T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜ DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül KİRİK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ

ADANA-2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜ DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül KİRİK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TYL-2016-6347 Nolu proje ile desteklenmiştir.

Tez No:……..
ADANA-2017

KABUL ve ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 03 / 02 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ

Öğr.Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yard. Doç. Dr. Rabiye ÇIRPAN
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 02/02/2017

Betül KİRİK

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik
Tezin Konusu : Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi

Tezin Türü : Yüksek Lisans : ☒ Doktora: ☐

Danışmanın Adı-Soyadı : Öğr.Gör.Dr.Gülşah TANRIVERDİ
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 0322 338 60 60-4011
E-Posta : gtanriverdi@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 03526113033
E-Posta : kirikbetul@hotmail.com
Adresi : Yüzüncü Yıl Mah. Veli Hacılı Sokak
No:25/5 Yahyalı-KAYSERİ

TEŞEKKÜR

Eğitimim ve çalışmamın her aşamasında her türlü sabır, bilgi birikimi, destek ve samimiyetini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ' ye,

Eğitim sürecimde kıymetli bilgi ve deneyimleriyle hedeflerime yön veren çok değerli Bölüm Başkanım Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ' a,

Desteklerinden dolayı Çukurova Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Saime PAYDAŞ' a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Özel Koç Diyaliz Merkezi Başhekimi Sayın Dr. Fatma KOÇAK' a ve diyaliz merkezi çalışanlarına, Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'ndeki hemşire arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında sabır ve anlayışı ile yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Betül KİRİK

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
RESİMLER DİZİNİ vii
ÇİZELGELER DİZİNİ viii
SİMGELER ve KISALTMALAR ix
ÖZET x
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği 3
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı 3
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi 3
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Fizyopatolojisi 5
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi 5
2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri 7
2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri 8
2.1.7. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi 9
2.2. Diyaliz 10
2.2.1. Periton Diyalizi 10
2.2.2. Hemodiyaliz 11
2.2.2.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları 12
2.2.2.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları 12
2.3. Özbakım Kavramı 13
2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü 14
3. GEREÇ ve YÖNTEM 16
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli 16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri 16
3.3. Evren Ve Örneklem 16
3.4. Ön Uygulama 17

3.5. Veri Toplama Araçları 17
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu 17
3.5.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği 17
3.6. Verilerin Toplanması 18
3.7. Araştırmanın Güçlükleri Ve Sınırlılıkları 18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 18
3.9. İstatistiksel Analiz 19
4. BULGULAR 20
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 20
4.2. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları 24
5. TARTIŞMA 29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 33
KAYNAKLAR 35
EKLER 40
ÖZGEÇMİŞ 49

RESİMLER DİZİNİ

Resim No: **Sayfa No:**

Resim 1. 2015 yılı sonu itibarıyla prevalan HD hastalarının etyolojik nedenlere göre dağılımı.....6

Resim 2. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığı kriterleri, KBH kriterleri (En az biri üç aydır var olması gereken belirtiler) 7

Resim 3. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri 8

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No:		Sayfa No:
Çizelge 1.	Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Tablosu	20
Çizelge 2.	Hastanelerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	20
Çizelge 3.	Hastalara Ait Demografik Veriler	21
Çizelge 4.	Hastaların Hemodiyalize Girmelerine İlişkin Bazı Veriler	22
Çizelge 5.	Hastaların Hastalığına İlişkin Bazı Veriler	23
Çizelge 6.	Hastaların Demografik Özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	26
Çizelge 7.	Hastaların Hemodiyalize Girmelerine İlişkin Verilerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	27
Çizelge 8.	Hastaların Hastalığına İlişkin Verilerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	28

SİMGELER ve KISALTMALAR

AEF : Albumin Excretion Rate(Albümin Atılım Hızı)

AVF : Arteriyovenöz Fistül

CREDIT : Chronic Renal Disease in Turkey(Türkiye' de Kronik Böbrek Hastalığı)

DM : Diabetes Mellitus

FMF : Familial Mediterranian Fever (Ailevi Akdeniz Ateşi)

GFH : Glomerüler Filtrasyon Hızı

HD : Hemodiyaliz

HT : Hipertansiyon

KBH : Kronik Böbrek Hastalığı

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

KDIGO :Kidney Disease: Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi)

PD : Periton Diyalizi

RRT : Renal Replasman Tedavisi

SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SLE : Sistemik Lupus Eritematozus

TND : Türk Nefroloji Derneği

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi

Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Koç Diyaliz Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Mart -Mayıs 2016 tarihleri arasında bu iki merkezde tedavi gören 190 hasta oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alınmış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden 151 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için kurumlardan gerekli izinler, etik kurul izni ve hasta onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında öz bakım gücü ölçeği ve araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Tukey ve Tamhane, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi, ANOVA testi, t testi kullanılmıştır. Araştırmada, hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması 89,31±24,64 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; yaş, öğrenim düzeyi, yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, sosyal güvencesi, ekonomik durum, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu gibi değişkenlerin öz bakım gücünü etkilediği belirlenirken ($p<0,05$); cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışmama sebebi, kullanılan vasıta, diyaliz sıklığı, diyalize girme süresi, hemodiyalize giriş yolu, kronik böbrek yetmezliği tanısını alma zamanı, ek kronik hastalığa sahip olma, günlük ihtiyaçlarını karşılama durumunun ise öz bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmanın sonucuna göre; hemşirelerin bakımı planlarken yaş, öğrenim düzeyi, yaşanılan kişiler, sosyal güvencesi, ekonomik durum gibi değişkenleri göz önünde bulundurmaları, yaşanılan yerle ilgili eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için hastaların ulaşımlarının kolaylaştırılması, hastalara hastalıklarıyla ilgili eğitim verilmesi konusunda hemşirelerde farkındalık oluşturulması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hemşirelik, Kronik Böbrek Yetmezliği, Öz Bakım Gücü

ABSTRACT

Self-Care Ability Assessment in Hemodialysis Patients

This study, which is descriptive and cross-sectional in nature, aims to assess self-care ability of patients with chronic renal failure who receive hemodialysis treatment. The study was conducted at Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital Hemodialysis Unit and Private Koç Dialysis Center. Target population of the study was 190 patients who were treated in these two centers between March and May, 2016. All the population was included in the study, and the study was completed with 151 patients who accepted to participate. The participants' consent and required permissions and ethical committee approval were obtainedfrom the institutions. The data were collected using "Self-Care Agency Scale", and "Personal Information Form" developed by the researcher. Tukey and Tamhane Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, ANOVA test, and t-test were used in the analysis of the data. The participants' average Self-Care Agency Scale score was found 89,31±24,64. Results of this study indicate that while variables such as age, level of education, the people one lives with, place of living, social health insurance, economic situation, and having education about illness affected the self-care ability ($p<0,05$); variables such as gender, marital status, occupation, reason for working, duration of dialysis, vascular access for haemodialysis, time to get diagnosis of chronic renal failure, having additional chronic disease, and meeting daily needs were found not to affect the self-care ability ($p>0,05$). Results of this study suggest that nurses should consider variables such as age, education level, the people patients live with, social security, and economic situation; they should enhance patients' transportation problems in order to eliminate any inequalities caused by place of living; and awareness of nurses should be raised in order to provide patients with education about their disease.

Key Words: Hemodialysis, Nursing, Chronic Renal Failure, Self-Care Ability

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (noncommunicable diseases), kişiden kişiye geçmeyen, uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren hastalıklardır (1). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla beraber, hastalık yükü giderek artmaktadır. Bu hastalıkların büyük bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre; 2008 yılında meydana gelen ölümlerin %63'ünün nedeni kronik hastalıklar olmuştur. Bu ölüm oranının 2010–2020 yılları arasında %15 artacağı; bu artışın ise özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde en fazla olacağı tahmin edilmektedir (3).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) yalnızca ülkemizde değil, tüm dünyada salgın halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur (4). Böbrek fonksiyon kaybı kritik düzeyi aşınca altta yatan neden giderilse bile çoğu kez hastalığın ilerlemesi durdurulamamaktadır ve hastalarda son dönem böbrek yetmezliği tablosu gelişmektedir. Bu durumda hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonu tedavilerinden biri uygulanmaktadır (5).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) 2015 Registry Raporu'na göre ülkemizde 2015 yılı sonu itibariyle toplamda renal replasman tedavisi (RRT) ile izlenmekte olan 73660 hasta bulunmaktadır (6). Erken saptandığında çoğunlukla önlenebilir veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına rağmen, farkındalığının ve erken tanısının düşük olması birçok olguda buna olanak vermemektedir. Dünyanın çeşitli bölgelerinde KBH ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, hastalığın farkındalığının yüzde 10'un altında olduğunu göstermiştir (4). Türkiye'de ise farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiş olup, Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması'na (CREDIT) göre ülkemizde KBH'nin farkındalığının yüzde 2'nin altında olduğu görülmüştür (7).

Dünyada ve ülkemizde oldukça yaygınlaşmış önemli bir halk sağlığı sorunu olan KBY; giderek artan sıklığı, yol açtığı morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi ve tedavisi için gereken renal replasman tedavilerinin maliyetinin yüksek olması nedeni ile toplumsal yükü de büyük olan bir hastalıktır (8). Son dönem böbrek yetmezliği çeşitli kalıtsal ve edinsel böbrek hastalıklarından

kaynaklanmasının yanında, mortalitenin en önemli sebebi olan kronik böbrek yetmezliğinin son evresi, hastalığın ağır yükü, yüksek mortalite ve yaşam kalitesinden ödün vermekle ilişkilidir (9).

Hastalık bireyin uyumunu bozan bir durumdur. Hemodiyaliz tedavisinde zorunlu invaziv tedaviye ihtiyaç olması, tedavinin yan etkileri, makineye ve sağlık personellerine bağımlı olma, bireyin yaşamının bütün yönlerini ve sağlığını etkilemektedir (10). Dolayısıyla bireylerin öz bakım gücü de etkilenmektedir. Bu doğrultuda öz bakım modeli; bireylerin öz bakım işlevlerinin artırılmasını sağlamak için; hastaların eğitilmesi, hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi ve hemşirelik uygulamalarının tıbbi uygulamalardan ayırt edilmesi için kullanılmaktadır (11).

Öz bakım zamanla gelişen etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirmesi öz bakım olarak tanımlanırken bu etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği de öz bakım gücü olarak tanımlanmaktadır (12). Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların kendi bakımlarını yönetme becerilerinin geliştirilmesi yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, mortalitenin ve komplikasyonların azaltılmasında etkili bir yoldur (13).

