



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARININ
ÖZ BAKIM GÜCÜNÜ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

FATMA İLHAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL-2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

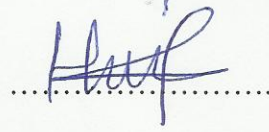
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma İLHAN tarafından hazırlanan "*Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :20.06.2011

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi/ HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi / SBYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

TEŞEKKÜR

Konunun belirlenmesinden itibaren, çalışmanın her aşamasında iyi niyeti ve sabrı ile yol gösteren, motive eden, bilgi ve deneyimleri ile destekleyen ve onurlandıran sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Hatice Yorulmaz' a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve destekleyen tüm katılımcılara,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nun değerli hocalarına,

Doğumumdan bugüne kadar beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, eğitimimin her aşamasında da verdikleri destekle hep yanımda olmaya devam eden sevgili annem Zeynep İlhan, babam Hüseyin İlhan ve kardeşim İlhami İlhan başta olmak üzere tüm yakınlarıma,

Arkadaşlarıma,

Saygı, sevgi ve teőekkürlerimi sunarım...

Fatma İlhan

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar ve Simgeler	VI
IV. Grafik ve Tabloların Listesi	VII
Grafiklerin Listesi	VII
Tabloların Listesi	VII
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	6
4.1.Kronik Böbrek Yetmezliği	6
4.1.2 İnsidans	7
4.1.3 Etiyoloji	7
4.1.4 Evreleme	7
4.1.4.1. Hastalık Evreleri Hemşirelik Planı ve Hasta Bakımı	8
4.1.5 Klinik	10
4.1.5.1. Kronik Böbrek Hastalıkları Klinik Özellikleri	11
4.1.6. Tedavi Yöntemleri	12
4.2. Diyaliz	13
4.2.1. Akut Hemodiyaliz	14
4.2.2. Kronik Hemodiyaliz	14
4.2.3. Hemodiyaliz Komplikasyonları	14
4.2.3.1 Akut Hemodiyaliz Komplikasyonları	15
4.2.3.2. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları	21
4.3. Periton Diyalizi	25
4.3.1. Periton Diyalizi Endikasyonları	26
4.3.2. Periton Diyalizinin Komplikasyonları	26
4.4. Renal Tranplantasyon	26
4.4.1. Renal Transplantasyon Endikasyonları	27
4.4.2. Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları	27
4.4.3. Relatif Kontrendikasyonlar	27

4.4.4. Transplantasyon Komplikasyonları	27
4.5. Hemodiyaliz Hastası Ve Özellikleri	28
4.5.1. Diyalize Bağlı Kayıplar	30
4.5.2. Psikolojik Özellikler	31
4.6. Öz Bakım Gücü	33
4.6.1. Hemşirelik ve Öz Bakım	35
4.6.2. Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı ve Önemi	37
4.6.2.1. Hemşirelik Tanıları	39
5. Gereç Ve Yöntem	41
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	41
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	41
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	41
5.4. Veri Toplama Araçları	41
5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	41
5.4.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	42
5.4.3. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği	42
5.5. Araştırmanın Etik Yönü	42
5.6. İstatistiksel Analiz	43
5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	43
5.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	43
6. Bulgular	44
6.1 Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	44
6.2. Hemodiyaliz Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	49
6.3. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları	51
6.3.1 Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları	52
6.4. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği İlişkin Bulguları	54
6.5. Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları	56
6.6. Hemodiyaliz hastalarında; Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları	57

7.Tartışma	58
8.Sonuç ve Öneriler	63
9.Kaynaklar	66
10.Ekler	79
Ek-1. Tanıtıcı Anket Formu	79
Ek-2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	80
Ek-3. Hastaların Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği	82
Ek-4.Özel Gazi Osman Paşa Hastanesi	83
Ek-5.Sultançifliği Özel Şifa Diyaliz Merkezi	84
Ek-6.Bağcılar Özel Şifa Diyaliz Merkezi	85
11.Özgeçmiş	86

III. Simgeler Ve Kısaltmalar

ACEİ	: Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörleri
AKÖ	: Albümin-Kreatin Ölçümü
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
CCPD	: Sürekli Devirli Periton Diyalizi
CMV	: Citomegali Virüs
DM	: Diabetes Mellitus
GFH	: Glomeruler Filtrasyon Hızı
GİS	: Gastro-İntestinal Sistem
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MI	: Miyokart İnfarktüsü
NHANES	: Uluslar Arası Sağlık ve Beslenme Raporu
NKF-DOQI	: National Kidney Foundation- The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
PKM	: Polikistik Böbrek Hastalığı
PKÖ	: Protein-Kreatin Ölçümü
PTH	: Paratiroid Hormonu
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

IV. Grafik ve Tabloların Listesi

SAYFA

Grafiklerin Listesi

Grafik 6.1. Katılımcıların Cinsiyet değişkenine göre dağılımı	46
Grafik 6.2. Katılımcıların Yaş Değişkenine göre dağılımı	46
Grafik 6.3. : Katılımcıların Medeni Durumlarına göre dağılımı	47
Grafik 6.4. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine göre dağılımı	47
Grafik 6.5. Katılımcıların Mesleklerine göre dağılımı	48
Grafik 6.6. Katılımcıların Gelir Düzeylerine göre dağılımı	48

Tabloların Listesi

Tablo 4.1. SDBY'nin Nedenleri	7
Tablo 4.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin “Kidney Disease Outcome Quality Initiative DOQI) Kriterlerine Göre Sınıflandırılması	8
Tablo 4.1.3. Hemodiyaliz Tercih Edileceği Durumlar	13
Tablo 4.2.1. Kronik Diyaliz Tedavisine Başlamak İçin Mutlak Endikasyonlar	13
Tablo 6.1 Hemodiyaliz Hastalarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler	44
Tablo 6.2. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri	45
Tablo 6.3. Hemodiyaliz Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	49
Tablo 6.4. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları	51

Tablo 6.5. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları	52
Tablo 6.6. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği İlişkin Bulguları	54
Tablo 6.7. Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları	56
Tablo 6.8. Hemodiyaliz hastalarında; Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları	57

1. ÖZET

Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik, hastalığa ilişkin özellikleri ve hemşirelik bakımını algılayışlarının öz bakım gücüne olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma İstanbul ilinde yer alan üç özel diyaliz merkezinde 154 hasta ile kesitsel olarak gerçekleştirildi. Veri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve ‘Hastaların Hemşirelik Bakımını Algısı Ölçeği’ uygulanarak toplandı. İstatistiksel analizde; Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey HDS Analizi, t test, Kruskal Wallis test, Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı.

Hastaların yaş ortalaması 50.56 ± 15.13 idi. Örneklem grubunun % 55.8’ ini kadınlar oluşturdu. Genel olarak; erkek hastaların, 60 ve üzeri yaş grubundakilerin, bekar olanların, okur-yazar olmayanların, sosyo-ekonomik durumu kötü olanların, psikolojik destek almayanların, hastalıklarıyla ilgili bilgisi olmayanların, tedavinin kısmen yeterli olduğunu düşünen hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden düşük puan aldığı tespit edildi ($p > 0.05$).

Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 96.72 ± 16.11 , Hastaların Hemşirelik Bakım algısından aldıkları ortalama puan 71.70 ± 7.33 olarak belirlenmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon analizi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. ($p > 0.05$)

Sonuç olarak; sağlık eğitiminin uygulayıcısı olan hemşirelerin, öz bakım ve bunları etkileyen faktörler hakkında bilgilendirilmesi ve hasta ilişkileri konusunda eğitim alması önerilmektedir. Bunun yanı sıra aldıkları eğitimleri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmesi adına etkin planlamalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öz bakım gücü, hemodiyaliz, hemşirelik bakımını algısı.

2. SUMMARY

THE SELF-CARE AGENCY AND AFFECTING FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

This research was conducted to determine the affecting factors of patients' socio-demographic, disease-related characteristics and perceptions of nursing care on self care agency. This cross-sectional study was performed on 154 patients at three hemodialysis centers in İstanbul. Data were collected by using "Introductory Information Form", "Self-Care Agency Scale" and "Patients' Perception Scale of Nursing Care". For the statistical analysis: One-Way ANOVA, Tukey HDS Analysis, t-test, Kruskal-Wallis test and Pearson Correlation Analysis were used.

The average age of the patients was 50.56 ± 15.13 and %55.8 were female. Generally, it was found that the patients who were men, over 60 years, unlettered, having poor socio-economic status, not receiving psychological support, not having information about disease, considering the treatment sufficient scored a low point from "Self-Care Agency Scale" ($p > 0.05$).

The average scores of the patients were 96.72 ± 16.11 from "Self-Care Agency Scale" and 71.70 ± 7.33 from "Patients' Perception Scale of Nursing Care". There was no significant relation between the scales as a result of correlation analysis ($p > 0.05$).

As a result of this study, it is recommended to organize education programs about self-care agency and patient relations for nurses who are health education practitioners. In addition effective plans should be done for nursing education to implement the training.

Key Words: Self-Care Agency, Hemodialysis, Perception of nursing care

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Hemşireliğin temel sorumluluğu; bireye, aileye ve topluma sağlık ya da hastalık durumlarında yardım etmeyi kapsar (Biol, Akdemir, Bedük 1997).

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).

Tüm dünyada olduğu gibi yurdumuzda da terminal üremi ile sonlanan kronik böbrek yetmezliği hastaları oldukça fazladır. Kronik ve terminal böbrek yetmezliği olan

hastaların yaşayabilmeleri için diyaliz ya da transplantasyon yapılması gerekmektedir (Koçer 2006).

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).

SDBY (son dönem böbrek yetmezliği) gibi kronik bir hastalığa sahip olma ve düzenli diyaliz tedavisine devam etme, hastanın yaşamını fiziksel ve psikososyal boyutta etkilemektedir (Kuzeyli, Fadiloğlu 2005).

Hemodiyaliz gibi bir uygulama kişi için bir yaşam krizi ve yeni bir yaşam deneyimidir. Bu kriz döneminde hemodiyalize alınan hastanın, yeni yaşam tarzına uyumunu sağlamasına yardım edecek kişi hemşiredir. Böylesi bir dönemde hastaya yardımcı olmak amacını güden hemşire, hasta ve ailesini kapsayan bir bakım planı hazırlar (İnan 1988).

Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Bir erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır (Marriner 1986; Velioğlu 1999). Orem’e göre öz bakım gücü “sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik, öz bakım davranışlarını düzenleme, öz bakımla ilgili özel konularla ilgilenme, anlama ve kavrama; düzenlenen etkinlikleri gözleme, bilgiyi kullanma, karar verme, başarmaya yönelik insan yetenekleri” olarak

tanımlanmıştır. Öz bakım gücünün bu tanımında da belirtildiği gibi, bireylerin öz-bakım başarısını etkileyen faktörler, onların öz bakım güçleridir. Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi için bazı özelliklere sahip olmalıdır. Bunlar; kendine dikkat etme, karar verirken öz bakım anlayışı içinde yargılama, güdüleme, öz-bakım kararını verme ve uygulama, eylemlerini sıraya koyma, eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlamadır. Birey bu özelliklere sahip olduğu takdirde öz-bakım gücü yeterli olup gereksinimlerini karşılayabilir, sağlığının sorumluluğunu alabilir, başkalarına bağımlı kalmaz. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi için öz-bakım gücünün geliştirilmesi önemlidir (Kuğuoğlu 1995; Orem 1995; Düzöz 2005). Bu nedenle hemşirelik bakımı hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarının artırılması ve öz-bakım gücünün geliştirilmesine olanak verecek davranışları üzerine odaklanmalıdır.

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).

Bu çalışma ile elde edilecek sonuçların; KBY tanısı alan hastaların tedavisine uyumda ve bakımın etkinliğinin arttırılmasında önemli bir yeri olan öz bakım gücüne

etkisinin belirlenmesi ve uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından algılanışı konusunda daha sonra yapılacak araştırmalar için yönlendirici olması açısından faydalı olacağı düşünölmektedir.

KBY tanısı almış ve hemodiyaliz uygulanan hastaların öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

KBY, glomerular filtrasyon hızında (GFH) azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır. Üremi; KBY'nin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta KBY ile eş anlamda kullanılmaktadır (Yalçın, Akpolat 2007). Böbrek yetmezliği olan bir olguda 3 ay veya daha uzun süren azotemi, renal osteodistrofi, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde çeşitli silendirler ve radyolojik incelemelerde bilateral küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir (Akoğlu, Süleymanlar 2003). KBY'de temeldeki böbrek hastalığı ne olursa olsun histolojik incelemede glomerüler skleroz, ekstrasellüler matriks artışı, periglomerüler ve interstisiyel fibrozis, tübüler atrofi gözlenir; bu durum primer hastalıktan bağımsız olarak ilerleyici böbrek hasarında ortak mekanizmaların rol aldığını düşöndürmektedir. İlerleyici böbrek hasarı, glomerüler hiperfiltrasyon ve hipertansiyon, hızlanmış lokal ateroskleroz, hipertrofi ve büyüme faktörleri ile açıklanmaya çalışılmıştır. Sistemik ve glomerüler hipertansiyon, proteinüri, hiperlipidemi, diyetle yüksek fosfor ve protein alınması, glomerül içi pıhtılaşma ve interstisiyel nefrit varlığı KBY'nin ilerlemesine katkıda bulunan faktörlerdir (Yalçın, Akpolat 2007).

