

**Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet
Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi
Alan Hastaların Öz-Bakım Gücünün
Değerlendirilmesi**

Nejla Yıldız Akansoy

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Temmuz 2018
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Refia Selma Görgülü

2. Yrd. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç

3. Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi

ÖZ

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören 190 hasta oluşturmaktadır. Araştırma evren üzerinden yürütülmüş, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve ulaşılabilen 152 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmada veriler “Hasta Bilgi Formu” ve “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ile toplanmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 63.84 ± 14.81 , %55.9'u erkek ve %40.8'i ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir. Hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının 109.4 ± 18.1 olduğu ve %7.0'sinin öz-bakım gücünün düşük, %65.0'inin orta ve %28.0'inin yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yardım edilme durumu ve kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalıklarının olması durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşireler tarafından hastaların öz bakım güçlerinin geliştirilmesi amacıyla hemodiyaliz tedavisi seansları öncesinde video, broşür vb. görsel ve işitsel materyaller ile bireysel ya da grup eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öz bakım gücü, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemodiyaliz,
Hemşirelik bakımı

ABSTRACT

The research is made in compliance with descriptive research design to evaluate the self-care ability of patients receiving hemodialysis therapy in the Turkish Republic of Northern Cyprus. The research population is composed of 190 patients receiving treatment at hemodialysis units of state hospitals of the Turkish Republic of Northern Cyprus. The research is conducted based on the research population and completed with 152 patients who have been contacted, agreed to participate in the research voluntarily, and complied with the criteria to be included in the research. The research data is collected through “Patient Information Form” and “Self-care Ability Scale”.

55.9% of the patients are male and 40.8% are primary school graduates while their average age is 63.84 ± 14.81 . It is identified that the average point of self-care ability of patients is 109.4 ± 18.1 while 7.0% has low, 65.0% has medium and 28.0% has high self-care ability.

It is determined that there is a statistically significant difference between the average points of patients' self-care ability and gender, marital status, educational background, people that the patient lives with, help received with housework because of the disease and having a disease apart from chronic kidney disease ($p < 0.05$).

In accordance with the research results, it is proposed to provide individual or group trainings with videos, leaflets, audial and visual materials before hemodialysis therapy sessions to improve the self-care ability of the patients by the nurses.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Nursing Care, Self-care Ability

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde tüm bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, her türlü konuda desteğini benden esirgemeyen Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı danışman hocam, sayın Prof. Dr. R. Selma Görgülü'ye, ayrıca yüksek lisans öğrenimim esnasında bütün bilgi ve deneyimleriyle bana destek veren hemşirelik bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fethiye Erdil, Prof. Dr. Özgül Karayurt, Prof. Dr. Güler Cimete, Yrd. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç, Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin hocalarıma ve değerli jüri üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca manevi desteklerini benden esirgemeyen ve beni yetiştiren aileme, eğitim süresince bana sabır ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mustafa Akansoy'a, kızım Nilsu Sibel'e, oğullarım Yılmaz Bora ve Rüstem Ata'ya, eğitim sürecinde her daim yanımda olan, motivasyonumu sağlayan, tez aşamasında da benden yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Seher Akbaş'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xii
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırma Soruları.....	6
2 GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Kronik Böbrek Hastalığı ve Kronik Böbrek Yetmezliği	9
2.1.1 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Belirtilerinin ve Bulgularının Sınıflandırılması	12
2.1.2 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Tanısı.....	16
2.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Tedavisi.....	16
2.2 Hemodiyaliz Tedavisi.....	16
2.2.1 Hemodiyalizin Komplikasyonları.....	17
2.2.2 Hemodiyaliz Tedavisinin Hastaya Etkileri.....	17
2.3 Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz-Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelik Bakımı.....	18
2.3.1 Orem'in Öz-Bakım Modeli ve Hemşirelik.....	19
2.3.2 Hemodiyaliz Hastasının Hemşirelik Bakımı	22

3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1 Araştırmanın Tipi	40
3.2 Araştırmanın Yeri.....	40
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	41
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	42
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.5.1 Bağımlı Değişkenler.....	42
3.5.2 Bağımsız Değişkenler.....	42
3.6 Veri Toplama Araçları.....	42
3.7 Veri Toplama Süreci.....	43
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu.....	44
4 BULGULAR.....	46
5 TARTIŞMA.....	55
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1 Sonuçlar.....	67
6.2 Öneriler.....	70
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	83
EK 1: Hasta Bilgi Formu.....	84
EK 2: Öz Bakım Gücü Ölçeği	86
EK 3: Nahçıvan'dan Alınan İzin Maili.....	89
EK 4: Gönüllü Olur Formu.....	90
EK 5: DAÜ Etik Kurul Uygunluk Onayı.....	92
EK 6: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi'nden Alınan İzin....	93

EK 7: Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul Uygunluk Onayı.....	94
--	----

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSH	Folikül Stimülen Hormon
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LH	Lutein Hormon
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBH	Son Dönem Böbrek Hastalığı
TSH	Tiroid Stimülen Hormon

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kronik Böbrek Hastalığının Evrenmesi.....	10
Tablo 2: Konuyla İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	26
Tablo 3: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	46
Tablo 4: Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	48
Tablo 5: Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları.....	49
Tablo 6: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanları.....	50
Tablo 7: Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	53

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hastaların Öz-Bakım Gücü Düzeylerine Göre Dağılımı.....49

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup morbidite oranında artışa, ölümlere, sakatlıklara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (1).

Kronik hastalıklardaki hızlı artış geniş insan kitlelerine sosyal ve ekonomik masraflar yüklemektedir. Bu da sosyal ve sağlık sistemleri üzerinde baskı oluşturmaktadır (2). İngiltere’de pratisyen hekimlerin randevularının %50’sini kronik hastalar almaktadır. Yine İngiltere’de hastanede yatan hastaların %70’ini kronik hastalar oluşturmaktadır (3). Kronik hastalıklar Kanada’nın en çok öne çıkan sağlık bakım sorunudur. Kronik hastalıklar için yılda 80 milyar dolar harcanmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı acil servislere başvurular artmaktadır, hastanelerde yatış süresi uzamaktadır ve hastaların yaşam kalitesi azalırken ölümler artmaktadır (4). Kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kaliteleri azalırken, üreticilikleri de azalmaktadır. Diğer yandan hastaneye yatışları ve sağlık bakım giderleri artarken erken ölümler de artmaktadır. Birden fazla kronik hastalığı olanlarda bunlar daha da fazla olmaktadır (5).

Kronik hastalıklar içinde ise toplumsal boyutta etkisi olan ve günümüzde giderek yaygınlaşan hastalıklardan birisi de Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)’dır. KBH, üç aydan fazla süren glomerülerfiltrat hızındaki azalma veya böbrek hasarlanması olarak tanımlanır. Böbrek hasarının belirtileri şunlardır: albuminüri,

idrar sedimentindeki anormallikler, tübüler hastalıklarla ilişkili elektrolit bozuklukları, görüntüleme veya histolojik olarak saptanan yapısal anormalliklerdir (6, 7).

Kronik Böbrek Yetmezliği'nde (KBY) tedavinin en önemli parçası diyaliz uygulamasıdır. Diyaliz uygulamasının geçmişi oldukça eski yıllara dayanmaktadır ve tarihte ilk defa Graham 1861 yılında diyaliz uygulamasından söz etmiştir. Diyaliz uygulamasının bu ilk kullanımından yaklaşık 50 yıl sonra Abel, Rowtree ve Turner 1912 yılında diyaliz ile ilgili olarak "yapay böbrek" terimini kullanmıştır. Hemodiyaliz uygulaması ise ilk olarak 1946 yılında Kolff tarafından yapılmıştır ve bunu takiben 1963 yılında evde hemodiyaliz uygulaması ve 1965 yılında da arteriovenöz fistül uygulaması tanımlanmıştır (8).

Türkiye Cumhuriyeti'nde 1962 yılı Haziran ayında Ankara Tıp Fakültesi tarafından ithal edilen bir hemodiyaliz makinası ile ilk hemodiyaliz uygulaması gerçekleştirilmiştir. Bunu takiben bundan sonraki hemodiyaliz alışmaları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. KKTC'de ise ilk kez 1982 yılında Lefkoşa Devlet Hastanesi'nde 8 yataklı Hemodiyaliz nitesi hizmete açılmıştır (9, 10).

Hemodiyaliz (HD) tedavisi hastaların yaşam süresini uzatırken, özellikle hemodiyalizdeki hastanın haftanın belli gün ve saatlerinde makineye ve hastaneye bağımlı olması, fiziksel aktivitelerin azalması, tedavi programından etkilenmeye bağlı iş gücü kaybı ve ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunları sıklıkla hastalığın bilinmezliği ve yaşamlarında oluşan zorunlu değişimlerle ilgilidir (11). Hastalarda lm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılıkta azalma, ekonomik güçlükler, diyet ve sıvı kısıtlaması, tıbbi tedaviye bağımlılık gibi unsurlar başlıca stresörler olarak algılanmaktadır. Hemodiyaliz,

bireylerin fizyolojik ihtiyaçlarını, benlik saygılarını, ruhsal durumlarını, sosyal ilişkilerini; kısacası tüm hayatını etkiler. Birey, hayatında meydana gelen bu değişikliklere uyum sağladığı sürece hastalıkla baş edebilir, hayatındaki değişikliklere ayak uydurabilir ve hemodiyaliz ile barışık bir şekilde yaşamını sürdürebilir (12).

KBY sonucu hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin var olan veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesinde, ilk olarak hemşire verdiği eğitim ve danışmanlık hizmeti ile bireylerin hastalıkla yaşama uyum sağlamasına destek olur. Bu süreçte hemşirelik bakımı ve eğitimi büyük öneme sahiptir. Hemşirelerin bu girişimlerine rehberlik edecek olan da hemşirelik kuramlarıdır. Çünkü hemşirelik kuramları mesleği yorumlar ve tanımlar; böylece profesyonel olarak eğitim, uygulama ve araştırma aktivitelerinde hemşirelere yardım eder (12).

Diyaliz hastalarının hastalığa uyum sürecinde hemşireler önemli bir role sahiptir. Bu doğrultuda hastaların hastalığa uyum sürecinde hemşireler empati kurmalı, destek ve güven vermeli, hastalık karşısında kişiyi cesaretlendirmeli, hastanın öz-bakımını sağlamalı, hastalıkla baş etmeyi geliştirmeli ve hastanın sosyalleşmesini sağlayarak izolasyonunu önlemeye çalışmalıdır (13).

Nahcivan'ın (1994) bildirdiğine göre, Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı'nın ana kavramlarından biri olan öz-bakım, herkesin karşılanması gereken temel insan gereksinimi olup etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır. Kişinin benlik değerine ya da ben imajına katkıda bulunur. Öz-bakım bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilgili kişisel bakımlarını yapmalarında yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada bir araç olarak görülen

hemşirelik, hasta ya da sağlam bireyin kendi-kendine karşılayamadığı öz-bakım gereksinimlerini karşılamasında yardımcı olmayı hedefler (14).

Diyaliz hastaları için öz-bakım şunları kapsamaktadır: medikal rejime uymak(sıvı ve diyet kısıtlaması), ilaçlar, hemodiyaliz tedavisi, iletişim, kendini ifade edebilme, potansiyel komplikasyonların işaret ve bulgularını tanıma, tıbbi kayıtları aramak, böbrek hastalıkları hakkında bilgili olmak, kabul edilebilir bir yaşam kalitesi sağlamaktır (15).

Hemşirelik hastayla doğrudan etkileşim kuran ve sürekli hizmet veren bir meslektir. Hemşire, hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez 4-6 saat süreyle üniteye olması ve sık kontrolleri nedeniyle hastalarda en fazla birlikte olan ekip üyesidir. Bu konumlarıyla hemşireler fiziksel ve psikososyal olarak hastaları değerlendirebilme, bu doğrultuda riskleri saptayarak, koruyucu ve rehabilite edici aktiviteleri düzenleyebilme konusunda kilit bir rodedir. Diyaliz ünitelerinde çalışan hemşireler pek çok teknik işi yerine getirmeyle sorumlu olduklarını bilmekte, diyaliz hemşireliğinin ayırıcı özelliğinin hastanın deneyimini diyalizle yaşayan bir birey olarak değerlendirmekte ve hastaları anlayabilmekte yattığını da bilmelidir (16).

Yapılan araştırmalar öz-bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında bireylerin “yaş, cinsiyet, gelişimsel ve sağlık durumu, sosyokültürel durum, çevresel, aile sistemi ve sağlık bakım sistemi etmenleri, yaşam biçimi ve kaynakların varlığı” gibi temel durumsal etmenlerin etkili olduğunu; öz-bakım gücü yüksek olan kişilerin daha yüksek düzeyde benlik kavramına sahip olduklarını, sorunlarla daha rahat başa çıktıklarını ve sağlığı koruyucu, geliştirici davranışları daha fazla sergilediklerini göstermiştir (14).

Hastaların kendi bakımlarına dahil edilmeleri ve öz-bakımları ile ilgili bazı sorumlulukları kendileri almaları konusunda cesaretlendirilmeleri kronik

hastalıkların ve sağlık bakım giderlerinin kontrolüyle ilişkilidir. Simmons'un (2009) bildirdiğine göre, Dorthea Orem insanların öz-bakım konusunda doğal bir yeteneğe sahip olduklarına inanmaktadır. Orem'in teorisine göre, öz-bakım ihtiyacı olan insanların öz-bakımlarıyla uğraşmak yeteneklerinin üzerindeyse bu bir öz-bakım eksikliğidir. Bu konuda risk altında olan insanların, hastalıklarıyla baş edebilmeleri için hemşirelik stratejilerinden yararlandırılmaları gerekmektedir (15).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan KBY hastalarının kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Hastaların kendi bakım sorumluluğunu üstlenmesi ise öz-bakım kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyin sağlığını sürdürmesi ve yükselmesi ile ilgili öz-bakım performansını belirleyen, sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneği ise öz-bakım gücü olarak ifade edilmektedir. Diğer bir deyişle öz-bakım gücü bireyin kendine bakma yeteneğidir (14).

Hastanın öz-bakım gücü düzeyinin belirlenmesi hemşireye hastaya özgü bakımı ve eğitimi planlamada önemli bir belirleyicidir (17). Hemşirenin elde ettiği bu bilgiye göre hastaya özgü gerçekleştireceği hemşirelik bakım eylemleri ise hem hastanın bakım gereksinimlerini kapsamlı bir biçimde karşılamasına hem de hemodiyaliz hastalarına yönelik verilen hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlar. Bunun yanı sıra bu araştırmanın sonuçları Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) konuya ilişkin var olan sınırlı literatüre ve yapılacak araştırmalara da katkı sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

1.3 Araştırmanın Soruları

S1: Hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü hangi düzeydedir?

S2: Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre öz-bakım gücü düzeyleri nedir?

S3: Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine göre öz-bakım gücü düzeyleri nedir?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkları; uzun süreli olan, genellikle yavaş ilerleme gösteren, insandan insana bulaşmayan hastalıklar olarak tanımlamaktadır (18, 19).

Kronik hastalıklar dünya çapında ölümlere neden olmaktadır. Dünyadaki yıllık ölümlerin %63'ünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (18). Kronik hastalıklar yılda 36 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelere aittir (18). DSÖ'ne göre 2012'de kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada 38 milyon iken, bu sayının 2030 yılında 52 milyon olması beklenmektedir (19). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2010 yılı verilerine göre on ölüm nedeninden yedisini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. ABD'nde erkek ölümlerinin %65.8'ine, kadın ölümlerinin %67.2'sine kronik hastalıklar neden olmaktadır (1). Avrupa'daki ölümlerin %87'sinin nedeni de kronik hastalıklardır (2). Voojis'in (2015) bildirdiğine göre, Avrupa Birliği'nde 2011 yılında 16 yaş üzerindeki erkeklerde bir kronik hastalık görülme oranı %29 iken, kadınlarda bu oran %34'tür (20).