Sağlık bakım personelleri profesyonel bakımı sağlarken, hemşireler bunlarla birlikte hastaları yaşam biçimi değişiklikleri hakkında, hastalıklarıyla ilgili eğitim hakkında yönlendirebilir ve öz bakım stratejileri konusunda destekleyebilirler (14). Hemşireler hastalarla birlikte hasta yakınlarının öz bakım davranışlarını geliştirmelerini desteklemeli, hastaların hastalıklarının komplikasyonlarına yönelik öz bakım davranışlarını değerlendirmelidir. Hemşire, kişisel bakımlarını sürdürmede yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada, bireylerin kendi-kendine karşılayamadığı öz bakım gereksinimlerini karşılamada yardımcı olmayı amaçlamalı, hastanın öz bakım davranışlarının geliştirilmesinde hasta ve ailesine gereken eğitimleri vermeli ve destek olmalıdır (15).

Bu tez çalışması hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi ve öz bakımı etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin bakımı planlarken öz bakım kavramı ile ilgili göz önünde bulundurması gereken verileri ortaya çıkararak bilimsel araştırmalara katkı sağlanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı

Böbrekler, vücutta sıvı ve elektrolit dengesinin korunması, metabolik atıkların atılımı, ilaç ve toksinlerin detoksifikasyonu ve atılımı, hücre dışı sıvı hacminin düzenlenmesi, kan basıncının hormonal düzenlenmesi, bazı hormonların üretimi, peptid yapıdaki hormonların ve küçük molekül ağırlıklı proteinlerin yıkımı gibi temel fonksiyonları olan organlardır (16).

Kronik böbrek yetmezliği, en az 3 ay süren böbrek hasarı ve/veya GFH'nin 60 ml/dk'nın altına inmesi sonucu böbreğin sıvı solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma halinin görüldüğü, yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalitenin arttığı yaygın olarak görülen bir sağlık sorunudur (17). Sadece kronik böbrek yetmezliği evresinin değil, böbrek hasarının başlangıcından itibaren tüm hastalık spektrumunu tanımlamak için kronik böbrek hastalığı ifadesinin kullanımı önerilmektedir (18).

KBY'nin ilerlemesinde yaş, cinsiyet, ırk, genetik gibi bazı değiştirilemeyen faktörlerin yanında, kan şekeri kontrolü, hipertansiyon kontrolü, sigara içme, obezite, hareketsiz yaşam tarzı gibi değiştirilebilen faktörlerin de etkili olduğu söylenebilir(19).

KBY'nin ortaya çıkması kişinin yaşamını tehdit edecek kadar öneme sahip bozukluklar meydana getirir. Böbrek yetmezliğine bağlı komplikasyonların mevcut semptomatik problemleri ve renal fonksiyonları kötüleştiren veya morbidite ve mortaliteye yol açan uzun süreli etkileri bulunmaktadır. KBY'nin semptomatik temel komplikasyonları arasında kardiovasküler hastalık, aşırı sıvı yüklenmesi, anemi, malnütrisyon, çocuklarda büyüme geriliği, renal osteodistrofi ve perikardit bulunmaktadır. Metabolik ve ileriye dönük risk faktörleri arasında ise hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi, lipid anomalileri, hiperkalemi ve asidoz yer almaktadır (20).

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

KBY hem dünyada hem de ülkemizde artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi ve tedavisi için gerekli renal replasman tedavilerinin yüksek maliyeti ve kötü prognozu nedeniyle Dünya

genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur (21). KBY progresyonu altta yatan hastalıklara göre değişmekle beraber, bazı hızlı ilerleyici glomerülonefritlerde aylar içinde, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda 20-30 yıl gibi uzun bir hastalık sürecinin sonunda KBY tablosu meydana gelmektedir. Bu uzun ve asemptomatik seyreden süreç nedeniyle üremik hasta sayısı tam olarak bilinememektedir. Kesin hasta sayısı ancak KBY kliniği yerleştiğinde ve renal replasman tedavisi endike olduğunda verilebilmektedir (22).

Türk Nefroloji Derneği 2015 Registry Raporu'na göre 2015 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 935.4 olarak saptanmıştır. 2015 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi insidansı milyon nüfus başına 147.3 olarak hesaplanmıştır. Yine aynı raporda 2015 yılı sonu itibarıyla kronik HD/PD programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) RRT tipine göre dağılımı hemodiyaliz %77.31, periton diyalizi %5.31, transplantasyon %17.38 olarak saptanmıştır (6).

Çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre ülkemizde 7 milyondan fazla KBH'li kişi bulunduğu, yani her 6-7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğu anlamına gelmekte ve sorunun boyutunun ülkemiz için tahmin edilenin çok üzerinde olduğuna dikkat çekmektedir (23). Dünyada 2050 yılına kadar SDBY ile izlenen hasta sayısının yaklaşık %30 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Bu durumun renal replasman tedavisi gerektiren hasta sayısının artırması ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması sonuçlarını doğuracaktır. Dolayısıyla bu hasta grubunun tedavisi ve bakımı için önlemler alınması gerekmektedir (24). Kronik böbrek hastalığının erken ve orta evreleri genellikle asemptomatik olduğundan, toplum temelli çalışmalar yapılmadan hastalığın insidans ve prevalansını belirlemek oldukça zordur. Toplum temelli çalışmalarda KBH taramasında kullanılan testlerin bazı kısıtlılıkları ve GFH'si düşük olan yaşlıların toplumdaki oranının yüksek olması nedeniyle KBH sıklığının olduğundan daha yüksek bulunduğu şeklinde yorumlar yapılmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda genellikle benzer sonuçlar elde edilmiştir (23).

TND tarafından yürütülen CREDIT çalışması ile ülkemizde KBH prevalansı ile eşlik eden komorbid durumların sıklığı saptanmıştır. Türkiye'de 23 ilde küme örneklem yöntemiyle seçilen 18 yaşın üzerindeki 10.748 bireyde yapılan CREDIT kohortunun birinci fazının sonuçlarına göre; Türkiye'deki genel erişkin popülasyonda KBH

prevalansı yüzde 15,7 bulunmasıyla, ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığı mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. GFH düşük (<60 ml/dk) olan hasta oranı ise yüzde 5,1 olarak bulunmuş olup, bu sonuç her 20 yetişkinden birisinde kritik düzeyde KBH olduğunu göstermiştir. Bu oranlar göz önüne alındığında, KBH'nin ülkemizde yaklaşık 7,3 milyon erişkini etkilediği ve bunlardan 2,4 milyon kişinin 60 ml/dk'nın altında GFH'ye (evre 3-5) sahip olduğu tahmin edilmektedir. Böbrek hasarının göstergesi olan mikroalbüminüri oranı yüzde 10,2 olarak bulunurken, makroalbüminüri oranının ise yüzde 2 olduğu tespit edilmiştir (7).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Fizyopatolojisi

KBY'li hastaların büyük bir çoğunluğunda böbrek boyutları küçülmekle beraber biyopside primer nedene bağlı olmaksızın glomerüloskleroz görülmektedir. Altta yatan olaya bağlı olarak belli bir süre geçtikten sonra primer neden ortadan kalksa bile hastalığın gidişatı durdurulamaz ve ilerleyen süreçte KBY tablosu gelişir (18).

Başlangıçta sağlam olan nefronlar, glomerül hiperfiltrasyona uyum sağlarlar ve sağlam kalan tübüller yeterli asit-baz dengesini korumak için çalışırlar. Buna bağlı olarak da GFH 35-50ml/dk'nın altına inmedikçe semptom vermeyebilir (25). Azalan glomerül sayısını kompanse etmeye çalışan diğer glomerüllerin yükü gittikçe artar. Bunun sonucunda meydana gelen hiperperfüzyon ve hiperfiltrasyona bağlı olarak intraglomerüler hipertansiyon gelişir (18).

Böbreklerin normal fonksiyonu bozulunca protein metabolizma artıkları, normal süreçtekinden farklı olarak idrarla atılamadıklarından kanda birikmeye başlar. Kronik böbrek yetmezliğinde fonksiyonel nefronların kaybı söz konusudur. Böbrek fonksiyonlarının azalması ve kronik böbrek yetmezliğinin ilerlemesine, proteinüri, sistemik hipertansiyon, hiperlipidemi, diyetle yüksek fosfor ve protein alınması etki etmektedir (25).

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği pek çok etiyolojik nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinin en sık rastlanan nedenleri (25):

- Diyabetes mellitus
- Hipertansiyon
- Kronik glomerülonefrit
- Böbreğin kist hastalıkları
- Amiloidoz
- Obstrüktif üropati
- İnterstisyel nefrit
- Kollagen doku hastalıkları ve malignansiler
- Nedeni bilinmeyenler

KBY toplumlar arasında büyük değişkenlik göstermekle birlikte ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterebilir ve birçok nedenle gelişebilir (26). Ancak en sık KBY sebepleri diyabet, hipertansiyon, kronik glomerülonefrit, kronik interstisyel nefrit, herediter/konjenital hastalıklar ve malignitelerdir. Dünyanın birçok bölgesinde KBH'nin en önemli nedeni diyabettir (27). KBY'nin en önemli sebeplerinden diyabetik nefropati dünyadaki tüm ırk ve etnik kökenlerde genellikle ilk sırada yer alır. Bununla birlikte, dünyanın her yerinde diyabete bağlı SDBY oluşumunun giderek artış gösterdiği bilinmektedir (8).

TND 2015 Registry Raporu'na göre HD hastaları üzerinde, 60 merkezde yapılan çalışmada etyolojik nedenlerle ilgili aşağıdaki veriler elde edilmiştir (6).

HASTALIK	N	%
Diabetes Mellitus	1804	34.61
Hipertansiyon	1405	26.96
Glomerülonefrit	309	5.93
Polikistik böbrek hastalıkları	238	4.57
Amiloidoz	98	1.88
Tübülointerstisyel nefrit	94	1.80
Obstrüktif nefropati	87	1.67
Renal vasküler hastalık	52	1.00
Diğer	426	8.17
Etyolojisi bilinmeyen	699	13.41
TOPLAM	5212	100.00

Resim 1. 2015 yılı sonu itibarıyla prevalan HD hastalarının etyolojik nedenlere göre dağılımı (6)

2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri

Glomerüler filtrasyon hızındaki ilerleyici ve geri dönüşümsüz azalma gelişmekte olan KBY'nin en önemli göstergesidir. Bazı kaynaklarda KBH'ın evreleri şu şekilde verilmiştir (19) :

1) Normal veya artmış GFH değeriyle birlikte böbrek hasarı mevcuttur (GFH> 90 mL/ min /1.73 m^2).
2) GFH'de hafif derecede azalma (60-89 mL/min/1.73 m^2).
3) GFH'de orta derecede azalma (30-59 mL/min/1.73 m^2).
4) GFH'de ciddi azalma (15-29 mL/min/1.73 m^2).
5) Son dönem böbrek yetmezliği: GFH en düşük düzeylerdedir (< 15 mL/min/1.73 m^2).

