



**NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE
HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE
UYUMLARINA YÖNELİK VERİLEN EĞİTİMİN
BENLİK SAYGISI VE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşe Aslı OKTAY
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Doktora Tezi – 2019

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE
HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE
UYUMLARINA YÖNELİK VERİLEN EĞİTİMİN BENLİK
SAYGISI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÜZERİNE
ETKİSİ**

Ayşe Ashı OKTAY

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

ERZURUM

2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE HEMODİYALİZ
HASTALARININ TEDAVİYE UYUMLARINA YÖNELİK
VERİLEN EĞİTİMİN BENLİK SAYGISI
VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşe ASLI OKTAY

Tez Savunma Tarihi : 16.07.2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nurten KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Papatya KARAKURT

(Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Neziha KARABULUT (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Afife YURTTAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM- 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı ve Önemi	7
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Epidemiyolojisi	9
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi.....	11
2.1.2.1. Periton Diyalizi	12
2.1.2.2. Hemodiyaliz Tedavisi	12
2.1.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları.....	14
2.1.3.1. Akut Komplikasyonlar.....	14
2.1.3.2. Kronik Komplikasyonlar	16
2.2. Hasta Eğitimi	17
2.2.1. Hemodiyaliz Hastalarında Hasta Eğitimi	19
2.3. Hemşirelikte Model Kullanma.....	21
2.3.1. Neuman Sistemler Modeli	22
2.4. Hemodiyaliz ve Neuman Sistemler Modeli.....	24
2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek	26
2.6. Hemodiyaliz Hastalarında Benlik Saygısı	27
3. MATERYAL VE METOD	30

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Amaçlı Örneklemi Yöntemi	31
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 4)	33
3.4.2. Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5)	33
3.4.3. Neuman Sistemler Modeline Göre Hasta Eğitimi Rehberi (EK 6).....	34
3.4.4. Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7).....	35
3.4.5. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (EK 8).....	35
3.4.6. Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (EK 9).....	36
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
4. BULGULAR.....	43
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular.....	43
4.2. Neuman Sistemler Modeli Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	51
4.3. “Aileden (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine” İlişkin Bulgular	53
4.4. Benlik Saygısı Alanına İlişkin Bulgular	54
4.5. Stresörlerin Belirlenmesi Alanına İlişkin Bulgular	55
4.6. Deney Grubundaki Hastaların Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	57
5. TARTIŞMA.....	63

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	63
5.2. Neuman Sistemler Modeli Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.3. Aileden (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
5.4. Benlik Saygısı Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.5. Stresörlerin Belirlenmesi Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.6. Deney Grubundaki Bireylerin Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKLAR	82
EKLER	98
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	98
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	99
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	100
EK-4. HASTA TANITICI FORMU	101
EK-5. NEUMAN SİSTEMLER DEĞERLENDİRME FORMU	103
EK-6. NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE HASTA EĞİTİMİ REHBERİ.....	105
EK-7. AİLEDEN VE ARKADAŞLARDAN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	107
EK-8. COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ.....	109
EK-9. HEMODİYALİZ STRESÖR ÖLÇEĞİ.....	110
EK-10. KURUM İZİNLERİ BELGESİ.....	111
EK-11. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	115
EK-12. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI.....	117

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin ilerlemesinde fikir ve görüşleriyle akademik çalışmama ışık tutan ve aynı zamanda tez izleme jürisinde yanımda olan değerli hocalarım Prof. Dr. Neziha KARABULUT (Atatürk Üniversitesi, Erzurum) ve Doç. Dr. Afife YURTTAŞ'a (Atatürk Üniversitesi, Erzurum), çalışmamın istatistiklerinde benden yardımını ve sabrını esirgemeyen değerli hocam Dr.Öğr. Üyesi Adem DOĞANER'e (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş), veri toplama sürecinde kısa zamanda çok şey paylaştığım, sorularıma içtenlikle yanıt veren değerli hemodiyaliz hastalarına ve çalışmam sırasında bana daima destek olan hemodiyaliz ünitelerinde görev yapan tüm personele, eğitim hayatım boyunca bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayşe Aslı OKTAY

ÖZET

Neuman Sistemler Kuramına Göre Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarına Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi

Amaç: Hemodiyaliz hastalarına Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerine etkisini belirlemek amacıyla öntest- son test karşılaştırmalı kontrollü yarı- deneysel olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini, 108 birey oluşturdu. Örneklemi ise 42 deney, 42 kontrol olmak üzere 84 birey oluşturdu. Araştırma iki diyaliz merkezinde 15.04.2017 – 15.10.2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtıcı Formu, Neuman Sistemler Değerlendirme Formu, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hemodiyaliz Stresör Ölçeği ile toplandı. Deney grubundaki bireylere Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda evde bire bir yapılan eğitimin ardından araştırmacı tarafından hazırlanan “Hemodiyalizi Öğrenelim” adlı eğitim kitapçığı ile eğitim tekrar edildi. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20 programında yapıldı. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde), kıkare testi, eşleştirilmiş t testi kullanıldı.

Bulgular: Hemodiyaliz stresör ölçeğinden alınan puan ortalamaları deney grubunda anlamlı derecede düşüş gösterirken, kontrol grubunda benzer seviyede kaldığı bulundu. Deney grubundaki bireylerin benlik saygılarının anlamlı derecede yükseldiği, kontrol grubundaki bireylerin benlik saygılarında ise çok yakın aralıkla yükseliş seyrettiği görüldü. Aileden algılanan sosyal destek düzeyi puan ortalamalarının deney grubunda eğitim sonrasında yükseldiği, bu yükselişin istatistiki olarak anlamlı olmadığı, kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamalarında bir artış olmadığı görüldü. Arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında eğitim sonrasında yükseldiği, deney grubundaki yükselişin istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Sonuç: Neuman Sistemler Modeli’ne göre verilen eğitimin hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hemodiyaliz stres düzeyini düşürdüğü, benlik saygısı ve aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Benlik saygısı, hasta eğitimi, hemodiyaliz, hemşirelik, neuman sistemler kuramı, sosyal destek

ABSTRACT

The Effect of the Training on Adaptation to Treatment Provided to Hemodialysis Patients According to the Neuman Systems Theory on Self-Esteem and Perceived Social Support

Aim: The present study was conducted to determine the effect of the training provided to hemodialysis patients according to Neuman Systems Theory on self-esteem and perceived social support in pretest-posttest comparison semi-experimental fashion.

Material and Method: The study population consisted of 108 individuals. The sampling consisted of 84 subjects, 42 of whom constituted the Study Group and 42 of whom constituted the Control Group. The study was conducted in two dialysis centers between 15.04.2017 and 15.10.2017. In the study, the data were collected with Patient Identification Form, Neuman Systems Evaluation Form, Coopersmith Self-Esteem Inventory, Social Support Perceived from Family and Friends Scale and Hemodialysis Stressor Scale. In the Study Group, the training was repeated to the individuals with the training book “Let Us Learn Hemodialysis”, which was prepared by the researcher, after the one-to-one training in houses in line with the Neuman Systems Model. SPSS 20 program was used to evaluate the data. Descriptive statistical methods (number, percentage), chi-square test, paired t test were used to evaluate the data.

Results: The average scores obtained from the hemodialysis stressor scale decreased at a significant level in the Study Group; however, it was found to be similar in the Control Group. It was observed that the self-esteem of the individuals in the Study Group increased at a significant level; and the self-esteem of the individuals in the Control Group increased very closely. It was determined in the study that the average score of social support perceived from family increased after the training in the Study Group, this increase was not statistically significant, and there were no increases in the average scores of the Control Group. It was also determined that the average scores of the social support perceived from friends were higher after the training in the Study and Control Group; and the increase in the Study Group was statistically significant.

Conclusion: According to the Neuman Systems Model, it was concluded that the training provided to the Study Group decreased the level of hemodialysis stress, increased the self-esteem and social support perceived from family and friends in the individuals who received hemodialysis treatment.

Key words: Self-esteem, patient education, hemodialysis, nursing, neuman systems theory, social support

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
EKG	: Elektrokardiyografi
ICN	: International Council of Nurses
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ASD-AL	: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ASD-AR	: Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
HSÖ	: Hemodiyaliz Stresör Ölçeği
BSÖ	: Benlik Saygısı Ölçeği
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
TND	: Türk Nefroloji Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT diyagramı	32
Şekil 3.2. Tezin akış şeması.....	42



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	43
Tablo 4.2. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı	44
Tablo 4.3. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların destek durumlarının dağılımı	45
Tablo 4.4. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların diğer hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımı	45
Tablo 4.5. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı fiziksel değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı	46
Tablo 4.6. Deney grubundaki hastaların yaşadığı fiziksel değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımı	47
Tablo 4.7. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı sosyal değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı.....	48
Tablo 4.8. Deney grubundaki hastaların yaşadığı sosyal değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımı	48
Tablo 4.9. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı	49
Tablo 4.10. Deney grubundaki hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasında dağılımı	50
Tablo 4.11. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Neuman Sistemler Modeli değerlendirmesine ilişkin verilerin dağılımı	51
Tablo 4.12. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların aileden (ASD-AL) ve arkadaşlardan (ASD-AR) algılanan sosyal destek ölçeğine ilişkin puan ortalamaları.....	53

Tablo 4.13. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların coopersmith benlik saygısı ölçeğine ilişkin puan ortalamaları	54
Tablo 4.14. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hemodiyaliz stresör ölçeği ilişkin puan ortalamaları.....	55
Tablo 4.15. Deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi- eğitim sonrası ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	57



1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği sonucunda hemodiyalize bağımlı olan bireylerin mevcut veya gelişebilecek sorunlarının çözümlenmesinde, bireylerin hastalıkları ile yaşama ve tedaviye uyum sağlamalarında hemşirelik bakımının ve eğitiminin önemi büyüktür. Hemşirelerin bakım ve eğitim kapsamında uygulayacağı girişimlerine, hemşirelik kuramları rehberlik etmektedir. Çünkü kuramlar, hemşirelik disiplini kavramsal bir çerçevede yorumlar ve tanımlar; böylece bir profesyonel olarak eğitim, uygulama ve araştırma faaliyetlerinde bilimsel bir temel oluşturur ve hemşirelere yardım eder.^{1, 2}

Hemşireler, hasta/ sağlıklı bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastaların tedaviden faydalanması ve iyi olma sürecini hızlandırma amacıyla hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş hemşirelik modellerinden yararlanmaktadırlar. Bu modellerden birisi de Neuman Sistemler Modeli'dir. Neuman Sistemler Modeli, ilk olarak 1972'de "hasta problemlerine bütüncül insan yaklaşımında bir öğretim modeli" başlığı altında ortaya çıkmıştır. Neuman Sistemler Modeli esenliğe odaklanmış, bütüncül yaklaşım sergileyen, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, gelişimsel, spiritüel, psikolojik ve sosyokültürel olmak üzere beş değişkenine yer vermesinden dolayı hastaları bütüncül değerlendirmede ve hemşirelik uygulamalarına yol göstermede uygun bir modeldir.³ Hemodiyaliz (HD) hastasında hasta eğitiminin daha sistematik ve etkin yürütülmesi için bireyi açık bir sistem olarak tanımlayan Neuman Sistemler Modeli'nin tercih edilmesinin nedeni; hemodiyaliz tedavi sürecinde bireyi etkileyen birçok stresörü çok iyi değerlendirebilme fırsatı vermesidir. Bu stresörlerin etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla planlanan eğitim süreci aşamaları ve içeriği modelin hemşirelik girişimleri aşamalarıyla bire bir uygunluk gösterir ve diğer hemşirelik

modellerinden farklı olarak, hemşirelik disiplininin hizmet sunduğubakım kapsamında bireyi ailesi ile bir bütün halinde değerlendirme fırsatı verir.

Model, hemşirelik faaliyetlerini, hemşirenin hizmet sunduğu alanları somut bir şekilde tanımlar, girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında kolaylık sağlar ve hemşireliğin çalışma alanlarında çoğunlukla kullanılabilir.⁴

Hastalığın tedavi sürecinde diyaliz merkezlerine gitmeleri, HD makinesine bağlanmaları, hastalıktan dolayı ölüm korkusu duymaları HD hastalarının kendilerini yalnız hissetmelerine yol açmaktadır. Bu durumda bireyin algıladığı sosyal destek sistemleri devreye girmekte, eksiklik durumunda ise baş etmede güçlük yaşamaktadır.⁵ Lilypaki ve ark.⁶ hemodiyaliz tedavisi gören 258 hasta birey ile yaptıkları araştırmada aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal desteği az olan bireylerin, anksiyete ve depresyon düzeyleri istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin, stresin ve anksiyetenin azaltılması, tedaviye uyumun sağlanması ve kuramın hedefleri arasında oldukça yakın bir ilişkisi vardır. Ulusal ve Uluslararası literatürde yer alan çalışmalarca da HD hastalarının aileden, arkadaşlardan ve özel birilerinden aldıkları sosyal desteğin yüksek olduğu ve bu durumun tedavi sürecine, yaşam kalitesine, sosyal görünüş kaygısına ve benlik saygısına olumlu yönde katkılarının olduğu kanıtlanmıştır.^{5,7-10} Bu doğrultuda hemşirenin planlamış olduğu eğitim kapsamında, belirlediği stresörlere karşı uygulayacağı ikincil ve üçüncül önlemler ile sosyal destek sistemleri tanımlanır, belirlenir ve etkin hale getirilerek hastanın yaşadığı stresörler ortadan kaldırılır.¹¹ Bu stresörlerin saptanıp uygun önlemlerin alınmasına temelli olan Neuman Sistemler Modeli ile hemodiyaliz eğitim süreci birebir örtüşmektedir. Bu anlamda hemşireliği yönlendirerek eğitimin hedefine ulaşmasına rehberlik eden Neuman Sistemler Kuramı, hasta eğitimine anlaşılabilirlik ve sistematiklik katmaktadır.⁴

Bireyin benlik saygısı da cihaza bağımlı olmanın getirdiği olumsuz etkilenimler sonucunda zedelenir ve sonuç olarak birey karamsarlığa kapılıp olabilecek en kötü sonu beklemeye başlar.¹² Güçlü ve etkili eğitim verilerek yükseltilebilen benlik saygısı düzeyi ile birey öz güven kazanmakta ve bu da tedaviye olumlu şekilde yansımaktadır. Poorgholami ve ark.'nın¹³ yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarına öz bakım eğitimi verilmesinin ardından benlik saygısı puan ortalaması incelenmiş, eğitim sonrasında benlik saygısı düzeyinde istatistiki olarak anlamlı boyutta yükselme gözlenmiştir. Ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde; hemodiyaliz hastalarının hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin inançlarında, otonomilerinin ve benlik saygılarınınönemli bir rol oynadığı, yaşam kalitesi iyileştirme eğitiminin hastaların benlik saygısını etkilediği/artırdığı, benlik saygısı yüksek olan hemodiyaliz hastalarının probleme dayalı başa çıkma yöntemleri kullandığı vehemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sağlıklı bireylere göre benlik saygı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir.^{12,14-17} Psiko-sosyal desteğin, sosyal becerilerin eğitimi ve benlik saygısını yükseltmeye yönelik hemşirenin uygulayacağı girişimler, hemodiyaliz hastalarının problem odaklı başa çıkma stillerini kullanmalarına yardımcı olur. Bu amaçla hemşireler için hastaların benlik saygısını arttırmadaki rollerini geliştirmek, hastaların tedaviye uyumlarını artırır ve problemler ile daha kolay başa çıkmalarını sağlar.¹⁵ Ulusal ve uluslararası platformlarda hemşirenin eğitici rolü kapsamında hazırlamış olduğu eğitim planının Neuman Sistemler Modeli temel alınarak oluşturulup bu eğitimin benlik saygısına etkisinin değerlendirildiği bir çalışma mevcut değildir. Modele göre bireyi koruyan direnç hattındaki psikolojik değişkenler arasında yer alan yüksek düzey benlik saygısı, eğitim çerçevesinde hemşireliğin uygulayacağı önlemler ile geliştirilebilir. Literatürde yer alan bu açığı kapatmak amacıyla Neuman Sistemler Modeline göre bireyin içsel stresörleri arasında yer alan benlik saygısı düzeyi, model doğrultusunda oluşturulmuş

hasta eğitim sürecinin ardından değerlendirilir. Eğitim içeriği modelin sistematığıne göre belirlenir ve hastaya uygulandıktan sonra benlik saygısı düzeyindeki değişimlerin sonuçlara yansımaları incelenir.

Uluslararası literatür incelendiğinde; Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı verilen çalışmaların¹⁸⁻²² ve farklı tıbbi tanımlar ile tedavi gören hastaların model öncülüğünde hazırlanmış vaka sunumlarının²³ yer aldığı görülmektedir. Ülkemizde Neuman Sistemler Modeli ile yapılan çalışmaların tamamının modele göre bakım uygulamalarını kapsadığı saptanmış olup özellikle de tıbbi tanımları farklı birçok vakanın olgu sunumları üzerinde ağırlık kazandığı görülmüştür.^{3,4,24-27} Yapılan bu çalışmalarda modelin bu olgu sunumları ve hemşirelik bakımına entegre edilmesinin sonuçlara olumlu yönde yansıdığı görülmüştür. Bakımın kalitesi artmış, hasta sonuçları pozitif olarak gözlemlenmiştir. Ulusal ve uluslararası literatürde yer alan vaka sunumu ve analizlerinin sonucunda, Neuman Sistemler Modelinin hemşirelik uygulamalarında bütüncül bir rehber olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin tüm rollerini yerine getirirken bu modelin doğru bir klavuz olduğu sonucuna varılmış, uygulamalara yansıtılmasının önemi vurgulanmıştır. Hemşirenin en önemli rollerinden biri de eğitici rolüdür. Bu rolü yerine getirirken hasta eğitim planı oluşturmakta ve bu planı yaparken bir rehber ihtiyacı duymaktadır. Bu doğrultuda hemşirenin eğitici rolü kapsamında planladığı eğitim programında model kullanması ile eğitimin etkililiği de artmaktadır ve eğitimin sonuçlarının hasta davranışlarına yansımaları söz konusu olmaktadır. Neuman Sistemler Modeli ile hasta eğitim sürecini birleştirerek, daha sistematik bir yol izleyen eğitim planı ile ülkemizde ve uluslararası literatürde herhangi bir çalışma yoktur. Böylelikle, hemşirelerin anlatacağı bilgi ve tecrübelerle aç olan hemodiyaliz hasta grubunda eğitim planının bu modele göre uygulanması ile oldukça anlamlı sonuçlar elde edilmesi beklenilmektedir. Hemodiyaliz hastaları gibi eğitime ihtiyacı çok yaşandığı

popülasyonda bu eğitimin Neuman Sistemler Modeline göre uygulanmasının sonuçlara yansımaları ile literatürdeki bu eksikliğin kapatılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan bireylere Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda verilen eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin benlik saygısı üzerine etkisi yoktur.

H0: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin algılanan sosyal destek üzerine etkisi yoktur.

H0: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin stres düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H0: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin sosyo demografik özelliklerine göre Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin algılanan sosyal destek ve benlik saygısı üzerine etkisi yoktur

H1: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin benlik saygısı üzerine etkisi vardır.

H1: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin algılanan sosyal destek üzerine etkisi vardır.

H1: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde Neuman Sistemler Modeline göre tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin stres düzeyleri üzerine etkisi vardır.

H1: Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerin sosyo demografik özelliklerine göre Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda tedaviye uyuma yönelik verilen eğitimin algılanan sosyal destek ve benlik saygısı üzerine etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler, kronik böbrek yetmezliğinin semptomları ile mücadele etmekte, belli bir diyet ve sıvı kısıtlamasına uymakta, haftanın belirli günleri hemodiyaliz ünitesine gitmekte ve makineye bağımlı olmaktadır. Tüm bu süreçlerde bireylerin tedaviye uyumlarının sağlanmasında hemşirelere önemli roller düşmektedir. Fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak her açıdan değerlendirilmesi gereken bireylere yaklaşımlarında hemşireler kendilerine rehber olarak modeller seçmekte ve hemşirelik rolleri doğrultusunda bütüncül bakım ve eğitim sunmaktadırlar.²⁸

2.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı ve Önemi

Hemşireliğin en temel sorumluluğu, bireye ihtiyacı olan bakımı ve yardımı en yeterli şekilde sunmaktır. Hemşirelerin bakım vermeleri ve yardım etmeleri gibi işlevlerini uygulamaları, mesleki bilimsel beceri ve yeteneklerini kullandıkları bağımsız fonksiyonlarıdır. Hemşirelik mesleğinde bakım verme; esas, temel unsur olarak görülür. Neuman ve arkadaşlarının ifade ettikleri gibi, hemşirelik disiplininin odak noktası, insanda sağlık sorunlarına yanıt olan bakım uygulamalarıdır.²⁹

Nefroloji hemşireliği, böbrek hastalığını tecrübe eden veya risk taşıyan hasta birey ve ailelerinin kişisel sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmış hemşireliğin özelleşmiş alanlarından biridir. Nefroloji hemşiresi, böbrek fonksiyonlarını yitirmiş olan hastaların, renal replasman tedavisinin farklı zamanlarındaki bakım, eğitim ve rehabilitasyonundan sorumlu profesyonel sağlık elamanıdır. Hemşirelik yönetimi ve klinik uygulamalarda uzman kişiler, öncelikli sorunların tanımlanmasında ve bakım yönünün geliştirilmesinde katkıda bulunurlar. Böylelikle bir takım problemler engellenebilir, azaltılabilir veya profesyonel bir değerlendirme ve uygulama ile kontrol altında tutularak takip edilebilir. Hasta ve

ailesininin tedavi süreci hakkındaki eğitimi de en önemli konulardan biridir. Birincil görevi bireyin gereksinimlerinin karşılanması amacıyla yönelik hastanın bakımına yardımcı olmak olan ve bireyleri bütüncül bir şekilde değerlendiren hemşireler; hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hastalıklarına, tedavi planına, hemodiyaliz makinesine ve yaşamlarına uyumlarında anahtar rolü üstlenmektedir.³⁰

Sağlık eğitimi, profesyonel olarak görevini yerine getiren hemşirenin çalıştığı kuruluşlarda ve hasta bakım uygulamalarında yerine getirdikleri en önemli sorumluluk alanlarındandır. Hemşire sağlıklı/hasta bireylere sağlık eğitimi vererek, bireylerin sağlıklı yaşam ve hastalık yönetimi hakkında bilgi, tutum, davranış ve alışkanlık kazanmalarını hedeflemektedir. Hasta eğitimi, bireylerin sağlığının geliştirilmesi ve korunması yönünde tutum ve davranış değişiklikleri kazanmasını amaçlayan etkili ve dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır.³¹ Hastaların diyaliz konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerine yardımcı olan eğitim, öğretim ve davranışsal değişim dahil olmak üzere bu tür müdahaleler, tedaviye uyumlarını daha da artırmaktadır. Hemşirelik girişimleri, hastaların diyaliz ile uyumunun iyileştirilmesi için giderek daha önemli hale gelmektedir.³²

Hemşirelik bakımı; hastaya odaklanan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini amaçlayan bakım anlayışını, hemşirelik süreci doğrultusunda ele alarak; fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik gibi yaşam kalitesi göstergelerini pozitif bir şekilde etkilemeyi amaçlamaktadır. KBY'li hasta için planlanan hemşirelik bakımının amaçları;

1. Hastanın tedavi planı kapsamında oluşturulan diyet ve sıvı kısıtlaması rejimi hakkındaki bilgi düzeyini ve uyum sağlama durumunu değerlendirmek,
2. HD ile ilgili komplikasyonları önlemek,

3. Hastanın mevcut ya da olası sorunları ile baş etmede etkili yöntemlerini belirlemek ve geliştirmesinde yardımcı olmak,
4. Hastanın fiziksel sınırlılıkları kapsamında Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)’ni sürdürmelerinde yardımcı olmak olarak sıralanmaktadır.³³

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği’ne (North America Nursing Diagnosis Association, NANDA) göre belirlenen hemşirelik tanılarının bazıları; “ağrı, aktivite intoleransı, aile sürecinde değişiklik, anksiyete, beden imajında bozulma, bilgi eksikliği, beslenme yetersizliği, bulantı, cinsel disfonksiyon, deri bütünlüğünde bozulma, bağırsak boşaltımında değişim: diyare, düşünce sürecinde bozulma, elektrolit dengesizliği, enfeksiyon riski, evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik, kardiyak out-putta artma, bağırsak boşaltımında değişim: konstipasyon, oral mukozada değişiklik, sağlığı sürdürmede yetersizlik, sıvı volüm eksikliği, solunum aktivitesinde değişiklik ve sosyal izolasyon” olarak sıralanabilir.³²⁻⁴¹

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar, tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara yol açan; bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan etkisi altına alan, uzun süreli gözlem, bakım ve takip edilmesi gereken, patolojik değişikliklerdir. Kronik hastalıklar, bir veya birden fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve işlev kaybı yoluyla açmakta bu nedenle birey, aile ve toplum için önemli derecede stresörler barındırmaktadır.^{42,43} Bu stresörlerin, yaşam şekli değişiklikleri ve kronik hastalığın yönetiminde, bireyin öz-yönetim becerisi elde etmesi için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle güçlendirilerek desteklenmesi, hastalığın tedavi sürecinden daha fazla oranda önem kazanmaktadır.⁴⁴

Kronik hastalıklar içinde yaygın olarak görülen kronik böbrek yetmezliği (KBY),dünyada ve ülkemizde çoğalan sıklığı, sebep olduğu yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesinin ciddi boyutlarda etkilenmesi ve tedavisi kapsamında gereken renal replasman tedavilerinde maliyetin yüksek olması ve kötü prognostik bir tablo sergilemesi nedeniyle dünya genelinde büyük bir halk sağlığı problemidir.⁴⁵ KBY, glomerüler filtrasyon hızının düşmesi neticesinde böbreğin metabolik ve endokrin fonksiyonlarında, sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesinde ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan işlev kaybıyla kendini gösteren bir hastalıktır. Glomeruler filtrasyon hızı dakikada 5-10 ml'ye inince son dönem böbrek yetmezliğinden (SDBY) bahsedilir ve hastalara diyaliz, böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerini uygulama zorunluluğu ortaya çıkar.⁴⁶⁻⁴⁹

