



**HEMODİYALİZ HASTALARININ SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşenur ÇELİK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI

Yüksek Lisans Tezi-2018

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARININ SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşenur ÇELİK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI

ERZURUM
2018

T. C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşenur ÇELİK

Tez Savunma Tarihi : 16.11.2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI (Atatürk Üniversitesi) 
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi) 
Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN (Kafkas Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü 

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2018**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı	4
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi	4
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi	5
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi	6
2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları	7
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri.....	9
2.2.1. Hemodiyaliz Tedavisi	10
2.3. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı	14
2.4. Hemodiyaliz Tedavisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	17
2.4.1. Sağlık Sorumluluğu	17
2.4.2. Fiziksel Aktivite.....	17
2.4.3. Beslenme.....	18
2.4.4. Manevi Gelişim.....	18
2.4.5.Kişiler Arası İlişkiler	19
2.4.6. Stres Yönetimi	19

3. MATERYAL VE METOD	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırma Sorusu	20
3.6. Veri Toplama Araçları	21
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	21
3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	21
3.7. Verilerin Toplanması	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırma Planı ve Takvimi.....	23
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	55
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	55
EK-2. ETİK KURUL KARARI.....	56
EK-3. KURUM İZİNLERİ	57
EK-4. HASTA TANITIM FORMU	59
EK-5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II.....	60

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen, yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden tez danışmanım **Sayın Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI** ‘ya,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran değerli hocalarım Prof. Dr. Mehtap TAN ve Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN ‘e,

Araştırmanın veri toplama aşamasına büyük katkılarından dolayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin Hemodiyaliz Ünitelerinde görev yapan doktor, hemşire, diğer çalışanlara ve tüm hemodiyaliz hastalarına,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgilerini ve desteklerini daima hissettiğim çok değerli aileme ve tez dönemim boyunca bana destek olan arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim.

Arş. Gör. Ayşenur ÇELİK

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma HD hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin hemodiyaliz ünitelerinde 13.11.2017-16.11.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma ilgili hastanelerin hemodiyaliz ünitelerinde kayıtlı olan ve örnekleme alınma kriterlerine uyan 140 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, hasta tanıtım formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Ölçeği II kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 18.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı testler, t testi, Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 57.73 ± 15.28 yıl; hastalık süre ortalaması 8.51 ± 7.00 yıl; hemodiyaliz süre ortalaması 6.54 ± 5.55 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %52.9' u erkek, %82.1'i evli, %56.4'ü orta gelirli ve %64.3' ü okuryazar/ilköğretim mezunudur. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Ölçeği II genel puan ortalaması 117.80 ± 37.07 olarak saptanmıştır. Hastaların ölçek alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının 22.44 ± 7.01 puan ile Sağlık Sorumluluğu alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 14.38 ± 6.70 puan ile Fiziksel Aktivite alt boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Ölçeği II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumu ve diyetle uyuma durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Ölçeği II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastaların cinsiyet, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, başka bir kronik hastalık varlığı ve diyetle uyumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hemşirelik, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

The Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors of Patients Undergoing and affecting Factors Hemodialysis

Aim: The study was conducted to determine the healthy lifestyle behaviors of patients undergoing hemodialysis and the affecting factors.

Material and Method: The study was conducted in the hemodialysis units of Health Sciences University Erzurum Regional Training and Research Hospital and Atatürk University Health Research and Application Center between 13.11.2017-16.11.2018. The study was carried out with 140 patients who were registered in the hemodialysis units of the relevant hospitals and met the criteria for sampling. The data of the study were collected using patient introduction form and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II. The data acquired as a result of the study were evaluated in the computer environment using the SPSS 18.0 software. The t-test, Kruskal Wallis test, and Mann-Whitney U test were used in statistical analyses. Significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: It was determined that the patients had an age average of 57.73 ± 15.28 years; a disease duration of 8.51 ± 7.00 years and a hemodialysis duration of 6.54 ± 5.55 years. Among the patients, 52.9% were male, 82.1% were married, 56.4% had middle income, and 64.3% were literate/primary school graduate. The patients' general mean score of the HLBS II was determined as 117.80 ± 37.07 . When examining the mean scores obtained by the patients from the subscales of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II, it was determined that the highest mean score was observed in the subscale of Health Responsibility with 22.44 ± 7.01 points, whereas the lowest mean score was in the subscale of Physical Activity with 14.38 ± 6.70 points. When comparing the descriptive characteristics of the patients and their mean scores from the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II and its subgroups, it was determined that there was a statistically significant correlation between gender, economic condition, educational background, working condition, state of having another disease except for Chronic renal failure and adherence to diet and the mean scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II and its subgroups.

Conclusion: It was concluded that economic status, educational status, working status, presence of another chronic disease and adaptation to diet of the patients affected their healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Hemodialysis, nursing, healthy lifestyle behaviors

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AV	: Arteriyovenöz
DM	: Diyabetes Mellitus
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
PMP	: Per Milion Person
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi.....	6
Tablo 2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde En Sık Görülen Belirti ve Bulgular	7
Tablo 3.1. SYBDÖ II'nin Alt Boyut Ölçekleri ve Alt Boyut Ölçeklerinin Madde Sayıları	23
Tablo 3.2. Araştırma Planı ve Takvimi	24
Tablo 4.1. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hemodiyaliz Süresi Ortalamaları.....	26
Tablo 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. SYBDÖ II ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.4. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 4.5. Hastaların Hemodiyaliz ve Hastalık Süresine Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 4.6. Hastaların Sigara, Alkol ve Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarına Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ..	34
Tablo 4.7. Hastaların Diyetle Uyum ve Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	35

1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), değişik etiyolojilere bağlı olarak böbrek parankiminde kronik, inflamatuvar ve dejeneratif değişikliklerin ortaya çıktığı, böbrek işlevlerinde ilerleyici bozulmalar sonucu glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalmaya başladığı ve GFH 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresine ilerleyen¹⁻⁴, dünyada ve ülkemizde çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur.⁵⁻⁷

Dünyada her yıl bir milyon kişiden yaklaşık 1000' inde SDBY ortaya çıkmakta ve önümüzdeki 10 yıl içinde bu oranın iki kattan fazla artacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri' (ABD) nde her yıl 1 milyon kişiden 100-150'sinde KBY gelişmektedir.⁸ Türkiye de 2016 yılındaki renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY nokta prevelansı milyon nüfus başına 578 iken 2016 yılında 933' e yükselmiştir.⁹

KBY tanısı alan hastalara yaşamı koruyucu çeşitli RRT uygulanmaktadır. Uygulanan en yaygın RRT yöntemi hemodiyaliz (HD) dir.¹⁰ Türkiye'de 2016 yılı sonu itibariyle RRT gören 74.475 hastanın 56.687' si HD tedavisi almaktadır.¹¹ HD tedavisi böbreklerde meydana gelen geri dönüşümsüz hasara bağlı olarak kanda birikmiş metabolik atıklar ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir membran aracılığı ve diyaliz makinası yardımı ile filtre edilerek tekrar vücuda geçmesi işlemidir. HD tedavisi, mortalite oranını azaltıp bireyin yaşamını uzatmakla birlikte ciddi komplikasyonları olan ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olabilen bir tedavi yöntemidir.¹²

HD tedavisi alan bireylerde sıvı alımının kısıtlanması, özelleştirilmiş diyet, ilaçların yan etkileri, yorgunluk, geleceğin belirsizliği, aile bireylerinin rol ve sorumluluklarındaki değişiklikler, hastaneye ve bir makineye bağımlı olma, tedavi süresi nedeniyle vakit kaybı, cinsel fonksiyonlarda bozukluk, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar, iş kaybı gibi pek çok sorun yaşanmaktadır.¹³⁻²⁰

Başarılı HD büyük ölçüde ilaç tedavisi, düzenli diyaliz, sıvı kısıtlaması ve uygun beslenme programlarına bağlılığı bir yaşam tarzı haline getirmeyle yakından ilişkilidir.^{21,22} Birey bu davranışları yaşam tarzı haline getirirken fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları kısıtlar ve yaşamdan doyum alamaz hale gelir, bireyin yaşam kalitesi düşer.^{10,23} HD hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında tedaviye uyumlarının sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD)'nin kazandırılması son derece önemlidir.^{24,25}

Sağlıklı yaşam biçimi, “Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi” biçiminde tanımlanmaktadır.^{26-29,30} Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmak için, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığı ve davranışı etkileyen faktörlerin tanımlanması gerekmektedir. Bu amaçla bireylerin davranış sürecini değerlendiren pek çok model geliştirilmiştir. Bu modellerden biri de Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model) dir. Pender tarafından geliştirilen ve sosyal öğrenme teorisini temel alan model, sağlığı geliştiren davranışları açıklar.^{30,31}

SYBD kazanılmasında ve sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında hemşireler iyi bir rol model olarak bireyleri etkileme gücüne sahip olmaları nedeni ile sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yere sahiptir. Hemşireler; sağlığı olumsuz etkileyen davranışların toplumdaki yaygınlığını tespit etmeli ve topluma SYBD kazandırmalıdır.³²

SYBD' yi benimsemiş bireyler, daha sağlıklı beslenmekte, hastalıklardan korunmakta, entelektüel kapasitesini artırmakta, bağışıklık sistemini güçlendirmekte, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun şekilde baş edebilmektedir.³³⁻³⁵

HD hastalarına SYBD'nin kazandırılması sağlıklı yaşam biçimini sağlama sürecinde hemşirelerin önemli görevleri vardır. Hemşireler SYBD' yi ve etkileyen

faktörleri değerlendirmeli ve SYBD kazandırmaya yönelik gerekli araştırma, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yapmalıdır. ^{30,35-37}

Bu araştırma HD hastalarında SYBD' nın ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı

KBY, “GFH’ ın azalması sonucu böbreğin sıvı-solut dengesini ayarlama ve metabolik endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma” olarak tanımlanmaktadır.³⁷⁻⁴⁰

KBY çeşitli hastalıklara bağlı gelişen kronik, progresif ve geri dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize olan, yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalitenin arttığı yaygın görülen patolojik bir durumdur.^{41,42}

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY görülme sıklığı hızla artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada bazı ülkelerde milyon nüfus başına düşen KBY’ li hasta sayıları incelendiğinde Tayvan 527 pmp (per milion population), Japonya 2,309 pmp, ABD 1,924 pmp, Portekiz 1,662 pmp ve Singapur 1,661 pmp olarak belirlenmiştir.⁹

Türkiye’de 2001 yılındaki SDBY olan hasta sayısı 324 milyon iken 10 yıllık bir süreçte 2.5 kattan fazla artış göstererek 2012’de 816 ya, 2014’de de 918’e çıkmıştır. KBY’de ki bu artışın en önemli iki nedeni, toplumun yaş ortalamasının ve diyabet sıklığının artması olarak gösterilmektedir.¹