Ancak 2012 yılı KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes-Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi) Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzu'nda KBH'nin tanımında bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu kılavuza göre KBH, 3 aydan uzun süredir devam eden, sağlığa etkileri olan böbrek yapı ve fonksiyonundaki anormallikler olarak tanımlanmıştır. Bu kılavuzda evre 3 olgular G3a ve G3b olmak üzere iki alt gruba ayrılmış ve albüminüriye dayanan KBH sınıflaması eklenmiştir. KBH belirtileri en az üç aydır var olması gereken belirtilerdir (28).

Böbrek hasarının belirteçleri	Albüminüri (AER ≥30 mg/24 saat; ACR ≥30 mg/gr) idrar sediment anormallikleri Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler Histolojik olarak saptanmış anormallikler Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler Böbrek nakli öyküsü
GFH azalması	GFH <60 ml/dk/1,73 m2

Resim 2. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığı kriterleri (En az biri üç aydır var olması gereken belirtiler)(28)

GFH evreleri	GFH (ml/dk/1.73m²)	Tanımlar
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri evreleri	AER (mg\gün)	Tanımlar
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

Resim 3. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri (28)

Son dönem böbrek yetmezliği dünya çapında belirgin şekilde artmıştır. Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi (United States Renal Data System-2012) Yıllık Veri Raporu'na göre son dönem böbrek yetmezliği insidansı 1999 ile 2009 yılları arasında milyonda 337'den 355.4'e yükseldi (29).

2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Kronik böbrek yetmezliğinde hastaların çoğunda ileri evrelere kadar herhangi bir yakınma yoktur. Buna ek olarak hiçbir yakınma ve belirti böbrek yetmezliğine özel değildir. Hastalardaki sorun genellikle ya böbrek yetmezliğine sebep olan hastalığın belirti ve bulgularıdır ya da en çok etkilenen sisteme ait belirti ve bulgulardır (19).

Sinir sistemi: BUN düzeyindeki yükselme ve metabolik asidoza bağlı olarak güçsüzlük, yorgunluk, konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü, oryantasyon bozukluğu, unutkanlık, uyku bozukluğu, tremor, bacaklarda huzursuzluk, ayaklarda karıncalanma görülebilir (30) .

Sıvı elektrolit dengesine ilişkin değişiklikler: Böbreğin reabsorbsiyon mekanizmasının bozulması, bulantı, kusma, diyare, hipokalsemi, ödem, hipertansiyon (31).

Gastrointestinal sistem: Kandaki üre düzeyindeki artışa bağlı üremik fetor, ağızda metalik tat, ağız mukozasında ülserasyon ve kanama, iştahsızlık, bulantı, kusma, gastrointestinal sistem kanaması, hıçkırık, konstipasyon meydana gelebilir (30).

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, malnütrisyon, hiperürisemi, hiperprolaktinemi gelişebilir (18).

Kardiyovasküler sistem: Hipertansiyon, fazla sıvı birikimi sonucu konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner ödem gelişebilir. Boyun venlerinde genişleme, gode bırakan ödem, perikardiyal effüzyon, perikardiyal tamponad, aritmi görülebilir. Perikardit kronik böbrek yetmezliğinde en sık rastlanan kardiyovasküler sorundur (25).

Cilt: Üremik cilt görünümü denilen kirli sarı topraksı renk, kuru cilt, cilt nekrozları, tırnakta renk değişiklikleri, kaşıntı gibi belirtiler görülebilir (19).

Kemik: Üremik kemik hastalığı, hiperparotiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit ortaya çıkabilir (18).

Hematolojik belirtiler: Üre yüksekliği nedeniyle eritropoetin azalması eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması, beslenme yetersizliği ve hastada kanamaya eğilim olması sebebiyle anemi tablosu gelişebilmektedir (25). Lökosit üretiminin azalması ve immün sistemin işlevinin bozulmasına bağlı olarak enfeksiyona eğilim artar (30).

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, karpal tünel sendromu, noktüri de görülebilir (18).

2.1.7. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

KBY medikal tedavisinde yeni ilaçların geliştirilmesi, vasküler giriş yolu yapımında sağlanan başarılar, diyaliz teknolojisinin ortaya çıkmasıyla sağlanan gelişmeler hastalarda öncelikle yaşam süresini uzatmış ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır (32).

2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hazırlanan kılavuzda önerilen tedavi planı aşağıdaki gibi olmalıdır (33).

1. Altta yatan hastalığın tedavi edilmesi
2. Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerin kontrol altına alınması ve böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması
3. Böbrek fonksiyonlarında azalma sebebiyle ortaya çıkan sorunların önlenmesi ve tedavisi

4. Son dönem böbrek yetmezliği evresinde olan hastalara renal replasman tedavisinin uygulanmasıdır.

Kronik böbrek yetmezliğinde kullanılan renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyondur. KBY'de kullanılan tedavi yöntemlerinin hepsinde amaç; hastaların yaşam süresinin uzatılmasıyla beraber yaşam standardının en iyi düzeyde sürdürülmesidir (34). TND 2015 Registry Raporu'na göre ülkemizde en sık kullanılan renal replasman tedavisi hemodiyalizdir (6).

2.2. Diyaliz

Diyaliz işlemi fiziksel olarak hasta kanı ile diyaliz sıvısının(diyalizat) yarı geçirgen bir membran aracılığı ile ayıracak şekilde karşı karşıya getirilmesi işlemidir. Bu işlem sonunda hasta kanı ile diyaliz solüsyonu arasında sıvı solüt değişimi sağlanmış olur (17). Sıvı ve elektrolit hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada var olan sıvı ve elektrolit dengesizliği normal değere yaklaştırılır (35).

Diyaliz tedavisi; hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere 2 şekilde uygulanır. Renal replasman tedavisi gereken yetişkinlerin hayatta kalması ve yaşam kalitelerinin gelişmesi için seçilen uygun tıbbi tedaviler nefroloji uzmanları arasında giderek artan bir tartışma alanıdır (36).

2.2.1. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, SDBY tedavisinde kullanılan yöntemlerden biridir. Periton kapillerlerindeki kan ve diyalizat arasındaki çözünen maddelerin difüzyonu ve hipertonik solüsyonların periton boşluğuna ultrafiltrasyona yol açmaları periton diyalizinin temelini oluşturmaktadır (19).

Diyaliz solüsyonunun periton boşluğuna verilmesinden sonra, üremik toksinleri içermeyen solüsyonla, üremik toksinlerin birikmiş olduğu kan arasında büyük bir konsantrasyon farkı oluşur ve yoğunluk farkından dolayı çok yoğun ortamdan az yoğun ortama madde geçişi olur (31).

Periton diyalizi işleminde hemodiyalize kıyasla daha iyi kan basıncı kontrolü ve sıvı kontrolü sağlanabilmektedir. Az miktarda diyet kısıtlaması gerekmektedir. Kanın

pıhtılaşmasına engel olmak amacıyla antikoagülan uygulanmasına gerek duyulmamaktadır (37). Bu tedavi şeklinde hastaların daha bağımsız olması, hastaların çoğunluğunda eritrosit kütlesinde artışı sağlayarak hemoglobin konsantrasyonunu artırması periton diyalizinin avantajları olarak gösterilebilir (18). Periton diyalizin her gün yapılmak zorunda olması ve peritonit gelişme riskinin olması da dezavantajları arasında sayılabilir (38).

Periton diyalizi özellikle; aktif bir yaşam tarzı olan, sıkça seyahat yapan, sosyoekonomik durumu uygun olan, damar yolu sorunu olan, anemisi olan, 5 yaş altı çocuklarda ve HD merkezlerine uzakta olan bireylerde tercih edilebilmektedir (17).

2.2.2. Hemodiyaliz

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların hemodiyalize girebilmeleri için vasküler giriş yollarına ihtiyaç vardır. Kolff ve arkadaşlarının 1943 yılında son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara hemodiyaliz işlemini uygulayarak bu hastaların yaşam beklentilerini artırmıştır (39).

Genel terim olarak diyaliz maddelerin bir membran yardımıyla ayrılması demektir. Yapay böbrek hemodiyaliz denilen işlemi kullanarak kandaki fazla maddeleri uzaklaştıran bir cihazdır. Hemodiyaliz işlemi sırasında kan hastanın arterlerinden birinden etrafı özel diyaliz sıvısı ile çevrili bir tüp içine pompalanır. Tüp daha sonra kanı ven yoluyla hastaya geri verir. Tüp çözünenlerin büyük kısmına geçirgen ancak kan hücrelerine geçirimsizdir (40).

Son yıllarda teknoloji ve cerrahi alanlardaki gelişmeler KBY tedavisinde hemodiyalizin seçilmesini kolaylaştırmıştır. Gelişen teknoloji ile beraber diyaliz tedavisindeki yenilikler ile hastaların yaşam süresi oldukça uzamıştır (41). Tedaviyle ilgili bu olumlu gelişmeyle birlikte bir süre sonra hemodiyalizle yaşanan sorunlar ve hastaların yaşadıkları güçlükler gibi konular gündeme gelmiştir. Hastaları yaşamlarının bir parçası haline gelen bu tedavi sürecinde diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve ailelerine bağımlı duruma gelmekle beraber, ruhsal-toplumsal ve ekonomik güçlüklerle baş etmek zorunda da kalmaktadırlar (42).

.

2.2.2.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları

- Hemodiyaliz tedavisi hastanın haftada 2 - 3 kez 4 - 6 saatini almaktadır, diğer zamanlarda hasta serbest olmaktadır.
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için kilo alma daha az görülmektedir.
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılmaktadır.
- Hastaların hastaneye yatma gereksinimi daha az olmaktadır.
- Karınla ilgili komplikasyonlar görülmemektedir (18).
- Merkezler hastalar için sosyal bir ortam oluşturmaktadır.
- Küçük solütler etkin bir şekilde vücuttan uzaklaştırılır (19).

2.2.2.2. Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları

- Vasküler giriş yoluna ihtiyaç vardır.
- Antikoagülan kullanılmak zorundadır.
- Kan basıncında ani değişiklikler oluşabilmektedir.
- Sıkı bir diyet uygulanması gerekir.
- Hastalar hastaneye bağımlı kalabilmektedir (19).

2.2.2.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyaliz tedavisinin akut komplikasyonları arasında hipotansiyon, kas krampları, baş ağrısı, bulantı kusma, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, ateş-titreme, kaşıntı, disequlibrium sendromu ve hava embolisi gösterilebilir (30).

