lightstone L (2003) Preventing Renal Disease: The Ethnic Challenge In The United Kingdom, *Kidney International*, 63(83);135–139.
99. Linas S.L. (1991) The Role Of Potassium In The Patogenesis and Treatment Of Hypertansion, *kidney Int.*39;771–86.
100. Lukkarinen H,Hentinen M (1997) Self Care Agency and Factors Related To This Agency Among Patients With Coroner Heart Disease, *International Journal Nursing Study*, 34(4);295–304.

101. Magil FN (1993) Survey of social science, psychology series, Salem Pres, Englewood Cliff. N.J. <http://trochim.human.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm>.
102. McClellan W.M, Knight D.F., Karp H, Brown W.W (1997) Early Detection And Treatment of Renal Disease In Hospitalized Diabetic and Hypertensive Patients: Important Differences Between Practice And Published Guidelines, Am J Kidney Dis. 29;368–75(PMID:9041212)
103. McCloskey R (2004) Functional and Self- Efficacy Changes Of Patients Admitted To A Geriatric Rehabilitation Unit, Journal Of Advanced Nursing 46(2);186–193.
104. Meers C, et all (1996) Self-Delivery Of Hemodialysis Care: A Terapy In Itself, American Journal Of Kidney Diseases, 27(6);844–847.
105. Mees E.J.D (2000) Diyaliz Tedavisinin Kardiyovasküler Yönleri, Ed.: Kırçelli F, Aşçı G, Duman S, Özkan Matbaacılık,172-175.
106. Menteş ÇS (1998) Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar, Çınar Dergisi,4(3):59–71.
107. Mollaoğlu M (2005) Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 55–60.
108. Mollaoğlu M, Arslan S (2003) Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(4):42–46.
109. Moon LB, Backer J (2000) Relationships Among Self-Efficacy Outcome Expectancy and Postoperative Behaviours In Total Joint Replacament Patients, Orthopaedic Nursing, 19; 77–85.
110. Murrary D (2004) Kidney Disease Is A Seriously Underdiagnosed Condition In Australia, The Weekend Australia, www.theaustralian.news.com.au/common/story_page/0,5744,11644923
111. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö (2002) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(2):62–64.

112. Nahçıvan N (1993) Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktor Tezi, İstanbul.
113. Nahçıvan N.O. (2004) A Turkish Language Equivalence Of The Exercise Of Self-Care Agency Scale. *West Journal Nursing*, 26: 813–824.
114. Narrow B, Buscle K (2000) *Fundamentals Of Nursing Practice*, Wiley Publications, Newyork.
115. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease (2002), *Am J Kidney Dis* 39: S1-S266.
116. Nissenson RA, Fine NR (2004) *Dialysis Therapy*, Çev.Ed.:Süleymanlar G, Erek E, Güneş Kitapevi,3.Baskı, Ankara.
117. Obrador GJ, Pereira BJG (2002) Sistemik Komplikations Of Chronik Kidney Disease, *Postgraduate Medicine*, 111(2).
118. Obrador GJ, Pereira BJG (2003) Kronik Böbrek Hastalığının Sistemik Komplikasyonları, *Sendrom Dergisi*, 15(3):54–61.
119. Oka M, Chaboyer C (2001) Influence Of Self-Efficacy and Other Factors On DietaryBehaviours İn Japanese Haemodialysis Patients, *International Journal Of Nursing Practice*, 7;431–439.
120. Oka RK, DeMarco T, Haskell WL (2005) Effect Of Treadmill Testing and Exercise Training On Self –Efficacy İn Patients With Heart Failure, *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 4; 215-219.
121. Orem DE (1996) *Nursing Concept Of Practice*, 5th Edition, Mosby Year Book İnc.
122. Ovayolu N, Parlar S, Kıyak P, Bozkurt A.İ, Bozkurt S (2005) Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,Mart-Haziran;45-50.
123. Owen SV, Paul D, Lev EL, (1999) Age Self Efficacy and Change İn Patients Adjustment To Cancer, *Cancer Prac.*, Jul-Aug, 7(4);170-176.