Türk Nefroloji Derneği’nin 2016 verilerine göre ülkemizde RRT alan 74.475 KBY hasta bulunmakta ve bunlardan 56.687 (%76.12) hasta HD tedavisi, 3508 (%4.71) hasta periton diyalizi tedavisi almaktadır ve 14.280 (%19.17) hastaya böbrek transplantasyonu uygulanmıştır.⁹

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

KBY birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. ABD’de SDBY’ nin %44’ünü diyabetes mellitus (DM), %28’ini hipertansiyon ve %7’sini glomerulonefrit oluşturmaktadır.^{1,9}

Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılı verilerine göre KBY olan hastalarda en önde gelen etyolojik nedenler;

- DM (%38.51)
- Hipertansiyon(%24.55)
- Glomerulonefrit (%6.33)
- Polikistik böbrek hastalıkları (%4.16)
- Obstrüktif nefropati (%0.97)
- Renal vasküler hastalık (%0.92)
- Tübülointerstisyel nefrit (%0.87)
- Diğer (%6.82)
- Etyolojisi bilinmeyen (%16.87) olarak belirtilmiştir⁹

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi

Kronik glomerulonefrit, DM, hipertansiyon, kistik böbrek hastalıkları, kronik interstisyel nefrit gibi çeşitli hastalıklar bir süre sonra böbrek dokusunu yıkılmasına ve nefron kaybına yol açar. Geriye kalan böbrek dokusu böbreğin görevini yeterince karşılayamaz ve KBY tablosu ortaya çıkar.⁴³

KBY' de renal atılım azalır. Renal atılımın azalmasını ve nefron kaybını kompanse etmek için sağlam glomerüllerde süzme işlemi arttırılır, GFH azalır.⁴³ GFH, “böbreklerden bir dakikada süzülen kan miktarı” olarak ifade edilir.⁴⁴ GFH' ın normal değeri dakikada ortalama 120 ml/dk dır. Bu değer 50 ml/dk ya düşünceye kadar böbrekler metabolik atıkları uzaklaştırabilir ancak GFH 50 ml/dk' nin altına düştüğünde böbrek fonksiyonlarını yerine getiremez ve KBY' den söz edilir.⁴⁵

GFH' ın azalmasına bağlı olarak plazmadaki kreatinin düzeyi artar. Sodyum ve suyun geri Emilimi çeşitli etmenler tarafından inhibe edilir. Sodyumun proksimal tübüllerde geri emiliminin azalmış olması fosfat, ürik asit, bikarbonat, kalsiyum, üre,

glikoz, amino asit gibi diğer maddelerin geri emilimini de azaltır. Asendan kolda NaCl geri emiliminin azalmasına bağlı olarak idrar yoğunlaştırma mekanizması da bozulur. Klinik belirtiler böbrek fonksiyonu %50 azaldığı zaman yavaş yavaş görülür. GFH azalsa bile böbrekler hayatta kalan nefronların hipertrofisi, filtrasyon, geri emilim ve sekresyon işlevlerini artırarak bir süre daha böbreğin normal işlevlerini sürdürmesini sağlar. GFH 50ml/dk'nın altına düşünce harap olan böbrek dokusu bozulmuş sıvı elektrolit dengesini kompanse edemez su, sodyum, hidrojen potasyum atılımını sağlayamaz.^{43,46}

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

KBY'nin sınıflandırılması geçmişte hafif, orta ya da ağır biçiminde tanımlanırken günümüzde The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF KDOQI) tarafından önerilen ve klinisyenler arasında ortak dili oluşturan sınıflama sistemi kullanılmaktadır (Tablo 2.1).⁴⁶

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

EVRE	TANIM	GFH(ml/dk/1.73m ²)
1	Normal ya da artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	GFH' de hafif azalma ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15-29
5	SDBY	<15(veya diyaliz)

K/DOQI, fonksiyonel olarak yaptığı sınıflandırmada KBY'yi beş evrede ele almıştır.^{46,47}

- **Evre 1:** Böbrekler normaldir veya artmış GFH ile birlikte böbreklerde oluşan hasara bağlı anormal idrar bulguları ve böbrekte histolojik değişiklikler görülmeye başlamış olup, GFH 90 ml/dk./1.73m²'nin üzerindedir.
- **Evre 2:** GFH değerinde hafif azalma vardır ve GFH, 60-89 ml/dk./1.73m² arasındadır.

- **Evre 3:** GFH değerinde orta derecede azalma vardır ve GFH, 30-59 ml/dk./1.73m² arasındadır.
- **Evre 4:** GFH değerinde ileri derecede azalma vardır ve GFH, 15-29 ml/dk./1.73m² arasındadır.
- **Evre 5:** KBY evresidir ve GFH değeri 15 ml/dk./1.73m² altındadır.⁷

2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları

KBY, GFH'daki azalma sonucu, böbreklerdeki sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, üremi, idrarı konsantre edememe, kan basıncı kontrolünü sürdürememe ve böbreğin eritropoetin salgılama yeteneğinin kaybolmasına bağlı olarak vücuttaki birçok sistem, doku ve organı etkileyerek bir dizi klinik sonuçlara neden olmaktadır.⁴⁸⁻⁵⁰ En sık görülen belirti ve bulgular Tablo 2.2 de sunulmuştur.⁵¹⁻⁵⁵

Tablo 2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde En Sık Görülen Belirti ve Bulgular

SİSTEM	ETYOLOJİ	TEDAVİ
Asit baz bozuklukları	Hidrojen iyonlarını tamponlanması veya yeterli amonyağın üretilmesi, genellikle arteriyel pH'ın 7.33 ile 7.37 arasında olması kemiklerden kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonatın çekilmesi sonucu aşırı miktarda hidrojen iyonun tamponlanması	Sodyum bikarbonat,kalsiyum bikarbonat ya da sodyum sitrat gibi alkali maddeler vererek serum bikarbonat düzeyini 21 mEq/l üzerinde tutmak.
Genel görünüm	Anemi ve toksinler nedeniyle yorgunluk zayıflama cilt renginde solukluk	Diyaliz ve epogen tedavisi
Deri	Kaşıntı (üremik frost) toksinleri vücuttan cilt yoluyla uzaklaştırılması sonucu gelişir.	Diyaliz ve palyatif bakım
Duyu	Toksinler nedeniyle ağızda metalik tat ve nefeste balık kokusu (üremik fetor)	Diyaliz
Gastrointestinal	Metabolik toksinler nedeniyle iştahsızlık, bulantı, kusma ve hıçkırık	Diyaliz

Tablo 2.2. (Devamı)

SİSTEM	ETYOLOJİ	TEDAVİ
Endokrin	Azalmış libido, impotans ve kısırlık Kadınlarda östrojen seviyesinde azalma, ovulasyonun olması Erkeklerde testosteron seviyesinde azalma Glukoz intoleransı Periferik insülin direnci Yüksek serum insülini Böbreklerin kan dolaşımından insülini uzaklaştıramaması	Diyaliz ve sağlıklı diyet infertilitenin düzeltilmesine katkı sağlayabilir. DM hastalarında hipoglisemik ajanların dozlarının düşürülmesi gerekebilir.
Mineral metabolizması	Renal osteodistrofi (kalsiyum fosfor ve kemik bozuklukları) kan damarları yumuşak doku kalp ve akciğerde kalsiyum birikmesine, kırıklara, kas güçsüzlüğüne neden olur. Düşük GFH =fosfor atılımını yavaşlatır, buyüzden kalsiyum atılımı artar. Paratroid hormon salgısı artar ve yüksek kemik yıkımına neden olur. Evre 5’de kemiklerden kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonatın çekilmesi sonucu aşırı miktarda hidrojen iyonunun tamponlanması=kemik deminaralizasyonu	Diyetle fosfor sınırlıdır. Kalsiyum karbonat gibi fosfor bağlayıcı ilaçlar verilir. D vitamini (paratroid hormonu baskılanır).
Nörolojik	Üremik ensefalopati Hiperparatroidi veya GFH 10-15 ml/dk altına düştüğü zaman ortaya çıkar. Belirtileri; asteriksiz, halsizlik, nistagmus, hiperfleksi ve konfüzyona kadar ilerleyen konsantrasyon güçlüğü (ilk belirti), impotans Periferik nöropati (huzursuz bacak sendromu, distal ağrı ve derin tendon refleksleri kaybı)	Diyaliz

Tablo 2.2. (Devamı)

SİSTEM	ETYOLOJİ	TEDAVİ
Metabolik	Hiperkalemi GFH 'ın 10-20 ml/dl altına düşmesi, hemoliz, travma, asidoz, potasyumdan zengin diyet (turunçgiller ve suları), ACE inhibitörleri ve NSAİ ilaçlar nedeniyle gelişen hiperkalemi	Kardiyak durumun monitorizasyonu Kalsiyum, insülin, glukoz (insülin potasyumun hücre içine girmesini sağlar), bikarbonat ve reçine verilmesi Diyette potasyum kısıtlaması
Hematolojik	Koagülopati Anormal agregasyon ve adhezyon nedeniyle trombosit disfonksiyonu Kanama zamanında uzama Trombosit sayısında hafif düşüş Peteşi veya purpura Anemi Eritropoetin üretiminin azalmasına (GFH 20-25 ml/dk altına düştüğü zaman) ve demir eksikliğine bağlı olarak gelişen anemi HD eritrositlerin yıkımına neden olur.	Desmopressin ameliyattan önce kullanılır.(endotel hücrelerinden faktörVIII in salınmasına neden olur) Eğer hematokrit %33 ün altında ise epogen yapılır (hemoglobin düzeyi 3-4 hafta içinde enfazla 1 gr artırılmalıdır, böylece hipertansiyon gelişmez). Diyaliz sırasında hastalara inravenöz demir uygulanır(demirin PO emilimi kötüdür).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri

KBY hastalarında böbrek fonksiyonlarının yıllar içinde azalmasına bağlı olarak fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir. Hastalarda iyi bir tedavi ile mortalite ve morbidite azaltılabilir. Öncelikli olarak böbrek yetersizliğini geciktirici yaklaşımlar uygulanmalıdır. Konservatif tedavinin yeterli olmadığı durumlarda RRT uygulanmalıdır.⁵⁶⁻⁵⁸

SDBY gelişen hastaların yaşamını sürdürebilmesi için

- HD,
- Periton Diyalizi
- Böbrek Transplantasyonunu İçeren Tedavilerin Uygulanması gerekir.^{43,56}

Bu tedavilerin başlıca amacı; hastaların yaşam süresinin uzatılması olmakla birlikte, yaşam standartının da en yüksek düzeyde tutulmasını sağlamaktır.^{4,59}