Hipertansiyon, enfeksiyon, polinöropati, renal osteodistrofi, hepatit (B-C), anemi, psikolojik problemler ve beslenme sorunları ise hemodiyalizin kronik komplikasyonları arasında gösterilebilir (19). KBY hastalarını sık etkileyen önemli bir morbidite ve mortalite nedenlerinden biri de nörolojik komplikasyonlardır. Hemodiyalize bağlı gelişebilecek santral sinir sistemi komplikasyonları demans, disequlibrium sendromu, fırsatçı infeksiyonlar, üremik ensefalopati, intrakranial hemoraji, hemorajik inme, iskemik inme, intrakranial hipertansiyon, intrakranial hipotansiyon gibi durumlar iken periferik sinir sisteminde karpal tünel sendromu, anterior iskemik optik nöropati gibi mononöropati ve polinöropatiler görülebilmektedir (43). İntrakranial hemoraji (İKH), hemodiyaliz hastalarında sık rastlanılan bir komplikasyon olup, bazen ölümcül olabilmektedir (44).

2.3. Özbakım Kavramı

Öz bakım kavramı Dorethea E. Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'e göre öz-bakım; bireyin kendi yaşamını, sağlığını ve iyiliğini korumak için kendi kendine yapmış olduğu hareketler olup (45), kişinin kendi sağlığını ve iyilik halini koruma adına başlattığı (46) ve çaba harcadığı kronik hastalık tedavisinin önemli bir bileşenidir (47). Bir başka tanıma göre öz bakım; bir amaç için yapılan kasıtlı eylem, öğrenilen davranıştır. Bu amaç enerji harcanmasını gerektiren bir iş olabilir (48). Öz bakım, derinliği ve genişliği ile büyük bir teoridir. Bakım verenle beraber hastaların kendi bakımına katılımının temel düşüncesidir (49). Bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorunlulukları yüklenmesi öz bakımın en temel hedefidir. Öz bakım etkileşim, iletişim, kültür yoluyla öğrenilir ve kişinin benlik değerlerine katkıda bulunur (50).

Orem hemşireliği, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan kişilere hemşireler tarafından bilimsel bilgi doğrultusunda verilen hizmet şekli olarak tanımlar (51). Orem'in teorisi insanların doğal bir öz bakım yeteneğine sahip olduğunu ve hemşirelerin yetersizliğin görüldüğü alanları belirlemeye odaklanması gerektiğini öne sürer (36).

Öz bakım gücü ise; sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerin bileşimidir (52). Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi için, kendine dikkat etme, fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme, karar verirken öz bakım anlayışı içine yargılama, güdüleme, öz bakım kararını verme ve uygulama, yapacağı aktiviteleri sıraya koyma ve bu eylemleri gerçekleştirirken sürekliliği sağlama gibi bazı özelliklere sahip olması gerekir (53).

Orem'e göre hemşirelik ve öz-bakım entelektüel aşama ve uygulama aşamasını içerir. Hastanın ihtiyaç duyduğu gereksinimin belirlenmesi ve bu gereksinimin nasıl giderileceğine karar verilmesi entellektüel aşama olarak nitelendirilir. Entelektüel aşamada, hemşire hastanın yaşam öyküsü ve yaşam biçimini değerlendirerek verilerini toplar. Hemşire verilerini toplarken, hekimin bakış açısının, hastanın bakış açısının, hastanın var olan sağlık durumunun, beklenen sağlık sonuçlarının, hastanın tedaviye yönelik öz-bakım gereksinimlerinin ve öz-bakımını gerçekleştirmesindeki yetenek ve yeteneksizliklerinin neler olduğuna odaklanmalıdır. İlk aşama bireye neden hemşirelik bakımı verilmesi gerektiğinin belirlenmesiyle oluşur. İkinci aşama bakım verilirken bu

bakımın hangi hemşirelik sistemiyle yapılacağıdır. Üçüncü aşama ise, hastanın öz-bakım sınırlamalarını mümkünse giderme, öz-bakım yeteneklerini besleme, koruma, geliştirmenin yanında, yeni sınırlamaların gelişmesini engelleme aşamasıdır (54).

Öz bakım gücü yeterli olan birey, öz bakım gereksinimlerini yeterli şekilde ve uygun olarak karşılayabilecek, kendi sağlığıyla ilgili tüm sorumlulukları alabilecek ve başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilecektir (55).

Orem, hastanın gereksinimlerinin karşılanmasındaki yardımda 3 temel hemşirelik sistemini şu şekilde tanımlamıştır (56);

1. Tümüyle Eksikliği Giderme: Bu sisteme göre; hasta öz bakımını sağlamada aktif rol oynayamadığından, hastanın bakımını tamamen hemşire üstlenmektedir. Hastada yetersizlik halinde olduğu için kendi öz bakımına katılamamaktadır (56).

2. Kısmen Eksikliği Giderme: Hemşire ve hasta bakım önlemlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirir. Örnek: Yeni ameliyat olmuş bir hasta ağız hijyeni, tuvalet ihtiyacı gibi bazı konularda yardım gereksinimi olabilir ve bu durumda hemşire ile aktif bir işbirliği içinde olması gerekmektedir (56).

3. Destekleyici-Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlayacak yeterliliğe ve öğrenebilme yeteneğine sahip olmasına rağmen, gerekli aktiviteleri gerçekleştirmesinde bir yardımcıya ihtiyacı olmaktadır. Burada hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır (56).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisinde tanımladığı gibi bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanması üzerinde duran Orem'in teorisi; kardiyak hastalığı olanlar, pulmoner hastalığı olanlar, zihinsel rahatsızlığı olanlar ve diyabet hastalığı olanlar dahil olmak üzere çeşitli alanlarda uygulanmıştır (57).

2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü

Orem' in kuramının merkezinde hastanın ihtiyaçları ve bunları karşılamak için hemşirenin yaptığı aktiviteler yer almaktadır (58). Hemşireliğin amacı; insanların yaşamını ve sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık veya sakatlığının iyileşmesi veya bunların etkileriyle baş edebilmesi için özbakım yeteneğinin gelişmesini sağlamaktır. Hemşire, hastanın terapötik özbakım gereksinimlerini karşılamasının yanında, hastanın öz bakımını yapabilmesine yönelik girişimlerini de sürdürür (51).

Hemodiyaliz tedavisi hasta yaşamında değişiklik yaratan, insan yaşamında yeni düzenlemeler gerektiren, hem hasta hem de hasta ailesini yakından ilgilendiren, yeni ve farklı bir deneyimdir. Vücut fonksiyonlarındaki kayıpların yanı sıra aile içindeki rol kaybı, iş kaybı hasta için büyük psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Hasta anemi, eklem ağrıları, kaşıntı, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu gibi bazı temel komplikasyonlar sebebiyle sosyal yaşamdan uzaklaşabilir (59).

Hemodiyaliz tedavisi alırken sürekli makineye bağlı olarak kalmaları, bağımsızlığını yitirdiklerini düşünmeleri, ilaç ve diyet tedavileri, cinsel işlev bozuklukları ve iş kayıpları gibi durumlar hastalarda yadsıma, tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü gibi tepkilere neden olabilir (60). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım kavramı diyet, ilaçlar, hemodiyaliz tedavisi, iletişim, oluşabilecek komplikasyonları ve belirtileri izleme, tıbbi yardım arama, böbrek yetmezliği hakkında bilgilenme ve hasta için bu yeni yaşam tarzının kabul edilmesi gibi birçok boyutu kapsar (57).

Ancak hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada kilit rol alan kişiler hemşirelerdir. Bir hemodiyaliz ünitesi göz önüne alındığında, hasta ile iç içe, hastaya en yakın sağlık personelinin hemşire olduğu görülmektedir (61). Diyaliz tedavisi öz bakımda anahtar rolü olan hastaları tedaviye dahil eder (57).

Bu doğrultuda hemşireler; hastanın öz bakım gücü yeteneğini geliştirerek tedavisine uyum sağlaması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, kendi sorumluluğunu alması, diyetine uyması, hastalığın ve diyaliz merkezine bağlı kalmanın getirdiği yaşam değişikliklerine uyum sağlaması, baş etmesinin kolaylaşması ve aile içi rol kaybı yaşamamaları gibi pek çok konuda olumlu etkiler sağlamış olurlar.

İlhan'ın hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü orta seviyede bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaş gibi değişkenlerinin öz bakım gücü üzerinde etkili bir faktör olduğu belirlenirken; diyalize girme süresi, KBY tanısı alma zamanı, diyalize girme sıklığı gibi değişkenlerin öz bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır (62).

Muz ve Eğlence'nin hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların öğrenim düzeyleri, yaşadıkları yerler, gelir durumları, hastalık süresi, diyalize girme süresi gibi değişkenlerin öz bakım gücü üzerinde etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir (55).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Koç Diyaliz Merkezi'nde Mart -Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Özel Koç Diyaliz Merkezi'nde iki adet hemodiyaliz salonu bulunmaktadır. Alt ve üst kat olarak ayrılmış olan bu salonlarda toplam 30 adet hemodiyaliz makinası yer almaktadır. Hepatit virüsü taşıyan hastalar için ayrıca bir oda bulunmaktadır. Merkezin hasta sayısı misafir hasta sayısıyla dönem dönem değişmekle beraber ortalama 130 hastaya, 9 hemşire ile hizmet vermektedir. Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ise 3 farklı diyaliz salonundan oluşmaktadır. Bu salonlardan biri hepatit virüsü taşıyan hastalara ayrılmıştır. Toplamda 18 cihaz ile ortalama 60 hastaya, 13 hemşire ile hizmet vermektedir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Koç Diyaliz Merkezi'nde araştırmanın yapıldığı dönemde hemodiyaliz tedavisi gören 190 hasta oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında bu evren içinde araştırma kriterlerine uyan 151 hasta oluşturmuştur. Örnekleme alınmayan 39 hastadan; 8 hasta araştırmaya katılmak istemediği, 27 hasta araştırma kriterlerine uymadığı, 4 hasta araştırma sırasında kendi isteğiyle araştırmadan çekildiği için araştırmaya katılamamıştır.

