



**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA ÖZ
BAKIM DESTEKLİ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN
HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE
HASTALIK UYUMUNA ETKİSİ**

Abdullah GERÇEK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

Doktora Tezi-2021

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA ÖZ BAKIM DESTEKLİ
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE
HASTALIK UYUMUNA ETKİSİ**

Abdullah GERÇEK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları Doktora Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

**MALATYA
2021**

KABUL VE ONAY SAYFASI



İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri.....	7
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular.....	7
2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı	9
2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri	10
2.1.7. Hemodiyaliz Tedavisi	11
2.1.8. Kronik Böbrek Yetmezliği Komplikasyonları.....	12
2.1.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı	13
2.2. Öz Bakım Kavramı	13
2.2.1. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım	15
2.3. Hastalığa Uyum	15
2.3.1. Hemodiyaliz Hastalığına Uyum.....	16
2.4. Motivasyonel Görüşme.....	18
2.4.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri.....	20
2.4.2. Motivasyonel Görüşmenin Parametreleri	21
2.4.3. Motivasyonel Görüşme Süreci.....	22
2.4.4. Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelikte Kullanımı ve Kullanıldığı Alanlar.....	24
3. MATERYAL VE METOT	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26

3.4. Randomizasyon.....	27
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.6. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	28
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	28
3.6.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ).....	29
3.6.3. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ).....	29
3.6.4. Hastaya Özgü Metabolik Değişkenler Formu	30
3.7. Verilerin Toplanması	31
3.8. Araştırma süreci.....	32
3.8.1. Araştırma kapsamına alınan hastalara başlangıçta (ön test aşamasında) aşağıda maddeler halinde verilen uygulamalar yapıldı.....	34
3.8.2. Ön test verilerinin toplanmasından sonra hasta gruplarında (deney ve kontrol grubu) verilerin toplanma süreci.....	35
3.9. Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşme Programı	36
3.10. Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi	39
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri	40
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	82
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	82
EK-2. Metabolik Değişkenler Formu	83
EK-3. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği.....	84
EK-4. Öz Bakım Gücü Ölçeği	85
EK-5. Öz Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi.....	87
EK-6. Gönüllü Onam Formu	89
EK-7. Etik Kurul Onayı Formu	90
EK-8. Kurum İzin Formu.....	91
EK-9. Motivasyonel Görüşme Katılım Belgesi.....	92
EK-10. “Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi” İçin Uzman Görüşleri Listesi.....	93

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalıŐmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyip yakından hissettiren, doktora eğitimim boyunca samimiyeti, sıcaklığı ve anlayıŐı için çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ'a en derin sayđı ve Őükranlarımı sunarım.

Tez izleme komitemde yer alan ve tez çalıŐmam süresince bana yol gösteren, kıymetli önerileri ile katkı sağlayan değerli hocalarım, Sayın Dr. Öğretim Üyesi ZELİHA CENGİZ ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi HACER ÜNVER hocalarıma, Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde alıŐan araştırma süresi boyunca yardımlarımı esirgemeyen Uzm. Dr. Cihan HEYBELİ'ye ve hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemŐirelere, hemodiyaliz tedavisi alan sevgili hastalarım, hayatımda varlığıyla bana huzur ve güç veren, yoğun tez dönemimde beni sabırla destekleyen anlayıŐ gösteren sevgili aileme, eŐime ve biricik kızım Reyyan'a sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Abdullah GERÇEK

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşmenin Hastaların Öz Bakım Gücü ve Hastalık Uyumuna Etkisi

Amaç: Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücüne, hastalık uyumuna ve metabolik değişkenlerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma 77 hasta ile tamamlandı. Verilerinin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Hastaya Özgü Metabolik Değişkenler Formu kullanıldı.

Bulgular: Motivasyonel görüşme öncesi ön test KHUÖ psikolojik uyum alt boyut ve ÖBGÖ toplam puanları hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında benzer değerlerde olduğu ($p>0.05$). Motivasyonel görüşme sonrası deney grubunun (son test ve izlem testi) KHUÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, kontrol grubu puan ortalamalarına göre önemli düzeyde artış gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Tüm izlemlerde ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının her iki grup arasında anlamlı olarak farklı olduğu görüldü ($p<0.05$). Grup içi karşılaştırmalarda ise deney grubundaki hastaların ön test, son test ve izlem test KHUÖ alt boyut ve toplam puan ve ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olarak değiştiği ($p<0.05$), ancak kontrol grubundaki hastaların sadece ön test, son test ve izlem testlerinde KHUÖ fiziksel ve sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$), ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Sonuç: Bu sonuçlar motivasyonel görüşme tekniğinin hastaların kronik hastalığa uyumlarını ve öz bakım güçlerini artırmada etkili bir yöntem olduğunu gösterdi.

Anahtar kelimeler: Antropometrik Ölçümler, Biyokimyasal Parametreler, Hemodiyaliz, Kronik Hastalığa Uyum, Motivasyonel Görüşme Tekniği, Öz Bakım Gücü

ABSTRACT

The Effect of Self-Care Supported Motivational Interviewing on Patients' Self-Care Strength and Disease Adjustment in Patients Receiving Hemodialysis Treatment

Aim: The study was conducted to determine the effect of self-care supported motivational interviewing on patients receiving hemodialysis treatment on self-care power, disease compliance and metabolic variables.

Material and Method: The study was completed with 77 patients. In the collection of data; Personal Information Form, Self-Care Strength Scale (ÖBGÖ), Chronic Disease Adjustment Scale (KHUÖ) and Patient-Specific Metabolic Variables Form were used.

Results: Before the motivational interview, the mean scores of the other sub-dimensions and the total score were similar in the experimental and control groups, except for the pre-test KHUÖ psychological adjustment sub-dimension and the total score of ÖBGÖ ($p>0.05$). After the motivational interview, it was determined that the experimental group's (post-test and follow-up test) KHUÖ sub-dimension and total score averages increased significantly compared to the control group mean scores ($p<0.05$). In all follow-ups, it was observed that the total mean scores of ÖBGÖ were significantly different between the two groups ($p<0.05$). In comparisons within the group, the difference between the pre-test, post-test and follow-up test KHUÖ sub-dimension and total score and the total score of ÖBGÖ of the patients in the experimental group changed significantly ($p<0.05$). It was determined that the difference between the physical and social sub-dimension and total score averages of KHUÖ was significant ($p<0.05$), while the difference between the total score averages of ÖBGÖ was not significant ($p>0.05$).

Conclusion: These results showed that the motivational interview technique is an effective method in increasing the patients' adaptation to chronic disease and their self-care power.

Keywords: Anthropometric Measurements, Biochemical Parameters, Hemodialysis, Adaptation to Chronic Disease, Motivational Interview Technique, Self-Care Strength

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
MG	: Motivasyonel Görüşme
HD	: Hemodiyaliz
PD	: Periton Diyalizi
GFH	: Glomerül Filtrasyon Hızı
TDN	: Türk Nefroloji Derneği
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden Kütle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Diyagramı 33



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	7
Tablo.3.1. Yetişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırması ve Tedavisi	31
Tablo 3.2. Öz Bakım Destekli MG Program İçeriği	36
Tablo 3.3. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	40
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	42
Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri.....	43
Tablo 4.3. Katılımcıların Yakınlarının Verdikleri Destek ile İlgili Özellikleri	45
Tablo 4.4. Her İki Grubun Ön Test, Son Test ve İzlem Testinin KHUÖ* ve Öz Bakım Gücünün Karşılaştırılması	46
Tablo 4.5. Her İki Grupta Antropometrik Ölçümler ve Kan Basıncı Ön Test, Son Test ve İzlem Testlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6. Her İki Grupta Biyokimyasal parametrelerin Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.7. Her İki Grupta KHUÖ ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.8. Her İki Grupta Antropometrik ve Kan Basıncı Ölçümlerinin Grup İçi Karşılaştırılması	58

1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen progresif ve geriye dönüşümü olmayan nefron kaybı ile karakterize olan bir hastalıktır (1-3). KBY Dünya’da ve ülkemizde artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini düşürüyor olması, tedavisi için gereken renal replasman tedavilerinin yüksek maliyeti ve kötü prognostik seyri nedeniyle kronik hastalıklar içinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir (4). Erken tespit edildiğinde genellikle önlenemez veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına rağmen, farkındalık ve erken tanı oranları oldukça düşüktür. Bundan dolayı KBY son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresine ilerlemekte ve hastanın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kabul edilen kronik hastalıklar, dünya genelinde gerçekleşen ölüm vakalarının en önemli sebepleri arasında yer almaktadır (6).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların tedavilerinde hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek transplantasyonu bulunmaktadır (7). Dünyada ve Türkiye’de son dönem böbrek hastalığı için en çok kullanılan tedavi yöntemi HD’dir (8) ve ülkeler arasındaki farklılıklara rağmen dünyada ortalama %90 civarında HD tedavi yönteminin daha çok uygulandığı belirtilmektedir (9). 2019 Yılı T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu verileri, SDBY tedavisi alan hastaların %73.21’inin HD, %3.93’ünün PD ve yaklaşık %22.86’sının böbrek transplantasyonu uygulandığını göstermektedir. Bu raporun sonuçlarına göre, 61.341 HD ve 3.292 PD hastası olduğu görülmektedir(10).

Hemodiyaliz tedavisi, SDBY bulunan hastalarda en çok tercih edilen tedavi yöntemlerinden biri olmasına rağmen (11), hastalarda uyku bozuklukları, periferik nöropati, enfeksiyonlar, anemi, kaşıntı, cilt renginde değişiklikler, bilinç kaybı gibi komplikasyonlara neden olmakta ve hastayı fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak etkilemektedir (12). Hastaların, tedavi sürecinin ve hastalığın semptomlarını kontrol edebilmelerinde ve oluşabilecek komplikasyonların engellenmesinde tedavi ve bakım planına dahil edilmeleri çok önemlidir (13). Öz bakım, kişilerin kendi yaşamlarını, sağlıklarını veya refahlarını iyileştirmek için kendi kendilerine bakmaları veya çevrelerindeki koşulları veya hedefleri değiştirmeleri anlamına gelmektedir (12).

Araştırmalar öz bakım becerileri yüksek kişilerin, bağımsızlıklarını iyileştirme ve sürdürme konusunda daha büyük bir potansiyele sahip olduğunu göstermiştir (14). Öz bakımı yeterli olan ve kendi öz bakımını kendisi karşılayabilen bireyler kendi sağlığının sorumluluğunu alabildikleri ve başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini gerçekteştirebildikleri belirtilmektedir (15).

Hemodiyaliz tedavisi hasta yaşamında değişiklik meydana getiren yeni ve farklı bir deneyimdir. Bu durum hem hasta hem de hasta ailesini yakından etkilemekte ve yaşamıyla ilgili yeni düzenlemeleri beraberinde getirmektedir (16). Bu durum aynı zamanda kişinin yeni bir alışkanlık edinmesi ya da o güne kadar devam eden alışkanlıklarını değiştirmesi anlamına da gelmekte ve kişinin günlük yaşam düzeninde değişiklik yapmasını zorunlu kılmaktadır (17). Ayrıca hemodiyaliz, hastaların fiziksel işlevlerini sürdürmelerine ve komplikasyonları önlemelerine yardımcı olabilse de, kronik böbrek yetmezliğini tek başına hemodiyalizle tedavi etmek zordur ve hastalık sürekli devam eden bir tedavi ve bakım gerektirmektedir (18).

Hemodiyaliz hastaları hastalığın semptomları ile uğraşmak, belirli bir beslenme diyetini sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda kalmaktadırlar (19). Hemodiyaliz hastaları için öz bakım, yaşam tarzı alışkanlıklarında ve davranışlarında önemli kısıtlamalar gerektirebilir (18). Öz bakımın, KBY yönetimindeki önemli rolüne rağmen, bu rahatsızlığı bulunan çoğu birey, karmaşık terapötik rejimler ve hastalığın fiziksel ve psikolojik sınırlamaları nedeniyle kendilerine bakmakta zorluk çekmektedir (14). Bununla birlikte bu tedavi; beslenme diyeti, ilaç kullanımını, sıvı alımı gibi tedavinin getirdiği pek çok kısıtlamalara ve bu kısıtlayıcı yaşam tarzına uymayı da zorunlu kılmaktadır (20). Ancak hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedavi sürecine bağlı yaşadıkları birçok semptom ve belirtilerle baş etmek zorunda kalmaları hastalığa ve hemodiyaliz tedavisine uyumu da zorlaştırmaktadır (5, 21).