2.2.1. Hemodiyaliz Tedavisi

HD kalıcı böbrek yetmezliği tedavisinde kullanılan en yaygın yöntemdir.⁵⁵ “HD tedavisi, böbreklerde meydana gelen geri dönüşümsüz hasara bağlı olarak kanda birikmiş metabolik artıklar ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir membran aracılığı ve diyaliz makinesi ile diyaliz solüsyonuna osmoz, diffüzyon ve ultrafiltrasyon ilkelerinin doğrultusunda filtre edilerek tekrar vücuda geçmesi işlemidir”.^{40,41}

HD tedavisinin kabul edilen ortalama süresi haftada 12 saattir. Haftalık seans sayısı, seansın süresi, diyaliz sırasında kullanılacak filtre, diyaliz sıvısı hastanın bireysel özelliklerine göre tedavi ekibi tarafından ayarlanır. Hastanın böbrek yetmezliğinin şiddetine, yaptığı idrar miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saatlik seanslar şeklinde uygulanır.⁴⁴

HD işleminde amaç hastadan alınan kan, antikoagülasyonlu sıvı ile birlikte vücut dışında bulunan bir makinenin yardımı ile yarı geçirgen bir membran yapısından geçirilme işlemiyle sıvı solüt içeriğinin filtre edildikten sonra tekrar düzenlenerek hastanın vücuduna geri vermektir.⁵⁶

HD tedavisi için;

- Yeterli kan akımı sağlayan bir damar yolu
- Diyaliz membranı içeren diyalizör
- Diyalizat sıvısı
- Diyaliz cihazı gereklidir.⁶⁰

En ideal kalıcı HD yolu, cerrahi olarak üst ekstremitede oluşturulan arteriyovenöz (AV) fistüllerdir. Bu mümkün olmuyorsa ikinci tercih yine cerrahi olarak oluşturulan AV greftlerdir.⁵¹⁻⁵⁴

AV fistül, bir arterle ven arasında cilt altında yapılan anastomoz işlemidir. Uzun süre HD tedavisine ihtiyaç duyan hastalarda en sağlıklı yöntem fistül açılmasıdır. AV fistül için en sık kullanılan ve en çok tercih edilen bölge el bileği seviyesinde radyal arter ile sefalik ven arasındadır. Yeni açılan bir AV fistülün kullanımdan önce en az bir ay, idealde ise üç-dört ay olgunlaşması için beklenmesi gerekir.⁶¹

Ven yapısı uygun olmayan hastalarda AV fistül oluşturulması mümkün olmayabilir. Bu hastalarda ikinci tercih AV grefttir. Bu girişimde greftin bir ucu artere diğer ucu vene bağlanır. AV fistülden farkı bu iki damar arasında diyaliz iğnelerinin yerleştirilebileceği bir köprü oluşturulmasıdır. Damar greftleri ön kol veya üst kolda cilt altında uzanacak şekilde yerleştirilir. Damar grefti yerleştirilmesi durumunda iki hafta içerisinde greft duvarı cilt altı dokusu ile iyice kaynaşır ve kullanıma hazır hale gelir.^{55,57}

Kateler uygulaması acil diyalizlerden önce ve fistülü olmayan ya da çalışmayan hastalarda yapılır. Cerrahi fistül açılana kadar ya da açılmış olan fistül olgunlaşana kadar geçen sürede HD ihtiyacı olan hastalar ve cerrahi fistül açılmasının mümkün olmadığı HD hastalarında kullanılır. Bu nedenle damara ulaşım ihtiyacını kısa süreli karşılayabilir. Santral venler kalbe yakın bulunan büyük damarlar olduğu için, bu damarlardaki kan akımı diyaliz işlemi için yeterlidir. Kateterler, enfeksiyon gelişmesine neden olacağından, uzun süre kullanılmamalıdır.^{52,62}

HD tedavisinin etkinliğini artırmak için diyalizat sıvısının ve kan akımlarının ters yönlü olması gerekmektedir. Diyalizörler hallow fiber adı verilen içi boş kapiller ya da paralel tabakalar yapısında olmaktadır. Membranlarda bulunan kimyasal içerik; sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik yapılarda olabilmektedir.⁵⁶

Diyalizör kapiller içerisinde hastanın damarındaki kanı, kapiller yapı arasında ise diyaliz makinesi aracılığıyla hazırlanmış olan diyalizat yer almaktadır. Damarlardaki kan akımı hızını dakikada 300 mililitrede tutabilmek için yeterli olabilecek geçici damar girişi

ya da kalıcı damar girişinden (fistül) alınan kan, yarı-sentetik yapıdaki membrandan çok sayıdaki kapiller damarlara pompalanmaktadır.^{56,57}

HD makinesinde kan akımına zıt yönde olmak üzere; sodyum klorür (NaCl), asetat veya bikarbonat (HCO_3^-) ve değişken konsantrasyondaki potasyum (K^+) iyonlarını içeren bir diyalizat diyalizör membrana verilmektedir. Membranda meydana gelen diffüzyon olayı ile üre gibi daha küçük molekül ağırlığına sahip maddelerin konsantrasyon eğilimine bağlı olarak kan tarafından diyalizat sıvısı tarafına doğru hareket etmeleri sağlamaktadır. Benzer bir şekilde genel olarak 35-15 mEq/L konsantrasyonunda bulunan bikarbonat (HCO_3^-), kan tarafına doğru difüze olmaktadır. Kandaki fazla oranda bulunan su ve sodyum klorürün (NaCl) uzaklaştırılması, membran boyunca yer alan hidrostatik basınç ile birlikte ultrafiltrasyonla gerçekleşmektedir.⁶³

HD tedavisinin endikasyonları;

- Akut böbrek yetmezliği, KBY,
- İlaç intoksikasyonları ve yüksek ilaç alımları,
- Diüretiğe cevap vermeyen kronik kalp yetmezliği,
- Tedaviye dirençli hiponatremi,
- Refrakter hiperkalemi (tedaviye rezistans, $>6,5$ mEq/L),
- Tedaviye rağmen semptomatik üremi,
- Metabolik asidoz tablosu,
- Sıvı yüklenmesi (diüretik rezistans) ve bireyin yaşam kalitesinde düşme (uzun süreli komplikasyonlar, nöropati, perikardit) yer almaktadır.⁵⁶⁻⁵⁸

Kandaki kreatinin klirensi düzeyi 0.1-0.15 ml/dk./kg'a düştüğünde, hastada KBY bulguları varlığı görüldüğünde ve GFH <10 ml/dk olması durumunda kronik HD tedavisine hemen başlanmalıdır. Uygulamada kan kreatinin klirensi düzeyinin dakikada 7 ml altına düşmesi durumunda veya kan serumu kreatinin düzeyinin 12 mg/dl' yi ve

BUN düzeyi 100 mg/dl' yi aştığı belirlendiğinde ise kronik HD tedavisine başlanmaktadır.³¹

HD tedavisinde konrendike olan durumlar net olarak belirtilmemiş olmasına rağmen literatürde böbrek hastalığına eşlik eden bazı durumlar göreceli kontrendikasyon olarak bildirilmiştir bu hastalıklar;⁴⁰

- Multiinfarkt demans hastalığı
- Alzheimer hastalığı
- Ensefalopati ile birlikte ilerlemiş karaciğer sirozu
- Hepatorenal sendrom
- İlerlemiş kanser hastalığıdır.^{58,64}

HD tedavisinin akut komplikasyonlar

- Hipotansiyon
- Ateş ve titreme
- Hava embolisi
- Kanamalar
- Kas krampları
- Kaşıntı
- Baş ağrısı
- Sırt ağrısı
- Bulantı kusma
- Diyaliz disequilibrium (Dengesizlik) sendromu
- Diyalizer reaksiyonları
- Aritmi
- Kalp tamponadı
- Kanama (kafa içi, gastrointestinalsistem)

- Konvülsiyon
- Hemoliz, diyalizörün yırtılması
- Diyalizörde kanın pıhtılaşması
- Sıvı-elektrolit netabolizması bozuklukları
- Diyalizat ısısında değişiklikler
- Hipoksemi sayılabilir.

HD tedavisinin kronik komplikasyonlar;

- Kronik olarak
- HT
- Kardiyak komplikasyonlar
- Nörolojik, psikolojik, serebral, hematolojik problemler
- Kemik ve eklem bozuklukları, kalsiyum ve fosfor metabolizması değişiklikleri
- Akut ve kronik hepatit gibi sorunlar sayılabilir.⁶⁵

2.3. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı

HD, uzun süreli uygulanan ve hastanın yaşamına getirdiği kısıtlamalar nedeniyle kabul edilmesi güç olan bir tedavi yöntemidir. Uyulması gereken kuralların çokluğu, bu hastalığa yakalanmış olmanın stresi, rutin testlerin gerekliliği, sıkı bir beslenme programı, çoklu ilaç kullanımı ve düzenli egzersiz gereksinimi nedeniyle hastalar süreci yönetmekte zorluk yaşayabilmektedir.⁴

Çoğunlukla ekonomik sorunlar, işini yürütmedeki güçlükler, olası iş kaybı, cinsel istekte azalma, kronik bir hastalığa bağlı depresyon ve ölüm korkusu sıklıkla karşılaşılan sorunlardır.⁶⁶ Genç hastalarda evlilik, çocuk sahibi olamama, aileye yük olma gibi sıkıntılar da görülebilir.⁶⁷

HD tedavisinin başarısı, büyük ölçüde tedaviye uyuma bağlıdır.⁶⁸ Hasta ve yakınlarının beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması ile hastanın kendini daha iyi hissetmesi sağlanarak tedaviye uyum arttırılacaktır⁴⁰.