2016 yılı sonu verilerine göre dünyada yaklaşık 3.7 milyon insan SDBY tedavisi görmektedir. Bu 3.7 milyon hastanın yaklaşık 3 milyonuna diyaliz tedavisi uygulanırken (hemodiyaliz veya periton diyalizi) ve yaklaşık 750.000'i böbrek nakli ile yaşamaktadır. Bu nedenle HD tedavisi gören bireylerin sayısındaki artış evrensel bir problemdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde SDBY büyük bir halk sağlığı problemi olup hemodiyalize giren hasta sayısı her yıl %7 oranında artmaktadır.^{50,51}

Avrupa'da European Renal Care Providers Association 2016 verilerine göre 329.000 hasta hemodiyaliz tedavisi görmektedir ve yaklaşık olarak da 5410 tane diyaliz merkezi mevcuttur. Avrupa ülkeleri bazında bakıldığında ise en çok hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Portekiz, Almanya, Kıbrıs, Belçika ve Fransa'da yaşadığı kayıtlar arasında yer almaktadır.⁵¹

Ülkemizde 2016 yılı sonu itibariyle toplam 74.475 hastanın Renal Replasman Tedavisi (RRT) gördüğü tespit edilmiş olup RRT alan hasta sayısında artma eğilimi sürmektedir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%76.1) olup, bunu

transplantasyon (%19.1) izlemektedir, periton diyalizi (%4.7) ise üçüncü sırada yer almaktadır. 2016 yılında Türkiye’de RRT gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 933 olarak saptanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dahildir). 2016 yılında Türkiye’de RRT insidansı, çocuk hastalar dahil milyon nüfus başına 140 olarak hesaplanmıştır. Prevalansın önümüzdeki yıllarda kararlı bir artış içerisinde olduğu gözlemlenmiş olsa da, son yıllardan elde edilen istatistiki veriler bir plato oluşumunun başladığını düşündürmektedir.⁵²

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi

Kronik böbrek yetmezliği, çeşitli hastalıklar nedeniyle ortaya çıkabilen progresif, kronik ve geriye dönüşü olmayan nefron kaybı ile seyreden bir hastalıktır. Son dönem böbrek yetmezliği ortaya çıktığında ilaçlar tedavide tek başına yeterli olmamaktadır. Bu durumda böbreğin görevlerini üstlenecek başka RRT yöntemleri de gerekli olmaktadır. SDBY olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi veya renal transplantasyon olarak sıralanmaktadır.⁵³

Ülkemizde renal replasman tedavisi alan hasta birey sayısı hızlı bir şekilde yükselmektedir. Türk Nefroloji Derneği’nin (TND) Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılsonu itibariyle 74.475 hastanın renal replasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. En sık kullanılan RRT yöntemi 56687 hasta ile (%76.1) hemodiyaliz olup, bunu 14280 hasta ile (%19.1) transplantasyon ve 3508 hasta ile (%4.7) periton diyalizi takip etmektedir.⁵²

KBY tanısı alan bir hastaya klinik yaklaşım şu unsurları içermelidir:

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak
2. Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltmek
3. Fonksiyon kaybının ilerlemesini durdurmak veya yavaşlatmak

4. Üremik komplikasyonları önlemek ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesini arttırmak
5. Altta yatan hastalığı tedavi etmek

2.1.2.1. Periton Diyalizi

Periton diyalizinin (PD) amacı toksik maddeleri ve metabolik atıkları ortadan kaldırmak ve normal sıvı ve elektrolit dengesini yeniden oluşturmaktır. Periton diyalizi böbrek yetmezliği olan ve hemodiyalize veya renal transplantasyona giremeyen ya da isteksiz olan hastalar için tercih edilen tedavi yöntemidir. Hemodiyaliz sırasında ortaya çıkan hızlı sıvı, elektrolit ve metabolik değişikliklere duyarlı hastalar, daha az periton diyalizi ile bu sorunların daha azını yaşamaktadırlar. Bu nedenle, diyabet veya kardiyovasküler hastalığı olan hastalar, daha yaşlı hastalar ve sistemik heparinin olumsuz etkileri için risk altında olanlar, periton diyalizi için olası adaylardır.⁵⁴

Ulusal ve Uluslararası literatür incelendiğinde; yapılan çalışmalara göre periton diyalizinde hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanan hemşirelik bakımında en çok yer alan hemşirelik tanıları; enfeksiyon riski, yorgunluk, kabızlık, akut ağrı, yürümede bozulma, sıvı volüm fazlalığı, etkisiz sağlık yönetimi, cinsel disfonksiyon, benlik saygısında azalma ve anksiyetedir. Uygulamada bu hemşirelik tanılarının kullanımı, periton diyalizi servisinde hemşirelik bakımının standardizasyonu sürecine yön verir ve bu hastaların bakım kalitesinde önemli derecede iyileşme sağlar. Ayrıca, belirli bir hemşirelik dilinin kullanılması, tüm hemşirelik personeli arasında açık, kesin ve nesnel bir iletişim sağlar.^{33,37,38,40,55}

2.1.2.2. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz (HD), böbrekler bunu yapamayacak durumda iken, sıvı ve atıkları vücuttan atmak için kullanılan süreçtir. Amaç, böbrek fonksiyonları düzelene kadar hastanın hayatını ve refahını korumaktır. HD, çözünen maddelerin difüzyon prensipleri

ve sıvıların yarı geçirgen bir zardan ultrafiltrasyonu ile çalışır.⁶⁸ HD; uygun bir arter damar yolu ile hastadan alınan kanın antikoagülasyon ile vücut dışında yarı geçirgen bir membrandan geçirilip sıvı ve solüt içeriğinin tekrar düzenlenmesi, ardından venöz damar yolu ile hastaya geri verilmesi işlemidir.¹²

Ülkemizde en sık uygulanan renal replasman tedavisi yöntemi HD'dir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılı verilerine göre 56.687 hemodiyaliz tedavisi gören hasta mevcut olup yıllık artış eğilimi devam etmektedir. Bu hastaların %97.6'sı standart merkezde HD tedavisi görmektedir.⁵²

Akut diyaliz endikasyonları; “akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, hiperpotasemi, hiperkalsemi, hipervolemi, hiperürisemi, hiponatremi, ilaç intoksikasyonu, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, metabolik alkaloz” şeklinde sıralanabilir.⁵⁶ Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılı içinde ilk RRT olarak HD'e başlayan hastalarda diyalize başlama durumları incelendiğinde; 2.498 hasta (%66.4) acil olarak hemodiyalize başlarken, 1.262 hasta (%33.5) programlı bir şekilde hemodiyalize başlamış olduğu görülmektedir.⁵²

Hemodiyaliz tedavisine rağmen hastalarda üremiye bağlı olarak bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve hipotansiyon görülebilir. Bu durumda hastanın işlevselliği etkilenmekte ve fiziksel aktivitelerde kısıtlılık, beden imaj bozukluğu, sosyal aktivitelerde azalma gibi gerek fiziksel gerekse de psikososyal yönden etkilenimleri beraberinde getirmektedir.⁵⁷ Haftada ortalama 3 gün, 4-6 saat süren hemodiyaliz seanslarında, diyaliz cihazına, sağlık ekibi üyelerine ve aileye bağımlılık oluşması hastaların kişisel yaşamlarının etkilenmesine neden olmaktadır. Belirli program halinde tedavisi sürdürülen hastanın çalışamaması durumunda iş gücü ve ekonomik kayıplar, aile içi rollerde değişiklik baş göstermektedir.⁵⁸

2.1.3. Hemodiyaliz Komplikasyonları

Hemodiyaliz yaşamı sonsuza kadar uzatabilirse de, altta yatan böbrek hastalığının doğal seyrini değiştirmez, tamamen böbrek fonksiyonunu değiştirir.⁵⁴ Birçok hastalıkta olduğu gibi hemodiyalizde de komplikasyonlar kaçınılmazdır. Bunların, hemodiyaliz işlemi sırasında akut ve kronik problemler olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bu nedenle, terapötik ve kişilerarası bir ilişkinin kurulması, fiziksel semptomların tedavisi ve bu hastaların fonksiyonel sınırlamalarına, zihinsel bozukluklarına ve eğitim gereksinimlerine dikkat etmek gibi multidisipliner bir ekip işbirliği içerisinde hemşirelik bakımı sunulması gerekmektedir. Hemodiyaliz hastaları mevcut durumlarına uyum sağlamak için zihinsel desteğe ihtiyaç duyarlar ve hemşireler kaygılarını azaltarak, uyumluluğu artırarak, karar vermeyi destekleyerek ve duygusal destek ve eğitim sağlayarak hastalarının problemlerine ve korkularına alışmalarına yardımcı olabilirler. Bu nedenle, hemşirelerin yüksek kaliteli bakım farkındalığı, bu hastaların bakımını etkileyebilir ve hastaların memnuniyetini artırabilir; özellikle, bütüncül yaklaşım çerçevesinde sağlanan hemşirelik bakımının kalitesi, komplikasyonların önlenmesinin önemli bir göstergesidir.⁵⁹

2.1.3.1. Akut Komplikasyonlar

Kronik böbrek yetmezliğinde hemşirelik bakımının amaçları; semptomları azaltmak, yeterli ve dengeli besin alımını ve sıvı kısıtlamasını sağlamak, tıbbi ilaç tedavisinin etkilerini değerlendirmek, egzersiz dayanıklılığını artırmak, KBY ile ilgili gelişebilecek komplikasyonları önlemek, hasta ve ailesini tedavi hakkında eğitmektir. Hemodiyalizde tedavisinde en sık görülen akut komplikasyonlar; hipotansiyon, kas krampları, bulantı-kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, titreme ve ateş, kaşınma, kanama veya pıhtılaşma bozukluklarıdır.⁶⁰ Hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi, hastanın sağlık durumunu en yüksek esenlik düzeyine getirebilmek için hemşirelik süreci

kapsamında uygulanmalıdır. Bu komplikasyonları önlemek için planlanan hemşirelik tanıları; akut ağrı, düşme riski, bulantı, deri bütünlüğünde bozulma, kalp debisinde azalma, aktivite intoleransıdır.^{33,37-40} Akut komplikasyonlar ve bu komplikasyonları önlemeye yönelik hemşirenin yasal ve eğitsel alanı içerisinde uygulamakla sorumlu olduğu girişimleri şöyle sıralanmıştır;

- Sıvı çekildikçe tedavi sırasında hipotansiyon meydana gelebilir. Bulantı ve kusma, diyaforez, taşikardi ve baş dönmesi, hipotansiyonun ortak belirtileridir. Önlemek amacıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri; yaşam bulguları ölçülür ve değerlendirilir, nabızların dolgunluğu ve sayısı değerlendirilir ve kayıt edilir, kalp sesleri değerlendirilir, aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır, boyun ven dolgunluğu gözlenir, zihinsel değişiklikler değerlendirilir, periferik ve santral siyanoz yönünden değerlendirilir.³³
- Ağrılı kas krampları meydana gelebilir, genellikle sıvı ve elektrolitler hızla hücre dışı alanı terk etmesinden kaynaklıdır. Göğüs ağrısı, anemi veya arteriyosklerotik kalp hastalığı olan hastalarda ortaya çıkabilir.⁵⁴ Önlemek amacıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şöyledir; ağrıyı azaltan/arttıran faktörler sorgulanır, kontrendike değilse ağrı kontrolü için nonfarmakolojik yöntemler uygulanır (kas gevşeme egzersizleri, masaj, pozisyon değiştirme vb.) hekim istemine göre analjezik tedavisi uygulanır ve sonuçları takip edilir.^{33,37,38}
- Diyaliz iğneleri yanlışlıkla yerinden çıkarsa, kan kaybı meydana gelebilir. Yaşam bulguları sık aralıklarla ölçülür ve değerlendirilir.
- Disritmiler, diyaliz sırasında elektrolit ve pH değişikliklerinden veya antiaritmik ilaçların çıkarılmasından kaynaklanabilir. Ritm bozukluklarını takip etmek amacıyla risk altındaki hastalarda EKG çekilir, gerekirse hasta monitorize edilir.³³

2.1.3.2. Kronik Komplikasyonlar

Hemodiyalizin kronik komplikasyonları üremi, asetat birikimi, alüminyum toksitesi, yetersiz diyaliz ve yetersiz beslenmesebebiyle ortaya çıkmaktadır. Diyaliz dengesizlik sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, kalp ritim bozuklukları, kalp tamponatı, intrakranial kanamalar, konvülsiyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest (kalp durması) görülebilmektedir.^{61,62} Hemşireler, HD hastalarının fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin devamlılığını sürdürmek için etkili ve kaliteli bakımı sunabilmelidirler. HD hastalarında ortaya çıkan kronik komplikasyonlarının yönetimi için hemşirelik süreci kapsamında konulabilecek hemşirelik tanıları; “sıvı volüm fazlalığı, beden gereksiniminden az beslenme, enfeksiyon riski, etkisiz doku perfüzyonu, kanama riski, yorgunluk deri bütünlüğünde bozulma, oral mukoz membranda bozulma, konstipasyon, kaşıntı ve bulantıdır”.^{33,37-40,61}

Kardiovasküler komplikasyonlar; hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, iskemik kalp hastalıkları, aritmiler ve perikardit.⁶² Önlemek için uygulanacak hemşirelik girişimleri; hemodiyalizde oluşan kan kayıpları önlenir, yeterli diyaliz sağlanır, Human recombinant erythropoietin (rHuEPO) tedavisi uygulanır ve hekim istemine göre demir eksikliği tedavisi uygulanır.⁶¹ Yaşam bulguları değerlendirilir, dolaşım bozukluğu ve emboli riski nedeniyle sık aralıklarla nabızlar değerlendirilir ve kayıt edilir, kalp sesleri değerlendirilir ve aldığı-çıkardığı takibi yapılır.³³

Hava embolisi nadirdir, ancak hava vasküler sisteme girerse ortaya çıkabilir.

Diyaliz dengesizliği, serebral sıvı kaymalarından kaynaklanır. Belirtiler ve semptomlar baş ağrısı, bulantı ve kusma, huzursuzluk, bilinç düzeyinin azalması ve nöbetlerdir. Akut böbrek yetmezliğinde ya da kan üre nitrojen seviyeleri çok yüksek olduğunda (150 mg / dL'yi aşan) daha fazla görülür.⁵⁴ Önlemek için uygulanacak hemşirelik girişimleri; yeterli diyaliz sağlanır ve hastanın sıvı alımı kısıtlanır.⁶¹

Hematolojik sorunlar; anemi, kanamaya eğilimin artması, eritrositoz, ve pıhtılaşma sorunlarıdır.⁵⁴ Önlemek için uygulanacak hemşirelik girişimleri; K vitamini eksikliği varsa yerine koyma tedavisi uygulanır, serum kalsiyum düzeyi takibi yapılır, aspirin gibi kanama riski yaratan ilaçlardan uzak durulur, diyalizde hastanın kanama pıhtılaşma zamanlarına uygun heparinizasyon yapılır vegastrointestinal kanama belirti bulguları (Hemoglobin düzeylerinde düşme, eritropoetin tedavisine direnç, demir eksikliği) izlenir.⁶¹

Kas iskelet sistemi sorunları; üremik kemik hastalığı, periferik eklemlerde osteoartropati, diyaliz amiloidozu ve osteoporozdur. Önlemek için uygulanacak hemşirelik girişimleri; hasta travma ve düşmelerden korunur, baş dönmesini önlemek için hastaya ani hareketlerden kaçınması gerektiği açıklanır ve oda havalandırılır.⁶¹

Nörolojik sorunlar; üremik ensefalopati, nöropati ve subdural hematomdur.⁶¹

Enfeksiyonlar; damar girişim yolu enfeksiyonları, pnömoni, Hepatit B ve C, HIV, idrar yolu enfeksiyonudur.⁵⁴ Önlemek için uygulanacak hemşirelik girişimleri; iğne girişlerinde aseptik tekniğe dikkat edilir, her diyaliz öncesi ve sonrası fistülün trill sesi kontrol edilir ve değerlendirilir, fistül bölgesinde kızarıklık, ödem, şişlik ve ateş belirtileri izlenir ve belirtiler gözlemlendiğinde hekim ile bağlantı kurulur.⁶¹

2.2. Hasta Eğitimi

Hemşireler yaptıkları uygulamaların doğası gereği hasta/sağlıklı bireyler ile çok fazla zaman geçirme ve iletişime geçme fırsatlarına sahiptirler. Dolayısı ile hasta bakım uygulamalarında ön sıralarda yer alan hemşireler hasta eğitimi yaparak, bakımın sürekliliğini ve işbirliğini sağlar; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişim kurar; bakım ve eğitimin kalitesinin artırılması için teknolojiyi kullanır ve uzun süreli tedavi gören hastaların tedaviye uyumlarını desteklerler.⁶³

Hastaların bilgilendirilmesi olarak da tanımlanan hemşirelerin uyguladığı eğitim, son yıllarda hemşirelik bakımının çok önemli bir alanı haline gelmiştir.⁶⁴ Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardımcı olan öğrenim deneyimlerinin bileşiminden oluşmaktadır. Hasta eğitiminin amacı, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak, hastalıklar ile başa çıkmalarını sağlayacak metodlar geliştirmek ve sağlıkları ile ilişkili karar alma/verme becerilerini arttırmaktır.⁶⁵

Hasta eğitimi, sağlıkla ve tedavi planı ile ilişkili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesini ve bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerielde etmesini sağlayan dinamik bir süreçtir.⁶⁵ Hasta eğitimi süreci, birbirini izleyen ve birbiriyle etkileşim içinde olan veri toplama/eğitim gereksinimlerini saptama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt etme aşamalarından meydana gelmektedir.³¹ Bu süreçte hasta, hasta ailesi/yakınları, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri bulunmaktadır. Ancak hemşireler, sağlık hizmeti sunan birçok kuruluştta bireyi biyolojik, sosyal, psikolojik boyutları ve çevresi ile birlikte bütüncül olarak ele alan, sağlıklı/hasta bireyle sürekli etkileşim içerisinde olan tek profesyonel sağlık disipliniidir. Bundan dolayı hemşireler, sağlık eğitiminde en önemli rolü üstlenmektedirler.⁶⁵

Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçimi esnasında hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri ve tercihleri, eğitimin kapsam ve konusu, eğitimin yapılacağı fiziki ortam ve eğitimin süresi ile teknolojik ve dökümanlardan oluşan mevcut kaynaklar göz önünde bulundurulmadır. Hasta eğitimi, iletişim süreci ile bağlantılı veparalel bir şekilde ilerlediği için eğitim esnasında kullanılan dil, hasta ve ailesi tarafından kolay ve doğru anlaşılacak biçimde terminolojik kelimelerden uzak olmalıdır. Hasta eğitiminde hastaya ne verilmek isteniyorsa onun verilmesi önemlidir. Basit, açık ve kısa cümlelerle anlatılması ve hastanın düzeyine inilmesi çok önemlidir.^{31,65}

Hemşirelerin çalıştıkları ortamda sıklıkla tercih edebileceği hasta eğitim yöntemleri:

- İnteraktif Öğretim
- Grup Öğretimi
- İşlemlere Hazırlayıcı Öğretim
- Gösteridir (Demonstrasyon).⁶⁵

Hasta eğitimi, profesyonel hemşirenin birincil sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin korunmasının sorumluluğunu üstlenen hemşireler, hastalara bilgi aktararak ve danışmanlık hizmeti vererek bakım ve tedavi sonuçlarına olumlu yansımalar olmasını sağlamaktadırlar.

HD hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasında farkındalık oluşması ve tedaviye uyum açısından gerekli davranış değişikliklerinin oluşturulması amacıyla bilgi çok önemlidir. Bilgi eksikliği tedaviye uyum ve hastalığın doğru yönetilmesinde olumsuzluklar meydana getirmekte, geri dönüşü olmayan komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında hasta eğitimi yapılarak, sorunlarıyla başa çıkmaya çalışan hastada eğitimin davranış değişiklikleri ile sonuçlanması değerlendirilmelidir.^{66,67}

2.2.1. Hemodiyaliz Hastalarında Hasta Eğitimi

Böbrek hastalığı ve tedavisinin karmaşıklığı ile başa çıkmaya çalışan diyaliz hastası için bilgi çok önemlidir.⁶⁸

Uzun süre hemodiyaliz tedavisi gören bireylerde isyankârlık, uyumsuzluk, huzursuzluk gibi davranış değişiklikleri görülmektedir. Bu değişimlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek için hemşireler, hastaları hemodiyaliz tedavi süreci ile başa çıkma ve komplikasyonların önlenmesini sağlayacak davranış geliştirme konularında eğitmelidir.

Hemodiyaliz hastaları için özellikle diyet ve sıvı kısıtlamaları ile birlikte komplike tedavi rejimleri hakkında eğitim programlarına yönelik ihtiyaç oldukça yüksektir. Bu doğrultuda diyaliz hemşiresinin yapmış olduğu bire bir hasta eğitim oturumundan oluşan sözel eğitim, hemodiyaliz hasta eğitiminde en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Grup içi eğitim programı şeklinde uygulandığı takdirde, tıpkı bire bir öğretim metodu kadar etkilidir. Hastalar grup eğitiminin kendi öz bakım uygulamaları için rehber olması açısından çok yararlı olduğunu ifade etmişlerdir.⁶⁹

HD hastaları için verilen eğitim içeriği genel olarak şu şekilde sıralanabilir;

- Hemodiyaliz temel ilkelerinin tanımlanması
- Hemodiyaliz tedavisi esnasında gelişebilecek yaygın sorunlar, önlenmesi ve uygun bir yönetimle kontrol altına alınması
- Önerilen ilaç tedavisi, kullanma yöntemi olası yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, diyalize girdiği ve girmediği günlerdeki ilaç tedavisi planını uygulama yöntemi
- Diyet ve sıvı kısıtlaması, nedenleri, kısıtlamaya uyulmaması durumunda yaşanabilecek sorunlar
- Sıvı yüklemesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
- Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri
- Diyaliz tedavisi için mali olanaklar ve destek kaynaklarının neler olduğunun belirlenmesi
- Tedaviye uyumu arttıran sosyal destek sistemleri
- Hastalık ve tedaviye uyumda baş etme yöntemleridir.

HD tedavisine bağlı yoğun komplikasyonlar ve stresörlere karşı hastanın uyumu çok önemlidir. Bu uyum ise hastanın bilinçlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu

anlamda HD hastaları hemşireler tarafından eğitim süreçlerine tabi tutulup, bu eğitimlerin davranış şekillerinde de değişikliklerin olması yönünde takibi yapılmaktadır. Haftada ortalama 3 kez cihaza bağlanarak yaşamını sürdüren bireyin gerek fizyolojik gerekse de psikososyal açıdan uyum sağlamasına yardımcı olan hasta eğitimde, hemşireler farklı yöntemleri kullanmaktadırlar. Özellikle de model kullanımı ile izlenen eğitim sürecinin hasta sonuçlarına daha etkili olarak yansımalarının olması söz konusudur.⁴⁵

2.3. Hemşirelikte Model Kullanma

Hemşirelik modelleri, mesleğe bir bakış açısı getirmekte, hemşirelik uygulamalarına yön vermekte ve birey merkezli çalışmaya odaklanmasından dolayı hemşirelik faaliyetlerinin “iş merkezli” olmasını engellemektedir. Ayrıca hemşirelik bilgisi ve aktivitelerinde sistematik bir yol çizerek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim kurmasına neden olur. Model kullanımı, klinik uygulamalarda yer alan sorunların araştırılıp ele alınmasını, sorun çözme odaklı önerilerin geliştirilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik girişim ve uygulamalarına odaklanmasını ve bakımın sistematik ve görünür olmasını sağlar. Hemşirelikte model kullanımı insanı tüm boyutlarıyla ele almayı ve tanımayı, insanda problem yaratan durumların anlaşılmasını/ ortaya çıkartılmasını, hemşirelik hizmetinin belli bir mantıkla ve sistemli bir şekilde sunulmasını, mesleki bakış açısının ve mesleki iletişimin geliştirilmesini, meslekleşme sürecinin gelişmesini sağlayacaktır.⁷⁰ Kısacası model kullanımı, hedeflenen hasta sonuçlarına ulaşma amacıyla hemşirelerin düşünme şeklini biçimlendirmektedir. Bu yaklaşım, hasta için çalışmayı değil hasta ile birlikte etkileşim içerisinde çalışmanın ve bireye bütüncül bakımın önemini vurgulamaktadır.²⁴

Hemşirelik mesleğinde, teori/model kullanımının temel olarak iki amacı vardır:

- Hemşirelik disiplininin kavramsal bir çerçeve içerisinde tanımını yapmak ve uygulamalarına ilişkin açıklık kazandırmak
- Uygulama, eğitim ve araştırmaya yönelik bilimsel bir yapı ve çerçevede standardizasyon oluşturmak.⁷¹

Teori ve modeller, hem kritik ve eleştirel düşünme sürecine hem de hasta bakım uygulamalarına rehberlik etmekte; klinik karar verme ve kritik düşünme sürecinde hemşirelere önemli ölçüde yol göstermektedir. Aynı zamanda hemşirelerin klinik performansını yönlendirmekle birlikte, hemşirelikte profesyonelliği ve bağımsızlığı geliştirmenin önemli yollarından biridir.^{1,2,72-77}

2.3.1. Neuman Sistemler Modeli

Neuman'ın Sistemler Modeli, kişinin iyilik haline veya sağlığına zarar veren stresörler üzerine odaklanan bütüncül perspektife sahip bir hemşirelik modelidir. Neuman bu stresleri azaltıcı ya da giderici özel hemşirelik girişimleri ile bireylerin sağlık yönünden güçlendirilmesi inancına dayalı bir model geliştirmiştir. Bu açıdan bakıldığında, hemşirelik hedefi hasta/sağlıklı birey için en uygun sağlık düzeyini sağlamak, ulaşmak, ya da korumak amacıyla, birincil, ikincil veya üçüncül önleme müdahalelerinin kullanımı yoluyla streslerini (ya da stres potansiyelini) azaltmaktır.⁷⁸ Model, hemşirelikte temel kavramları tutar, çünkü hemşirelik metaparadigmasının bileşenleri olan insan, çevre, hemşirelik ve sağlık-hastalık kavramlarını birleştirir, böylece hemşirelik sürecini destekleyerek pratikte kullanılabileceğini gösterir. Model, uygulama, araştırma veya eğitim için büyük bir potansiyele sahiptir. Hastanın sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bütüncül bakım uygulamaları kapsamında hemşirelik eylemlerini yönlendirmektedir.⁷⁹

Modele göre insan, çevre ile sürekli değişen tepkilerin normal yelpazesi ile donatılmış eşsiz bir sistem olarak görülmektedir.⁷⁸ Birey, Neuman'ın modelinin

merkezinde fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, spiritüel ve sosyokültürel boyutları ile yer almaktadır. Birey, çevre ile karşılıklı etkileşim halinde ve sürekli değişim içinde olan açık bir sistemdir. Değişkenler arasındaki ilişki, bireyin stresle baş edebilme yeteneği, normale dönebilme ve duruma uyum yapabilmesinde önemlidir.¹ Çevre ile etkileşim, hasta/sağlıklı bireyin kendisi için pozitif ya da negatif sonuçlara neden olma potansiyeline sahip çeşitli stresörlere karşı koruma sağlayan savunma hatları geliştirir.⁷⁸ Bu savunma hatları “esnek savunma hattı, normal savunma hattı, direnç hatları”, stresin olumsuz etkilerinden bireyi korur.²¹

Esnek savunma hattı; bu hat, bireye ait değişkenlerden meydana gelmiş ve en dıştaki savunma hattını oluşturmaktadır. Kısa süre içinde hızlı bir şekilde değişebilme özelliğine ve dinamik bir yapıya sahiptir. Stresörlere karşı tamponlama görevini yerine getirmektedir.