Hemodiyaliz hastalarında tedaviye ve sıvı kısıtlamalarına uyumsuzluğun yaygın olduğu bilinmektedir (22). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yapılan bir çalışmada; HD seanslarını atlamanın veya kısaltmanın mortalite oranlarını %14 artırdığı bulunmuştur (23). Diyaliz hastalarında yapılan başka bir çalışmada hemodiyaliz seanslarını bir veya daha fazla atlamanın mortalite oranlarını %30 artırdığını, hemodiyaliz seansları arasında kilo alımının %5.7'den fazla olmasının mortalite oranlarını %12 artırdığı, serum fosfat düzeyinin %7.5 mg/dl'den daha fazla olanların

mortalite oranlarını %17 artırdığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada hemodiyaliz seanslarını kısaltmanın mortalite oranlarını %11 oranında artırdığı, serum potasyum oranlarının 6 mEq/L'den fazla olanların mortalite oranlarını %9 artırdığı bulunmuştur (24). Hemodiyaliz hastalarında öz bakımın çalışıldığı araştırmada hastaların sadece %50'sinin önerilen kişisel bakım stratejilerine uydukları belirtilmiştir (18). Hastaların hastalığa uyumda başarısız olması komplikasyon oranlarının artmasına, sağlık harcamalarındaki artışa ve sağ kalım süresinin azalmasına neden olmaktadır (25). Bu nedenle KBY tanılı bireylerin var olan veya sonradan gelişebilecek sorunların çözümlenmesinde, hastalıkları ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlamaları büyük önem taşımaktadır (26).

Hastaların hemodiyalize uyum sağlaması hastaların tedavi sırasındaki başarısını da önemli ölçüde etkileyecektir (3). Bu nedenle hemodiyalize giren hastaların tedavi sürecine aktif katılımını sağlayan öz bakım eğitime ve motivasyonlarının artırılmasına ihtiyaçları bulunmaktadır (12, 27). Hastalıkların kontrol altında tutulmasında ve etkin bir hastalık yönetiminin sağlanmasında birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden biride Motivasyonel görüşmedir (MG) (28). MG, hastaların sorunlarını keşfetmek ve çözmelerine yardım ederek davranış değişimini sağlamak için öneride bulunan danışan merkezli bir görüşme biçimidir (29). Hastanın sağlık davranışı değişikliği için kendi motivasyonunu ortaya çıkarmayı amaçlayan, kişiye özel uyarlanmış bir müdahaledir (30). Kişilerin sorunlarını anlamaları ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini, değişime inanmalarını sağlamak için yapılan yardımın özel bir yoludur (31). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde tedaviye ve hastalığa uyumu desteklemek, davranış değişikliğini sağlamak ve öz bakımın istendik düzeyde sürdürülmesi için MG'in etkili olduğu da bilinmektedir (32, 33). Hemodiyaliz hastalarında yapılan MG'nin hastaların beslenme diyetine, sıvı alımındaki uyumuna ve ilaç yönetimine olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (34). Dashtidehkordi ve ark. Hemodiyaliz hastalarında MG'nin etkisini inceledikleri bir çalışmada; MG'nin hastaların genel sağlık durumlarını iyileştirdiği, anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürdüğü ifade edilmektedir (35). Chen ve ark. Yaptıkları çalışmada, motivasyonel görüşmenin öz bakım davranışını olumlu bir şekilde iyileştirdiğini gösterdiği belirtilmiştir (36).

Tedavi ekibinin diğer üyelerine kıyasla hemşireler, hemodiyaliz sırasında hastalarla en çok temas halinde olan, farkındalıklarını ve öz bakım davranışlarını iyileştirmek için hastalarla sürekli ve dinamik bir ilişki kurmaya büyük ölçüde yardımcı

olabilen sağlık profesyonelidir (14). Hemşireler etkinliği birçok çalışmayla ispatlanmış olan MG tekniğini kullanarak bireylerin karar verme konusundaki otonomilerini vurgulayarak olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasında danışmanlık yapabilirler (37, 38). Hemşirelerin z bakım destekli MG kullanarak davranış değişikliği oluşturmasının hastaların tedavi sürecine uyumlarını artırabildiği, bakımının istendik düzeyde sürdürülmesini sağlayabildiği ve hastaların sağlık durumlarını iyileştirebildiği belirtilmektedir (32, 35). Farklı veri tabanlarında yapılan literatür taraması, öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin HD hastalarının öz bakım gücüne, hastalık uyumuna ve metabolik değişkenleri üzerindeki etkisine ilişkin randomize kontrollü çalışmanın henüz yapılmadığını ortaya koymuştur. Bu çalışmada öz bakım destekli motivasyonel görüşme kullanılarak hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünü ve uyumunu artıracadığı ve metabolik değişkenleri olumlu etkileyeceği öngörülmüştür.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücüne, hastalık uyumuna ve metabolik değişkenlerine etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü artırmaz.

H_{1a}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü artırır.

H_{0b}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının hastalığa uyumunu artırmaz.

H_{1b}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının hastalığa uyumunu artırır.

H_{0c}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının metabolik değişkenlerini olumlu etkilemez.

H_{1c}. z bakım destekli motivasyonel görüşme hemodiyaliz hastalarının metabolik değişkenlerini olumlu etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), farklı hastalıklara bağlı olarak gelişen, ilerleyici (progresif) ve geriye dönüşümü olmayan (irreversible) nefron kaybı sonucu gelişen, glomerül filtrasyon hızının (GFH) böbrek fonksiyonlarında tespit edilebilir düzeyde değişikliklere neden olacak kadar kalıcı bir şekilde azaldığı (GFH<60 mL/dk/1.73 m²) bir hastalıktır (39). Hem ülkemizde hem de dünyada görülme sıklığı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan bu hastalık, düşük farkındalık olması nedeniyle Son Dönem Böbrek Yetmezliğine (SDBY) dönüşmekte ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından dolayı ülkeler için ekonomik yüke sebep olmaktadır (40).

Kronik böbrek yetmezliği dünyadaki en yaygın hastalıklardan biri haline gelmiştir (41). Giderek artan görülme sıklığı, yaşam kalitesini önemli bir oranda etkilemesi ve renal replasman tedavi maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı toplumsal yükü önemli ölçüde etkileyen bir hastalık halini almıştır (42). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastaların sağlık personeline, sağlık kuruluşlarına ve hemodiyaliz cihazlarına bağımlı duruma getirmektedir. Haftanın belli zamanlarında hemodiyalize gitmek zorunda kalınması hastaların ailesinde, iş hayatında ve sosyal yaşantısında aksaklıklar meydana gelmesine sebep olmaktadır (43). Sonuç olarak KBY kişiyi tüm yönleri ile etkileyen, sürekli takip gerektiren ve hastalığın yönetimini ciddi bir şekilde zorlaştıran bir hastalıktır. Ayrıca önemli metabolik bozukluklara ve komplikasyonlara sebep olmaktadır (44).

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

Türk Nefroloji Derneğinin (TND) verilerine bakıldığında; SDBY'nin prevalansı ülkemizde giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve TND verilerinde 2017 yılı sonu itibarıyla ülkemizdeki hemodiyaliz sayısı 58.635, periton diyalizi sayısı 3.346 ve böbrek nakli sayısı 15.330 olmak üzere toplamında ise 77.311 RRT'nin uygulandığı hastalar bulunmaktadır (45). Türkiye TND tarafından gerçekleştirilen Kronik Böbrek yetmezliği prevalans (Chronic Renal Disease in Turkey/ CREDIT) çalışması sonucunda, Türkiye'de yetişkin kişilerde %15,7 oranında KBY bulunduğunu göstermiştir. 2017 yılında Türkiye'de SDBY insidans çalışmasının sonuçlarına bakıldığında milyondaki nüfus başına 146, prevalansı oranı ise 957 olarak belirtilmiştir (46). Ülkemizde SDBY

insidansına bakıldığında son 10 yılda 2 kat oranında, prevalansında ise 5 kat oranında artış görülmüş ölüm oranlarında ise %9.4 artış saptanmıştır (47).

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kronik böbrek yetmezliği etiolojisi ülkeden ülkeye farklı etiyojisi bulunması ile birlikte dünyada diyabetten kaynaklı KBY ve/ veya SDBY'nin meydana gelmesinde artış görülmektedir (39). KBY oluşumu ve gelişiminde birçok faktör sorumlu olabilmekte ve aynı hastada farklı nedenler birlikte görülebilmektedir (40, 48). Etiyolojik faktörlerin sıklığı ülkelere göre değişkenlik göstermektedir (48). Diabetes mellitus en başta gelen etiyojistik faktördür ve %35 oranında etkilemektedir. Diabetes mellitusu %27 oranında hipertansiyon takip etmekte, %7 oranında glomerülonefrit, %3 oranında polikistik böbrek hastalığı, %3 oranında yine piyelonefrit ve %2 oranında amiloidoz ve diğer sebepler takip etmektedir. Diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının son yıllarda fazla oranlarda görülmesi daha çok göze çarpmaktadır. Hastalarda %32 oranında hipervolemi ve akciğer ödemi görülmesi en başta gelen diyaliz endikasyonlarından sayılmaktadır. Bu endikasyonları %19 oranında gastrointestinal semptomlar, %12 oranında kontrolü sağlanamayan hipertansiyon ve %10 oranında üremik ensefalopati gelmektedir (39, 49, 50).

Vücut homeostazında önemli görevleri bulunan böbrekler hayati öneme sahip organlardır. Ekstraselüler ortamı, hücre dışındaki suyu ve elektrolitleri düzenlemekle görevlidirler. Buna ilaveten protein metabolizmasından ve iskelet kaslarından salgılanan kreatinden azotlu ürünleri uzaklaştırırlar. Böbreklerin kabul edilebilir bir oranda hücre dışındaki suyu ve elektrolitleri koruma özelliği sayesinde vücuttaki bütün organlarda önemli etkisi bulunmaktadır (51). Böbrekler bu önemli görevlerini üre, ürik asit ve kreatinin gibi metabolik atıkları kandan uzaklaştırarak ve üriner boşaltım ile sıvı ve elektrolitlerin dengesini sağlayarak yapmaktadırlar (52). Vücut metabolizmasında atıkların ve ilaçların uzaklaştırılmasında, sıvı dengesinin sağlanmasında, hormonların salınımında, kan basıncının düzenlenmesinde, D vitamininin aktifleştirilmesinde kırmızı kan hücrelerin üretiminin kontrolünde ve daha birçok olayda önemli rolleri bulunmaktadır (53).

Kronik böbrek yetmezliği, böbrekler vücuttaki metabolizma sonucu meydana gelen artıkların dışarıya atılamadığı, sıvı elektrolit dengesinin bozulduğu durumlarda gelişir. Böylece vücuttan idrarla beraber dışarıya atılacak olan maddeler atılamaz ve

bedende sıvılar birikmeye başlar. Böylece endokrin metabolik fonksiyonlarda ve sıvı elektrolit dengesinin bozulması ile sonuçlanır (48). Normal bir insanda 24 saatte iki böbreğin gücü 600 mOsm/gündür ve bu süzme işlemi milyon başına düşen nefronlarla sağlanmaktadır. Böbrek herhangi bir hastalıktan etkilendiğinde glomerül sayısında azalma meydana gelmekte ve yük aynı kaldığı için glomerullerin yaptığı perfüzyon oranında artma ile sonuçlanmaktadır (hiperperfüzyon) ve hiperfiltrasyondan kaynaklı intraglomerüler hipertansiyon meydana gelmektedir (44). Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 15 mL/dk/1.73 m² seviyesine düşünce SDBY oluşmaya başlar (39).