Hemşireler HD hastalarına diğer sağlık bakım profesyonellerinden daha fazla zaman ayırırlar ve hastanın problemlerinin üstesinden gelmesinde, hastalık sürecini yönetmesinde anahtar pozisyonundadır. Hemşireler aynı zamanda hastayla birlikte onun stresini yaşayan yakınlarının da bakımını ve desteklenmesini sağlamak zorundadır.⁴

Hemşire hasta ve ailesi için yaşadıkları sorunlar ve duygusal gerginlikleri rahatça açıklayabilecekleri ortam hazırlamalı, onları bu konuda konuşmaya cesaretlendirmeli, gereksinimi olan hasta ve ailesi için psikolojik danışmanlık ve destek sağlanmasında yönlendirici olmalıdır.⁶⁹

HD’de hemşirelik bakımının amacı; hastanın psikososyal gereksinimlerinin karşılanması ve kendi bakımını sürdürebilmesi için hastanın eğitimini kapsar.⁴ Psikososyal gereksinimlerin karşılanması; HD’ nin hasta ve ailesinin yaşamında meydana getirdiği değişiklikler, diyaliz tedavisi ve komplikasyonları nedeniyle sık sık hastaneye gitmek zorunda kalma, hasta ve ailesinde suçluluk, gerginlik, çatışma ve depresyon gibi çeşitli sorunlara çözüm olacaktır.⁴⁰

Kendi bakımını sürdürebilmesi için hastanın eğitimi; hasta ve ailenin öğrenme gereksinimlerinin değerlendirilmesi yapılacak eğitimi planlamak için yardımcı olacaktır. KBY olan hastaların dikkat, algı ve konsantrasyon düzeyleri azaldığı için uzun süreli eğitimlerde güçlük çekebilirler. Bu nedenle eğitimler 10-15 dk gibi kısa süreli olmalı eğitimin sonunda hasta ve aileye soru sorulması, anlaşılmayan konuların tekrarlanması ve açıklanmasına olanak sağlayacaktır.⁵⁸

HD tedavisi uygulanan hasta ve ailesi için eğitim konuları;

- Böbrek yetersizliği ve organizmaya etkileri

- Böbrek yetersizliğinin nedenleri ve HD tedavisin gerekliliği
- HD temel ilkelerini tanımlanması
- HD tedavisi sırasında oluşabilecek yaygın sorunlar önlenmesi ve yönetimi
- Önerilen ilaç tedavisini kullanma yöntemi, yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, diyaliz uygulanan ve uygulanmayan günlerde ilaç tedavisinin nasıl olacağı
- Diyet ve sıvı kısıtlaması nedenleri, kısıtlamaya uyulmadığı durumlarda yaşanacak sorunlar
- Sıklıkla yapılan laboratuvar testleri, sonuçları ve uygulanma yöntemleri
- Sıvı yüklenmesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
- Damar girişim yolunun bakımı yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti bulgularının neler olduğu ve komplikasyonların nasıl önleneceği
- Kaşıntı, nöropati ve böbrek yetersizliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler
- Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri
- Diyaliz tedavisi için mali olanak ve kaynakların belirlenmesidir^{4,69-73}

Bakım süreci; HD' nin yaşama olan etkilerini göz önüne alarak her hastanın ihtiyaçlarına göre planlanmalı, öncelikler doğru şekilde saptanarak uygulamaya konulmalı ve sonrasında uygulanan girişimlerin etkinliği değerlendirilmelidir. Ayrıca yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına bireysel eğitimler ve grup eğitimleri ile hasta bireylerin farkındalık düzeyleri arttırılmalı ve öz bakım aktiviteleri geliştirilmelidir.⁷⁴

2.4. Hemodiyaliz Tedavisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Düzenli HD tedavisi alan hastalar, hastalığın belirtileri ile baş etmek, diyet programına uymak, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalırlar. Bu durum, bireyleri sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkiler.^{75,76}

Kuruma ve HD makinesine bağımlı olmanın yanı sıra hastalığın ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur. HD hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında tedaviye uyumlarının sağlanması ve SYBD' nın kazandırılması önemlidir.^{24,25}

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen davranışları kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesidir. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artırarak kendini geliştirmeyi sağlar.⁷⁷

SYBD sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır.^{27,78}

2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığını geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bireyin sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda sağlığı hakkında profesyonel bir yardım almasıdır.⁷⁹⁻⁸¹

2.4.2. Fiziksel Aktivite

Hafif, orta ve ağır düzeyde egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı ve düzenli bir şekilde yürütülür.²⁷ Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan fiziksel aktivite için genç-yaşlı ayrımı yoktur, her yaşta her birey

için sağlığa yararlıdır. Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, karakter gelişiminde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında kısaca; tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Fiziksel aktivite beden sağlığını, ruhsal-sosyal sağlık ve gelecekteki yaşantımız üzerine etkilidir.^{64,78,81}

2.4.3. Beslenme

Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki alışkanlıklarını belirler. Bugüne kadar yapılmış olan birçok çalışma da beslenmenin önemini ortaya koymuştur. Çalışmalar, yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha yüksek olduğunu ve yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zekâ gelişimlerinin de normalden düşük olduğunu göstermektedir. Yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmekte, daha öldürücü olmakta, kronik hastalıklar aşık hale gelmektedir. Bu bilgilere dayanarak beslenmenin, metabolik hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın ön koşullarından biri olduğu söylenebilir. Sağlıklı ve doğru beslenme; dengeli beslenme, yeterli beslenme, çeşitli gıdaları tüketme ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma kavramlarını içermektedir.⁷⁹

2.4.4. Manevi Gelişim

İç kaynakların kişilerin gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, kişide iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmektir.^{11,15}

Yaşamdaki amaçlar için manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür.²⁶ Dolayısıyla bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun manevi gelişim alanıdır. İnsanın manevi yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir.⁸⁰

2.4.5. Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişkiler bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.⁷⁸⁻⁸⁰

İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmektedir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "İnsanlar arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır.⁷⁹

2.4.6. Stres Yönetimi

Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.²⁷ Her insanın stres faktörleri farklı olduğu gibi, strese karşı verilen cevaplar da farklıdır. Stres kontrolü kişiye özgüdür ve kişinin içinden gelir. Strese cevap verme şekli de birçok faktöre bağlı olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir.⁷⁹

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma HD hastalarında SYBD' yi ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin HD ünitelerinde 13.11.2017-16.11.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne kayıtlı 88 hasta ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi HD merkezine kayıtlı 63 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmadan evrenin tamamının alınması hedeflenmiş ancak hastalardan 4' ünün araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 5' inin 6 aydan daha kısa süredir HD tedavisi alıyor olması, 1' inin konuşma engelli olması ve 1' inin de işitme engelli olması sebebiyle araştırma örnekleme alınamamıştır. Araştırma evreninin %92.7'sine ulaşılmış ve araştırma örnekleme 140 hasta alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı ve iletişime engel bir sorunu olmamak,
- En az 6 aydır HD tedavisi alıyor olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.4. Araştırma Sorusu

S-1 Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?

S-2 Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, hemodiyaliz süresi, diyetle uyum, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, reçetesiz ilaç kullanma durumu, başka bir kronik hastalık varlığı).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden KBY hastalarına, çalışmanın amacı ve alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmıştır. Araştırmanın verileri

- Hasta Tanıtım Formu
- SYBDÖ II kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan hasta tanıtım formu araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda^{15,18,32} oluşturulmuştur. Hasta tanıtım formunda hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır (EK-4).

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

1987 yılında Walker, Sechrist and Pender tarafından oluşturulan orijinal ölçek, ülkemizde 1997 yılında Esin tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer^{81,82}. Orijinal ölçek, alt grupları gözden geçirilip, daha yüksek alfa etkinlik seviyeleri oluşturmak için yenilenmiştir^{83,84}. Yenilenen SYBDÖ-II (Health Promotion Lifestyle Profile II), ülkemizde Bahar ve ark.²⁷ tarafından 2008’de güvenirlik ve geçerliği yapılmıştır (EK-5).

Bu ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin alt boyutları; sağlık sorumluluğu (madde 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (madde 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (madde 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (madde 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (madde 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (madde 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) dir. Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert tipte olup, hiçbir zaman "1", bazen "2", sık sık "3" ve düzenli "4" olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir²⁷.

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktör için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir⁸. Ölçeğin Türkçe formunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonucunda ise; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 olup, sağlık sorumluluğuyla ilgili alt boyut için 0.77, fiziksel aktivite ile ilgili alt boyut için 0.79, beslenme ile ilgili alt boyut için 0.68, manevi gelişim ile ilgili alt boyut için 0.79, kişilerarası ilişkiler ile ilgili alt boyut için 0.80, stres yönetimi ile ilgili alt boyut için 0.64 olarak bulunmuştur.²⁷

Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.95 olup, sağlık sorumluluğuyla ilgili alt boyut için 0.88, fiziksel aktivite ile ilgili alt boyut için 0.87, beslenme ile ilgili alt boyut için 0.92, manevi gelişim ile ilgili alt boyut için 0.93, kişilerarası ilişkiler ile ilgili alt boyut için 0.85, stres yönetimi ile ilgili alt boyut için 0.91 olarak bulundu.

Ölçeğin alt başlıkları, maddeleri, en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 3.1'de şematize edilmiştir.

Tablo 3.1. SYBDÖ II'nin Alt Boyut Ölçekleri ve Alt Boyut Ölçeklerinin Madde Sayıları

Alt ölçek	Maddeler	Madde Sayısı	En düşük Puan	En yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9	9	36
Fiziksel Aktivite	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8	8	32
Beslenme	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9	9	36
Manevi Gelişim	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9	9	36
Kişiler Arası İlişkiler	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9	9	36
Stres Yönetimi	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8	8	32
TOPLAM		52	52	208

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından ilgili hastanelerin HD ünitelerinde toplanmıştır. Araştırmacı HD ünitelerinde Pazartesi-Çarşamba-Cuma ve Salı-Perşembe-Cumartesi grupları için sabah ve öğlen seanslarında HD ünitesinin uygun olduğu saatlerde veri toplamak amacıyla hazır bulunmuştur. Veriler HD ünitesinde yer alan uygun bir odada hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alındıktan sonra birebir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 7-10 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 18.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde t testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma Tablo 3.2 de verilen plan ve takvime göre uygulanarak tamamlanmıştır.

Tablo 3.2. Araştırma Planı ve Takvimi

Sıra	Yapılan İşler	Dönem Aralığı
1	Araştırma literatürünün incelenmesi ve konunun belirlenmesi	Mart – Haziran 2017
2	Tez önerisinin hazırlanması ve sunumu	Ağustos - Eylül 2017
3	Araştırma girişimi ve materyalinin hazırlanması	Eylül - Ekim 2017
4	Araştırma verilerinin toplanması	Kasım 2017 – Şubat 2018
5	Araştırma verilerinin analizi ve yorumlanması	Şubat – Nisan 2018
6	Tez yazımı	Nisan – Haziran 2018
7	Araştırmanın sunumu	16.11. 2018

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma verilerinin toplanmasından önce araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı’ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK-2). Araştırmanın etik kurul onayı alındıktan sonra ise çalışmanın yapılacağı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nden gerekli kurum izinleri alınmıştır (EK-3). Araştırmaya katılan KBY hastalarına araştırmaya katılıp katılmamakta bağımsız oldukları “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmayı kabul eden hastalara kişisel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, çalışmadan elde edilecek bilgiler ile soruları cevaplayan kişilerin kimlik bilgilerinin saklı tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi ve genel anlamda “Zarar Vermeme-Yarar Sağlama” etik ilkelerine uyulmuştur.^{85,86}

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma bulguları Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerinde tedavi gören KBY hastaları ile sınırlandırılmıştır.