Normal savunma hattı; bu savunma hattı, bireyler tarafınca normal kabul edilip sağlıklı olma halini tanımlamaktadır.^{1,24,76}

Direnç hatları; stresörler, normal savunma hattına zarar verdiğinde aktifleşmekte ve temel yapıyı koruma altına almaktadır. Direnç hatları etkili bir şekilde yanıt verebildiği takdirde sistem kendisini düzenlemekte, etkili olmadığı durumlarda ise enerjinin tükenmesi sonucu ölüme sebep olabilmektedir.⁷⁸ Stresörler, bireye ait, kişiler arası ve kişi dışındaki çevresel faktörleri içermektedir. Stresörler, bireyin normal savunma hattının zarar görmesine, sistemin dengesinin bozulması sonucunda direnç hatlarının aktifleşmesine ve temel yapının enerji kaybetmesine neden olabilmektedir.^{3,18,76,80}

Neuman’a göre hemşireliğin amacı, bireyin bütününi yani sistemin bir denge içinde olmasıdır. Hemşire birincil, ikincil ve üçüncül koruma girişimleri ile stresörün

gerçek ya da olası etkisini ortadan kaldırarak sistemin dengesini korumasını amaçlamaktadır.^{1,24,75}

Birincil koruma: Bir stresörün sisteme zarar vermeden önce tanımlanmasında kullanılmaktadır. Bu aşamada amaç, stres faktörünün normal savunma hattını geçmesini engel olmak veya stres faktörleriyle karşılaşma ihtimalini azaltarak savunma hattını güçlendirip desteklemektir.^{2,21,75,81,82}

İkincil koruma: Amaç, sistemin stresöre yanıt vermesi ile oluşan semptomların erkenden belirlenmesi ve tedavi edilmesidir. Bu aşamada en önemli nokta, temel yapıyı korumak amacıyla direnç hatlarını güçlendirmek ve/veya stresörü ortadan kaldırmaktır.^{2,21,76,81,82}

Üçüncül koruma: Olası durumların gelişmesini engel olmaya ve dengeyi sürdürmeye odaklanmaktadır. Bu evrenin amacı, direnç hatlarının güçlenmesini sağlayarak uyumu artırmaktır. Sistemin yeniden yapılanmasında enerji sağlamak ya da enerji gereksinimini azaltma bu evrede gerçekleşmektedir. Bu düzeydeki girişimler, birincil koruma girişimleri ile benzerlik göstermektedir. Birincil koruma girişimlerinde amaç, bireyin esnek savunma hatlarını güçlendirmek, üçüncül koruma girişimlerde ise direnç hatlarını güçlendirerek bireyin dengesini sürdürmektir.^{1,70,78,81}

2.4. Hemodiyaliz ve Neuman Sistemler Modeli

Hemşireler birey, aile ve topluma sunmuş oldukları sağlık bakım hizmetlerinde kendi mesleki bilimsel bilgi içeriğini oluşturan kuram veya modelleri kullanmaktadırlar. Hemşirelik modelleri, hemşirelere neye odaklanmaları gerektiğini göstermekte ve bakış açısını geliştirmektedir. Hemşirelikte geliştirilen kavramsal modeller, hemşireliğin temel kavramlarının ortak bir anlam kazanmasını sağlamaktadır. Böylelikle, hemşirelik disiplini kendine özgü bilimsel bilgi temelini ve mesleki özelliklerini ortaya koyabilmektedir. Burdan yola çıkıldığında; hemşirelik uygulamalarında model

kullanımının önemi oldukça yüksektir.^{21,70-78} Hemşirelik uygulamalarında mesleğe özgü bir hemşire kuramcı tarafından geliştirilen kavramsal model kullanılması, bakım ve eğitim faaliyetlerinde sistematik ve bütüncül bir tutum içerisinde yaklaşım sergilemelerini sağlamaktadır. Bu kuramcılardan biri olan Neuman, Sistemler Modeli'nde açık sistem yaklaşımı ve bütüncül bakım kavramı benimsenmektedir.^{18,22}

Hemodiyaliz tedavisi, ömür boyu devam eden bir tedavi yöntemidir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastanın bakımında da hemşire çok önemli bir rolü üstlenmektedir. Hemodiyaliz, bireyi bütün yönleriyle etkisi altına alan, yıllarca sürdürülen bir tedavi olması sebebiyle bu tedaviyi alan hastalar için hemşirelik sürecinin bütüncül bakış açısı ile oluşturulmuş bir yaklaşımla planlanması ve uygulanmasında önem taşımaktadır.^{4,14}

Modele göre bireyin öncelikli olarak stresörleri belirlenmelidir. HD hastalarında genel olarak gözlemlenen kişiye özgü stresörler; “duruma bağlı tepkiler gibi bireyin kendi içinde oluşan güçler, tedaviye bağımlılık, anksiyete, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, yorgunluk, sinirlilik, ümitsizlik, baş etmede yetersizlik, hastalık, enfeksiyon, travma ile ilgili stresörler, üzüntü gibi yaşam olaylarında duruma uygun tepkiler gösterme ve gelişimsel değişiklikler” olarak sıralanmaktadır.^{83,84} Kişiler arası stresörler; rol beklentileri gibi bir ya da birden çok kişi arasında ortaya çıkan stresörlerdir. Aile içi çatışma, rol değişikliği ya da bağımlılık gibi olaylar da bu kategoriye girmektedir. Mali durumlar gibi kişinin dışında gelişen stresörler ise kişi dışı stresörlerdir. Bu kategoride yoksulluk, eğitim sistemleri, kültürel değişiklik gibi durumlara da yer verilmektedir. Bu fenomenlerin tamamı çevresel stresörleri meydana getirmektedir.^{4,84-88}

Bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve direnç çizgilerini zedeleyen bu stresörlerin, birey üzerindeki etkilerini ortadan kaldırmak veya azaltmak amacıyla hemşirelik girişimleri devreye girmektedir. Bireyi fizyolojik, psikolojik,

sosyo-kültürel, gelişimsel ve ruhsal alan ile bütüncül ele alan Neuman, hemşirelik girişimlerini ise birincil önlemler, ikincil önlemler ve üçüncül önlemler şeklinde gruplandırmıştır. HD hastalarında uygulanması beklenen birincil önlemler ile stresörleri oluşmadan tanımlanır ve savunma hattı güçlendirilir. İkincil ve üçüncül önlemler ile yorgunluk, aktivite intoleransı, elektrolit dengesizliği, diyetle ilişkin sağlığı sürdürmede değişiklik, anksiyete, ümitsizlik, baş etmede yetersizlik, benlik saygısında bozulma ve sosyal izolasyon gibi hemşirelik tanıları çatısı altında uygun girişimler seçilerek uygulanır. Model doğrultusunda oluşturulan hemşirelik süreci basamaklarında hemşirelik girişimlerinin planlanmasının ardından belirlenen girişimler uygulanır ve bakım sonucu değerlendirmeleri yapılır.^{4,8,25,34}

2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, insanların ilişki bağlarından aldıkları yardım, şefkat ve yükümlülükleri algılama biçimini ifade eder. Sosyal destek aile üyelerinden, arkadaşlardan, meslektaşlardan ve sağlık personelinde alınabilir.^{11,89} Sosyal destek sistemleri: Bireylerin hayatında önemli bir yeri olan, gerektiği zaman kişiye duygusal, bilişsel ve maddi yardım konusunda destek olan tüm kişiler arası ilişkiler şeklinde tanımlanmaktadır. Hastaların psikososyal uyumu için; sosyal destek, özellikle aile ve arkadaşın desteğinin çok önemli olduğu belirtilmektedir.⁹⁰ Bununla birlikte sosyal destek sonuçlarının, desteğin kaynak ve çeşidi ile bağlantılı olduğu yapılan bazı çalışmalarda kanıtlanmıştır.^{11,89}

Kronik hastalıklarda sosyal etkileşimler, kendi sağlıkları için faydalı olmasından dolayı hastalar açısından çok önemlidir. Sosyal aktivitelere katılım sağlayan hastalar daha az ölçüde zihinsel zorluk yaşarlar. Sosyal destek, sigara kullanma, hareketsizlik, sağlık davranışlarını koruma ve değiştirmeyi de içeren kronik hastalıkların risk faktörlerini azaltır. Sosyal desteğin artışı ile birlikte stres düzeyinde düşüş görülür ve

hücrelerin ve kanın immün sisteme tepkileri artar. Sosyal desteğe daha fazla erişen bireyler streslerini daha iyi yönetirler ve daha olumlu sağlık sonuçları deneyimlerler.^{91,92}

Yeterli sosyal ve psikolojik desteğin sağlanması amacıyla HD hastalarının, hastalıkları hakkında çok iyi bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Hastalara verilen eğitim ve destek hastanın stresle başetme stratejilerini geliştirerek hastalığa uyumunu arttırmaktadır. Hastanın stresle etkili başetmesinde ve sosyal destek sistemlerinin ortaya çıkarılmasında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan ve hastalarla hastalıklarının her aşamasında iletişimde bulunan hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir ve hemşirelerin hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için sağlık eğitimi vermesi zorunludur. Hemşireler, hastaların, hastalık ve tedavi süreci ile başa çıkmalarında sosyal destek varlığının önemini belirlemelidirler ve bireydeki var olan eş, arkadaş, komşu, akraba gibi sosyal destek kaynaklarını ortaya çıkarmalarında da yardımcı olmalıdırlar. Hastaları; aile, arkadaş ve akranları ile olan ilişkilerinde güçlendirmek, mevcut sosyal faaliyetlerini devam ettirmek ve benzeri sorunları yaşayan bireylerle bir araya gelmelerini sağlayarak duygu ve düşüncelerini paylaşma konusunda teşvik etmek gerekmektedir.^{5,93} Algılanan sosyal desteğin HD tedavisine olumlu katkıları olan birçok kavramla ilişkisi olduğu ve sosyal desteğin azalması durumunda bireylerin kaygı, umutsuzluk ve anksiyete yaşadığı, literatürde yer alan birçok çalışma tarafından ıspatlanmıştır.^{5,10,91,93-95}

2.6. Hemodiyaliz Hastalarında Benlik Saygısı

Benlik saygısı kişinin “bir birey olarak kendisini ne ölçüde sevdiği, kabul ettiği ve saygı duyduğu” olarak tanımlanır. Bu tanıma göre benlik saygısı, kişinin kendi hakkında yaptığı ve alışılmış biçimde sürdürdüğü değerlendirmedir; bir onaylama-onaylamama tutumunu ifade eder ve bireyin kendisinin becerikli, önemli, başarılı ve değerli olduğuna ne derecede inandığına işaret eder.⁹⁶ Bireyler otonomileri ile temel

ihtiyaçlarını yerine getirmede kısıtlılık yaşıadıklarında, güvensiz ya da düşük benlik saygısına yol açan öz değeri tecrübeleri zarar görür.¹⁷

Benlik saygısı, kronik hastalığı olan bireylerin hastalık sürecine göstereceğı yanıtlarıönlendirebilir, dolayısıyla hasta bireyin hastalık ve tedavisine uyumuna yön verenönemli bir faktördür.⁵ Düşük benlik saygısı olan kişilerin genellikle yakın ilişkiler kurmada problemleri vardır, endişe ve karamsarlık yaşarlar, kendi yeteneklerine çok az değeri vermeye meyillidirler, öz güvenleri azalmıştır ve başarısızlık korkusundan dolayı denemeye isteksizdirler. Benlik saygısı yüksek olan kişiler ise, durum ne olursa olsun tekrar dengeyi kazanma konusunda benlik saygısı düşük kişilere göre daha hazırdırlar. Genellikle bir şeyi yapmanın farklı yollarını denemekte ve hatalarından ders alarak, gelecek zorluklarla baş edebilme konusunda kendilerine güvenleri artmaktadır. Kendini değersiz hissedenden bir kişiden daha fazla hayattan zevk almakta ve daha doyum verici ve başarılı ilişkiler kurmaktadır.⁹⁷ Bozulmuş beden imajı kaybı kişinin kendine güveninde kayıp yaşamasına, sosyal ilişkilerinde zedelenmelerin olmasına ve hastalık ile mücadeleyi terk etmesine sebep olabilir. Bu anlamda benlik saygısı, diyaliz tedavisi alan hastaların hastalığıyla baş etmesinde ve tedaviye uyum sağlamasında önemlidir.^{12,98}

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, hastalık ve tedavi süreciyle ilişkili hastalığın doğası gereğı artarak devam eden birçok stresör etkisi altındadırlar. Bu hastalar sıklıkla besin ve sıvı alımı kısıtlamaları ile, kaşıntı ve enerji eksikliği gibi fiziksel semptomlar ile, öz bakım ve benlik saygısı kaybı, gelecek hakkındaki belirsizlik hisleri, aile üyelerine karşı suçlanma hisleri gibi psikolojik semptomlar ile ve sosyal alanda problemler ile karşı karşıyadırlar.¹⁷

KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı gibi görmekte ve buna bağılı olarak da vücut algısında bozulmalar hissetmektedir. Üremiye bağılı cilt, kemik, sindirim sistemi, sinir sistemi değışiklikleri,

periton katateri ve fistüller bozulmuş beden algısı ve öz güven kaybını bu hastalarda daha da arttırmaktadır.⁹⁶ Böylelikle HD, bireyleri bağımlı hale getirmekte, yeteneklerinin sınırlanmasına sebep olmakta ve benlik saygısına zarar vermektedir. Hastalar, HD tedavisi sırasında maddi, empatik, bilgisel ve güven verici sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar.⁵

Araştırmalar, yüksek olmasının yanı sıra istikrarlı benlik saygısının, hemodiyaliz hastalarında daha fazla psikolojik refah ile ilişkili olduğunu ve tedaviye olumlu yansımaları olduğunu göstermiştir.^{13,16,99,100} Yapılan birçok çalışma sonucuna göre ise hemodiyaliz hastalarının benlik saygıları düşük olarak saptanmıştır.^{12,13,17,97,101}

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarına Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerine etkisini belirlemek amacıyla öntest- son test karşılaştırmalı kontrollü yarı-deneysel olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz servisi ve Necip Fazıl Şehir Hastanesi Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezinde, 15.04.2017 – 15.10.2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. 2017 yılı istatistiki verilerine göre KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz servisinde 51 hemodiyaliz hastası tedavi görmektedir. Bu hastalardan 3 tanesi yabancı uyruklu olup 1 hasta ise işitme engellidir. Necip Fazıl Şehir Hastanesi Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezinde ise 57 hemodiyaliz hastası tedavi görmektedir. Bu hastaların ise 7 tanesi yabancı uyrukludur.

Her iki merkezde de klinikte sabah ve öğleden sonra olmak üzere günde iki defa hemodiyaliz seansları uygulanmaktadır. Hastalar haftada 3 kere seanslara katılarak hemodiyalize girmektedirler. Hastalar 4 saatlik diyaliz süresince televizyon, gazete ve Wi-Fi gibi aktivitelerle diyaliz tedavilerini almaktadırlar. Salonlar merkezi ısıtma ve soğutma sistemi, günü birlik yatışları gerçekleştirilerek hastalara tedavi olanağı sunmaktadır. Üniteye hasta başı merkezi oksijen sistemi ve vakum sistemi mevcuttur. Ayrıca diyaliz seanslarına uygun olarak planlanmış diyetisyen kontrolü altında kahvaltı ve sıcak yemek verilmektedir. Diyaliz hastalarının rutin kan tahlilleri, EKG, akciğer grafisi ve ultrasonografi hastane bünyesindeki laboratuvar ve radyoloji bölümlerinde ücretsiz bir şekilde takip edilmektedir. Hastalar için kilitli dolapların yer aldığı bay ve

bayan giyinme odaları, hepatit (+) hastalara özel olmak üzere bay ve bayan tuvalet bulunmaktadır. Hastaların hemodiyaliz ünitesine geliş gidişleri, evlerinden veya yatış yaptıkları sağlık kuruluşlarından klimalı araçlar veya hasta nakil ambulansı ile gerçekleşmektedir.

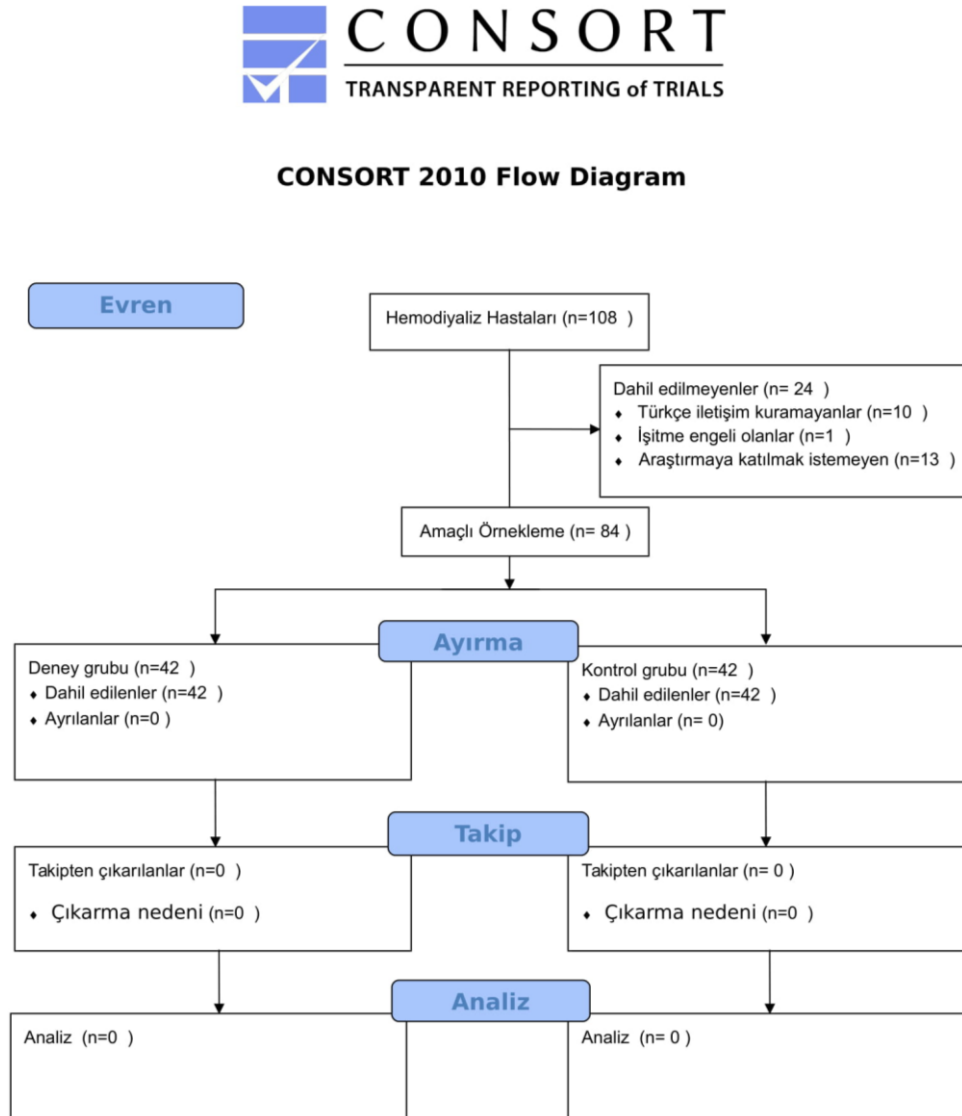
3.3. Araştırmanın Evren ve Amaçlı Örneklemi Yöntemi

KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Servisi ve Necip Fazıl Şehir Hastanesi Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezinde tedavi gören-kayıtlı tüm hastalar araştırma evrenini oluşturmuştur (N:108). Verilerin toplandığı 15.04.2017 – 15.10.2017 tarihleri arasında her iki merkezde de hemodiyalize giren hastaların tümüne araştırmaya alınması planlanmıştır. Örneklem seçimine gidilmeksizin evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Gönüllü olan ve örneklem seçiminde dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalar (n:84) ile araştırma yürütülmüştür. Aşağıda belirtilen kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar örneklemi oluşturmuştur;

- 18 yaş üzerinde olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Okur- yazar olmak
- İşitme engelli olmamak
- Türkçe iletişim kurabilmek
- SDBY tanısı konmuş olmak
- En az 6 aydır hemodiyaliz tedavisini sürdürüyor olmak
- Psikiyatrik hastalık tıbbi tanısı almamak
- Bilinç açık, koopere olmak
- Kahramanmaraş İl Merkezi'nde yaşıyor olmaktır.

Amaçlı örnekleme yöntemi ile KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Servisi deney grubunu oluştururken, Necip Fazıl Şehir Hastanesi Hüsnü

Öksüz Diyaliz Merkezi ise araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hasta sayıları eşit olacak şekilde düzenlenmiştir. Bireylerin 10'u yabancı uyruklu olup Türkçe iletişim kuramadıkları için, 1'i işitme engelli olduğu için, 13'ü araştırmaya katılmak istemedikleri için araştırma kapsamına alınmamıştır. 42 hasta deney grubu, 42 hasta kontrol grubu olmak üzere 84 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ayrıca örnekleme seçilen hastalar araştırma süresi içinde genel durumu kötüleşirse ya da önemli ek bir hastalık ortaya çıkarsa araştırma dışı bırakılması planlanmış olup veri toplama sürecinde böyle bir tablo ile karşılaşılmamıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan form ve araçlar;

- Hasta Tanıtım Formu (EK 4)
- Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5)
- Neuman Sistemler Kuramına Göre Hasta Eğitimi Rehberi (EK 6)
- “Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (EK 7)
- “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği” (BSÖ) (EK 8)
- “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği” (EK 9)

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 4)

Araştırmada kullanılan hasta bilgi formu toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Konu ile ilgili literatür^{42,45,91,95,102-105} rehberliğinde hazırlanmış olup hastaların kişisel özellikleri, hemodiyalize ilişkin özellikler ve sosyal destek durumlarına ilişkin soruları kapsamaktadır.

Kişisel özellikler bölümünde; yaş, cinsiyet, boy-kilo, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, birlikte yaşadığı kişileri içeren sorulara yer verilmiştir.

Hastalık ile ilgili özellikler bölümünde; HD ne kadar süredir girdiği, haftada kaç kez girdiği, başka bir kronik hastalığının olup olmadığı, HD tedavisine yönelik daha önce eğitim alma durumu ve HD tedavisinin yaşamında yaptığı değişiklikleri sorgulayan sorular mevcuttur.

3.4.2. Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5)

Literatür taranarak^{1,3,4,25,26,76-78,80,102-104} hazırlanan form; Neuman’ın bireyin stresörlerini içsel, kişilerarası ve dışsal stresörler ile etkileşen bir açık sistem olduğunu öne sürmüş, bu doğrultuda bireyin değerlendirilmesi sürecinde bu stresörlerin

açıklanmasını vurgulamıştır. İç kişisel stresörler bireyin beş yönü doğrultusunda gruplanmış 12 (on iki) değerlendirme sorusuna sahiptir. Kişilerarası stresörler 7 (yedi) soru ile değerlendirilirken, dışsal stresörler 2 (iki) soru ile değerlendirilmektedir.

3.4.3. Neuman Sistemler Modeline Göre Hasta Eğitimi Rehberi (EK 6)

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim başlıkları Neuman sistemler modeline göre birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma kapsamı altında literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.^{1,4,81,106} Literatür taramasına göre eğitim kapsamına 15 farklı konu başlığı alınmış bunlar modele göre sıralanmıştır. Birincil önlemler kapsamında ele alınan konu başlıkları ile HD tedavisi gören bireyin stresörlerin normal savunma halkasına nüfus etmesini önlemek, esnek savunma halkasını güçlendirmek amaçlanmıştır. İkincil önlemler olarak sıralanan eğitim konularının amacı; stresörler geliştikten sonra bireyin normal savunma halkasını güçlendirmektir. Üçüncül önlemlere dahil edilen konu içerikleri ile stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmek, varolanı korumak, gerilemeyi önlemek ve yeniden uyum sağlamak amaçlanmıştır.

Modele göre hazırlanan bu eğitimin hedefleri; iç ve dış çevrelerde oluşan kişisel, kişilerarası ve çevresel sorunlarla karşı karşıya kalındığında bireyin sisteminde oluşan tepkilerin bireye zarar vermeksizin, bireyin üst düzey iyilik haline ulaşmasına ve iyilik halinin korunmasına odaklanmaktır. Hemşire eğitici rolü kapsamında model doğrultusunda; üst düzey iyilik haline doğru bireyin değişmesini kolaylaştırarak, açık bir sistem olan bireyi yaşadığı stresörlerle uyum içerisinde tutmak ve hasta enerjisinin korunmasını sağlamak amacına yönelik eğitim yapmıştır.

Deney grubundaki bireylere Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Hemodiyalizi Öğrenelim” adlı eğitim kitapçığı ile eğitim verilmiştir.