Kronik böbrek yetmezliğinde yaşın ileri olması, diabetes mellitus görülmesi, hipertansiyonun kontrol edilememesi, ailede kronik böbrek yetmezliği öyküsü bulunması, glisemik kontrolün kötü olması, beden kütle indeksinin yüksek olması, kandaki lipid seviyesinin yüksek olması, sistemik görülen infeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, üriner sistem infeksiyonları, ilaç toksisitesinin bulunması, sosyo ekonomik durumun düşük olması ve eğitim durumunun düşük olması KBY'nin risk faktörleridir (39, 40, 48).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi böbrek yetmezliğini sınıflandırmasını beş evre olarak sınıflandırmaktadır (Tablo 1). KBY evresinin belirlenmesi; üreminin kontrolü için, gerekli tıbbi beslenme tedavisinin aşamalarını tahmin etmek için, elektrolit dengesinin sağlanmasında, enerji ve besin öğelerinin gereksinimlerini oluşturmada önemlidir (52).

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri (40, 46, 51, 52, 54).

1	Böbreklerde hasar bulunması ve normal GFH	≥90
2	Böbreklerde hasar bulunması ve hafif GFH	60-89
3	Orta seviyede GFH	30-59
4	İleri seviyede GFH	15-29
5	Böbreklerde yetmezlik GFH	<15 (veya diyaliz yapılması)

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarında meydana gelen belirti ve semptomlar böbreklerde meydana gelen hasarlar ile yakından ilişkilidir (40). Kronik böbrek yetmezliğinde kan üre azotunun (Blood Urea Nitrogen-BUN) artmasıyla birçok sistem

etkilenmekte ve bu böylece bu sistemler ile alakalı çok fazla miktarda semptomlar meydana gelmektedir. Bu semptomların ciddiyeti, böbrek yetmezliğinin derecesine, yetmezliğe sebep olan temel probleme ve hastanın yaşına göre değişkenlik gösterir (48). Hastalarda ilk semptom olarak çoğunlukla noktüri, anemi ve halsizliktir meydana gelmektedir (55).

Glomerüler filtrasyondaki hızın 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir (55). GFH 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (40). GFR %75'i kadarının azalması sonucunda bu duruma neden olan faktörler ortadan kaldırılrsa bile böbreklerdeki bozulmalar ilerlemeye devam edecektir (50). GFH 5-10 ml/dakikanın altına düşünce SDBY'den bahsedilir. Böylece hastalar SDBY meydana geldikten sonra tedavi seçeneklerinden birine ihtiyaç duyacaklardır (55).

Kronik böbrek yetersizliğinin en belirgin klinik bulguları

Sıvı-Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi

Sinir Sistemi: Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningizm, huzursuz bacak (restlessleg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar

Gastrointestinal Sistem: Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit

Hematoloji-immünoloji: Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılamaya cevapta azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma

Kardiyovasküler Sistem: Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı

Pulmoner Sistem: Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem

Cilt: Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi

Kemik: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri (44, 56, 57).

2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı

Kronik böbrek yetmezliğin teşhisi hastalığın patoloji ve etiyolojisine dayanır. Erken teşhis ve tedavi sıklıkla kronik böbrek hastalığı olan hastalarda olumsuz sonuçları önleyebilir veya geciktirebilir (58). Erken fark edildiğinde çoğunlukla önlenebilmekte veya daha da ilerlemesi yavaşlatılabilir olmasına rağmen, fark edilmesi ve erken tanı konulma oranları düşüktür. Farkındalığının az olması ve erken tanı konulmasının düşük olmasından dolayı böbrek hastalığı SDBY evresine ilerlemektedir. Yüksek morbidite ile mortalite oranlarının bulunması, yaşam kalitesini kötü etkilemesi, tedavilerin yüksek maliyetli olması, böbrek naklinin zor olması KBY hastalığının üzerinde ciddi bir şekilde durulmasını zorunlu kılmaktadır (51).

Böbrek hasarı genellikle böbrek biyopsisi yerine belirli belirteçlerin varlığı veya yokluğu ile tespit edilir. Kandaki üre azotunun ve serum kreatinin düzeylerinin artması ya da serum kreatinin klirensinde düşme saptandığında böbreklerdeki yetmezlik tanısı rahatlıkla konulabilmektedir (48). Akut veya kronik böbrek yetmezliğinin ayırıcı tanısı sorun olmaktadır. Radyolojik olarak böbreklerin küçük olduğunu gösteren yöntem kronik böbrek yetmezliği tanısında uygulamada en çok tercih edilen yöntemdir. Kronik böbrek yetmezliği olmasına rağmen hastalarda amiloidoz, diyabetik nefropati, hidronefroz, polikistik böbrek hastalığı, böbreğin infiltratif görülmesi durumlarında bile böbrekler aynı boyutta kalmış olabilir. Kronik böbrek yetmezliği durumunda böbrek hastalığı ne olduğu fark etmeksizin histolojik inceleme amiloidoz çok önem rol oynamaktadır (59).

Kronik böbrek yetmezliği ile hastaneye gelen kişilerde diyabet ve hipertansiyonun bulunması bu hastaları dikkatlice takip etmemiz konusunda bizlere ipuçları vermektedir.

Bundan da anlaşılacağı üzere SDBY'nin önlenilmesindeki en önemli faktörlerden biri de hipertansiyon ve hipergliseminin ilk etapta ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. SDBY azaltmada en iyi yaklaşımlar hipertansiyon ve diyabet taramalarının yapılarak sağlanmasıdır (60).

Glomerüler filtrasyon hızı, böbrek işlevlerinin en iyi ölçütlerinden birisidir (40). Günlük GFH'nın değerlendirilmesi ve serum kreatinin seviyelerinin ölçülmesi akut böbrek yetmezliği (ABY) tanısında önemli bir parametre olarak kullanılmaktadır (61). Cinsiyete, yaşa ve vücut ölçülerine göre farklılık göstermekle beraber genç kişilerde normal GFH değeri yaklaşık olarak 120-130 mL/ dakika/1.73 m²'dir (40). GFH 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. GFH 5-10 ml/dakikanın altına düşünce SDBY meydana gelmeye başlar (59).

2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri

Böbrek yetmezliğini önlemek için vakit kaybetmeden önlenmeye çalışılmalıdır. Böbrekleri sağlıklı bir şekilde fonksiyonlarının devamı için; kan basıncının normal seviyelere getirilmesi, glukoz seviyesinin normal değerlerde tutulması, protein ve tuz oranının düşürülmesi, yeterince sıvı alınması, kandaki lipidlerinin kontrolünün sağlanması, anemik bir durum varsa giderilmesi, elektrolitlerin normal değer aralıklarında tutulması önemlidir (50). Tedavideki amaç böbreklerin normal fonksiyonlarını devam ettirmesi ve vücut homeostazisini mümkün olduğunca devamını sağlamak olmalıdır. Böbrek yetmezliğine neden olan ve tedavi edilebilen durum saptanarak önlenmeye çalışılır. (48). Tedavide en önemli amaç morbidite ve mortaliteyi önlemek veya azaltmak olmalıdır (50).

Hastalığın ilk aşamasında ilaçların alınması ve diyet uygulanması yeterli gelse bile, böbrekler artık görevlerini yapamadığında hastalar renal replasman tedavilerinden (RRT) birini tercih etmek zorunda kalmaktadırlar (40). Tedavi seçeneklerinden olan hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve renal transplantasyon tedavilerinden biri hasta için seçilir (44, 50).

Son dönem böbrek yetmezliği bulunan hastaların sağlık alanındaki enfeksiyonların kontrolü ve cerrahi tekniğindeki bazı gelişmelerin meydana gelmesi renal transplantasyonundaki başarıyı artırmıştır (44). KBY'inde uygulanan bu tedavi yöntemlerinin amacı; hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasının yanında yaşam kalitelerinin de mümkün olduğunca optimal seviyeye yükseltmek olmalıdır (50).

Kronik böbrek yetersizliği durumunda diyalize başlama endikasyonları aşağıda belirtilmiştir (44).

Kesin endikasyonlar: Üremik perikardit, üremik ensefalopati veya nöropati (konvülsiyon, oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, miyoklonüs), pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye cevapsız hipervolemi, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, üremik kanamalar, sık bulantı, kusma ve halsizlik, kreatinin düzeyi >12 mg/dl ve BUN >100 mg/dl, akut psikoz, malnütrisyon (44, 59).

Rölatif endikasyonlar: Hafızada ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar, erken periferik nöropati, diüretiklere yanıtız periferik ödem, inatçı kaşıntı, serum kalsiyum ve fosfor düzeyinin iyi kontrol edilememesi ve eritropoietin tedavisine dirençli anemi (44, 59).

2.1.7. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz; Kanın vücut dışındaki bir filtreden geçirilmesi, temizlenmesi ve vücuda geri verilmesi işlemidir. Bir taraftan yarı geçirgen bir zardan kan akıyor iken; diğer yandan suda ozmotik olarak bulunan dengeli elektrolitler ve glukoz içeren diyaliz sıvısı akmaktadır. Bir membran ile makine kullanılarak yeterli kan akımı sağlanıp ve bu işlem gerçekleştirilmektedir. Yapılan bu işlemler böbreklerin yaptıkları işi tam olarak yerine getiremese de birçok hastalık durumunda tercih edilmektedir (48, 62).

Hemodiyaliz tedavisi, SDBY olan hastalarda üremik semptomları azalttığı, yaşamı idame ettirdiği 1940'lı yıllarda görülmüş ve yaşlı hastalardan gelen talebin artması ile sanayileşmiş ülkelerde 1970 tarihinden itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (63, 64). HD tedavisi yaşamı süresini uzatmasına rağmen hastalığın seyrini değiştirememektedir (48, 62).

Günümüzde KBY hastalarında sürekli ayaktan PD, HD ve böbrek transplantasyonu gibi RRT uygulanmaktadır (56). Diyaliz yönteminin seçiminde kronik böbrek yetmezliğinin yanında hastanın başka rahatsızlıklarının olup olmadığı da göz önüne alınarak tedavi görmek istediği diyaliz merkezinin imkânları, diyaliz merkezinde çalışan sağlık personelinin sayısı ve personelin nitelikleri de dikkate alınarak değerlendirilmelidir (65). Hasta diyalize karar verdikten sonra psikososyal durumu, tıbbi durumu, demografik özellikleri dikkate alınarak tedavisi planlanır (44).

Hemodiyaliz hastalarında tanı konulduktan sonra hastanın yaşamış olduğu psiko-sosyal sorunların yanında fiziksel aktivitelerinde yetersizlik, sosyal ilişkilerinde bozulma,

dış görünüşünde değişme, rol kaybı, çalışma yaşantısında kısıtlamalar, sağlık kurumlarına bağımlı olma, iç çatışmaların yaşanması, cinsel yaşantısında değişimler, yorgunluk, besin ve sıvı diyetindeki kısıtlamalara uyma zorunluluğuna sebep olmaktadır (42). HD hastaları bu tedaviyi alırken KBY' nin hastada oluşturmuş olduğu belirti ve bulgularını kontrol altında tutuyorken hasta daha farklı bir takım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (56). HD tedavisi alan hastalar bir dizi fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara maruz kalmakta fiziksel ve psikolojik sağlıklarını etkilemektedir (35).

Hemodiyaliz tedavisinde bir takım ilerlemeler olmasına rağmen, hastalarda sıvı-elektrolit dengesindeki bozulmalar, kan basıncının düşmesi, kaslarda meydana gelen kramplar, mide bulantısı, göğüste ve sırtta oluşan ağrılar, hipertermi, kanamanın olması, enfeksiyon riskinin olması, üremiden kaynaklı kaşıntıların olması, fistül ile alakalı komplikasyonların meydana gelmesi, rüptürün oluşması, genel sağlık durumundaki bozulma, öz bakım aktivitelerinde yetersizlik, psikososyal sorunların yaşanması, uyku örüntüsünde değişiklik gibi olumsuz durumlar yaşamaya devam etmektedir (56). Hiponatremi ya da hipoozmalirete ve sıvının fazla hızlı alınması sonucu kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı ve olabilmektedir. Kateterin giriş yerinde enfeksiyon, bakteriyemi, endokardit ve hepatit B sıklıkla görülmektedir (48, 56).