4. BULGULAR

HD hastalarında SYBD'nın belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolar eşliğinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hemodiyaliz Süresi Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	X±SD
Yaş	20	93	57.73±15.28
Hastalık Süresi	1	36	8.51±7.00
Hemodiyaliz Süresi	1	35	6.54±5.55

Hastaların yaş ortalaması 57.73±15.28 yıl; hastalık süre ortalaması 8.51±7.00 yıl; HD süre ortalaması 6.54±5.55 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	S	%
Yaş		
20-35 yaş	10	6.9
36-50 yaş	27	18.3
51-65 yaş	50	36.9
66 yaş ve üzeri	53	37.9
Cinsiyet		
Kadın	66	47.1
Erkek	74	52.9
Medeni durum		
Evli	115	82.1
Bekar	25	17.9
Ekonomik durum		
Kötü	46	32.9
Orta	79	56.4
Yüksek	15	10.7
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	6.4
Okuryazar/İlköğretim	90	64.3
Ortaöğretim/Lise	34	24.3
Yüksek öğretim	7	5.0
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	86	61.4
Çalışıyor	8	5.7
Emekli	46	32.9
Hastalık Süresi		
1-5 yıl	58	41.5
6-10 yıl	45	32.1
11-15 yıl	22	15.7
16-20 yıl	9	6.4
21 yıl ve üzeri	6	4.3

Tablo 4.2. (Devamı)

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	S	%
Hemodiyaliz Süresi		
1-5 yıl	77	55
6-10 yıl	40	28.6
11-15 yıl	14	10
16 yıl ve üzeri	9	6.4
Diyete uyma		
Evet	93	66.4
Hayır	47	33.6
Sigara kullanma durumu		
Evet	30	21.4
Hayır	110	78.6
Alkol kullanma durumu		
Evet	2	1.4
Hayır	138	98.6
Reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Evet	3	2.1
Hayır	137	97.9
Başka bir kronik hastalık varlığı		
Evet	100	71.4
Hayır	40	28.6

Hastaların %6.9' unun 20-35 yaş arasında, %18.3' ünün 36-50 yaş arasında, %36.9'unun 51-65 yaş arasında ve %37.9'unun ise 66 yaş ve üzeri olduğu, %47.1 i kadın, %52.9 u erkek, %82.1'i evli, %7.9'u bekardır. Ekonomik durumu kötü olanlar %32.9, orta olanlar %56.4 ve yüksek olanlar %10.7'dir. Eğitim durumu değerlendirildiğinde %6.4'ü okuryazar değil, %64.3'ü okur-yazar ve ilköğretim mezunu, %24.3' ü ortaöğretim ve lise mezunu, %5' i de yükseköğretim mezunudur. Hastaların %61.4' ünün çalışmadığı, %5.7' sinin çalıştığı ve %32.9' unun emekli olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi 1-5 yıl olanlar %41.5, 6-10 yıl arası olanlar % 32.1, 11-15 yıl arası olanlar %15.7, 16-20 yıl olanlar %6.4, 21 yıl ve üzeri olanlar ise %4.3' ünü oluşturmaktadır. Hemodiyaliz süresi 1-5 yıl olanlar %55, 6-10 yıl arası olanlar % 28.6, 11-15 yıl arası olanlar %10, 16 yıl ve üzeri olanlar %6.4 olarak bulunmuştur. Diyetle uyma durumu değerlendirildiğinde hastaların %66.4' ünün diyetine uyduğu %33.6'sının diyetine uymadığı, %21.4'ünün sigara kullandığı, %78.6'sının sigara kullanmadığı, %1.4'ünün alkol kullandığı, %98.6'sının alkol kullanmadığı, %2.1'inin reçetesiz ilaç kullandığı, %97.9'unun

reçetesiz ilaç kullanmadığı ve %71.4'ünün başka bir hastalığının olduğu, %28.6'sının başka bir kronik hastalığının olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Hastaların SYDBÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3. de verilmiştir. Hastaların SYBDÖ II genel puan ortalaması 117.80 ± 37.07 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan ortalamaları 52-208 olup, elde edilen ortalamanın orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının 22.44 ± 7.01 puan ile Sağlık Sorumluluğu alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 14.38 ± 6.70 puan ile Fiziksel Aktivite alt boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarına bakıldığında sağlık sorumluluğu 22.44 ± 7.01 , fiziksel aktivite 14.38 ± 6.70 , beslenme 20.24 ± 6.69 , manevi gelişim 21.32 ± 6.93 , kişiler arası ilişkiler 21.20 ± 7.74 , stres 18.20 ± 5.78 ve SYBDÖ II genel toplam puanı 117.80 ± 37.07 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. SYBDÖ II ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

ALT BOYUTLAR	MİN-MAX	X $\pm$ SS
Sağlık Sorumluluğu	9-40	22.44 ± 7.01
Fiziksel Aktivite	8-32	14.38 ± 6.70
Beslenme	9-55	20.24 ± 6.69
Manevi Gelişim	9-36	21.32 ± 6.93
Kişiler Arası İlişkiler	9-57	21.20 ± 7.74
Stres	8-32	18.20 ± 5.78
SYDBÖII Genel Toplam	52-208	117.80 ± 37.07

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4' de verilmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4, $p > 0.05$). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte en

düşük SYBDÖ II toplam puanı 113.20 ± 36.54 ile 66 yaş ve üzeri grubuna aittir (Tablo 4.4).

Hastaların cinsiyete göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları arasındaki istatistiksel ilişki değerlendirildiğinde, cinsiyet ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve SYBDÖ II toplam alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.4, $p < 0.05$). Cinsiyete ile stres alt grubu puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4, $p > 0.05$). Erkek hastaların, SYBDÖ II ve bütün alt gruplarına ait puan ortalamaları kadın hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.4).

Hastaların medeni duruma göre SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puanları incelendiğinde, evli olan hastaların puan ortalamaları bekar olan hastalardan yüksek olmakla birlikte iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4, $p > 0.05$).

Ekonomik duruma göre hastaların SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.4, $p < 0.05$). Ekonomik durumu iyi olan hastaların genel ölçek puan ortalaması ve alt grup ölçek puan ortalamaları ekonomik durumu orta ve kötü olan hastalardan daha yüksektir (Tablo 4.4).

Hastaların eğitim durumuna göre SYBDÖ II toplam puanı ve alt grup ölçek puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile SYBDÖ II toplam puanı ve bütün alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.4, $p < 0.05$). Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt gruplarında en yüksek puan ortalamaları ortaöğretim/lise mezunu hastalara, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres ve SYBDÖ II toplam puan alt gruplarındaki en yüksek puan ortalamaları ise yükseköğretim mezunu olan hastalara aittir (Tablo 4.4, $p < 0.05$).

Çalışma durumuna göre hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile SYBDÖ II toplam puanı ve bütün alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4, $p<0.05$). Çalışan hastaların SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları çalışmayan ve emekli olan hastalara göre daha yüksektir (Tablo 4.4, $p<0.05$).



Tablo 4.4. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	TOPLAM n=140	SAĞLIK SORUMLULUĞU X±SS	FİZİKSEL AKTİVİTE X±SS	BESLENME X±SS	MANEVİ GELİŞİM X±SS	KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER X±SS	STRES X±SS	SYDBÖ II TOPLAM X±SS
YAŞ								
20-35	10	21.10±7.60	14.70±6.49	19.10±5.36	21.30±7.71	21.40±9.00	17.40±5.81	115.00±38.96
36-50	27	22.31±7.21	15.00±7.13	20.25±6.47	21.70±7.51	21.03±7.77	18.74±6.38	119.00±41.07
51-65	50	22.04±6.32	15.02±6.76	21.58±7.31	21.88±6.63	21.94±6.61	19.06±5.51	122.52±35.48
66 yaş ve üzeri	53	22.16±7.55	13.41±6.52	19.18±6.36	20.60±6.89	20.54±8.59	17.28±5.71	113.20±36.54
		KW:0.957 p>0.05	KW:2.344 p>0.05	KW:3.975p>0.05	KW:0.735 p>0.05	KW:2.025p>0.05	KW:2.401p>0.05	KW:1.505p>0.05
CİNSİYET								
Kadın	66	21.07±6.95	12.92±6.60	18.59±5.89	19.56±6.73	19.75±8.40	17.15±5.63	109.06±36.83
Erkek	74	23.66±6.89	15.68±6.56	21.71±7.05	22.89±6.77	22.48±6.91	19.14±5.76	125.59±36.74
		MWU:1358.000 p<0.05	MWU:1751.500 p<0.05	MWU:1807.500 p>0.05	MWU:1295.000 p<0.05	MWU:1850.500 p<0.05	MWU:1982.500 p>0.05	MWU:1875.500 p<0.05
MEDENİ DURUM								
Evli		22.56±7.06	14.40±6.06	20.48±6.97	21.49±6.89	21.32±7.74	18.35±5.78	118.63±37.06
Bekar	115	21.88±6.88	14.28±7.06	19.12±5.22	20.52±7.21	20.64±7.90	17.52±5.85	113.96±37.60
	25	MWU:1358.000 p>0.05	MWU:1385.500 p>0.05	MWU:1253.500 p>0.05	MWU:1295.000 p>0.05	MWU:1357.000 p>0.05	MWU:1292.500 p>0.05	MWU:1315.000 p>0.05
EKONOMİ								
Kötü	46	19.15±6.10	11.63±4.21	17.15±4.64	17.82±5.90	17.50±6.24	15.26±4.49	98.52±29.19
Orta	79	22.24±6.31	15.08±6.82	20.97±5.74	22.31±6.20	22.31±7.62	19.02±5.33	122.96±33.69
İyi	15	28.33±8.39	19.13±8.80	25.86±11.13	28.80±8.55	26.66±7.90	22.93±7.23	149.73±49.01
		KW:1.826 p<0.05	KW:1.364 p<0.05	KW:1.981 p<0.05	KW:2.034 p<0.05	KW:1.958 p<0.05	KW:1.979 p<0.05	KW:2.196 p<0.05
EĞİTİM								
Okuryazar değil	9	20.00±5.63	20.00±5.63	18.22±5.26	17.77±5.60	17.33±5.52	15.22±4.60	98.00±24.86
Okuryazar/İlköğretim	90	20.81±6.34	20.81±6.34	19.07±5.68	19.63±5.91	19.34±6.28	16.92±4.82	108.70±31.23
Ortaöğretim/Lise	34	26.70±6.88	26.70±6.88	23.47±8.16	25.73±7.12	25.38±7.20	21.61±6.31	141.70±38.52
Yükseköğretim	7	25.85±8.61	25.85±8.61	22.14±8.13	26.14±8.66	29.71±14.82	22.00±7.93	144.14±49.95
		KW:1.846 p<0.05	KW:1.846 p<0.05	KW:9.272 p<0.05	KW:1.968 p<0.05	KW:2.042 p<0.05	KW:1.773 p<0.05	KW:2.168 p<0.05
ÇALIŞMA								
Çalışmıyor	86	25.25±6.66	12.91±5.96	18.45±5.55	19.18±6.50	18.88±6.91	16.59±5.39	106.26±34.32
Çalışıyor	8	29.50±6.45	18.87±8.59	25.75±7.28	29.25±6.79	28.62±6.09	24.75±5.94	156.75±37.90
Emekli	46	25.30±5.95	16.34±6.91	22.63±7.69	23.93±5.88	24.23±7.72	20.13±5.13	132.58±32.37
		KW:2.391 p<0.05	KW:1.180 p<0.05	KW:1.791 p<0.05	KW:2.432 p<0.05	KW:2.419 p<0.05	KW:2.006 p<0.05	KW:2.545 p<0.05

Hastaların hastalık ve HD süresine göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5’ de verilmiştir.