4.1.2. İnsidans:

Türkiye’de SDBY ile ilgili en sağlıklı veriler Türkiye Nefroloji Derneği (TND) tarafından düzenlenmiştir. TND kayıtlarına göre 2006 yılı sonu itibariyle Türkiye’de 33950 hasta HD tedavisi ile yaşamını sürdürmektedir. 2006 yılı içinde düzenli HD programına dahil edilen hasta sayısı 11583’dir (Türk Nefroloji Derneği 2006).

4.1.3. Etiyoloji:

KBY birçok nedenle gelişebilir; bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Genel olarak en sık görülen nedenler arasında kronik glomerülonefrit, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), polikistik böbrek hastalığı (PKB), obstrüktif üropati ve interstisiyel nefritler yer almaktadır (Nadir, Topçu, Gültekin, Yöner 2002).

Tablo 4.1. SDBY’nin Nedenleri

NEDEN	%
1. Diyabetes mellitus	23.7
2. Hipertansiyon	22.9
3. Kronik glomerülonefrit	8.7
4. Ürolojik hastalıklar	6.2
5. Polikistik böbrek hastalığı	5.8
6. Piyelonefrit	4.7
7. Amiloidoz	2.2
8. Renal vasküler hastalık	1.0
9. Diğer nedenler	5.2
10. Bilinmeyen	17.8
11. Bilgi yok	1.7

(Türk Nefroloji Derneği Register 2006)

4.1.4. Evreleme

National Kidney Foundation’ın belirlediği “Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) kriterlerine göre bir sınıflandırma önerilmektedir.

Tablo 4.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin “Kidney Disease Outcome Quality Initiative DOQI Kriterlerine Göre Sınıflandırılması

Evre	Tanım	GFH(ml/dk/1.73m ²)
1	Normal veya artmış	GFH ≥90
2	Hafif düşük GFH	60-89
3	Orta derecede düşük GFH	30-59
4	Ağır derecede düşük GFH	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

(Winearls 2003)

K/DOQI: Kidney/Dialysis Outcome Quality Initiative fonksiyonel olarak kronik böbrek yetmezliğini (KBY) beş evreye ayırmıştır (Winearls 2003).

Evre 1: Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı (anormal idrar bulguları ve böbrekte histolojik değişiklikler). GFH 90 ml/dk./1.73m²'nin üzerindedir.

Evre 2: GFH'ında hafif azalma vardır. GFH 60-89 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 3: GFH'ında orta derecede azalma vardır. GFH 30-59 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 4: GFH'ında ileri derecede azalma vardır. GFH 15-29 ml/dk./1.73m² arasındadır.

Evre 5: Son dönem böbrek yetmezliği. GFH 15 ml/dk./1.73m² değerinin altındadır.

4.1.4.1. Hastalık Evreleri Hemşirelik Planı ve Hasta Bakımı

Evre 1:

- KBY tanımlanır ve uygun tedavi seçeneği sunulur.
- Kardiyovasküler risk faktörleri belirlenir, çünkü GFH hızlı bir bozulma olur
- Kan basıncı ölçümlerinde dikkatli olunmalıdır.
- Glikoz kontrolünün iyi ayarlanması
- Kilo takibi ve uygun kilo planlaması
- Kolesterol seviyesi ölçülmeli
- Yıllık GFH ölçülmeli
- Eğer stikle ölçümde protein varsa Yıllık idrarda PKÖ (protein-kreatin ölçüm), AKÖ (albumin kreatin ölçüm)

Evre 2:

- 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 GFH ölçülmeli
- İlaç tedavisine uyumları sağlanmalı

Evre 3:

- Kan basıncı iyi kontrol edilmeli
- 6 ayda bir GFH ölçülmeli
- 6 ayda bir Hb, Ca, P ve K kontrolü yapılmalı
- Eğer GFH’da hızlı bir düşme, mikroskopide hematüri varsa, tansiyon kontrol edilemiyorsa, idrarda PKÖ 45 mg/mmol ve AKÖ >30 mg/mmol ise rutin olarak nefroloji servisine gidilmeli
- Tekrarlayan grip ve pnömoni önlenmeli
- Bütün ilaçları gözden geçirilmeli uygun doz ayarlanmalı
- Nefrotoksik ilaçlara karşı uyarılmalı. Ör: Nonsterid ve antiinflamatuvar ilaçlar
- Malnütrisyonu önleyen diyet önerilmeli
- Psikolojik destek sağlanmalı
- Hastalar renal replasman tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeli

Evre 4:

- 3 ayda bir GFH ölçülmeli
- 3 ayda bir evre 3’deki kan ölçümlerine ek olarak bikarbonat ve paratiroid hormonu (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:

- Evre 4'tekiler aynen yapılır
 - Renal replasman tedavisine başlanmalı ve dikkatli tedavi yaklaşımı sağlanmalı
 - Malnitrüsyon önlenmeli
 - Genel sağlık ve iyilik hali sağlanıp, korunmalı.
- (Redmond, McClelland 2006)

4.1.5. Klinik

Hastaların klinik semptom ve bulguları, böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkili olmaktadır. GFH 35–50 ml/dk'nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilmektedir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizlik olup GFH 20–25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlamakta, 5–10 ml/dk'nın altına inince SDBY'den bahsedilmekte ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine (RRT) ihtiyaç göstermektedirler (Yalçın, Akpolat 2007).

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).

4.1.5.1. Kronik Böbrek Hastalıkları Klinik Özellikleri

(Yalçın, Akpolat 2007, Akoğlu, Süleymanlar 2003, Erek 2005)

Sıvı Elektrolit Bozuklukları

Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi görülebilir.

Sinir Sistemi

Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, menengizm, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozuklukları olabilir.

Gastrointestinal Sistem

Hıçkırık, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes...), intestinal obstruksiyon, perforasyon, asit görülebilir.

Hematoloji-Immünoloji

Normokrom normositer anemi, hipokrom mikrositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, hücresel ve humoral immünitede bozulma, hemorajik diyatez (trombositopeni, trombosit adezyon kusuru, plazma koagülasyon faktörleri inhibasyonu, trombosit faktör III eksikliği, kapiller geçirgenliğin artması) görülebilir.

Kardiyovasküler Sistem

Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı, konjestif kalp yetmezliği (KKY) görülebilir.

Pulmoner Sistem

Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem görülebilir.

Cilt

Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, kirli toprak sarısı cilt, cilt kuruluğu, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz görülebilir.

Metabolik-Endokrin Sistem

Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme ve gelişme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi, troid fonksiyon bozukluğu görülebilir.

Kemik

Üremik kemik hastalığı, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit, amiloidoz (β_2 mikroglobin) görülebilir.

Diğer

Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri görülebilir.

4.1.6. Tedavi Yöntemleri

KBY'li hastalarda ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir, ağır bir klinik tablo ortaya çıkar (Ülkü 1996). SDKBY renal replasman tedavisinden birisi başlanmazsa hastayı hızla ölüme götürebilen bir hastalıktır. Renal replasman tedavileri hemodiyaliz ve kronik ayaktan periton diyalizi ve renal transplantasyon'dur (Selçuk 1999) .

Tablo 4.1.3. Hemodiyalizin Tercih Edileceği Durumlar

1. Abdominal herni, fistül	4. Hijyen sorunu
2. Geçirilmiş karın ameliyatı	5. Demans
3. Ostomiler	6. Ciddi fiziksel sınırlılıklar (körlük gibi)

4.2. DİYALİZ

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).

Tablo 4.2.1. Kronik Diyaliz Tedavisine Başlamak İçin Mutlak Endikasyonlar

1. Perikardit
2. Ensefalopati
3. İlerleyici nöropati
4. Tıbbi tedaviye dirençli sıvı fazlalığı
5. Tıbbi tedaviye dirençli şiddetli hipertansiyon
6. Üremiye bağlı kanama eğilimi
7. Tedaviye dirençli kusma
8. 12 mg/dl üzerinde serum kreatinini ve 100 mg/dl üzerinde BUN değerleri

(El Nahas 2005)

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).

4.2.1. 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, diyaliz tipi kullanılacak diyaliz solüsyonunun birleşimi diyaliz solüsyonu akım hızı, ultrafiltrasyon miktarı ve antikoagülasyon şekli belirlenmelidir. İlk diyalizde hasta 2 saat hemodiyalizde tutulur.

4.2.2. 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.

4.2.3. Hemodiyaliz Komplikasyonları

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

4.2.3.1. Akut Hemodiyaliz Komplikasyonları

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 ekstrekorporéal 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 hastalardan 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 hematokrit 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).

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, Mentеш 1998). Ateşi çıkan tüm hemodiyaliz hastalarında kan kültürleri alınmalıdır (Akpolat 2000).

Hava Embolisi: Nadir görülür.5ml'den fazla hava verilmesi 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, Mentеш 1998, Vural 2001). Perkütan olarak ventriküle verilen havanın aspirasyonu denenebilir (Akpolat 2000).

Kanamalar: Sürekli hemodiyaliz tedavisi görenlerde gastrointestinal sistem (GİS) ve supdural hematoma 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, Mentеш 1998) .

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 dakika 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, Mentş 1998).

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 antikoagölan 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).

Diyaliz Disequilibrium (Dengesizlik) Sendromu

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

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

Önlemek İçin: Yüksek üreli hastalarda üre birden düşürülmemelidir. Diyaliz sıvısına tuz ilave edilmelidir. Birden uzun diyaliz yerine, başlangıçta kısa süreli ve sık sık diyaliz tercih edilmelidir. 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 kaçınılmalıdır, 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).

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).

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).

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 nitrogliserin 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 2.0 meq/l'nin altında olması da aritmilere eğilimi artırmakta olup, 3.0 meq/l potasyum içeren diyalizat kullanılmasının 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 dijitale 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).

Hipoksi: Hemodiyaliz 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 biyouyumluluğu 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 biyouyumlu membran seçilmesi ve alkalozaya yol açmayacak düzeyde bikarbonat içeren diyalizatların kullanılması önerilir (Bergman 1994, Lazarus 1996, Vural 2001).

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

Diyalizör Reaksiyonları: Bu reaksiyonlar ilk kullanım sendromu 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 anjiyotensin konvertan 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 steril 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, biyouyumlu membran seçimi yarar sağlayabilir. Genellikle diyalize devam edilebilir ve ilk saatin sonunda belirtiler düzelebilir (Jacobsan 1995, Lazarus 1996).

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 aiest olabilir.

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

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).

4.2.3.2. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

Hipertansiyon: Diyaliz hatalarının %80-90'nında 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 kan basıncı yükselir.

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

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). Hemodiyaliz tedavisi esnasında ortaya çıkan angina pektorisin tedavisinde, nazal oksijen verilmeli ve varsa hipotansiyon düzeltilmelidir. Hemodiyaliz tedavisi esnasında tekrarlayan angina pektorisi olan hastalarda diyaliz öncesi %2'lik nitrogliserinli krem veya patch (parça, yama) yapıştırılabilir, oral nitratlar, beta blokerleri veya kalsiyum antagonistleri (tercihen diltzem) 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 miyokart enfarktüsü (MI) geçiren hemodiyaliz hastalarında, hemodiyaliz esnasında hemodinamik açıdan dengesizlik oluşabileceği düşünülerek periton diyalizi yapılmalıdır. Periton diyalizi yapılamıyorsa hemodiyaliz 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 ilişkili Perikardit: Düzenli diyaliz tedavisi uygulanmayan hastalarda görülen perikardittir. Bu hastalarda kronik hemodiyaliz 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. Ayrıca 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 henodiyaliz yapılmalıdır. Yoğun diyaliz tedavisi ile kontrol altına alınmayan veya kardiyak tamponad gelişme riski olan hastalarda cerrahi drenaj yapılmalıdır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların veya intraperikardiyal kortikosteroid uygulamasının perikardiyal sıvı üzerine bir yararı gösterilmemiştir. Ancak nonsteroid antiinflamatuvar 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 hemodiyaliz 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, hipofosfatem, 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).

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, stupor yer almaktadır (Akyol 2005).

Kemik Eklem Bozuklukları: Bu durum Ca ve fosfor metabolizması değişiklikleri sonucu olur. Diyaliz hastalarında fosfor böbrek yolu ile atılmadığı için P düzeyi yükselir. Ayrıca diyetle alınan fosfor da kan fosfat düzeyini yükseltir. Serum fosfor düzeyinin artması, Ca miktarını 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).

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

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

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).

Nörolojik Komplikasyonlar: Alüminyum nörotoksitesisi, üremik periferik nöropati enfeksiyonlar, hepatitler, HIV'dir.

4.3. PERİTON DİYALİZİ

Periton boşluğuna doldurulan diyalizatın birkaç saatlik bir dengeleme süresinden sonra yenisi ile değiştirildiği basit bir yöntemdir. Peritonun sıvı ve solüt transport karakteristikleri endojen bir diyaliz membranı olarak kullanılır. Ya sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) ya da sürekli devirli periton diyalizi (CCPD) olarak yapılabilir. Silastik bir kateter karın duvarının değişik bölgelerine cerrahi, laparoskopik veya perkütan teknik kullanılarak yerleştirilir ve periton kavitesine giriş sağlanır.