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları şunlardır

1. Hastaların HD' i haftada 2-3 seans ve her seansta 4-6 saat kalması, bunun dışındaki zamanlarında serbest olması
2. Obeziteye daha düşük oranda neden olması
3. Beslenme bozukluklarının daha az görülmesi
4. Hastaneye yatışlara daha az gereksinim duymaları
5. Abdomende komplikasyon meydana gelmemesi (44).

2.1.8. Kronik Böbrek Yetmezliği Komplikasyonları

Böbreklerdeki hastalığın devam etmesi bir takım komplikasyonları oluşmasına zemin hazırlamaktadır (51). Hastalara uygulanan terapötik müdahaleler bu komplikasyonların bazılarını önleyebilir, iyileştirebilir ya da böbrek yetmezliği gelişimini yavaşlatabilir (58).

Kronik böbrek yetmezliğinin her evresinde kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalığı, kemik-mineral bozuklukları, metastatik kalsifikasyonlar, elektrolit bozuklukları gelişme riski artar ve ayrıca SDBY’inde anemi, hipertansiyon, asidozis gibi komplikasyonlar oluşmaya başlar (40, 46-48). Böbrek hastalarına beslenme diyeti uygulanarak meydana gelen komplikasyonlar azaltılabilir ve hastalığın ilerlemesi yavaşlatılabilir (46).

2.1.9. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre; hemşirelerin ve sağlık elemanlarının hastaların hem yaşam biçimi değişikliklerinin sağlanmasında hem de hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında büyük katkıda bulunacaklarını belirtmişlerdir (66). Hemşireler tedavisini ve bakımını yaptığı hastaların önerilen tedavi ve bakıma ne kadar uyum sağlayabileceklerini göz önünde bulundurarak tedavisini ve bakımını planlamalıdır ve değerlendirmelidir (67). Hastanın özellikleri dikkate alınarak bireyselleştirilmiş plan yapılmalıdır (68). Hastaların önerilen tedaviye uyma düzeyleri tedavinin başarı oranları ile yakından ilişkilidir. Hastaların tedaviye uyumları ise sağlık personellerinin hastalar için bireyselleştirilmiş plan yapmaları ile mümkün olacaktır (69). Hemşireler hastalara kolay anlaşılır eğitimler vermeli, hastanın diyaliz tedavisine uyum sağlayamamasının nedenlerini açıklamalı, davranış değişikliğinin oluşması için yardımcı olmalıdır. Hemşirelerin hastalar ile sağlıklı iletişim kurması hastaları olum yönde etkileyecek ve yaşam kalitelerini yükseltecektir (69).

2.2. Öz Bakım Kavramı

Öz bakım kişilerin sağlık durumlarını korumak için sorumlu oldukları eylemler olarak tanımlanırken bu eylemleri yapma becerilerine de öz bakım gücü olarak adlandırılmaktadır (43, 70). Öz bakım, insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerlerini içeren birçok faktörden etkilenmekte ve hem uygulamaya hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içermektedir (42).

Dorethea Orem ilk kez 1959 yılında Öz bakım kavramını geliştirmiştir. Hemşirelerin var oluş sebebinin insanların sağlığının devam ettirilmesi ve yaşamlarının devamının sağlanması, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulmalarına yardımcı olunması, hastalığın ve sakatlıkların oluşturmuş olduğu olumsuz etkilerden kurtulmalarından yardımcı olunması ve hastaların öz bakım becerilerini kendileri karşılayabilecek seviyeye gelmeleri üzerinde yoğunlaşmaktadır (71). Orem'e göre: Öz

bakım; kişinin genel sağlık durumunu korumak için sorumlu olduğu davranışları yapmasıdır ve bu davranışlar kişinin sahip olduğu kültürü, içinde bulunduğu toplumun etkileşimi ile gelişebilmektedir (71, 72).

İnsanların yaşamları boyunca kendi sağlık durumlarının devamı için öz bakım becerilerine ihtiyaç duymaktadır. Yaşamlarının bazı evrelerinde özellikle sağlık durumlarının bozulduğu dönemlerde kendi bakımlarını sürdürmede zorlanmaktadırlar. Böylece kendi bakımını yapamayan hastalar başkalarına kısmen ya da tamamen bağımlı duruma gelmektedirler (71). HD gibi kronik hastalığı bulunan kişilerin öz bakım aktivitelerini yaptıkları oranda hastalığın vermiş olduğu semptomları kontrol altında tutabileceklerdir (72). Öz bakım yapma becerisi daha az olan hastalarda HD hastalığının meydana getirdiği komplikasyonların gelişme olasılığı daha yüksektir ve bu hastalarda optimal tedavi sonuçları elde edilememesinin nedenlerinden biri hastaların kendi öz bakımına aktif olarak katılımının eksikliğidir (73). Kendi sorumluluğunu alabilen hastalar başkalarına bağımlı olmadan kendi öz bakım aktivitelerini kendileri gerçekleştirebileceklerdir (72).

Hemodiyaliz hastalarının öz bakım davranışlarında diyet alımının uygun olması, ilaç kullanımının düzenli olması, sıvı alımının kısıtlanması, hastalığın vermiş olduğu semptomlarla baş edebilmesi ve stresle etkin baş edebilme gibi faktörler bulunmaktadır. Öz bakımın eksik olması ciddi komplikasyonların gelişebilmesine sebep olabilmektedir (72).

Öz bakım becerilerini geliştiren hastalar, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilen normal hayatına kısa sürede uyum sağlayabilen, sağlık durumunu iyileştirmede aktif katılım sağlayan kişilerdir (70). Öz bakımın geliştirilmesi için hastaların davranışlarında değişiklik yapması gerekmektedir. Davranışı değiştirmek için MG tekniğinin etkili olduğu bilinmektedir (73). Hastalara bireyselleştirilmiş eğitim verilmesi hastaların bilgi ve becerisini geliştirip, kendi öz bakımına katılımını sağlamakta, tek başına kendi sağlığı üzerinde sorumluluk alabilmekte ve herhangi bir problem ile karşılaşırken nasıl çözebileceğini öğrenmektedir. Böylece, hastalar kendi sağlık durumunu takip edebilecek, ihtiyaç duyduğunda sağlık ekibinden danışmanlık hizmeti alarak hastalığın yönetimini sağlayabileceklerdir (29).

2.2.1. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım

Son dönem böbrek yetmezliği tedavisindeki gelişmeler sayesinde, hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Yaşam sürelerinin uzamasına rağmen tedavi süresince hastalarda bir takım belirti ve semptomların görülmesi, komplikasyonların gelişmesi ve bazı hastalıkların meydana gelmesi hastaların sağlığını ciddi anlamda bozmuş ve hasta bakımını zorlaştırmıştır (50). KBY’i bulunan hastalarda öz bakım eksikliği meydana gelmesi, iş yaşantısında değişiklik yapmak zorunda kalınması, aile içinde rol kaybı meydana gelmesi hastalığın oluşturmuş olduğu olumsuz durumlardır (42).

Bu hastalar belli günlerin belli saatlerinde hemodiyaliz merkezlerine bağımlı kalmak zorunda olması, günlük yaşantılarını etkilemiştir (62). Bu hastalar öz bakım aktivitelerini yapamamakta, kronik hastalığa uyum problemi yaşamakta, yorgunluk, güçsüzlük oluşmakta, hastalığın vermiş olduğu semptomlar ile baş edememekte ve psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar (74). Öz bakım davranışlarının eksik olması, hastalığa uyumu zorlaştırmakta, tedaviyi olumsuz etkilemekte ve hastalığın maliyetini de artırmaktadır (75). Hemşireler hastaları sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul ederek, hastaya yeterince vakit ayırmalı, onların psikolojik ve sosyal yönden uyum sağlamaları için destek olmalı, uyumuna yardımcı olarak hastanın öz yeterliliğini yükseltmeyi amaç edinmelidir (42).

2.3. Hastalığa Uyum

Uyum; karmaşık, değişkenlik gösterebilen dinamik bir kavramdır. Uyum hastaların tedavilerde başarılı olabilmesi için zorunludur. Farklı durumlara göre hastaların davranış değişikliğini yapabilme becerisi olarak bilinir (69). Bireyler yaşamış oldukları sorunlara farklı oranlarda uyum sağlayabilmektedir (76).

Uyum süreci süreklilik gösteren bir durumdur (67). İlaçların her gün kullanılmak zorunda kalınması, hastaların yaşlarının yüksek olması tedavideki uyumsuzluğu meydana getirmektedir (17). Uyum sorunları tüm yaş gruplarında yaygın olarak görülmektedir ve özellikle yaş arttıkça daha da azalmaktadır (77). Hastaların tedaviye uyum sağlayamaması komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Hastaların hastalık süresini artırmakta, sağlık harcamalarının maliyetini yükseltmektedir. Bundan dolayı tedavide hasta uyumunun sağlanması çözülmesi gereken önemli bir sorundur (17).

Son yıllarda kronik hastalıkların daha yaygın olarak ortaya çıkması ve hastaların tedavide daha etkin rol almalarından dolayı tedaviye uyum daha fazla önem kazanmıştır

(77). Hastaların önerilen tıbbi tedavi rejimine uymaması, SDBY popülasyonunda çok sık görülen bir durumdur (78). Kronik yetmezliği tanısı konulan hastaların yaşamlarının birçok yönü değişmekte beslenme diyetine ve sıvı diyetine uyumları da zor olmaktadır (17). Kronik hastalığa uyumdaki başarı hastanın almış olduğu tedavinin çeşidi de önemli bir faktördür. Bu gibi hastalıkların sadece hastayı değil hasta yakınlarının da direk etkiliyor olması durumu daha da zorlaştırmaktadır (69).

Hastalığa uyumun artırılmasında hasta ve ailesinin eğitimi önemlidir (66). Hastalara verilen bireysel eğitimler hastaların hastalığı konusundaki bilgi ve becerisini artırmakta, hastalığı konusundaki farkındalığını artırmakta ve uyumlarını kolaylaştırmaktadır (17). Davranış değişikliğinin oluşturulmasında MG tekniği kullanılarak kronik yetmezliği bulunan kişilerin hastalığa uyumlarının daha iyi sağlandığı bilinmektedir (37).

2.3.1. Hemodiyaliz Hastalığına Uyum

Hemodiyaliz hastalığı bulunan kişilerde böbrek nakli gerçekleştirilmedikçe tedavisi yaşam boyu devam eder ve sürekli bakım gerektiren yeni bir yaşam deneyimidir (79). HD tedavisinin komplikasyonlarının olması ve hastanın sürekli makinelere bağımlı kalması hastanın yaşamını tümüyle olumsuz etkilemektedir. Hastaların besin diyetine uymak zorunda kalınması, sıvı alımını dengelemek zorunda kalması, devamlı ilaç kullanması hemodiyalizi sürekli hastaya anımsatmaktadır. Sadece hastanın değil ailesinin de yapılan değişimlere uymak zorunda bırakılmaktadır (69). Hastanın ve ailesinin günlük yaşantıdaki sahip olduğu rollerin kaybı uyumu zorlaştırmakta ve bağımlılığı artırmaktadır (76). Bireylerin hastalığa karşı tepkileri ve uyumları değişmektedir (68). Hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen unsurların üzerinde durulması hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirecektir (69).

Rosner'e göre bireyin tedavideki uyumunu sağlamak için öncelikle, tedavi programındaki karmaşıklık azaltılmalı ve bireyin kontrolü artırılmalıdır (69). Bunun için tedaviler hastaların gereksinimlerine göre planlanmalı, hasta ve ailesinin tedaviye katılımı desteklenmelidir (66, 69). Ayrıca hastaların tedaviye uyumunu izlemek ve kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmelerini sağlamak gerekmektedir (69). Hastaların bu konuda sorumluluk alabilmeleri için hastaya tedavinin faydaları anlatılmalı, değişimin veya değişmemenin hayatında nasıl sonuçlar doğuracağı açıklanmalıdır (68).