Örneklem seçimi için belirlenen kriterler

- Mental yeterliliğe sahip olma
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Türkçe iletişim kurulabilme

- Kronik böbrek yetmezliği tanısı alma
- Hemodiyaliz ünitelerinde en az 6 aydır diyaliz tedavisine devam etme
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

3.4. Ön Uygulama

Veri toplamaya başlamadan önce 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soruların düzenlenmesine gerek duyulmamıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı hazırlanan 21 soruluk kişisel bilgi formu (EK-1) ve 35 soruluk öz bakım gücü ölçeği (EK-2) kullanılmıştır. Verilerin toplanması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları toplamda 10-15 dk süre içinde doldurulmuştur.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (54,55,63) geliştirilen kişisel bilgi formu hemodiyaliz hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği vb. gibi sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra diyalize girme sıklığı, diyalize giriş yolu, diğer hastalıkların varlığı gibi özellikleri içeren 21 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek amacıyla kullanılan özbakım gücü ölçeği, *Kearney* ve *Fleicher* tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş olup, 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formu Nahcivan tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerin öz-bakım aktiviteleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenmiştir. Yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan verilirken, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor" 1 puan, "Fikrim yok" 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan, ve "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilmektedir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilerek, puanlama ters döndürülür. Maksimum

puan ise 140 olup, sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin öz-bakım ya da kendi–kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksek olduğu anlamına gelir (54,63).

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması 01.03.2016-30.05.2016 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Koç Diyaliz Merkezi hemodiyaliz salonlarında hastalar hemodiyaliz seanslarını almakta iken her hastaya yaklaşık 10-15 dakika eşit süre tanınarak, araştırmacı tarafından tüm soruların birebir okunması ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Veri toplamanın öncesinde hastalardan araştırma kriterlerine uygun olanlar seçilmiştir. Hastalara bu araştırmanın yalnızca bilimsel alanda kullanılacağı, hastaların isimlerinin herhangi bir şekilde kullanılmayacağı, istedikleri anda araştırmadan çekilebilecekleri, bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyeceği konusunda bilgiler verilerek araştırmayı kabul eden hastaların onamları alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Güçlükleri Ve Sınırlılıkları

Araştırmanın özel diyaliz merkezlerinden izin alınamaması sebebiyle, iki kurumda 151 hasta üzerinde yapılması araştırmanın sınırlılıkları olarak düşünülebilir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-3) ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği'nden (EK-4), Özel Koç Diyaliz Merkezi Başhekimliği'nden (EK-5) gerekli izinler ve onaylar alınmıştır. Veri toplama öncesinde de hastaların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.9. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde bağımsız iki grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "İki Bağımsız Grup 't' Testi" (t tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "ANOVA Testi" (F tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. ANOVA testine ait ikili karşılaştırmalar için varyansların homojenlik durumuna göre "Tukey" ve "Tamhane" testleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U Testi" (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H Testi" (χ^2 tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis H testine ait ikili karşılaştırmalar için "Bonferroni Düzeltmesi" kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 151 hastanın ölçekten aldığı ortalama puan 89,31±24,64 olduğu tespit edilmiştir. En düşük alınan puanın 14, en yüksek alınan puanın 134 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 1).

Çizelge 1. Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Tablosu

Ölçek (N=151)	**Mean ± S.D.**	**Min**	**Max**
Öz Bakım Gücü Ölçeği	89,31±24,64	14	134

Hastanelere göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05). 2 farklı diyaliz merkezindeki hastaların öz bakım gücü ölçeği ortalaması puanı birbirine oldukça yakındır (Çizelge 2).

Çizelge 2. Hastanelerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Değişken (N=151)	**N**	**Median [Min-Max]** **Mean ± S.D.**	**İstatistiksel Analiz** **Olasılık***
Hastane			
Balcalı	40	89,33±25,10	t=0,004
Koç	111	89,31±24,59	p=0,997

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastalarda %55,6'sının erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların %55 'inin 60 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunduğu, %78,1'inin evli olduğu, %27,8'inin ilkokul öğrenim düzeyinde olduğu, %52,3'ünün emekli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %99,3'ünün çalışmadığı ve bu hastalardan %42,7'sinin emekli olduğu, %36'sının ev hanımı olduğu ve %21,3'ünün sağlık durumu sebebiyle çalışmadığı belirlenmiştir. Tedavi gören hastaların %90,1'inin ailesiyle, %8,6'sının yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %74,8'inin illerde yaşadığı, %94,7'sinin SGK güvencesi olduğu, %36,5'inin ekonomik durumunun iyi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3).

Çizelge 3. Hastalara Ait Demografik Veriler

Değişken (N=151)	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	67	44,4
Erkek	84	55,6
Yaş Grupları[$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 57,84 \pm 11,70$]		
50 Yaş ve ↓	32	21,2
51-59 Yaş	36	23,8
60 Yaş ve ↑	83	55,0
Medeni Durum		
Evli	118	78,1
Bekar	33	21,9
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar Değil	31	20,5
Okuryazar	32	21,2
İlkokul	42	27,8
Ortaokul	15	9,9
Lise ve üzeri	31	20,6
Meslek		
Ev Hanımı	56	37,1
Emekli	79	52,3
İşsiz	12	7,9
Diğer*	4	2,7
Çalışma Durumu		
Evet	1	0,7
Hayır	150	99,3
Yaşanılan Yer		
İlçe	38	25,2
İl	113	74,8
Yaşanılan Kişi		
Yalnız	13	8,6
Aile	136	90,1
Diğer**	2	1,3
Sosyal Güvence		
SGK	143	94,7
Yeşil Kart	6	4,0
Güvencesiz	2	1,3
Ekonomik Durum		
Çok iyi	11	7,3
İyi	55	36,5
Orta	47	31,1
Kötü	34	22,5
Çok kötü	4	2,6

*Diğer; esnaf, serbest meslek, memur, öğrenci.
**Diğer; ücretli bakıcı.

.

Çizelge 4'te görüldüğü üzere hastalardan %94'ünün diyalize gelirken kullandığı vasıtanın kurum servisi olduğu belirlenmiştir. Hastalardan %88,1'inin haftada 3 kez diyalize girdiği, %47,7'sinin 2-5 yıl süreyle diyalize girdiği, %72,8'inin hemodiyaliz giriş yolunun AV Fistül olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. Hastaların Hemodiyalize Girmelerine İlişkin Bazı Veriler

Değişken (N=151)	**n**	**%**
Hemodiyalize Gelirken Kullanılan Vasıta		
Kurum Dışı Araç	9	6,0
Kurum Servisi	142	94,0
Hemodiyaliz Sıklığı		
Haftada 2	18	11,9
Haftada 3	133	88,1
Hemodiyalize Girme Süresi		
2 Yıldan Az	27	17,9
2-5 Yıl	72	47,7
6-9 Yıl	28	18,5
10 Yıl ve Üzeri	24	15,9
Hemodiyaliz Giriş Yolu		
AV Fistül	110	72,8
Katater	38	25,2
Şant	3	2,0

Çizelge 5'te hastaların hastalığına ilişkin bazı bulgular verilmiştir. Hastaların %37,7'sinin kronik böbrek yetmezliği tanısını 4 yıl ve daha az süre önce aldığı belirlenmiştir. Hastaların %51,7'sinin günlük ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %31,7'sinin kısmen ve %16,6'sının günlük ihtiyaçlarını karşılayamadığı belirlenmiştir. Hastaların %56,3'ünün hastalıklarıyla ilgili bir eğitim aldığı, %43,7'sinin eğitim almadığı belirlenmiştir.

Böbrek yetmezliğine neden olan hastalık olarak hastalardan %29,1'inin hipertansiyon, %27,8'inin diyabetes mellitus nedeniyle KBY hastası olduğu belirlenmiştir.

Hastalardan %70,2'sinin başka bir kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Bu hastalardan %52'sinin HT hastası , %41,7'sinin diyabet hastası olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 5. Hastaların Hastalığına İlişkin Bazı Veriler

Değişken (N=151)	**N**	**%**
KBY Tanısı Alma Zamanı		
4 Yıl ve Daha Az	57	37,7
5-9 Yıl	45	29,8
10-14 Yıl	22	14,6
15 Yıl ve Üzeri	27	17,9
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	85	56,3
Evet	66	43,7
Hayır		
Böbrek Yetmezliğine Neden Hastalık	44	29,1
Hipertansiyon	42	27,8
Diyabetes Mellitus	27	17,9
Kronik Glomerulonefrit	17	11,3
Kronik Pyelonefrit	21	13,9
Diğer*		
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	106	70,2
Hayır	45	29,8
Başka Kronik Hastalığın Adı		
HT	54	52,0
DM	44	41,7
FMF	3	2,7
Diğer**	4	3,6
Günlük İhtiyaçları Karşılama		
Evet	78	51,7
Hayır	25	16,6
Kısmen	48	31,7

*Diğer; böbreğin kistik hastalıkları, obstrüktif üropati, amiloidoz, sebebi bilinmeyenler.
**Diğer; astım, gut, HT+DM, SLE.

4.2. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulguları

Cinsiyete göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Yaş gruplarına göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=15,288;p=0,000$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu 50 yaş ve altı yaş grubu ile 51-59 yaş ve 60 yaş ve üzeri yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 50 yaş ve altı grubun öz bakım ölçeği puanları, 51-59 ve 60 yaş ve üzeri yaş grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksektir. 50 yaş ve altı grubun, diğer iki gruba göre bireylerin öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Öğrenim düzeyine göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($F=4,861;p=0,001$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespitinde varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey testi sonucu lise ve üzeri öğrenim düzeyi olanlar ile okuryazar olmayanlar, okuryazar ve ilkokul mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lise ve üzeri öğrenim düzeyi olanların öz bakım gücü ölçeği ortalaması, diğer üç gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yani lise ve üzeri öğrenim düzeyi olan bireylerin diğer üç gruba göre bireylerin öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaşanılan kişilere göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=-2,352;p=0,020$). Yalnız yaşayan hastaların, ailesiyle yaşayan hastalara göre öz bakım gücü ölçeği ortalaması daha düşüktür. Bu sonuç yalnız yaşayan hastaların, ailesiyle yaşayan hastalara göre öz-bakım gücünün daha düşük olduğunu göstermiştir.