Hastalar kendi diyaliz işlemlerini yapmak için eğitilirler. Tipik olarak 1500 ve 3000 ml arasında özel bir periton diyaliz sıvısı yerçekiminin başlattığı akış ile karın boşluğu içine damla damla verilerek periton diyalizi gerçekleştirilir. Sıvının karında belli bir süre kalmasına izin verilir, sonra sıvı çekilir ve atılır (Alpaslan 2005).

4.3.1. Periton Diyalizi Endikasyonları

- Hemodiyalize uygun olmama,
- Yaşın çok küçük ya da çok büyük olması,
- Kardiovasküler hastalık,
- Damar yolu sorunu,
- Heparin kontrendikasyonu (örn: perikardit),
- Hemodiyalizi tolere edemeyenler,
- Diyabetik retinopati,
- Skleroderma (Koşar, Biricik 2006)

4.3.2. Periton Diyalizinin Komplikasyonları

- Peritonit (en sık komplikasyon),
- Kateter blokajı,
- Hiperglisemi, hipertrigliseridemi,
- Obesite, ateroskleroz gelişiminde artış,
- Diyabetiklerde kan şekeri regülasyonunun zorlaşması,
- Protein ve aminoasit deplesyonu,
- Bazal atelettazi, plevral efüzyon,
- Herni, ileus (konstipasyon) (Koşar , Biricik 2006)

4.4. RENAL TRANSPLANTASYON

Böbrek transplantasyonu renal replasman tedavi biçimlerinden biridir ve hemodiyaliz ya da periton diyalizi transplantasyondan önce, esnasında ve sonrasında sıklıkla gerekir. Başarılı transplantasyon SDBY tedavisinde en tatminkar yaklaşımdır (Andreoli, Carpenter, Griggs, Loscalzo 2002).

4.4.1. Renal Transplantasyon Endikasyonları

- Hipertansif kronik böbrek yetmezliği (en sık neden >%75),
- Diabetes mellitusa bağlı kronik böbrek yetmezliği,
- Glomerulonefrite bağlı kronik böbrek yetmezliği (Koşar, Biricik 2006).

4.4.2. Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları

- Reversibl böbrek tutulumu,
- Destekleyici tedavi ile yaşamın sürdürülebilmesi,
- Donör dokusuna sensitizasyon,
- Aktif glomerulonefrit,
- Aktif infeksiyon,
- Majör ekstrarenal komplikasyonlar (Koşar, Biricik 2006).

4.4.3. Relatif Kontrendikasyonlar

- Vezikoüreteral anomaliler,
- İleri yaş,
- Psikiyatrik problemler,
- İliofemoral arter hastalığı,
- Okzalozis (Koşar, Biricik 2006).

4.4.4. Transplantasyon Komplikasyonları

- Rejeksiyon,
- CMV (citomegalo virus) pnömonisi (Koşar, Biricik 2006).

4.5. HEMODİYALİZ HASTASI VE ÖZELLİKLERİ

Hemodiyaliz tedavisinde amaç, hastaların kaybolan böbrek fonksiyonlarını olabildiğince yerine koymanın yanı sıra, yaşam kalitesinin optimal düzeye getirilmesini de sağlamaktır. Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hem hastalık sürecini, hem tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Kuruma ve makineye bağımlı olmanın dışında tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur.

Bu nedenle hastalar içe kapanma, izolasyon ve en önemlisi umutsuzluk duygusunu yoğun yaşarlar. Umutsuzluk; hastalık sonucu ortaya çıkan inaktiviteye, izolasyona, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye neden olabilir. Hastalarda duygu ve inanç kaybı ve negatif düşünceler, kendi bakımlarını, yaşamsal fonksiyonlarını yeterince yerine getirememe, pasiflik gibi davranışlarla karakterizedir (Karadeniz, Altıparmak, Muslu, Marul 2005). Hemodiyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorununda eşlik ettiği görülmektedir. Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorun alanları şunlardır:

- Haftada 3 gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi.
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması.
- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması.
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi.
- Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın azalması.
- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi.

- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü (Küçük 2005).

Ağır fiziksel ve psikolojik stres etkenlerinin altında kalan hastalar, çoğu zaman kaygı yaşayabilmektedir. Ayrıca, kronik bir hastalığın ve düzenli diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı bu zorluklar hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz olarak etkilemekte ve yaşam doyumunu azaltmaktadır (Kuzeyli, Fadiloğlu 2005).

Sıklıkla belirtilen spesifik stres kaynakları, maddi ve sosyal ilişkilerin kaybı veya kayıp tehlikesi, fiziksel sağlık ve aktivite kısıtlamaları, beden fonksiyonu kaybı ve bozulmuş beden imajı, artmış bağımlılık ve ölüm tehlikesi, aile içinde rollerin değişmesi, iş fonksiyonu ve ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal aktivitelere azalmış katılımı içermektedir (Küçük 2005).

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşam sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Diğer birçok hastalıkta ara tatil dönemleri vardır. Abram, hastaların diyalize uyum sürecini dört aşamalı olarak değerlendirmiştir. İlk dönem, diyalize başlamadan önceki dönemdir (üremik dönem) (Küçük 2005, Karakoç 2001). Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk halsizlik ve zihinsel çökkünlük içindedirler (Küçük 2005). İkinci dönem, diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygusu ve düşüncesinin geliştiği sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir (Küçük 2005).

Yaşama dönüş evresi olarak da tanımlanan üçüncü dönem ise diyaliz uygulamasına başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı, ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği dönemdir (Küçük 2005).

Hasta bağımlılığının farkına varır. Makineden kurtulma isteği, üzüntü, yardımsızlık, çaresizlik, ümitsizlik duygularının hakim olduğu ve hemodiyaliz ekibiyle sorunların belirginleştiği dönemdir (depresyon dönemi) (Karakoç 2001).

Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir. Normale dönüşün yaşandığı dördüncü ve son dönem ise, ölümden kurtuluşun gerçekleştiği, ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Hasta makineye alışmıştır; hastalığın, tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Sürekli olarak haftada 3 kez diyalize girdikleri ve ilaçların yanında sıkı bir diyet uygulamak zorunda olduklarından dolayı birçok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün değildir. Bu bağımlılık makineye olduğu kadar, tedavi ve bakım ekibi için de söz konusudur (Küçük 2005).

Diyaliz hastaları kronik böbrek hastası oldukları için diğer kronik hastaların gösterdikleri bazı özellikleri gösterirler. Bunun dışında kendilerine özgü bazı özellikleri vardır (Petrie 1989, Cimilli 2003).

4.5.1. Diyalize Bağlı Kayıplar

- Fiziksel İşlev Kaybı: Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmeye birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Hastada KBY'nin bazı belirtileri devam eder (özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Buna diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler eklenir. Tüm bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur (Karakoç 2001, Cimilli 2003).
- Ekonomik Güvence Kaybı: Ailede bir kişinin diyaliz programına girmesi çoğu kez bir ekonomik yıkım oluşturmaktadır (Cimilli 2003). Hasta bireyin iş gücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir (Karakoç 2001, Cimilli 2003). Diyaliz başlı başına bir mesai oluşturduğundan hasta bireyden çalışması beklenmemelidir (Cimilli 2003). Hasta erkekse bazen karısı çalışmaya başlamakta, hasta kadınsa

kocası diyaliz nedeniyle işini aksatmaktadır (Karakoç 2001, Cimilli 2003). Bu da ekonomik kayıpları arttırmaktadır (Cimilli 2003).

- Aile Düzeni Bozulması: Diyaliz hastalarının eşleri üzerinde yapılan araştırmalar eşlerin hastaya psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir. Diyalizin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, dost ve akrabaların da arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Aile bireylerinin başlangıçta böbrek vermeye gönüllü iken giderek vazgeçmeleri sık görülmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır. Diyaliz hastalarının eşlerinin hastalara olumsuz duygular geliştirmelerinin önemli bir nedeni de hastaların cinsel işlev kayıplarıdır (Cimilli 2003).

4.5.2. Psikolojik Özellikler

Tüm bu kayıplar diyaliz hastalarında kendilerine özgü bir takım uyum bozukluklarına neden olmaktadır. Bu bozukluklar kişiden kişiye önemli ölçüde değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır (Petrie 1989, Cimilli 2003).

Bağımlılık-Bağımsızlık Çatışması: Hiçbir kronik hasta diyaliz hastaları kadar kuruma bağlı değildir. Kemoterapi hastalarında bile zaman zaman tedaviye ara verilmektedir.

Bu süreçte diyaliz hastaları aynı anda birbirine zıt iki mesaj alırlar:

- Bir makineye bağımlı olan, diyetine dikkat etmesi, hastalığın ve tedavisinin yan etkilerini (özellikler halsizlik uykuya eğilim) kabul etmesi gereken bir hastadır.
- Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir. Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder:
- Bazıları çatışmanın iki yönünde de yaşarlar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız).
- Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşır.

- Bağımlılıktan korkanlar ise hastalığa ve tedaviye isyan ederler.

Genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemezler. Bu hastalarda sağlık personeli önerilerine uymama sık görülür. Özellikle diyet ve ilaçlara uymama, negativizm, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık gibi belirtiler gösterirler.

Yaşam-Ölüm Çatışması: Diyaliz hastaları ölüm düşüncesinden çok, uzamış yaşamın sorunları ile meşguldürler. Kalp hastalarından farklı olarak ölüm korkusundan çok gerektiğinden fazla yaşama korkusu vardır. Uzamış yaşamın, uzamış ölüme dönüşmesinden endişe ederler. Genellikle yaşam güçleri ağır basar ve hasta komplikasyonlarla birlikte yaşamaya alışır. Ancak çekilen acılar alınan zevkin ötesine geçerse kendine zarar vermeye yönelik eylemler (örn. intihar) başlayabilir.

İnkar Eğilimi: En önemli belirtisi hastaların diyalizi geçici bir tedavi olarak düşünmeleridir. Birçok hasta bir süre sonra iyileşeceğini düşünür. Bu inkar çoğu kez sanrıya benzer. Ortadan kaldırılmak istense de kolayca kaldırılamaz. İnkârın, genellikle hastanın mücadele gücünü artırdığı düşünülür. Ancak Devins ve arkadaşları inkar mekanizmasını en fazla kullanan hastalarda ortalama yaşam süresinin daha kısa olduğunu bulmuşlar. Bazı gözlemlere göre inkar ortadan kalkarsa bu ani olmakta ve intiharla sonuçlanan depresyonlara yol açmaktadır. Bazen inkar o kadar şiddetlidir ki; hasta, hasta olduğunu kabul etmediğinden tedaviyi reddeder (psikotik inkar).

Beden İmgesi Bozuklukları: Birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak ya da bedenini makinenin bir uzantısı olarak görür. Sıklıkla makineye insani özellikler atfeder. Onunla konuşur, ona öfkelenir. Ancak bu algılar çoğu kez bilinç dışıdır (Cimilli 2003).

KBY’de hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığının kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık “hastalığın girişiliği (illness intrusiveness)” kavramıyla özetlenmektedir. Anlamı, değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanması, böylelikle

ödüllendirici deneyimlerin sınırlanması ve yaşam niteliğinin düşmesidir (Özçürümez, Tanrıverdi, Zileli 2003).

4.6. 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 (Simsons 1990, Nahçıvan 1993, Orem 1996, Rice 1995, Alexander 1999, Velioğlu 1999, Haursebourg 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 ise, 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, Fadiloğlu 2002).

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

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

1971’de bireylerin öz bakım gereksinimlerini açıklayan 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).

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).

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).

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

4.6.1. 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.

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

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

Destekleyici Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir ancak bu aktiviteleri başarısında 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, Velioğlu 1999, Kara 2000, Balcı 2003).

Bireyin öz bakım gereksinimlerini yeterince karşılayamaması, nöromüsküler ya da bilişsel fonksiyonda bozulma ile bağlantılı görülebilir.

Örneğin epilepsi hastalarında öz bakım gereksinimlerinin büyük ölçüde karşılanamadığı görülmüştür. Dilorio ve ark.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 ark. 2000 yaptığı araştırmaya göre solunum güçlüğü çeken hastalar solunum sıkıntısı ile baş edebilmek için, birden fazla yastık kullandıklarını, ailelerinden yardım alabildiklerini bildirmişlerdir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) 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).

4.6.2. Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı ve Önemi

Hemodiyaliz sırasında hasta bakımı şunları içermektedir:

- Hemodiyaliz öncesi hazırlık,
- Hemodiyalizi başlatma,
- Hemodiyaliz sırasında hastanın takip edilmesi,
- Hemodiyalizin sonlandırılması,
- Hemodiyaliz sonrası gözlem (Kıyak 2000).

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalığın eşliğindeki uzamış yaşam hem hasta, hem de ailesi için bazı kısıtlamalara ve zorluklara neden olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde kısıtlamalara yol açan hastalıkların en önemlilerinden biridir (Aydemir, Kasım, Cebeci, Göka, Tüzer 2002). Bu nedenle kronik böbrek yetmezliği hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır (Özçürümez, Tanrıverdi, Zileli 2003).