124. Ören B, Söyük S, Yürügen B (2000) Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz Bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo Demografik Özellikler İle Öz Bakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Çınar Dergisi, 6(34);64–66.
125. Özener C, Akoğlu İ (2001) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Ed: Akpolat T, Utaş C, Güzel Sanatlar Matbaası, 2. Baskı, İstanbul.
126. Özkan F (2004) Öz Bakım Eğitim Programının, Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
127. Öztürk A (2000) Üniversite Öğrencilerinin Öz Bakım Gücü İle Sağlıkla İlgili Tutumları Arasındaki İlişki, 2. Uluslar Arası 9. Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya.
128. Padgett DK (1991) Correlates Of Self Efficacy Beliefs Among Patients With non-İnsülin Dependent Diabetes İn Zagreb, Yugoslavic, Patients Education And Counseling 18;139–147.
129. Parfrey PS, Foley RN, Harnett JN (1996) Organ and Metabolic Complications: Cardiac Replacement Of Renal Function By Dialysis, Jacobs C, Kjellstrand CM, Koch KM, Winchester JF (eds) Lluwer Academic Publishers, Dordrecht, 990–1002.
130. Phipps W, Long B, Woods N, Cassmeyer V (1991) Medical Surgical Nursing, Mosby Company, America.
131. Pınar R (1993) Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
132. Pınar R, Arslanoğlu I, İşgüven P, Cizmeci F, Günöz H (2003) Self-Efficacy and İts İnterrelation with Family Environment and Metabolic Control İn Turkish Adolescents With Type 1 Diabetes, Pediatric Diabetes, 4;168–173.
133. Port FK, et all (1998) Trends İn Treatment And Survival For Hemodialysis Patients İn The United States, Am J Kidney Dis, 32(S4):S34-S38

134. Porter GA (1994) Assessing The Outcome Of Rehabilitation In Patients With End Stage Renal Disease, *American Journal Of Kidney Diseases*, 24;22–27.
135. Potter P, Perry A (1995) *Basic Nursing Theory and Practice*, 3rd Edition, Philadelphia.
136. Potter P, Perry A (2001) *Basic Nursing Theory and Practice*, 5th Edition, Philadelphia.
137. Prette JD, Weinberger M. (2000) The Effect Of Automated Calls With Telephone Nurse Follow Up On Patient Centered Outcomes Of Diabetes Care, *Med.Care*, 38(29);218.
138. Purvis P.J (1991) A Support Group For Patients In End Stage Renal Failure On Maintenance Dialysis, *EDTNA-ERCA Journal* 8(3):18–19.
139. Qiao J, Shiu A (2004) Diabetes Self-Efficacy and Self-Care Behaviour Of Chinese Patients Living In Shanghai, *Journal of Clinical Nursing* 13; 771.
140. Rapley P, Dona M, Fruin J (1999) Self-Efficacy In Chronic Illness: The Juxtaposition Of General And Regimen-Specific Efficacy, *International Journal Of Nursing Practice*, 5(4):209.
141. Redmond A, McClelland H (2006) Chronic Kidney Disease: Risk Factors, Assessment And Nursing Care, *Nursing Standard*, 21(10);48–55.
142. Remuzzi G, Ruggenti P, Perico N (2002) Chronic Renal Diseases: Renoprotective Benefits Renin- Angiotensin System Inhibition. *Ann Intern Med.*136;604–13(PMID:11955029).
143. Rendland A, Stuijbergen AK (1993) Strategies For Maintenance Of Health Promoting Behaviours, *Nurs Clin North Am*, 28(2):427–42.
144. Resnick B (1998) Efficacy Beliefs In Geriatric Rehabilitation, *Journl Of Gerontological Nursing*, 24;34–44.

145. Rice R (1995) Home Health Nursing Practice, 2nd Edition Mosby Year Book Inc.

146. Rostant SG (1995) Hemodiyaliz Hastalarında İskemik Kalp Hastalığı, Kalp Yetmezliği ve Perikardit Takip ve Tedavisi, Diyaliz Tedavisi (Eds): Nissenson AR and Fine RN (Çeviri Ed): Ereğ E, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Ştd.

147. Schwarzer R, Fuchs R (1995) Self Efficacy and Health Behaviours, To appear in, Conner M, Norman P, Predicting Healthy Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham Open University Pres...http://userpage.fu-berlin.de/ru_ahahn/publicat/conner9.htm.