Kronik böbrek yetmezliği bulunan kişilerin öncelikle uyum problemleri belirlenmeli, bu problemlere yönelik hedefler konulmalı ve planlamalar yapılmalıdır (67). Bu sorunlar belirlendikten sonra sağlık personeli hasta ve ailesinin de görüşleri de alınarak tedavi ve bakım Programı konusunda bir ortak bir karara varmalıdır (69). Verilen eğitimler hem hastayı hem de ailesini kapsamalıdır. Bilinçli ailelerdeki hastaların kronik hastalıklar ile baş etmeleri daha kolay olmaktadır. Bütüncül bir yaklaşımla hem hasta hem de hasta yakınları değerlendirilmelidir. Çünkü hemodiyaliz hem hastayı hem de hasta yakınlarını psikososyal yönden ve ekonomik yönden etkilemektedir (80).

Hemodiyaliz hastalarının uyum sağlama sürecinin bireyden bireye farklılık gösterebilmesine rağmen 4 aşama olduğu görülmektedir (69).

Bunlar;

- 1. Üremik dönem:** Kronik hastalığının tedavisine başlamadan önce yaşanmaktadır. Üremik dönemde hastalığın hem fiziksel belirtileri hem de hastalığın komplikasyonlarının görülmesi hastanın endişesini artırmaktadır (69).
- 2. Balayı evresi:** Balayı evresinde hasta HD'e başlamıştır. Fiziksel belirtiler ve komplikasyonlar azalmış olup hastada umut ve güven hissinin olduğu evredir ve yaklaşık 3 hafta sürmektedir (69).
- 3. Yaşama dönüş evresi:** Yaşama dönüş evresi hastanın HD tedavisine alıştığı evredir. 3 ile 12 ay kadar sürebilmektedir. Bu evrede artık hastanın daha önceki yaşamına geçmek zorun kalması, hastada tekrar fiziksel komplikasyonların görülmesine sebep olmaktadır (69).
- 4. Sürekli adaptasyon periyodu:** Adaptasyon evresinde hasta artık HD tedavisine uyum sağlamış olup ileriye dönük plan ve programların yapılmaya başladığı evredir. Böbrek transplantasyonunun yapılmak istenmesi hastanın en önemli beklentileri arasında yer almaktadır. Hastaların hem sağlık kurumlarına hem de sağlık ekibine bağımlı olarak yaşaması yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyecektir. İnkâr duygusunun bu evrede en çok kullanılan savunma mekanizmalarından olup hastalarda saldırganlık, korku ve depresyonda görülebilmektedir (69).

Hastalar çok yönlü ele alınarak kronik hastalığa uyumları sağlanabilecektir. Bu konuda araştırmalardan elde edilen güçlü klinik kanıtlar yetersiz olmakla birlikte, hemşireler için aşağıda bulunan stratejileri uygulamaları önerilmektedir. Bunlar; (69)

- 1. Uyumu engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılması:** Öncelikle hastalardaki uyumsuzluğun nedenleri belirlenmelidir. Hastaların öyküsü alınmalı, problemleri saptanmalı, anksiyete ve depresyon varsa belirlenmelidir. Ulaşım gibi basit çözümler hastaların problemlerini bazen çözüme kavuşturabilmektedir. Hastalara psikolojik danışmanlık verilmesi, olumsuz duygular yaşayan hastaların uyumlarını olumlu yönde etkileyebilecektir.
- 2. Eğitim verilmesi:** Hasta ve yakınlarına tedavi programı ve tedaviye uyum sağlamanın sağlık açısından yararları açıklanmalıdır. Klinik kanıtlar; hastaların mevcut imkanlarını dikkate alıp onlara yapılan eğitimlerin faydalı sonuçları olduğunu ve olumlu geri bildirimler alındığını belirtmektedir.
- 3. Bilişsel-davranışsal stratejilerin geliştirilmesi:** Bu girişimin, özellikle psikiyatrik sorunları bulunan kişilerde daha faydalı olduğu belirtilmiştir. Böylece hastaların tedavi konusundaki kontrol duyguları artırılıp, sağlıklı bir iletişim kurulup uygun hedefler belirlenecektir.

2.4. Motivasyonel Görüşme

İlk olarak 1983 yılında William Miller tarafından ortaya atılan MG daha sonra Miller ve Rollnick tarafından prensipleri ve klinik prosedürleri genişletilmiştir (31). MG ilk olarak alkol bağımlılığı bulunan hastalarda kısa süreli bir teknik olarak kullanılsa da 1990'lı yıllardan sonra kronik hastalığı bulunan hastalarda tercih edilmeye başlanmıştır (81).

Motivasyonel görüşme, ambivalansı fark ederek ve çözümünü anlayarak değişime yönelik hastanın iç motivasyonu yükseltmek için ve hastanın vermiş olduğu karar bağlılığını artırmak için kullanılan danışman odaklı olmayan bir tekniktir (82). Değişme isteği olmayan veya ambivalansta olan bireylerde daha kullanışlı bir yöntemdir (83). Bu yöntem hastaların problemlerin farkına varmaları için ve davranış değişikliğini benimsemeleri için yapılan bir yardımdır (31). MG hastanın değiştirmek istediği davranış modifikasyonunu kişiyi tamamen etkisi altına alma girişimi olmayıp, tam tersine davranış değişikliği sayesinde hastalar kendi bilgi ve becerilerinin farkına varıp kendisinin artık

değiştirmek istediği davranışları için motive etmenin sağlanmasıdır (84). Hastalara davranış değiştirme isteği kazandırarak diğer tedavi yöntemleri ile birlikte hastanın hastalığa uyumunu sağlamanın bir yoludur (85).

Motivasyonel görüşmede tekniğinde danışman uzman rolüne girmemelidir. Bu teknikte danışan bilen olup, görüşme yapılırken en çok konuşanda danışan olmalıdır. Bundan dolayı danışman kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmaz. Danışman danışanı takip eder. Danışman danışanı daha çok konuşmasını sağlamalı ambivalansını keşfetmeli ve danışanın değişmek istediğini kendi ifadeleri ile ona söyletmelidir (31). Bu teknik kullanılırken danışman esnek olmalıdır. Ben buraya seni değiştirmeye geldim mesajını veren ifadeler kullanmamalıdır. Buradaki amacımız hastaların iç motivasyonunu artmasını sağlamak ve seçimi hastaya bırakmak olmalıdır (83). MG yönteminde dirençli hastalar bulunabilir ve böyle hastalarla ikili çatışmaya girilmemelidir, bireyin davranış değişikliği için sahip olduğu kaynaklar kullanılıp, motivasyonu sağlanmalıdır. Danışanın değişim için sorduğu sorular cevaplanmalıdır (86).

İnsanlar davranış değişikliğine inandırıldıktan sonra özgürce seçim tercihleri yaptırılıp değişiklik isteğinde bulunabileceklerdir (83). MG sayesinde hastalar kendilerini keşfedebilecek ve değişim sağlanabilecektir (86). Bu teknikteki başarı da danışan ve danışmanın beraber ve uyum içinde hareket etmeleri, danışanın danışmanın söylediklerine uyması ile mümkün olacaktır (29). MG hastanın kendisini değişim stratejilerinin içinde görüp bu değişim sürecine uyum sağlamasıdır. Motivasyon hem kişiyi etkilemekte hem de içten içe kişiyi değişime hazırlamaktadır. Bu değişim kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Bu teknik klasik diğer teknikler gibi kişinin sorunlarına odaklanmaz aksine hastanın endişelerine ve kaygılarına odaklanır. Amaç ve hedefler tek kişi tarafından belirlenmez seçenekler gösterilir ve birlikte karar verilir. Danışana değişimin ne kadar süreceği ve niçin değişmesi gerektiği konusunda bilgi verilir ve soruları varsa yanıtlanır (83).

Motivasyonel görüşmenin kısa süreli uygulanabilmesi ve kişiler üzerinde kalıcı etki bırakabiliyor olması, daha az maliyetli olması daha çok tercih edilme sebebidir. MG'nin kullanıldığı hastalara faydalı olduğu bilinmektedir. MG'nin ambivalans yaşayan ve davranış değişimine istekli olmayan kişilerde etkili olduğu ancak değişime çok istekli olan bireylerde etkili olmadığı belirtilmektedir (83, 85).

2.4.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin ilkeleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

1. Empatinin ifade edilmesi
2. Çelişkilerin ortaya çıkarılması
3. Dirençle çalışma
4. Kendine yeterliliği destekleme (31, 83, 86).

Empatinin Gösterilmesi

Motivasyonel görüşmenin başlangıcından itibaren ve uyulması gereken temel ilke empatik yaklaşımın gösterilmesidir (83, 87). Empatinin gösterilmesi MG yönteminde çok önemsenen bir ilkedir. Empatik yaklaşımındaki amaç hastanın ifade ettiklerini anlamaktır (87).

Empatik yaklaşım, hastanın kabul edilmesiyle başlar, buradaki kabul edilmeyen hastanın kendi davranışdır (86). Danışman hastaya saygı duyan, onu sıcak ve samimi karşılayan duygularla karşılamalıdır. Danışmanın bu şekilde davranması danışanın problemleri davranışını kabullendiği fikrini oluşturmaz, bu şekilde davranılması hastaların kabullenilmesini sağlayacaktır (31).

Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması

Motivasyonel görüşme sürecinde hastanın o anki düşünceler ile arzu ettiği düşünceler arasındaki zıtlıkların belirginleştirilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması ilkesinde meydana gelmektedir. Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamak olacaktır (83, 87). Bireyin aradaki çelişkili ve birbirini desteklemeyen alanları görmesi sağlanarak, değişim için motive olmasına yardım edilir (31). Olaylar arzu edilen veya beklenen amaçtan yeterince farklılaştığında değişim için motivasyon başlayacaktır (87). Değişim için tartışan kişi danışan olmalıdır. Kişiler genellikle başka insanların onlara söylediklerinden daha çok kendi söylediklerini işittikleri zaman ikna olurlar. Eğer danışman kendini değişim için tartışırken buluyorsa ve bu sırada danışan sizinle tartışıyorsa bu kesinlikle yanlış bir yolda olduğunu gösterir. MG birbiriyle boğuşma yerine daha çok eşlerin uyumlu bir şekilde birlikte hareket ettiği dans gibi olmalıdır (87).

Dirençle Çalışma

Motivasyonel görüşme bir savaş değildir. Kazanan veya kaybedeni yoktur. Terapiste düşen hastaya değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmaktır. Hastaların olaylara farklı bakış açıları ile bakmaları sağlanır (31, 83). MG tekniği ile zorlayıcı değil, değişime yardımcı bir ortam yaratılmalıdır. Değişim için tartışmaktan kaçınılmalıdır. Dirence direkt olarak karşı gelinmez, farklı bakış açıları sunulur fakat zorlanmaz. Birey yeni bilgileri kabul etmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir, fakat dayatılmaz (88).

Kendine Yeterliliği Destekleme

Kendine yeterlilik bireyin belli bir görevi ya da işi yapabilme ve başarabilme yeteneğidir. MG'nin önemli bir hedefi de danışanın engellerle uğraşması ve değişimde başarılı olması için kendi yeteneğine olan güvenini ve inancını arttırmaktır (88). Kendine yeterlilik değişim için anahtar bir etkidir ve kişilerin tedaviden iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir (31, 83).

Değişimin olabileceğine bireyin inancı önemli bir isteklendirme kaynağıdır. Kendine yeterlik, değişim için sorumluluk alma anlamını taşımaktadır. Bu nedenle bireyin kendine yeterliliği desteklenmelidir. Birey değişmelidir ancak hiç kimse bunu onun yerine yapamaz. Verilecek mesaj “*Eğer istersen, değişmene yardımcı olabilirim*” şeklindedir (88).