3.4.4. Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)

Hastaların aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puanını belirlemek üzere yurtdışında geliştirilmiş olan, Eskin¹⁰⁷ tarafından Türkçeye uyarlanan, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan “Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek birbirinden bağımsız iki ölçektir. Her ölçekte “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” cevap seçeneklerinden birini işaretleyerek cevap verilecek 20’şer madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için “+1” olarak puanlamaktadır. Puanlar 0-20 arasında seyretmektedir. “Bilmiyorum” seçeneği puan almamaktadır.¹⁰⁸ Eskin¹⁰⁷ tarafından ölçeğin, alfa tutarlılık katsayısı aileden algılanan sosyal destek için 0.76, arkadaşlardan algılanan sosyal destek için 0.76 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ASDAL için Cronbach’s alpha katsayısı 0.70, ASDAR için Cronbach’s alpha katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (EK 8)

Hastaların benlik saygısı düzeyini değerlendirmek için “Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri” kullanılmıştır. Yurtdışında geliştirilen ve 25 cümleden oluşan bu ölçek, kişinin farklı alanlarda kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracıdır. Ölçek “Benim Gibi” ya da “Benim Gibi Değil” biçiminde işaretlenebilen maddelerden oluşmaktadır. Ülkemizde ise güvenirlik çalışması Turan¹⁰⁹ tarafından 30 onkoloji hastası üzerinde yapılmış, korelasyon katsayısı $r = 0.65$ ($p < 0.05$) olarak bulunmuştur. Sonuç olarak Coopersmith BSÖ’nün Türkçe’ye uyarlanmış sekliyle geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Coopersmith BSÖ’nün araştırmada kullanılan kısa formu toplam 25 sorudan oluşmaktadır ve kişinin kendisinde o özelliği görmesi yada görmemesi ile puanlanmaktadır. Ölçek maddeleri 1,4,5,8,14,19

ve 20. maddeler “Benim Gibi” olarak işaretlenirse 4 puan; 2, 3,6,7,10,11,12,13, 15,16,17,18,21, 22, 23, 24 ve 25. maddeler “Benin Gibi Değil” olarak işaretlenirse 4 puan bunların zıttı biçimde yanıtlanırsa 0 puan verilmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 100, en düşük puansa 0’dır. Ölçekten alınan puan 10- 30 puan arasındaysa düşük, 30-70 arasındaysa orta, 70-100 puan arasında ise yüksek benlik saygısına sahip olduğunu göstermektedir.¹⁰⁹ Turan¹⁰⁹ tarafından ölçeğin alfa tutarlılık katsayısı ($r=0.62$) olarak bulunmuş yine Turan¹⁰⁹’ın birer yıl arayla yapmış oldukları çalışmalarda ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği ($r=0.65$, $r=0.76$) olarak saptanmıştır. Bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre ölçeğin Cronbach’s alpha değerinin 0.76 olduğu görülmüştür.

3.4.6. Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (EK 9)

Yurtdışında Hemodialysis Stressor Scale orijinal adıyla geliştirilen ölçek, Kara¹¹⁰ tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Hemodiyaliz Stresör Ölçeği’nde hemodiyaliz hastalarının tedavi ile ilişkili algılanan fizyolojik (6 madde) ve psikososyal stresörler (23 madde) sıralanmaktadır. “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği beşli Likert tipinde ölçek olup, “Her zaman” 5, “Çoğu zaman” 4, “Bazen” 3, “Nadiren” 2, “Hiçbir zaman” 1 puan olarak kodlanır. Fizyolojik Hemodiyaliz Stresör alt boyut puanı 6 ile 30 puan arasında, Psikososyal Hemodiyaliz Stresör alt boyutu puanı 23 ile 115 arasında değişmektedir. Hemodiyaliz Stresör Ölçeği toplam puanı 29 ile 145 arasındadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi algılanan stres düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir”.¹¹⁰ Ölçeğin Türkçeye uyarlandığı geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Hemodiyaliz Stresör Ölçeği Cronbach’s alpha değeri 0.77, madde-toplam puan korelasyonu katsayıları (r) 0.22-0.49 ($p<.0001$) (1. madde hariç: $r=0.12$, $p=.02$) bildirilmiştir.¹¹¹ Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre ölçeğin Cronbach’s alpha değerinin 0.84 olduğu görülmüştür.

3.5. Verilerin Toplanması

Hastalardan veriler 15.04.2017 – 15.10.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. İlk aşamada araştırma grubundaki hastalara araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verilip ve araştırmaya katılım için gönüllü onamları yazılı ve sözlü olarak alınmıştır. Çalışmada yer alan girişim grubundaki hastalara bir veri toplama basamağının ardından, iki kere eğitim basamağı gerçekleştirilmiş olup son olarak tekrar bir veri toplama basamağı ile sonlandırılarak toplam dört aşamada tüm veriler toplanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere ise çalışmanın başı ve sonunda olmak üzere toplam iki adet veri toplama aşaması uygulanmıştır.

Girişim grubundaki hastalara;

1. Aşama; girişim grubuna I.aşamada Hasta Tanıtım Formu (EK 4), “Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5)”, “Aile (AS D-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)”, “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) (EK 8)”, “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (EK 9)” hastalara uygulanmıştır.
2. Aşama; I.aşamada yapılan ilk ziyaretten iki hafta sonra yapılmıştır. Girişim grubu olarak belirlenen merkezde hemodiyaliz tedavisi gören araştırmaya katılan hastalara “Neuman Sistemler Kuramına göre Hasta eğitimi” verilmiştir. Bu eğitim birincil, ikincil ve üçüncül önlemler konu başlıkları dahilinde diyalize gitmedikleri günde hastaların evlerine gidilerek bire bir eğitim şeklinde uygulanmıştır. İlgili konuları içeren PowerPoint (PPT) formatındaki dosyalar, dizüstü bilgisayar aracılığı ile hastaya sunulmuş; içerik hastaların anlayacağı dilde sade ve görsel resimlerle zenginleştirilmiş, anlaşılır şekilde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Eğitim araştırmacılardan (AAO) tarafından verilmiştir. Hastaların genel durumları ve araştırmacı ile işbirliğinin ardından eğitim günleri

belirlenmiştir. Eğitim saatleri ise hastanın dikkat dağılımını önlemek amacıyla bir kez ara vererek 45 dakikalık süreyi aşmayacak şekilde planlanmıştır. Bu eğitim içeriği şu şekilde planlanmıştır;

Hemşirelik Girişimi/Hasta Eğitimi

Eğitimin İçeriği:

Birincil önlemler

1. Böbrek yetersizliği ve organizmaya etkileri
2. Böbrek yetersizliğinin nedenleri ve hemodiyaliz tedavisinin gerekliliği
3. Hemodiyaliz temel ilkelerinin tanımlanması
4. Hemodiyaliz tedavisi esnasında görülebilen potansiyeli olan yaygın sorunlar, çözme yöntemleri ile önlenmesi ve tedavi yönetimi,
5. Önerilen ilaç tedavisi, kullanma yöntemi olası yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, diyalize girdiği ve girmediği günlerde ilaç tedavisini uygulama yöntemleri

İkincil Önlemler

1. Diyet ve sıvı kısıtlaması, nedenleri, kısıtlamaya uyulmaması durumunda yaşanabilecek sorunlar
2. Sıklıkla yapılan laboratuvar değerlendirmeleri, sonuçları ve uygulama yöntemleri
3. Sıvı yüklemesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
4. Damar girişim yolunun bakımı, yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti ve bulgularının neler olduğu, komplikasyonların nasıl önleneceği

5. Kaşıntı, nöropati ve böbrek yetersizliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler

Üçüncül Önlemler

1. Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri
2. Diyaliz tedavisi için mali olanaklar ve destek kaynaklarının neler olduğunun belirlenmesi
3. Tedaviye uyumu arttıran sosyal destek sistemleri
4. Hastalık ve tedaviye uyumda baş etme yöntemleri
5. Yaşamda bireysellik, umut, umutsuzluk, yaşam doyumu, öz saygı kavramları

III. Aşama; II. aşamada eğitim programı bitiminden itibaren bir ay sonrasında yapılmıştır. Hastalara “Neuman Sistemler Kuramına göre Hasta eğitimi” tekrar edilmiş olup, önceden hazırlanmış “Hemodiyalizi Öğrenelim” adlı eğitim rehberi dağıtılmış ve soru-cevap değerlendirmesi yapılmıştır. Eğitim rehberi kısa ve öz anlatımla eğitim içeriğinin özetine hakim olup aynı zamanda görsel olarak da hastanın zihninde kalacak şekilde desteklenmiştir.

V. Aşama; III. aşamada eğitim tekrarından bir ay sonra yapılmıştır. Hasta Tanıtım Formu (EK 4), Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5), “Aile (AS D-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)”, “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ” (BSÖ) (EK 8)”, “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (EK 9)” girişim grubuna uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara;

I. aşama, girişim grubuna I.aşamanın yapıldığı dönemde yapılmıştır Hasta Tanıtım Formu (EK 4), Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5), “Aile (AS D-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)”,

“Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği " (BSÖ) (EK 8)”, “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği(EK 9)” uygulanmıştır.

II. aşama, girişim grubuna IV. aşamanın yapıldığı dönemde yapılmıştır. Bu ziyarette Hasta Tanıtım Formu (EK 4), Neuman Sistemler Değerlendirme Formu (EK 5), “Aile (AS D-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)”, “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği " (BSÖ) (EK 8)”, “Hemodiyaliz Stresör Ölçeği(EK 9)” uygulanmıştır ve eğitim rehberi açıklanarak hastalara verilmiştir (EK 6).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 20 programında yapılmıştır. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde) ve kıkare testi kullanılmıştır. Ölçekler normal dağılıma sahip olduğu için parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip ölçekler için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı bağımsız t testi, aynı grupta ön test son test karşılaştırmalı analizde eşleştirilmiş t-testi, ikiden fazla grup ortalamalarında karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

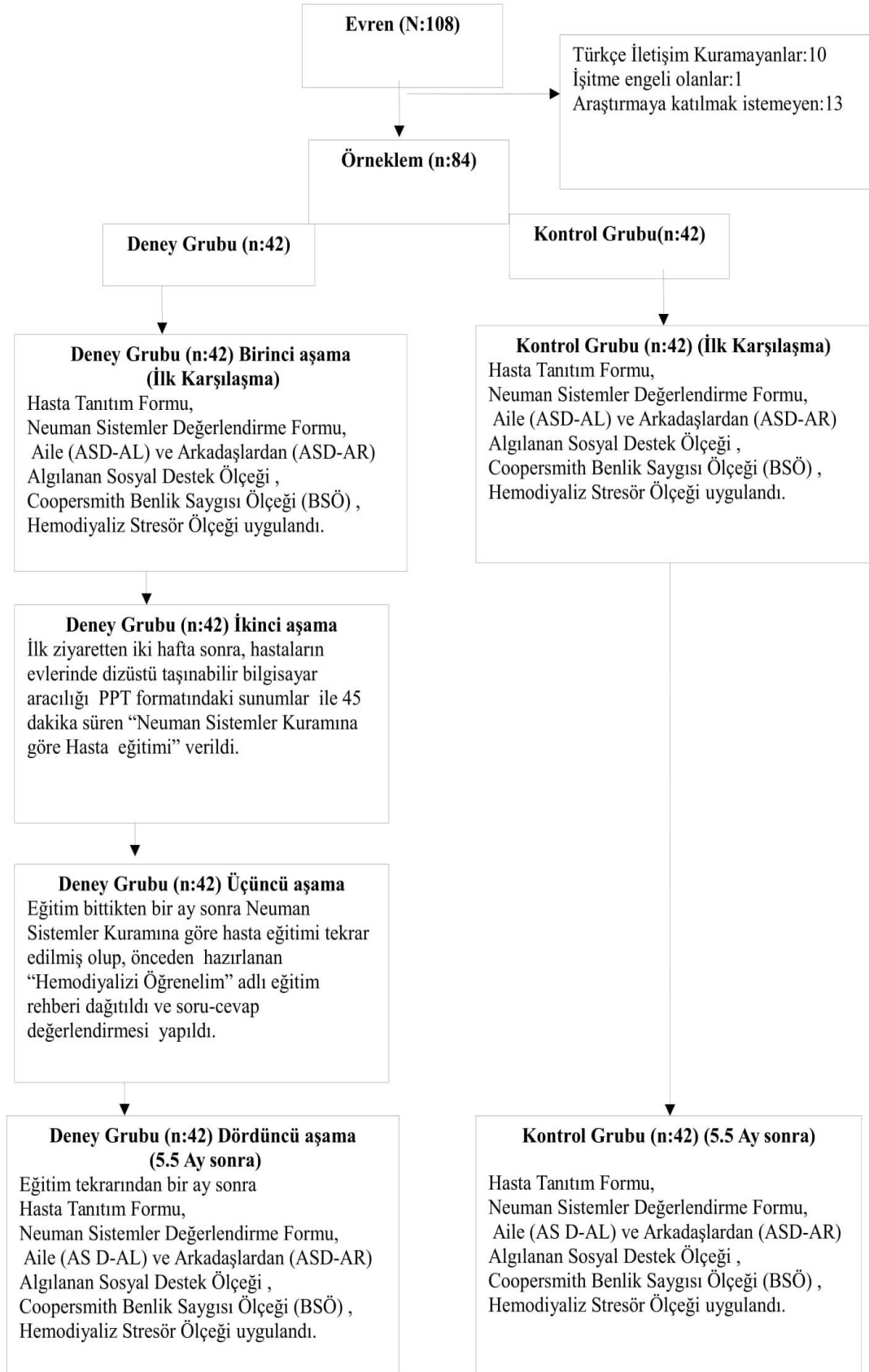
Araştırmanın uygulaması Kahramanmaraş il sınırlarında yaşayan hemodiyaliz hastalarıyla sınırlıdır. Deney ve kontrol gruplarının arasında yaş ortalamalarında farkın olması ve yapılan izlemlerin sayısının hastaların ihtiyacına göre değişiklik göstermemesi bu araştırmanın sınırlılıkları içerisinde.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmasının ardından KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden ve Kahramanmaraş Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna dair yazılı izin alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formları ile onamları alınmıştır. Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Hastalara istedikleri tarihte araştırmadan ayrılacakları belirtilerek “Özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerini araştırmacı ile paylaşmalarının ardından korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına dikkat edilmiştir. Ulaşılan verilerin ve cevaplayan bireyin kimliğinin gizli kalacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

Verilerin toplanmasının ardından, kontrol grubunu oluşturan bireylere de Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığıyla eğitimler verilmiştir. Böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir.



Şekil 3.2. Tezin akış şeması

4. BULGULAR

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda uygulanan eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada bulgular 6 ana başlık altında ele alınmıştır;

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=84)

		Gruplar				t	p
		“Deney grubu”		“Kontrol Grubu”			
		$\bar{x}$		$\bar{x}$			
Yaş Ortalaması		49.09±14.78		56.64±16.96		-2.174	0.033*
BKİ Ortalaması		24.73±5.13		24.07±4.98		0.591	0.556
		n	%	n	%		
Yaş	“20-39 yaş”	10	23.8	8	19.0	X ² :4.162	
	“40-59 yaş”	20	47.6	13	31.0	P: 0.125	
	“60 ve üzeri”	12	28.6	21	50.0		
Cinsiyet	Kadın	20	47.6	19	45.2	X ² :0.048	
	Erkek	22	52.4	23	54.8	P: 0.827	
Hastanın eğitim durumu	İlkokul	25	59.5	26	61.9	X ² :5.286	
	Ortaokul	6	14.3	12	28.6	P: 0.071	
	Lise	11	26.2	4	9.5		
Meslek	Serbest meslek	15	35.7	23	54.8	X ² :10.115**	
	Ev hanımı	20	47.6	19	45.2	P:0.006*	
	Emekli/Malulen Emekli	7	16.7	0	0		
Çalışma süresi	Hiç çalışmadım	23	54.8	19	45.2	X ² :3.571**	
	0-3 yıl	3	7.1	4	9.5	P:0.467	
	4-6 yıl	1	2.4	0	0		
	7-9 yıl	0	0	1	2.4		
	10 yıl ve üzeri	15	35.7	18	42.9		
Sosyal güvence	Güvencem yok	0	0	5	11.9	X ² :38.995**	
	SGK	27	64.3	3	7.1	P:0.000*	
	Yeşilkart	14	33.3	34	81.0		
	Emekli Sandığı	1	2.4	0	0		
Medeni hal	Evli	32	76.2	33	78.6	X ² :0.068	
	Bekar	10	23.8	9	21.4	P: 0.794	
Gelir durumu	İyi	3	7.1	3	7.1	X ² :13.534**	
	Orta	28	66.7	12	28.6	P:0.001*	
	Kötü	11	26.2	27	64.3		
Kiminle yaşıyor	Yalnız	3	7.1	4	9.5	X ² :1.007**	
	Eş ve çocuk	26	61.9	23	54.8	P:0.909	
	Anne ve baba	5	11.9	5	11.9		
	Yalnızca çocuk	6	14.3	6	14.3		
	Yalnızca eş	2	4.8	4	9.5		

*p<0.05, **Chi-square test; exact test; a:0.05

Tablo 4.1.'de hemodiyaliz tedavisi gören hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Deney grubunun yaş ortalaması 49.09±14.78, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 56.64±16.96 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarının yaş ortalaması arasındaki farkta istatistiki anlamlılık elde edilmiştir ($p<0.05$). Beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları deney grubunda 24.73±5.13 ve kontrol grubunda 24.07±4.98 olduğu saptanmış olup hastaların normal kilolu oldukları belirlenmiştir. Yapılan analizlere göre gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0.05$). Deney ve kontrol grupları ile cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, medeni hal ve hastaların kiminle yaşadıkları bakımından yapılan karşılaştırmalara göre istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Meslek, sosyal güvence ve gelir durumu ile deney ve kontrol grupları arasındaki farkta istatistiki anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Diyalize başlama zamanı	İlk Bir Ay İçinde	15	35.7	21	50.0	X ² :5.461** P: 0.362
	İlk Bir Yıl İçinde	4	9.5	7	16.7	
	2-4 Yıl Sonra	10	23.8	8	19.0	
	5-7 Yıl Sonra	8	19.0	3	7.1	
	8-10 Yıl	3	7.1	1	2.4	
	11 Yıl ve Üzeri	2	4.8	2	4.8	
Toplam HD tedavisi aldığı süre	6 AY-1 Yıl	10	23.8	8	19.0	X ² :1.227 P: 0.874
	1-3 Yıl	13	31.0	16	38.1	
	4-6 Yıl	9	21.4	7	16.7	
	7-9 Yıl	5	11.9	7	16.7	
	10 Yıl ve Üzeri	5	11.9	4	9.5	
Haftalık HD seans sayısı	1 Kez	0	0	0	0	X ² :0.214** P:0.898
	2 Kez	2	4.8	3	7.1	
	3 Kez	39	92.8	38	90.5	
	4 Kez	1	2.4	1	2.4	
Ailede HD öyküsü	Evet	11	26.2	11	26.2	X ² :0.000 P: 1.000
	Hayır	31	73.8	31	73.8	
Daha önce HD’ Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	21	50.0	34	81.0	X ² :8.900 P: 0.003*
	Hayır	21	50.0	8	19.0	
Eğitim yeterlimi	Evet	12	28.6	28	66.7	X ² :12.218 P: 0.001*
	Hayır	30	71.4	14	33.3	

* $p<0.05$, Chi-square test, **Exact test

Yapılan istatistiksel analize göre hemodiyalize başlama zamanı, hemodiyalize girme süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısı ve ailede HD öyküsü bulunması bakımından deney ve kontrol grubu arasındaki farkta anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların destek durumlarının dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Destek alıyor musunuz	Evet	34	81.0	39	92.9	X ² :2.615
	Hayır	8	19.0	3	7.1	p :0.106
Fiziksel destek	Evet	24	57.1	38	90.5	X ² :12.070
	Hayır	18	42.9	4	9.5	P:0.001*
Ekonomik destek	Evet	7	16.7	11	26.2	X ² :1.131
	Hayır	35	83.3	31	73.8	P:0.287
Psikolojik destek	Evet	15	35.7	30	71.4	X ² :10.769
	Hayır	27	64.3	12	28.6	P:0.001*

* $p<0.05$, Chi-square test; Fisher exact test; $\alpha: 0.05$

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların destek durumlarına bakıldığında; destek alma ve ekonomik yönden destek alma durumlarında deney ve kontrol gruplarının arasındaki farkta istatistiki anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$). Fiziksel ve psikolojik yönden destek alma durumları ile gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların diğer hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı	Evet	31	73.8	33	78.6	X ² :0.263 P: 0.608
	Hayır	11	26.2	9	21.4	
Mevcut olan kronik hastalık	Yok	11	26.2	9	21.4	X ² :3.434 P:0.329
	Dişabet	10	23.8	17	40.5	
	Hipertansiyon	16	38.1	14	33.3	
	Diğer (Romatizma, Kalp sorunları, Hepatit B)	5	11.9	2	4.8	

$p<0.05$, Chi-square test; Fisher exact test; $\alpha: 0.05$

Tablo 4.4.’te hemodiyaliz tedavisi gören hastaların diğer hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımı değerlendirildiğinde; deney grubunu oluşturan bireylerin %73.8’inin ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin %78.6’sının kronik böbrek yetmezliği dışında bir hastalığı vardır. Deney grubundaki hastaların %38.1’inde hipertansiyon mevcut iken, kontrol grubundaki hastaların %40.5’inde diyabet bulunmaktadır. Bu sonuçlara bakıldığında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı fiziksel değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Kan basıncı	Evet	23	54.8	28	66.7	X ² :1.248
	Hayır	19	45.2	14	33.3	P:0.264
Halsizlik	Evet	31	73.8	34	81.0	X ² :0.612
	Hayır	11	26.2	8	19.0	P:0.434
Bulantı kusma	Evet	16	38.1	14	33.3	X ² :0.207
	Hayır	26	61.9	28	66.7	P:0.649
İştahsızlık	Evet	10	23.8	14	33.3	X ² :0.933
	Hayır	32	76.2	28	66.7	P:0.334
Cinsel sorun	Evet	2	4.8	0	0	X ² :2.049**
	Hayır	40	95.2	42	100.0	P:0.152
Kaşıntı	Evet	15	35.7	16	38.1	X ² :0.051
	Hayır	27	64.3	26	61.9	P:0.821
Baş ağrısı	Evet	27	64.3	18	42.9	X ² :3.877
	Hayır	15	35.7	24	57.1	P:0.049*
Cilt sorunları	Evet	9	21.4	1	2.4	X ² :7.265
	Hayır	33	78.6	41	97.6	P:0.007*
Nefes darlığı	Evet	11	26.2	12	28.6	X ² :0.060
	Hayır	31	73.8	30	71.4	P:0.807
Uyku sorunları	Evet	22	52.4	20	47.6	X ² :0.190
	Hayır	20	47.6	22	52.4	P:0.663

* $p<0.05$, Chi-square test; Fisher exact test; $\alpha: 0.05$

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tansiyon, halsizlik, bulantı-kusma, iştahsızlık, cinsel sorun, kaşıntı, nefes darlığı ve uyku sorunları gibi yaşadığı fiziksel değişikliklere ilişkin verilerin dağılımında deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında

anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Baş ağrısı ve cilt sorunları konusunda yaşanan değişikliklerde grupların birbirinden istatistiki açıdan anlamlı derecede farklı oldukları görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Deney grubundaki bireylerin yaşadığı fiziksel değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımı (n=42)

		Ön test		Son test		
		n	%	n	%	
Kan basıncı	Evet	23	54.8	25	59.5	$X^2:0.194$
	Hayır	19	45.2	17	40.5	$P:0.659$
Halsizlik	Evet	31	73.8	34	81.0	$X^2:0.612$
	Hayır	11	26.2	8	19.0	$P:0.434$
Bulantı kusma	Evet	16	38.1	14	33.3	$X^2:0.207$
	Hayır	26	61.9	28	66.7	$P:0.649$
İştahsızlık	Evet	10	23.8	15	35.7	$X^2:1.424$
	Hayır	32	76.2	27	64.3	$P:0.233$
Cinsel sorun	Evet	2	4.8	3	7.1	$X^2:0.214^{**}$
	Hayır	40	95.2	39	92.9	$P:0.644$
Kaşıntı	Evet	15	35.7	16	38.1	$X^2:0.051$
	Hayır	27	64.3	26	61.9	$P:0.821$
Baş ağrısı	Evet	27	64.3	32	76.2	$X^2:1.424$
	Hayır	15	35.7	10	23.8	$P:0.233$
Cilt sorunları	Evet	9	21.4	5	11.9	$X^2:1.371$
	Hayır	33	78.6	37	88.1	$P:0.242$
Nefes darlığı	Evet	11	26.2	14	33.3	$X^2:0.513$
	Hayır	31	73.8	28	66.7	$P:0.424$
Uyku sorunları	Evet	22	52.4	18	42.9	$X^2:0.764$
	Hayır	20	47.6	24	57.1	$P:0.382$

** McNemar test; $\alpha: 0.05$

Tablo 4.6.'da deney grubundaki hastaların yaşadığı fiziksel değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımları görülmektedir. Hastalarının fiziksel değişiklik yaşama durumlarında Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı sosyal değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
İşkaybı	Evet	16	38.1	18	42.9	X ² :0.198
	Hayır	26	61.9	24	57.1	P:0.657
Sosyal faaliyetlerin azalması	Evet	26	61.9	24	57.1	X ² :0.198
	Hayır	16	38.1	18	42.9	P:0.657
Sosyal faaliyetlerin artması	Evet	4	9.5	0	0	X ² :5.745**
	Hayır	38	90.5	42	100.0	P:0.017*
Sosyal faaliyetlerde bozulma	Evet	20	47.6	22	52.4	X ² :0.190
	Hayır	22	52.4	20	47.6	P:0.663
Ailede bozulma	Evet	4	9.5	2	4.8	X ² :0.731**
	Hayır	38	90.5	40	95.2	P:0.393
Yaşam tarzında değişim	Evet	18	42.9	9	21.4	X ² :4.421
	Hayır	24	57.1	33	78.6	P:0.035*
Rol değişimleri	Evet	4	9.5	3	7.1	X ² :0.156**
	Hayır	38	90.5	39	92.9	P:0.693

*p<0.05, Chi-square test; Fisher exact test; α: 0.05

HD tedavisi gören hastaların yaşadıkları sosyal değişikliklerin deney ve kontrol grupları arasında birbirine yakın olduğu görülmüştür. Yalnızca sosyal faaliyetlerin artmasına verdikleri olumsuz cevap ve yaşam tarzı değişikliklerinin olması durumu ile iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farkın olduğu gözlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.8. Deney grubundaki hastaların yaşadığı sosyal değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımı (n=42)

		Ön test		Son test		
		n	%	n	%	
İşkaybı	Evet	16	38.1	15	35.7	X ² :0.051
	Hayır	26	61.9	27	64.3	P:0.827
Sosyal faaliyetlerin azalması	Evet	26	61.9	27	64.3	X ² :0.051
	Hayır	16	38.1	15	35.7	P:0.827

Tablo 4.8. Deney grubundaki hastaların yaşadığı sosyal değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımı (n=42) (Devamı)