Yaşanılan yere göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=-4,283;p=0,000$). İlde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre öz bakım gücü ölçeği ortalaması daha yüksektir. Sonuç olarak ilde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal güvence durumlarına göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (t=-2,003;p=0,047). SGK güvencesi olan hastaların, yeşil kart + güvencesiz hastalara göre öz bakım gücü ölçeği ortalaması daha yüksektir. SGK güvencesi olan hastaların, yeşil kart + güvencesiz olan hastalara göre öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ekonomik durumlara göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (χ^2=8,136;p=0,043). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu ekonomik durumu çok iyi olanlar ile orta ve kötü + çok kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Çok iyi olanların öz bakım gücü puanları, orta ve kötü + çok kötü ekonomik durumu olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik durumu çok iyi olan hastaların, orta ve kötü + çok kötü ekonomik durumu olanlara göre öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Meslek ve çalışmama sebebine göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 6. Hastaların Demografik Özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Değişken (N=151)	**N**	**Median [Min-Max] Mean ± S.D.**	**İstatistiksel Analiz Olasılık***
Cinsiyet			
Kadın	67	92 [46-132]	Z=-1,399
Erkek	84	87 [14-134]	p=0,181
Yaş Grupları			
50 Yaş ve ↓(1)	32	108 [14-129]	χ^2=15,288
51-59 Yaş(2)	36	90,5 [31-126]	**p=0,000**
60 Yaş ve ↑(3)	83	86 [36-134]	**Fark (1-2,3)**
Medeni Durum			
Evli	118	90,82±23,85	t=1,430
Bekar	33	83,91±27,00	p=0,155
Öğrenim Düzeyi			
Okuryazar Değil(1)	31	82,26±21,29	
Okuryazar(2)	32	82,44±26,92	F=4,861
İlkokul(3)	42	86,17±24,64	**p=0,001**
Ortaokul(4)	15	99,07±21,77	**Fark (1,2,3-5)**
Lise ve Üzeri(5)	31	103,00±20,65	
Meslek[a]			
Ev Hanımı	56	91,5 [49-132]	χ^2=15,288
Emekli	79	85 [31-134]	p=0,064
İşsiz	12	106 [14-129]	
Yaşanılan Kişi [b]			
Yalnız	13	73,92±26,79	t=-2,352
Aile	136	90,49±24,02	**p=0,020**
Yaşanılan Yer			
İlçe	38	75,29±25,78	t=-4,283
İl	113	94,03±22,46	**p=0,000**
Sosyal Güvence[c]			
SGK	143	90,25±24,15	t=2,003
Yeşil Kart + Güvencesiz	8	72,50±29,04	**p=0,047**
Ekonomik Durum[d]			
Çok İyi(1)	11	116 [42-134]	χ^2=8,136
İyi(2)	55	90,5 [46-129]	**p=0,043**
Orta(3)	47	86 [31-129]	**Fark (1-3,4)**
Kötü + Çok Kötü(4)	38	89 [14-129]	
Çalışmama Sebebi			
Emekli	64	84,92±25,19	F=2,001
Ev Hanımı	54	91,24±21,35	p=0,139
Sağlık Durumu	32	94,84±28,13	

* t (t değeri) testi, ANOVA (F değeri) yöntemi, Mann-Whitney U (Z değeri), Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

a) Yetersiz örnek sayısından dolayı diğer grubu analize dahil edilmemiştir.

b) Yaşanılan kişide diğer grup örnek sayısı yetersizliğinden analize dahil edilmemiştir.

c)Sosyal güvence değişkeninde örnek sayısı azlığı sebebiyle yeşil kart ile güvencesiz grup birleştirilmiştir.

d) Ekonomik durumda çok kötü grubunun örnek sayısının azlığı sebebiyle kötü grubuyla birleştirilmiştir.

Hemodiyalize gelirken kullanılan vasıta, hemodiyaliz sıklığı, hemodiyalize girme süresi ve hemodiyaliz giriş yoluna göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 7. Hastaların Hemodiyalize Girmelerine İlişkin Verilerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Değişken (N=151)	**n**	**Median [Min-Max] Mean ± S.D.**	**İstatistiksel Analiz Olasılık***
Kullanılan Vasıta			
Kurum Dışı Araç	9	100,78±24,38	t=1,445
Kurum Servisi	142	88,58±24,56	p=0,151
Hemodiyaliz Sıklığı			
Haftada 2	18	91,78±21,59	t=0,451
Haftada 3	133	88,98±25,08	p=0,652
Hemodiyalize Girme Süresi	27	91 [14-120]	
2 Yıldan Az	72	92 [40-134]	χ^2=3,384
2-5 Yıl	28	87 [40-132]	p=0,336
6-9 Yıl	24	90,5 [31-129]	
10 Yıl ve Üzeri			
Hemodiyaliz Giriş Yolu[a]			
AV Fistül	110	88,58±25,03	t=-0,961
Katater	38	93,05±23,79	p=0,338

*t (t değeri) testi, ANOVA (F değeri) yöntemi, Mann-Whitney U (Z değeri), Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.
a)Şant grubu örnek sayısı yetersizliğinden analize dahil edilmemiştir.

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alma zamanına göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Hastalıkla ilgili eğitim alma durumuna göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (t=2,257;p=0,025). Hastalıklarıyla ilgili eğitim alanların öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları ortalama puan, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastalıklarıyla ilgili eğitim alan hastaların, hastalıklarıyla ilgili eğitim almayanlara göre öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliğine sebep olan hastalık, başka bir kronik hastalık varlığı ve günlük ihtiyaçları karşılaşama durumlarına göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 8. Hastaların Hastalığına İlişkin Verilerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Değişken (N=151)	**N**	**Median [Min-Max] Mean ± S.D.**	**İstatistiksel Analiz Olasılık***
KBY Tanısı Alma Zamanı			
4 Yıl ve Daha Az	57	91 [14-127]	
5-9 Yıl	45	87 [40-134]	χ^2=0,491
10-14 Yıl	22	94,5 [31-125]	p=0,921
15 Yıl ve Üzeri	27	91 [37-129]	
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	85	93,25±23,86	t=2,257
Evet	66	84,24±24,89	**p=0,025**
Hayır			
Böbrek Yetmezliğine Neden Hastalık	27	92 [36-132]	
Kronik Glomerulonefrit	17	107 [40-127]	χ^2=4,019
Kronik Pyelonefrit	42	86,5 [31-126]	p=0,403
Diyabetes Mellitus	44	90,5 [37-134]	
Hipertansiyon	21	88 [14-129]	
Diğer**			
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	106	87,25±23,93	t=-1,589
Hayır	45	94,18±25,88	p=0,114
Günlük İhtiyaçları Karşılama			
Evet	78	93,23±24,07	F=2,907
Hayır	25	90,16±22,31	p=0,058
Kısmen	48	82,50±25,72	

* t (t değeri) testi, ANOVA (F değeri) yöntemi, Mann-Whitney U (Z değeri), Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.
**Diğer; böbreğin kistik hastalıkları, obstrüktif üropati, amiloidoz,sebebi bilinmeyenler.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Örneklem grubuna alınan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanın ortalamasının 89,31±24,64 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir (54). Bu bilgilere göre bu araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün orta seviyede olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan benzer çalışmalarda da hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü orta seviyede bulunmuştur (62,64,65,66). Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hemodiyalizin komplikasyonları ve uzun süre makinaya bağlı kalmaları nedeniyle öz bakım gücünün olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Hastalara ait yaş ortalamasının 58,37±12,65 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın yaş ortalaması Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzerdir. 50 yaş altı grubun öz bakım gücü puanının, 51-59 yaş ve 60 yaş ve üzeri grubun öz bakım gücü puanından yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlhan'ın hemodiyaliz hastaları ile ilgili çalışmasında 41-59 yaş grubu hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının 60 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (62). Çalışmamızla zıt yönlü olarak Ören'in farklı bir ölçekle diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışma ile Bağ ve Mollaoğlu'nun hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarda yaşın öz bakım gücünde etkili bir faktör olmadığı belirlenmiştir (45,67). İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan diğer hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, hastalıkla ilgili baş etmenin yetersiz olması, tükenmişlik ve görme bozuklukları gibi durumların hemodiyaliz tedavisi uygulanan yaşlı hastalarda öz bakım gücünü olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Yapılan çalışmada erkekler ve kadınların öz bakım gücü puanı açısından anlamlı bir fark bulunamamış olup, cinsiyetin hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü etkileyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Ören tarafından diyaliz hastalarında yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarında cinsiyetin önemli bir faktör olmadığı bulunmakla birlikte, periton diyalizi uygulanan hastalarda erkeklerin öz bakım gücü puanının kadınlarınkinden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (67).

Ören'in çalışmasına paralel olarak, Ünsar ve arkadaşları'nın diyaliz hastaları ile ilgili çalışmasında da erkek hemodiyaliz hastalarının kadınlara göre öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (68). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bazı çalışmalarda öz bakım gücü puanı ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların puan ortalamasının erkeklerinkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (34,62,69). Kugler ve arkadaşları tarafından hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan çalışmada ise kadınların öz bakım gücü erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (70).

Çalışmada öz bakım gücü ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Araştırmayla paralel sonuçlar elde edilmiş diğer çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (65,67). Ancak literatürde araştırma bulguları ile ters yönde bulgulara da rastlanmıştır. İlhan'ın çalışmasında evli hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (62). Öz bakım gücü; bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için çeşitli etkinliklerde bulunabilme, bakım gereksinimlerini karşılayabilme yeteneğidir ve bireysel olarak değerlendirilir. Buna bağlı olarak evli ya da bekar olmanın bireyin bu kişisel yeteneğini etkilemediği söylenebilir.

Hemodiyaliz hastalarının öğrenim düzeyine göre öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise ve üzeri öğrenim düzeyi olanların öz bakım gücü ölçeği ortalamasının, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunlarının puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığı söylenebilir. Literatürde hemodiyaliz hastaları üzerinde dünyada yapılan ve benzer sonuçlar elde edilmiş bazı çalışmalar bulunmaktadır (71,72). Ören'in farklı bir öz bakım gücü ölçeği ile yaptığı çalışmasında hemodiyaliz grubunda, ilaç kullanımı ve tüm ölçek puanı boyutları ile periton diyalizi grubunda ise, ilaç kullanımı boyutunda eğitim grupları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu farkın, hemodiyaliz grubunda üniversite grubu ile okuryazar/ilkokul grubu arasında; periton diyalizi grubunda ise üniversite grubu ile okuryazar/ilkokul grubu ve orta/lise grubu ile okuryazar/ilkokul grubu arasında anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (67). Çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiş başka çalışmalar da bulunmaktadır (55,62,65). Çalışmamızın sonucuna göre eğitim düzeyi arttıkça hastaların sağlık anlayışının ve sağlığa bakış açısının gelişeceği, hastaların yaşam beklentilerinin

değişeceği, kendi bakımı ve hastalığıyla ilgili bilgiye daha kolay ulaşabileceği, baş etme yöntemlerinin gelişeceği, buna bağlı olarak da öz bakım güçlerinin artacağı düşünülebilir.