148. Shaughnessy M, Resnick B, Macko R. (2004) Reliability and Validity Testing Of The Short Self-Efficacy and Outcome Expectation For Exercise Scales In Stroke Survivors, Journal Of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 13(5);214–219.

149. Shaul M (1995) From Elderly Twinges To Mastery: The Process Of Adjustment In Living With Rheumatoid Arthritis, Arthritis Care and Research, 8; 290–297.

150. Sherer M, Maddux JE (1982) The Self Efficacy Scale Construction and Validation, Psychological Reports, 51: 663–671.

151. Sigurdardottir A (2005) Self-Care In Diabetes: Model Of Factors Affecting Self-Care, Journal Of Clinical Nursing 14(3);301–306.

152. Simons SJ (1990) The Health-Promoting Self-Care System Model: Direction For Nursing Research and Practice, J Advanced Nursing, 15(1):62-66.

153. Smeltzer S, Brenda B, Boyer M (2000) Brunner and Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing, 9th Edition, Lipincott-Raven Publishers, Newyork.

154. Snyder S, Pendergraph B (2005) Detection and Evaluation Of Chronic Kidney Disease, American Family Physician, 72(9);1723–1732.

155. Sol GMB (2005) Self Efficacy İn Patients With Clinical Manifestations Of Vascular Disease, Patient Euct. Couns. 61(3): 443- 448.
156. Song MR, Kim MJ, Lee IB, Shu MR (1999) A Study Of The Correlation Between Self-Efficacy and Self-Care İn Hemodialysis, J Korean Acad Nursing, 29(3): 563–575.
157. St. Clair A, & McKenry L. (1999). Preparing culturally competent practitioners. Journal of Nursing Education, 38(5), 228–234.
158. Sucuoğlu F (1997) SVH Geçiren Bireylere Uygulanan Kendine Bakım Eğitim Programının Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlık Düzeylerine Etkisi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
159. Taal E, Rasker J, Seydel E, Wiegman O (1993) Health Status Adherence With Health Recommendations Self-Efficacy And Social Support İn Patients With Rheumatoid Arthritis, Patient Education And Counseling, 20:63–76.
160. Taşçı S (1998) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara.
161. Thomee P et all (2005) A New İstrument For Measuring Self-Efficacy İn Patients With An Antrior Cruciate Ligament İnjury, Scandinavian Journal Of Medicine & Science İn Sports.
162. Torun S, Ovalı N (2003) Hemodiyaliz Hastalarında Beslenmenin Önemi, Çınar Dergisi, 9(2):38–42.
163. Tsay SL (2003) Self Efficacy Training For With End-Stage Renal Disease, Journal of Nursing Advenced Nursing, 43:421–429
164. Tsay SL, Healstead M (2002) Self-Care, Self-Efficacy, Depression, and Quality Of Life Among Patients Receiving Hemodialysis İn Taiwan, İnternational Journal Of Nursing Studies 39;245–251.

165. Tülek Z (2004) Multible Sklerozlu Hastanın Bakımı, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, Serenas Turizm Kongre ve Organizasyon Hizmetleri Ltd. Şti, Ankara.
166. Ülkü U (1996) Renal Replasman Tedavisine Giriş, Aktüel Tıp Dergisi, 2(4): 188–189.
167. nsal E, Kızılcı S (2006) Diyabetli Bireylerde Bilgi Düzeyi ve z Bakım Gücünün A1C Düzeyine Etkisi, 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, s:360, Antalya.
168. Vavasour BJ, Major A (1990) Clinical and Psychological Correlates Of Somatic Symtoms In Patient On Dialysis In Patients On Dialysis, Nefrology, 55: 10–15.
169. Vehbi Ko Vakfı SANERC Yayını, İstanbul.
170. Velioglu P (1999) HemŐirelikte Kavram ve Kuramlar, AlaŐ Ofset Matbaa, İstanbul.
171. Vural A (2001) Nefroloji, Deniz Matbacılık, 1. Baskı, İstanbul
172. Walker LM (2004) Relationship Between İlness Representation And Self- Efficacy, Journal Of Advanced Nursing 48(3); 216–225.
173. Wong WK. (2005) Effects Of Nurse- İnitiated Telephone Follow-Up On Self-Efficacy Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Journal Of Advanced Nursing 49(2);210–222.
174. www.saglik.gov.tr (EriŐim Tarihi:25 Ocak 2006).
175. Yeşilbalkan  (2001) Tip 2 Diabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki z Yeterlilikleri ve z Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
176. Yeşilbalkan , Karadakovan A, nal B (2005) Periton Diyalizi Hastalarının Genel z Yeterlilikleri, Nefroloji Hemşireliği, ss:39–44.