		Ön test		Son test		
		n	%	n	%	
Sosyal faaliyetlerin artması	Evet	4	9.5	1	2.4	X ² :1.914** P:0.167
	Hayır	38	90.5	41	97.6	
Sosyal faaliyetlerde bozulma	Evet	20	47.6	27	64.3	X ² :2.367 P:0.124
	Hayır	22	52.4	15	35.7	
Ailede bozulma	Evet	4	9.5	3	7.1	X ² :0.156 P:0.693
	Hayır	38	90.5	39	92.9	
Yaşam tarzında değişim	Evet	18	42.9	18	42.9	X ² :0.000 P:1.000
	Hayır	24	57.1	24	57.1	
Rol değişimleri	Evet	4	9.5	7	16.7	X ² :0.941 P:0.332
	Hayır	38	90.5	35	83.3	

** McNemar test; α : 0.05

Tablo 4.8.'de deney grubundaki hastaların yaşadığı sosyal değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımları görülmektedir. Hastaların sosyal değişiklik yaşama durumlarında Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde ve sonrasında arasındaki farkta anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Öfke	Evet	15	35.7	10	23.8	X ² :1.424
	Hayır	27	64.3	32	76.2	P:0.233
Ümitsizlik	Evet	15	35.7	9	21.4	X ² :2.100
	Hayır	27	64.3	33	78.6	P:0.147
Hayal kırıklığı	Evet	13	31.0	12	28.6	X ² :0.057
	Hayır	29	69.0	30	71.4	P:0.811
Endişe	Evet	20	47.6	15	35.7	X ² :1.224
	Hayır	22	52.4	27	64.3	P:0.268
Ölüm korkusu	Evet	3	7.1	4	9.5	X ² :0.156**
	Hayır	39	92.9	38	90.5	P:0.693
Sinirlenme	Evet	14	33.3	12	28.6	X ² :0.223
	Hayır	28	66.7	30	71.4	P:0.637

Tablo 4.9. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklere ilişkin verilerin dağılımı (n=84) (Devamı)

		Gruplar				
		“Deney grubu n:42”		“Kontrol grubu n:42”		
		n	%	n	%	
Güvensizlik	Evet	14	33.3	8	19.0	X ² :2.217
	Hayır	28	66.7	34	81.0	P:0.136
Stres	Evet	21	50.0	23	54.8	X ² :0.191
	Hayır	21	50.0	19	45.2	P:0.662
Bağımlılık	Evet	4	9.5	6	14.3	X ² :0.454
	Hayır	38	90.5	36	85.7	P:0.500
Gelecek kaygısı	Evet	13	31.0	11	26.2	X ² :0.233
	Hayır	29	69.0	31	73.8	P:0.629

Chi-square test; Fisher exact test; $\alpha: 0.05$

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı psikolojik değişiklikler benzer bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarının arasındaki farkta istatistiki anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Deney grubundaki hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasında dağılımı (n=42)

		Ön test		Son test		
		n	%	n	%	
Öfke	Evet	15	35.7	11	26.2	$X^2:0.891$
	Hayır	27	64.3	31	73.8	$P:0.345$
Ümitsizlik	Evet	15	35.7	16	38.1	$X^2:0.051$
	Hayır	27	64.3	26	61.9	$P:0.821$
Hayal kırıklığı	Evet	13	31.0	13	31.0	$X^2:0.000$
	Hayır	29	69.0	29	69.0	$P:1.000$
Endişe	Evet	20	47.6	16	38.1	$X^2:0.778$
	Hayır	22	52.4	26	61.9	$P:0.378$
Ölüm korkusu	Evet	3	7.1	2	4.8	$X^2:0.214^{**}$
	Hayır	39	92.9	40	95.2	$P:0.644$
Sinirlenme	Evet	14	33.3	14	33.3	$X^2:0.000$
	Hayır	28	66.7	28	66.7	$P:1.000$
Güvensizlik	Evet	14	33.3	11	26.2	$X^2:0.513$
	Hayır	28	66.7	31	73.8	$P:0.474$
Stres	Evet	21	50.0	20	47.6	$X^2:0.048$
	Hayır	21	50.0	22	52.4	$P:0.827$
Bağımlılık	Evet	4	9.5	7	16.7	$X^2:0.941$
	Hayır	38	90.5	35	83.3	$P:0.332$
Gelecek kaygısı	Evet	13	31.0	9	21.4	$X^2:0.985$
	Hayır	29	69.0	33	78.6	$P:0.321$

** McNemar test; $\alpha: 0.05$

Tablo 4.10.’da deney grubundaki hastaların yaşadığı psikolojik değişikliklerin eğitim öncesi ve sonrasındaki dağılımları görülmektedir. Hastaların psikolojik değişiklik

yaşama durumlarında Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde ve sonrasında aradaki farkta anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2. Neuman Sistemler Modeli Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.11. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Neuman Sistemler Modeli değerlendirmesine ilişkin verilerin dağılımı (n=84)

		Gruplar				
		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
		n	%	n	%	
Diyete uyum	Evet	11	26.1	27	64.3	X ² :12.383 p: 0.002*
	Hayır	13	31.0	7	16.7	
	Kısmen	18	42.9	8	19.0	
İlaçların düzenli kullanım	Evet	26	61.9	37	88.1	X ² :8.254 p: 0.016*
	Hayır	6	14.3	3	7.1	
	Kısmen	10	23.8	2	4.8	
Sıvının önemi	Çok önemli	18	42.9	31	73.8	X ² :10.967 p: 0.012*
	Biraz önemli	8	19.0	7	16.7	
	Önemli	14	33.3	3	7.1	
	Önemsiz	2	4.8	1	2.4	
Genel sağlık durumu	Mükemmel	4	9.5	0	0	X ² :5.591 p: 0.232
	Çok iyi	3	7.1	1	2.4	
	İyi	7	16.7	9	21.4	
	Orta	21	50.0	23	54.8	
	Kötü	7	16.7	9	21.4	
Sağlık kıyaslaması	“Bir yıl öncesinden çok daha iyi”	3	7.1	3	7.1	X ² :0.833 p: 0.934
	“Bir yıl öncesinden biraz iyi”	9	21.4	11	26.2	
	“Hemen hemen aynı”	14	33.3	11	26.2	
	“Bir yıl öncesinden biraz daha kötü”	10	23.8	12	28.6	
	“Bir yıl öncesinden çok daha kötü”	6	14.3	5	11.9	
Sosyal ilişkiler	Hiç etkilemedi	10	23.8	21	50.0	X ² :6.581 p: 0.087
	Çok az	7	16.7	5	11.9	
	Orta derecede	5	11.9	2	4.8	
	Epeyce	20	47.6	14	33.3	
	Çok fazla	0	0	0	0	
Aktivitelerde zaman kısıltma	Evet	31	73.8	41	97.6	X ² :9.722 p: 0.002*
	Hayır	11	26.2	1	2.4	
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız	Evet	32	76.2	39	92.9	X ² :4.690 p: 0.096
	Hayır	10	23.8	3	7.1	
Aktiviteleri yapmakta güçlük çekme	Evet	30	71.4	40	95.2	X ² :8.571 p: 0.003*
	Hayır	12	28.6	2	4.8	
Aile üyelerine bağımlılık	Çoğu zaman	15	35.7	10	23.8	X ² :15.758 p: 0.003*
	Epey zaman	15	35.7	11	26.2	
	Bazen	0	0	13	31.0	
	Ara sıra	3	7.1	3	7.1	
	Hiçbir zaman	9	21.4	5	11.9	

Tablo 4.11. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Neuman Sistemler Modeli değerlendirmesine ilişkin verilerin dağılımı (n=84) (Devamı)

		Gruplar				
		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
		n	%	n	%	
Aile içi rollerde kayıp	Çoğu zaman	7	16.7	3	7.1	X ² :8.130 p: 0.087
	Epey zaman	5	11.9	14	33.3	
	Bazen	10	23.8	6	14.3	
	Ara sıra	6	14.3	9	21.4	
	Hiçbir zaman	14	33.3	10	23.8	
Çevreden izole etmek	Çoğu zaman	2	4.8	2	4.8	X ² :2.800 p: 0.592
	Epey zaman	4	9.5	2	4.8	
	Bazen	10	23.8	6	14.3	
	Ara sıra	6	14.3	5	11.9	
	Hiçbir zaman	20	47.6	27	64.2	

*p<0.05, Chi-square test; Fisher exact test; α : 0.05

Tablo 4.11.'de hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda hazırlanmış değerlendirme formuna ilişkin verilerin dağılımı görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre deney grubundaki hastaların %42.9'u diyetlerine kısmen uyum sağladığını belirtirken, kontrol grubunu oluşturan hastaların %64.3'ü diyetlerine uyum sağladığını ifade etmiştir. Gruplar arasında yapılan kıyaslamada anlamlı derecede fark bulunmuştur (p<0.05). Deney grubundaki hastaların %61.9'u kontrol grubundaki hastaların %88.1'i ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirtmiş olup gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Deney grubundaki bireylerin %42.9'u kontrol grubundaki bireylerin ise %73.8'i sıvının çok önemli olduğunu ifade etmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Deney grubundaki bireylerin %73.8'i, kontrol grubundaki bireylerin %97.6'sı aktivitelerinde zaman kısaltmaları yaptıklarını belirtmiştir ve gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Deney grubundaki bireylerin %71.4'ü, kontrol grubundaki bireylerin %95.2'si aktivitelerini yaparken güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Deney grubundaki bireylerin %35.7'sinin çoğu zaman, kontrol grubundaki bireylerin %31'inin bazen ailelerine bağımlılık hissettiklerini belirtmiştir ve gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Genel

sağlık durumu, sağlık kıyaslaması, sosyal ilişkiler, arzu ettiğinden az şey yapma, aile içi rollerde kayıp ve çevreden izole etme durumları ile deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3. “Aileden (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine” İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların aileden (ASD-AL) ve arkadaşlardan (ASD-AR) algılanan sosyal destek ölçeğine ilişkin puan ortalamaları (n=84)

	“Deney grubu n:42”				“Kontrol grubu n:42”			
	Ön test		Son test		Ön test		Son test	
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
ASDAL Toplam	12.88	4.21	14.40	4.38	13.95	3.23	13.16	3.66
t	1.985**				1.177**			
p	0.054				0.246			
ASDAR Toplam	11.45	2.98	14.09	2.83	10.92	4.49	12.30	3.80
t	4.704**				1.734**			
p	0.000*				0.090			

* $p<0.05$, **Eşleştirilmiş t testi

Tablo 4.12.’de hemodiyaliz tedavisi gören hastaların “Aileden (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine” ilişkin puan ortalamaları görülmektedir. Deney grubunda ASD-AL puan ortalamaları eğitim öncesinde 12.88 ± 4.21 olarak bulunurken eğitim sonrasında 14.40 ± 4.38 ’e yükselmiştir ancak ortalamalar arasında yapılan karşılaştırmalara göre istatistiki anlamlılık yoktur ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise ASD-AL puan ortalamasının ikinci görüşmede düştüğü görülmüş, ilk ve ikinci görüşme sonrasında elde edilen sonuçlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

ASD-AR puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda eğitim öncesinde elde edilen puan ortalamaları 11.45 ± 2.98 iken Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitimin ardından ASDAR puan ortalamaları 14.09 ± 2.83 ’e yükselmiş olup yapılan

karşılaştırmalara göre ortalamalar arasında istatistiki anlamlılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kontrol grubunda ASDAR puan ortalamasının ikinci görüşmede yükseldiği görülmüş, ilk ve ikinci görüşme sonrasında elde edilen sonuçlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.4. Benlik Saygısı Alanına İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların Coopersmith benlik saygısı ölçeğine ilişkin puan ortalamaları (n=84)

	“Deney grubu n:42”				“Kontrol grubu n:42”			
	Ön test		Son test		Ön test		Son test	
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
BSÖ Toplam	59.04	17.88	80.28	12.84	63.64	16.07	64.85	14.25
t	6.902**				0.473**			
p	0.000*				0.639			

“* $p<0.05$, **Eşleştirilmiş t testi”

Tablo 4.13.’te hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların deney ve kontrol gruplarına göre “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ)” puan ortalamaları verilmiştir. Deney grubunun BSÖ puan ortalamalarının eğitim öncesinde 59.05 ± 17.88 olarak orta seviyede olduğu gözlenirken, eğitim sonrasında 80.28 ± 12.84 olup yüksek seviyeye çıktığı görülmüştür. Eğitim öncesi ve sonrasında yapılan karşılaştırmalara göre BSÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiki derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunu oluşturan hastaların ise ilk ve ikinci görüşme sonrasında benlik saygısı düzeylerinin orta seviyede olduğu gözlenmiştir. BSÖ puan ortalamaları karşılaştırmalarına göre istatistiki anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.5. Stresörlerin Belirlenmesi Alanına İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hemodiyaliz stresör ölçeği ilişkin puan ortalamaları (n=84)

	“Deney grubu n:42”				“Kontrol grubu n:42”			
	Ön test		Son test		Ön test		Son test	
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
HSÖ Toplam	84.09	14.98	62.88	15.74	70.54	11.12	70.09	15.49
t	8.418*				0.171**			
p	0.000*				0.865			
HSÖ Fizyolojik	18.11	4.16	14.40	3.85	14.21	3.82	16.40	4.29
t	5.718**				3.036**			
p	0.000*				0.004*			
HSÖ Psikososyal	66.88	12.68	48.71	12.99	56.78	8.64	54.64	13.15
t	8.189**				0.949**			
p	0.000*				0.348			

“* $p<0.05$, **Eşleştirilmiş t testi”

Tablo 4.14’te hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların deney ve kontrol gruplarına göre Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (HSÖ) toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları görülmektedir. Deney grubunun eğitim öncesinde HSÖ toplam puan ortalamalarının 84.09 ± 14.98 olduğu görülürken, eğitim sonrasında düşüş sergileyerek 62.88 ± 15.74 olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasında stres düzeylerinde düşüş gözlenmiş olup puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farkın olduğu görülmüştür ($p<0.005$). Kontrol grubunu oluşturan hastaların ise ilk ve ikinci görüşme sonrasında HSÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmalarına göre istatistiki anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunu oluşturan hastaların eğitim öncesinde hemodiyaliz stresör ölçeği fizyolojik alt boyutu puan ortalamaları eğitim sonrasında istatistiki açıdan anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise HSÖ fizyolojik alt boyutu ikinci görüşme sonrasında yükselmiştir ve puan ortalamaları arasındaki farkta istatistiki anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunu oluşturan hastaların eğitim öncesinde

HSÖ psikososyal alt boyutu puan ortalamaları eğitim sonrasında istatistiki olarak anlamlı derecede düşüş göstermiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise HSÖ psikososyal alt boyutu ikinci görüşme sonrasında düşmüştür ve puan ortalamaları arasındaki farkta istatistiki açıdan anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$).



4.6. Deney Grubundaki Hastaların Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.15. Deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi- eğitim sonrası ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42)

		ASDAL Toplam		ASDAR Toplam		BSÖ Toplam		HSÖ Toplam	
		Öntest	Sontest	Ön test	Son Test	Ön test	Son Test	Ön test	Son Test
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş Grubu	20-39 Yaş	12.78±5.31	13.94±3.49	10.83±3.65	14.72±2.72	61.56±16.64	74.22±18.32	78.00±19.79	53.50±10.88
	40-59 Yaş	13.55±3.43	13.50±3.35	11.55±4.27	13.44±3.60	57.85±19.12	68.82±13.53	86.40±13.04	68.00±15.98
	60 yaş ve Uzeri	13.64±3.14	13.94±5.03	11.15±3.62	13.19±3.81	64.73±14.75	75.50±15.63	88.50±13.89	63.38±16.80
	p	0.721	0.890	0.813	0.317	0.264	0.193	0.239	0.063
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	14.21±2.59	13.27±3.45	11.18±3.93	13.22±3.77	56.00±16.29	67.38±14.50	90.80±14.26	68.24±18.45
	Erkek	12.73±4.47	14.33±4.64	11.29±3.84	14.08±3.22	65.98±16.51	78.46±14.79	79.73±14.48	58.00±11.23
	p	0.074	0.232	0.898	0.271	0.007*	0.001*	0.017*	0.036*
Medeni Hal	Evli	13.78±3.87	14.93±4.27	11.78±2.45	14.06±2.79	57.87±18.59	80.87±11.96	84.65±15.22	63.75±16.04
	Bekar	10.00±4.13	12.70±4.54	10.40±4.24	14.20±3.11	62.80±15.66	78.40±15.91	82.30±14.83	60.10±15.24
	p	0.022*	0.189	0.349	0.903	0.419	0.658	0.669	0.523
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	8.57±5.03	9.25±7.89	9.71±4.72	10.50±6.14	61.14±11.25	76.00±8.64	83.57±10.97	63.25±10.97
	Eş Ve Çocuk	13.96±3.77	14.27±4.02	11.55±3.74	13.85±3.38	62.31±18.21	73.85±15.14	77.45±15.11	66.10±16.68
	Anne Ve Baba	12.30±2.79	13.22±3.63	10.90±4.20	14.78±2.22	60.80±17.77	74.67±14.70	72.10±18.03	59.33±17.38
	Yalnızca Çocuk	14.17±1.85	14.10±2.13	10.58±3.53	14.20±3.22	60.00±13.86	64.80±19.76	80.50±15.20	67.30±14.45
	Yalnızca Eş	15.00±2.28	13.00±3.64	12.33±4.46	11.89±3.89	57.33±21.71	69.78±16.26	80.83±14.68	80.22±11.81
	p	0.003*	0.177	0.687	0.148	0.968	0.488	0.553	0.079
Destek Alma Durumu	Evet	13.78±3.63	14.21±3.96	11.19±3.81	13.61±3.58	62.34±16.83	72.80±15.45	77.08±15.12	66.13±17.01
	Hayır	10.70±3.86	11.50±3.94	11.60±4.38	13.64±3.39	54.00±17.81	71.14±16.69	84.80±13.82	70.71±12.26
	p	0.014*	0.021*	0.754	0.978	0.148	0.719	0.130	0.341

Tablo 4.15. Deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi- eğitim sonrası ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (Devamı)

		ASDAL Toplam		ASDAR Toplam		BSÖ Toplam		HSÖ Toplam	
		Ön test	Son Test	Ön test	Son Test	Ön test	Son Test	Ön test	Son Test
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Diyalize Başlama Zamanı	İlk bir ay içinde	12.72±3.55	13.39±3.87	10.50±4.42	13.77±3.53	60.14±18.09	74.71±16.08	76.28±17.81	64.87±15.44
	İlk bir yıl içinde	13.18±3.03	14.38±2.19	9.36±4.50	12.94±3.57	60.00±16.00	67.00±14.05	77.00±13.08	66.81±16.45
	2-4 Yıl sonra	13.94±4.81	13.00±4.08	12.89±2.59	13.63±3.62	60.89±14.43	70.11±12.95	79.06±13.05	73.32±18.89
	5-7 Yıl sonra	15.27±2.61	16.00±7.28	12.27±2.05	14.33±3.28	75.27±12.37	82.22±16.75	75.91±13.41	60.89±13.45
	8-10 Yıl	10.50±4.65	12.83±2.56	11.50±4.04	13.50±4.51	43.00±20.75	68.00±18.42	93.75±6.65	64.33±14.60
	11 ve yıl üstü	15.75±1.26	14.33±2.89	12.50±2.52	13.67±4.04	58.00±7.66	74.67±18.90	81.50±4.20	70.67±18.72
	p	0.142	0.502	0.129	0.963	0.025*	0.210	0.377	0.432
Ailede HD Tedavisi	Evet	13.27±3.28	14.82±1.25	12.23±3.52	14.91±1.87	61.82±19.07	76.73±12.50	75.86±14.96	67.00±14.69
	Hayır	13.47±3.95	13.60±4.31	10.89±3.94	13.42±3.69	61.18±16.45	71.89±15.96	78.76±15.20	66.88±16.67
	p	0.836	0.358	0.163	0.195	0.881	0.340	0.443	0.982
Haftalık HD Seans Sayısı	1 Kez	.	.	.	.	.	.	.	.
	2 Kez	13.80±3.11	14.67±0.58	12.00±3.39	14.67±1.15	62.40±17.57	77.33±20.13	81.80±16.02	58.67±13.32
	3 Kez	13.32±3.85	13.70±4.15	11.19±3.90	13.55±3.60	62.04±16.67	72.10±15.45	77.66±15.19	67.34±16.49
	4 Kez	16.00±1.41	16.00±.	11.00±5.66	16.00±.	32.00±5.66	92.00±.	81.50±16.26	56.00±.
	p	0.601	0.794	0.901	0.682	0.046*	0.389	0.797	0.537
	p	0.601	0.794	0.901	0.682	0.046*	0.389	0.797	0.537
Toplam HD süresi	6 Ay-1 Yıl	11.94±4.39	12.94±4.19	10.28±4.25	13.71±3.48	61.56±14.27	74.12±17.50	80.61±15.89	65.76±20.05
	1-3 Yıl	13.00±3.63	13.38±3.12	11.45±3.88	12.67±3.72	62.07±17.62	69.52±18.52	76.93±14.89	72.67±15.46
	4-6 Yıl	13.50±3.12	14.24±5.69	11.44±3.42	13.72±4.03	56.75±22.73	74.08±15.88	81.13±13.84	63.88±14.52
	7-9 Yıl	15.83±3.79	14.33±1.56	11.50±4.32	14.25±3.05	66.42±12.94	71.67±9.10	75.58±14.60	66.75±16.24
	10-12 Yıl	14.86±2.91	13.86±3.13	13.14±2.67	14.86±2.34	63.43±14.32	72.57±12.53	72.86±18.99	60.29±11.80
	13 Yıl ve fazlası	12.50±0.71	15.00±1.41	7.00±1.41	13.50±2.12	48.00±11.31	76.00±11.31	77.50±21.92	77.50±26.16
	p	0.097	0.901	0.373	0.741	0.619	0.935	0.788	0.359
Kronik hastalık	Evet	13.56±3.42	14.04±4.05	11.59±3.71	13.89±3.38	61.63±16.89	72.28±16.00	79.45±15.48	69.00±17.05
	Hayır	12.95±4.81	13.19±4.09	10.10±4.19	13.04±3.82	60.45±18.00	73.04±14.91	73.35±13.10	62.44±14.01
	p	0.529	0.373	0.131	0.301	0.790	0.837	0.115	0.086
Daha önce eğitim alma durumu	Evet	13.85±3.60	14.53±4.08	11.27±4.12	14.14±3.25	62.13±18.69	76.24±13.07	74.89±15.01	63.84±15.93
	Hayır	12.59±4.00	12.69±3.83	11.17±3.38	12.89±3.82	59.86±13.63	67.31±17.39	83.90±13.65	71.17±16.17
	p	0.144	0.009*	0.911	0.008*	0.566	0.009*	0.009*	0.042*

p<0.05, Tek Yönlü Varyans Analizi, Bağımsız İki Örnek t testi

Deney grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası tüm ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması Tablo 4.15.'te görülmektedir. “Aileden (ASD-AL) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; medeni hal ile ASD-AL puan ortalamaları arasında eğitim öncesinde ve sonrasında evlilerin puan ortalamaları yüksek bulunurken yalnızca eğitim öncesinde bekarlara göre arasındaki fark anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$). Eğitim sonrasında ise gruplar arasında anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Eğitim öncesinde; yalnız yaşadığını ifade eden bireylerin ASD-AL'dan aldıkları puan ortalamasının en düşük olduğu görülürken, yalnızca eşi ile yaşadığını ifade eden bireyler en yüksek puan ortalamasını almış olup gruplar arasında anlamlılık mevcuttur ($p<0.05$). Eğitim sonrasında; yalnız yaşadığını belirten bireylerin, eşi ve çocuğu ile yaşayan bireylerin ve anne babası ile yaşayan bireylerin puan ortalamalarında artış gözlenmiş ancak gruplar arasında anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Bireylerin destek durumlarına göre ASD-AL puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$), eğitim öncesinde ve sonrasında destek sahibi olan bireylerin puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Daha önce HD tedavisi hakkında eğitim alma durumları ile ASD-AL puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde daha önce HD tedavisi hakkında eğitim aldıklarını ifade eden bireylerin ASD-AL puanları almayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte anlamlılık yoktur ($p>0.05$). Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim sonrasında, her iki grupta da puan ortalamaları artış göstermiş olup daha önce eğitim alanların ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, toplam HD süresi ve başka bir kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile ASD-AL puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi-eğitim sonrası “Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.15.’te görülmektedir. Daha önce HD tedavisi hakkında eğitim alma durumları ile ASD-AR puan ortalamaları kıyaslandığında; Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde daha önce HD tedavisi hakkında eğitim aldıklarını ifade eden bireylerin ASD-AR puanları almayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte anlamlılık yoktur ($p>0.05$). Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim sonrasında, her iki grupta da puan ortalamaları artış göstermiş olup daha önce HD tedavisi hakkında eğitim alanların ortalamaları yüksek bulunmuştur ve aradaki farkta anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, medeni hal, kiminle yaşadığı, destek alma durumu, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, toplam HD süresi ve başka bir kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile ASD-AR puan ortalamaları kıyaslandığında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Deney grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.15’te görülmektedir. Bireylerin cinsiyeti ile BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde kadın ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin orta seviyede olduğu gözlenmiş olup erkeklerin puan ortalaması kadınlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiki açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim sonrasında kadın ve erkeklerin puan ortalamalarında artış gözlenmekle birlikte kadınların benlik saygısı düzeyinin orta seviyede, erkeklerin benlik saygısı düzeyinin ise yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Kadın ve erkeklerin puan ortalamaları arasındaki farkta anlamlılık gözlenmiştir ($p<0.05$). Medeni hal ile BSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde evli vebekar bireylerin benlik saygısı düzeylerinin orta seviyede olduğu görülmüştür. Bekar bireyler BSÖ’den en yüksek puan ortalamasını almış olup gruplar arasında istatistiki anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim

sonrasında; evli ve bekar bireylerin benlik saygısı düzeyleri orta seviyeden yüksek seviyeye yükseldiği gözlenmiştir. Evli bireylerin BSÖ puan ortalamasının yüksek olduğu görülmekle birlikte gruplar arasında istatistiki anlamlılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diyalize başlama zamanı ile BSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en yüksek BSÖ puan ortalaması 5-7 yıl sonra diyalize başlayan bireylerde (75.27 ± 12.37), en düşük puanın ise 8-10 yıl sonra başlayan bireylerde (43.00 ± 20.75) olduğu gözlenmiş olup puan ortalamaları arasında istatistiki anlamlılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Eğitim sonrasında tüm gruplarda BSÖ puan ortalamaları artış göstermiştir ancak istatistiki anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). HD seans sayısı ile BSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük BSÖ puan ortalamalarının HD'ye haftada 4 kez giren bireylerin (32.00 ± 5.66) aldığı gözlenirken, en yüksek BSÖ puan ortalamalarının haftada 2 kez HD tedavisi alan bireylerin (62.40 ± 17.57) aldığı görülmüştür. Grupların puan ortalamaları arasında yapılan analizlere göre istatistiki anlamlılık vardır ($p<0.05$). Eğitim sonrasında tüm gruplarda BSÖ puan ortalamaları artış göstermiştir ancak istatistiki anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). HD tedavisi hakkında daha önce eğitim almış olma durumu ile BSÖ karşılaştırıldığında; Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde grupların BSÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim sonrasında; daha önce tedavi hakkında verilen eğitime katıldığını ifade eden bireylerin BSÖ puan ortalamaları, eğitime katılmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Yaş, kiminle yaşadığı, destek alma durumu, ailede HD öyküsü, toplam HD süresi ve başka bir kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile BSÖ puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunu oluşturan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile eğitim öncesi- eğitim sonrası "Hemodiyaliz Stresör Ölçeği (HSÖ)" toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.15'te görülmektedir. Hastanın cinsiyeti ile HSÖ toplam puan

ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde ve sonrasında kadınların toplam puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Medeni hal ile hemodiyaliz stresör ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde evli bireylerin bekarlara göre toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuş olup istatistiki anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$). Eğitim sonrasında tüm bireylerin hemodiyaliz stres düzeyleri düşmekle birlikte evlilerin toplam puan ortalamaları, bekar bireylere göre yüksek bulunmuş olup istatistiki anlamlılık yoktur ($p>0.05$). HD tedavisi hakkında daha önce eğitim almış olma durumu ile hemodiyaliz stresör ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim öncesinde ve sonrasında daha önce eğitim almadığını ifade eden bireylerin toplam puan ortalamaları eğitim alanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş, kimlerle yaşadığı, destek alma durumu, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, HD tedavisi süresi ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerde hemodiyaliz stresör ölçeği toplam puan ortalamalarının düştüğü görülmekle birlikte eğitim öncesi ve sonrasında değişkenler ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda uygulanan eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada elde edilen veriler bu bölümde literatür^{13,14,87,89,91,100,132,137} bilgileri ışığında değerlendirilerek beş ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde hastaların bazı özelliklerinin dağılımı literatür bulgularıyla tartışılmıştır.