Ekonomik durumlara göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ekonomik durumu çok iyi olanların öz bakım gücü puanları ekonomik durumu orta, kötü ve çok kötü olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik durumun iyi olmasının öz bakımda etkisinin önemli olduğu söylenebilir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde bu araştırmayla benzer sonuçlar elde edilmiş olup, hemodiyaliz hastalarının gelir düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığı saptanmıştır (62,65). Ancak diyaliz hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda gelir durumunun, öz bakım gücünü etkilemediğini saptanmıştır (68). Bu durum gelir durumu iyi olanların sağlık kaynaklarına daha kolay ulaşabilmelerini, maddi stres kaynaklarının olmamasını etkilediği söylenebilir.

Diyalize girme süresi açısından öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde araştırmamıza aynı yönde sonuçlar elde edilmiş çalışmalar bulunmaktadır (62,67). Ayrıca KBY tanısı alma zamanı ve diyalize girme sıklığına göre değerlendirildiğinde bu değişkenlerin öz bakım gücünü etkilemediği görülmüştür.

Araştırma sonucuna göre başka bir kronik hastalığa sahip olmanın öz bakım gücü üzerinde etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda benzer şekilde KBY' ye ek hastalığı olma durumu öz bakım gücü üzerinde etkisiz bir faktör olarak bulunmuştur (62,67). Araştırma bulgularına ters yönde Bakoğlu ve arkadaşları tarafından periton diyalizi uygulanan hastalar üzerinde yapılan çalışmada ek hastalığa sahip olan bireylerin öz bakım gücünün diğer bireylere göre düşük olduğu saptanmıştır (73).

Çalışmada hastalıkla ilgili eğitim alma durumuna göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Hastalıklarıyla ilgili eğitim alanların öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları ortalama puan, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastalıkla ilgili eğitim almanın bireylerin kendine bakma ve tedaviye uyum gibi birçok alanda önemli olduğu bilinmektedir. Araştırmaya göre hastaların %56.3ü hastalığı ile ilgili eğitim almıştır. Yani hastaların büyük bir kısmı eğitim almamaktadır. Hemodiyaliz ile

ilgili yapılan çalışmalarda hastalığı ile ilgili bilgi alma durumunu değerlendiren çok sayıda çalışma yoktur. Öztürk tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastalara sağlık personeli tarafından eğitim verilmediği saptanmıştır (32)**.** Bakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastanede eğitim alan hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü yüksek bulunmuştur (73). Gallegos ve arkadaşları tarafından diyabet hastaları üzerinde yapılan çalışmada kronik hastalığa sahip olan hastalara verilen eğitimin hastaların öz bakım aktiviteleri ve hastalıkları ile ilgili bilgileri üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (74). Hastalara hastalıkları ve tedavi planlarıyla ilgili eğitim vermenin hastaların uyumunu kolaylaştırdığı, bilgisizliğe bağlı streslerini azalttığı, hastalıklarıyla ilgili daha bilinçli olduğu, kendi bakımına katılmada daha istekli olduğu ve bu doğrultuda öz bakımına katkı sağladığı söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre yaşanılan yere göre öz bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. İlde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre öz bakım gücü ölçeği ortalaması daha yüksektir. Muz ve Eğlence tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan ve köyde yaşayan KBY'li bireylerin öz bakım gücü ve genel öz yeterlilik düzeylerinin düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (55) .Literatürde farklı kronik hastalıklarda yapılan çalışmalarda buna benzer sonuçlar elde edilmiştir (75). Yapılan bazı çalışmalarda ise hastaların yaşadıkları yerin öz bakım gücünü etkilemediği sonucuna varılmıştır (65). Bu verilere göre il merkezinde yaşayan hastaların sağlık bakım merkezlerine ve kaynaklarına daha kolay ulaşabildikleri sonucu çıkarılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre;

- Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün orta seviyede (89,31±24,64, Min:14 -Max:134) olduğu tespit edilmiştir.
- Hemodiyaliz hastalarının hemodiyalize girdikleri hastaneler açısından öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Yaş, öğrenim düzeyi, yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, sosyal güvence, ekonomik durum, hastalıkla ilgili eğitim alma durumunun öz bakım gücünü etkilediği belirlenmiştir.
- Cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışmama sebebi, kullanılan vasıta, diyaliz sıklığı, diyalize girme süresi, hemodiyalize giriş yolu, KBY tanısını alma zamanı, ek kronik hastalığa sahip olma, günlük ihtiyaçlarını karşılama durumu öz bakım gücünü etkileyen faktörlerden değildir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

· Kurumlarda hastalara kendi hastalıklarıyla ilgili eğitim verilmesi konusunda planlama yapılması,

· Yaşanılan yer konusundaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için tüm hastaların sağlık kaynaklarına rahatça ulaşabilmelerinin sağlanması,

· Hemşirelerin hastaların birlikte yaşadığı kişilerin hastalara fiziksel, sosyal, duygusal açıdan destek olması için hasta yakınlarını bilgilendirmesi, hastaların öz bakım gücünün geliştirilmesi için birlikte yaşadığı kişiler ile işbirliği yapması,

· Hemodiyaliz ünitesinde çalışacak olan sağlık personellerine öz bakım gücü ve öz bakım gücünü etkileyen faktörler konusunda eğitim verilmesi, hemşirelerin bakımı planlarken öz bakım gücünü değerlendirmeleri ve buna yönelik girişimler planlamaları konusunda hemşirelerde farkındalık oluşturulması,

- Bu konuda yapılacak diğer araştırmaların öz bakım gücünü etkileyen tüm faktörlerin tek tek incelemesi ve buna yönelik girişimler planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **WHO.** Noncommunicable diseases. Erişim: (http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/) Erişim Tarihi: 01.09.2016.

2. **Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N ve ark**. *Türkiye'de Sağlığa Bakış.* Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık, **2007**: 45–71.

3. **İncirkuş K, Nahcivan NÖ.** Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli. *F.N. Hem. Derg*, **2015**; 23(1): 66-75.

4. **Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, et al.** Patient awareness of chronic kidney disease,Trends and Predictors. *Arch Intern Med*, **2008**; 168: 2268-75.

5. **Gürcan Z, Polat H, Müderrisoğlu C, Besler M, Özgül RB.** Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizine giren hastalarda insülin direncinin karşılaştırılması. *İstanbul Tıp Derg*, **2011**;12(2):65-68.

6. **Türk Nefroloji Derneği Yayınları**, Türkiyede Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2015. Erişim: (http://www.tsn.org.tr/folders/file/2015_REGISTRY_kontrol_v2.pdf) Erişim Tarihi: 15.09.2016.

7. **Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al**. A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, **2011**; 26: 1862-71.

8. **Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A**. Diyaliz endikasyonları ve renal raplasman tedavisi seçimi. Serdengeçti K, Seyahi N. Ed. *Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı.* Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, **2009.**

9. **Griva K, Jayasena D, Davenport A, Harrison M, Newman SP.** Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, **2009;**14(1) 17–34.

10. **Kara B**. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2007**;49: 132-136.

11. **Öztürk C, Karataş H.** Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,**2008**; *11* (2): 85-91.

12. **Aba N, Tel H.** Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2012**; 1:18-23.

13. **Griva K, Mooppil N, Seet P, Krishnan DS, James H, Newman SP.** The NKF-NUS hemodialysis trial protocol – a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. *BMC Nephrology*, **2011**; 12(4).

14. **Richard C.** Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, **2006;***33*(4):387- 394

15. **Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N.** Karaciğer sirozlu olan hastaların öz-bakım güçlerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;9(2):13-24.

16. **Akgün H, Buğra K, Ahmet K, Köken T.** Hemodiyaliz hastalarının sitokin düzeyleri ve oksidatif stres ile ilişkisi. *Türk Nefroloji, Dializ ve Transplantasyon Dergisi*,**2007**;16(3): 129-134.

17. **Ovayolu N, Ovayolu Ö**. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar.* Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**: 373-384.

18. **Tanrıverdi M, Karadağ A, Hatipoğlu E.** Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi* **2010**; 2: 27-32.

19. **Durna Z.** *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2013**: 469.

20. **Thomas R, Kanso A, Sedor JR**. Chronic kidney disease and its complications. *Prim Care Clin Office Pract*, **2008**;35: 329–344.

21. **Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö.** Hemodiyaliz hastalarının yeterli diyaliz hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konuda eğitilmesi. *Bozok Tıp Derg*, **2013**;3(3):36-43.

22. **Serdengeçti K.** Kronik böbrek yetersizliği. *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*.1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Yayınları, **2007**.

23. **Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017. Erişim: http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf Erişim Tarihi: 10.09.2016.

24. **Kara B.** Ev hemodiyalizine yönelik inançlar ve deneyimler. *Turk Neph Dial Transpl*, **2016**; 25(1): 17-23.

25. **Akdemir N, Birol L.** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 3.Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2011**: 585-596.

26. **Stevens PE, Levin A.** KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Annals of internal medicine - Am Coll Physicians***2013**(3);1.

27. **U. S. Renal Data System**. USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, **2013.**

28. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*,**2013**; 3: 1-150.

29. **Hui L, Jiang YF, Lin CC.** Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, **2014**;51: 208–216.

30. **Karadakovan A, Aslan FE.** *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel kitabevi, **2011**:935.

31. **Kaptan G.** *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2012:** 342.

32. **Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E.** Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi,tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, **2009**;31(2):119-125.

33. **Weiner DE, Tıghıouart H, Elsayed E, Griffth L, Salem D, Levey AS, Sarnak MJ.** The Framingham predictive instrument in chronic kidney disease. *Journal of the American College of Cardiology*,**2007**; 50: 217-224.

34. **Aylaz R, Erci B.** Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12: 1.

35. **Akpolat T, Ulaş C, Süleymanlar G.** *Nefroloji El Kitabı*. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2007**: 1-21, 283-363.

36. **O'Shaughnessy M.** Application of Dorothea Orem's theory of self-care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, **2014**; 41(5):495-497.

37. **Aydın Z.** Sürekli ayaktan periton diyalizi. Erişim: http://www.tsn.org.tr/folders/file/surekli_ayaktan_periton_diyalizi.pdf Erişim Tarihi 03.01.2017

38. Advantages and disadvantages of the different types of dialysis. Erişim: https://www.healthexchange.org.uk/information-library/article/condition/dialysis/advantages-and-disadvantages-of-the-different-types-of-dialysis/) Erişim Tarihi: 18.11.2016.

39. **Manduz S, Katrancıoğlu N, Karahan O, Sapmaz D, Doğan K.** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda yapılan hemodiyaliz amaçlı A-V fistül olusturulması ameliyatlarının sonuçları. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2008**;30(1): 28-32.

40. **Widmaier E, Raff H, Strang K.** *Wander İnsan Fizyolojisi.* Demirgören S. Ed. 10.baskı, İzmir: Güven Bilimsel, **2013**:571.