Hastaların diyalize uyum sağlamaları diyaliz ünitesinin yönetim tarzı ile çok yakından ilişkilidir. Örneğin tedavi ekibine psikolojik destek sağlanan ünitelerden hastaların daha iyi uyum yaptıkları gösterilmiştir. İdeal bir diyaliz ünitesinde kadrolu eleman olarak hekim (nefrolog), hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog ve teknisyenin bulunması gerekir. Tedavi ekibi içinde hastalarla en fazla yüz yüze ilişki içinde olanlar hemşirelerdir (Cimilli 2003).

Günümüzde toplumun her kesiminden kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve sosyal sağlık gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını planlayan, örgütleyen, bu planı uygulamaya koyan ve sistematik bir biçimde değerlendiren bir süreç ve bir sağlık disiplini olarak tanımlanan hemşirelik; hemodiyaliz, yoğun bakım gibi özel birimlerde, birime özgü uzmanlık alanını kapsayan çağdaş bir rolü de içermektedir. Bu çağdaş rolü gereği hemşire, yukarıda sözü edilen süreç kapsamını geliştirerek hemodiyaliz birimine özgü bilgi ve becerileri ile hasta ve ailesinin sağlık sorunlarını önleme, var olanları çözümlenme ve hafifletmeye yardımcı olur (İnan 1988). Bu nedenle hemodiyalizin başarısında, hemodiyaliz tekniğinin yeri her ne kadar birincil faktör olarak belirlense de hemodiyalize bağımlı hastaların var olan ve gelişebilecek sorunları çözümlenecek, hastanın hastalığı ile yaşama uyumunu sağlayacak hemşirelik bakımının önemi ve yeri de yadsınmaz (İnan 1988).

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda çeşitli ruhsal sorunların varlığı gösterilmiştir. Bunlar anksiyete, umutsuzluk, depresyon, uyku ve uyum bozukluğu olarak sıralanabilir. Bu sorunlar hastanın yaşam kalitesini bozmakta ve kötüleştirilmektedir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum almaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hasta eğitimi profesyonel hemşirenin sorumluluğudur. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Bir hemodiyaliz ünitesi düşünüldüğünde, hasta ile iç içe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir (Eşit, Karadeniz 2006).

Sağlık sisteminin büyük bir bölümünü oluşturan hemşirelik hizmetleri hasta ve yakınlarının bakım beklentilerini bireysel gereksinimleri doğrultusunda profesyonellik ilkeleri çerçevesinde karşılar. Beklenti ve gereksinimlerin karşılanması bireyin kendini önemli hissetmesine yol açar ve tedaviye uyumunu kolaylaştırır. Bu uyumun sağlanmasında algılanan memnuniyet önemlidir (Eşit, Karadeniz 2006).

Birçok kurumda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda da toplam kalite yönetimine geçiş günümüzde zorunluluk haline gelmiştir. Toplam kalite yönetimi felsefesine göre, performans değerlendirmesinin yapılmasında önemli bir ölçüt hasta ve yakınlarının memnuniyetidir (Eşit, Karadeniz 2006). Kaliteli bir bakım verilmesi ve bakım kalitesinin ölçülmesi, günümüzün hızla değişen sağlık bakım ortamlarında önem taşıyan bir durumdur. Sağlık kurumlarında hasta merkezli bakım ve hasta-bakım verici ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte hasta bireyin beklentilerinin karşılanması da öncelik kazanmıştır.

Hasta bireyler hastaneye bakımları ile ilgili çeşitli beklentilerle gelirler ve beklentilerinin karşılanma düzeyi yalnızca bakım kalitesi ile ilgili algılamalarını değil, kurumun ve bir bütün olarak sağlık sisteminin kalitesi ile ilgili algılamalarını da etkiler. Hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir dengeleyicisidir (Değirmenci 2006). Birincil görevi bireyin bakımına, bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek olan ve bireyleri bütüncül olarak ele alan hemşireler, hastalığa bağlı ortaya çıkabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde ve bu sorunlara yapılabilecek girişimlerde etkin rol oynayabilecek sağlık personeli konumundadır (Algier, Abbasoğlu, Hakverdioğlu, Ökdem, Göçer 2005).

4.6.2.1. Hemşirelik Tanıları

Hemodiyaliz 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 Boşaltımında Değişim: Diyare
11. Düşünce Sürecinde Bozulma
12. Elektrolit Dengesizliği
13. Enfeksiyon Riski
14. Evdeki Sorumluluklarını Sürdürmede Yetersizlik
15. Fistül ve Shent 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

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile öz bakım gücünü etkileyen faktörleri incelemek amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan üç özel Diyaliz Merkezine başvuran KBY tanısı almış hastalarla gerçekleştirildi. Araştırma verileri 01.01.2010 – 01.03.2010 tarihleri arasında toplandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; 01.01.2010 – 01.03.2010 tarihleri arasında üç özel Diyaliz Merkezine başvuran 600 KBY hastası, örneklem grubunu ise; kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmayı kabul eden 154 KBY hastası oluşturmuştu. Örneklem büyüklüğü %90 güven aralığında yeterli bulundu.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı bilgi formu” (Ek-1) “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (Ek-2) ve “Hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği”(Ek-3) ile toplandı.

5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, KBY hastalarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, tanı konma süresi, tedavi süresi, akrabalarında benzer hastalık görülmesi, hastalıkla ilgili eğitim, hastalıkla ilgili eğitimi aldıkları sağlık personeli, hastalıkla ilgili bilginin yeterliliği , psikolojik yardım alma durumu, ek hastalık bulunması durumunu içeren sorulardan oluştu.

5.4.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Öz Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde Nahçıvan (1993,2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Bireylerin öz bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanan ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0' dan 4' e kadar puanlanmış olup, 5' li likert tip ölçek üzerinde olguların yanıtına göre 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür, maksimum puan 140'tır. En yüksek, öz bakım gücünün en büyük derecesini gösterir. Puan değeri arttıkça hastaların öz-bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır. Çalışmada Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı ise; 0,81 olarak bulundu.

5.4.3. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği Dozier ve ark. (2001) tarafından 2001 yılında Amerika'da geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği İpek Çoban ve Kaşıkçı (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Hastalardan ölçekte yer alan 15 ifadeye “katılıyorum=1”, “biraz katılıyorum= 2”, “kararsızım=3”, “katılmıyorum=4” ve “kesinlikle katılmıyorum= 5” seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Böylece ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Puan yükseldikçe memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Çalışmada Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı; 0,91 olarak bulundu.

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın belirlenen Diyaliz Merkezlerinde uygulanması için, Araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile Diyaliz Merkezlerinin

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü' ne başvuruldu. Gereken izin ve onaylar alındıktan sonra veri toplama sürecine başlandı. Diyaliz Merkezlerine başvuran KBY hastalarına araştırmanın amacı anlatılmış ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplanmıştır.

5.6. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, minimum ve maksimum) yanı sıra, ölçek puanının sorulara ilişkin değerlendirmelerinde; Tek Yönlü Varyans Analizi, farklılığa neden olan grubun tespitinde, Tukey HDS Analizi ve Kruskal Walls kullanıldı. İki grup içeren değerlendirmelerde ise t test kullanıldı.

Analiz sonuçları, anlamlılık en düşük $p<0,05$, en yüksek $p<0,0001$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Erişkin olmak, KBY tanısından en az bir yıl geçirmiş olmak ve zihinsel yeterliliğe sahip olmaktır.

5.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın bulguları ve kullanılan ölçeklerin güvenilirliği, örneklem grubunda yer alan hastaların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Tanıtıcı bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması için yaklaşık olarak 20 dakika süre ayarlanmış, ancak belirlenen sürenin soru sayısının fazla olması ve hastaların kişisel bazı soruları yanıtlamaktan çekinmeleri nedeniyle uzaması araştırmanın zorlukları olarak düşünülebilir.

6. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları “Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile hastalık değişkenleri, Öz Bakım Gücü ve Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarını” içermektedir.

6.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bilgiler

Tablo 6.1 Hemodiyaliz Hastalarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler(N:154)

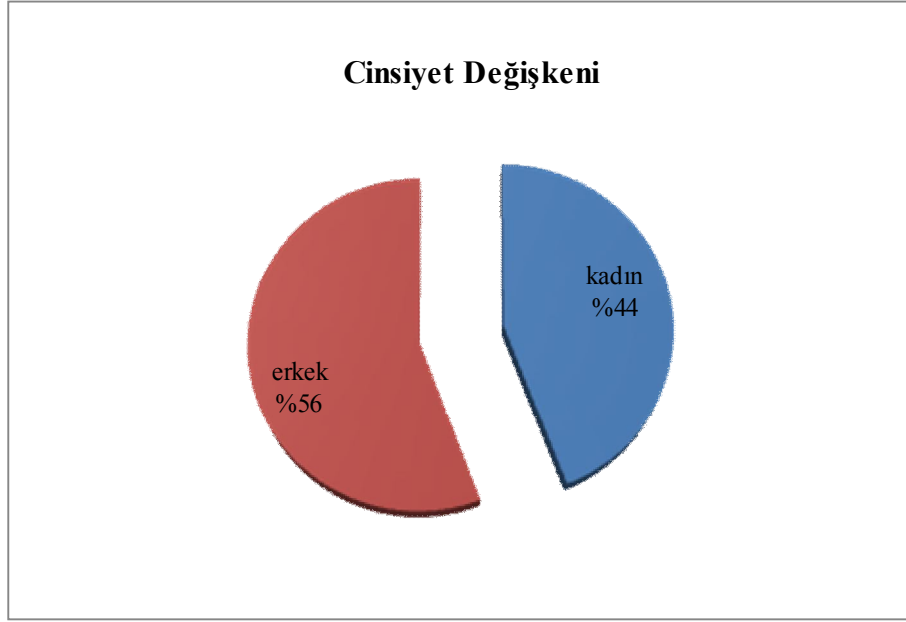
Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En küçük değer	En büyük değer
Yaş	50.56	15.13	18	87

Tablo 6.1’de görüldüğü gibi; Hemodiyaliz hastalarında örneklem grubunun yaş değişkeni için yapılan tanımlayıcı istatistikler tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre; diyaliz hastalarında örneklem grubunun yaş ortalaması 50.56, standart sapması 15.13, en küçük değer 18, en büyük değer 87 olarak bulundu.

Tablo 6.2 Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri (N:154)

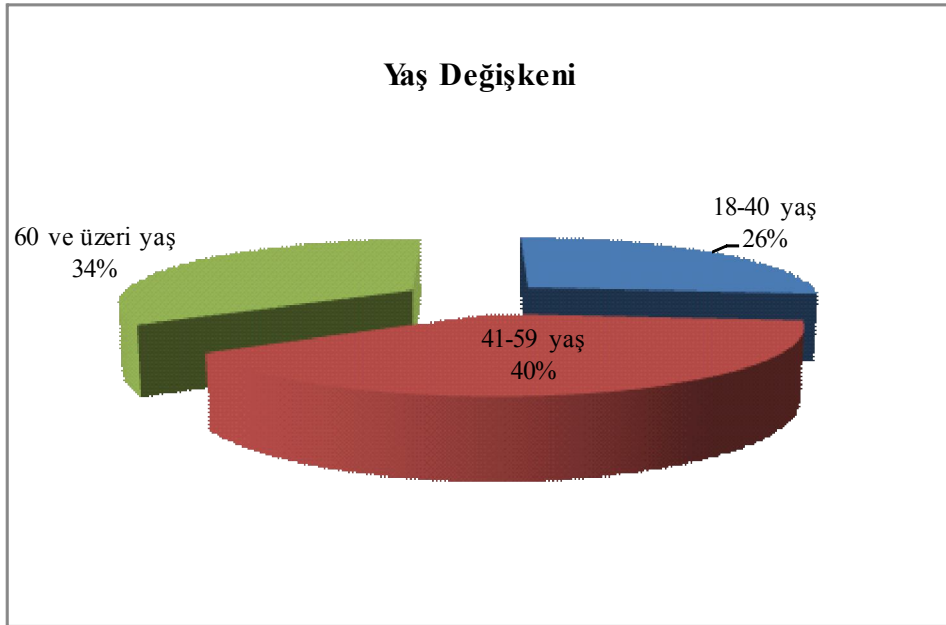
Değişken	Değişken kategorileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Yaş	18-40	41	26.6
	41-59	61	39.6
	60 ve üzeri	52	33.8
Cinsiyet	Kadın	86	55.8
	Erkek	68	44.2
Medeni durum	Evli	106	68.8
	Bekar	48	31.2
Eğitim durumu	Okur-yazar olmayan	21	13.6
	İlköğretim	96	62.3
	Lise	30	19.5
	Lisans ve lisansüstü	7	4.5
Çalışma durumu	Çalışan	25	16.2
	Çalışmayan	129	83.8
Meslek	Ev hanımı	49	31.8
	Öğrenci	16	10.4
	Serbest	30	19.5
	İşçi	35	22.7
	Memur	9	5.8
	Esnaf	15	9.7
Sosyo-ekonomik durum	Kötü	32	20.8
	Orta	92	59.7
	İyi	30	19.5

Tablo 6.2’de diyaliz hastalarının cinsiyet değişkenine göre; % 44.2’si kadın, %55.8’i erkekler oluşturdu.