Kronik böbrek yetmezliğinin artan sıklığı, birçok gelişmekte olan ülke için ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir.¹¹² Çalışmamızdan elde edilen bulgular kapsamında yapılan istatistiksel analize göre hastaların %78.6'sı 40 yaş ve üzerindedir. Deney grubunun yaş ortalaması 49.09 ± 14.78 , kontrol grubunun yaş ortalaması ise 56.64 ± 16.96 olarak bulunmuştur. Hastaların %53.6'sı erkektir (Tablo 4.1). Türk Nefroloji Derneğinin 2016 yılı istatistiklerine göre 2016 yılı sonu itibarıyla HD tedavisi gören bireylerin %41.42'si 45-64 yaş aralığındadır ve bireylerin %56.69'u erkektir.⁵²

Deney ve kontrol grubu arasında hemodiyalize başlama zamanı, hemodiyalize girme süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısı, ailede HD öyküsü, destek alma durumları, başka bir kronik hastalığının olması, bireylerin yaşadığı psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişiklikler bakımından istatistiksel fark bulunmaması (Tablo 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7, 4.9) eğitimin etkinliğini ortaya koymada önemlidir.

Hemodiyaliz tedavisi gören bireyler hayati önem taşıyan yeni bir yaşam tarzı geliştirmek zorundadırlar. Bu yeni yaşam tarzı değişikliği ile birlikte bireylerin fizyolojik / duygusal / psikolojik durumlarında, HD cihazlarına, ilaçlara, beslenme ve sıvı takibine, diyet değişikliklerine ve sağlık bakım ekibine olan bağımlılıkları ön plana çıkmaktadır. Bundan dolayı eşlerden, aile üyelerinden, arkadaşlarından,

meslektaşlarından veya toplumdan hemodiyalize giren hastalar arasında sosyal desteğe erişim, daha iyi sağlık sonuçları ve sağkalım için önemlidir. Sağlık bakım ekibinin hastadaki bu ihtiyaçları karşılaması yararlı olabilir. Hemşire, hemodiyaliz tedavisi alan bireye bakım verirken hastanın özelliklerini, içsel, dışsal ve destek kaynaklarını tanımlamalı ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır.⁹²

Bu çalışmada deney grubunun %83.3'ü (n:34), kontrol grubunun ise %92.9'u (n:39) destek almaktadır. Destek alan deney grubundaki hastaların %94.1'i (n:32), kontrol grubunun ise tamamı (n:39) ailelerinden destek almaktadır. Deney grubundaki hastaların %57.1'i fiziksel, %35.7'si psikolojik, %16.7'si ekonomik destek almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların ise, %90.5'i fiziksel, %71.4'ü psikolojik, %26.2'si ekonomik destek almaktadır. Fiziksel ve psikolojik yönden destek alma durumları ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiki olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Hastalardan elde edilen bulgular incelendiğinde bireylerin çoğunluğunun yalnız yaşamadıklarını ifade etmesi ve çalışmadıklarını belirtmeleri aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek durumlarını etkilediği düşünülmüştür. Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında, bulgularımızı destekler nitelikte birçok HD hastasının sosyal destek aldıkları gözlenmiştir.^{88,92,113} Aghakhani ve ark.⁹² tarafından yapılan çalışmada, aile desteğinin, bireylerin hastalık süreleri boyunca olumlu tutumlarını koruma becerilerini artırdığı bildirilmektedir. Çınar¹¹³ tarafından 134 HD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmaya görepsikososyal uyum ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Algılanan sosyal destek düzeyi ne kadar fazla ise psikososyal uyum da o kadar iyi olmaktadır. Li ve ark.⁸⁸ tarafından 198 HD tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmaya göre; sosyal desteğin mevcudiyeti genel öz-yönetim ve alt ölçeklerin ikisi, problem çözme ve duygusal yönetim ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir.

KBY hastalarında diyabet (DM), aterosklerotik hastalıklar, hipertansiyon, enfeksiyon gibi eşlik eden diğer hastalıkların da olması nedeniyle bireylerin fizyolojik ve psikososyal sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha zordur.¹¹⁴ Kronik HD'e giren hastaların etyolojisinde ilk sıralarda yer alan nedenler; diyabet (%35.36), hipertansiyon (%25.51) ve glomerülonefrittir (%6.84).⁵²

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören deney ve kontrol grubundaki hastaların %76.2'sinin kronik böbrek yetmezliği dışında bir hastalığı vardır. Deney grubundaki hastaların %38.1'inde hipertansiyon mevcut iken, kontrol grubundaki hastaların %40.5'inde diyabet bulunmaktadır (Tablo 4.4). Hipertansiyon ve diyabet kronik kardiyovasküler risk faktörlerinden olmakla birlikte HD tedavisinin mortalite ve morbidite oranını yükselttiği araştırmalarca kanıtlanmıştır. Bunun yanı sıra hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 24.40±5.03 olarak bulunmakla birlikte 27 hastanın BKİ değeri 25 kg/m²'den yüksek olup fazla kilolu ve obez sınıfında yer almaktadır. Bu durum da hastalarda meydana gelen HT ve DM gibi kronik hastalıkların varlığını arttırdığı ve hasta sonuçlarına yansıdığı düşünülmektedir. Araştırmamızdan elde edilen bulguların literatür tarafından desteklendiği görülmektedir.^{68,88,115} Abo Deif⁶⁸ tarafından 60 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada bireylerin %85.0'nın kronik bir hastalığının olduğu, bunlardan %43.33'ünde diyabet ve hipertansiyonun birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Li ve ark.⁸⁸ tarafından 198 HD tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmaya göre; bireylerin %62.4'ü hipertansiyon hastası oldukları belirlenmiştir. Akgöz ve Arslan¹¹⁵ tarafından 105 HD hastası ile yapılan çalışmada bireylerin %58,1'inde eşlik eden başka bir kronik hastalığının bulunduğu; bunları %31,4 oranında hipertansiyon, %23,8 oranında diyabet hastalığı oluşturduğu belirlenmiştir.

Kronik bir hastalık olan böbrek yetmezliğinde tedavi yöntemlerinden biri olan hemodiyaliz (HD) tedavisine bağımlı yaşama, bireylerin rol ve fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Özellikle haftanın belirli günlerinde diyaliz ünitesine gelme zorunluluğu, yaşam boyu süren bir tedavi olması, bunun sonucu olarak bireylerin iş gücü kayıpları yaşamaları, başkalarına bağımlı olma, hastalığa bağlı fizyolojik, ekonomik ve psikolojik problemleri beraberinde getirmektedir. En sık karşılaşılan psikolojik sorunlar; depresyon, kaygı, sosyal yaşamın kısıtlanması, aile içi rollerde değişiklik, bağımsızlığında kayıp yaşama düşüncesi, üzüntü, keder ve umutsuzluktur.⁵ HD tedavisindeki gelişmelere rağmen, tedavi süreci ve yaşamın HD makinesine bağılsürdürülmesi farklı sorunlara yol açmaktadır. Hastaların yaşadıkları en sık fizyolojik sorunlar; tedavisüresince sıvı-elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, göğüs ve sırt ağrıları, ateş, üremi, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulmadır.¹¹⁶

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadıkları sorunlar değerlendirildiğinde, deney grubundaki hastalar %73.8 ve %4.8 arasında değişen oranlarda kan basıncı değişiklikleri, halsizlik, bulantı-kusma, iştahsızlık, cinsel sorun, kaşıntı, baş ağrısı, cilt sorunları, nefes darlığı ve uyku sorunları gibi fiziksel değişiklikler yaşadıkları tespit edilmiştir. Sosyal alandaki değişiklikler incelendiğinde; hastalar %61.9 ve %9.5 arasında değişen oranlarda iş kaybı, sosyal faaliyetlerin azalması, sosyal faaliyetlerin artması, sosyal faaliyetlerde bozulma, ailede bozulma ve rol değişimleri yaşadıkları görülmüştür. Psikolojik değişikliklere ilişkin verilerin dağılımına bakıldığında; hastaların %50 ve %7.1 arasında değişen oranlarda öfke,

ümitsizlik, hayal kırıklığı, endişe, ölüm korkusu, sinirlenme, güvensizlik, bağımlılık, stres ve gelecek kaygısı yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaşadığı sorunlar değerlendirildiğinde deney grubundakilere benzer şekilde fizyolojik alan için kan basıncı değişiklikleri, halsizlik, bulantı-kusma, iştahsızlık, cinsel sorun, kaşıntı, baş ağrısı, cilt sorunları, nefes darlığı ve uyku sorunları (%81-28.6); psikolojik alan için, öfke, ümitsizlik, hayal kırıklığı, endişe, ölüm korkusu, sinirlenme, güvensizlik, bağımlılık, stres ve gelecek kaygısı (%54.8-9.5), sosyal alan için iş kaybı, sosyal faaliyetlerin azalması, sosyal faaliyetlerin artması, sosyal faaliyetlerde bozulma, ailede bozulma ve rol değişimleri (%57.1-4.8) şeklinde sıralanmaktadır. Yaşanılan sorunlar açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5, 4.7, 4.9). Deney grubundaki hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik değişiklikler yaşam durumlarının Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitimin öncesinde ve sonrasında karşılaştırıldığında istatistiki anlamlılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6, 4.8, 4.10). Yaşam tarzı değişikliği gerektiren HD tedavisi bireylerin yoğun bir şekilde stres yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu stresle baş etme sürecinde de çevresi ile sürekli etkileşim içerisinde olan bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamalarına sebep olduğu düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması incelendiğinde araştırmamıza benzer bulgular elde edildiği gözlenmiştir.¹¹⁷⁻¹¹⁹ Bender ve ark.¹¹⁷ tarafından yapılan çalışmada, hemodiyaliz sırasında ortaya çıkan sorunlar; kas spazmları (çok sıklıkla:%18, sıklıkla:%21), cilt kuruluğu ve kaşıntı (çok sıklıkla:%21, sıklıkla:%22) ve kan basıncında bir artış veya azalış (çok sıklıkla: %29, sıklıkla:%27) olarak sıralanmıştır Aynı çalışmada HD sonrasında görülen sorunlarının ise; yorgunluk, uyku problemleri ve ağrı olduğu saptanmıştır. Akyol ve ark.¹¹⁸ tarafından 198 HD tedavisi gören hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, HD hastalarının büyük çoğunluğunun uyku sorunları

yaşadıkları ve hastaların büyük çoğunluğunda ağrı, üzüntü ve huzursuz bacak görülmesi uykuyu engelleyen faktörler olarak belirlenmiştir. Akça ve Doğan¹¹⁹ tarafından 71 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada, HD sonrasında bireylerin halsizlik, yorgunluk, sinirlilik, uyku düzensizliği, baş ağrısı, kas krampları, hipotansiyon ve bulantı kusma gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir.

5.2. Neuman Sistemler Modeli Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

HD tedavisinde spesifik bir terapötik rejime uyum, optimal etkilerin elde edilmesi için kritik öneme sahiptir çünkü hastalar sadece tedavi rejimi gerekliliklerine uymakla kalmaz, aynı zamanda yaşam tarzlarını değiştirmekte ve diyetlerini optimize etmektedirler.³² Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, hastalığın semptomları ile başetmek, bir diyet programına uymak, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, belirli bir ilaç tedavisini uygulamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yenedengözdten geçirmek durumunda kalırlar. Bu durum, bireylerin fizyolojik, sosyaleve psikolojik yönden etkilenmesine sebep olur.²⁸

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre diyetle uyum, ilaçların düzenli kullanımı, sıvının önemi, aktivitelerde zaman kısaltma, aktiviteleri yapmakta güçlük çekme ve aile üyelerine bağımlılıkta deney ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede fark bulunmuştur. Genel sağlık durumu, sağlık kıyaslaması, sosyal ilişkilerin etkilenme durumu, arzu ettiğinden daha az şey yapma, aile içi rollerde kayıp ve çevreden izole etme durumları ile yapılan karşılaştırmada ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 4.11). Tedaviye uyumu artırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmak amacıyla bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamalarını çok önemsedikleri; hemodiyaliz öncesi ve sonrasında gelişen akut komplikasyonlardan ve haftada ortalama 3 gün tedavi görmelerinden dolayı aktiviteleri yapmakta zorlandıkları

ve istedikleri her şeyi yapamadıkları düşünülmüştür. Araştırma bulgularımız literatürde yer alan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.^{101,120-123} Jahanpeyma ve ark.¹²⁰ tarafından 30 HD tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmada, yüz yüze yapılan beslenme eğitiminin ardından elektrolit (Sodyum, potasyum, kalsiyum) ve BUN değerlerinde anlamlı derecede önemli bir düşüş olduğu sonucuna varılmıştır. Cristóvão¹²¹ tarafından 254 HD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada sıvı alımını kontrol etmek için en yaygın kullanılan önlemlerin; güneşe maruz kalmaktan, baharatlı yiyecekleri yemekten, bol su ile beslenmekten, şekerlemelerden ve günlük izin verilen sıvı miktarını aşmaktan kaçınma olduğu saptanmıştır. Kilo kontrolü, günlük sıvı alım miktarını tahmin etmek ve sıvı alımını diürez seviyesine göre ayarlamamanın karmaşık ve pratik olmayan davranışlar nedeniyle daha az kullanılan önlemler olduğu görülmüştür. Chirona ve Bhengu¹²² tarafından kronik böbrek yetmezliği tanısı almış 90 hasta ile yapılan çalışmada; hastaların %56'sı sıvı alımı sınırlamasının önem düzeyini “çok önemli” olarak belirtirken; hastaların %63'ü sıvı alımı kısıtlamasının zor olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışma bulgularına göre hastaların %50'si diyet kısıtlamasının önem düzeyini “çok önemli” olarak belirtirken; hastaların %52'si diyet kısıtlamasının zor olmadığını ifade etmiştir. Aksoy ve Oğur¹⁰¹ tarafından 70 hasta ile yapılan çalışmada bireylerin %82.9'u yapmak isteyip de rahatsızlığından dolayı yapamadıkları bir şeylerin olduğunu ifade etmişlerdir. Gerogianni ve ark.¹²³ tarafından 100 HD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada; bireylerin %38.5'i etraflarındakilerden asla izole edilmediklerini belirtirken; fiziksel sağlık ve duygusal problemlerin, katılımcıların sırasıyla %21.6'sında ve %12.4'ünde sosyal ilişkilerini ve faaliyetlerini etkilediği saptanmıştır.

5.3. Aileden (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması

KBY'li hastalara sosyal destek sağlanması, depresif belirtilerin azalması, hastalıklarının olumlu algılanması ve yaşamdan genel olarak memnun olmaları ile ilişkilidir. Bunun nedeni, sosyal desteğin hastaların ruh halini iyileştirebileceği ve diyaliz ünitelerine düzenli olarak gitmeleri ve tedavilerinin geleceği ile ilgili kaygı semptomlarını azaltabilmesidir. Ailelerin, arkadaşların ve bakım vericilerin böbrek hastalığı olan hastalara desteği çok önemli bir rol oynamaktadır çünkü hastaların tedavi rejimine artan bir uyum göstermelerine yardımcı olmaktadır.¹²⁴

Bu araştırmada hemodiyaliz tedavisi gören hastaların aileden (ASD-AL) algılanan sosyal destek puan ortalamaları eğitim öncesinde deney grubunda 12.88 ± 4.21 olarak bulunurken kontrol grubunda daha yüksek ortalama görülmesine rağmen gruplar arasında istatistiki anlamlılık yoktur. Eğitim sonrasında ise deney grubundan alınan puan ortalaması yükselirken kontrol grubunda puan ortalamasının düşüş sergilediği görülmüş, gruplar arasında anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Arkadaşlardan (ASD-AR) algılanan sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarında puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın değerlerde olup gruplar arasında istatistiki anlamlılık olmadığı görülmüştür. Eğitim sonrasında deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarında artış olduğu gözlenmiş olup deney grubu 14.50 ± 2.73 , kontrol grubu 12.74 ± 4.02 ortalamaya sahiptir. Yapılan istatistiki analizlere göre gruplar arasında anlamlılık vardır (Tablo 4.12). Hastalık yönetiminde yoğun stres yaşayan HD hastalarına Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda verilen tedaviye uyum eğitimi ile bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal stresörleri azaltılarak çevrelerindeki aile ve arkadaşlardan gelen sosyal desteği daha iyi algılamalarına sebep olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular araştırma hipotezimizi doğrulamış

olup literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.^{7-10,113,125-128}

Karadağ ve ark.¹²⁵ tarafından 100 HD hastası ile yapılan çalışmada, bireylerin sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu; aileden algılanan sosyal destek düzeyinin arkadaşlara ve diğer bireylerden algılananlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Krespi ve Küntüz¹²⁶ tarafından 250 HD tedavisi gören bireyler üzerinde yapılan çalışmada bireyler, sosyal desteği en fazla ailelerinden, sonra hemşire ve doktordan ve daha sonra da arkadaştan algıladığını belirtmişlerdir. Mısıktık ve ark.¹²⁷ tarafından 122 HD ve periton diyalizi tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmada; bireylerin algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek olarak bulunurken, bireyler sosyal desteği en yüksek düzeyde ailelerden, sonra arkadaşlardan ve daha sonra da kendileri için önemli bir kişiden aldıklarını belirtmişlerdir. Theodoritsi ve ark.'nın⁹ 258 HD hastası ile yaptıkları çalışmada bireylerin aileden aldıkları sosyal desteğin yüksek seviyede olduğu, arkadaşlardan ise daha az bir seviyede destek aldıkları saptanmıştır. Alexopoulou ve ark.⁷ tarafından 258 HD tedavisi gören bireyler ile yapılan çalışmaya göre bireyler en fazla ailelerinden ve daha düşük seviyede ise arkadaşlarından sosyal destek aldıkları sonucuna varılmıştır. Silva ve ark.⁸ tarafından 103 HD tedavisi gören bireyler ile yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu en fazla sosyal desteği kendileriyle birlikte yaşayan ailelerinden aldıklarını belirtmişlerdir. Karadağ ve ark.¹⁰ tarafından 73 HD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada; hastaların en çok ailelerinden destek aldıkları; arkadaşlarından veya önemli bir kişiden aldıkları destek daha az olduğu saptanmıştır. Kaya ve ark.¹²⁸ tarafından 40 HD ve 40 PD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmalarında; hemodiyaliz hastaları en fazla sosyal desteği ailelerinden, ardından arkadaşlarından ve özel diğer bireylerden aldıklarını belirtmişlerdir. Çınar¹¹³ tarafından 134 HD hastası ile yapılan çalışmada bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin iyi düzeyde olduğu görülürken aileden

algılanan desteğin arkadaşlar ve diğer kişilerden algılanandan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada HD hastalarında algılanan sosyal desteğin psikososyal uyumla pozitif bir ilişki içinde olduğu vurgulanmaktadır.

5.4. Benlik Saygısı Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam standartlarının ve hayatın ritminin değişmeye başladığı farklı bir deneyim olmasından dolayı hemodiyaliz tedavisi, bireylerin arzularını ve yeteneklerini bozmakta, bunu izolasyon ve düşük benlik saygısı izlemektedir. Bu hastalar, kendi bakım davranışlarına katılmak için benlik saygılarını ve motivasyonunu sürekli olarak geliştirmek için özel eğitime ihtiyaç duymaktadırlar.¹⁴

Bu araştırmanın sonuçlarına göre Neuman Sistemler modeline göre verilen eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının benlik saygılarının orta seviyede olduğu belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiki anlamlılık bulunamamıştır. Neuman Sistemler Kuramına göre verilen eğitim sonrasında deney grubu puan ortalaması büyük bir artış göstererek 80.29 ± 12.84 'e, kontrol grubu ise daha az bir artış ile 64.76 ± 14.22 'ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında gruplar arasındaki puan ortalamaları istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). Model doğrultusunda verilen eğitimin sonunda benlik saygısında yükselme gözlenmesinin, hastaların fizyolojik ve psikososyal yönden hastalıkla baş etmede güçlenmeleri ve stres düzeylerinin azalması ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda bireyin aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeylerindeki artışa paralel olarak benlik saygılarının da yükseliş seyrettiği düşünülmüştür. Araştırma hipotezimiz doğrulanmış olup literatürde, araştırma bulgularımızı destekler nitelikte çalışma sonuçları mevcuttur.^{13,14,129-131} Soltani-Nejad ve Zeighami¹⁴ tarafından 90 hasta ile yapılan çalışmada; yaşam kalitesi iyileştirme eğitimi verilmiş, eğitim öncesi girişim ve kontrol grupları arasında benlik saygısı açısından anlamlı fark bulunmazken; eğitim sonrasında iki grup arasında benlik saygısı

düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, yaşam kalitesi iyileştirme eğitiminin hemodiyalizdeki hastaların benlik saygısını etkilediğini göstermiştir. Darvishi ve ark.¹²⁹ tarafından 24 HD hastası ile yapılan çalışmaya göre; bireylerin yarısına (girişim grubu) haftada iki kere 60 dakikalık manevi terapi seansları uygulanmış ve terapiler sonrasında girişim ve kontrol grupları arasında benlik saygısı düzeylerinde anlamlı derecede yükselme gözlenmiştir. Poorgholami ve ark.¹³ 50 HD tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmalarında, girişim grubuna hemodiyaliz tedavisi hakkında eğitim verilmiş olup, eğitimden sonra benlik saygısı düzeyinde yükselme olduğu gözlenmiştir. Eğitim sonrasında girişim ve kontrol grupları arasında benlik saygısı düzeyinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Vicdan ve Karabacak¹³⁰ tarafından 82 HD tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada; girişim grubuna Roy'un adaptasyon modeline göre HD tedavisine yönelik eğitim verildikten sonra Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kullanılarak yapılan değerlendirme sonucunda, benlik saygısı düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır. Mehri ve ark.¹³¹ tarafından 60 HD hastası ile yapılan çalışmada stresle baş etme eğitimi verilmiş olup hemodiyaliz hastalarının eğitimden sonraki aşamadaki ortalama benlik saygısı puanı, eğitim öncesi aşamaya kıyasla anlamlı şekilde artmıştır. Bu sonuçlara göre, çalışmamızın bulgularının literatürde yer alan bilimsel makaleler tarafından da desteklendiği görülmektedir.