Kronik hastalıkların dört ana tipi vardır. Bunlar; kalp damar hastalıkları (kalp krizi ve felç), kanserler, kronik solunum sistemi hastalıkları (kronik obsriktif akciğer hastalığı ve astım bronşiale) ve diyabet hastalığıdır. Bu dört ana hastalık gruplarına bağlı yıllık ölüm sayısı sıra ile 17.5 milyon, 8.2 milyon, 4 milyon ve 1.5 milyon insandır. Bu dört ana gruba bağlı ölümler kronik hastalıklara bağlı ölümlerin

%82'sini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 16 milyonu 70 yaş öncesinde gerçekleşmekte ve erken ölüm olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıkların gelişmesinde çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar için çeşitli risk faktörleri vardır. Bu risk faktörlerinin başlıcaları; tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız diyet ve fiziksel hareketsizliktir. Bu risk faktörleri aynı zamanda uygun müdahalelerle önlenabilir özellik taşırlar (19).

Roberts'in (2015) bildirdiğine göre, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yayınında; Kanadalıların üçte birinde en az bir kronik hastalık mevcuttur, bu oranın giderek artması beklenmektedir. Kanada'da 2011 yılındaki ölümlerin %62.7'si kalp hastalıklarına, inmelere, kronik solunum yolu hastalıklarına ve diyabet hastalığına bağlı gerçekleşmiştir (21).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur ve gün geçtikçe insidansı ve prevalansı artmaktadır (22). KBH ise hastanede yatmayan erişkinlerin %10'undan fazlasında saptanmaktadır. Erken evre böbrek hastalıkları KBY'ne göre toplumda 10 – 1000 kat daha fazladır (6).

KBH dünya erişkin nüfusunun yaklaşık %10'unu, yaşlıların ise üçte birinden fazlasını etkilemektedir. Fransa'da 2011'de bir milyon insan başına 149 Son Dönem Böbrek Hastası (SDBH) saptanmış ve bu oran 2007'ye göre %7 oranında artmıştır (23). Amerika Birleşik Devletleri'nde KBH oranı 1988 – 1994 yılları arasında %10 iken, 1999–2004 yılları arasında %13'e yükselmiştir (24). İngiltere'de KBH oranı yaklaşık %16'dır (25).

Nefroloji Derneğinin 2015 yılı verilerine göre, Türkiye'de 56951 hastaya hemodiyaliz, 3909 hastaya periton diyalizi tedavisi ve 12800 hastaya böbrek nakli uygulandığı bildirilmektedir. Türkiye'de 2015 yılında ilk kez renalreplasman tedavisi

başlanan hasta sayısı şöyledir: 9590 hemodiyaliz hastası, 995 periton diyalizi hastası ve 1012 böbrek nakli hastasıdır (23).

Behlül (2017)'ün bildirdiğine göre, KKTC'de yaklaşık 200 hemodiyaliz tedavisi alan hasta bulunmaktadır. Lefkoşa Devlet Hastanesi'nde günde 60-65 hasta, Mağusa Devlet Hastanesi'nde yaklaşık 20 hasta, Girne Akçiçek Devlet Hastanesi'nde ise yaklaşık 10 hasta hemodiyaliz tedavisi almakta ve 100-120 hasta böbrek nakli beklemektedir (26).

2.1 Kronik Böbrek Hastalığı ve Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek hastalığı (KBH), böbrek hasarının olması veya 3 aydan fazla süren böbrek fonksiyonlarında azalma (glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma) olarak tanımlanmaktadır (27).

Böbrek hastalığına neden olan etken hakkında bilgi olmadan da böbrek hastalığı tanısı konulabilir. Böbrek hasarını göstermede genellikle biyopsiden çok, bazı belirteçler kullanılmaktadır. İnatçı proteinüri böbrek hasarını gösteren temel belirteçtir. Ayrıca, idrarda albumin–kreatinin oranının 30 mg/g üzerinde olması anormal bir bulgudur. Bunların yanısıra idrar sedimentasyonundan, kan ve idrar biyokimyasından ve görüntüleme yöntemlerinden elde edilen anormal bulgular diğer belirteçlerdir (27).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbreklerin glomerüler filtrasyonunda azalmanın sonucu böbreğin sıvı–solüt dengesini ayarlama ve metabolik endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. KBY, aynı zamanda GFH'nın 15 mL/dakika/1.73 metre karenin altına düşmesi veya böbrek replasman tedavisine (diyaliz veya nakil) başlama olarak da tanımlanabilmektedir (28).

Hastalıkta ve sağlıkta böbrek fonksiyonlarının en iyi ölçümünü GFH gösterir. GFH; yaşa, cinsiyete ve vücut kitlesine göre değişkenlik gösterir. Normal GFH genç erişkinlerde yaklaşık 120-130 mL/dakika/1.73 metre karedir. GFH'nın 60 mL/dakika/1.73 metre kareden az olması, normal böbrek fonksiyonlarının yarısının veya daha fazlasının kaybı anlamındadır (27). Kronik Böbrek Yetmezliğinin evrelelendirmesi de GFH'na göre yapılmaktadır ve GFH'ye göre KBY'nin evreleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi (27)

Evre	Tanım	GFH (mL/dk/1.73 m ²)
0	Artmış risk faktörleri	>90
1	Böbrek hasarı ile normal veya artmış GFH	>90
2	Böbrek hasarı ile hafif azalmış GFH	60-89
3	Orta derecede azalmış GFH	30-59
4	Ciddi derecede azalmış GFH	15-29
5	Böbrek yetmezliği	<15

Hastaların klinik semptom ve bulguları, altta yatan patoloji, böbrek yetersizliğinin derecesi ve KBY'nin gelişme hızı ile ilişkilidir. GFH 35-50 mL/dk'nın altına inmedikçe, hastalar semptomsuz kalabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. GFH 20-25 mL/dk olunca üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (28).

Kronik Böbrek Yetmezliği için Risk Faktörleri: İleri yaş, ailede KBY öyküsü, böbrek kitlesinde azalma, düşük doğum ağırlığı, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi böbrek hasarına ait duyarlılığı artırmaktadırlar. Diyabet, yüksek kan

basıncı, oto-immün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar, üriner sistem enfeksiyonları, üriner taşlar, alt üriner sistemde darlık, ilaç toksisitesi ve genetik hastalıklar doğrudan böbrek hasarını başlatmaktadırlar. İdrarda yüksek düzeyde proteinüri, yüksek kan basıncı, diyabette kontrol altına alınamamış kan glikoz düzeyi, olasılıkla dislipidemi ve sigara mevcut böbrek hasarının kötüleşmesine neden olmaktadır (22, 24).

Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi: ABD’de KBY’ye neden olan ilk beş hastalık olarak diyabet, hipertansiyon, primer glomerulonefrit, böbreğin kistik, herediter, konjenital hastalıkları, interstisyel nefrit belirtilmektedir (29).

Türkiye’de 2015 yılında ilk kez hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda KBY’ye neden olan ilk beş hastalık benzer biçimde diyabet (%41.01), hipertansiyon (%25.22), glomerulonefrit (%5.56), polikistik böbrek hastalıkları (%3.80) ve tübülointerstisyel nefrit (%2.41) olarak belirlenmiştir (23).

Kronik Böbrek Yetmezliğinin Belirtileri: KBY’deki protein yıkım ürünlerinin artmasına, sıvı elektrolit ve asit-baz dengesindeki bozukluklara bağlı olarak belirti ve bulgular ortaya çıkar ve vücudun bütün sistemlerini etkiler. KBY’nin erken evresinde böbreğin ekstresyon, biyolojik ve regülatuar fonksiyonları genellikle iyi olduğundan klinik belirti ve bulgu saptanmaz. Orta evre böbrek yetmezliğinde azotemi oluşur ve klinik belirtiler ortaya çıkabilir (anemi gibi), ama hastaların çoğu asemptomatiktir. Son dönem böbrek yetmezliğinde böbrek fonksiyonlarının ileride derecede kaybı sonucu giderek artan azotemi ve hemen hemen her organ sistemi ile ilgili belirti ve bulgular ortaya çıkar. Son dönemde ortaya çıkan bu klinik sendroma üremik sendrom denir (30).

2.1.1 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Belirti ve Bulgularının Sınıflandırılması

1- Sıvı-elektrolit Bozukluklarına Bağlı Belirti ve Bulgular:

Üre ve kreatinin yükselmesine bağlı olarak bulantı, kusma görülebilir. Hastalar ishalden Őikayetçi olabilirler. Böbreklerin yeterli çalışmaması sonucu az miktarda idrar çıkar (oligüri) veya hiç idrar çıkmaz (anüri). Bunun neticesinde, kanda potasyum yüksekliği (hiperpotasemi), kalsiyum düşüküğü (hipokalsemi), fosfat yüksekliği (hiperfosfatemi), magnezyum yüksekliği (hipermagnezemi) görülebilir (30).

İdrar çıkımının azalması veya idrar çıkımının hiç olmaması ile sodyum (Na) tutulumu olmasına bağlı olarak su tutulumu olur, su tutulumunun olması ile hastada ani kilo artışı saptanabilir. Vücutta sıvı miktarının artmasına bağlı olarak bacaklarda Őişlik, gode bırakan ödem izlenir. Ayrıca damar içi sıvı miktarının artması ile hipertansiyon, akciğerlere sıvı toplanması ile akciğer ödemi gelişebilir (31).

2- Kardiyovasküler Sisteme ait Bulgu ve Belirtiler:

Hipertansiyon: Hipertansiyon, diyaliz tedavisi başlanmamış KBY olan hastaların %80'inde görülür (32).

Kalp Yetmezliği ve Pulmoner Ödem: Böbreklerin işlevi bozulunca idrara çıkımı olmaz, böylece sodyum ve su tutulumunun artmasına bağlı olarak organizmanın volüm yükü artar. Fazla olan sıvı akciğerlerde göllenerek pulmoner ödeme neden olabilir (32, 33).

Perikardit: Perikarditler ikiye ayrılır. Daha henüz diyaliz başlanmamış hastalarda görülen üremik perikardit ve diyaliz tedavisi başlananlarda görülen diyalize bağlı perikardittir (31, 33).

Perikardial Sıvı: Üre yüksekliği devam ederse ve vücutta sıvı ve Na birikimi artmaya devam ederse perikardial bölgede sıvı birikebilir (32).

Aritmiler: KBY'ye eşlik eden kalp hastalıkları, hemodiyalize bağlı serum elektrolitlerinde ve pH'ta hızlı değişiklikler, hipoksemi, artmış adrenerjik aktivite, kalsiyum-fosfor bozuklukları aritmilere neden olabilir (32).

3- Gastrointestinal Sistem Belirti ve Bulguları:

İştahsızlık, özellikle yüksek proteinli diyet alan hastalarda en erken ortaya çıkan yakınmadır. Üre değeri arttıkça, bulantı ve kusma gelişir. Hastaların bulantı ve kusmaları daha çok sabahları kahvaltıyı takiben gelişebilir. Ayrıca KBY olan hastalarda kabızlık da sık görülen bir şikayettir (30).

4- Hematolojik ve İmmunolojik Sistem Belirti ve Bulguları:

Kansızlık: KBY'nde aneminin nedeni primer olarak eritropoetin yetersizliğidir, KBY'nde biriken toksinlerin kemik iliğini baskılaması, hiperparatiroidizme bağlı kemik iliğinde fibrosis gelişmesi, Vit B12 ve folik asit eksiklikleri de kansızlığa katkıda bulunmaktadır (33).

Kanamaya Yatkınlık: Genellikle üremik hastalar, en iyi kanama zamanının ölçümüyle değerlendirilen trombosit fonksiyon bozukluğu gösterirler. Azotemi arttıkça, trombosit fonksiyon bozukluğu da artar (34). Hastaların kanama zamanları genellikle uzamıştır (30).

Enfeksiyona Yatkınlık: Beyaz küre sayısında azalma olmaz, fakat beyaz kürelerin işlevlerinde bozukluk görülebilir, beyaz kürelerin kemotoksinlere yanıtı azalır, fagositik fonksiyonları bozulabilir (34).

5- Endokrin Sistem Belirti ve Bulguları:

Karbonhidrat ve Metabolizma Bozuklukları: Glukoz tolerans testi anormaldir, üremik durum insülin salınmasını bozabilir (30).

Tiroid Bozuklukları: T3 ve T4 düzeyleri düşük veya normal olabilir. Hastalar ötiroid görünmelerine rağmen hipofiz yanıtı anormaldir. Tiroid Stimülen Hormon (TSH) konsantrasyonu genelde normaldir (30).

Üreme Hormonlarındaki Bozukluk: Üremik kadınlardaki Folikül Stimülen Hormon (FSH), progesteron ve östradiol düzeyleri normaldir. Lütein Hormon (LH) yüksektir, fakat ovulasyondan hemen önce görülen siklusda yükselme olmayabilir. Üremik erkeklerde LH düzeyindeki artmaya ve testesteron düzeyindeki azalmaya bağlı olarak impotans ve/veya infertilite gelişebilir, spermatogenez olmayabilir, bu durum FSH düzeyindeki artışa bağlıdır. KBY hastalarında Prolaktin düzeyi yüksektir, bu durum kadınlarda galaktore ve amenorenin, erkeklerde ise impotansın nedenidir (30).

Lipid Metabolizma Bozuklukları: Plazma trigliserid düzeyi yüksektir ve total kolesterol düzeyide hafif yüksek olabilir (30).

6- Nörolojik Belirti ve Bulgular:

Hastalarda erken dönemde mental konsantrasyon yeteneği bozulabilir, bu durum en iyi şekilde hastanın eğitim durumu göz önüne alınarak basit matematik hesapları yaptırılarak fark edilebilir. Üremik bulgular ilerledikçe, hastalar baş dönmesinden, geceleri uykusuzluktan ve korkulu rüya görmekten şikayet edebilirler. Üremik bulgular ilerledikçe kas çekilmeleri, eklem bağlarında ağrı, ataksik yürüyüş, flapping tremor, uykuya meyil ve konvülsiyonlar görülebilir, bu dönemde hasta hemen diyalize alınmalıdır (30).

7- Cilt Belirti ve Bulguları (30, 35, 36):

Renk değişiklikleri: Kansızlığa bağlı olarak soluk renkte olabilirler. KBY olan hastaların cilt rengi gri-boz görünümde olabilir.

Derinin kuruması: Ter ve yağ bezlerinin fonksiyon kaybına bağlı olarak deride kuruluk gelişebilir.

Tırnak değişiklikleri: Tırnağın distalinde renk değişimi olur, kahverengi veya kırmızıya yakın renk değişimi olurken, tırnağın proksimali kapiller ağdaki ödem artışına bağlı olarak beyaz renkte görünür.

Kaşıntı: Üre yüksekliğine bağlı gelişir.

Purpura: Trombosit düzeyinin azalmasıyla veya trombosit fonksiyonlarının bozulmasıyla KBY olan hastalarda purpura gelişebilir.

Elastosis: Üst ekstremitelerde güneşe maruz kalan bölgelerde aşırı kırışıklıklar ve yüzeysel sarımsı plaklar şeklinde görülebilir.

8- Kas İskelet Sistemine ait Belirti ve Bulgular:

Elektrolit dengesizliğine bağlı kaslarda güçsüzlük, kas atrofisi gelişebilir. Bu hastalarda fiziksel aktivite azalır, hastanın bağımlılığı artar ve yaşam kalitesi azalır. Kas güçsüzlüğü arttıkça, hastaların düşmeleri ve buna bağlı komplikasyonlar da artmaktadır (37).

9- Solunum Sistemine ait Belirti ve Bulgular:

KBY hastalarında akciğer enfeksiyonlarına yatkınlık artmaktadır, idrar çıkımının azalması nedeniyle, kan damarlarında volüm yükü artar ve plevral boşluğa sıvı birikmesine bağlı olarak nefes darlığı gelişir (38, 39).

KBY'nde meydana gelen metabolik asidozu kompanse etmek için solunum sistemi devreye girer, hasta hızlı ve derin nefes alıp vererek karbondioksiti atar ve metabolik nedenlere bağlı gelişen asidozu tolere etmeye çalışır (40, 41).

KBY'nde solunum sisteminde pulmoner ödem, plörotik göğüs ağrısı, plevralefüzyon, urinotoraks, pulmoner kalsifikasyon, uyku apnesi, diyalize bağlı hipoksi gelişebilir (40).