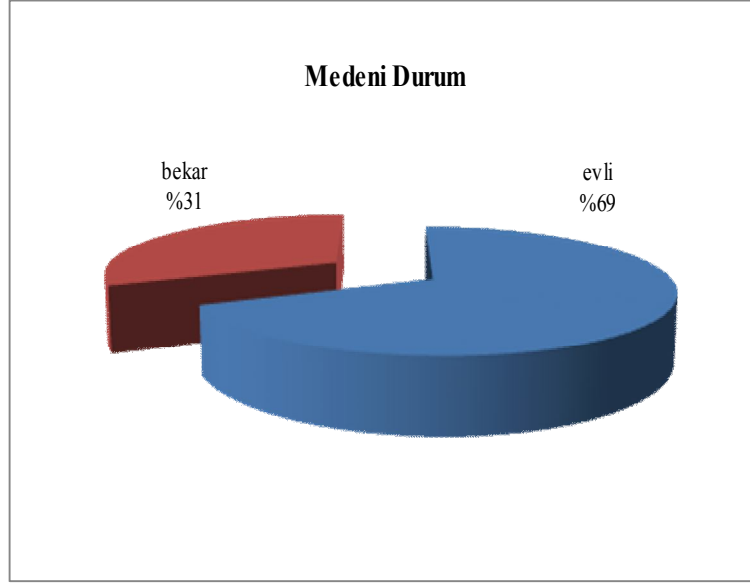
Grafik 6.1. Katılımcıların Cinsiyet değişkenine göre dağılımı

Tablo 6.2’de Diyaliz hastalarının yaş değişkenine göre; %26.6’sı 18-40 yaş, %39.6’sı 41-59 yaş, %33.8’i 60 yaş ve üstü arası grupta olduğu saptandı.



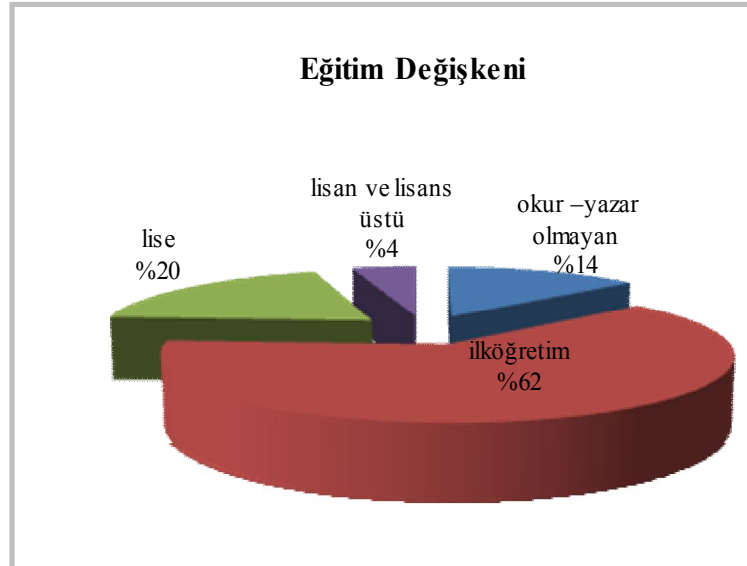
Grafik 6.2. Katılımcıların Yaş Değişkenine göre dağılımı

Tablo 6.2’de Hemodiyaliz hastaları medeni durum değişkenine göre; %68.8’i evli, %31.2’si bekar grubunda olduğu saptandı.



Grafik 6.3. : Katılımcıların Medeni Durumlarına göre dağılımı

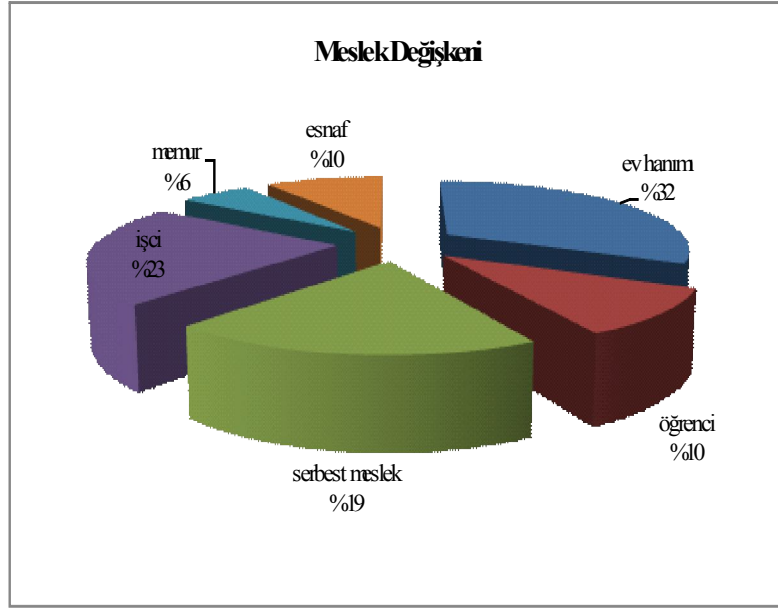
Tablo 6.2’de Diyaliz hastalarının eğitim durumu değişkenine göre; %13.6’sı okur – yazar olmayan, %62.3’ü ilköğretim, %19.5’i lise, %4.5’i lisans ve lisansüstü grubunda yer aldığı saptandı.



Grafik 6.4. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine göre dağılımı

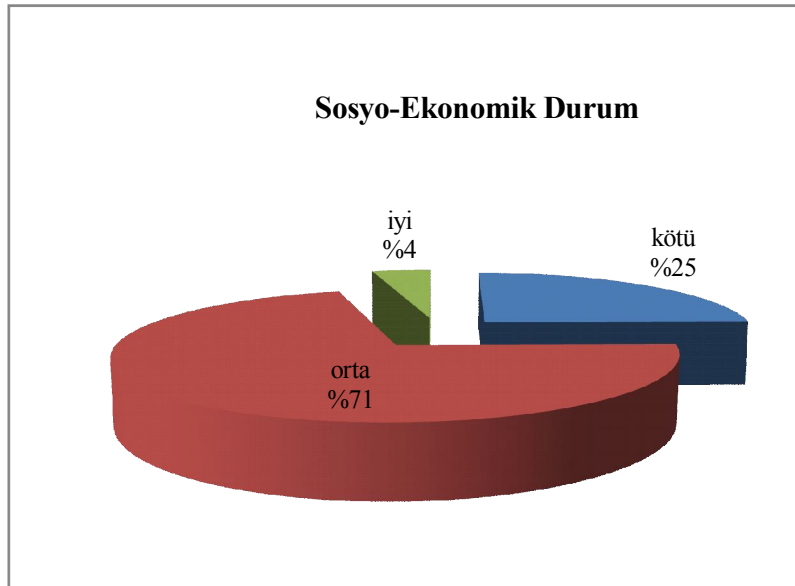
Diyaliz hastalarının kronik böbrek yetmezliği sonrası çalışma durumuna göre; örneklem grubunun %16.2'si çalışan, %83.8'i çalışmayan grubunda yer aldığı saptandı.

Tablo 6.2'ye göre Diyaliz hastalarının meslek değişkenine göre; %31.8'i ev hanımı, %10.4'ü öğrenci, %19.5'i serbest meslek, %22.7'si işçi, %5.8'i memur, %9.7'si esnaf grubunda yer aldığı saptandı.



Grafik 6.5. Katılımcıların Mesleklerine göre dağılımı

Tablo 6.2'ye göre Diyaliz hastalarının gelir düzeyi değişkenine göre; %20.8'ü kötü, %59.7'si orta, %19.5'i iyi düzeyde olduğu saptandı



Grafik 6.6. Katılımcıların Gelir Düzeylerine göre dağılımı

6.2. Hemodiyaliz Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler

Tablo 6.3. Hemodiyaliz Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler N:(154)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Tanı belirleme zamanı	12-24 ay	26	16.9
	25-60 ay	50	32.5
	61-120 ay	46	29.9
	121 ay ve üzeri	32	20.8
Tedavi görme süresi	12-24 ay	50	32.5
	25-60 ay	44	28.6
	61-120 ay	42	27.7
	121 ay ve üzeri	18	11.7
Yakınında benzer hastalığı olan	Evet	35	22.7
	Hayır	119	77.3
Eğitim alma durumu	Evet	110	71.4
	Hayır	44	28.6
Eğitimi aldığı sağlık elemanı	Hiç Bilgi almayan	46	29.9
	Doktor	66	42.9
	Hemşire	9	5.8
	Doktor-hemşire	33	21.4
Bilgi Düzeyi	Tamamen	90	58.4
	Az miktarda	57	37.0
	Hiç bilgim yok	7	4.5
Alınan tedavinin yeterliliğini düşünme durumu	Yeterli	98	63.6
	Kısmen	46	29.9
	Yeterli değil	10	6.5
Psikolojik Destek alma durumu	Evet	56	36.4
	Hayır	98	63.6
Ek Hastalık Durumu	Evet	89	57.8
	Hayır	65	42.2

Tablo 6.3'te Hemodiyaliz hastalarının tanı belirleme zamanı değişkenine göre; %16.9'u 12-24 ay arasında, %32.5'i 25-60 ay arasında %29.9'u 61-120 ay arasında %20.8'i 121 ay ve üzeri grupta yer aldığı saptandı.

Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme süresi değişkenine göre; %32.5'i 12-24 ay arasında, %28.6'i 25-60 ay arasında, %27.2'u 61-120 ay arasında, %11.7'i 121 ay ve üzeri grupta yer aldığı saptandı.

Hemodiyaliz hastalarının herhangi bir yakınında benzer hastalığı olma durumu değişkenine göre; %77.3'ünde benzer hastalık olmadığı, %22.7' sinde ise benzer hastalık olma durumu saptandı.

Hemodiyaliz hastalarının hastalığı hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre; %71.4' ünün eğitim aldığı, %28.6' sının eğitim almadığını ifade ettikleri belirlendi.

Hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkında eğitim aldıkları sağlık elemanı değişkenine göre; %29.6'sının bilgi almadıkları, %42.9'unun doktor, %5.8'i hemşire ve %21.4'ü doktor-hemşireden eğitim aldığı saptandı.

Hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkında sahip olunan bilgi değişkenine göre; % 58.4'ü yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu , %37.0'ı az miktarda bilgi sahibi olduğunu ,%4.5'i hiç bilgisinin olmadığını düşünen grupta yer aldığı belirlendi.

Hemodiyaliz hastalarının aldıkları tedavilerin yeterliliği değişkenine göre; %63.6'sı yeterli, %29.9'u kısmen yeterli, %6.5'i yetersiz olduğunu belirten grupta yer aldığı saptandı.

Hemodiyaliz hastalarının psikolojik yardım alma durumlarına göre; %36.4'ünün yardım aldığı, %63.6'sının yardım almadığı belirlendi.

Hemodiyaliz hastalarında KBY dışında ek hastalık değişkenine göre; % 57.8'inin başka bir hastalığının olduğu, % 42.2'sinin başka bir hastalığının olmadığı belirlendi.

6.3. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 6.4. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları (N=154)

İlişkin Bulgular	Sayı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Min	Max
Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplamı	154	96.72	16.11	50	131

Tablo 6.4'de göre; Hemodiyaliz hastalarının Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı 50 ile 131 arasında değişmekte olup ortalama puan 96.72 ± 16.11 olarak saptandı.

6.3.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 6.5. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları (N=154)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Ortalama (Medyan)	Standart Sapma	Test Değ.; p	Grup İçi karşılaştırmalar
Yaş	18-40	41	97.48	17.35	F:6.916 p:0.001**	1-2 ;p:0.419
	41-59	61	101.44	13.89		1-3; p:0.088
	60 ve üzeri	52	90.59	15.82		2-3; p:0.001**
Cinsiyet	Kadın	86	99.55	16.26	t:2.493	p:0.014*
	Erkek	68	93.14	15.30		
Eğitim	Okur- yazar olmayan	21	90.23	16.13	Kw:26.67 p:0,001***	1-2 ;p:0.26
	İlköğretim	96	94.22	15.60		1-3; p:0.004*
	Lise ³	30	103.46	11.73		1-4 p:0.0001***
	Lisans ve üstü	7	121.57	6.29		2-3;p:0.007
Medeni Durum	Evli	106	99.44	14.66	t:3.20	p=0,002**
	Bekar	48	90.72	17.66		
Meslek	Ev hanımı	49	93.02	13.51	F:2.136	p:0,064
	Çalışmayan	16	95.00	17.13		
	Serbest meslek	30	100.83	16.84		
	İşçi	35	96.34	15.95		
	Memur	9	109.33	11.41		
	Esnaf	15	95.80	20.64		
Ekonomik Durum	Kötü	32	97.59	16.63	F:3.84 p:0,024*	1-2 p:0,559
	Orta	92	94.25	15.13		1-3 p:0.321
	İyi	30	103.40	17.02		2-3 p:0.018*

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

t: student t test

KW: Kruskal

Wallis test *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tablo 6.5'e göre Hemodiyaliz hastalarının yaş değişkeni ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.05$). Gözlemlenen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını test etmek için homojen varyans altında Tukey testi uygulanmıştır. Test sonuçları değerlendirildiğinde Öz Bakım Gücü Ölçeği ortalamasında anlamlı fark saptanmıştır. 41-59 yaş grubunun 60 yaş ve üzeri hastalara göre öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması yüksek bulundu ($p<0.05$).