5.5. Stresörlerin Belirlenmesi Alanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemodiyaliz bireylerin fiziksel ve psikolojik açıdan iyi oluşlarını etkiler çünkü beslenme alışkanlıklarında, sosyal yaşamlarında, işlerini sürdürme yeteneklerinde, cinsel aktivitelerinde ve vücut görünümlerinde bir takım değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin zorluk derecelerine bağlı olarak, hastalar genel durumlarının gelecekteki sonuçları konusunda son derece stres yaşamaktadırlar.¹³² Bu stresörlere karşı verilen

uygunsuz tepkiler, HD hastalarında yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların stresörlerinin belirlenip, baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olmak önemli hemşirelik girişimlerinden biridir.¹³³

Bu araştırma bulgularına göre, Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda verilen eğitim öncesinde Hemodiyaliz Stresör Ölçeği toplam, fizyolojik ve psikolojik alt boyutlarının puan ortalamaları deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken; eğitim sonrasında deney grubunun HSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Fizyolojik alt boyut ve HSÖ toplam puan ortalamalarında ise deney ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Hastalara modele dayalı eğitim programının kendi ev ortamlarında verilmesi ile birlikte bireylerin tedavi sürecine yönelik kişisel kontrolleri artmakta, tedavide aksaklıklar meydana gelmesi engellenmekte, kurallara uymaları sağlanmakta ve böylelikle HD'e yönelik stres düzeylerinin düşüş sergilediği düşünülmektedir. Bulgularımız araştırma hipotezimizi doğrulamış olup literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.^{83,87,119,133-135} Akça ve Doğan¹¹⁹ tarafından 71 HD hastası ile yapılan çalışmada, hastaların tamamına yakını (%97.2) hemodiyaliz sonrasında çeşitli sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Hemodiyalize giren hastaların %45.1'inin diyaliz sonrasında yaşadığı sorunlardan dolayı günlük ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve öncelikle alışveriş, hijyen, giyinme gibi işlerinde yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Akın ve ark.¹³⁴ tarafından hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetersizliği hastaları (n:188) ile yaptıkları çalışmada hastaların hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyi algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Fırat ve Alpar¹³⁵ tarafından 90 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada; grup eğitimleri verilmiş olup hemodiyaliz stresör ölçeği kullanılarak hastaların stres düzeyleri değerlendirilmiştir. HD hastalarına uygulanan eğitim programı sonrası hastaların

algıladıkları stresörlerde anlamlı düzeyde azalma olduğu sonucuna varılmıştır. Gorji ve ark.¹³³ tarafından 80 HD hastası ile yapılan çalışmalarında yorgunluğun, sınırlı zamanın, eğlencenin yerlerinin ve sınırlı aktivasyonun fiziksel stres etkenlerde çok önemli rol oynadığını; fistül ile ilişkili endişe, su içmeye bağlı endişe, düşük yaşam kalitesi, seyahatle ilgili endişe, tedavi maliyeti ile ilgili endişe ve düşük yaşam beklentisinin hastalar arasında en yüksek psikososyal stres faktörleri olduğu saptanmıştır. Rayyani ve ark.⁸⁷ tarafından 70 hemodiyaliz tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada aynı ölçek kullanılarak hastaların stresör düzeyleri değerlendirilmiş olup bireylerin psikososyal stresör düzeylerinin fizyolojik stresör kaynaklarına göre daha fazla tecrübe edildiği sonucuna varılmıştır. Tu ve ark.⁸³ tarafından 88 HD hastası ile yapılan çalışmada hastaların stres düzeylerinin yüksek olduğu ve fizyolojik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.6. Deney Grubundaki Bireylerin Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır ve literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır (Tablo 4.15).

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası ASDAL ve ASDAR puan farklarının çeşitli değişkenlere göre dağılımı incelendiğinde,

Araştırmamızda, eğitim öncesinde evlilerin, yalnızca eşi ile birlikte yaşayanların ve destek aldıklarını belirten bireylerin ASDAL puan ortalamaları istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim sonrasında ise ASDAL düzeyi yükselmekle birlikte, destek aldığını ve daha önce HD hakkında eğitim aldığını belirten bireylerin puan ortalamaları arasında istatistiki anlamlılık saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, toplam HD süresi ve başka bir kronik

hastalık varlığı gibi değişkenler ile ASD-AL puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi-eğitim sonrası arkadaşlardan (ASD-AR) algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim sonrasında daha önce HD hakkında eğitim alan ve almayan her iki grubun da puan ortalamaları artış göstermiş olup eğitim alanların ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni hal, kiminle yaşadığı, destek alma durumu, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, toplam HD süresi ve başka bir kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile ASD-AR puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Bir hemodiyaliz ünitesi düşünüldüğünde, hasta ile iç içe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir. Hemşire bu konumunu profesyonel yönde kullanarak özellikle hemodiyaliz hastalarında bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarını kullanarak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye katkı verir. Daha önce HD hakkında bilgi alan bireylerin model doğrutusunda aldıkları eğitim sonucunda aileden ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek düzeyleri artışının sebebi hastanın donanımlı ve baş etme yöntemleri konusunda bilgili olmasından kaynaklı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Literatür incelendiğinde; Karadağ ve ark.¹²⁵ tarafından 100 HD hastası ile yapılan çalışmada, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşama durumu ve diğer kronik hastalıkların varlığı gibi sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiki anlamlılık bulunamamıştır. Arkadaşlardan algılanan destek yönünden bakıldığında; eğitim durumu ve gelir durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ortaokul mezunu olan ve gelir durumlarını iyi olarak niteleyen bireylerin arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Theodoritsı ve ark.⁹ tarafından 258 HD tedavisi gören bireyler ile

yaptıkları çalışmalarında evlilerin, ikiden fazla çocuğu olanların, 6 yıldan daha az süredir HD tedavisi gören bireylerin, kendi sağlık durumlarının iyi olduğunu belirten bireylerin, hekimin terapötik istemini düzenli takip edenlerin, diyet kısıtlamasını çok iyi takip edenlerin, damar giriş yolu fistül olanların, tedaviyi gizlemek sorunu yaşamayanların ve yaşamlarının HD makinesine bağımlı olma durumunun yüksek olduğunu belirten bireylerin aileden algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyleri incelendiğinde; 60 yaş altı bireylerin, 6 yıldan daha az süredir HD tedavisi gören bireylerin, hekimin terapötik istemini düzenli takip edenlerin, tedaviyi gizlemek sorunu yaşamayanların ve yaşamlarının HD makinesine bağımlı olma durumunun yeterli seviyede olduğunu belirten bireylerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası BSÖ puan farklarının çeşitli değişkenlere göre dağılımı incelendiğinde, çalışmamızda, modele göre yapılan eğitim öncesinde erkeklerin, tanı konulduktan 5-7 yıl sonra HD tedavisine başlayanların ve haftada iki kez tedavi görenlerin BSÖ puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrasında yapılan karşılaştırmalara göre; erkeklerin ve daha önce HD hakkında eğitilmeyen bireylerin BSÖ puan ortalamaları artış göstermiş olup gruplar arasındaki fark anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş, medeni hal, kiminle yaşadığı, destek alma durumu, ailede HD öyküsü, toplam HD süresi ve başka bir kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile BSÖ puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Kadınların sorumluluklarının fazla olması, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek sorunda kalmaları ve sosyal yaşamlarının kısıtlı olmasının düşük benlik saygısına sebep olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Araştırma bulgularımız literatürde yer alan araştırma sonuçları ile desteklenmektedir. Literatür incelendiğinde; Rezaei ve

Salehi¹⁵ tarafından hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmada benlik saygısı ile cinsiyet, yaş ve meslek arasında anlamlı bir ilişki olduğu; 60 yaş üstü ve emekli erkeklerde benlik saygısı ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Okwaraji ve ark.¹³⁶ tarafından Tip II diyabet hastası ile yapılan çalışmaya göre 31-40 yaşındaki bireylerin ve evlilerin benlik saygısı düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunurken cinsiyet ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mohn ve ark.¹³⁷ tarafından 18-55 yaş arasındaki 178 Tip I diyabetli erişkin birey ile yapılan çalışmada ayakla ilgili problemler yaşama durumunun ve kadın olmanın benlik saygısı düzeyini anlamlı derecede etkilediği; yaş, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu ve çalışma durumunun benlik saygısı düzeyini etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası HSÖ puan farklarının çeşitli değişkenlere göre dağılımı incelendiğinde, çalışmamızda, modele göre yapılan eğitim öncesinde kadınların ve daha önce HD hakkında eğitim alan bireylerin HSÖ puan ortalamaları yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrasında, her iki cinsiyette de stres düzeyleri düşüş göstermekle birlikte kadınların, destek görmediğini belirten bireylerin ve daha önce HD hakkında eğitim alan bireylerin stres düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş, kimlerle yaşadığı, destek alma durumu, diyalize başlama zamanı, ailede HD öyküsü, haftalık HD seans sayısı, HD tedavisi süresi ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerde hemodiyaliz stresör ölçeği toplam puan ortalamalarının düştüğü görülmekle birlikte eğitim öncesi ve sonrasında değişkenler ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde; Akın ve ark.¹³⁴ tarafından yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek değişkeni, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken destek gereksinimi, ilave kronik hastalık varlığı, hastanın kiminle birlikte yaşadığı, hemodiyaliz tedavisi konusunda eğitim alma durumu ve

ilaçlarını bilme durumu değişkenlerine göre hemodiyaliz stresör ölçeği (HSÖ) toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Gelir durumu algısına göre HSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Rayyani ve ark.⁸⁷ tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz stresör düzeyleri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, hemodiyaliz tedavisi süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısı ve böbrek nakli tecrübesine sahip arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında deneyimledikleri stresörlerin yüzdesi ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Ahmad ve Nazly⁸⁴ tarafından 131 HD hastası ile yaptıkları çalışmada aynı ölçeği kullanarak hastaların stres düzeylerini değerlendirmişler ve kadınların erkeklerden daha fazla fizyolojik ve psikososyal strese maruz kaldıklarını saptamışlardır. Kılıç ve Alpar¹³⁵ tarafından 90 HD hastası ile yapılan çalışmada HD hastalarının HSÖ ve alt puanlarında yaş, medeni durum, eğitim durumu ve iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularına göre;

- Deney ve kontrol gruplarının hastalık ve tedavi sürecine ilişkinsosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu,
- Hemodiyalize girme sürelerinin deney ve kontrol grubundaki tüm bireylerde 6 ay – 13 yıl arasında değiştiği,
- Deney grubundaki bireylerin %73.8'inin ve kontrol grubundaki bireylerin %78.6'sının kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığının olduğu,
- Deney grubunun Neuman Sistemler Modeline göre verilen eğitim sonrasında aileden ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin arttığı, benlik saygısı düzeylerinin yükseldiği ve hemodiyaliz stres seviyelerinin fizyolojik ve psikososyal boyutları ile birlikte düştüğü,
- Eğitim verilmeyen kontrol grubunda ise son testte aileden ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin arttığı, benlik saygısı ve hemodiyaliz stres düzeylerinin benzer seviyede kaldığı ve ön test ile arasında fark olmadığı,
- Erkeklerin kadınlara oranla, gençlerin yaşlılara oranla, evlilerin bekarlara oranla, desteği olanların desteği olmayanlara oranla, daha önce HD hakkında eğitim alanların almayanlara oranla verilen eğitimden daha çok yararlandığı sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Hastalığın ve tedavi süresinin ileriki dönemlerinde bireylerin eğitim ihtiyacı arttığından eğitimlere önem verilmesi,
- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin her dönemde desteğe ihtiyacı olduğu göz önüne alınarak bireylerin destek sistemlerinin ve stresle baş etme yöntemlerinin tedaviye uyumsağlamaları amacıyla ön plana çıkarılması,

- Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerin fizyolojik durumlarının yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de desteklemesi,
- Hemşirelik uygulamalarının Neuman Sistemler Modeline göre bireyi her yönüyle kapsayacak biçimde bütün olarak değerlendirmesi,
- Neuman Sistemler Modeli temel alınarak standart bir hemodiyaliz eğitim programının oluşturulması ve bu eğitimin periyodik olarak (ayda bir gibi) hastalara sunularak belli aralıklarla takip edilmesi,
- Hemşirelik modellerinin irdelenmesi ve uygulamada kullanılmasının yaygınlaştırılması için farklı örneklem gruplarında çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012:395-417.
2. Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar- Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2013:111-118.
3. Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Neuman sistemler modeline göre bir vaka çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12:74-81.
4. Özer S, Gökçe S. Neuman sistemler modeli'nin hemodiyaliz tedavisi gören bir olguda uygulanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12:69-77.
5. Atik D, Atik C, Asaf R, Çınar S. The effect of perceived social support by hemodialysis patients on their social appearance anxiety. *Medicine Science*, 2015,4:2210-23.
6. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Mater Sociomed*, 2016, 28:361-365.
7. Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Mater Sociomed*, 2016, 28:338-342.
8. Silva SM, Braidó NF, Ottaviani AC, Gesualdo GD, Zazzetta MS, Orlandi FS. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016, 24:e2752: 1-7.
9. Theodoritsi A, Aravantinou ME, Gravani V, Bourtsi E, Vasilopoulou C, Theofilou P, Polikandrioti M. Factors associated with the social support of hemodialysis patients. *Iran J Public Health*, 2016, 45:1261-1269.

10. Karadağ E, Kılıç SP, Metin Ö. Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nursing and Health Sciences*, 2013, 15:164–171.
11. Jiang H, Wang L, Zhang Q, Liu DX, Ding J, Lei Z, Lu Q, Pan F. Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress Health*, 2015, 31:166-174
12. Yılmaz GA. Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı Ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2014.
13. Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi KM. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Global Journal of Health Science*, 2016, 8:132-136.
14. Soltani-Nejad S, Zeighami M. Study on the effect of quality of life improvement on self-esteem in patients on hemodialysis. *World Family Medicine/Middle East Journal Of Family Medicine*, 2018, 16:149-155.
15. Rezaei L, Salehi S. The relationship between self-esteem and coping styles in patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016, 5:1-6.
16. Jansen DL, Rijken M, Kaptein AA, Boeschoten EW, Dekker FW, Groenewegen PP. The role of social support in dialysis patients' feelings of autonomy and self-esteem: is support more beneficial for patients with specific illness perceptions? *Families, Systems & Health*, 2014, 32: 313-327.
17. Theofilou P. Self-esteem in Greek dialysis patients. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 2012, 6:136-140.

18. Braga LM, Salgad PO, Souza CC, Prado-Junior PP, Prado MRMC, Melo MN, Parreira PMS. The Betty Neuman model in the care of patients with a peripheral venous catheter. *Revista de Enfermagem Referência*, 2018, IV:159-168.
19. Ahmadi Z, Sadeghi T. Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal Experimental, Translational and Clinical*, 2017:1-8.
20. Luz Omara GT, Leticia DS, Fabian CM. Evidence -and Betty Neuman's model-based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit. *Enfermería Global*, 2016, 41:64-77.
21. Angosta AD, Ceria-Ulep CD, Tse AM. Care delivery for Filipino Americans using the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 2014, 27:142 – 148.
22. Yarcheski TJ, Mahon NE, Yarcheski A, Hanks MM. Perceived stress and wellness in early adolescents using The Neuman Systems Model. *The Journal of School Nursing*, 2010, 26:230-237.
23. Sultan B. Application of Betty Neuman Theory in care of stroke patient. *Ann Nurs Pract*, 2018, 5:1092.
24. Özkan S, Öztürk C. Neuman'ın Sistemler Modeli kullanımına bir örnek: Pnömonili bir bebeğin hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 4:109-114.
25. Mert H, Barutçu DC. Neuman Sistemler Modelinin kalp yetersizliğinde kullanımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013, 2:64-70.
26. Güner Ö, Kavlak O. Neuman Sistemler Modeline göre endometriyum kanserli hastanın bakımı: olgu sunumu. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 2015, 4: 94-102.

27. Eren H, Çalışkan N. Neuman Sistemler Modelinin servikal disk herni tedavisi gören bir hastanın hemşirelik bakımı sürecinde kullanılması. *Journal of Human Sciences*,2018, 15:1597-1607.
28. Başarır S, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 10:19-31.
29. Özkan HA, Yaşar S, Akten İM. Hemşirelikte Bakım Kavramı. İçinde: Özkan HA(Editör). *Hemşirelikte Bilim Felsefe ve Bakımın Temelleri*, 1.Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,2014:104.
30. Mollaoğlu M, Arslan S. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.*Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2003, 13:42–46.
31. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum*, 2011, 21:7-14.
32. Wang J, Yue P, Huang J, Xie X, Ling Y, Jia L, Xiong Y, Sund F.Nursing intervention on the compliance of hemodialysis patients with end-stage renal disease: A meta-analysis. *Blood Purif*, 2018, 45:102–109.
33. Uysal H, Karataş C.Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu.*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 4:49 -61.
34. Frazão CM, Medeiros AB, Silva FB, Sá JD, Lira AL. Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm*, 2014, 27:40-3.
35. Brito PV, Silva AJ, Freitas SE, Alessandra GEM.Nursing diagnoses in patients undergoing hemodialysis. *Enfermería Global*, 2014, 34:82-92.
36. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2015-2017*, 10th ed. UK, Wiley Blackwell, 2014.

37. Acaroğlu R, Kaya H. Ana Bölüm 3 NANDA International Hemşirelik Tanıları. İçinde: Acaroğlu R, Kaya H (editörler). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017*, 10. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018:131-455.
38. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 11. Baskı. Ankara, Pelikan Yayınevi, 2018:21-978.
39. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. İzmir, Berke Ofset Matbaacılık, 2013:463.
40. Carpenito-Moyet LJ. *Handbook of Nursing Diagnoses*. Çeviri: Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El kitabı*, 13. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012: 25-680.
41. Albayrak A. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akbayrak N, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A (editörler). *Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut*, 1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 2007:504-513.
42. Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1:57-72.
43. Gülseven B, Oğuz S. Kronik Durumlar. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 3. Baskı. Adana, Nobel Kitapevi, 2009:99-110.
44. Beaglehole R, Jordan EJ, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet*, 2008, 372: 940-949.
45. Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö. Hemodiyaliz hastalarının yeterli diyaliz hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konuda eğitilmesi. *Bozok Tıp Derg*, 2013, 3:36-43.

46. Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18:57-62.
47. Queiroz Frazão CMF, Paiva MGMN, Oliveira Lopes MV. Association between nursing diagnoses and socioeconomic/clinical characteristics of patients on hemodialysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2015, 26:135-140.
48. Horigan AE, Schneider SM, Docherty S, Barroso J. The experience and self-management of fatigue in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 2013, 40:113-122.
49. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ(2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2:27-32.
50. Jafari M, Mannani R, Zarea K. The association between self-concept and self-efficacy in patients under treatment by hemodialysis. *Jundishapur J Chronic Dis Care*, 2015, 4: 6-11.
51. European Renal Care Providers Association. <http://ercpa.eu/index.php/facts-figures/> 18 Mart 2019.
52. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*, Ankara, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2017:3-29.
53. Daugirdas JT. Handbook of Dialysis. Çeviri: Keleş M. *Diyaliz El Kitabı*, 4. Baskı. Ankara, Bahar Yayıncılık, 2011: 45-51.
54. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*, 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2006:1285-1297.
55. Silva RAR, Bezerra MX, Souza Neto VL, Mendonça AE, Salvetti MG. Nursing diagnoses, patient outcomes, and nursing interventions for patients undergoing peritoneal dialysis. *Acta Paul Enferm*, 2016, 29:486-93.

56. Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji, 11. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2007: 406-415.
57. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among endstage renal disease patients. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2005, 58:471-476.
58. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal*, 2012, 6:33-37.
59. Shahdadi H, Rahnama M. Experience of nurses in hemodialysis care: A phenomenological study. *J. Clin. Med*, 2018, 7:1-8.
60. Ahsen A. Hemodiyalizin akut komplikasyonları. *Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe*, 2011, 12:54-60.
61. Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ (2016). Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016, 1:60-72.
62. Checherita IA, Turcu F, Dragomirescu RF, Ciocalteu A. Chronic complications in hemodialysis: correlations with primary renal disease. *Romania Journal of Morphology and Embryology*, 2010, 51:21-6.
63. International Council of Nurses (ICN). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 2010, 1-69, https://www.ghdonline.org/uploads/Delivering_Quality_Serving_Communities_-_Nurses_Leading_Chronic_Care.pdf 27 Ekim 2018.
64. Strupeit S, Buss A, Dassen T. Effectiveness of nurse-delivered patient education interventions on quality of life in elders in the hospital: A systematic review. *Applied Nursing Research*, 2016, 32:217-221.
65. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12:67-73.

66. Parvan K, Lakdizaji S, Mohammadpoorasl A, Crowley M, Baghdeli Aboutalebi M(2016). The effect of an educative intervention about blood pressure control on levels of knowledge and self efficacy in patients undergoing hemodialysis: A randomized clinical trial. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*,2016, 5:249-255.
67. Bahramnezhad F, Asgari P, Zolfaghari M, Asfhar PF. Family-Centered education and its clinical outcomes in patients undergoing hemodialysis short running. *Iran Red Crescent Med J*, 2015, 17:1-7.
68. Abo Deif HI, Elswawi K, Selim M, NasrAllah MM. Effect of an educational program on adherence to therapeutic regimen among chronic kidney disease stage5 (CKD5) patients under maintenance hemodialysis. *Journal of Education and Practice*, 2015, 6:21-34.
69. Baraz SH, Parvardeh S, Mohammadi E, Broumand B. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66:60–68.
70. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2008, 1:42-50.
71. Alligood MR. Philosophies, models, and theories: critical thinking structures. In:Alligood MR, Tomey AM (Eds).*Nursing theory: Utilization & application*, 3rd ed. New York, Mosby Elsevier, 2006:43-61.
72. Alkaya SA. Betty Neuman Sistemler Modeli. İçinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG(Editörler).*Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*,1. Baskı. İstanbul,Akademi Basın ve Yayıncılık, 2017:543.

73. Ekim A, Manav G, Ocakçı AF. Ülkemizdeki teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5:157-161.
74. Khatiban M, Oshvandi K, Borzou SR, Moayed MS. Outcomes of applying Neuman System Theory in intensive care units: A systematic review. *Crit Care Nurs J*. 2016, 9:1-7.
75. Aronowitz T, Fawcett J. Thoughts about conceptual models of nursing and health policies. *Nursing Science Quarterly*, 2015, 28: 88 –91
76. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*, 8th Ed. St. Louis, Mosby/Elsevier Health Sciences, 2014:281-293.
77. Fawcett J, Madeya SD. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 3rd Ed. Philadelphia, F.A. Davis Company, 2013:138-179.
78. Turner SB, Kaylor SD. Neuman Systems Model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing Science Quarterly*, 2015, 28:213 –217.
79. Almeida NG, Oliveira MR, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC, Torres RAM, Fialho AVM. Betty Neuman Systems Model: Analysis according to Meleis. *SOJ Nur Health Care*, 2018, 4:1-6.
80. Neuman B, Fawcett J. *The Neuman Systems Model*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2011.
81. Arreguy-Sena C, Marques TO, Souza LC, Alvarenga-Martins N, Krempser P, Braga LM, et al. Construction and validation of forms: systematization of the care of people under hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2018, 71:379-90.

82. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. *Kozier and Erb's Fundamentalsof Nursing Concepts, Process and Practice*. 8thEd. New Jersey, Pearson Education, 2008:46-47.
83. Tu HY, Shao SH, Wu FJ, Chen SH, Chuang YH. Stressors and coping strategies of 20-45 year old hemodialysis patients. *Collegian*, 2014, 21:185-192.
84. Ahmad MM and Al Nazly EK. Hemodialysis: Stressors and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 2014:1-11.
85. Kara B. Treatment-related stress and coping: an important consideration in patients on hemodialysis. *Nurs Palliat Care*, 2018, 3:1-1.
86. Köse BG, Demirbağ BC. Neuman Açık Sistemler Modeline göre bir vaka değerlendirmesi çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6:326-332.
87. Rayyani M, Shahrokhi Z, Sabzevari S, Haghdoust AA. Stressors and Coping strategies in dialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs*, 2014, 6:184-193.
88. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 2014, 51:208–216.
89. Wang Y, Haslam M, Yu M, Ding J, Lu Q, Pan F. Family functioning, marital quality and social support in Chinese patients with epilepsy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015, 13:1-8.
90. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017, 1:36-42.

91. Davaridolatabadi E, Abdeyazdan G. The Relation between perceived social support and anxiety in patients under hemodialysis. *Electronic Physician*, 2016, 8: 2144-2149.
92. Aghakhani N, Sharif F, Molazem Z, Habibzadeh H. Content analysis and qualitative study of hemodialysis patients, family experience and perceived social support. *Iran Red Crescent Med J*, 2014, 16:1-5.
93. Biçer S, Bayat M. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *FSHD*, 2012, 7:1-21.
94. Cohen SD. Social Support Interventions will improve the quality of life of ESRD patients. *Seminars in Dialysis*, 2013, 26:262–265.
95. Mutlu E, Duyan V. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1:25-38.
96. Mruk CJ. *Self-esteem, Research, Theory and Practice Toward a Positive Psychology of Self-Esteem*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2006:23-234.
97. Çapoğlu B. Hemodiyaliz hastalarında başa çıkma tarzı, benlik saygısı ve kontrol odağının yaşam kalitesi ile ilişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
98. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. İçinde: Durna Z (Editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:326.
99. Shahgholian N, Tajdari S, Nasiri M. Reviewing and comparing self-concept in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2012, 17:85-90.

100. Jansen DL, Rijken M, Heijmans M, Boeschoten EW. Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: the importance of illness and treatment perceptions. *Psychology & Health*,2010, 25:733-749.
101. Aksoy A, Oğur S. Bitlis ilinde rutin olarak diyaliz ünitesine bağlanan diyaliz hastalarının sıkıntı durumlarının belirlenmesi. *Beü Fen Bilimleri Dergisi*, 2015, 4:112-121.
102. Neuman B. The Neuman Systems Model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*,1996, 9: 67-70.
103. Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nurs Sci Q*, 2001,14:339-45.
104. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization & Application*.3rd ed. America, Mosby Company, 2006:307–333.
105. Horigan AE, Barroso JV. A comparison of temporal patterns of fatigue in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 2016, 43:129-138, 148.
106. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner Sistem Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F(Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011:941-50.
107. Eskin M. Reliability, of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales. *Journal of Clinical Psychology*, 1993, 49:515-522.
108. Kahriman İ, Polat S. Adölesanlarda aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2003, 6:13-24.
109. Turan N, Tufan B. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin (SEI) Geçerlik Güvenirlik Çalışması. İçinde: 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul,1987:816-817.

110. Kara B. Hemodiyaliz Stresör Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 2006, 2:64-71.
111. Kara B, İşcan B. Hemşirelerin hemodiyaliz hastalarında algıladıkları stresörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2006, Şubat:57-64.
112. Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: A systematic review and meta analysis. *Kidney Blood Press Res*, 2017, 42:717-727.
113. Çınar S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2009, 1:12-8.
114. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi. *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11:631-8.
115. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017, 1:20-28.
116. Şanlıtürk D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2018, 1:17-25.
117. Bender MD, Dykowska G, Żuk W, Milewska M, Staniszevska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Preference and Adherence*, 2018, 12:577–583.
118. Akyol A, Yurdusever S, Kırkayak AT, Sifil HM, Ecder T. Hemodiyaliz hastalarının uyku sorunlarına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Türk Nefroloji*,

Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2017, 2:49-57.

119. Akça KN, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1:15-22.
120. Jahanpeyma P, Makhdoomi K, Sajadi SA. The effect of nutrition education program on biochemical parameters among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Crit Care Nurs J*, 2017, 3:1-5.
121. Cristóvão AFAJ. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, 2015, 68:842-50.
122. Chironda G, Bhengu B. Engagement with fluid and dietary restriction among chronic kidney disease (ckd) patients in selected public hospitals of KwaZulu-Natal (KZN) province, South Africa. *Health Science Journal*, 2016, 10:1-9.
123. Gerogianni S, Babatsikou F, Gerogianni G, Koutis C, Panagiotou M, Psimenou E. Social life of patients undergoing haemodialysis. *International Journal of Caring Sciences*, 2016, 9:122-128.
124. Gerogianni SK, Babatsikou FP. Social aspects of chronic renal failure in patients undergoing haemodialysis. *International Journal of Caring Sciences*, 2014, 7:740-745.
125. Karadag E, Ugur O, Mert H, Erunal M. The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. *Journal of Basic Clin Health Sci*, 2019, 3:9-15.
126. Krespi MR, Küntüz İS. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal faktörlerin duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 2017, 2:1-10.