Hastaların hastalık süresine göre SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puanları incelendiğinde, hastaların hastalık süresine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5, $p>0.05$).

Hastaların HD süresine göre SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde HD süresi ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.5, $p>0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Hemodiyaliz ve Hastalık Süresine Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	TOPLAM n=140	SAĞLIK SORUMLULUĞU X±SS	FİZİKSEL AKTİVİTE X±SS	BESLENME X±SS	MANEVİ GELİŞİM X±SS	KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER X±SS	STRES X±SS	SYBDÖ II TOPLAM X±SS
HASTALIK SÜRESİ								
1-5 yıl	58	23.18±8.03	16.24±7.82	21.27±8.33	22.82±7.99	22.08±8.21	19.48±6.79	125.10±44.05
6-10 yıl	45	21.53±5.84	12.75±4.12	18.66±4.34	19.40±4.68	20.24±7.48	16.42±3.70	109.02±24.63
11-15 yıl	22	23.18±7.16	17.72±7.40	21.36±6.41	22.68±7.45	22.63±7.62	19.50±5.86	124.09±39.44
16-20 yıl	9	20.22±6.58	13.11±6.37	18.33±5.31	18.44±5.83	17.44±5.89	16.00±5.70	103.55±31.33
21 yıl ve üzeri	6	22.66±4.50	9.33±2.80	20.83±4.83	20.50±6.59	20.16±7.33	17.83±4.87	111.33±27.02
		KW:3.096	KW:9.230	KW:4.415	KW:6.660	KW:4.318	KW:8.667	KW:4.572
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
HEMODİYALİZ SÜRESİ								
1-5 yıl	77	23.36±7.53	15.76±7.69	21.42±7.87	22.62±7.72	22.14±7.87	19.41±6.51	124.74±41.99
6-10 yıl	40	21.97±6.11	13.55±4.74	18.97±4.50	20.20±5.27	20.90±8.02	16.97±4.07	112.57±26.69
11-15 yıl	14	20.57±5.98	11.07±3.19	19.28±4.82	19.21±5.59	18.50±6.03	16.57±4.01	105.21±27.37
16 yıl ve üzeri	9	19.55±7.09	11.44±6.36	17.22±4.49	18.44±6.51	18.66±7.15	15.88±6.19	101.22±35.88
		KW:4.005	KW:7.792	KW:4.432	KW:5.074	KW:3.925	KW:6.203	KW:5.105
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Hastaların sigara ve alkol ve reçetesiz ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir.

Hastaların sigara ve alkol ve reçetesiz ilaç kullanma durumu ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.6, $p>0.05$).

Hastaların diyetle uyum ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, başka bir hastalığa sahip olma ile fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres alt boyut ölçek puanları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7, $p<0.05$) ve KBY dışında başka bir kronik hastalığa sahip olmayan hastaların puan ortalamaları KBY dışında başka bir kronik hastalığa sahip olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.7). Hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.7, $p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların diyetle uyum durumu ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.7, $p<0.05$). Diyetle uyum hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamaları diyetle uymayan hastalardan daha yüksektir (Tablo 4.7).

Tablo 4.6. Hastaların Sigara, Alkol ve Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarına Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	TOPLAM n=140	SAĞLIK SORUMLULUĞU X±SS	FİZİKSEL AKTİVİTE X±SS	BESLENME X±SS	MANEVİ GELİŞİM X±SS	KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER X±SS	STRES X±SS	SYBDÖ II TOPLAM X±SS
SİGARA KULLANMA								
Evet	30	22.93±6.13	16.36±6.72	20.20±5.44	22.43±6.73	21.76±6.97	18.66±5.57	122.36±34.06
Hayır	110	22.30±7.25	13.84±6.62	20.25±7.02	21.01±6.98	21.04±7.96	18.08±5.86	116.55±37.90
		MWU:1579.5000	MWU:1207.500	MWU:1629.000	MWU:1691.000	MWU:1530.500	MWU:1581.500	MWU:1481.500
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
ALKOL KULLANMA								
Evet	2	24.00±2.82	13.00±7.07	17.00±1.41	19.50±6.36	19.00±2.82	17.00±4.24	109.50±24.74
Hayır	138	22.42±7.06	14.40±6.72	20.20±6.73	21.23±7.79	21.23±7.79	18.22±5.81	117.92±37.26
		MWU:119.000	MWU:123.000	MWU:86.500	MWU:117.000	MWU:115.500	MWU:117.500	MWU:117.500
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
REÇETESİZ İLAÇ KULLANMA								
Evet	3	18.00±7.81	10.33±4.04	16.00±7.00	16.33±8.08	15.66±6.11	12.66±4.16	89.00±35.59
Hayır	137	22.54±6.99	14.47±6.73	20.33±6.68	21.43±6.90	21.32±7.75	18.32±5.76	118.43±36.97
		MWU:135.000	MWU:115.500	MWU:130.500	MWU:124.500	MWU:115.500	MWU:80.500	MWU:109.500
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tablo 4.7. Hastaların Diyetle Uyum ve Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre SYDBÖ II ve Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	KİŞİLER							SYBDÖ II TOPLAM
	TOPLAM	SAĞLIK	FİZİKSEL	MANEVİ	ARASI	STRES		
	n=140	SORUMLULUĞU	AKTİVİTE	BESLENME	GELİŞİM	İLİŞKİLER	X±SS	
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
KRONİK HASTALIK VARLIĞI								
Evet	100	21.91±6.91	13.16±5.85	19.63±6.72	20.20±6.67	20.37±7.70	17.45±5.35	112.72±39.94
Hayır	40	23.77±7.17	17.45±7.71	21.77±6.45	24.12±6.84	23.27±7.54	20.10±6.42	130.50±39.57
		MWU:1740.000	MWU:1310.500	MWU:1607.000	MWU:1385.000	MWU:1557.500	MWU:1541.500	MWU:1513.000
		p>0.05	p<0.05	p>0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05
DİYETE UYUM								
Evet	93	24.17±6.67	15.49±6.84	21.93±6.79	22.76±6.79	23.01±7.76	19.51±5.61	126.89±36.36
Hayır	47	19.02±6.44	12.19±5.87	16.89±5.08	18.46±6.35	17.61±6.39	15.61±5.21	99.80±31.77
		MWU:1313.500	MWU:1207.500	MWU:1092.500	MWU:1405.500	MWU:1290.000	MWU:1381.000	MWU:1306.000
		p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05

5. TARTIŞMA

Bu araştırma HD tedavisi alan hastalarda SYBD ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57.80 ± 15.28 , hastalık süresi ortalaması 8.51 ± 7.00 yıl, HD süresi ortalaması 6.54 ± 5.55 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.). Literatürde HD hastalarının SYBD'nı belirlemeye yönelik olarak yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmalardan biri olan Özkaraman ve ark.'nın¹⁸ 2016 yılında 192 HD hastası ile yaptığı Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında SYBD'nin Değerlendirilmesi isimli çalışmada hastaların yaş ortalaması 58.24 ± 13.43 yıl, hastalık süresi ortalaması 80.84 ± 63.99 ay ve HD süresi ortalaması 63.59 ± 52.16 ay olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonucunda hastaların %52.9'unun erkek, %82.1'inin evli, %56.4'ünün orta gelirli, %64.3'ünün okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu ve %61.4'ünün çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Başarır ve Pakyüz'ün¹⁵ HD hastalarının SYBD'yi değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada araştırma sonucumuza benzer şekilde hastaların %53.4'ünün erkek, %86.8'inin evli, %56.4'ünün ilköğretim mezunu, %45.5'inin emekli olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %66.4'ünün diyetine uyum sağladığı, %78.6'sının sigara kullanmadığı, %98.6'sının alkol kullanmadığı, %97.9'unun reçetesiz ilaç kullanmadığı ve %71.4'ünün KBY'ye ek bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Özkaraman ve ark.¹⁸ çalışmasında da hastaların %85.4'ünün diyetine uyduğu, %79.7'sinin sigara kullanmadığı, %96.9'unun alkol kullanmadığı, %69.8'inin reçetesiz ilaç kullanmadığı ve %68.2'sinin KBY'ne ek bir hastalığı olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların SYBDÖ II genel puan ortalaması 117.80 ± 37.07 olarak saptanmıştır. Hastaların SYBDÖ II ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını 22.44 ± 7.01 puan ile Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan, en düşük puan ortalamasını ise 14.38 ± 6.70 puan ile Fiziksel Aktivite alt boyutundan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Özkaraman ve ark.'nın¹⁸ çalışmasında hastaların SYBDÖ II genel toplam puan ortalamasının 137.34 ± 25.38 olduğu ve SYBDÖ II alt boyutlarından en yüksek puanı 25.66 ± 4.92 puan ile Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan, en düşük puanı ise 13.86 ± 5.26 puan ile Fiziksel Aktivite alt boyutundan aldığı tespit edilmiştir. Başarır ve Pakyüz'ün¹⁵ çalışmasında ise SYBDÖ II genel toplam puanı 156.72 ± 15.53 , SYBDÖ II alt gruplarında en yüksek puan manevi gelişim (31.92 ± 3.68), en düşük puan ise fiziksel aktivite (13.39 ± 4.63) alt boyutuna aittir. Başarır ve Pakyüz¹⁵ ve Özkaraman ve ark.'nın¹⁸ çalışmalarında hastaların SYBDÖ II genel toplam puanı araştırma sonucumuzdan yüksek olmakla birlikte, hastaların en düşük puanları aldıkları SYBDÖ II alt boyutunun Fiziksel Aktivite olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivitenin sağlık ve iyilik hali üzerine olumlu etkileri bilinmesine karşın literatürde HD hastalarının çoğunun sedanter bir yaşam sürdüğünü bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır.⁸⁷⁻⁹² HD hastalarında fiziksel fonksiyonlarda belirgin düzeyde azalma olmasının hem hastalık süreci ve hem de HD tedavisinin etkileri nedeni olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada yaş grupları ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte en düşük SYBDÖ II toplam puanı 113.20 ± 36.54 ile 66 yaş ve üzeri grubuna aittir ($p > 0.05$, Tablo 4.4.) Başarır ve Pakyüz'ün¹⁵ ve Kiajamali⁹³ çalışmasında da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde yaş arttıkça SYBDÖ II toplam puanının azaldığı saptanmıştır. Yaşlılık HD hastalarında SYBD da azalmaya yol açtığı gibi yaşam kalitesinde düşmeye de neden olmaktadır.¹⁹ Yaşlanmanın pek çok fiziksel ve

mental yetersizliğe yol açtığı göz önüne alındığında, yaşın artmasıyla birlikte SYBD azalması beklenen bir sonuç olmuştur.