Öz Bakım Gücü Ölçeğine göre puan bakımından cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması erkeklerin ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Eğitim düzeylerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.001$). Gözlemlenen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını test etmek için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Test sonuçları değerlendirildiğinde Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması en yüksek grubun lise mezunları olduğu bulundu ($p<0.001$). Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu hastaların en düşük Öz Bakım Gücü Ölçeği puanına sahip olduğu saptandı.

Hastaların medeni durumuna göre Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<0.001$). Evli hastaların Öz Bakım Gücü ortalaması, bekar hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.001$). meslek grupları arasında Öz Bakım Gücü Ölçeğine göre anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

Sosyo-ekonomik durum düzeyleri arasında Öz Bakım Gücü Ölçeğine göre anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.05$). Gözlemlenen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını test etmek için Tukey çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Test sonuçları değerlendirildiğinde Öz Bakım Gücü ortalaması en yüksek olan grubun sosyoekonomik statüsü iyi olan grup olduğu saptandı ($p<0.05$). Sosyo-ekonomik durumu orta düzeyde olan hastaların öz bakım gücü ortalaması iyi statüde olanlardan daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Sosyo-ekonomik düzeyi kötü düzeyde olan hastalarla iyi ve orta düzeyde olanlar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

6.4. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği İlişkin Bulguları

Tablo 6.6. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği İlişkin Bulguları (N=154)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Test Değ.; p	Grup İçi Karşılaştırmalar	
KBY Tanısı Alma Süresi	1 2-24 ay	26	100.92	16.00	F:0.983	p:0.403	
	25-60 ay	50	94.28	17.24			
	61-120 ay	46	96.65	15.86			
	121 ay ve üzeri	32	97.25	14.66			
Hemodiyaliz Tedavi Süresi	12-24 ay	50	96.88	18.13	F:0.231	p:0.875	
	25-60 ay	45	97.14	15.83			
	61-120 ay	41	98.88	14.53			
	121 ay ve üzeri	18	96.72	15.27			
Çalışma durumu	Çalışan	25	101.24	16.39	t:1.53	p:0.127	
	Çalışmayan	129	95.85	15.97			
Hastalık Hakkında Eğitim Alma	Evet	110	97.42	16.56	t:0.851	p=0.396	
	Hayır	44	94.97	14.88			
Tedavinin Yeterliliği	Evet	98	99.09	14.80	F:4.57	1-2 p:0.011*	
	Kısmen	46	90.86	18.12		p:0.012*	1-3 p:0.961
	Hayır	10	100.50	12.65			2-3 p:0.189

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Test Değ.; P	Grup İçi Karşılaştırmalar
Hastalık Hakkındaki Bilgiyi aldığı sağlık personeli	Bilgi almayanlar	44	94.77	14.88	Kw:3.82	p:0.28
	Doktor	68	99.33	15.70		
	Hemşire	9	96.11	11.93		
	Doktor-Hemşire	33	93.84	19.09		
Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyi	Tamamen	90	100.51	15.20	Kw:12.44 p:0.002**	1-2 p:0.003**
	Kısmen	57	92.18	15.86		1-3 p:0.002*
	Hiç yok	7	85.00	16.54		2-3 p:0.24
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	56	100.23	14.31	t:2.06	p:0.041*
	Hayır	98	94.72	16.80		
Ek Hastalık Durumu	Evet	89	95.16	17.90	t:1.409	p:0.161
	Hayır	65	98.86	13.12		

F= Tek Yönlü Varyans Analizi
Wallis test *p<0.05

t: student t test
**p<0.001

KW: Kruskal

Tablo 6.6'da Hemodiyaliz hastalarının KBY tanısı alma sürelerine göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Hemodiyaliz hastalarının tedavi alma sürelerine göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Hemodiyaliz hastalarının çalışma durumu değişkenine göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkında aldıkları eğitim ve eğitimi aldıkları sağlık personeline göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkındaki bilgi düzeylerine göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna bakıldığında ise tamamen yeterli olduğunu düşünenler ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0.001$). Hemodiyaliz hastalarının Psikolojik yardım alma durumlarına göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0.05$). Hemodiyaliz hastalarının KBY dışında farklı bir hastalığa sahip olma durumuna göre; Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$).

6.5. Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 6.7. Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları N:(154)

	Sayı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Min	Max
Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği Toplamı	154	71.70	7.33	24	75

Tablo 6.7'ye göre; Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğine toplam puanı 25 ile 75 arasında değişmekte olup ortalama puan 71.70 ± 7.33 olarak saptandı.

6.6. Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 6.8. Hemodiyaliz hastalarında; Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları N:(154)

	Öz Bakım Gücü Ölçeği	Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği
Öz Bakım Gücü Ölçeği	1	0.07
Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği	0.07	1

(r:0.072) Pearson korelasyon katsayısı (p>0.05)

Tablo 6.8'e göre; Hemodiyaliz Hastalarının Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında korelasyon analizi sonucunda anlamlı istatistiksel fark olmadığı saptandı (p>0.05).

7. TARTIŞMA

Örnekleme grubuna alınan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü puan ortalaması 96.72 ± 16.11 olarak saptanmıştır (tablo 6.4). Bu da yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Akyol ve Karadakovan (2002) yaptıkları çalışmada hemodiyalize giren hastalarda öz bakım gücü puanını ortalamanın üzerinde saptamışlardır. Dağ (2007), Ünsar ve ark.(2006) , Oğuzöncül ve ark. (2004) Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü değerlendirmesi ile ilgili yaptıkları çalışmalarda öz bakım gücü puanını orta düzeyde saptamışlardır. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların makinaya bağımlı bir yaşam sürdürmek zorunda olmaları nedeniyle öz bakım güçlerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

41-59 yaş grubu hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının 60 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (tablo 6.5). Kıyak (2002) çalışmasında 38-47 yaş grubunda, Taşçı (1998) çalışmasında 35-54 yaş grubunda öz bakım gücü puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Yurtsever (2005) hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça öz bakım gücünün arttığını saptamıştır. Horsburgh (1999) ise kronik böbrek yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada genç hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu saptamıştır. Dağ (2007) öz bakım gücü değerlendirmesinde yaş grupları arasındaki farkı önemsiz bulmuştur. Akyol ve Karadakovan (2001) , Oğuzöncül ve ark.(2004) , Ünsar ve ark.(2006) yaptıkları çalışmalarda hemodiyalize giren hastalarda öz bakım gücü puan ortalamasında yaş değişkenine göre anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır. Nahçıvan (1993) ile Tsay (2002) hemodiyaliz uygulanan bireylerle ilgili çalışmalarında, yaşın öz bakım gücü üzerinde etkili olmadığını saptamışlardır. Yaşlı bireylerdeki fiziksel güç sınırlılıkları, algıda seçicilik, hastalığın komplikasyonları gibi sebeplerden öz bakım gücünde yaş ilerledikçe yetersizliğe neden olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada kadın hastaların öz bakım gücünün erkek hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 6.5). Aylaz ve Erci (2009), Karabulutlu ve Tan (2005) diyaliz uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmalarda kadınların öz bakım gücü puan ortalaması erkeklerinkinden daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Mollaoğlu (2005) hemodiyaliz Uygulanan erkek hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptamıştır. Ünsar ve ark.(2006), Karabulut ve Tan (2005) yaptıkları çalışmalarda erkeklerin öz bakım gücü puan ortalamasını daha yüksek olduğunu saptamışlardır. (Ören ve ark.2000, Yurtsever ve Kuyurtay

2005, Akyol ve Karadakovan 2002) ise çalışmalarında cinsiyetin öz bakım gücünü etkilemediğini saptamışlardır. Kadınların bakım yetilerinin erkeklere oranla daha iyi olmasından dolayı öz bakım güçlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada lise, lisans ve lisansüstü eğitim alan hastaların okur-yazar olmayan bireylere göre aralarındaki fark daha yüksek olduğu (tablo 6.5). Bu sonuç doğrultusunda çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça, öz bakım gücünün arttığı saptanmıştır. Kıyak ve Ergüney (2002) ve Taşçı'nın (1998) çalışmalarında yüksekokul mezunlarının öz bakım gücü ortalamasını yüksek olarak saptamışlardır. Bakoğlu ve ark.(2009) periton diyalizi uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ilkokul olanların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Dağ (2007), Yurtsever (2005), Ageborg (2005) ve Yiğit (2005) yapılan çalışmalarda hemodiyaliz uygulanan hastalarda eğitim durumu artıkça öz bakım gücünün arttığını belirtmişlerdir. 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. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler sağlık problemleri ile baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça bilgiye kolay ulaşma, edinilen bilgilerin uygulanması ve hastaların kendi sağlıklarına olan ilgilerin artması, maddi olanakların ve sosyo-ekonomik durumun daha iyi olması nedeni ile öz bakım yeteneğinin iyi olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada evli hastaların öz bakım gücü puanı bekar hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır(tablo 6.5). Taşçı (1998) ise evli ve dul olanların, bekâr hastalara göre öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kıyak (2002), Ageborg(2005) ve Yiğit (2005) hemodiyaliz hastalarında, yaptıkları çalışmada evli hastaların öz bakım gücünü bekar hastalara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Mollaoğlu (2003), Yıldırım (2003), Mollaoğlu (2005), Yurtsever (2005), Ovayolu (2005), Dağ (2007) yapılan diğer benzer çalışmalarda ise, medeni durum ve öz bakım gücü arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hastaların eşlerinden bakımları konusunda destek görmeleri, öz bakım güçlerinin daha olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Yapılan çalışmada sosyo-ekonomik düzeyleri orta ve iyi olan hastaların öz bakım gücü daha yüksek olarak saptanmıştır(tablo 6.). Buna göre gelir düzeyi arttıkça bireylerin öz bakım gücü düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Dağ (2007), Taşçı (1998), Ören ve ark. (2000), Kıyak (2002), Acaray (2003) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların öz bakım gücü

aylık gelir ile doğru orantılı arttığı saptanmıştır. Yeşilbalkan (2005) ve Ünsar (2007) çalışmalarında gelir durumunun, öz bakım gücünü etkilemediğini saptamışlardır. Gelir durumu iyi olan bireylerin maddi stresörlerinin olmaması, sağlık kurumlarına daha rahat gidebilmeleri, gelir durumu düşük olan bireylerin ise yaşadıkları maddi sorunların, hastalıklarına uyumlarını ve hastalıkları ile baş etme yöntemlerini, dolayısıyla öz bakım ve genel durumu etkilediği düşünülebilir.

Hastaların çalışma durumuna göre öz bakım güçlerinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır(tablo 6.5). Yurtsever (2005) çalışma durumunun öz bakım gücünü etkilemediğini saptamıştır. Taşçı (1998), Kıyak (2002), Mollaoğlu (2005), Yeşilbalkan (2005), Dağ (2007) yaptıkları benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlarda çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Hastaların genelde fiziksel durumları ve makinaya bağlı bir yaşam sürdürmeleri nedeni ile sürekli bir işte çalışma olanaklarının olmadığı söylenebilir.

Hemodiyaliz hastalarının tanı alma zamanı, diyalize girme süresi ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür(tablo 6.6). Akyol ve Karadakovan (2002)'in hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada hastalık süresinin öz bakım gücünü etkilemediği belirtilmiştir. Karabulutlu ve Tan(2005) diyalize başlama süresi arttıkça öz bakım gücü ortalamasında artış gösterdiğini belirlemişlerdir. Yiğit (2005) hastalık süresi arttıkça öz bakım gücünün arttığını saptamıştır. Taşçı (1998) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada hastalık süresi ilerledikçe öz bakım gücünün arttığını saptamıştır. Kaye (1993) diyalize yeni başlayan 60 yaş ve üzeri yaşındaki bireylerin 60 yaşından genç bireylere göre daha az stres yaşadıkları belirtmiştir. Niechizal ve ark(1997) diyalize girme süresinin yaşam kalitesini düşürdüğünü tespit etmişlerdir. Mingardi (1999) ileri yaşın hemodiyaliz hastaları için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Owen (1998) diyaliz hastalarında mortalite artışının hasta yaşındaki artış ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu belirten hastalar ile az ve hiç bilgi sahibi olmadıklarını belirten hastalara göre öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür(tablo 6.6). Hastalık hakkındaki bilgi düzeylerine göre; öz bakım güçlerinin tamamen yeterli olduğunu düşünenler ve kısmen yeterli olduğunu düşünenlere göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır(tablo 6.6). Hemodiyalize girme süresi arttıkça sahip olunan bilgi düzeyinin arttığı söylenebilir. Jindel ve ark. (2003) yaptıkları analizde bilgi alan

hastaların öz bakım güçlerini daha yüksek saptanmışlardır. Eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ve hastalık hakkındaki merak, hastalığın kabullenilmesi ve iyileşme isteğinin olumlu etkisi olarak düşünülebilir.

Hemodiyaliz hastalarının eğitimi aldıkları sağlık personeli ve öz bakım gücü arasında anlamlı farklılık saptanmadı (tablo 6.6). Öztürk ve ark.(2009) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda diyalize girdikleri süre içerisinde herhangi bir sağlık personeli tarafından KBY, hemodiyaliz hakkında bilgi verilmediği belirtilmiştir. Hastaların Hemodiyaliz tedavisi aldıkları süre içerisinde sağlık personelinin aldıkları eğitimin yeterli olmadığı söylenebilir.