2.4.2. Motivasyonel Görüşmenin Parametreleri

Motivasyonel görüşmenin birinci aşamasında değişim için motivasyon görüşmesi yapılır (89). Bunun için ilk aşamada önemlilik ve güven-yeterlilik ölçekleri uygulanır (83). Başlarken, ilk adımda motivasyonel görüşmelerin parametreleri olan kişinin konuya verdiği önem (önemlilik), (güven ve yeterlilik) konusunda kişinin değerlendirmesi önemlidir. Bu amaçla bir derecelendirme cetveli kullanılmaktadır (31).

Önemlilik

Motivasyonel görüşme tekniği uygulamalarında ilk etapta danışanın konuya verdiği önemliliğin öğrenilmesi ile başlanılmaktadır (89). “... *Bu konu sizin için ne kadar önemli?*” sorusuna kişinin verdiği puan 0'dan 10'a kadar bir cetvel üzerinde işaretlenebilir. 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli” olarak derecelendirilir. Kişi kendine hangi dereceyi uygun görürse cetvel üzerinde işaret eder. Eğer kendini çok düşük derecelendirdiyse “neden 4 değil de 1” veya “4 değil de 7 olması için ne gerekir” diye

sorularak kişi için değişimin önemi araştırılır. 5 olarak derecelendirdiyse artı ve eksi yönleri tartışılır (31).

Güven-Yeterlilik

Motivasyonel görüşme tekniğinin diğer bir bileşeni de güven ve yeterlilik konusunda kişinin kendini değerlendirmesidir (31). Danışanlardan önemlilik testinde olduğu gibi 0'dan 10'a kadar bir cetvel derecelendirmesi yapmaları istenmektedir. Cetvelde 0“hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum” şeklinde ifade edilmektedir. Danışana kendini hangi dereceyi uygun gördüğü sorularak ve “*Eğer düzenli spor yapmayı düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güvenirdiniz?*”, “*Beslenme alışkanlıklarınızı değiştirmeyi düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güvenirdiniz?*” gibi sorular yöneltilmektedir (89). Soruya verdiği dereceye göre artı ve eksi yönleri tartışılır. Geçmiş deneyimleri gündeme getirilir ve kişi değişim için cesaretlendirilir (31). Önemliliğe ilişkin verilen puanın düşük olması durumunda o konunun üstüne odaklanmak daha doğru olacaktır. Danışana uygulanan önemlilik ve güven-yeterlilik cetvelleri arasında derecelendirmede ciddi bir farklılık olması durumunda düşük olanın üzerine odaklanılmalıdır. Önemlilik ve güven-yeterlilik derecelendirmesinin eşit olması durumunda ise önemlilikten başlanılmalıdır (89).

2.4.3. Motivasyonel Görüşme Süreci

Motivasyonel görüşmede beş (5) özel yöntem bulunmaktadır. Bunlar; açık uçlu sorular sorma, kabullenme, yansıtıcı dinleme, özetleme ve değişimi konuşmaktır. İlk dördü OARS (Open questions, Affirming, Reflecting, and Summarizing) kısaltması ile özetlenir. Beşinci yöntem ise daha açık şekilde yönlendirici ve MG özgüdür (37, 83, 86).

Motivasyonel görüşmede değişim için kullanılacak yöntemler arasında açıklayıcı sorular sormak, durumu ayrıntılandırmak, uç noktaları sorgulamak, geleceğe bakmak, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak uygulanacak aşamaları oluşturmaktadır. Bireylerin değişim sürecini üstlenmeleri konusunda gelinen noktayla ilgili değerlendirme yapma, sorun ve değişimi özetleme yöntemine gidilmekte, anahtar sorularla gerektiğinde bilgi ve tavsiye verilebilmektedir (89).

O: Açık uçlu sorular: MG'nin başlangıç aşamasında “açık uçlu soru sorma” danışman ile danışan arasında sağlıklı bir iletişim kurmayı sağlamaktadır. Bu sorular danışanın yanlış ya da doğru cevap verme kaygısını taşımadan ve korkmadan bağımsız bir şekilde kendini ifade etmesine olanak sağlayacaktır. Açık uçlu sorular sormak, danışanla empati

kurmayı, daha zengin ve derin bir iletişimin oluşmasına yardımcı olacaktır (86). Danışman tarafından genellikle ilk olarak “sorun” veya “durum” hakkında soru sorulması tercih edilir. Daha sonra ise, bireye “neyin iyi gitmediği” sorulmalıdır. Ancak bu üç soru arka arkaya kullanılmamalıdır (37).

Açık uçlu sorulara “Sizin burada bulunmanızdan dolayı hakkında konuşmak istediğiniz bir şeyler olduğunu düşünüyorum. Ne anlatmak istersiniz? “Anladığım kadarıylakonu ile ilgili bazı endişeleriniz var. Bana bunlardan bahsedebilir misiniz? Gibi örnekler verilebilir (87).

Doğrulama, onaylama: Danışanı içtenlikle kabul etmekle başlar. Aslında onaylanmayan, danışan değil kişinin problemleri davranışlarıdır (37). Onaylama danışmanın danışanın söylediklerine karşı tepkisidir ve danışanın gücünü, başarısını ve değişme çabasını ortaya çıkarmayı hedeflemektedir. Onaylama cümleleri danışanın davranış değişimi ve değişme çabasını kabul etmek, doğrulamak anlamına gelir. Bunu yaparken danışanla empati kurmak oldukça önemlidir. “Sigarayı bırakma eğitimlerine gelerek gerçekten kararlı olduğunu gösteriyorsun.”, “Alkolü gerçekten bırakma isteğinin ve çabalarının açıkça görülüyor.” gibi ifadeler danışmanların kullanabileceği onaylama ifadeleri iken; “Bu inanılmaz!”, “Mükemmel!”, “Bunu yapacağını biliyordum!” gibi ifadeler ise danışmanların onaylama yaparken kaçınması gereken ifadelerdir (86).

R: Yansıtıcı dinleme: Yansıtma pasif bir süreç değil, danışanın söylediğine karşılık danışmanın ne tepki verdiği (37). Yansıtıcı dinleme danışanı dikkatle dinlemeyi ve sonrasında danışana söylemek istediği şeyi akla yatkın, uygun ifadelerle iletmeyi içerir. Bir başka deyişle, yansıtıcı dinleme hipotez oluşturmaz. Yansıtıcı dinlemeyi kullanmanın başka bir amacı ise, danışanı değişimin gerekliliğine ikna etmeye çalışmaktan ziyade, değişim için farkındalık yaratmaktır. Danışanın ne yaptığının yerine onun ifade ettiği düşünceleri, söylediği şeylerin önemini yakalamayı içerir. Aynı zamanda danışanda değişim için bir kanı oluşmasına yardımcı olur (86). Örneğin: Danışan: “İstediğim şeyleri yapamıyorum. Annem her şeyime karışıyor.” Danışman: “yani kısıtlandığınızı düşünüyorsunuz.” Yansıtıcı düşünceyi ifade eder (87).

S: Özetleme: Özetleme duyguların ve içeriğin bir arada kullanılmasıdır (87). Özetleme yönteminde kullanılan anahtar sorular konunun daha iyi anlaşılmasını sağlar. Belirli aralıklarla özetleme yapmak danışanı dikkatlice dinlediğinizi gösterir. Ayrıca danışanın kendi değişimi için yaptıklarını kendisinin de duymasını sağlar. Danışana bilgi ve öneri

vermek için gerektiğinde kullanılabilir. Özetleme hem görüşme seansını bitirmede hem de bir sonraki konuya geçmede kullanılır (86).

Danışman, söylenmiş olanları sadeleştirip organize ederek, fakat herhangi bir yoruma veya yansıtmaya gitmeden özetler. Danışanın anlattığı şeyler arasındaki ilişkiyi, özellikle çelişik duyguları (ambivalan) ortaya çıkarmak, danışanın farkındalığını sağlamak, gündemdeki konuyu daha da geliştirmek ya da bir başka konuya geçmek için kullanılır (86). Örneğin; *“Alkol kullanımının çok pahalı olması ve aile sürecinizi etkileme ihtimali olması sizi kaygılandırıyor gibi geliyor. Çocuğunuzla birlikte olmayacağınız anlamına da geleceğini de söylediniz. Kolay bir seçim gibi görünmüyor”* özetleme yöntemine örnek bir sorudur (37).

Değişim Konuşması: MG’deki ana düşünce hastaların, davranış değişikliğinin olması fikrini kendi sözleriyle ifade etmelerinin sağlanmasıdır (86). Danışman danışanın davranış değişikliği konusundaki görüşlerini ifade edebilmesini sağlar. Böyle bir ortamın oluşmasını sağlayacak kişi danışmandır. Bunun için açıklayıcı sorular sorabilir ya da hedef ve değerleri ortaya koyabilir (37).

2.4.4. Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelikte Kullanımı ve Kullanıldığı Alanlar

Motivasyonel görüşme tekniği sigara bırakma, akut inme geçiren hastaların rehabilitasyonlarında, tip 2 diabetes mellitus tanısı konulan hastalarda, astımlı hastalarda, HIV bulunan hastaların tedavi almaları için ikna edilmesinde, bağımlılık durumunda ve başka birçok alanda kullanılabilir (32).

Motivasyonel görüşme tekniği hastaların kilo vermelerinde, total kan kolesterolünün düşürülmesinde, sistolik ve diyastolik kan basıncı gibi faktörler üzerinde olumlu etkisi olduğu ifade edilmektedir (32). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir diğer çalışmada, MG tekniğinin hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu belirtilmiştir (37). Şizofreni tanılı bireylere uygulanan MG’nin etkisinin incelendiği bir çalışmada şizofreni tanısı konulan hastalar ile tedavi konusunda işbirliği içinde olunması, öz bakım konusunda hastanın yardım alması, yaşam tarzında değişiklik yapılması ve edinilen davranışların devamının sağlanmasında MG’nin etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (37).

Hemşireler, MG tekniğine yönelik teorik bir eğitim almalarına rağmen MG yöntemini çalışma alanlarındaki hastalara uygulama becerisine sahiptirler (32).

Hemşireler, daha önce birçok farklı alanlarda etkili olduğu görülen MG tekniği kurslarına katılıp kendilerini geliştirebileceklerdir. Edinmiş oldukları bilgi ve tecrübeyi kullanarak profesyonel iş ortamlarında bakım verdikleri hastalarda kullanabilecekler (37).

Hemşireler MG tekniğini kullanıp bireylerle terapötik ilişki kurup bireylerin motivasyonlarını ortaya çıkarmayı hedeflemelidir. Bireylere son karar verenin kendilerinde olduğu hatırlatılmalı ve hastanın hangi davranışının değiştirilebilir olduğu saptamalıdır (38). Yapılan çalışmalara bakıldığında, Perula ve ark. larının çalışmasında, 35 sağlık merkezinde 436 yüksek dislipidemi hastaları üzerinde bir yıl boyunca MG tekniği ile ilaçsız, beslenme diyeti ve fiziksel aktiviteye odaklı bir yöntem kullanılmış ve çalışma sonucunda bireylerde tedaviye uyum sağlandığı belirtilmiştir (90).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü, tekrarlayan ölçümlü, deneysel araştırma tasarımı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Muş İl Sağlık Müdürlüğü Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde Ekim 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın yapıldığı hemodiyaliz ünitesinde 6 hemşire, 7 diyaliz teknikeri, 5 yardımcı sağlık personeli, 2 uzman hekim, 28 hasta yatağı ve 28 hemodiyaliz makinesi bulunmaktadır. Hemodiyaliz ünitesinde hastaların ve refakatçilerin beklediği 1 adet bekleme salonu ve hastaların hemodiyaliz tedavisini aldığı 4 adet özel oda ve 2 adet büyük salon bulunmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü hemodiyaliz merkezinde motivasyonel görüşmeye ilişkin bir girişim bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde Muş İl Sağlık Müdürlüğü, Muş Devlet Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz tedavisini alan 97 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise yapılan "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak ve benzer makalelere dayanılarak 0.70 etki büyüklüğünde %80 güç belirlenerek toplamda minimum 68 denek olacak şekilde hesaplandı (91). Araştırmanın yürütüldüğü hemodiyaliz ünitesinde 2 hastanın hemodiyaliz tedavisine düzenli olarak gelmemesi, 4 hastanın araştırmaya katılmak istememesi, 3 hastanın genel sağlık durumlarının kötü olması, 2 hastanın işitme probleminin bulunması, 1 hastanın başka diyaliz merkezine naklinin olmasından dolayı araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 85 hasta oluşturdu. Araştırmaya katılan hastalardan basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak deney grubuna 45, kontrol grubuna 40 hasta atandı. Ancak araştırma süresi boyunca deney grubundan 2 hastanın araştırmadan ayrılmak istemesi, 2 hastanın vefat etmesi ve 1 hastanın ise başka hemodiyaliz merkezine nakil olmasından dolayı deney grubunda 40 hasta ile kontrol grubunda ise 3 hastanın vefat etmesinden dolayı kontrol grubunda 37 hasta ile araştırma tamamlandı.