Hastaların cinsiyete göre SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları arasındaki istatistiksel ilişki incelendiğinde cinsiyet ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ve erkek hastaların puan ortalamalarının kadın hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4, $p<0.05$). HD hastalarının SYBD’yi belirlemeye yönelik yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve erkek hastaların SYBDÖ II toplam puanlarının kadın hastalardan yüksek olduğu saptanmıştır.^{15,18} Özdemir’in⁹⁴ HD hastalarının yaşam kalitelerinin “toplumsal cinsiyet bakışı ile” değerlendirilmesi amacıyla yaptığı tez çalışmasında, erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ve erkek hastaların HD seansı sonrasında eve gidip uyuduğu veya arkadaşları ile buluştuğu, kadın hastaların ise eve gidip çocukları ile ilgilendiği ve ev işi yaptığı saptanmıştır. Kadın hastaların puan ortalamalarında ki bu düşüklüğün Türk toplumunun geleneksel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir ve çalışma sonuçları bu görüşü destekler niteliktedir.

Hastaların medeni duruma göre SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puanları incelendiğinde, evli olan hastaların puan ortalamaları bekar olan hastalardan yüksek olmakla birlikte iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4, $p>0.05$). Başarır ve Pakyüz¹⁵ çalışmalarında bizim araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde medeni duruma göre SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte evli olan hastaların puan ortalamalarının bekar olan hastalardan yüksek olduğunu tespit etmiştir. Özkaraman ve ark.’ının¹⁸ çalışmasında ise medeni durum ile SYBDÖ-II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve evli olan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durumun,

sosyal desteğin artmasını sağlayarak hastaların iyilik durumunu ve SYBD'nı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir ve sonuçlar araştırma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada ekonomik duruma göre hastaların SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde bütün alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olan hastaların genel ölçek puan ortalaması ve alt boyut ölçek puan ortalamaları ekonomik durumu orta ve kötü olan hastalardan daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 4.4.). Benzer şekilde Özkaraman ve ark.¹⁸ çalışmasında da ekonomik duruma göre SYBDÖ-II puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ekonomik durum SYBD etkileyen önemli bir faktördür ve yeterli gelir düzeyinin sağlık sorumluluğu davranışlarına pozitif katkı sağlaması beklenen bir sonuçtur.

Araştırma sonucunda hastaların eğitim durumuna göre SYBDÖ II toplam puanı ve alt grup ölçek puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile SYBDÖ II toplam puanı ve bütün alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.). HD hastalarının SYBD belirlemeye yönelik yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ-II puanı ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır.^{15,18,93} Eğitim düzeyi arttıkça HD hastalarının sağlık anlayışı ve hastalığa yönelik bilgi seviyesi artmakta, hastalar kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını daha fazla yerine getirmekte ve bunun sonucunda SYBD iyileşmektedir.

Çalışma durumuna göre hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile SYBDÖ II toplam puanı ve bütün alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışan hastaların SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamaları çalışmayan ve emekli olan hastalara göre daha yüksektir ($p<0.05$,

Tablo 4.4.). HD hastaları arasında çalışan hasta popülasyonu oldukça sınırlıdır ve hastaların büyük bir çoğunluğu emeklidir.^{15,18,92} Çalışmayan HD hastalarında sosyal statü ve sosyal destek kayıpları yaşanabilmektedir. Bu durumun çalışmayan hastaların SYBD olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların HD ve hastalık süresi ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları karşılaştırıldığında SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.4.) Bu sonuçlar Özkaraman ve ark.'nın¹⁸ çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde hastalık ve diyalize girme süresinin HD hastalarının yaşam kalitelerini etkilemediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır.^{19, 95} Bu çalışmalar hastalık ve diyalize girme süresinin hastaların yaşam kalitesini ve SYBD'yi etkilemediğini göstermektedir.

Araştırma sonucunda hastaların, sigara, alkol ve reçetesiz ilaç kullanma durumu ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.6.). Başarır ve Pakyüzün¹⁵ çalışmasında sigara içen ve içmeyen hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanı ve fiziksel aktivite alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımızda sigara, alkol ve reçetesiz ilaç kullanan HD hastaları ile kullanmayan hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmaması şaşırtıcıdır. Bunun sigara, alkol ve reçetesiz ilaç kullanan hasta sayısının azlığından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Araştırmaya katılan hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, başka bir hastalığa sahip olma ile fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres alt boyut ölçek puanları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.7.). Literatürde HD hastalarının %90'ında SDBY'ye ek bir kronik hastalık bulunduğu bildirilmektedir. HD hastalarında sıklıkla DM, hipertansiyon, koroner arter hastalığı gibi sağlık sorunları görülmektedir.⁹⁶ HD tedavisi yanında farklı bir kronik hastalığa sahip olmanın hastalarının SYBD'yi olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hastaların diyetle uyum durumu ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde diyetle uyan hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının diyetle uymayan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.7). HD hastalarının tedavi sürecine uyumda zorlandıkları en önemli sorunlardan biri diyet kısıtlamasına uyumdur. HD hastalarının verilen diyetle uymaları hastaların yaşam süresini ve hayat kalitesini arttırmaktadır ^{96,97} Diyetle uyma bir SYBD örneğidir ve diyetle uyum sağlayan hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

HD hastalarının SYBD' yi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda;

- Hastaların SYBDÖ II genel puan ortalamasının orta düzeyde olduğu,
- SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarında en yüksek puan ortalamasının Sağlık Sorumluluğu alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise Fiziksel Aktivite alt boyutuna ait olduğu,
- Hastaların yaş, medeni durum, hastalık süresi, HD süresi, sigara alkol ve reçetesiz ilaç kullanma durumu ile SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Erkek hastaların, SYBDÖ II ve bütün alt gruplarına ait puan ortalamalarının kadın hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Ekonomik durumu iyi olan hastaların SYBDÖ II ve bütün alt gruplarına ait puan ortalamalarının ekonomik durumu orta ve kötü olan hastalardan daha yüksek olduğu,
- Hastaların eğitim durumunun SYBDÖ II toplam ve alt grup ölçek puanlarını anlamlı düzeyde etkilediği,
- Çalışan hastaların SYBDÖ II ve alt gruplarına ait puan ortalamalarının çalışmayan ve emekli olan hastalardan daha yüksek olduğu,
- KBY dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma ve diyetle uyuma durumunun SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan HD hastalarının aktivite düzeylerini yükseltmek için özel egzersiz programlarının düzenlenmesi ve hastaların bu programlara katılımı konusunda hemşirelerin hastalara rehberlik etmesi,
- Hemşirelerin HD hastalarında SYBD' yi geliştirmek için hastaların cinsiyet, ekonomik durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerindeki dikkate alarak danışmanlık yapmaları ve kadın olan, ekonomik durumu kötü/orta olan, eğitim seviyesi düşük olan ve çalışmayan hastaları SYBD kazanmaları yönünde daha fazla desteklemeleri,
- Hemşirelerin KBY'ye ek başka bir kronik hastalığı olan ve diyetle uyum sorunu yaşayan hastalara gerekli eğitimleri vermesi ve bu eğitimleri belirli aralıklarla yenileyerek hastaların gerekli yaşam biçimi değişikliklerini kazanmasını sağlaması,
- Benzer çalışmaların çok merkezli ve daha geniş örneklem grupları ile yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Eylem Planı (2014-2017). [www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye Bobrek Hastaliklari Onleme ve Kontrol Programi. Pdf.](http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.Pdf) 08 Haziran2016
2. Akyol AD, Kradakovan A. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2002, 41:997-102
3. Kurbun H, Akten Mİ, Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2018, 27 : 277-287
4. Karaca A, Yeşiltepe Kaçar G. Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z. (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013: 466-481
5. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2: 27-32
6. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G. Temel İç Hastalıkları. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri. 2010: 1550-1582.
7. Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği. İçinde: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A (editörler). *Hekimler için Hemodiyaliz*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2009: 1-25.
8. U.S.Renal Data System, USRDS 2012 Annual Data Report. Atlas of End Stage Renal Disease in the United States.Bethesda Md: National Institutes of Health: National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Disease,2012. <https://www.usrds.org/atlas12.aspx> 13 Eylül 2017

9. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016.
http://www.tsn.org.tr/folders/file/2015_REGISTRY_kontrol_v2.pdf. Erişim
10 Şubat 2017
10. Denhaerynck BK, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care*, 2007, 16:222-235.
11. Sungur G, Tekinsoy B, Ceyhan Ö, Taşcı S, Şahin S, Göriş S. Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2009, 6:17-21.
12. Khalil A, Frazier S, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. *J Ren Nutr*, 2011, 37:30-39.
13. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1:39-52.
14. Öztürk B, Akın S, Durna Z, Özdiilli K. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve fistül bakımı ile ilişkili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1:24-38.
15. Başarır S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 1:19-31.
16. Kral Ü, Yurtsever S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2013, 1:61-76.
17. Arslan S, Sivrikaya S, Erdem N, Akyol D. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2011, 8:30-35.
18. Özkaraman A. Alparslan Balcı G. Gökçe S. Babadağ B. Gölge H. Derin Ö. Bilgin M. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Osman Gazi Tıp Dergisi*, 2016, 38; 1-11

19. Alemdar H, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 2:19-30.
20. Ibrahim S, Hossam M, Belal D. Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2015, 26:243-249.
21. Chan YM, Zalilah MS, Hii SZ. Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in malaysia. *PLoS One*, 2012, 7:1-7.
22. Hecking E, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Pisoni RL, Andreucci VE, Combe C, Greenwood R, McCullough K, Feldman HI, Young EW, Held PJ, Port FK. Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *NDT*, 2004, 19:100-107.
23. Çeçen AR. Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordamada bireysel bütünlük duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı. Eğitimde Kuram ve Uygulama. *Journal of Theory and Practice in Education*, 2008, 4:19-30.
24. Çınar MS. Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması. İçinde: Akoğlu E (editör). *Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Takav Matbaacılık Yayıncılık. 2000, 61-66
25. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2009, 22-28.
26. Esin NM, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012, 20:166-176
27. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12:1-13.

28. Sanci LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, Bowes G. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000; 320: 224-30.
29. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2000; 32: 1083- 1091.
30. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook* 1992, 40: 106-112.
31. Akça Ay F. Mesleki Temel Kavramlar. İçinde: Akça Ay F. (editör) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2012: s. 2- 21.
32. Cürcani M, Tan M, Küçükoğlu S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14:41-49
33. Edelman C, Mandle CL. Health promotion through the lifespan. Philadelphia, USA: Mosby Company. 2002: 12-60
34. Gordon E, Golanty E, Brown KM. Health and Wellness: Physical Activity for Health and Well -Being. Boston: Jones and Barlett Publishers. 2002: 18-24
35. Özdiñ SA. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Balkan Medikal Journal*. 2006, 1: 47-54.
36. Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice. WB Saunders Company. 2000.
37. Cürcani M, Tan M, Üremik kaşıntı ve aromaterapi uygulaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3: 674-682
38. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14 :31-25.