2.1.2 KBY'nin Tanısı

Kan üre azotunun ve kreatinin düzeylerindeki yükselme veya kreatinin klirensindeki azalma ile böbrek yetmezliğinin tanısı kolaylıkla konur ancak, akut veya kronik böbrek yetmezliği olup olmadığının ayrımı önemlidir. KBY tanısında pratikte en çok kullanılan yöntem radyolojik olarak böbreklerin küçük olduğunun gösterilmesidir. Böbrek biyopsisi, amiloidoz dışındaki hastalıklar hakkında bilgi vermede yetersiz kalır, bu nedenle tanı ve ayırıcı tanıda böbrek biyopsisinin yeri çok sınırlıdır (29). GFH'nın 15 mL'nin altına düşmesiyle KBY kesinleşir (31).

2.1.3 KBY'nin Tedavisi

KBH tanısı olan hastalarda zaman içerisinde böbrek fonksiyonları bozulur ve KBY gelişir. KBY gelişmesi demek idrar çıkımı ya çok azdır ya da hiç yoktur. Bu durum derece tehlikeli bir durumdur. İdrar çıkımının olmaması hastanın birkaç gün içerisinde ölümüne neden olabilir. Bu nedenle, renal replasman tedavisine geçilir. Bu tedaviler (30);

- a- Renal transplantasyon,
- b- Hemodiyaliz tedavisi,
- c- Periton diyalizi tedavisidir.

2.2 Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz işlemi bir takım fizik kurallarına dayanmaktadır. Hemodiyaliz işlemi esnasında kullanılan araçlar, pompalar, kontrol sistemleri karışık görünümlerine rağmen, yapılan işlem, hastanın kanının ve diyaliz sıvısı denilen bir solüsyonun yarı geçirgen bir zar ile ayrılacak biçimde karşı karşıya getirilmesidir. Bu yarı geçirgen zar Hemodiyaliz membranı olarak adlandırılır ve üzerindeki por denen mikroskopik delikler su, sodyum, potasyum, üre gibi küçük moleküllü maddelerin bir taraftan diğer tarafa kolaylıkla geçmesini sağlar. Daha büyük moleküllü protein gibi

maddeler, bakteriler veya kan hücreleri, çapları porlardan daha büyük olduğundan bir yandan diğer yana geçememektedirler. Porlardan geçebilen küçük molekülü maddelerin yoğunluğu membranın her iki tarafında eşitleninceye kadar moleküller yüksek yoğunluklu olarak buldukları taraftan düşük yoğunluklu tarafa doğru yer değiştirir. Bu durumda, hasta kanı, hemodiyaliz membranı ve diyaliz sıvısı yan yana getirildiğinde diyaliz sıvısında bulunmayan üre, kreatinin, fosfor ve daha birçok üremik toksinin membrandan geçerek diyaliz sıvısına karışacağı, bu sıvının uzaklaştırılmasıyla da vücuttan atılmış olacağı anlamına gelmektedir. Bu süreç, hemodiyaliz işlemi denir (30, 31, 40, 41).

2.2.1 Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyalizin komplikasyonları iki ana gruba ayrılır. Birinci grup, sık görülen fakat hayati risk oluşturmayan komplikasyonlardır. Birinci grup içerisinde yer alan komplikasyonlar; diyaliz ile ilişkili hipotansiyon, kramp, üremik kaşıntı, bulantı, kusma, göğüs ve sırt ağrısı, ateş ve titreme, baş ağrısı, hipoglisemi, hipoksi, diyalizle ilişkili hipertansiyondur. İkinci grup komplikasyonlar ise daha seyrek görülür ancak ciddi hayati risk oluştururlar. Bu komplikasyonlar; konvülsiyon, aritmi, diyaliz diseklibriyum sendromu, hava embolisi, hemodiyalizde görülen membran reaksiyonları, elektrolit bozuklukları, hemoliz, kanamalar, diyaliz membran yırtılması, kardiyak arrest ve ani ölümdür (42).

2.2.2 Hemodiyaliz Tedavisinin Hastaya Etkileri

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların günlük yaşamlarının büyük bir kısmını kapsar. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların çoğu sıklıkla ağrı, yorgunluk, kaşıntı, kabızlıktan şikayet ederler. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, renal replasman tedavisi alan hastaların spor ve diğer sosyal aktivitelere katılımlarının daha düşük olduğu ve daha düşük ücretlerle çalıştırıldıkları saptanmıştır. Hastanın katıldığı

aktivite sayısı ve kalitesi azaldıkça, kendisine bakabilme ve özsaygısı da azalmaktadır. Jansen'in (2010) Hollanda'da hemodiyaliz tedavisi alan 166 hasta ile yapmış olduğu diyaliz hastalarında algılanan özerklik ve benlik saygısı konusundaki çalışmada hemodiyaliz hastaları arasında çalışanların, çalışmayanlara oranla yaşam kalitelerinin ve öz saygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (43).

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde uygulanan HD, bireylerin kendilerini algılamalarını, ruhsal durumlarını, sosyal ilişkilerini, rollerini ve çalışma hayatlarını etkileyerek psikososyal sorunlara neden olmaktadır. HD hastaları birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalmaktadırlar. En büyük strösörlerinden birisi diyaliz işleminin kendisidir (44). Özgür ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada hemodiyalize giren hastaların karşılaştığı strösörlerin onlarda sürekli anksiyete yarattığını ve bu anksiyetenin hasta HD'e girdiği zaman ve komplikasyon geliştiğinde arttığını bildirmiştir (45).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar strese neden olan pek çok etken ile karşılaşmaktadırlar. Bu stres etkenleri ailevi sorunlar, cinsel yaşamda değişiklik, yaşamı idame ettirmede başkalarına bağımlılık, sosyal yalnızlık, vücudunda meydana gelen değişiklikler, zihinsel baskılar ve ölüm korkusudur. Hemodiyaliz tedavisinde olan hastaların birçoğunda öz-bakım gücü ile ilgili sorunlar yaşanabilmektedir. Hastaların öz-bakım gücünü sınırlayan başlıca faktörler ise özel diyet uygulanması, ilaç tedavileri, fiziksel ve/veya psikososyal kısıtlılıklardır (46).

2.3 Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz-bakım Gereksinimleri ve Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına oranla kronik hastalığı olan bireylerle daha çok zaman geçirmektedirler. Bu nedenle, hemşireler hastanın sorunlarının üstesinden gelmesinde ve kronik hastalığı yönetmesinde anahtar rol oynamaktadırlar.

Hemşireler aynı zamanda hastayla birlikte onun stresini yaşayan yakınlarının da bakımını ve desteğini sağlamak zorundadırlar (47).

Vicdan ve Karabacak (2014)'ın bildirdiğine göre Roy adaptasyon düzeyini, kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır şeklinde tanımlamıştır ve bireyin adaptasyon düzeyi sürekli olarak değişir (48).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması, kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Ancak, bireyin adaptasyon yeteneğinin sürekli değiştiği gözönüne alınacak olursa, bu hastaların hastalıklarına ve tedavilerine uyumu ile ilgili olarak devamlı izlenmesi, değerlendirilmesi ve uyumlarının güçlendirilmesi gerekir. Hemodiyaliz hastalarına verilecek hemşirelik bakımın da Roy'un adaptasyon modelinden yararlanılması önemli bir yol haritası sağlar. Çünkü bireyin hastalığına uyumu, tedavi sürecini kolaylaştıracak; diyet, egzersiz, korunma, uyku gibi temel gereksinimlerinin düzenli olması hastalığın tedavisine büyük katkılar sağlayacaktır.

2.3.1 Orem'in Öz-bakım Kavramı ve Hemşirelik

Hemşirelik kuram ve modellerinin hemşireliğin eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarında kullanılması, bu alanlara kavramsal bir çerçeve sunarak temel oluşturmakta ve rehberlik etmektedir (49).

Meneguessi ve ark.'nın (2012) bildirdiğine göre, Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan kuramlardan biridir. Dorethea Elizabeth Orem tarafından geliştirilen model; öz bakım kuramı, öz bakım eksikliği kuramı ve hemşirelik sistemleri olmak üzere üç ayrı kuramın

birleşiminden oluşmaktadır (50). Öz bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, Orem tarafından ilk kez 1959 yılında oluşturulmuştur (51).

Fawcett'in (2005) bildirdiğine göre, Orem'e göre, insan ve çevre arasında etkileşim var, bu etkileşim karşılıklıdır. İnsanın çevresinden ayrı olarak ele alınamayacağını belirtir. Bu nedenle, kuramında hemşireliğin esasını oluşturan insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının tanımlarını bu görüş sonucunda yapmıştır (52). Orem'e göre insan, çevresinin olması, deneyimlerini anlatabilmesi veya başkaları için yararlı işler yapmayı düşünmesi yönünden diğer canlılardan farklıdır. İnsan; gelişme ve öğrenme yeteneğine sahiptir. Bir kişinin öz-bakım ihtiyaçlarını karşılama yöntemi, öğrenilmiş bir davranıştır. İçgüdüsel değildir (51, 52).

Orem sağlığı; fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma ve hastalığın olmaması durumu olarak tanımlamıştır. Orem'e göre çevre; bireyin öz-bakım faaliyetlerini yapma yeterliğini etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik özellikler ve sosyoekonomik durumdur. İnsan ve çevre birlikte sistemi oluşturmaktadır (51, 52).

Orem'e göre hemşirelik; yardıma ya da rehberliğe ihtiyacı olan kişilere hemşireler tarafından bilimsel bilgi ile verilen hizmet şeklidir. Hemşireliğin amacı, insanların yaşam ve sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık ve sakatlığının iyileşmesi veya etkileriyle başedebilmesi için öz-bakım yeteneğinin gelişmesini temin etmektir. Hemşire, öz-bakımını yapamayan bireye yardım eder, aile ve arkadaşlarına ona nasıl yardım edeceklerini öğretir (51, 52).

Öz-bakım: Yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu devam ettirmek için kişilerin kendileri tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Öz-bakım, insanlarda kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır. Orem'e göre, öz-bakımını kendisi yapan insan öz-bakım ajanıdır. Ajan kelimesi, eylem yapan kişi

anlamında kullanılmıştır. Öz-bakımını kendi yapamayanların öz-bakımını karşılayanlara da bağımlı bakım ajanı denir (51).

Öz-bakım Gücü: Avdal ve Kızılcı (2010) ile Çelik ve Yıldırım (2016)'ın bildirdiğine göre, Orem, insanın öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerektiğini ifade eder. Öz bakım gücü, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürebilmek için sağlık etkinliklerini başlatma veya uygulama yeteneğidir. Orem'e göre öz-bakım gücü bireysel özelliklerle ilgilidir ve birey öz-bakım gücünü içinde bulunduğu çevreden edinir ve çevre de bireyin öz-bakım gücünü etkiler (53, 54).

Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörler: Bireyin çevresindeki koşullar ve faktörler öz bakım gücünün uygulanmasını ve gelişmesini etkiler. Genel anlamda Orem, yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyo-kültürel özellikler, sağlık sistemi, aile sistemi, yaşam şekli ve düzenli yaptığı aktiviteler, kendini algılayış çevresel faktörler kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliğini bireyin öz bakım gücünü etkileyen faktörler olarak bildirmiştir (51). Aynı zamanda hastalık tanısı almak, bireyin psikososyal durumunu olumsuz biçimde etkilemekte, sosyal çevresi ile olan ilişkileri gerilemekte, günlük yaşamdaki rol ve sorumluluklarında değişimler gözlenmekte ve KBY nedeniyle beden imajında olumsuz değişiklikler olmaktadır. Bu sorunlar, hastalık teşhisiyle birlikte bireyin yaşamında yeni bir dönem başlatmakta, bu yeni dönem de beraberinde bireyin sosyal çevresine yönelik çeşitli uyum güçlüklerini getirmektedir. Uyum güçlüğü ise öz bakım gücünü etkileyen önemli unsurlardan birisidir (55).

Teröpatik Öz bakım gereksinimleri: Hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme isteği için birey tarafından yapılması gereken tüm öz-bakım eylemlerini

teröpatik öz-bakım gereksinimleri olarak tanımlanır ve üç alt grupta incelenir (53, 56, 57, 58, 59).

a- Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri

İnsanın temel gereksinimlerini kapsayan tüm-temel günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Orem'e göre evrensel öz-bakımı gereksinimlerini şöyledir:

Yeterli hava, su ve besinin temin edilmesi, boşaltım ile ilgili bakımın sağlanması, hareket ve dinlenme ile yalnızlık ve sosyal ilişkiler arasındaki dengenin sağlanmasıdır, yaşama ve iyiliğe yönelik tehditlerin önlenmesidir.

b- Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri

İnsanoğlunun yaşamı pek çok evreden oluşmaktadır, örnek olarak şunları verebiliriz: adölesan dönemi, hamilelik, kronik hastalıklar, yakın akraba ve arkadaşların kaybı, sakatlık. İnsan gelişimini olumsuz yönde etkileyen olaylar ve koşullar karşısında sağlığa zararlı etkilere karşı korumayı sağlayan gereksinimlerdir.

c- Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri

Birey, sağlık durumundaki gereksinimleri karşılayamadığında öz-bakıma gereksinim duyar. Orem, sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimini, yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinim duyulan öz-bakım ihtiyacı olarak tanımlamaktadır.

2.3.2 Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımının amacı, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak olmalıdır. İlaç tedavisi, diyet ve egzersiz programları bakımın en önemli öğeleridir. Hemşire öncelikle hastane ortamında hastanın tedavi ve bakıma yanıtını izler, daha sonraki izlemlerde önerileri evde bakıma yönelik olur. Ayrıca hemşireler hastanın yaşam tarzını da değerlendirir. Hastanın yaşı, mesleği, kişiliği, aile ortamı,

tedavi ve bakımda işbirliği isteği ve yanıtını da göz önünde bulundurur (47). Hemodiyaliz hastalarına verilecek hemşirelik bakımının ana unsurları ise aşağıda verilmiştir (47, 60, 61):

- a- *Hastanın aldığı çıkardığı sıvı, vücut ağırlığı ve ödem takibi:* Hemodiyaliz hemşiresi hastanın aldığı sıvı miktarını, vücut ağırlığını ve hemodiyaliz ile çekilen sıvı miktarını bilmelidir, yoksa uygunsuz sıvı çekimine bağlı olarak, diğer bir deyişle sıvının çok veya az çekilmesine bağlı olarak hipovolemi veya hipervolemi gelişebilir. Bu nedenle hemodiyaliz seansına alınmadan önce hasta tartılarak vücut ağırlığı ve ödem durumu değerlendirilmelidir.
- b- *Arteriyel kan basıncı, ateş, nabız, solunum takibi:* Hemodiyalize başlamadan önce hemodiyaliz hemşiresi tarafından hipotansiyon saptanırsa, hipotansiyon düzeltildikten sonra hemodiyalize başlanılır. Ayrıca hemodiyaliz sonrası hipotansiyon olması hastanın ani ölümüne neden olabilir. Hemşirenin hastada ateş saptaması katater, fistül enfeksiyonu ile ilişkili olabilir. Hastanın nabzının taşikardik veya bradikardik olması elektrolit dengesizliği, hipotansiyon ile ilişkili olabilir. Hastanın solunumunun hızlı ve derin olması hastanın acil hemodiyaliz ihtiyacına işaret edebilir. Bu riskler nedeniyle hemodiyaliz hastalarının saat başı yaşamsal bulgularının değerlendirilmesi gerekir. Hemodiyaliz tedavisi esnasında hastanın yaşamsal bulgularında kötüye gidiş saptandığı takdirde hasta monitörize edilmelidir.
- c- *İlaç ve beslenme tedavisine uyumu:* Hastanın ilaçlarını düzenli alıp almadığı hemodiyaliz hemşiresi tarafından sorgulanmalı, ilaçları nasıl kullanacağı hakkında eğitim verilmelidir. Hastaların uygun tıbbi beslenme programı ve yeterli şekilde beslenmelerinin yaşam kalitesini arttıracığı ve daha sağlıklı

yaşam sürecekleri hemşire tarafından hastalara anlatılmalı ve diyetine uyum sağlama durumu yakından izlenmelidir.