127. Mıstık S, Ünalın D, Tokgöz B. The effect of depression and perceived social support systems on quality of life in dialysis patients. *Turk Neph Dial Transpl*, 2017, 26:23-28.
128. Kaya B, Taşkıpan H, Ateş F, Taycan SE. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik bozukluklar, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 2012, 15:144-152.
129. Darvishi A, Otaghi M, Mami S. The effectiveness of spiritual therapy on spiritualwell-being, self-esteem and self-efficacy in patientson hemodialysis. *Journal of Religion and Health*, 2019, January:1-12. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1>
130. Vicdan AK, Karabacak BG. Roy Adaptasyon Modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *International Journal of Human Sciences*, 2014, 11:209-220.
131. Mehri K, Fatemeh D, Enayatollah S, Farhad K, Maryam G. Effect of stress inoculation program on self-esteem of Iranshahr hemodialysis patients. *Int J Sci Stud*, 2017, 5:6-10.
132. Gerogianni GK, Babatsikou FP. Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health Science Journal*, 2013, 7:169-176.
133. Gorji MA, Mahdavi A, Janati Y, Illayi E, Yazdani J, Setareh J, Panjaki SAH, Gorji AMH. Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in educational hospitals of northern Iran. *Indian J Palliat Care*, 2013, 19:166–169. doi:10.4103/0973-1075.121533
134. Akın S, Taşköprü İ, Özdiilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z(2010). Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans

- durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2010, 7:16-25.
135. Kılıç HF, Alpar ŞE. The effect of group training implemented on hemodialysis patients for their stress management, psychosocial adjustment and self-care strength. *International Journal of Human Sciences*, 2016, 13:754-767.
136. Okwaraji FE, Onyebueke GC, Nduanya CU, Nwokpoku EN. Life satisfaction, self esteem and mental health in a sample of diabetic out-patients attending a Nigerian tertiary health institution. *The Journal of Medical Research*, 2017, 3:60-65.
137. Mohn J, Igland J, Zoffmann V, Peyrot M, Graue M. Factors explaining variation in self-esteem among persons with type 1 diabetes and elevated HbA1c. *PLoS ONE*, 2018, 13:e0201006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201006>

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Ayşe Aslı OKTAY
Doğum tarihi: 01.04.1987
Doğum Yeri: Şanlıurfa
Medeni Hali: Bekar
Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti
Adres: KSÜ Sağlık Bilimleri fakültesi Bahçelievler Yerleşkesi
Tel: 05070192016
Faks:
E-mail: a_oktay1341@hotmail.com
Eğitim
Lise: Kahramanmaraş Lisesi
Lisans: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ)
Yüksek Lisans: Harran Üniversitesi
Doktora: Atatürk Üniversitesi
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: 70
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Onkoloji Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Hemşirelik Esasları

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Doktora Tezi olarak Prof.Dr.Mağfiret KAŞIKÇI danışmanlığında sunulan “**Hemodiyaliz Hastalarına Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi**” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	7	15
Genel Bilgiler	18	30
Materyal ve Metod	22	35
Bulgular	10	10
Tartışma	13	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 25 / 06/ 2019

Öğrenci Adı-Soyadı

Ayşe Aşlı OKTAY

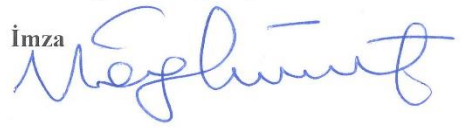
İmza



Danışman Adı-Soyadı

Prof.Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

İmza

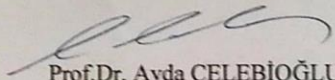
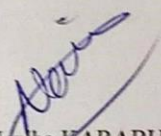
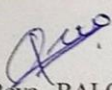
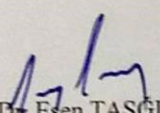
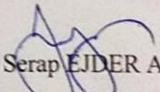


* Tez ile ilgili YÖK TEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih vesayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih vesayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU	
Sayı:2016/12/04		Tarih:09 /01/2017
 Araştırmanın Adı: “ Hemodiyaliz Hastaların Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi ”		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	(X)	
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	()	
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	()	
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 30.12.2016 tarihinde yapılan toplantısında “Hemodiyaliz Hastaların Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi ” konulu Prof..Dr.Mağfiret KAŞIKÇI ve Öğrenci Ayşe Aslı OKTAY 'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
 Prof.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU Başkan		
 Prof.Dr.Nazlıha KARABULUT Üye	 Prof.Dr.Reva BALCI AKPINAR Üye	
 Doç. Dr. Esen TAŞGIN Üye	 Doç. Dr. Serap EJDER APAY Sekreter/Raportör	

EK-4. HASTA TANITICI FORMU

Değerli katılımcı, Bu anket formunda sizin yaşantınız ve hastalığınız ile ilgili bazı bilgilere yer verilmiştir. Anket formunda isim belirtmenize gerek yoktur. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet ve ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

Ayşe Aslı OKTAY

Denek No:

Kurum:

1.Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz?

1) Kadın

2) Erkek

3- Boy: cm

Kilo: kg

BKİ:

4- Eğitim durumunuz?

1) Okur-yazar

2) İlkokul mezunu

3) Ortaokul mezunu

4) Lise mezunu

5) Üniversite mezunu

5- Mesleğiniz nedir?.....

6- Mesleğinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

1) Hiç çalışmadım

2) 0-3 yıl

3) 4-6 yıl

4) 7-9 yıl

5) 10 yıl ve üzeri

7- Sosyal güvenceniz var mı?

1) Güvencem yok

2) SGK

3) Yeşil Kart

4) Özel sağlık sigortası

8- Medeni haliniz?

1)Evli

2)Bekar

3) Diğer.....

9- Evli iseniz; çocuğunuz var mı?

1)Evet

2)Hayır

10- Gelir durumunuzu nasıl buluyorsunuz?

1) İyi

2)Orta

3)Kötü

11- Kiminle yaşıyorsunuz?

() Yalnız

() Eş ve çocuk

() Anne ve baba

() Diğer....

12- Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

1) Evet

2) Hayır

13- Bakımınıza destek olan başka kişiler kimlerdir?

1) Aile

2) Arkadaşlar

3) Meslektaşlar

4) Hemşireler

5) Diğer sağlık personeli

6) Diğer.....

14- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler sizi hangi açılardan destekliyorlar?

(Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

1) Fiziksel açıdan

2) Ekonomik açıdan

3) Ruhsal açıdan

15- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar sonra diyaliz tedavisi görmeye başladınız?

1) İlk 1 ay içinde

2) ...ay ...yıl sonra

16- Ailenizde sizden başka hemodiyaliz tedavisi gören birey oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

17- Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

- 1) 1 kez 2) 2 kez 3) 3 kez 4) 4 kez

18- Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

.....ayyıl

19- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

20- Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

- 1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) Romatizma 4) Kalp sorunları 5) Diğer

21- Hemodiyaliz tedavisi görmeye başlayınca buna yönelik eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

22- Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldıysanız, sizce bu eğitim yeterli miydi?

- 1) Evet 2) Hayır

23- Hemodiyaliz tedavisine başlamakla yaşamınızda ne tür değişiklikler yaşadınız?

(Cevaplarken birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Psikolojik Alanda;

- 1) Değişiklik olmadı. 2) Öfke 3) Ümitsizlik 4) Hayal kırıklığı
5) Endişe 6) Ölüm korkusu 7) Çabuk sinirlenme 8) Kendine güvensizlik
9) Stres 10) Bağımlılık duygusu 11) Gelecek kaygısı

Sosyal Alanda;

- 1) Değişiklik olmadı 2) İş kaybı 3) Sosyal etkileşimin azalması
4) Sosyal etkileşimin artması 5) Sosyal etkileşimde bozulma 6) Aile içi ilişkilerde bozulma
7) Yaşam tarzında değişim 8) Rollerini yerine getirmede değişim

Fiziksel Alanda;

- 1) Değişiklik olmadı 2) Tansiyon değişiklikleri 3) Halsizlik 4) Bulantı-kusma
5) İştahsızlık 6) Cinsel sorunlar 7) Kaşıntı 8) Baş ağrısı
9) Cilt sorunları (Pullanma, renk değişimi) 10) Nefes darlığı 11) Uyku sorunları
12) Diğer (...)

Ekonomik Alanda; 1) Değişiklik olmadı 2) Ekonomik sorun

EK-5. NEUMAN SİSTEMLER DEĞERLENDİRME FORMU

İÇKİŞİSEL STRESÖRLER

1.Fizyolojik alan

1) Ne kadar zamandır hastalığınız var? ay/yıl

2) Önerilen diyet programına uyuyormusunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

3) Önerilen ilaç tedavisine uyuyormusunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

4) Sıvı kısıtlaması sizin için ne kadar önemlidir?

1) Çok önemli 2) Biraz önemli 3) Önemli 4) Önemsiz

2.Psikolojik Alan

1) Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki düşüncelerinize en yakın tanım hangisidir?

1) Mükemmel 2) Çok iyi 3) İyi 4) Orta (fena değil) 5) Kötü

3.Sosyo-kültürel alan

1) Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)

1) Çoğu zaman 2) Epey zaman 3) Bazen 4) Ara sıra 5) Hiç bir zaman

4.Gelişimsel alan

1) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) Bir yıl öncesinden çok daha iyi
2) Bir yıl öncesinden biraz iyi
3) Hemen hemen aynı
4) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
5) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

5.Ruhsal alan

1) Kendinizi yaşam dolu olarak hissediyor musunuz?

1) Çoğu zaman 2) Epey zaman 3) Bazen 4) Ara sıra 5) Hiç bir zaman

2) Yorgunluk hissediyor musunuz?

1) Çoğu zaman 2) Epey zaman 3) Bazen 4) Ara sıra 5) Hiç bir zaman

3) Mutlu bir insan mısınız?

1) Çoğu zaman 2) Epey zaman 3) Bazen 4) Ara sıra 5) Hiç bir zaman

4) Çok sinirli bir insan mısınız?

- 1) Çoğu zaman 2)Epey zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5)Hiç bir zaman

5)Kendinizi sakin ve barışçı hissediyor musunuz?

- 1) Çoğu zaman 2)Epey zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5)Hiç bir zaman

KİŞİLERARASI STRESÖRLER

1) Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

- 1) Hiç etkilemedi 2) Çok az 3)Orta derecede 4)Epeyce 5)Çok fazla

2) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

3)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?

- 1) Evet 2) Hayır

4)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)

- 1) Evet 2) Hayır

5) Kendinizi aile üyelerine bağımlı hissediyor musunuz?

- 1) Çoğu zaman 2)Epey zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5)Hiç bir zaman

6)Aile içi süreçlerde rollerinizi kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1) Çoğu zaman 2)Epey zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5)Hiç bir zaman

7) Kendinizi çevrenizden ve başkalarından izole etmek ihtiyacı duyuyormusunuz?

- 1) Çoğu zaman 2)Epey zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5)Hiç bir zaman

DIŞKİŞİSEL STRESÖRLER

1.Tedavi merkezine ulaşım konusunda aksaklık yaşıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

2. Hemodiyalize uyumda sosyoekonomik düzeyiniz ne kadar etkilendi?

- 1) Hiç etkilemedi 2) Çok az 3)Orta derecede 4)Epeyce 5)Çok fazla

EK-6. NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE HASTA

EĞİTİMİ REHBERİ

Neuman'a göre hemşirelik bireylerin stresörlere tepkisini etkileyen tüm değişkenlerle ilişkili olan tek meslektir. Hemşireliğin primer hedefi hasta sistem dengesine ulaşmak ve korumaktır. Hemşire, sistemi dengede tutmak için üç koruma düzeyinde girişimlerini ve eğitim planını gerçekleştirmektedir.

Eğitimin İçeriği:

Birincil önlemler

1. Böbrek yetersizliği ve organizmaya etkileri
2. Böbrek yetersizliğinin nedenleri ve hemodiyaliz tedavisinin gerekliliği
3. Hemodiyaliz temel ilkelerinin tanımlanması
4. Hemodiyaliz tedavisi sırasında görülebilecek yaygın sorunlar, önlenmesi ve yönetimi,
5. Önerilen ilaç tedavisi, kullanma yöntemi olası yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, diyaliz uygulanan ve uygulanmayan günlerde ilaç tedavisinin nasıl uygulanacağı

İkincil Önlemler

1. Diyet ve sıvı kısıtlaması, nedenleri, kısıtlamaya uyulmaması durumunda yaşanabilecek sorunlar
2. Sıklıkla yapılan laboratuvar değerlendirmeleri, sonuçları ve uygulama yöntemleri
3. Sıvı yüklemesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
4. Damar girişim yolunun bakımı, yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti ve bulgularının neler olduğu, komplikasyonların nasıl önleneceği
5. Kaşıntı nöropati ve böbrek yetersizliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler

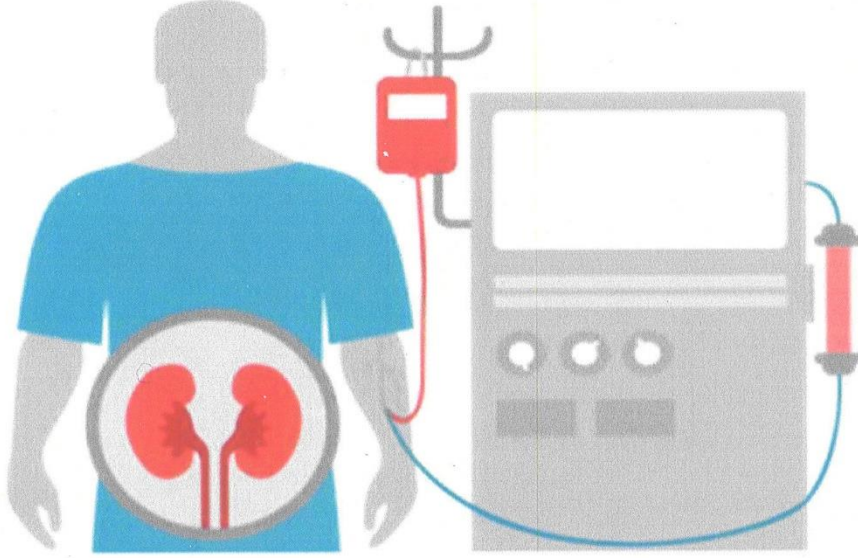
Üçüncül Önlemler

1. Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri
2. Diyaliz tedavisi için mali olanaklar ve destek kaynaklarının neler olduğunun belirlenmesi
3. Tedaviye uyumu arttıran sosyal destek sistemleri
4. Hastalık ve tedaviye uyumda baş etme yöntemleri
5. Yaşamda bireysellik, umut, umutsuzluk, yaşam doyumu, öz saygı kavramları

NEUMAN SİSTEMLER KURAMINA GÖRE HASTA EĞİTİMİ
REHBERİ



*Hemodiyalizi
Öğrenelim*



HAZIRLAYAN : AYŞE ASLI OKTAY
DANIŞMAN : PROF DR. MAĞRİFET KAŞIKÇI

EK-7. AİLEDEN VE ARKADAŞLARDAN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda, çoğu insanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için : EVET, . HAYIR ve BİLMİYORUM olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (X) koyarak belirtiniz.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.Ailem bana gereğince manevi destek olur.			
2.Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.			
3.Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.			
4.Ailemde kendime yakın hissettim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum.			
5.Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
6.Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.			
7.Ailemizdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
8.Ailemin duygusal desteğine güvenirim			
9.Ailemde , bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağımı düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.			
10.Ailemle çeşitli konulardaki düşüncemizi birbirimize açık açık söyleriz.			
11.Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
12.Ailemde ki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.			
13.Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.			
14.Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
15.Ailemizdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.			
16.Ailemizdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
17.Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.			
18.Ailem problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerimi sanıyorum.			
19.Ailemdeki hiç kimseyle diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar,yakın bir ilişkim yok			
20.Ailemin çok daha varlıklı olmasını isterdim.			

YÖNERGE:Aşağıda,çoğu insanınarkadaşlarıyla ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (X) koyarak belirtiniz.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.Arkadaşım bana gereğince manevi destek olurlar.			
2.Pek çok insan arkadaşına benim arkadaşıma olduğumdan daha yakındır.			
3.Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
4.Bazı arkadaşlarım sorunlarını doğrudan veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
5.Arkadaşlarımın duygusal desteğine güvenirim.			
6.Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduklarını sezsem , bunu kimseye söylemem.			
7.Kendimi arkadaş çevrem dışında hissediyorum.			
8.Bir derdim olduğunda, sonradan komik kaçacağımı düşünmeden gidip konuşabileceğim bir arkadaşım var.			
9.Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
10.Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı değildir.			
11.Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.			
12.Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.			
13.Arkadaşlarımın bazılarıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
14.Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler alırlar.			
15.Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
16.Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.			
17.Arkadaşlarımın problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
18.Arkadaşlarımla aramda diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar, yakın bir ilişkim yok.			
19.Geçenlerde bir şeyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımdan birisinden iyi bir fikir alırım.			
20.Arkadaşlarımın çok daha farklı olmasını isterdim.			

EK-8. COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

İnsanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler aşağıda yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını ‘benim gibi’ , uygun olmayanlarını ise ‘benim gibi değil’ sütununa (x) işareti koyarak belirtiniz. İnsanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler aşağıda yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını ‘benim gibi’ , uygun olmayanlarını ise ‘benim gibi değil’ sütununa (x) işareti koyarak belirtiniz.

Benim	Benim gibi değil	
()	()	1.Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam
()	()	2.Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir
() isterdim	()	3.Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek
()	()	4.Karar vermede fazla zorluk çekmem
()	()	5.İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar
()	()	6.Evde kolayca moralim bozulur
()	()	7.Yeni şeylere kolay alışamam
()	()	8.Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim
()	()	9.Ailem genellikle duygularıma önem verir.
()	()	10.Başkalarının söylediğini kolayca kabul ederim.
()	()	11.Ailem benden çok şey bekler
()	()	12.Benim yerimde olmak oldukça zordur.
()	()	13.Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum
()	()	14.Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.
()	()	15.Kendimi yetersiz buluyorum
()	()	16.Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum
()	()	17.Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam
()	()	18.Başkaları kadar güzel / yakışıklı değilim
()	()	19.Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam
()	()	20.Ailem benim duygularımı anlar
()	()	21.Çok sevilen bir kimse değilim
()	()	22.Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.
()	()	23.Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar
()	()	24.Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm
()	()	25. Güvenilir bir kimse olmadığımı düşünüyorum.

EK-9. HEMODİYALİZ STRESÖR ÖLÇEĞİ

Açıklama: Lütfen aşağıdaki 29 maddeyi dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizde hangi sıklıkla sıkıntıya neden olduğunu, uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Eğer varsa, 30. Maddede tedavi (hemodiyaliz) ile ilgili size sıkıntı veya stres uyandıran diğer problemleri belirtiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Sıvı alımının kısıtlanması					
2. Kas krampları					
3. Yorgunluk					
4. Gelecekle ilgili belirsizlik					
5. Yiyecek kısıtlanması					
6. İş yaşantısının etkilenmesi					
7. Kaşın					
8. Fiziksel aktivitelerde kısıtlanma					
9. Beden görünümündeki değişiklikler					
10. Damar yoluna girişle ilgili yaşanan sorunlar					
11. Bulantı ve kusma					
12. Tedavinin süresi					
13. Tatil için yer ve zaman sınırlandırılması					
14. Sağlık personeline bağımlılık					
15. Sosyal yaşamda kısıtlanma					
16. Aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişiklikler					
17. Tedavinin maliyeti					
18. Bedensel işlevlerde kayıp					
19. Cinsel istekte azalma					
20. Eklemelerin sertleşmesi					
21. Giyim tarzlarında kısıtlanma					
22. Başkalarına bağımlılık					
23. Diyaliz ünitesine geliş ve gidişler					
24. Hastaneye sık sık gelme zorunluluğu					
25. Uyku sorunları					
26. Eşi ile ailedeki rollerinin tersine dönmesi					
27. Yalnız kalma korkusu					
28. Çocukları ile ailedeki rollerinin tersine dönmesi					
29. Çocuk sahibi olma yeteneğinde azalma					
30. Diğer					

EK-10. KURUM İZİNLERİ BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/04/2017-E.14815



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92860489-302.08.01
Konu : Uygulama İzni (Ayşe Aslı OKTAY)

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 01/03/2017 tarihli ve 1700065135 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden, Atatürk Üniversitesi Doktora Programı öğrencisi Ayşe Aslı OKTAY'ın, "Hemodiyaliz Hastalarına Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Yönelik Uyuma Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi" konulu tez çalışması talebi ile ilgili, Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın görüşü alınmış olup, cevabi yazı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. İsrail ORHAN
Başhekim

Ek:Cevabi Yazı (2 sayfa)

**BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR.**

12/04/2017 Memur
12/04/2017 Hastane Müdürü
12/04/2017 Başhekim Yardımcısı

: Tuba YAĞLICI
: Sadullah BAL
: Doç. Dr. Mehmet ACIPAYAM

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aşar Kampüsü, 46100 -
Onikişubat/Kahramanmaraş
Telefon No: +90 (344) 300 40 57 Faks No: +90 (344) 300 40 68
E-Posta: hastane@ksu.edu.tr İnternet Adresi: http://hastane.ksu.edu.tr

Bilgi İçin: Tuba YAĞLICI
Unvan: Memur
Telefon No: 0344/3004057

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



HİZMETE ÖZEL
T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 72011914-900
Konu : Uygulama İzni (Ayşe Aslı OKTAY)

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 07/03/2017 tarihli ve 9755 sayılı yazı,

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın *Uygulama İzni (Ayşe Aslı OKTAY)* konulu yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tufan MERT
Dekan V.

Ek:Uygulama İzni (Ayşe Aslı OKTAY) (1
sayfa)

HİZMETE ÖZEL

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi - Aşar Mah. Batı Çevreyolu Blv. No: 251/A
46040 - Onikişubat/Kahramanmaraş
Telefon No: +90 (344) 300 34 08 Faks No: +90 (344) 300 34 09
E-Posta: genelsekreterlik@ksu.edu.tr İnternet Adresi: http://tipfakultesi.ksu.edu.tr/

Bilgi için: Mevlüt KUMRU
Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 72011914-900
Konu : Uygulama İzni (Ayşe Aslı OKTAY)

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 08/03/2017 tarihli ve 10166 sayılı yazı,

İlgi: Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nin 07.03.2017 tarih ve 9755 sayılı yazısı .

Ayşe Aslı OKTAYın söz konusu çalışma başvurusu değerlendirilmiş ve tarafımda uygun bulunmuştur.

Saygılarımla
Doç.Dr.Özkan Güngör
Nefroloji BD Başkanı

e-imzalıdır
Doç. Dr. Özkan GÜNGÖR
Bilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kahramanmaraş İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

KAHRAMANMARAŞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - KAHRAMANMARAŞ İLİ KHBGS
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
07/03/2017 16:35 - 65130477 - 044 - E 1674
00040810816

Sayı : 65130477/044
Konu : Anket Uygulama İzni

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi : 01/03/2017 tarih ve 88179374-302.08.01-E.1700065110sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızla, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı öğrencisi Ayşe Aslı OKTAY'ın "Hemodiyaliz Hastalarına Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını 01/02/2017-01/12/2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Necip Fazıl Şehir Hastanesi Hüsnü Öksüz Diyaliz Merkezinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Semih YANCAR
Genel Sekreter

Yörükselim Mahallesi Gazi Mustafa Kuşçu Caddesi No:22 Onikişubat
Kahramanmaraş
Faks No:

e-Posta: dilek.fettahoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Kahramanmaraş İdari hizmetler
Başkanlığı

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d8a37648-7a2e-480b-bde6-de57ea620fd4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Dilek FETTAHOĞLU

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: (0344 223 74 25 / 2123)

EK-11. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın adı: “Hemodiyaliz Hastalarına Neuman Sistemler Kuramına Göre Tedaviye Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi”

HD tedavisine bağlı yoğun komplikasyonlar ve stresörlere karşı hastanın uyumu çok önemlidir. Bu uyum ise hastanın bilinçlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu anlamda HD hastaları hemşireler tarafından eğitim süreçlerine tabi tutulup, bu eğitimlerin sağlık davranışına dönüşme sürecini değerlendirilmeli ve gözlemlenmelidir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan bireylere Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda verilen eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yapacağımız bu araştırma sağlık açısından herhangi olumsuz etkiye yol açmayacağı düşünülmekte olup Diyaliz Merkezi’nde takip edilen hemodiyaliz hastalarına Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda evlerinde bir bir eğitim verilecek, eğitim verilmeden önce ve eğitim verildikten sonra anket formu doldurulacaktır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaç için kullanılacak olup hiçbir şekilde başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır. İstedığınız zaman bize başvurarak çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Çalışmadan sonradan ayrılma isteminiz karşısında sizden alınan örnekler çalışmaya dahil edilmeyecektir. Katılmanız durumunda yapılan analiz sonuçları sizlere bildirilecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden ek bir ücret talep edilmeyecek ve size de bir ücret ödenmeyecektir. Kararınızı vermeden önce lütfen bu formu dikkatle okuyarak araştırmaya katılmaya karar vermeniz halinde imzalayınız.

Katılımcı beyanı:

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilimdalı Doktora Öğrencisi Ayşe Aslı OKTAY tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

İmza

EK-12. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



DOKTORATEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için) (FORM: 22)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Ayşe Aslı OKTAY
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Hemşirelik Fakültesi
Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Danışmanı : Prof.Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Ortak Danışman :

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 02.07.2019 ve 2019-27/08 sayılı kararıyla oluşturulantez savunma sınavı jürisi,Hemodiyaliz Hastalarına Neuman Sistemler Kuramına göre Tedaviye,Uyuma Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi başlıklı **doktoratezini** incelemiş ve adayı 16.07.2019 tarihinde, saat 10 :00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda,ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,
- ☒ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının Neuman Sistemler Kuramına Göre Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarına Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi olarak düzenlenmesine,
- ☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Prof. Dr. Nurten KAYA	
Üye	:Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI	
Üye	:Prof. Dr. Papatya KARAKURT	
Üye	:Prof. Dr. Neziha KARABULUT	
Üye	:Doç. Dr. Afife YURTTAŞ	
Üye	:.....	
Üye	:.....	