3.4. Randomizasyon

Araştırmanın yapıldığı Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalar iki farklı gruba ayrılmışlardır. Birinci grup hastalar Pazartesi-Çarşamba-Cuma günleri tedavi alıyor iken, ikinci grup hastalar Salı-Perşembe-Cumartesi günleri hemodiyaliz tedavisi almaktadırlar. Hemodiyaliz ünitesinde Pazartesi-Çarşamba-Cuma günleri iki seans (bir seans sabah, diğer seans öğlen), Salı-Perşembe-Cumartesi günleri iki seans (bir seans sabah, diğer seans öğlen) olmak üzere Muş Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde toplamda dört farklı seans bulunmaktadır. Bu dört farklı seanstaki hastaların deney ve kontrol gruplarına atanması olasılıklı örnekleme yöntemlerinden “**basit rastgele örnekleme**” yöntemi ile yapıldı. Deney ve kontrol grupları arasında sonuçlar açısından gözlemlenecek herhangi bir değişikliğin ön yargıdan uzak olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapıldı. Hemodiyaliz ünitesindeki dört seans listelenerek çalışmadan haberdar olmayan bir kişi tarafından kura yöntemi ile dört tane kura çekildi. Sırasıyla ilk kura deney, ikinci kura kontrol, üçüncü kura deney ve dördüncü kura kontrol grubu olacak şekilde çekiliş yapıldı. Böylece Pazartesi-Çarşamba-Cuma sabah ve öğlen seanslarındaki hastalar kontrol grubunu, Salı-Perşembe-Cumartesi sabah ve öğlen seanslarındaki hastalar ise deney grubunu oluşturdu.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde ve en az üç aydır hemodiyaliz tedavisi alan,
2. Haftada 2 veya 3 gün 3-4 saat süreyle HD tedavisi uygulanan,
3. 18 yaş ve üzeri olan,
4. İletişim ve işbirliğine açık olan,
5. Görme ve işitme engeli olmayan,
6. Okur ve yazar olan,
7. Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan ve/veya psikiyatrik bir ilaç kullanmayan,
8. Daha önce motivasyonel görüşme eğitimi almayan ,
9. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edildi.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. 18 yaşın altında olan,
2. İletişim sorunu olan,
3. Çalışmaya katılmak istemeyen veya devam etmek istemeyen bireyler araştırmadan dışlandı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Öz bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları, Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları, metabolik değişkenlerin puan ortalamaları (beden kütle indeksi, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, glukoz, kreatinin, potasyum, fosfor, total protein, sodyum, kalsiyum) bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişken: Hastaya ait sosyo-demografik özellikler ve hastalık özellikleri ve öz bakım destekli motivasyonel görüşmeler bağımsız değişkendir.

3.6. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Veri toplamada araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (89-91), Öz Bakım Gücü Ölçeği, Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği ve Hastaya Özgü Metabolik Değişkenler Formu kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK-1).

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturuldu. Bu form bireylerin, sosyo-demografik özellikleri ile ilgili olarak (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, meslek, yaşanan yer, gelir durumu, hastanın kimler ile yaşadığı) ve hastalığa ilişkin bilgilerini (hemodiyaliz tanısı konulduktan sonra tedaviye başlama süresi, ailede başka hemodiyaliz hastasının olma durumu, başka bir kronik hastalığın olma durumu, başka bir kronik hastalığı varsa neler olduğu, ilaç kullanma durumu, diyet programına uyma durumu, tuz kullanma durumu, tedavi seanslarına uyma durumu, sıvı kısıtlamasına uyma sıklığı ve diyet programına uyma sıklığı, tedavi süresi, bakımına destek olan bireyler, bakımına destek olan kişilerin kimler olduğu, destek alma durumu) gibi soruları içeren toplam 23 sorudan oluşmaktadır (36, 42, 92).

3.6.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-4).

Öz bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 tarihinde geliştirilmiş ve Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Nahcıvan tarafından yapılmıştır. Bireylerin öz bakım eylemlerini gerçekleştirme yeteneği ya da güçlerini yine kendilerinin değerlendirdikleri bu ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert tipi olan ölçek, her bir ifade 0’dan 4’e kadar puanlanmıştır. Ölçekte; 4 “beni çok tanımlıyor”, 3 “beni biraz tanımlıyor”, 2 “fikrim yok ”, 1 “beni pek tanımlıyor”, 0 “beni hiç tanımlamıyor” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak maksimum puan 140’tır. Ölçeğin Cronbach’s alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların öz bakım gücü artmaktadır (93). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s alfa iç tutarlılık katsayısı 0.910 olarak bulundu.

3.6.3. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) (EK-3).

Atık ve Karatepe 2016 tarihinde geliştirilen ölçek, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına uyum düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek; 1= Hiç Katılıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum ve 5= Tamamen katılıyorum şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçekte bazı maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Negatif maddeler 1= 5, 2= 4, 3= 3, 4= 2, 5= 1 olarak puanlanmaktadır. 5’li likert tipi olan üç alt boyutlu (fiziksel uyumu, sosyal uyum ve psikolojik uyum) ve 25 maddeli olan ölçekte;

- Fiziksel uyumu; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (maksimum 55, minimum 11 puan),
- Sosyal uyumu; 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan),
- Psikolojik uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), ölçmektedir.

1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 18., 21., 22., 23. maddeler normal (1,2,3,4,5 şeklinde), 5., 6., 12., 17., 19., 20., 24., 25. maddeler ters (5, 4, 3, 2, 1 şeklinde) puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 125’tir. Ölçek puanları hesaplanmasında, ölçek toplam puanının ölçeğin toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Alt boyutların hesaplanmasında da her alt boyut kendi madde sayısına

bölünerek elde edilmektedir. Ölçek puanının artması kronik hastalıklara uyumun arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (91). Bu araştırmada KHUÖ'nin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.748 olarak bulundu.

3.6.4. Hastaya Özgü Metabolik Değişkenler Formu (EK-2).

Bu formda; hastaya ait antropometrik ölçümler, biyokimyasal parametreler ve kan basıncını içeren bilgiler yer aldı. Hemodiyaliz uygulanan bireylerin, sıvı kısıtlaması, diyet ve tedavi seanslarına uyum durumunu değerlendirmek için antropometrik ölçümlerden (boy, kilo, beden kütle indeksi) ve biyokimyasal parametrelerden yararlandı.

Antropometrik Ölçümler

Bu araştırmada her üç izlemde de (ön test, son test, izlem testi) hemodiyaliz seansı bittikten sonra antropometrik ölçümlerde; kilo ve boy ölçümleri alınarak beden kütle indeksi (BKİ) hesaplandı.

Hastaların boy ölçümleri hemodiyaliz ünitesinin girişinde bulunan ve duvara sabitlenmiş duvar tipi boy ölçeri kullanılarak yapıldı. Araştırmacı tarafından bireylerin ayakkabıları çıkartıldı. Ayak tabanlarının yere düz olarak basmaları sağlandı. Topuklar bitişik ve vücut dik olacak şekilde hastanın boyu ölçüldü (47).

Hemodiyaliz hastalarının kilo ölçümleri ise yine hemodiyaliz ünitesinde bulunan hassas tartı ile hemodiyaliz seansı sonrasında hastanın kuru ağırlığı dikkate alınarak araştırmacı tarafından alındı (47).

Beden kütle indeksi, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle hesaplandı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflama tablosuna göre değerlendirildi. Buna göre; 18.5-24.9 kg/m² arasında olanlar normal, 25-29.9 kg/m² arasında olanlar obezite için yüksek riskli, 30-34.9 kg/m² arasında olanlar birinci düzey obez, 35-39.9 kg/m² arasında olanlar ikinci düzey obez, 40 kg/m² ve üzerinde olanlar üçüncü düzey obez olarak değerlendirildi (94).

Kan Basıncı Ölçümü

Hastaların kan basınçlarını ölçmeden önce hemodiyaliz ünitesinde en az 5 dk dinlenmeleri sağlandı. Kan basınçlarının ölçümünde kalibrasyonu yapılmış olan yetişkin boy manuel tansiyon aletleri kullanıldı. Ölçüm sırasında hastanın sırtını herhangi bir yere yaslanarak oturması, tansiyon ölçülecek kolunu sıkın giysisinin olmaması, ölçüm

sırasında konuşmaması, bacak bacak üstüne atmaması sağlandı. Manşeti hastanın kalp hizasında duracak şekilde koluna sarılıp, bireyin kolu desteklendi. Bireylerin kan basıncı ölçümü arteriyovenöz fistülün bulunmadığı koldan yapıldı. Kan basıncının değerlendirilmesinde uluslararası düzeyde kabul görmüş kan basıncı sınıflaması dikkate alındı (95, 96).

Tablo.3.1. Yetişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırması ve Tedavisi

Sınıflandırma	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)	Yaşam biçimi Düzenlemesi	İlaç tedavisi
Normal	120'den düşük	80'den düşük	Desteklenmeli	-
Prehipertansiyon	120-139	80-89	Desteklenmeli	İlaç gereksiz, yaşam biçimi düzenlemesi önerilmeli
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	90-99	Desteklenmeli	Yaşam biçimi düzenlemesi işe yaramadıysa bir veya iki ilaç kombinasyonu
Evre 2 Hipertansiyon ilaç kombinasyonu	160 ve üzeri	100 ve üzeri	Desteklenmeli	Genellikle iki veya daha fazla ilaç kombinasyonu

Biyokimyasal Parametreler

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların aylık olarak hemogram ve biyokimya kanlarının analizleri, Muş Devlet Hastanesi Merkez Laboratuvarında yapılmaktadır. Hastaların biyokimyasal parametrelerinden glukoz, kreatinin, potasyum (K), fosfor (P), total protein, sodyum (Na) ve kalsiyum (Ca) değerlerine bakıldı. Biyokimyasal parametreler ön testte, son testte ve izlem testi ölçümlerinde alındı.