41. **Akça NK, DOĞAN A**. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Derg*, **2011**;1:15-22.

42. **Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül M, Özbulut Ö, Çölbay M, Uslan İ, Karaman Ö, Geçici Ö.** Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 8: 173-178.

43. **Antonietta M, Frediani RF, Granata A.** Neurological complications of hemodialysis: state of the art. *J Nephrol*,**2012**; 25(02):170-182.

44. **Watanabe A**. Cerebral microbleeds and intracerebral hemorrhages in patients on maintenance hemodialysis. *J Stroke Cerebro Dis*,**2007**;16: 30–33.

45. **Bağ E, Mollaoğlu M.** The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **2010**; 16: 605-610.

46. **Rosmawati M, Rohana A, Manan J, et al**. The evaluation of supportive-developmental nursing program on self- care practices of persons with type 2 diabetes at the health centre in bachok. *Int Orem Soc*, **2013**;20(1):16-22.

47. **White ML.** Spirituality self-care effects on quality of life for patients diagnosed with chronic illness. *Int Orem Soc*, **2013**;20(1):23-32.

48. **Sarah EA**.Self-Care requirements for activity and rest: An Orem nursing focus. *Nursing Science Quarterly*, **2007**;20(1): 68-76.

49. **Riegel B, Dickson VV.** A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2008**; *23*(3): 190-196.

50. **Öztürk H, Nural N, Hindistan S.** Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öz bakım gücü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, **2009**; 17(2): 87-93.

51. **Avdal EÜ, Kızılcı S.** Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *DEUHYO ED*, **2010**; 3(3):164-168.

52. **Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O.** Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yasam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, **2011**; 50(2): 95-102.

53. **Pour HA, Gökçe S, Kunter D, Yönem H.** Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg*, **2016**; 24(2): 66-71.

54. **Nahcivan N.** Sağlıklı Gençlerde Öz- Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, İstanbul, **1993.**

55. **Muz G, Eğlence R.** Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balikesir Saglik Bil Derg*, **2013**;2(1).

56. **Velioğlu P.** *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**:325-327.

57. **Simmons L.** Dorthea Orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursıng Journal*, **2009**; 36(4).

58. **Akça Ay F.** Temel Hemsirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. *Kuram nedir? Hemsirelik ile İlgili Kuramlar ve Hemsire.* 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2008**:15.

59. **Çınar S.** Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2009**;6(1-2):23-28.

60. **Özer FG, Beydağ DKT, Cengiz Ş, Kiper S.** Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**;4(10):123-36.

61. **Eşit Üstün M, Karadeniz G.** Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kaliteleri ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,**2006**;1 (1): 33-43.

62. **İlhan F.** Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2011.**

63. **Nahcivan NO.** A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, **2004;** 26(7):813-824.

64. **Ovayolu N, Torun S, Uçan Ö, Elçi A**. Hemodiyaliz hastalarının öz-bakıma ilişkin tutumları ve sosyodemografik özellikleri özbakım gücü arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* **2007**; 21-25.

65. **Bağ E.** Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2007.**

66. **Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç.** Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2006**; 1(3): 70-80.

67. **Ören B.** Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010.**

68. **Ünsar S, Erol Ö, Mollaoğlu M.** The self care agency in dialysed patients. *Dialysis& Transplantation*, **2007**; 36 (2): 57-70.

69. **Fırat H.** Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Grup Eğitiminin Hastaların Psikososyal Uyum ve Özbakım Gücüne Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**.

70. **Kugler C, Maeding I, Russell CL.** Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology*, **2011**; 24(3): 366–375.

71. **Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Elasy TA, Ikizler TA.** Patient dialysis knowledge is associated with permanent arteriovenous access use in chronic hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, **2009**; 4(5): 950–956.

72. **Smith K, Coston M, Glock K, Elasy TA, Wallston KA, Ikizler TA, Cavanaugh KL.** Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, **2010**; 20(5):334–341.

73. **Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M**. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(11):65-78.

74. **Gallegos EC, Ovalle-Berumen F, Gomez-Meza MV.** Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. *Journal of Nursing Scholarship*, **2006**;38(4):344-351.

75. **Kepenek B.** Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2014.**

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu soru formu "*Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi* "adlı çalışma için kişisel verileri toplamak için hazırlanmıştır.

Diyaliz merkezinin adı: ( )1. Balcalı ( )2. Koç

1. Cinsiyetiniz ( )1. Kadın ( ) 2.Erkek

2. Yaşınız……

3. Medeni durumunuz?( ) 1.Evli ( ) 2.Bekar

4. Öğrenim durumunuz?

( )1.Okur-yazar değil ()2.Okur-yazar ()3. İlkokul ()4. Ortaokul

()5. Lise ()6. Üniversite

5. Ne iş yapıyorsunuz?

()1. Ev hanımı () 2. Emekli ( )3. İşçi ()4. Memur ( )5. Serbest Meslek ( )6. İşsiz ()7. Esnaf ()8. Diğer ……

6. Şu an çalışıyor musunuz? ( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır

7.Cevabınız hayır ise nedenleri?.....

8.Buraya gelirken hangi vasıtayı kullanıyor sunuz?

()1. Kendi arabamız ile ()2. Toplu taşıma aracı ile () 3. Ticari taksi ile

() 4. Tren ve otobüs ile ()5. Kurum servisi ile ()6.Diger (belirtiniz?.)

9. Kiminle yaşıyorsunuz? ()1. Yalnız yaşıyorum ()2.Ailemle ()3. Diğer.....

10. Şu anda yaşadığınız yer?

()1. Köy () 2. Kasaba () 3. İlçe () 4. İl

11. Sosyal güvenceniz

() 1. SGK () 2. Yeşil kart ()3.Özel sağlık sigortası () 4.Güvencesiz

12. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

()1. Çok iyi ()2.İyi ()3.Orta ()4. Kötü () 5. Çok kötü

13. Diyaliz sıklığınız nedir?

( ) 1.Haftada 1 ( ) 2.Haftada 2 ( ) 3.Haftada 3

14. Kaç ay\yıldır diyalize giriyorsunuz ?……ay\yıldır

15. Hemodiyalize giriş yolunuz?

( ) 1.AV Fistül ( ) 2.Katater ()3.Şant

16. Kronik Böbrek Yetmezliği tanısını ne zaman aldınız? …….yıldır kronik böbrek yetmezliği hastasıyım.

17. Hastalığınızla ilgili daha önce bir eğitim aldınız mı? () Evet ()Hayır

18- Böbrek Yetmezliğine neden olan hastalığınız nedir?

()1. Kronik Glomerulonefrit ()2. Kronik Pyelonefrit ()3. Diyabetes Mellitus ()4. Hipertansiyon ()5. Akut Böbrek yetmezliği ()6. Diğer .....

19. Başka bir Kronik bir hastalığınız var mı? ( )1. Evet ( ) 2.Hayır

20. Cevabınız evet ise bunlar nelerdir?.....Hastalık Süresi.....

21.Günlük ihtiyaçlarınızı tek basınıza karşılayabiliyor musunuz?

()1. Evet ()2. Hayır ()3.Kısmen

EK-2 ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

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

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

ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	□1	□2	□3	□4	□5
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	□1	□2	□3	□4	□5
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	□1	□2	□3	□4	□5
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	□1	□2	□3	□4	□5
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	□1	□2	□3	□4	□5
12.Dengeli beslenirim.	□1	□2	□3	□4	□5
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	□1	□2	□3	□4	□5
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	□1	□2	□3	□4	□5
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	□1	□2	□3	□4	□5

17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	□1	□2	□3	□4	□5
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	□1	□2	□3	□4	□5
20.Kendimle dostum.	□1	□2	□3	□4	□5
21.Kendime iyi bakarım.	□1	□2	□3	□4	□5
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	□1	□2	□3	□4	□5
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	□1	□2	□3	□4	□5
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	□1	□2	□3	□4	□5
25.Yaşam bir zevktir.	□1	□2	□3	□4	□5
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	□1	□2	□3	□4	□5
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	□1	□2	□3	□4	□5

29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	□1	□2	□3	□4	□5
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	□1	□2	□3	□4	□5
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	□1	□2	□3	□4	□5
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	□1	□2	□3	□4	□5

EK-3 ETİK KURUL İZNİ

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
50		5 Şubat 2016

KARAR NO 18- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Öğr. Gör. Dr. Gülşah Tanrıverdi'nin sorumlu araştırmacı, yüksek lisans öğrencisi Betül Kirik'in yardımcı araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen, "Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Doç Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-4 Ç.Ü. BALCALI HASTANESİ İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/02/2016-28629

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 45865985-202.14.01/
Konu : Betül KİRİK'in Tez Çalışması Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 24/02/2016 tarihli, 2816 sayılı ve "Betül KİRİK'in Tez Çalışması Hk." konulu yazı,

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi Dr. Gülşah FANRIVERDİ'nin Danışmanı Olduğu 20149021049nu'lu Öğrencisi Betül KİRİK'in "Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi" başlıklı Tez çalışmasını Diyaliz Ünitesi'nde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Rıza Dinçer YILDIZDAŞ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Mevcut Elektronik İmzalar
RIZA DİNÇER YILDIZDAŞ (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim Yardımcısı) 24/02/2016 17:08

Bilgi İçin: Tuğba BOZTUMAN
Uzman Şefe

EK-5 ÖZEL KOÇ DİYALİZ MERKEZİ İZNİ

ADANA KOÇTIP
Sağlık Hizmetleri A.Ş.

SAĞLIK BAKANLIĞI FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 23/02/2016 tarihli 27416 sayılı ve (Betül KİRİK 'in Tez Çalışması Hk.) konulu yazı

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü öğretim Görevlisi Dr.Gülşah TANRIVERDİ'nin Danışmanı olduğu 2014921049 no'lu Öğrenci Betül KİRİK 'in (Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi) başlıklı Tez çalışmasını Diyaliz Merkezinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

2. 3. 2016

Dr.Fatma KOÇAK
Özel Adana Koç Diyaliz Merkezi
Sorm.Hekim - Mesul Müdür

Yenibaraj Mh. Bülent Angın Bulvarı 43. Sk. 3/A Seyhan/ADANA Tel: (0.322) 228 57 00 Fax: (0.322) 228 57 04

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1991 yılında Kayseri'de doğdu. İlköğrenimini Atatürk ilköğretim Okulu'nda, lise öğrenimini Develi Anadolu Lisesi'nde tamamladı. Lisans eğitimini 2014 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde tamamladı. Mezuniyet sonrası 2014 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2015 yılında başladığı Kayseri Yahyalı Devlet Hastanesi'nde acil servis, dahiliye servisi, genel cerrahi servisi ve ortopedi servislerinde çalışmıştır. Halen Kayseri Yahyalı Devlet Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.