- d- *Cilt bütünlüğünün korunması:* Hemodiyaliz hastalarında ciltte kuruluk ve kaşıntı, cilt bütünlüğünün bozulmasına bağlı olarak enfeksiyonlar gelişebilir. Hemodiyaliz hemşiresi hastaya sık vücut banyosu yapmasının ve nemlendirici kullanılmasının önemini anlatmalı ve hastanın cildi kuruluk ve doku bütünlüğü açısından düzenli değerlendirilmelidir.
- e- *Laboratuvar bulgularının izlenmesi:* Hemodiyaliz hemşiresi hastaların kan biyokimyasını ve hemoglobin düzeylerini düzenli olarak izlemeli ve parametrelerde normalden sapma geliştiğinde doktoru uyarmalıdır. Ayrıca serum kreatinin ve üre düzeyleri hemodiyalize rağmen yüksek olduğu saptandığında, yetersiz hemodiyaliz açısından hemodiyaliz hemşiresi doktoru uyarmalıdır.
- f- *Öz-bakım engellerinin belirlenmesi:* Hemşire tarafından hastanın anlayışı ve algısı değerlendirilebilir. Hastanın öz bakım engellerinin giderilmesi için hastaya destek verilir.
- g- *Psikolojik destek sağlanması:* Hemodiyaliz hemşiresi hastaları dinlemeli ve bu etkileşimden ne beklediklerini sormalı, hastanın tedavi ve bakım programlarına aktif katılımını sağlamalı, önce hasta ve sonra hastanın hastalığı ile ilgilendiğini göstermeli, hastanın soruları cevaplanmalı, endişe ve korkuları giderilmeye çalışılmalı, gerektiğinde klinik psikolog ya da psikiyatrist ile işbirliği yapılmalıdır.

Hemodiyaliz hastalarında hemşirelik bakımının odağında bireyin hastalığına uyumunu sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak yer almaktadır. Güncel hemşirelik yaklaşımı ise bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyin kendi bakımında daha

katılımcı bir yaklaşımla yer almasını öngörmekte ve bireyi aktif olması için destekleyerek öz bakım yeteneğini güçlendirebilmek amacıyla gereksinim duyduğu yardımı sunmayı içermektedir (62). Bu doğrultuda hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirildiği ve Türkiye’de 2002-2015 yılları arasında yapılan bazı araştırmalarda (12, 63, 64, 65, 66, 67) hastaların öz bakım gücünün orta hatta düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmalarda elde edilen bu sonuçlar hastaların verilen bakım kapsamında öz bakım gücünün desteklenmesi gerektiğini net biçimde ortaya koymaktadır. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün değerlendirildiği ve ulaşılabilen bazı araştırmalar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Konuyla İlgili Yapılmış Çalışmalar (12, 17, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme aracı	Yer ve Örneklem	Bulgular
Kılıç ve Alpar (68)	2016	Hemodiyaliz Hastalarında Grup Eğitiminin Stres Yönetimine, Psikososyal Durumuna ve Öz Bakım Gücüne Etkileri	Hemodiyaliz hastalarında grup eğitiminin stres yönetimine, psikososyal durumuna ve öz bakım gücüne etkilerinin belirlemek	<ul style="list-style-type: none"> Sosyo demografik özellikler anketi Hemodiyaliz hastaları için öz bakım gücü değerlendirme ölçeği cronbach alfa=0.88 Psikososyal uyum hastalık skalası (SR) cronbach alfa=0.94 Hemodiyaliz Stres Skalası cronbach alfa=0.91 	KKTC’de 2 devlet hastanesinde 100 hemodiyaliz hastası ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Hastaların öz bakım gücü puan ortalaması eğitim öncesi 16.20 ± 7.22 iken eğitim sonrası 31.46 ± 4.01’e yükselmiştir. Grup eğitiminden sonra hastalarda depresyona sebep olan stresörlerin azaldığı saptanmıştır. Öz bakım gücü puan ortalaması çalışan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Yaş, medeni durum ve cinsiyet ile psikososyal uyum hastalık skalası arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 2 (Devam)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme aracı	Yer ve Örneklem	Bulgular
Alemdar ve Pakyüz (63)	2015	Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi	Bu araştırma kronik hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan Öz bakım gücü ölçeği, cronbach alfa=0.87 • Korkut tarafından Türkçeye uyarlanmış olan Yaşam kalitesi endeksi-Diyaliz 3 versiyonu, cronbach alfa=0.93 	Bir üniversite hastanesi ve iki özel diyaliz merkezinde 162 kronik hemodiyaliz hastası ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 58.08±12.93 • %79.6'sı evli • %67.3'ü ilkokul mezunu • Öz bakım gücü puan ortalaması 102.78±18.81 • Cinsiyet ve öz bakım gücü arasında anlamlı fark bulunmamıştır. • Medeni durum ve eğitim durumu ile öz bakım gücü arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Evlilerin öz bakım gücü bekarlardan yüksek bulunmuştur. Okuryazar olmayanların özbakım gücü puanlarının diğer eğitim guruplarının puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme aracı	Yer ve Örneklem	Bulgular
Rahimi ve arkadaşları (69)	2014	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Eğitiminin Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi	Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen öz bakım eğitiminin öz yeterlilik düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • 15 sorudan oluşan öz yeterlilik ölçen bir anket uygulanmış, cronbach alfa=0.87 	İran'da 60 hemodiyaliz hastası	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 47.46±9.77 • Hemodiyaliz tedavisi alma süresi ortalaması 7.24±5.44 • %65.0'i kadın • %80.0'i bekar • Eğitim verilen müdahale grubunun öz bakım puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. • Eğitim düzeyi anlamlı ancak yaş ve cinsiyet ile öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
Rayyani ve arkadaşları (70)	2014	Günay Doğu İran'da Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Gücü Öz Yeterliliği ve Yaşam Kalitesi	Bu çalışmanın amacı Günay Doğu İran'da hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım gücü öz yeterliliği ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.	<ul style="list-style-type: none"> • Öz bakım gücünü ve öz yeterliliği ölçen, insan sağlığını geliştirmek için kullanılan stratejiler (SUPPH) ölçeği, cronbach alfa=0.96 • SF36 anketi kullanılmıştır. 	Güney Doğu İran'da 60 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • %88.3'ü evli • %53.3'ü çalışmıyor • Yaş ve eğitim seviyesi ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır. • Yaş arttıkça öz bakım gücünün düştüğü bulunmuştur. • SF36'da fiziksel sağlık skoru 45.52 ± 19.26 • SF36'da mental sağlık skoru 46.27 ± 19.72 • SUPPH total skoru 2.94 ± 0.69

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme aracı	Yer ve Örneklem	Bulgular
Ören ve Enç (71)	2014	Türkiye’de Uzun Süre Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Testi	Bu çalışmanın amacı uzun süre diyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin test edilmesidir.	<p>Öz bakım gücü ölçeği</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemodiyaliz tedavisi alanlarda cronbach alfa=0.75 • Periton diyalizi tedavisi alanlarda cronbach alfa=0.72 	Türkiye’de 5 farklı diyaliz ünitesinde tedavi gören 175 hemodiyaliz ve 125 periton diyalizi hastaları ile yapılmıştır.	<p>Hemodiyaliz hastalarının</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 47.56±15.32 • Diyalize girme süresi ortalaması 7.87±5 • %60.6’sı evli • %68.0’i işsiz • %76.0’sı ailesiyle birlikte yaşıyor <p>Periton diyalizi hastalarının</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 46.44 ± 14.57 • Diyalize girme süresi ortalaması 3.78 ± 2.9 • %65.6’sı evli • %57.6’sı işsiz • %84.8’i ailesiyle birlikte yaşıyor

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme aracı	Yer ve Örneklem	Bulgular
Akın ve arkadaşları (64)	2013	Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Yorgunluk ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin Araştırılması	Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz hastalarında öz bakım yorgunluk ve yalnızlık arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Görsel yorgunluk skalası (VAFS) cronbach alfa=0.87, Yalnızlık skalası (UCLA) cronbach alfa=0.81 Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanan Öz bakım gücü ölçeği cronbach alfa=0.95 	Türkiye’de 325 hemodiyaliz hastası ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Yaş ortalaması 55.88±15.56 %51.7’si erkek %79.4’ü evli %9.5’i günlük aktiviteleri için başka birisine bağımlı Öz bakım gücü puan ortalaması 87.46±26.43 Cinsiyet, medeni durum, yaş grubu, eğitim seviyesi, gelir durumu ve çalışma durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır. Öz bakım gücü kadınlarda (83.29±25.25) erkekler (91.35±26.98) göre daha düşük çıkmıştır. 60 yaş ve üzerinde (78.70±28.37) öz bakım puanı düşmektedir. Eğitim durumu lisans ve lisans üstü (104.06±21.95) olanlarda öz bakım gücü puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi düşüğe (70.27±30.59) öz bakım gücü puan ortalaması düşmektedir.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Muz ve Eğlence (72)	2013	Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi	Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin irdelenmesi, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği cronbach alfa=0.86 Yeşilbalkan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan genel öz yeterlilik ölçeği cronbach alfa=0.93 	Nevşehir Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Kapadokya Diyaliz Merkezi'nde 117 hemodiyaliz hastası ile yapılmıştır	<ul style="list-style-type: none"> Yaş ortalaması 57.15±14.50 %72.6'sının gelir durumu orta düzeyde %53.0'ünün 0-6 yıldır KBY hastası olduğu %88.0'inin haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi aldığı %40.7'sinin KBY dışında başka bir kronik hastalığının olduğu bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına, gelir durumlarına ve yaşadıkları yere göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Okuryazar olan grubun, gelir durumu kötü olan bireylerin ve köyde yaşayan bireylerin öz bakım gücü puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Wang ve Chiou (73)	2011	Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım ve Güçsüzlük Üzerine İnteraktif Multimedya CD'lerinin Etkisi	Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz-bakım ve güçsüzlük üzerine interaktif multimedya cd'lerinin etkisinin incelenmesi	<ul style="list-style-type: none"> Güçsüzlük tespit ölçeği (PAT) cronbach alfa=0.77 Öz bakım bilgi skalası cronbach alfa=0.78 Öz bakım davranışları skalası cronbach alfa=0.74 	Tayvan'da 60 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Yaş ortalaması 50.13±14.75 %63.3'ü kadın %70.0'i evli %90.0' çalışan Öz bakım davranışları skalası deney gurubu puan ortalaması 65.20±8.49, kontrol grubu puan ortalaması 67.60±9.16 Öz bakım bilgi skoru deney grubunda 13.07±3.12, kontrol grubunda 13.83±3.75 PAT deney grubunda puan ortalaması 30.50±6.56, kontrol grubunda 32.33±7.27 Eğitim CD'lerinin izlenmesi sonucunda öz bakım gücünün artmasına bağlı olarak olumsuz semptomlarda azalma görülmüştür.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Aylaz ve Erci (65)	2010	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz Bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi	Bu araştırma, sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz bakım gücüne ve diyalize bağlı enfeksiyonlardan korunmalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanan öz bakım gücü ölçeği 	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp merkezi SAPD Ünitesi'nde 54 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Yaş ortalaması 48.09±13.17 %79.6'sı evli %72.2'si eş ve çocukları ile yaşıyor %58.3'ünün başka bir kronik hastalığı var Bakım öncesi öz bakım gücü puan ortalaması 55.16±10.91 olarak bulunmuş Bakım sonrası öz bakım gücü puan ortalaması 61.88±8.19 olarak bulunmuştur.
Kral (74)	2010	Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi	Bu çalışma, kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Kişisel Bilgi Formu Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği 	K.K.T.C'de bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve Mağosa Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitelerinde 90 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Hastaların yaşam kalitesi puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir %55,6'sını erkek, cinsiyet ile hastaların yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Medeni durumun yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği saptanmıştır.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Bağ ve Mollaoğlu (75)	2009	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Bakım ve Öz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında öz bakım ve öz yeterliliğini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir.	<ul style="list-style-type: none"> • Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği • Yeşilbakan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan genel öz yeterlilik ölçeği 	Sivas'ta 125 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Öz bakım gücü puan ortalaması 99.86 ± 15.30 • Öz bakım gücü ile eğitim, iş sahibi olma, yüksek gelir düzeyi ve hemodiyalize girme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. • Lise ve üstü eğitim gören bireylerin (104.8 ± 14.6), çalışan bireylerin (104.7 ± 13.0), yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin (104.6 ± 13.3) ve hemodiyalize girme sıklığı haftada 2 gün olan bireylerin (103.9 ± 13.1) öz bakım gücü puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. • Yaş, diyalize girme süresi, başka bir kronik hastalığı olma durumu, medeni durum, yaşadığı yer ve cinsiyet ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. • 41-51 yaş arasında olan bireylerin (107.8 ± 10.9) ve erkeklerin (102.5 ± 15.4) öz bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Mau ve arkadaşları (76)	2008	Tayvanlı Diyaliz Hastalarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Diyaliz Yönteminin Etkileri	Bu araştırmanın amacı Tayvanlı diyaliz hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine diyaliz yönteminin etkilerinin incelenmesidir.	SF36 ölçeği kullanılmıştır.	Tayvan'da 58 periton diyalizi tedavisi alan hasta ve 186 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaş ortalaması 53.0±13.0 • Hemodiyaliz hastalarının %43.9'u erkek, %84.4'ü evli ve %30.6'sı çalışan • Hemodiyaliz hastalarında böbrek yetmezliğinde primer neden olarak DM %31.2, periton diyalizinde %13.8'dür. • Yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve hangi diyaliz tedavisi aldığı ile yaşam kalitesi arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. • Yaş ortalaması daha genç olanlar iş sahibi olanlar ve periton diyalizi tedavisi alanların yaşam kalitesi puanı daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Unsar ve arkadaşları (66)	2007	Diyaliz Hastalarında Öz-Bakım	Bu araştırmanın amacı diyaliz hastalarında öz bakım gücünü etkileyen faktörlerinin saptanmasıdır.	Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği kullanılmıştır. cronbach alfa=0.87	Edirne’de 77 hemodiyaliz hastası ve 15 periton diyalizi hastası ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 52.07 ± 14.96, • %56.5’i erkek, • %64.1’i ilk ve orta öğretim mezunu, • %84.4’ü evli • %64.1’i ilkokul ve ortaokul mezunu, • Öz bakım gücü puan ortalaması hemodiyaliz hastalarında 112.43 ± 18.35, periton diyalizi hastalarında 119.27 ± 17.55, • Cinsiyet ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Erkeklerde (119.27 ± 10.80) öz bakım gücü kadınlara (113.09 ± 10.76) göre daha yüksek bulunmuştur. • Medeni durum, eğitim durumu ve yaş ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Karabulutlu ve Tan (67)	2005	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi	Bu araştırma SAPD hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Pınar tarafından Türkçeye uyarlanmış olan SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği cronbach alfa=0.88 	Erzurum'da 46 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> Öz bakım gücü puan ortalaması 101.15±20.73 Erkek hastaların (105.28±21.71) öz bakım gücü puan ortalaması kadın hastalardan (96.23±18.83) yüksek bulunmuştur fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Yaş, medeni durum, eğitim durumu ve meslek ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur fakat 35-45 yaş grubunda (105.08 ±19.76), evli (102.00±17.03), ortaokul mezunu (113.00±14.51) ve emekli (116.18±20.73) olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Kıyak ve Ergüney (12)	2002	Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi	Bu araştırma hemodiyalize devam eden hastaların sosyodemografik özelliklerini, öz bakım gücünü ve öz bakım gücüne etki eden etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği kullanılmıştır.	Erzurum'da 76 hemodiyaliz hastası ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Öz bakım gücü puan ortalaması 107.42 ± 13.03 • Medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, eşinin öğrenim durumu ve diyetine uygun beslenme ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. • Evli (108.49 ± 12.52), çalışan (113.64 ± 13.61), gelir durumu iyi olan (112.46 ± 15.11), eşinin öğrenim durumu lise mezunu olan (126.50 ± 3.54) ve diyetine uygun beslenen (115.22 ± 10.44) hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2 (Devamı)

Yazar Adı	Yılı	Araştırma adı	Amaç	Ölçme araçları	Yer ve Örneklem	Bulgular
Akyol ve Karadakovan (17)	2002	Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi	Bu çalışma hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmış olan öz bakım gücü ölçeği • SF36 yaşam kalitesi ölçeği 	İzmir'de 25 hasta ile yapılmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş ortalaması 45.08 ± 1.28 • %56.0'sı erkek • Öz bakım gücü yüksek düzeyde (129.08) belirlenmiştir. • Cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. • Erkeklerin (130.00 ± 12.61), bekar olan (136.00 ± 14.49), 29-40 yaş grubunda olan (139.00 ± 11.81) ve ilköğretim mezunu olan (130.00 ± 25.99) hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları diğer hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına bağlı Hemodiyaliz Ünitesi bulunan üç devlet hastanesinde Kasım 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi (Dr. BNDH) HD ünitesinde 19 hemşire çalışmakta ve 25 yatak bulunmaktadır. Pazar günleri hariç haftanın 6 günü hizmet verilmektedir. Hemşireler 07.00-15.00 ve 15.00-23.00 saatlerinde 2 vardiya şeklinde çalışmaktadır. Sabah vardiyalarında 6, akşam vardiyalarında 5 hemşire çalışmaktadır. Hastalar ise 08.00-12.00, 13.00-17.00 ve 18.00-22.00 saatlerinde 3 vardiya şeklinde diyalize alınmaktadır.