Psikolojik yardım alan hemodiyaliz hastaların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (tablo 6.6). Ören (2010) yaptığı çalışmada psikolojik yardım alan hemodiyaliz hastalarının öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. KBY önemli bir psikososyal stres faktörüdür. Depresyon diyaliz hastaları arasında en çok görülen psikolojik problem olduğunu belirtmiştir. Akpolat (2000) ve Yeşiltepe Kaçar (1995) diyaliz tedavisine başlanılan ilk yılda, herhangi bir nedenle psikolojik desteğe %70 oranında ihtiyaç duyulduğu, zaman ilerledikçe bir çeşit adaptasyon sağlandığı için bu oranın %30'lara düştüğü belirtilmektedir. Lopes (2002) Avrupa ülkelerinde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle hemodiyalize giren 253 merkezdeki 5256 hasta üzerinde yapılan çok merkezli bir araştırmada, son 1 yıla ait tıbbi kayıtlara göre % 20 oranında depresyon olup; kadınlarda, gençlerde ve beyazlarda oranlar yükselmekte; evli, çalışan ve okuyanlarda düşmekte; depresyonu olanlarda diyalize girilen ay süreleri ve eşlik eden fiziksel hastalık oranları artmaktadır. Aghanwa (1997) yaptığı araştırmada hemodiyaliz ve böbrek nakli olan hastalarda, eğitimle beraber hastalığın kronik seyrinin kavranıp, ruhsal açıdan adaptasyon süreçlerinin olumlu yönde değiştiğini belirtmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının ek hastalık varlığına göre hastaların öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (tablo 6.6). Bu çalışma hastaların KBY dışında sahip oldukları hastalıkların öz bakımlarını etkilemediğini göstermektedir. Yurtsever (2005) mevcut çalışma sonuçları ile benzer bir şekilde, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım gücünün değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların başka bir hastalığa sahip olma durumunun öz bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır. Ören (2010) ek hastalığa sahip olma durumunu, hemodiyaliz ve periton diyalizi grubunda öz bakım gücü açısından etkisiz bir faktör olarak saptamıştır. Akyol ve Karadakovan (2002) yaptıkları çalışmada benzer bir sonuç

saptamışlardır. Ancak Bakoğlu ve ark.(2009) periton diyalizi hastalarının öz bakım gücünü inceledikleri çalışmada mevcut çalışmanın aksine, ek hastalığa sahip olan hastaların öz bakım gücünün anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmışlardır.

Yapılan çalışmada Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı ortalama 70.77 olarak saptandı(tablo 6.7). Bu da hastaların Hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Çoban ve Kaşıkçı (2008) yaptıkları çalışmada hastaların memnuniyet düzeyinin yapılan çalışmaya kıyasla daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Chan ve Chau (2005); Dozier, Kitzman, Ingersoll, Holmberg ve Schultz (2001); Uzun(2003); Yılmaz (2001) Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından birini hasta memnuniyeti olduğunu belirtmişlerdir. Çoban ve Kaşıkçı (2008) hasta memnuniyetinin, verilen hizmetin hastaların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastanın verilen hizmeti algılamasına dayandığını belirtmişlerdir. Babacan, Öz gök, Kabukçu ve Alparslan (2003); Köşgeroğlu, Acat ve Karatepe (2005) hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta-hemşire birlikteliği oluşturduğunu belirtmişlerdir. Birol (2004); Demir ve Eşer (2005); Ulusoy ve Görgülü (2001); Velioğlu (1999). Çünkü 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok hastanın yanında olan, bireyin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi üyeleridir. Meisenheimer (1998) Amerikan Hemşireler Birliği tarafından yapılan tanımlamada hasta memnuniyeti sağlık bakım organizasyonları kalitesi için belirlenmiş yedi gösterge arasında 3. sırada yer almaktadır.

Oysaki Coşkun ve Akbayrak (2001) Sağlık sistemi içerisinde hastanın verilen Hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçüp, sonuçlarından yararlanmak, hastaların yararlanabileceği bir takım yeni düzenlemeler yapılmasına olanak sağladığını belirtmiştir. Bu nedenle bakım kalitesini değerlendirmek, bakıma etkisi olan değişkenleri saptamak, hasta yanıtlarından elde edilenlere göre hizmette hangi öğelere yer verileceği, hangi öğelerin düzeltilmesi gerektiğini saptamak için hasta memnuniyetinin geçerli ölçüm araçlarıyla sürekli ölçülmesi gerektiğini saptamıştır. Ayrıca yapılan hasta memnuniyeti araştırmalarında hemşirelik bakımı ile ilgili hasta algılarına yer verilmesini önermektedir.

Çalışmada öz bakım gücü ve hastaların hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (tablo 6.8). Bu durum hemşirelerin hastaların öz bakım gücüne herhangi bir katkısı olmadığını düşündürmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin öz bakım gücü değerlendirmesinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların genel özellikleri incelendiğinde; %39.6'sının 40-59 yaş grupta olduğu, %55.8'inin kadın, %62.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %68'inin evli olduğu, ayrıca %83.8'inin KBY sonrası çalışmadığını, %20.8'inin gelir düzeyinin kötü olduğunu, %31.8'nin ev hanımı olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde;%32.5'inin hemodiyaliz tedavisi görme süresinin 12-24 ay olduğu ,%32.5'nin tanı konma zamanı 25-60 ay olduğu,%77.3'nün akrabalarında benzer hastalık olduğu,%71.4' nün hastalıkla ilgili eğitim aldığı,%72.8'nin eğitimi doktordan aldığı,%58.4'nün yeterli bilgiye sahip olduğu,%63.6'sının tedavinin yeterli olduğunu,%63.6'sının psikolojik yardım almadığı,%57.8'inin KBY dışında herhangi bir ek hastalığa sahip olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması 99.72 ± 16.11 (min/max: 50–131),hastaların hemşirelik bakım algısı puan ortalaması ise 71.70 ± 7.33 (min/max: 24-75) olarak bulunmuştur. Her iki ölçek arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

Kadınların,41-59 yaş grubu ,evli bireylerin ,lise mezunu olanların, sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanların öz bakım gücü ortalaması daha yüksek bulunmuştur .

KBY teşhisinden sonra çalışma durumlarının ve mesleklerinin öz bakım gücünü etkilemediği görülmüştür.

Tedavinin yeterli olduğunu düşünenler, bilgi düzeylerinin iyi olduğunu belirten hastaların ,psikolojik yardım alanların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastalık tanısı ve tedavi süresi ,teşhis sonrası çalışma durumu ,alınan eğitim ve eğitimi veren aldıkları sağlık personeli ve ek hastalık durumu öz bakım gücünü etkilememiştir.

Hemodiyaliz hastalarının Hemşirelik bakım algısından aldıkları ortalama doğrultusunda memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmüş ve hemşirelik bakımının yetersizliği saptanmıştır. Ayrıca hemşirelik bakımının öz bakım gücünü etkilemediği yine saptanan sonuçlar arasında yer almaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

* Kurum çalışanlarına yönelik, diyaliz sürecinin, KBY ve diyaliz işleminin bireyin Öz Bakım Gücü Ölçeği üzerindeki etkisi konusunda sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve duyarlı hale getirilmesi,

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

* Hasta ve hemşire arasındaki iletişimi, güveni sağlayıcı girişimlerde bulunmalı ve böylece iş birliği sağlanmalı,

* Hastaların Öz Bakım Güçleri belirli zaman aralıklarıyla değerlendirilmeli ve bu sonuçlarından aileyi haberdar edilerek, problemlerin çözümlenmesi sağlanmalı,

* Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların birbirleri ile daha iyi ilişkiler içinde olabilmeleri ve birbirlerini tanıyabilmeleri için çeşitli aktiviteler; gezi, eğlence ve sanat faaliyetleri yapılması, bunu organize etmede hasta ve ailesinin sağlık ekibi ile iş birliği içinde çalışması,

* Sağlık eğitiminin uygulayıcısı olan hemşirelerin, öz bakım ve bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesi, hasta ilişkileri konusunda eğitimi, ayrıca bunları hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları konusunda desteklenmesi,

* Hemodiyaliz uygulanan hastaların öz bakım ve hemşirelik bakım algısı düzeylerini etkileyen etmenlerin incelenmesine yönelik geniş çapta çalışmaların yapılması ve sonuçlara yönelik girişimlerin sağlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Acaray A (2003) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ageborg M, Allenus BL.(2005) Cederfjall C Quality Of Life, Self- Care ability, and Sense Of Coherence İn Hemodialysis Patients, *Hemodialysis International* 9;8–14.

Aghanwa HS, Morakinyo O.(1997) Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. *J Psychosom Res*; 42: 445-451.

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.

Akdemir N, Birol L. (2003) İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Kitabı, 1. Baskı, İstanbul.

Akoğlu E, Süleymanlar G.(2003) Kronik böbrek yetmezliği Ed: İliçin A, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç hastalıkları 2. baskı. Güneş kitabevi Ankara, 1298-308.

Akpolat T, Arık N .(1996) Nefroloji El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Akpolat T, Utaş C .(2001) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası,173–239.

Akpolat T, Utaş C.(2000) Hemodiyaliz hastasında sık karşılaşılan sorunlar. İçinde Akpolat T, Utaş C editör. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası; ss. 205-241.

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

Akyol A. ve Karadakovan A.(2002) Hemodiyalize giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova, İzmir Ege Tıp Dergisi 41 (2): 97 - 102

Akyol A ve Karadakovan A.(2001) “Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, 18. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Trasplantasyon Kongresi, 5-9 Eylül , Nevşehir

Akyol AD. (2005) Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım, Meta Basım Matbacılık Hizmetleri, İzmir.

Alexander TT, Hiduke RJ, Stevens KA (1999) Rehabilitation Nursing Procedures Manual, McGraw-Hill Companies, 2nd Edition, Newyork.

Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. (2005), Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), 33-40

Alpaslan E. (2005), Renal Replasman Tedavileri, Dolar E. (ed), İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 311

Andreoli T, Carpenter C, Griggs R, Loscalzo J.(2002), Cecil Essentials of Medicine, çev. Çavuşoğlu H, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 233

Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. (2002), Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Sorunlar, Kriz Dergisi, 10 (2), 29-39

Aylaz R, Erci B.(2009) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz Bakım Gücüne Etkisi; Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 1

Bakoğlu E, Yetkin A.(2000) Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 4(1);41- 49.

Balcı G.(2003) Öz bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Etkilendiği Bazı Durumlar ve Hemşirenin Rolü, Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi, 10(2):69–76.

Bennett S, Cordes D, Westmoreland G.(2000) Self Care Strategies For Syptom Management In Patients With Chronic Heart Failure, Nursing Research, 49(3): 139–144.

Bergman H, Daugirdas JT, Ing TS .(1994) Complications During. Hemodialysis, Handbook Of Dialysis, Little, Brown and Company, Boston,

Besey (Güneş) Ören.(2010) Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi.

Bilir N.(2001) Gelecek Yüzyılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar, Yeni Türkiye Dergisi, Cilt:39.

Billings D, Stokes L.(2001) Medical Surgical Nursing, Mosby Company, London.

Biröl L, Akdemir N, Bedük T .(1997), İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Yayınlar Ankara, 459

Biröl L. (2004). Hemşirelik Süreci. 6. basım, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 51-92.

Chan, J. N, Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5): 498–507.

Cimilli C. (2003), Hemodiyaliznin Psikiyatrik Yönleri, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12 (1), 88-92

Çoban G, Kaşıkçı M.(2008) Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları, *İ.U.F.N. Hem. Derg*, Cilt 16 - Sayı 63: 165-171

Coşkun, H, Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2): 63-68.

Crips J, Taylor C (2001) *Fundamentals Of Nursing*, Mosby Company, Australia.

Çamsarı T.(2001) *Diyaliz Yeterliliği*, Akpolat T., Utaş C.,(eds) *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı* (3. Baskı), İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş, 110-116. 28.

Çınar S, Yürügen B.(1997) Hemodializ Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Standart Hemşirelik Bakımı, *Çınar Dergisi* 3(1):1–8.

Deatrick J, Brennan D, Cameron M. (1998) Mothers With Multiple Sclerosis And Their Children, *Nursing Research*, 47(4):205–210.

Değirmenci Saltürk A.G. (2006), *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul

Demir Y, Eşer, İ. (2005). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerine ilişkin bir ölçek çalışması. *Hastane Yönetimi Dergisi*. Ocak-şubat-Mart: 31-42.

Diloirio C, Hennessy M, Monteuffel B .(1996) *Epilepsy Self Management: A Test Of A*

Theoretical Model, Nursing Research, 45(4):211–217.

Dozier A., Kitzman H., Ingersoll G., Holmberg S., Schultz A. (2001). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in Nursing & Health*, 24: 506-517.

Düzöz G. (2005). “Hipertansiyonlu Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, *Hemşirelik Forumu*, Mart- Nisan: 22-26.

El Nahas AM, Bello AK.(2005) Chronic kidney Disease: the global challenge, *Lancet* ;365:331-40

Erek E.(2005) Kronik böbrek yetmezliği. Nobel Tıp kitabevi 5.baskı. 290-372.,

Eşit Üstün M, Karadeniz G. (2006), Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,1 (1), 33-43

Dağ E.(2007) Hemodiyaliz Uygulanan bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterliliğinin değerlendirilmesi, yüksek lisans tezi,sivas.