177. Yıldırım Y, Fadıllıoğlu  (2003) Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, ınar Dergisi 9(1);24–27.

178. Yıldız A, Pazar Toplantıları (V) Türk Nefroloji Derneği İstanbul Şubesi Eğitim Seminerleri.

179. Yılmaz C (2002) Kaşıntı, Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları, İntaş Matbacılık 100–102

180. Yılmaz M (2002) Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta ve Ailesinin Hastalıkla baş etmesinde Hemşirenin Rolü, ınar Dergisi, 8(2):29–35.

181. Yiğit S, Özşahin S, Eraslan S ve ark (2005) Merkezimizde Düzenli Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarımızın Sosyo Demografik Değişkenlere Göre Öz Bakım Bilinçlerinin Değerlendirilmesi, 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 14(1); 138.

182. Yurtsever S (1999) Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeni İle Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara.

183. Yurtsever S, Kuyurtar F (2005) Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk ve Öz Bakım, Nefroloji Hemşireliği, ss:26–32.

184. Yürüden B (1998) Akut Böbrek Yetmezliği ve Hemşirelik Yaklaşımları, Hemşirelik Bülteni 2(7), İstanbul.

185. Zimmerman B, Brown S, Bowman J (1996) A Self Management Program For Chronic Obsructive Pulmonary Disease: Relationship To Dyspnea and Self- Efficacy, Rehabilitation Nursing 21;253–257.

XI. EKLER

EK. 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hemodiyaliz Uygulanan Ünite:.....

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3- Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar

c) Ortaokul-Lise

b) İlkokul

d) Yüksekokul-Fakülte

4- Medeni durumunuz:

a) Evli

c) Dul

b) Bekar

5- Çocuğunuz var mı?

a) Var

b)Yok

c) Var ise sayısı.....

6- Yerleşim yeriniz:

a) Köy

c) Kent

b) Kasaba

7- Mesleğiniz:

a) Öğrenci

e) Serbest meslek

b) Memur

f) İşsiz

c) İşçi

g) Ev hanımı

d) Emekli

8- Çalışma durumunuz:

- a) Tam gün
- b) Yarım gün
- c) Hiç çalışamama
- d) Çalışmama nedeniniz.....

9- Gelir düzeyiniz?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

10- Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok
- c) Var ise.....

11- Birlikte yaşadığınız bireyler:

- a) Yalnız
- b) Diğer aile bireyleri ile (Açıklayınız.....)
- c) Diğer(Açıklayınız.....)

12- Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size kim/kimler yardım ediyor?

- a) Eşim ve çocuklarım
- b) Hiç kimse
- c) Annem ve kardeşlerim
- d) Eşim
- e) Çocuklarım
- f) Diğer.....

13- Hastalık süresi:...../Yıl

14- Hemodiyaliz uygulama süresi:...../Yıl

15- Hemodiyaliz uygulama sıklığı:

a) Haftada 2 kez

b) Haftada 3 kez

c) Haftada 4 kez

16- Başka bir kronik hastalığınız var mı?

a)Var

b)Yok

c)Var ise:.....

EK. 2.ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

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

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulam	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulam	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerimim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

TEŞEKKÜRLER

EK. 3.GENEL ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Tamamen Doğru Değil	Doğru Olması İmkansız	Orta Düzeyde Doğru	Tamamen Doğru
1-Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
2-Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim.				
3-Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yollar ararım				
4-Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5-Güç sorunların çözümünü gayret etsem her zaman başarırım.				
6-Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.				
7-Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halletmeye yönelik birçok fikirlerim vardır.				
8-Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9-Ani olaylarında hakkından gelebileceğimi sanıyorum.				
10-Her sorun için bir çözümlüm vardır.				