Gazi Mağusa Devlet Hastanesi (GDH) hemodiyaliz ünitesinde 6 hemşire çalışmakta ve 10 yatak bulunmaktadır. Pazartesi ve Cuma günleri hastalar 07.00-11.00, 11.30-15.30 ve 16.00-20.00 saatlerinde üç vardiya şeklinde Salı, Çarşamba, Perşembe ve Cumartesi günleri ise 07.00-11.00 ve 11.30-15.30 saatlerinde iki vardiya şeklinde hemodiyalize alınmaktadır. Hemşireler ise hastaların 3 vardiya alındığı günlerde 07.00-14.00 ve 14.00-21.00 saatlerinde, hastaların 2 vardiya alındığı günlerde ise 07.00-14.00 ve 11.00-18.00 saatlerinde çalışmaktadırlar.

Girne Akçiçek Devlet Hastanesi (GADH) hemodiyaliz ünitesinde 4 hemşire çalışmakta ve 10 yatak bulunmaktadır. Pazartesi Çarşamba ve Cuma günleri hastalar 07.00-11.00 ve 12.00-16.00 saatlerinde iki vardiya şeklinde, Salı, Perşembe ve Cumartesi günleri ise 07.00-11.00 saatlerinde tek vardiya şeklinde hemodiyalize alınmaktadır. Hemşireler ise hastaların hemodiyalize 2 vardiya şeklinde alındığı günlerde 07.00-14.00 ve 10.30-17.30 saatlerinde 2 vardiya ve hastaların hemodiyalize tek vardiya alındığı günlerde ise 07.00-14.00 saatlerinde tek vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Hemodiyaliz hemşiresi, hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer ve diyalizati hazırlar, arteriovenöz fistül girişimini yapar, hemodiyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartar, hemodiyaliz öncesinde ve süresince yaşam bulgularını kontrol eder, doktorun yazılı imzalı istemini, tedaviyi hemşire gözlem formuna kaydeder ve uygulanması gereken tedaviyi uygular ve kaydeder, etki ve yan etkilerini gözler ve komplikasyonlara karşı önlem alır. Bunların yanı sıra diyaliz hemşiresi danışmanlık ve eğitici rollerini de kullanmak durumundadır. Hastaya hastalığı, hastalığın seyri, hemodiyaliz tedavisi, komplikasyonları günlük yaşam aktivitelerinin planlanmasında nasıl bir yol izleyeceği konusunda eğitimler verir. Hasta ile ilgili gözlemlerini ekip üyeleri ile paylaşarak hastaya bütüncül yaklaşım hizmeti sağlar.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, KKTC devlet hastanelerinin HD ünitelerinde Kasım 2016 tarihi itibarıyla tedavi gören 190 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış ve evren üzerinden çalışılmıştır ve araştırma katılmayı kabul eden 152 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.4 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- En az 6 aydır düzenli hemodiyaliz tedavisi alma,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- İletişim kurabilme.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1 Bağımlı Değişkenler

- Hastaların öz bakım gücü puan ortalaması

3.5.2 Bağımsız Değişkenler

- Hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, aile tipi, yerleşim yeri, çalışma durumu, birlikte yaşanılan kişiler ve gelir durumu)

3.6 Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları, Hasta Bilgi Formu (Ek 1) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği'ni (Ek 2) içermektedir

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmada kullanılacak olan Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda diyaliz tedavisi gören hastaların değerlendirildiği benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanmış olup, hastaların tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, aile tipi, yerleşim yeri, çalışma durumu, birlikte yaşanılan kişiler ve gelir durumu) ve hastalıkla ilgili bilgilerini (hemodiyaliz hastası olma süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısı, hemodiyaliz tedavisi için ulaşımı nasıl sağladığı, hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlerde yardım eden kişi ve kronik böbrek yetmezliği dışında hastalık varlığı) içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği: Öz Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olup, Türkiye Cumhuriyeti'nde Nahçıvan

(1993,2004) tarafından Türkçeye 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. Ölçekten alınan 82 puan ve altı düşük, 82- 120 puan arası orta, 120 puanın üstü yüksek öz-bakım gücü olarak değerlendirilmektedir. En yüksek puan, öz bakım gücünün en büyük derecesini gösterir. Puan değeri arttıkça hastaların öz-bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı ise; 0.89 olarak bulunmuştur (14). Ölçeğin kullanılabilmesi için Türkiye Cumhuriyeti'nde geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Nursen Nahçıvan'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek 3).

Bu araştırmada, araştırmacı tarafından toplanan verilerin iç tutarlılığının incelenmesi amacıyla yapılan Cronbach alfa testi sonucunda Öz-Bakım Gücü Ölçeğine ait Cronbach alfa katsayısının 0.87 olduğu saptanmıştır.

3.7 Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri hemodiyaliz ünitelerinde hastaların hemodinamik göstergelerinin stabil olduğu hemodiyalizin ilk bir saati içinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmacı hastalara kendisini tanıttıktan sonra araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi hakkında bilgi vererek gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” nu (Ek 4) vermiştir ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. İzin formu hastalardan geri alındıktan sonra

araştırmanın veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Veri toplama formu hastaların ortalama 15-20 dakika zamanını almıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada anket formundan elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmesi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı yardımıyla yapılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hemodiyaliz hastalarının tanıtıcı özelliklerinin ve hastalık ile ilgili özelliklerinin belirlenmesinde frekans kullanılmış ve elde edilen bulgular frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeğinde yer alan her bir önermeden ve ölçek genelinden aldıkları puanlara ait ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırmada kullanılacak olan hipotez testlerini belirlemek amacıyla hastaların Öz-Bakım Gücü ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi, Shapiro-Wilks testi, QQ plot grafiği ve çarpıklık-basıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan testler sonucunda veri seti normal dağılıma uymadığından nonparametrik hipotez testleri kullanılmış olup bağımsız değişkenin iki kategoriden oluştuğu durumlarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategoriden oluştuğu durumlarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın sonuçları Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yalnızca devlet hastanelerinde HD tedavisi alan hastalara genellenebilir.

3.10 Araştırmanın Etik Uygunluğu

Araştırmanın yapılabilmesi için DAÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Sayı:ETK00-2016-0179, Tarih:21.11.2016) (EK 5) uygunluk onayı ve HD tedavisi alan hastalarla çalışabilmek için KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi

Kurumları Dairesi'nden (Sayı:YTK.0.00-1/2013-16/5214, Tarih:14.10.2016) (EK 6) yazılı izin ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan (Sayı:YTK.1.01, Tarih:13 Kasım 2017) (EK 7) uygunluk onayı alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan ise yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur (EK 4) alınmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 3: Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=152)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
50 yaş ve altı	30	19.7
51-70 yaş arası	69	45.4
71 yaş ve üzeri	53	34.9
Ortalama±Std. Sapma	63.84±14.81	
Cinsiyet		
Kadın	67	44.1
Erkek	85	55.9
Medeni durum		
Evli	119	78.3
Bekar	33	21.7
Eğitim durumu		
Bir okul bitirmemiş	28	18.4
İlkokul	62	40.8
Ortaöğretim	49	32.2
Lisans/Lisansüstü	13	8.6
Eşin eğitim durumu (n=119)		
Bir okul bitirmemiş	18	15.1
İlkokul	49	41.2
Ortaöğretim	41	34.5
Lisans/Lisansüstü	11	9.2
Aile tipi		
Çekirdek aile	116	76.3
Geniş aile	36	23.7
Yerleşim yeri		
Köy	71	46.7
Kasaba	18	11.8
Kent	63	41.5
Çalışma durumu		
Tam gün çalışan	3	2.0
Yarım gün çalışan	6	3.9
Çalışmayan	143	94.1

Tablo 3 (Devam)

Tanıtcı özellikler	Sayı	Yüzde
Birlikte yaşanan kişiler		
Eş ve çocuklarla	68	44.7
Anne-baba ile	7	4.6
Çocuklarla	12	7.9
Yalnız	10	6.6
Diğer*	55	36.2
Gelir durumu		
Kötü	13	8.6
Orta	103	67.8
İyi	36	23.6

*Bakıcı, yalnızca eşi, kardeşi

Hastaların %45.4'ü 51-70 yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 63.84 ± 14.81 'dir. Hastaların %55.9'unun erkek, %78.3'ünün evli, %40.8'inin ilkokul mezunu, evli hastaların ise %41.2'sinin eşinin ilkokul, %34.5'inin ise ortaöğretim mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların %76.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %46.7'sinin köyde yaşadığı, %94.1'inin çalışmadığı, %44.7'sinini eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve %67.8'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri (n=152)

Hastalığa ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
Hemodiyaliz hastası olma süresi		
6-12 ay	25	16.5
1-4 yıl arası	73	48.0
5-9 yıl arası	30	19.7
10 yıl ve üzeri	24	15.8
Haftalık hemodiyaliz seans sayısı		
Haftada 2 kez	10	6.6
Haftada 3 kez	142	93.4
Hemodiyaliz tedavisi için ulaşımı sağlama		
Servis ile	50	32.9
Kendi imkanları ile	102	67.1
Ev işlerinde yardım eden kişi		
Eş ve çocuklar	41	27.0
Eş	45	29.6
Hiç kimse	20	13.2
Çocuklar	16	10.5
Anne ve kardeşler	6	3.9
Diğer*	24	15.8
Kronik böbrek yetmezliği dışında hastalık		
Var	97	63.8
Yok	55	36.2

* Bakıcı, yalnızca eşi, kardeşi

Hastaların %48.0'inin 1-4 yıldan beri hemodiyaliz hastası olduğu, %93.4'ünün haftada 3 kez hemodiyalize girdiği, %67.1'inin hemodiyaliz tedavisi için ulaşımını kendi imkanlarıyla sağladığı saptanmıştır. Hastaların %29.6'sının hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yalnızca eşinin yardımcı olduğu, %13.2'sine ise kimsenin yardımcı olmadığı saptanmıştır. Hastaların %63.8'inde kronik böbrek yetmezliği dışında başka hastalıklarının da olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5: Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları (n=152)

	n	\bar{x}	s	Medyan	Min	Max
Öz Bakım Gücü Ölçeği	152	109.4	18.1	113	36	140

Hastaların ölçekten aldıkları puan ortalamasının 109.4 ± 18.1 olduğu görülmüştür.



Şekil 1: Hastaların Öz-Bakım Gücü düzeylerine göre dağılımı

Hastaların %7.0'sinin öz-bakım gücünün düşük, %65.0'inin orta ve %28.0'inin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları (n=152)

Tanıtıcı Özellikler	n	\bar{x}	s	X ² /Z	p	Fark
Yaş Grubu						
50 yaş ve altı	30	108.2	23.9			
51-70 yaş arası	69	111.8	15.9	2.500	0.287	
71 yaş ve üzeri	53	106.8	16.8			
Cinsiyet						
Kadın	67	104.5	21.3			
Erkek	85	113.2	14.0	-2.292	0.022*	
Medeni durum						
Evli	119	111.7	15.1			
Bekar	33	100.8	24.5	-2.211	0.027*	
Eğitim durumu						
Bir okul bitirmemiş	28	98.6	20.2			1-2
İlkokul	62	111.4	15.8			1-3
Ortaöğretim	49	112.2	17.1	12.664	0.005*	1-4
Lisans/Lisansüstü	13	112.2	20.7			
Eşin eğitim durumu						
Bir okul bitirmemiş	18	105.2	19.9			
İlkokul	49	113.6	12.7			
Ortaöğretim	41	112.9	14.2	2.177	0.536	
Lisans/Lisansüstü	11	109.7	18.7			
Aile tipi						
Çekirdek aile	116	110.4	16.9			
Geniş aile	36	106.1	21.4	-1.106	0.269	
Yerleşim yeri						
Köy	71	106.9	19.3			
Kasaba	18	108.8	13.9	2.502	0.286	
Kent	63	112.3	17.5			
Çalışma durumu						
Tam gün çalışan	3	111.0	23.6			
Yarım gün çalışan	6	115.7	4.8	0.419	0.811	
Çalışmayan	143	109.1	18.4			
Birlikte yaşanan kişiler						
Eş ve çocuklarla	68	111.6	15.5			1-2
Anne-baba ile	7	82.3	32.6			2-4
Çocuklarla	12	103.4	16.2	10.173	0.038*	2-5
Yalnız	10	115.1	8.3			
Diğer**	55	110.3	17.7			
Gelir durumu						
Kötü	13	104.7	25.0			
Orta	103	110.8	16.1	1.373	0.503	
İyi	36	106.9	20.4			

*p<0.05

** Bakıcı, yalnızca eşi, kardeşi

Yaşları 51-70 arasında olan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları (\bar{x} =111.8±15.9), 50 yaş ve altı (\bar{x} =108.2±23.9) ve 71 yaş ve üzeri

($\bar{x}=106.8\pm 16.8$) olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Eşi ilk okuldan mezun olanların puanları ($\bar{x}=113.6\pm 12.7$), eşi bir okul bitirmemiş ($\bar{x}=105.2\pm 19.9$), ortaöğretim ($\bar{x}=112.9\pm 14.2$) ve lisans/lisansüstü ($\bar{x}=109.7\pm 18.7$) eğitim görmüş olan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Çekirdek ailede yaşayan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=110.4\pm 16.9$) geniş ailede ($\bar{x}=106.1\pm 21.4$) yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Kentte yaşayan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=112.3\pm 17.5$), köyde ($\bar{x}=106.9\pm 19.3$) ve kasabada ($\bar{x}=108.8\pm 13.9$) yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Yarım gün çalışan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=115.7\pm 4.8$), tam gün çalışan ($\bar{x}=111.0\pm 23.6$) ve çalışmayan ($\bar{x}=109.1\pm 18.4$) hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Gelir durumu orta olan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=110.8\pm 16.1$) gelir durumu kötü ($\bar{x}=104.7\pm 25.0$) ve gelir durumu iyi ($\bar{x}=106.9\pm 20.4$) olan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Ancak hastaların yaş gruplarına, eşinin eğitim durumuna, aile tipi, yerleşim yerine, çalışma durumlarına ve gelir durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaları cinsiyetleri ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. ($p<0,05$). Erkek hastaların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Evli olanların bekarlara göre daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu fark, bir okul bitirmemiş hastalardan kaynaklanmaktadır. Bir okul bitirmemiş hastaların ölçek puan ortalamaları ($\bar{x}=98.6\pm 20.2$) diğer hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Anne ve babası ile yaşayan hastaların ölçek puanları ($\bar{x} = 82.3 \pm 32.6$), eř ve çocuklarıyla ($\bar{x} = 111.6 \pm 15.5$), çocuklarıyla ($\bar{x} = 103.4 \pm 16.2$) yalnız ($\bar{x} = 115.1 \pm 8.3$) ve diğer kişilerle ($\bar{x} = 110.3 \pm 17.7$) yaşayan hastalardan daha dūřuktur.