39. Savaş ÖÖ, Suher M. Evre 111 Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Serum Parathormon ile Anemi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2012, 29: 223-229
40. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017: 859-1340.
41. Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S. kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014, 23:773-790
42. Cürcani M, Tan M. Böbrek transplantasyonu yapılmış hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2013: 102-110.
43. Silbernagl S. Lang F. Color Atlas of Pathophysiology. Çeviri: Özgünen T. Kozanoğlu İ. Özgünen KT. *Renkli Fizyopatoloji Atlası* 2. Baskı. Adana, Nobel Kitap Evi, 2011:120-145.
44. Birol L. İdrar yolları-Böbrek hastalıkları tedavisi ve hemşirelik bakımı, İçinde Akdemir N, Birol L, (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 2003: 565-603.
45. The National Kidney Foundation. About Chronic Kidney Disease. <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>. 10 Şubat 2017.
46. Akça Kılıç N. Üriner Fonksiyonlar. İçinde. Fizyopatoloji Pratik Bir Yaklaşım, Ovayolu N, Ovayolu Ö, (Çeviri Editörleri). *Pathophysiology A Pratical Approach*, Adana: Nobel Kitap Evi, 2016: 183-209.
47. Winearls CG. Clinical Evaluation and Manifestations of Chronic Renal Failure. In: Johnson RJ, Feehally J (eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*, 1th ed. Spain, Mosby Elsevier Limited, 2003: 857-875
48. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2: 15-21

49. Lazarus JM, Brenner BM. Chronic Renal Failure. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL (editors). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. The McGraw-Hill Companies, Inc USA, 1998: 1513-1520.
50. Yenicesu M. Kronik Böbrek Yetersizliği. Deniz Matbaacılık, 1. Baskı. İstanbul, 2001: 212-224.
51. Karadakovan A. Böbrek, İdrar Yolları Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Bedük T (editör). İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. 1.baskı. İstanbul. Güneş Tıp Kitap Evi. 2016:197-205
52. Madara, M, Pomerico Denino, V. Quik look nursing Pathophysiology (2nd. Ed) Sudbry, MA: Jones and Bartlett. 2008
53. Kaman A. Akut Böbrek Yetmezliği, http://tip.ibu.edu.tr/dersnotlari/Akut_bobrek_yetmezligi.pdf, 18 Haziran 2015.
54. Mutlu B. Öğütmen MB Akut Böbrek Yetmezliği. GKDA Dergisi 2011, 17:25-33. <http://web.firat.edu.tr/myildiz/files/ABY.pdf>, 24 Haziran 2015.
55. Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım, T. C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2013. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller 18. 06. 2015
56. Akpolat T, Utaş C. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000: 11-20.
57. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın, İstanbul, 2013: 466-481.
58. Çetinkalp Ş. *Pratik İç Hastalıkları*, İzmir, Asya Tıp Kitabevi, 2005: 365-416.
59. Akyol AD. Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2 :31-41.

60. Kol bakır F Vasküler Girişim Yolu. http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler_girisim_yolu.pdf, 05 Temmuz 2015.
61. Besarab A, Raja RM. Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları. Bozfakıoğlu S. (çevirir editörü), *Diyaliz El Kitabı*, 3. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 67-83.
62. Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, Fouque D, Kooman J, Martin-Mala A, Pedrini L, Pizzarelli F, Tattersall J, Vennegoor M, Wanner C, ter Wee P, Vanholder R. *Nephrol Dial Transplant*. 2007, 2:88-117.
63. Biçer S, Şahin F , Sarıkaya Ö. Hemodiyaliz hastalarının yeterli diyaliz hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konuda eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2013,3:36-43
64. Toraman A , Ekmekci C , Çolak H , kürşat H. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin malnutrisyon ve ekokardiyografik parametreler ile ilişkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016, 3:419-423
65. Utaş C, Akpolat T. Diyalizin Akut Komplikasyonları, http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari.Pdf, 05 Temmuz 2015.
66. BaharA , Savaş H, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:287-292
67. Molzahan AE. Medical Surgical Nursing, 8th ed. Mosby. Voll StLouis. 2009:808-838
68. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gulhane Med J*, 2007, 49: 132-136.
69. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. 2 baskı, Kayseri, Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı: Anadolu Yayıncılık, 2001: 1-80.
70. Koşar A, Biricik SS. *Dahiliye*. Kelebek Matbaacılık, İstanbul, 2006.
71. White L. Duncan G, Baumle L. Medikal cerrahî nursing an integrated approach.. 3th ed. USA, Cengage learning, 2013: 515-544

72. Ünsar S, Erol Ö, Mollaoğlu M. The self care agency in dialysed patients. *Dial & Transplant*, 2007, 36:57-70.
73. Meers C. Noncompliance in chronic hemodialysis patients: an assessment approach for care planning. *CANNT Journal*, 1991, 1:18-19.
74. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: yaşam kalitesi. *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11: 631-638.
75. Süleymanlar G, Altıparmak MA, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2012. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2013.
76. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001, 16: 1387-94.
77. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3:34-44
78. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2011, 16:78-83.
79. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11:17-26.
80. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *J Family Med Prim Care*, 2012, 6:13-21.
81. Matheson EM, King DE, Everett CJ. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *J Am Board Fam Med*, 2012, 25:9-15.
82. Yalçinkaya M , Özer GF, Karamanoğlu YA. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6: 409-420

83. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center. 1996
84. Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 4: 9-11.
85. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İçinde: Erefe T (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul, Ofset Baskı, 2002.
86. Ulusoy MG, Görgülü RS. *Hemşirelik Esasları*, 5.baskı. Ankara, 2001.
87. Atik D, Coşar AA, Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında metabolik sendrom ve fiziksel aktivite. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2014, 4:69-75
88. Mollaoğlu M. Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. *TAF Prev Med Bull*, 2011, 10:181-186.
89. Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz uygulanan bireylerde yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 8:3-10.
90. Leinau L, Murphy TE, Bradley E, Fried T. Relations between Conditions Addressed by Hemodialysis Guidelines and Non-ESRD-Specific Conditions Affecting Quality of Life. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2009, 4:572-578
91. Levendoğlu F, Altıntepe L, Uğurlu H. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2004, 7:195-198
92. Hindistan S, Deniz A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom değerlendirmesi. *Bezmialem Science*, 2018, 6: 112-8
93. Kiajamali M, Hosseini M, Estebarsari F, Nasiri M, Ashktorab T, Abdi A, Mahmoudi A, Abadi ASA. Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting

behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015. *Electron Physician*, 2017, 25: 4820-4827

94. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003, 25: 73-82
95. Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetersizlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2008, 44:35-38
96. Elmas A , Saral E , Tuğrul A , Şengül E , Bülbül F. Hemodializ hastalarında beslenme bilgi düzeyi ile klinik ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişki. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2012. 3: 23-26
97. Kurt TY, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N, Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*. 2012, 21:39-44

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Ayşenur ÇELİK Doğum tarihi: 01.01.1994 Doğum yeri: Erzurum Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tel: 0555 175 04 25 Faks: Metin girmek için burayı tıklatın. E-mail: aysnrclk2525@gmail.com
Eğitim
Lise: Hacı Sami Boydak Anadolu Lisesi (2009-2012) Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2012-2016) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2018) Doktora: Metin girmek için burayı tıklatın. Metin girmek için burayı tıklatın.
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Yök dil 55, Mart 2017 _____ Almanca: Metin girmek için burayı tıklatın. _____ Rusça: Metin girmek için burayı tıklatın.
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
.....
İlgi Alanları ve Hobiler
Müzik dinlemek, yürüyüş yapmak, el sanatları. Metin girmek için burayı tıklatın.

EK-2. ETİK KURUL KARARI

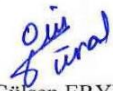


ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

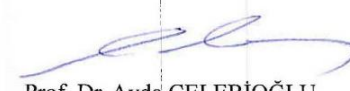
Sayı: 2017-9/2

Tarih: 06.10.2017

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Ayşenur ÇELİK, Mehtap KAVURMACI isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye
(Katılmadı)


Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

EK-3. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-302.08.01-E.1700309695

07.11.2017

Konu : Uygulama İzni (Ayşenur ÇELİK)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.11.2017 tarihli ve 20369917-302.08.01-E.1700309059 sayılı belge.

Konuda kayıtlı Ayşenur ÇELİK' in araştırma yapması uygun görülmüştür.

Gereği arz olunur.

Prof.Dr. Abdullah UYANIK
Akademisyen

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Ahmet KILIÇ
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=74F50BE>



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44827528-774.99
Konu : Çalışma İzin Talebi / Ayşenur ÇELİK

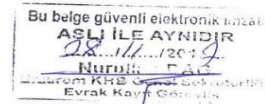
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı) ✓

İlgi : 02/11/2017 tarihli ve 32256349-1700305693 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşenur ÇELİK'in "**Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını **Kasım 2017-Haziran 2018** tarihleri arasında sağlık tesisimizdeki hizmetini aksatmayacak ve yoğun mesai saatleri dışında yapılması kaydı ile Müdürlüğümüze bağlı SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. M. Akif GÜLER
Genel Sekreter



Hüseyin Avni Ulaş Mah. 1. Cadde No: 6 Yıldızkent – Palandöken / ERZURUM

Faks No:0442 343 43 97

e-Posta:mehtap.bastem@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.erzurumkhhb.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-heloe.saglik.gov.tr> adresinden 4e0b2d42-5725-49eb-851b-9f18fa0ffbe2 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:Mehtap BASTEM

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0442 343 43 83-219

EK-4. HASTA TANITIM FORMU

Yaş ()

Cinsiyet

Kadın () Erkek()

Medeni Durum

Evli () Bekar()

Ekonomik Durum

Gelir durumu kötü() Gelir durumu orta() Gelir durumu yüksek()

Eğitim Durumu

Okuryazar değil() Sadece okur yazar() İlköğretim () Ortaöğretim()
Yükseköğretim()

Çalışma Durumu

Çalışmıyor() Çalışıyor() Emekli()

Hastalık Süresi ()

Hemodiyaliz Süresi ()

Hemodiyaliz Programı

Haftada 2 kere () Haftada 3 kere () Haftada 4 kere()

Diyete Uyma Durumu

Evet () Hayır()

Sigara Kullanma Durumu

Evet () Hayır()

Alkol Kullanma Durumu

Evet () Hayır()

Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu

Evet () Hayır()

Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı

Evet () Hayır()

EK-5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				

17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				

37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				