Fadıloğlu Ç. (2002) Kronik Hastalıklarda Bakım, İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir.

Feinstein EL.(1994) *The Skin Handbook of Dialysis* (Editors: Daugirdas JT, Ing TD) Second Edition, Little Brown, 583–588.

Horsburgh ME.(1999) Self-Care Well Adult Canadians and Adult Canadians With End Stage Renal Disease, *International Nursing Studies*, 36;443–453.

Ifudu O .(2004) *Renal Anemi*, Çev. Ed.: Türkmen A, İstanbul Medikal Yayıncılık.

İnan İ. (1988) Hemodiyalize Devam Eden Hastalarda Hijyenik Bakımın Sağlanması Hemşirelik Etkinliklerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

İpek Çoban, G., Kaşıkçı M. (2007). Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Jacobson HR, Striker GE, Klahr S (1995) The Principles and Practice of Nefrology, Mosby, St Louis, 650–726

Jindel RM, Joseph JT, Morris MC, Santella RN,(2003) Baines LS. Noncompliance after kidney transplantation: A systematic review. Transplant Proc;35:2868-75.

Kara B. (2001) Öz Bakım Tanımı Ve Kavramsal Yönü, Sendrom Dergisi,13: 45–48.

Kara B, Feşçi H (2000) Tip I Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi, Sendrom Dergisi, 4: 28–32.

Karabulutlu E,Tan M.(2005) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2

Karadeniz G, Altıparmak S, Muslu H, Marul G. (2005), Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri, Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi, 21 (2), 29-36

Karakoç A. (2001), Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Kaye JM,Levison SP.(1993) The Relationship Between Age and Adjustment Of Patiends New To Dialysis Geriatrich Nephrol. Urol .3;81-86

Kıyak E, (2000) Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum

Kıyak, E. (2002) Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Koçer Z.M. (2006) Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Koşar A, Biricik S.S (2006), Dahiliye, Kelebek Matbaacılık, İstanbul, 419

Kuğuoğlu Yazıcı, S. (1995). Annelerin Öz-Bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerin Bakımı Sorunlarını Çözme Becerileri Ve Bu Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. (2005), Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21 (1), 33-45

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

Lazarus JM, Denker BM, Owen WF (1996) Hemodialysis, WB Saunders Company, Philadelphia, 2424–2506.

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.

Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen RS (2004) Medical Surgical “Assesment and Management of Clinical Problems” Sixth Edition, Mosby.

Lopes AA, Bragg J, Young E, et al.(2002) Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in USA and Europe. *Kidney Int*, 62: 199-207

Marriner, A. (1986). *Nursing Theorists and Their Work*, Mosby Co., St. Louis.

Meisenheimer, C. G. (1998). *Quality management: Process and Outcome*. 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, İzmir, 4-25.

Menteş ÇS (1998) Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar, *Çınar Dergisi*,4(3):59–71.

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic E, et al. (1999) Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health

Mollaoğlu M, Arslan S,(2003) Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(4):42–46.

Mollaoğlu M.(2005) Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, *Nefr Hemş Derg* (Temmuz-Ekim): 55-60.

Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yönen Ö.(2002) Kronik böbrek yetmezliğinde etiyolojik değerlendirme. *CÜTF Dergisi*; 24(2): 62-4.).

Nahçıvan N.(1993) Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD. Doktor Tezi, İstanbul.

Nahçıvan N.O. (2004) A Turkish Language Equivalence Of The Exercise Of Self-Care Agency Scale. *West Journal Nursing*, 26: 813–824.

Narrow B, Buscle K (2000) *Fundamentals Of Nursing Practice*, Wiley Publications, Newyork.

Niechzial M, Hampel E, Grobe T, Nagel E, et al.(1997) Determinants of the quality of life in chronic renal failure. *Soz Praventivmed* 42(suppl 3):162-174.

Nissenson RA, Fine NR (2004) *Dialysis Therapy*, Çev.Ed.:Süleymanlar G, Erek E, Güneş Kitapevi,3.Baskı, Ankara.

Obrador GJ, Pereira BJG (2002) *Sistemic Complikations Of Chronik Kidney Disease*, *Postgraduate Medicine*, 111(2).

Oğuzöncül, AF., Şekerci, K., Demirok, A., Karaca, A., Deveci, SE., Açık, Y.(2004) “Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri, 3-6 Kasım, Ankara.

Orem DE .(1996) *Nursing Concept Of Practice*, 5th Edition, Mosby Year Book Inc.

Orem, DE. (1995). *Nursing. Concepts of Practice*, 5th Edition. Mosby, St. Louis.

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.

Owen WF.(1998): Status of hemodialysis adequacy in the united states: Does it account for improved patient survival.*AJKD* , 32 (SUPPL 4):39-43.

Ören BG, Söyük S, Yürügen B. (2000). Sürekli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakıma ilişkin tutumları ve sosyo-demografik özellikler ile öz- bakım arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Çınar dergisi* 6(3): 64-66.

Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. (2003), Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikolojik Yönleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 72-80

Öztürk A (2000) Üniversite Öğrencilerinin Öz Bakım Gücü İle Sağlıkla İlgili Tutumları Arasındaki İlişki, 2. Uluslar Arası 9. Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya.

Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E. (2009) Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Olgularının Hastalıkları ve Hemodiyaliz Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi Department of Occup Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 31(2):119-125

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.

Petrie K. (1989), Psychological Well-being and Psychiatric Disturbance In Dialysis and Renal Transplant Patients, BR J Med Psychol, 62, 91-96

Phipps W, Long B, Woods N, Cassmeyer V .(1991) MedicalSurgical Nursing, Mosb Company, America.

Potter P, Perry A .(1995) Basic Nursing Theory and Practice, 3rd Edition, Philadelphia.

Potter P, Perry A (2001) Basic Nursing Theory and Practice, 5th Edition, Philadelphia.

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

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

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): Erek E, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.

Selçuk N. Y.(1999) Renal Replasman Tedavileri İçin Hasta Seçme Kriterleri Türk Nefroloji Dergisi, 2, 51-55.).

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

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

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. Survey. Nephrol dial Transplant 14: 1503-10.

Taşçı S.(1998) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Yayınlanmış Doktora Tezi,1998 Ankara.

Tsay SL .(2003) Self Efficacy Training For With End-Stage Renal Disease, Journal of Nursing Advanced Nursing, 43:421–429

Tsay SL, Healstead M.(2002) Self-Care, Self-Efficacy, Depression, and Quality Of Life Among Patients Receiving Hemodialysis In Taiwan, International Journal Of Nursing Studies 39;245–251

Türk Nefroloji Derneği Merkez Kayıt Kurulu.(2006) Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon, registry raporu.

Ulusoy M F, Görgülü R S. (2001). Hemşirelik Esasları. 5. baskı, 72. TDFO Ltd. Şti, Ankara, 1-32.

Uzun Ö. (2003). Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. Türk Hemşireler Dergisi, 54(2):16-22.

Ülkü U. (1996) Renal Replasman Tedavisine Giriş, Aktüel Tıp Dergisi, 2(4): 188–189.

Ünsar S, Erol O, Mollaoğlu M. (2007). The self- care agency in dialyzed patients. Dialysis & Transplantation 36(2): 57-70.

Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç.(2006) Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz

Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul, 53-77.

Vural A. (2001) Nefroloji, Deniz Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul

Winearls CG. (2003) Clinical Evaluation and Manifestations of Chronic Renal Failure.Eds: Johnson RJ, Feehally J. Mosby. Comprehensive Clinical Nephrologyİkinci baskı. Mosby Elsevier Limited. Spain; 857-71.

Yalçın AU, Akpolat T. (2007) Kronik böbrek yetmezliği. Ed: Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi 4.baskı; 283 323.).

Yeşiltepe Kaçar G(1995). Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalara Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Yıldırım Y, Fadılloğlu Ç.(2003) Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çınar Dergisi 9(1);24–27.

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

Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 69-74.

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

www.saglik.gov.tr (2005)

EK-1

1) Cinsiyetiniz: kadın () erkek ()

2) Yaşınız?

3) Yaşadığınız Semt:

4) Medeni Durumunuz: evli () bekar ()

5) Eğitim Durumunuz:

okur – yazar olmayan ()	okur-yazar ()	ilkokul () ilköğretim ()	ortaokul ()	lise ()	lisans ()	lisansüstü ()
-----------------------------	-------------------	-------------------------------	-----------------	----------	------------	----------------

7) Kronik Börek Yetmezliği teşhisinden sonra çalışmaya devam ettiniz mi?

evet () hayır ()

8) Mesleğiniz:.....

9) Sosyoekonomik Durumunuz: kötü () orta () iyi ()

10) Hastalık tanısı ne zaman konuldu?.....yıl önce tanı konuldu.

11) Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi görüyorsunuz?.....yıldır hemodiyaliz tedavisi görüyorum.

12) Hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı? evet () hayır ()

13) 11. soruya cevabınız “EVET” ise bu soruyu cevaplandırınız.

Hastalığınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?

.....

14) Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?

yeterli miktarda bilgi sahibiyim ()

az miktarda bilgi sahibiyim ()

hiç bilgim yok ()

15) Aldığınız tedavilerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

evet () kısmen () hayır ()

16) Hiç psikolojik yardım aldınız mı? evet () hayır ()

17) Kronik Böbrek Yetmezliği dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

evet () hayır ()

ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

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

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1) Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	[]	[]	[]	[]	[]
2) Kendimi beğeniyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
3) Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye 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.	[]	[]	[]	[]	[]
11) Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	[]	[]	[]	[]	[]
12) Dengeli beslenirim.	[]	[]	[]	[]	[]
13) Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	[]	[]	[]	[]	[]
14) Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	[]	[]	[]	[]	[]
15) Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
16) Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakkettiğime inanıyorum.	[]	[]	[]	[]	[]

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
17) Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	[]	[]	[]	[]	[]
18) Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
19) Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	[]	[]	[]	[]	[]
20) Kendimle dostum.	[]	[]	[]	[]	[]
21) Kendime iyi bakarım.	[]	[]	[]	[]	[]
22) Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	[]	[]	[]	[]	[]
23) Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	[]	[]	[]	[]	[]
24) Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	[]	[]	[]	[]	[]
25) Yaşam bir zevktir.	[]	[]	[]	[]	[]
26) Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
27) Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	[]	[]	[]	[]	[]
28) Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	[]	[]	[]	[]	[]
29) Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
30) Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
31) Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	[]	[]	[]	[]	[]
32) Kendime bakmak için bilgileneceğim 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.	[]	[]	[]	[]	[]

EK-3

HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler.					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

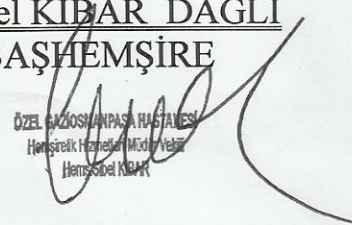
ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ;

01.02.2010 tarihinde Haliç Üniversitesi İç Hastalıkları Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma İLHAN'ın “ Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastalarda Öz bakım Gücüne etkileyen faktörler “ konulu tez çalışmasının kurumumuda gerçekleştirilmesi uygundur.

Dr. Ahmet KARTALKANAT
BAŞHEKİM



Sibel KIBAR DAĞLI
BAŞHEMŞİRE



ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Vekili
Hemşire Sibel KIBAR

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİRİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

05.01.2010 tarihinde Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma İLHAN'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastalarda Öz Bakım Gücünü etkileyen faktörler" konulu tez çalışmasının kurumumuzda gerçekleştirilmesi uygundur.

Bilgilerinize sunulur.

BAŞHEMSİRE SİFA

Esmâ AKÇELİK

ÖZEL SİFA

DİYALİZ MERKEZİ

ESMA AKÇELİK

BAŞHEMSİRE

MESUL MÜDÜR

Dr. Adem SELİM

ÖZEL SİFA

DİYALİZ MERKEZİ

Dr. Adem SELİM

Sorumlu Diyaliz Hemşiresi

Dip. No: 95CC123-75512

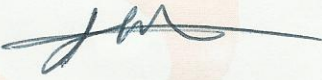
Sertifika No: 552

Kurum kodu 12345164

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİRİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

05.01.2010 tarihinde Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma İLHAN'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastalarda Öz Bakım Gücüne etkileyen faktörler" konulu tez çalışmasının kurumumuzda gerçekleştirilmesi uygundur.
Bilgilerinize sunulur.

Havva AĞIR
Müdür



Dr. Salih ÇİĞİR
Mesul Müdür



ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: FATMA İLHAN

Doğum Yeri ve Tarihi: ADIYAMAN/25.08.1983

Medeni Hali: Bekar

E-posta Adresi: fatma-ilhan2011@hotmail.com

Tel: 0549 442 70 44

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise:	Doğanşehir Lisesi	2001
Lisans:	Fırat Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2007

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (ay-yıl)
İnönü üniv.Turgut Özal Tıp Merkezi	Nöroloji Hemşiresi	Eyl 2007-Ağustos 2008
Özel Gaziosman paşa Hastanesi	KVC Hemşiresi	Ocak 2009-Eylül 2009
Acıbadem Hastanesi	KVC Y.B. Hemşiresi	Eylül 2009-Temuz 2010
Mehmet Akif Ersoy Göğüs Ve Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi	Pediyatri Kvc Hemşiresi	Temuz 2010-Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Hemşireler Derneği