Tablo 7: Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=152)

	n	\bar{x}	s	X^2/Z	p	Fark
Hemodiyaliz hastası olma süresi						
6-12 ay	25	115.3	12.3			
1-4 yıl arası	73	109.7	19.1	4.015	0.260	
5-9 yıl arası	30	105.6	18.9			
10 yıl ve üzeri	24	106.8	18.3			
Haftalık hemodiyaliz seans sayısı						
Haftada 2 kez	10	103.8	22.9	-0.784	0.433	
Haftada 3 kez	142	109.7	17.7			
Hemodiyaliz tedavisi için ulaşımı sağlama						
Servis ile	50	106.0	21.4	-1.134	0.257	
Kendi imkanları ile	102	111.0	16.0			
Hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlerde yardım eden kişi						
Eş ve çocuklar	41	110.8	17.5			1-4
Eş	45	114.9	12.1			1-5
Hiç kimse	20	114.3	12.4	13.533	0.019*	2-4
Çocuklar	16	99.6	19.5			2-5
Anne ve kardeşler	6	87.7	41.4			3-4
Diğer	24	104.3	16.8			3-5
KBY dışında hastalık						
Var	97	106.7	19.4	6.924	0.009*	
Yok	55	114.1	14.4			

* $p < 0.05$

Hemodiyaliz hastası olma süresi 6-12 ay olanların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x} = 115.3 \pm 12.3$), 1-4 yıldır ($\bar{x} = 109.7 \pm 19.1$), 5-9 yıldır ($\bar{x} = 105.6 \pm 18.9$) ve 10 yıl ve üzeri ($\bar{x} = 106.8 \pm 18.3$) yıldır hemodiyaliz hastası olanların puan ortalamalarından yüksektir. Haftada 3 kez hemodiyalize giren hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x} = 109.7 \pm 17.7$) haftada 2 kez ($\bar{x} = 103.8 \pm 22.9$) diyalize giren hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Hemodiyaliz tedavisi için ulaşımını kendi imkanları ile sağlayan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x} = 111.0 \pm 16.0$) servis ile ($\bar{x} = 106.0 \pm 21.4$) sağlayan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Ancak hastaların hemodiyaliz hastası olma süresine, haftalık hemodiyaliz seans sayısına ve hemodiyaliz tedavisi

için ulaşımı sağlama şekillerine göre ölçek puanları arasında anlamlılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yardım eden kişilere göre ölçek puanlarında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere çocukları yardımcı olan hastalar ($\bar{x} = 99.6 \pm 19.5$) ile anne ve kardeşlerinin ($\bar{x} = 87.7 \pm 41.4$) yardımcı olduğu hastaların ölçek puan ortalamaları, eş ve çocuklarının ($\bar{x} = 110.8 \pm 17.5$), yalnız eşlerinin ($\bar{x} = 114.9 \pm 12.1$) yardımcı olduğu ve hiç yardım ($\bar{x} = 114.3 \pm 12.4$) almayan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların ek bir hastalık varlığına göre ölçek puanlarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığı olanların ölçek puanları ($\bar{x} = 106.7 \pm 19.4$), olmayanlara ($\bar{x} = 114.1 \pm 14.4$) göre daha düşük saptanmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Hastaların %45.4'ü 51-70 arası yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 63.84 ± 14.81 'dir. Hastaların çoğunluğu erkek ve evlidir. Örneklemin %55.9'unu erkek hastalar, %40.8'inin ilkokul mezunları, %78.3'ünü ise evli olanlar oluşturmaktadır. Hastaların çok büyük bir kısmı (%94.1) herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %67.8'i gelir durumunun orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Muz ve Eğlence'nin (2013) (72) Nevşehir'deki 145 Hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile yapmış olduğu hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi konulu çalışmasında, bu çalışmaya benzer şekilde hastaların %55.6'sı erkektir. Ancak yaş ortalaması daha düşüktür (57.15 ± 14.50) ve %72.6'sının gelir durumu orta düzeydedir. Akın ve arkadaşları'nın (2013) (64) Türkiye'de 325 hemodiyaliz hastası ile yapmış olduğu, hemodiyaliz hastalarında öz bakım yorgunluk ve yalnızlık arasındaki ilişkinin araştırılması konulu çalışmasında, hastaların yaş ortalaması yine daha düşük olup 55.88 ± 15.56 'dır ve %51.7'si erkek, %79.4'ü evlidir. Wang ve Chiou'nin (2011) (73) Tayvan'da 60 hasta ile yapmış olduğu hemodiyaliz hastalarında öz bakım ve güçsüzlük üzerine interaktif multimedya CD'lerinin etkisi konulu çalışmasında hastaların yaş ortalaması bu araştırmadan oldukça düşüktür (50.13 ± 14.75). Örneklemin cinsiyet dağılımı da farklı olup %63.3'ü kadındır. Hastaların %70.0'i evlidir ve yine bu çalışmadan çok farklı olarak %90.0'ının halen çalışıyor olduğu bulunmuştur. Ören ve Enç'in (2014) (71) Türkiye'de 5 farklı diyaliz

ünitesinde tedavi gören 175 hemodiyaliz ve 125 periton diyalizi hastası ile yapmış olduğu Türkiye’de uzun süre diyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik testi konulu çalışmalarında hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması 47.56 ± 15.32 ile oldukça düşüktür. Hemodiyaliz hastalarının %60.6’sı evli ve %68.0’inin işsiz olduğu bulunmuştur.

Rahimi ve arkadaşlarının (2014) (69) yapmış olduğu çalışmada ise daha düşük yaş grubunda daha çok kadın ve daha yüksek oranda bekar hasta ile çalışılmıştır. Rahimi ve arkadaşları (2014) (69) İran’da 60 hemodiyaliz hastası ile yapmış olduğu hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım eğitiminin öz yeterlilik üzerine etkisi konulu çalışmasında hastaların yaş ortalaması 47.46 ± 9.77 , %65.0’inin kadın ve %80.0’inin bekar olduğu bulunmuştur.

Bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması, ulaşılabilen diğer araştırmalarda belirlenen yaş ortalamasından oldukça yüksektir. KKTC’de sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesinin Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabildiğini ve bu nedenle de hemodiyaliz uygulamasının da bu imkanlar doğrultusunda daha ileri evrelerde başladığı söylenebilir. Bunun yanısıra, KKTC’nde halen yürürlükte olan 14.10.2011 tarih ve 174 sayılı resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Kurumları Ücretler Tarifesi Tüzüğü” nün 2. kısım 3. maddesi (3/k) hükümleri gereğince hemodiyaliz hastaları, ücretsiz kategori dahilinde olup her türlü muayene, tetkik ve tedavi ücretleri KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır (77).

Hastaların hemen hemen yarısının (%48.0) 1-4 yıldan beri hemodiyaliz hastası olduğu, büyük çoğunluğunun (%93.4) haftada 3 kez hemodiyalize girdiği, %29.6’sının hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yalnızca eşinin yardımcı olduğu, %13.2’sine ise kimsenin yardımcı olmadığı saptanmıştır. Hastaların

çoğunluğunun (%63.8) kronik böbrek yetmezliği dışında başka hastalıklarının da olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Muz ve Eğlence'nin (2012) (72) çalışmasında hastaların %53'ünün 0-6 yıldır hemodiyaliz tedavisi almaları, %88.0'inin haftada 3 kez hemodiyalize girmeleri, %59.3'ünün KBY dışında başka bir kronik hastalığa sahip olmaları bizim çalışmamızdaki bulgularla benzerdir. Aylaz ve Erci'nin (2010) (65) Türkiye'de 54 sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hasta ile sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz bakım gücüne ve diyalize bağlı enfeksiyonlardan korunmalarına etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %40.7'sinin 4-7 yıldır periton diyalizi kullandıkları ve %58.3'ünün başka bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada hastaların %9.5'i günlük aktiviteleri için başka birisine bağımlı olduklarını bildirmişlerdir. Rahimi ve arkadaşlarının (2014) (69) yapmış oldukları çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi ortalaması 7.24 ± 5.44 olarak bulunmuştur. Ören ve Enç'in (2014) (71) yapmış oldukları çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyalize girme süresi ortalaması 7.87 ± 5 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmada günlük aktivitelerde diğer kişilere bağımlılığın yüksek bulunmasının nedeni olarak da hastaların yarısına yakınının hemodiyaliz tedavisine yeni başlamış olmalarından dolayı tedaviye henüz adapte olamamış olmaları düşünülmektedir.

Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 109.4 ± 18.1 olduğu (Tablo 5) ve hastaların yalnızca %7.0'sinin öz bakım gücünün düşük olduğu belirlenmiştir (Şekil 1). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde en yakın sonuç Kıyak ve Ergüney'in (2002) (12) yaptığı çalışmada

bulunmuştur. Kıyak ve Ergüney'in (2002) (12) Erzurum'da 76 hemodiyaliz hastası ile hemodiyalize devam eden hastaların sosyodemografik özelliklerini, öz bakım gücünü ve öz bakım gücüne etki eden etmenleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların öz bakım gücü puan ortalaması 107.42 ± 13.03 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan ve hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenen araştırmalardan örneklem özellikleri açısından bu araştırma ile benzer hastaları kapsayan bir diğer çalışma Alemdar ve Pakyüz (2015) (63) tarafından yapılmıştır. Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) (63) Türkiye'de 162 hemodiyaliz hastası ile kronik hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada öz bakım gücü puan ortalaması 102.78 ± 18.81 olarak bulunmuştur.

Karabulutlu ve Tan'ın (2005) (67) Erzurum'da 46 hasta ile sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada öz bakım gücü puan ortalaması 101.15 ± 20.73 olarak belirlenmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) Sivas'ta 125 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile hemodiyaliz hastalarında öz bakım ve öz yeterliliğini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada öz bakım gücü puan ortalaması 99.86 ± 15.30 , Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada ise öz bakım gücü puan ortalaması 87.46 ± 26.43 olarak saptanmıştır.

Unsar ve arkadaşlarının (2007) (66) Edirne'de 77 hemodiyaliz hastası ve 15 periton diyalizi hastası ile diyaliz hastalarında öz bakım gücünü etkileyen faktörlerinin saptanması amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların yaş

ortalaması 52.07 ± 14.96 olarak saptanmıştır ve hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü puan ortalaması 112.43 ± 18.35 olarak bulunmuşken, periton diyalizi hastalarında öz bakım gücü puan ortalaması 119.27 ± 17.55 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %64.1'i ilk ve orta öğretim mezunudur.

Öz bakım gücünün yüksek düzeyde olduğu hemodiyaliz hastaları ile yapılmış yalnızca bir araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırma ise Akyol ve Karadakovan (2002) (17) tarafından yapılmış olup hastaların öz bakım gücü puan ortalaması 129.08 ile yüksek düzeydedir. Ancak bu araştırmada yer alan hastaların yaş ortalaması da oldukça genç bir hasta grubunu göstermektedir (45.08 ± 1.28) ve hastaların %40.0'ı orta öğretim mezunudur.

Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama becerisi olarak ifade edilen öz bakım gücünün bireysel özelliklerle ilgili olduğu görüşü (53) göz önüne alındığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi benzer özellikler gösteren örneklem gruplarında benzer öz bakım gücü düzeyinin saptandığı düşünülebilir. Bu çalışmaya katılan hastaların özellikle yaş ortalaması, eğitim düzeyi gibi bireysel özellikleri ile benzer nitelikte olan araştırmalarda hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu gösteren puan ortalamaları belirlenirken daha genç yaş grubunun oluşturduğu örneklerde öz bakım gücü puan ortalamalarının yükseldiği söylenilebilir.

Hastaların öz bakım gücünün düşük düzeyde olduğu araştırmalar da mevcuttur. Aylaz ve Erci'nin (2010) (65) yapmış oldukları çalışmada evde bakım hizmetleri öncesi öz bakım gücü puan ortalaması 55.16 ± 10.9 , bakım sonrası öz bakım gücü puan ortalaması ise 61.88 ± 8.19 olarak bulunmuştur. Wang ve Chiou'nun (2011) (73) Tayvan'da yapmış oldukları çalışmada öz bakım gücü puan ortalaması deney gurubunda 65.20 ± 8.49 , kontrol gurubunda ise 67.60 ± 9.16 olarak bulunmuştur.

Kılıç ve Alpar'ın (68) (2016) 100 hemodiyaliz hastası ile hemodiyaliz hastalarında grup eğitiminin stres yönetimine, psikososyal durumuna ve öz bakım gücüne etkilerinin belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların öz bakım gücü eğitim öncesi 16.20 ± 7.22 iken eğitim sonrası 31.46 ± 4.01 'e yükselmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 6). Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) yapmış olduğu çalışmada da yaş ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak araştırmada daha genç yaş grubu olan 41-51 yaş grubunda olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Unsar ve arkadaşlarının (2007) (66), Rahimi ve arkadaşlarının (2014) (69) araştırmalarında da daha genç yaş grubundaki hastalar yer almaktadır ve yaş ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Karabulutlu ve Tan'ın (2005) (67) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup yaş gruplarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ancak örneklemin genç yaş grubunu oluşturan 35-45 yaş grubundakilerin puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışmanın yanı sıra çalışmamızı destekleyen bir diğer çalışma ise Akyol ve Karadakovan (2002) (17) tarafından yapılmıştır ve yaş gruplarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ancak örneklemin genç yaş grubunu oluşturan 29-40 yaş grubunda olan bireylerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Rayyani ve arkadaşlarının (2014) (70) İran'da yaptığı çalışmada ise yaş arttıkça puanların düştüğü belirlenmiştir. Gerek araştırmamızda elde edilen bulgular gerekse diğer araştırmaların sonuçları doğrultusunda bireylerin yaşlarının öz bakım gücü düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı fark göstermese de hastalara sunulacak

bakım hizmetlerinde hastaların yaşının göz önüne alınmasının verilecek bakımın kalitesini arttıracığı söylenilebilir.

Hastaların cinsiyeti ile ölçek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Erkeklerin ($\bar{x} = 113.2 \pm 14.0$) öz bakım gücü puan ortalaması kadınlara ($\bar{x} = 104.5 \pm 21.3$) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada da erkeklerde (91.35 ± 26.98), kadınlara (83.29 ± 25.25) göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Unsar ve arkadaşlarının (2007) (66) yapmış oldukları çalışmada da cinsiyet ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki fark anlamlı çıkmıştır, ve benzer şekilde erkeklerde (119.27 ± 10.80) öz bakım gücü kadınlara (113.09 ± 10.76) göre daha yüksek bulunmuştur.

Akyol ve Karadakovan'ın (2002) (17) İzmir'de 25 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada cinsiyet ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Karabulutlu ve Tan'ın (2005) (67) ve Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) yapmış oldukları çalışmada anlamlı farklılık bulunmamıştır. Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) (63) ve Rahimi ve arkadaşlarının (2014) (69) yapmış oldukları çalışmalarda da cinsiyete göre anlamlı farklılık görülmemiştir.

Ulaşılabilmiş olan bu çalışmaların bazılarında bizim çalışmamızdan farklı olarak cinsiyet ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamasa da tüm sonuçlara göre erkeklerin daha yüksek Öz bakım gücüne sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuç, toplumda kadınların üstlendiği sorumlulukların erkeklerden çok olmasından dolayı erkeklerin kendi öz bakımlarına

daha fazla zaman ayırdıkları ve kadınların da kendi öz bakımlarını ihmal ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların medeni durumu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0,05$) (Tablo 6). Evli olan hastaların ($\bar{x} = 111.7 \pm 15.1$) Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları bekar ($\bar{x} = 100.824.5$) olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) (63) yapmış olduğu çalışmada evlilerin öz bakım gücü bekarlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada da medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş fakat bekarların (90.70 ± 26.46) öz bakım gücü puan ortalaması evli (86.61 ± 26.40) hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaların bulgularına benzer şekilde Kıyak ve Ergüney'in (2002) (12) yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ve evli (108.49 ± 12.52) olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Buna karşın Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) ve Karabulutlu ve Tan'ın (2005) (67) yapmış oldukları çalışmalarda medeni duruma göre anlamlı farklılık görülmemiş, fakat bizim çalışmamızla benzer olarak evlilerin daha yüksek öz-bakım gücüne sahip olduğu görülmüştür. Unsar ve arkadaşlarının (2007) (66) yapmış oldukları çalışmada da medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Akyol ve Karadakovan'ın (2002) (17) yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuş ve bu araştırmadan farklı olarak bekar olan (136.00 ± 14.49) hastaların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Türk toplumunda evlilik kurumu büyük önem taşımaktadır. Evlilik kurumunda eşlerin

birbirlerine göstermiş oldukları sevgi, psikolojik ve sosyal desteğin yanı sıra evlilerin eş ve aile sorumluluğu üstlenmesi, hayata daha sıkı tutunmaya çalışması ve kendine daha iyi bakması, evli hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının bekarlarınkinden daha yüksek bulunmasına sebep olarak düşünülebilir.

Hastaların eğitim durumu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 6). Bir okul bitirmemiş hastaların ($\bar{x} = 98.6 \pm 20.2$) puanlarının düşük olduğu görülmüştür (Tablo 6). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde bulunan çalışmaların çoğunluğunda bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulmuştur. Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) (63) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların daha düşük özbakımgücüne sahip olduğu görülmüştür Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada da, eğitim seviyesi yükseldikçe puan ortalamalarında artma olduğu saptanmıştır.

Muz ve Eğlence'nin (2013) (72) yapmış oldukları okuryazar olan grubun (16.00-27.00) öz bakım gücü puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) yapmış oldukları çalışmada da öz bakım gücü ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki vardır ve lise ve üstü eğitim gören bireylerin (104.8 ± 14.6) öz bakım gücü puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Mau ve arkadaşlarının (2008) (76) Tayvan'da 58 periton diyalizi tedavisi alan hasta ve 186 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile Tayvanlı diyaliz hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine diyaliz yönteminin etkilerinin incelenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hastaların öz bakım gücü ile eğitim durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenen araştırmalar da mevcuttur. Karabulutlu ve Tan'ın

(2005) (67) yapmış oldukları çalışmada ortaokul mezunu (113.00 ± 14.51) olan hastaların daha yüksek ÖBG'ne sahip olduğu görülmüştür. Akyol ve Karadakovan'ın (2002) (17) yapmış oldukları çalışmada, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Unsar ve arkadaşlarının (2007) (66) yapmış oldukları çalışmada eğitim durumuna göre ölçek puanları farklılık göstermemiştir.

Eğitim düzeyi düşük ve özellikle formal eğitim almamış bireylerin, genel olarak entellektüel gelişim açısından beklenen düzeyin altında olabileceği ve bunun yanısıra gerek sağlık ile ilgili konularda, gerekse var olan sağlık düzeyinin korunması ve sürdürülmesi konularında yeterli bilgi ve beceriye de sahip olmada sorunları olabileceği gözöüne alındığında öz bakım gücü düzeylerinin daha düşük olmasının beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir. Buna karşın hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü düzeylerinin yükselmesi, bu bireylerin sağlıkla ilgili konularda bilgi, beceri ve farkındalıklarının arttığını, daha çabuk öğrenen, öğrendikçe sorgulayan, sorguladıkça araştıran, araştırdıkça bilimsel verilere ulaşan bireyler olmasını sağladığını, hastalığa uyum sürecini daha çabuk atlatabildiklerini ve öz bakım davranışlarını içselleştirebildiklerini düşündürmektedir.

Hastaların birlikte yaşanan kişilere göre ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Anne-babası ile yaşayan hastaların ölçek puan ortalamaları ($\bar{x} = 82.3 \pm 32.6$) diğer hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Tablo 6). Yapılan literatür incelemesinde bu bulgumuzla ilgili hiçbir veri bulunamamıştır ancak, Türk Toplumunun genel yapısı çocuk-ebeveyn ilişkisi açısından göz önüne alındığında koruyucu aile yapısının bireyin öz bakım gücü yeteneğini kullanmasında etkili bir faktör olduğu ve ailenin koruyucu yaklaşımı nedeniyle anne-baba ile birlikte yaşayan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Hemodiyaliz hastası olma süresi 6-12 ay olanların puanları daha yüksek görülmüştür (Tablo 7). Konuyla ilgili yapılan incelemelerde Bağ ve Mollaoğlu'nun (2009) (75) yapmış olduğu çalışmada bizim araştırmamıza benzer olarak diyalize girme süresi ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hemodiyaliz tedavisi alma süresi 0-12 ay (100.8 ± 16.3) olan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması diğer hastalardan yüksek bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak diyalize girme sıklığı ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Karabulutlu ve Tan'ın (2005) (67) yapmış olduğu çalışmada diyalize başlama süresi ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Fakat diyalize başlama süresi 3-4 yıl olan hastaların (107.25 ± 21.55) ölçek puanları daha yüksektir.

Hemodiyaliz tedavisinin ilk yılında olan hastaların öz bakım gücünün daha yüksek düzeyde belirlenmesini henüz hastalıkları ile ilgili diğer sağlık sorunlarının yaşanmamasının, erken dönemde böbrek nakli ile eski sağlığına kavuşacağını düşünmesinin ve bu nedenle daha umutlu olması etkilediği düşünülebilir çünkü hastaların hemodiyalize girme süreleri uzadıkça ortaya yeni kronik hastalıkların (Diyabet, Hipertansiyon, Aritmiler, Cinsel fonksiyon bozuklukları, Koroner arter hastalıkları vb.) çıkması, hemodiyaliz sıklığı az olduğunda yetersiz diyaliz nedeniyle üremi, hipervolemi, akciğer ödemi, plevral effüzyon, hiperpotasemi vb. sorunların yaşanması ve hastaların iyileşme ümitlerinin giderek azalması hastaların öz bakım gücünü azaltan faktörler olarak ifade edilebilir. Hastalar dışlama, ayrımcılık ya da damgalama nedeniyle sosyal yaşamdan da geri çekilmektedirler. Damgalanma algısı utanç ve farklılık duygusuna neden olur ve bu duygu hastaların daha önce yaşamakta oldukları sosyal çevreden uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Hastaların diyalize

girme süreleri uzadıkça yalnızlık duygularının arttığı gözlenebilir ki bunun da öz bakım gücünü düşürdüğü düşünülebilir.

Hastaların KBY dışında hastalık varlığı ile ölçek paunları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$) (Tablo 7). KBY dışında hastalığı olanların daha düşük özbakımgücüne sahip olduğu görülmüştür. (Tablo 7). Konu ile yapılan çalışmalar incelendiğinde Muz ve Eğlence'nin (2013) (72) yapmış oldukları çalışmada ek hastalığı olmayanların daha yüksek ÖBG'ne sahip olduğu saptanmıştır. Akın ve arkadaşlarının (2013) (64) yapmış oldukları çalışmada başka bir kronik hastalığı olma durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların (96.55 ± 23.92) öz bakım gücü puan ortalamaları olan hastalara (76.49 ± 29.13) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Akyol ve Karadakovan'ın (2002) (17) yapmış oldukları çalışmada başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların (13.24 ± 3.0) öz bakım gücü puan ortalaması da bizim çalışmamıza benzerdir.

Hastaların sahip oldukları hastalık sayısının artması ile birlikte hastanın dikkat etmesi gereken noktaların artması, uygulaması gereken tedavi çeşitlerinin artması, ilaç sayılarının artması, beden imajındaki olumsuz değişimler, cinsel işlev bozukluklarının artması, anksiyete ve depresyon bulgularının artması ve buna bağlı olarak sosyal yaşantılarının olumsuz etkilenmesi KBY gibi ağır bir hastalığa sahip olan hastalarda olumsuz bir etki yaratabilir. Bunun da öz bakım gücü puan ortalamasını etkilediği düşünülebilir.

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

KKTC’de hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının 109.4 ± 18.1 olduğu, görülmüştür. Hastaların %7.0’sinin öz-bakım gücünün düşük, %65.0’inin orta ve %28.0’inin yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen diğer sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Hastaların %45.4’ü 51-70 arası yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 63.84 ± 14.81 ’dir. Hastaların çoğunluğu erkek (%55.9) ve evlidir (%78.3). Hastaların %40.8’inin ilkokul mezunu, %32.2’sinin ortaokul mezunu, evli hastaların ise %41.2’sinin eşinin ilkokul, %34.5’inin ise ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun (%76.3) çekirdek aileye sahip olduğu, neredeyse tamamının (%94.1) çalışmadığı, %44.7’sinin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve yarısından fazlasının (%67.8) gelir durumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %46.7’i köylerde, %41.4’ü kentlerde ikamet etmekte olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
2. Hastaların hemen hemen yarısının (%48.0) 1-4 yıldan beri hemodiyaliz hastası olduğu, büyük çoğunluğunun (%93.4) haftada 3 kez hemodiyalize girdiği, yarısından fazlasının (%67.1) hemodiyaliz tedavisi için ulaşımını kendi imkanlarıyla sağladığı bulunmuştur. Hastaların %29.6’sının hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yalnızca eşinin yardımcı olduğu, %13.2’sine

ise kimsenin yardımcı olmadığı saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun (%63.8) kronik böbrek yetmezliği dışında başka hastalıklarının da olduğu tespit edilmiştir (Tablo5).

3. Hastaların yaş gruplarına, eşinin eğitim durumuna, aile tipine, yerleşim yerine, çalışma durumlarına ve gelirin'e göre ölçek puanlarında farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 7).
4. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve birlikte yaşanan kişilerden ölçek puanlarında anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. ($p<0,05$). Erkek ($\bar{x} = 113.2 \pm 14.0$) ve evli olan hastaların ($\bar{x} = 111.7 \pm 15.1$) Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken, bir okul bitirmemiş hastaların ($\bar{x} = 98.6 \pm 20.2$) ve anne ve babası ile yaşayan hastaların ölçek puan ortalamaları ($\bar{x} = 82.3 \pm 32.6$) diğer hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük belirlenmiştir (Tablo 7).
5. Hemodiyaliz hastası olma süresi 6-12 ay olanların ($\bar{x} = 115.3 \pm 12.3$), haftada 3 kez hemodiyalize giren hastaların ($\bar{x} = 109.7 \pm 17.7$) ve hemodiyaliz tedavisi için ulaşımını kendi imkanları ile sağlayan hastaların ($\bar{x} = 111.0 \pm 16.0$) öz bakım gücü puan ortalamaları diğer hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Ancak hastaların hemodiyaliz hastası olma süresine, haftalık hemodiyaliz seans sayısına ve hemodiyaliz tedavisi için ulaşımı sağlama şekillerine göre puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 8).
6. Hastaların hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere yardım eden kişilere ve kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalıklarının olması durumuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıktan dolayı evde yapamadığı işlere çocukları yardımcı olan hastalar ($\bar{x} = 99.6 \pm 19.5$) ile anne ve kardeşlerinin ($\bar{x} = 87.7 \pm 41.4$) yardımcı olduğu hastaların puanları düşük

olarak saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığı olanların ölçek puan ortalamaları ($\bar{x} = 106.7 \pm 19.4$), başka hastalığı olmayanlara ($\bar{x} = 114.1 \pm 14.4$) göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).

6.2 Öneriler

1. Hemşireler tarafından hastaların öz bakım güçlerinin geliştirilmesi amacıyla hemodiyaliz tedavisi seansları öncesinde video, broşür vb. görsel ve işitsel materyalleri ile aşağıdaki konularda bireysel ya da grup eğitimleri verilmesi ve bu doğrultuda eğitimde;
 - Genel olarak sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi,
 - Kronik Böbrek Yetmezliği hastalığının nedenleri, gelişimi ve seyri,
 - Hemodiyaliz tedavisinin temel prensipleri ve uygulanması,
 - Hemodiyaliz tedavisinin komplikasyonları, komplikasyonların önlenmesi,
 - Sağlık Kuruluşuna başvurmayı gerektiren durumlar,
 - Diyete uyum, ilaç kullanımı, fistül bakımı,
 - Sosyal yaşama katılım gibi konuların ele alınması,
2. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla nitel tasarımda araştırma yapılması,
3. Hemşirelik bakım modelleri doğrultusunda hemodiyaliz hastaları için eğitim programları geliştirilmesi ve bu programların deneysel tasarımlı araştırmalarda değerlendirilmesi,
4. Hemodiyalize giren hastaların çalışmalarını ve böylece çalışma hayatı ve sosyal yaşamda daha aktif yer almalarını sağlamak üzere idari ve yasal düzenlemeelrin yapılması,
5. Diyaliz hemşirelerinin psikososyal bakımda hasta ve ailesini yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına destek olması,
6. Hemşirilerin özellikle kadın hastaların öz bakım davranışlarını güçlendirmek üzere bireysel eğitim ve danışmanlık sunması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Holt, J.B. vd. (2015), *Indicators for Chronic Disease Surveillance – United States*, MMWR, VOL:64 No.1:1-4.
- [2] Divajeva, D. Vd. (2014), *Economics of chronic diseasea protokol: Cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe*, BMC Public Health,14:456.
- [3] Wilson, P.M.,Kataria, N., McNeilly, E. (2013), *Patient and carer experience of obtaining regular prescribed medication for chronic disease in the Engilsh National Health Servise: aqualitative study*, BMC Health Services Research 2013, 13:192.
- [4] Liddy, C.,Mill, K. (2014), *An environ mentalscan of policies in support of chronic disease self-management in Canada*. Chronic Diseases and Injuries in Canada, vol 34, no 1.
- [5] Betancourt, M.T. vd. (2014), *Monitoring chronic diseases in Canada: The Chronic Disease Indicator Framework*, Chronic Disease and Injuries in Canada, Vol 34, Supplement 1.
- [6] Levey, A.S., Becker, C., Inker, L.A. (2015), *Glomerular Filtration Rate and Albuminuria for Detection and Staging of Akut and Chronic Kidney Disease in Adults: A systematic Review*, BJAMA, 24;313(8): 837 – 846.

- [7] Lamb, E.J., Levey, A.S., Stevens, P.E. (2013), *The Kidney Disease Improving Global Outcomes (KIDGO) Guideline Update for Chronic Kidney Disease: Evolution not Revolution*, *Clinical Chemistry*, 59:3 462 – 465.
- [8] Sezen, A. (2013), *Diyaliz El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- [9] San, A. (2017), *Ülkemizde Hemodiyaliz Tarihçesi*, www.diyaliz.net (30.07.20018).
- [10] http://www.tepav.org.tr/upload/files/14550073922_KKTC_Saglik_Bakanligi_Kurumsal_ve_Fonksiyonel_Analizi.pdf (30.07.2018)
- [11] Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (1996), *Brunner and Suddart's Textbook of Medical Surgical Nursing, 8th Edition*, JB Lippincott Company Phyladelphia, p:106-118.
- [12] Kıyak, E., Ergüney, S. (2002), *Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1.
- [13] Öz, F. (2004), *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, 25-30.
- [14] Nahcivan, N.Ö. (1994). *Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması*, *Hemşirelik bülteni*, Cilt 7,Sayı 33.

- [15] Simmons, L. (2009), *Dorthe Orem's Self Care Theory as Related To Nursing Practice in Hemodialysis. Nephrology Nusing Journal*, Vol.36,No:4.
- [16] Polaschek, N. (2003), *Living on Dialysis: Concerns of Clients in A Renal Setting*, *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 44-52.
- [17] Akyol, A.D., Karadakovan, A. (2002), *Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi*, *Ege Tıp Dergisi* 41 (2) 97 – 102.
- [18] World Health Organization (2013), 10 facts on noncommunicable diseases (update March 2013).
www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/ (15.12.2016).
- [19] World Health Organization (2015), *Noncommunicable disease (update january 2015)* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (15.12.2016).
- [20] Voojis, M. Vd. (2015), *Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: A systematic review*, *Int Arch Occup Environ Health* 88:1015-1029.
- [21] Roberts, K.C., Rao, D.P., Bennett, T.L., Loukine, L., Jayaraman, G.C. (2015), *Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada. Vol:35,no:6.*

- [22] Levey, AS. ve ark. (2005), *Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*. Kidney International, Vol.67, pp 2089-2100.
- [23] Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2016), Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, TC Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, www.nefroloji.org.tr/icerik.php?gid=88 (15.12.2016).
- [24] Levey, A.S. vd. (2007), *Chronic Kidney Disease as A Global Public Health Problem: Approaches and Initiatives—A Position Statement From Kidney Disease Improving Global Outcomes*, Kidney International, 72, 247- 259.
- [25] Stringer, S. et all. (2013), *The natural history of, and risk factors for progressive Chronic Kidney Disease (CKD): The Renal Impairment in Secondary care (RIISC) study; rationale and protocol*, BMC Nephrology,14:95.
- [26] <http://www.halkinsesikibris.com/ozel-haber/120-diyaliz-hastasi-bobrek-naklibekliyor-h-77505.html> (30.07.2018).
- [27] Levey, A.S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J. And Eknoyan, G. (2003), *National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and stratification*, Ann Intem Med., 139: 137-147.

- [28] Tanrıverdi, M.H., Karadağ, A., Hatipoğlu, E.Ş. (2010), *Kronik Böbrek Yetmezliği*, Konuralp Tıp Dergisi, 2(2): 27-32.
- [29] Yalçın, AU., Akpolat, T. (2001), *Kronik böbrek yetmezliği*, Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. <http://www.nefroloji.org.tr/icerik.php?gid=14>. (31.07.18)
- [30] Akoğlu, E., Süleymanlar, G. (2003), *Kronik böbrek yetmezliği*, İç Hastalıkları 1.Cilt. sayfa:1298-1308.
- [31] Yakoop, M. (2002), *Distribution and composition of body water*. *Clinical Medicine 5th ed*. Elsevier Science Limited. p:669-678.
- [32] Kılıçkap, M., Kervancıoğlu, C. (2002) *Böbrek Hastalıkları ve Kalp*, Kardiyoloji Antıp A.Ş., Sayfa:1182 – 1192.
- [33] Baker, L.R.I. (2002), *Complications of chronic renal failure*, *Clinical Medicine 5th ed*. Elsevier Science Limited. p:645-648.
- [34] Akpolat, T., Tokgöz, B. (2008), *Hematolojik sorunlar ve eritropoetin kullanımı*. Hemodiyaliz hekim ek kitabı. <http://www.nefroloji.org.tr/icerik.php?gid=15>.
- [35] Masmudi, A. ve ark. (2014), *Cutaneous abnormalities in patients with endstage renal failure on chronic hemodialysis. A study of 458 patients*, *Journal of Dermatological Case Reports*, 4, pp 86-94.

- [36] Lupi, O., Sessim, M., Duarte, D. J., Santos, O. R., Rezende, L., Silveira, C. B., Cardim, P., Zangrando, M., Sepulcri, M.A.S. ve Fernandes, M.M. (2011), *Cutaneous Manifestations in end-stage Renal Disease, An Bras Dermatol*, 86(2):3, s:19-26.
- [37] Gordon, LG., Doyle, JW. AndJohansen, KL. (2012), *Association of 1.25-Dihydroxy vitamin D Levels With Physical Performance and Thigh Muscle Cross-sectional Area in Chronic Kidney Diseasestage 3 and 4. J Ren Nutr*; 22(4):423-433.
- [38] Palamidis, AF. ve ark. (2014), *Impact of Hemodialysis on Dyspnea and Lung Function in End Stage Kidney Disease Patients. Biomed Research International*, volume 2014, Article ID 212751, 10 pages.
- [39] Kovelis, D., Pitta, F., Probst VS., Peres, CPA., Delfino, VDA., Mocelin, AJ. And at all. (2008), *Pulmonary function and respiratory musclestrength in chronic renal failure patients on hemodialysis, J Bras Pneumol*, 34(11):907-912.
- [40] Pierson, DJ. (2006), *Respiratory Considerations in the Patient With Renal Failure, Respiratory Care*, Vol.51 no:4.
- [41] Yap, JCH., Wang, YT., Poh, SC. (1998), *Effect of oxygen on breathing irregularities during haemodialysis in patients with chronicuremia, Eur Respir J.*, 12:420-425.

- [42] Yalçın, D. (2014), *Hemodiyalizin Komplikasyonları, Diyaliz hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevi.
- [43] Jansen, DL., Mieke, R., Heijmans, M., Boeschoten, EW. (2010), *Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions*, Psychology and Health, Vol.25, no.6, 733-749.
- [44] İşbir, G.G. (2010), *Nursing Care of Nausea and Vomiting in Pregnancy: Roy Adaptation Model*, Nursing Science Quarterly, 23(2):148-155.
- [45] Özer, F.G., Beydağ, D.K.T., Cengiz, F., Kiper, S. (2009), *Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10): 123-36.
- [46] Atashpeikar, S., Jalilazar, T. And Heidarzadeh, M. (2012), *Self-careability in hemodialysis Patients*, Journal of Caring Sciences, 1(1), 31-35.
- [47] Kaçar, G. (2012), *Kronik Böbrek Yetmezliği ve Bakım, Kronik Hastalıklar Ve Bakım*, Sayfa:381-395. Nobel Tıp Kitabevleri.
- [48] Vicdan, A.K., Karabacak, B.G. (2004), *Roy Adaptasyon Modelinin Hemodiyaliz Hasta Eğitiminde Kullanımı*, International Journal of Human Sciences, Volum: 11(2).

- [49] Şengün, İ. F., Üstün, B. Bademli, K. (2013) *Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16:(2):132-139.
- [50] Meneguessi, GM., Teixeira, JPDS., Jesus, CAC. (2012), *Rehabilitation in spinalcord: reflection on the applicability of the Orem’s self-caretheory*. Journal Nursing UFPE On Line, 6(12):3006-3012.
- [51] Orem, D.E. (2001), *Self-care defisittheory of nursing: concepts and applications*, USA: Dennis CM Mosby- Yea rBook Inc, 7 ed. Pp.99-135.
- [52] Fawcett, J. (2005), *Contemporary nursing know ledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing*, USA:FA davis Comp, 2 th ed., pp 223-319.
- [53] Avdal, EA., Kızılcı, S. (2010), *Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi*, DEUHYO ED, 3(3), 164-168.
- [54] Çelik, A., Yıldırım, Y. (2016), *Orem Öz bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı’na Göre Vazovagal Senkop’u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*, Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14):182 – 186.
- [55] Zengin, O., Yıldırım, B. (2017), *Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Alguları*, Türk Neph. Dial. Transpl.; 26(1): 67-73.
- [56] Comley, A.L. (1994), *A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory*, Journal of Advanced Nursing, 20(4), 755-760.

- [57] Velioglu, P. (1999), *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Alaş Ofset Matbaası, 323-346.
- [58] Cihangir, N. (2007), *Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [59] Öztürk, C., Karataş, H. (2008), Orem'in Öz bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşire Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11:2.
- [60] Durna, Z. (2012), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd.Şti. İstanbul, s:1-8.
- [61] Sezen, A., Arslan, H. (2014), *Böbrek Yetmezliği, Diyaliz Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, s: 113-142.
- [62] 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.
- [63] Alemdar, H., Pakyüz, S.Ç. (2015), *Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, sayı:2 ss: 19-30.

- [64] Akın, S., Mendi, B., Öztürk, B., Cinper, Ç., Durna, Z. (2013), *Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients*, Journal of Clinical Nursing, 23, 856-864.
- [65] Aylaz, R., Erci, B. (2010), *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz Bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi*, İ.Ü.F.N. Hem. Derg., 18(1), ss: 40-46.
- [66] Unsar, S., Erol, Ö., Mollaoğlu, M. (2007), *The Self-Care Agency in Dialyzed Patients*, Dialysis and Transplantation, ss:1-7.
- [67] Karabulutlu, E., Tan, M. (2005), *SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2).
- [68] Kılıç, H.F., Alpar, Ş.E. (2016), *The Effect of Group Training Implemented on Hemodialysis Patients for Their Stress Management, Psychosocial Adjustment and Self-Care Strength*, International Journal of Human Science, Volume:13(1).
- [69] Rahimi, F., Gharib, A., Beyramijam, M., Naseri, O. (2014), *Effect of self-care education on self efficacy in patients undergoing hemodialysis*, Life Science Journal; 11(1).

- [70] Rayyani, M., Malekyan, L., Forouzi, M.A., Haghdoost, A., Razban, F. (2014), *Self-care Self- efficacy and Qualty of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran*, Asian J. Nursing Edu. And Research 4(2).
- [71] Ören, B., Enç, N. (2014), *Development and Psychometric Testing of the Self-Care Agency Scale for Patients Undergoing Long-Term Dialysis in Turkey*, Journal of Renal Care, ss:266-273.
- [72] Muz, G., Eğlence, R. (2013), *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi*, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1).
- [73] Wang, L.M., Chiou, C.P. (2011), *Effectiveness of Interactive Multimedia CD on Self-Care and Powerlessness in Hemodialysis Patients*, Journal of Nursing Research, 19(2).
- [74] Kral, Ü. (2010), *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi*, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- [75] Bağ, E., Mollaoğlu, M. (2010), *The eveluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16, ss: 605-610.

[76] Mau, L.W., Chiu, H.C., Chang, P.Y., Hwang, S.C., Hwang, S.J. (2008), *Health-Related Quality of Life in Taiwanese Dialysis Patients: Effects of Dialysis Modality*, Kaohsiung J. Med Sci., 24(9), ss: 453-459.

[77] www.mahkemeler.net (11.07.2018).

EKLER

EK 1: Hasta Bilgi Formu

Sevgili Hemodiyaliz Hastaları,

Bu anket, Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anketin sonuçları, yalnızca bu konudaki değerlendirme için kullanılacaktır. Bu ankete verdiğiniz yanıtlar başka kişilerle paylaşılmayacaktır ve başka araştırmalarda kullanılmayacaktır. Ankete verdiğiniz cevaplar araştırma için büyük önem taşımaktadır bu sebeple sizden soruları samimi, doğru ve cevapsız madde bırakmadan cevaplanmanız bekleniyor. Katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Nejla Yıldız

Akansoy

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim Durumunuz:

<input type="checkbox"/> Okur – yazar değil
<input type="checkbox"/> Okur - yazar
<input type="checkbox"/> İlkokul mezunu
<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu
<input type="checkbox"/> Lise mezunu
<input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ve üzeri

5. Eşinizin Eğitim Durumu:

<input type="checkbox"/> Okur – yazar değil
<input type="checkbox"/> Okur - yazar
<input type="checkbox"/> İlkokul mezunu
<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu
<input type="checkbox"/> Lise mezunu
<input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ve üzeri

6. Mesleğiniz nedir?

<input type="checkbox"/> Serbest Meslek	<input type="checkbox"/> İşçi
<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Memur
<input type="checkbox"/> Çalışmıyor / işsiz	<input type="checkbox"/> Diğer

7. Aile tipiniz: () Çekirdek Aile () Geniş Aile

8. Yerleşim yeriniz?

() Köy () Kasaba () Kent

9. Halen Çalışıyor musunuz?

Tam Gün Yarım Gün Hiç Çalışmama

10. Şu an kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

<input type="checkbox"/> Eşi ve çocuklarıyla
<input type="checkbox"/> Anne ya da babasıyla birlikte
<input type="checkbox"/> Çocuklarıyla
<input type="checkbox"/> Yalnız
<input type="checkbox"/> Diğer

11. Gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

Kötü Orta İyi

B. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Kaç yıldır diyaliz tedavisi alıyorsunuz?

<input type="checkbox"/> 6 – 11 ay
<input type="checkbox"/> 1 – 4 yıl
<input type="checkbox"/> 5 – 9 yıl
<input type="checkbox"/> 10 yıl ve üzeri

13. Haftalık diyaliz seans sayınız nedir?

<input type="checkbox"/> Haftada 2 kez
<input type="checkbox"/> Haftada 3 kez
<input type="checkbox"/> Haftada 4 kez

14. Hemodiyaliz tedavisi için ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz?

Servis ile Kendi imkanları ile

15. Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size kim/kimler yardım ediyor?

Eşim ve çocuklarım Eşim Hiç kimse Çocuklarım
 Annem ve kardeşlerim Diğer.....

16. Kronik Böbrek Yetmezliği dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

Evet Hayır

EK 2: Öz Bakım Gücü Ölçeği

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
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 yakınıyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırdım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla 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.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
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 önemsemeyiz ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK 3: Nahçivan'dan Alman İzin Maili

Sayın Nejla Yıldız AKANSOY,
Sayın Cemile ÜRETEN,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni tez çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerle,

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

24 Haziran 2016 15:45 tarihinde nejla yıldız akansoy <njla772011@hotmail.com> yazdı:

Sayın Prof. Dr. Nursen Nahçivan hocam;

Ben Yüksek Hemşire Nejla Yıldız Akansoy ve arkadaşım Yüksek Hemşire Cemile Üreten, KKTC 'de Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Esasları Bölümü 'nde Yüksek Lisans eğitimi almaktayız. Yüksek lisans tezimizde, öz-bakım gücü ölçeğinizi kullanmak üzere, öz-bakım gücü ölçeğiniz hakkında bilgi ve kullanmamız için iznimize ihtiyacımız vardır.Bu konuda bize yardımcı olursanız minnettar kalacağız.

(Nejla Yıldız Akansoy'un tez konusu; hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz- bakım gücünün değerlendirilmesi. Cemile Üreten'in tez konusu;diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi.)

Saygılarımla.

--
Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0-212-440 0000 (27058)

EK 4: Gönüllü Olur Formu

**Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi

Bu form ile “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof.Dr.R.Selma GÖRGÜLÜ sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere araştırmanın yapılacağı Diyaliz Merkezlerinde diyaliz seansında iken ulaşılabilecektir. Araştırmanın verileri hastaların diyalize girdikleri ilk bir saat içinde araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanacaktır. Bireylere önce araştırma hakkında bilgi verilecektir ve araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” verilerek okuyup imzalamaları istenecektir. Bireylerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu alındıktan sonra “Hasta Bilgi Formu” ve “Öz-bakım Gücü Ölçegi” verilecek ve kendilerinin yanıtlamaları istenecektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Nejla Yıldız Akansoy
Görevi : Yüksek Hemşire
Telefon: 05338622145

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Nejla YILDIZ AKANSOY ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK 5: DAÜ Etik Kurul Uygunluk Onayı



**Doğu Akdeniz
Üniversitesi**
"Uluslararası Kalite İçin"

Etik Kurulu Ethics Committee

**Eastern
Mediterranean
University**
"For Your International Career"

P.K.199628 Gazimağusa, KUZAY KIBRIS /
Famagusta, North Cyprus,
14010 Merit-10 TURKEY
Tel : +90 392 630 1995
Faks: F0314901 392 630 2919
bayak@emu.edu.tr

Sayı: ETK00-2016-0179

21.11.2016

Sayın Nejfa Yıldız Akansoy
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **07.11.2016** tarih ve **2016/33-18** sayılı kararı doğrultusunda, "**Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmanızı, Prof. Dr. Refia Selma Görgülü'nün danışmanlığında araştırmanız Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Şükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

www.emu.edu.tr

EK 6: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi'nden

Alınan İzin



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı: YTK.0.00-1/2013-16-5214

Lefkoşa : 14.10.2016

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Dr. Akçiçek Hastanesi Başhekimliği.

Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nejla Yıldız Akansoy, "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Ekim 2016- Temmuz 2017 tarihleri arasında, Hastanemiz ilgili biriminde ekinde belirtilen anket formları aracılığı ile ankete katılmak isteyen hastalara uygulaması ve çalışmasının raporlarını yayınlamadan önce Bakanlığımızla paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Dr. Nil ERGÜN ELEDAG
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekimisi

Dağıtım: Sn.Nejla Yıldız Akansoy.

SB.

Adres: Bedreddin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa,
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

EK 7: Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul

Uygunluk Onayı



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



Sayı:YTK.1.01

Tarih: 13 Kasım 2017

Sn. Nejla Yıldız Akansoy,

Etik Kurulumuzun 30 Ekim 2017 tarihinde yapmış olduğu 3. toplantısında, “KKTC Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Öz – Bakım gücümün değerlendirilmesi “ konulu araştırma talebiniz tarafımızdan değerlendirilmiş olup başvurunuzda Etik Kurulu yönetmeliğimize göre olması gereken ,

- 1-Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde Partner araştırıcının bulunması
- 2-Nefroloji Bölümün Klinik Şefinin onayı
- 3-Konu ile ilgili 3 makalenin eklenmesi

Eksik olduğundan araştırmanız uygun görülmemiştir. Ancak belgelerin tamamlanması nedeniyle tekrar değerlendirilmiş ve araştırmanız uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımızla sunulur, başarılar dileriz.

Dr.Sonuç Büyük
Etik Kurulu (A)
Mzm.Dr. Sonuç Büyük
Başhekim Yrd.

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com