3.7. Verilerin Toplanması

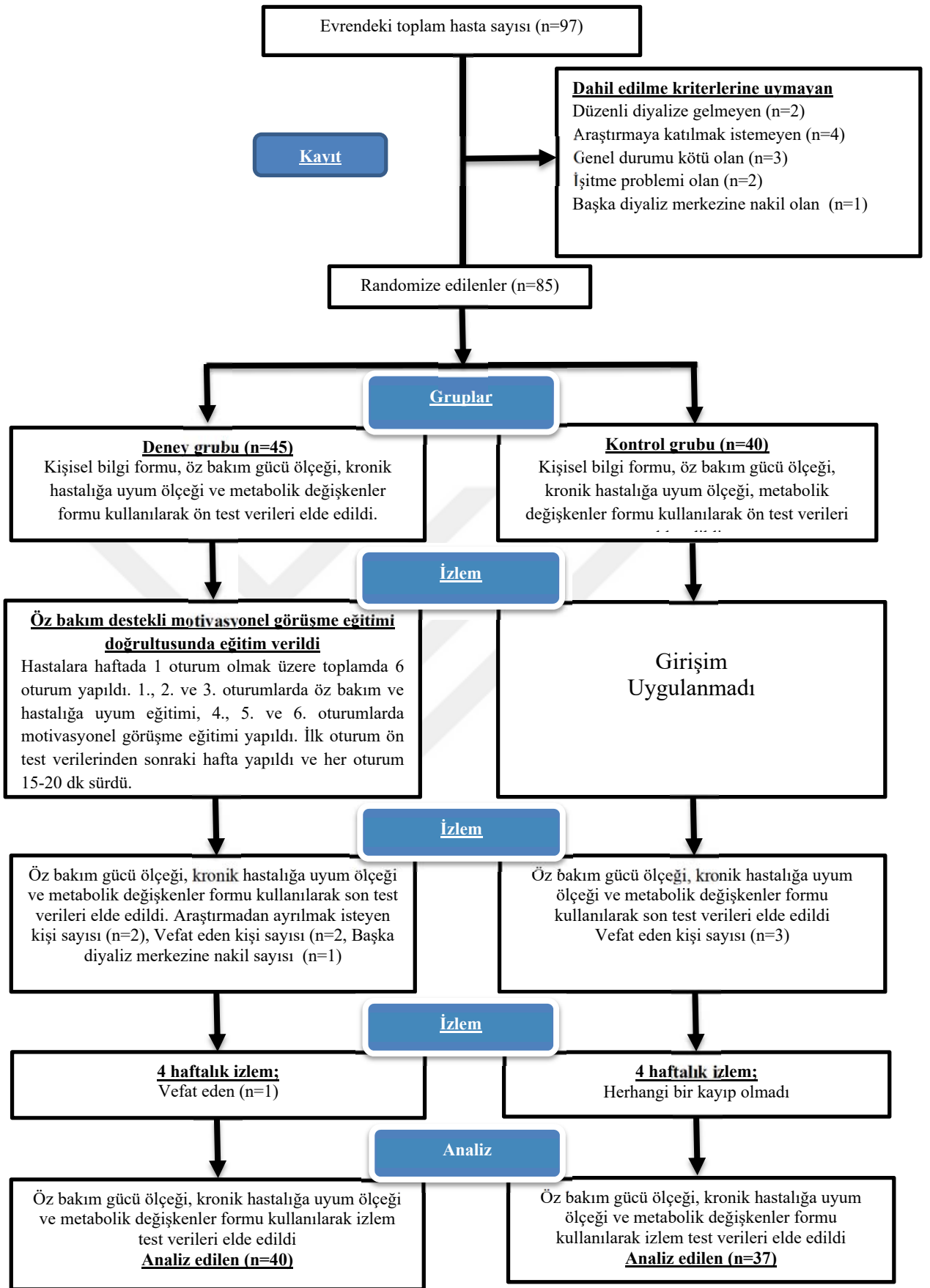
Araştırmanın verileri Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında hastalarla yüz yüze ve bireysel görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırma öncesinde tüm hastalara araştırma hakkında bilgi verildi, sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların (deney ve kontrol grubu) ön test verileri Aralık 2020 tarihinde, son test verileri Şubat 2021 tarihinde, izlem testi verileri ise son test verilerinden bir (1) ay sonra Mart 2021 tarihinde toplandı. Araştırma verilerinin toplanmasında; araştırmacı

tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Öz bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu kullanıldı.

3.8. Araştırma süreci

Araştırma Ekim 2020-Mart 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın akış diyagramı Şekil 3.1’de yer almaktadır.





Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Diyagramı

3.8.1. Araştırma kapsamına alınan hastalara başlangıçta (ön test aşamasında) aşağıda maddeler halinde verilen uygulamalar yapıldı.

- **Diyaliz Ünitesine Duyuruların Yapılması:** Araştırmacı eğitimlere başlamadan önce hemodiyaliz Ünitesinin fiziki şartlarını değerlendirdi. Hastaların bekleme salonları ve tedavi edildikleri odalar görüldü. Servis çalışanları (Hemşire ve Hekimler) ile tanışıldı ve araştırmanın içeriği, amacı ve nasıl yürütüleceği hakkında bilgilendirme yapıldı.
- **Hasta Bilgilendirilmesi:** Araştırmaya başlamadan önce hastalar ile görüşüldü. Hemodiyaliz tedavisi alan deney ve kontrol grubundaki hastalar ile araştırmanın amacı, içeriği, görüşmenin ne kadar süreceği, nasıl yürütüleceği, araştırmanın gizliliği, çalışmadan elde edilecek kazanımlar, araştırmacının beklentileri gibi konularda bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sözlü ve yazılı onayları alındı sormak istedikleri soruları yanıtlandı.
- **Bilgilendirilmiş gönüllü onam alınması:** Bilgilendirilmiş onam formunda deney ve kontrol grubundaki hastalara araştırmanın kısa bir özeti, verilerin hangi amaçla kimin tarafından kullanılacağı bilgisine yer verildi. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı olarak gönüllü onamları alındı. Bu formda kişilerden, çalışmaya kendi rızalarıyla katıldıklarına dair imza atmaları istendi. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu uygulandı. Hastaların kan değişkenleri dosyalarından alındı. Her hastaya yaklaşık olarak 15-20 dk süre ayrıldı.
- **Ön testlerin uygulanması:** Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu uygulandı. Hastaların kan değişkenleri dosyalarından alındı. Her hastaya yaklaşık olarak 15-20 dk süre ayrıldı.

3.8.2. Ön test verilerinin toplanmasından sonra hasta gruplarında (deney ve kontrol grubu) verilerin toplanma süreci

Kontrol grubu

Ön test verilerinin toplanmasından sonra kontrol grubuna araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmaksızın hastalarla iletişime geçilerek sağlık durumları hakkında bilgi alındı. İlk karşılaşmadan 7 hafta sonra son testte hastalara Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu uygulandı. Deney grubuna 6 haftalık öz bakım destekli motivasyonel görüşme eğitimi yapıldıktan sonra kontrol grubuna Son test olarak Öz bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu ikinci kez uygulandı. Son test verileri toplandıktan bir (1) ay sonra kontrol grubuna Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu üçüncü kez uygulandı. Araştırma tamamlandıktan sonra etik olarak kontrol grubundaki hastalara da öz bakım destekli motivasyonel görüşme hakkında bilgi verildi ve hastaların konu ile ilgili bilgi edinmek istedikleri sorular araştırmacı tarafından cevaplandırıldı. Her hastaya araştırmacı tarafından hazırlanan “Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi” verildi.

Deney grubu

Bütün hastalara ön test verileri uygulandıktan sonra, motivasyonel görüşme oturumlarına başlamadan önce hastalara görüşme aralıkları, süresi, kaç kez yapılacağı konusunda bilgi verildi. İkinci hafta hastalar ile motivasyonel görüşme oturumlarına başlandı. Hastalarla yapılan oturumlar hemodiyaliz seansı sırasında gerçekteşti. Haftada bir (1) oturum olmak üzere toplamda 6 oturum yapıldı. Öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin ilk oturumundan sonra deney grubuna araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan “Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi” verildi. Birinci, ikinci ve üçüncü oturumlarda öz bakım eğitimi verildi. Dördüncü, beşinci ve altıncı oturumlarda ise motivasyonel görüşme yapıldı. Hastaların öz bakım aktivitelerini hayata geçirebilmeleri için motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı. Oturumlar hastalar ile bireysel olarak gerçekteştirildi ve her bir oturum yaklaşık 15-20 dk sürdü.

İlk karşılaşmada hastalara Kişisel Bilgi Formu, Öz bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu uygulandı.

Deney grubuna altı (6) haftalık öz bakım destekli motivasyonel görüşme eğitimi uygulandıktan sonra hastalara son test olarak Öz bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu uygulandı. Son test verileri toplandıktan bir (1) ay sonra ise izlem testi verileri için Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve Metabolik Değişkenler Formu kullanılarak toplandı.

Tablo 3.2. Öz Bakım Destekli MG Program İçeriği

Oturum	Teknik	İçerik	Metot
Birinci Oturum (Birinci Hafta)	Öz bakım eğitimi	El hijyeni Ağız, diş ve protez bakımı Deri, saç, ayak ve tırnak bakımı	Yüz yüze haftada bir gün 15-20 dk
İkinci Oturum (İkinci Hafta)	Öz bakım eğitimi	Tuvalet alışkanlığı ve temizliği Uyku ve dinlenme	Yüz yüze haftada bir gün 15-20 dk
Üçüncü Oturum (Üçüncü Hafta)	Öz bakım eğitimi	Tedavi seanslarına uyum Beslenme diyetine uyum Sıvı diyetine uyum Tuz kullanımı	Yüz yüze haftada bir gün 15-20 dk
Dördüncü, beşinci ve altıncı oturum (Dördüncü, beşinci ve altıncı hafta)	Motivasyonel görüşme	Gündem oluşturulacak Ambivalans varsa açığa çıkarılacak Karar dengesi kullanılacak Önem ve güven testi uygulanacak Değişim için plan yapılacak Değişim taahhüdü güçlendirilecektir	Yüz yüze haftada bir gün 15-20 dk

3.9. Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşme Programı

Motivasyonel görüşme, özellikle değişim konusunda isteksiz ve kararsız olan kişilerin, var olan ve olası problemlerinin farkına varması ve bu problemlerin çözümü konusunda bir şeyler yapmasını/ harekete geçmesini sağlamada kullanılan özel bir yöntemdir. Bu çalışmada araştırmacı araştırmaya başlamadan önce yapacağı MG eğitimi için alanında uzman olarak görülen Prof. Dr. Kültekin ÖGEL tarafından verilen yüz yüze MG eğitimi kursuna katılıp katılım sertifikası aldı (EK-9).

Öz bakım destekli Motivasyonel görüşme eğitim programı; motivasyonel görüşme tekniği, öz bakım ve kronik hastalığa uyum aktiviteleri temel alınarak mevcut literatür doğrultusunda oluşturuldu (20, 22, 28, 30, 35, 97, 98). Oturumlar hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları problemlerin çözüm yollarının

belirlenmesi, belirlenen çözümlerin bireyler tarafından uygulamaya aktarılması ve devamlılığının sağlanmasını kapsamaktadır.

Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşme programı kapsamında altı (6) oturumda gerçekleştirildi. Birinci, ikinci ve üçüncü oturumlarda öz bakım eğitimi verildi; dördüncü, beşinci ve altıncı oturumlarda ise motivasyonel görüşme yapıldı. Oturumlar bireysel olarak yüz yüze olacak şekilde hemodiyaliz seansı sırasında gerçekleşti. Her oturum yaklaşık olarak 15-20 dk sürdü. Motivasyonel görüşme seans sayısına ve her bir oturumun süresine alanında uzman olan Prof. Dr. Kültekin ÖGEL ile görüşülüp karar verildi. Oturumlar sözel anlatım ile başlayıp interaktif biçimde devam etti. Hastaların soruları yanıtlanarak sonlandırıldı.

MG oturumlarında hastalara olan yaklaşımda aşağıdaki teknikler kullanıldı:

1. Hemodiyaliz hastalarında yansıtımlı dinleme kullanmak,
2. Kabul ve onay ifadeleri almak,
3. Hastaların davranış değişikliği yapmak istedikleri aktiviteleri ortaya çıkararak değişim niyetini, değişim becerisini ve istekleri konusunda onları motive eden ifadeleri çıkartmak ve desteklemek,
4. Hastaların ambivalans'ta olup olmadığını ölçmek ve onlara kendi yolunu seçme özgürlüğünü tanımak.

1.Oturum:

- Birinci oturumda hasta ile tanışılıp programa nasıl başlanacağı ve nasıl devam edeceği hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra hasta bireyden izin alındı.
- El yıkamanın önemi ve nasıl yıkanması gerektiğinden, ağız bakımından, derinin özelliklerinden, deri ve eklerine ilişkin problemlerden, saç derisinin bakımından, ayak ve tırnak bakımının nasıl yapılacağından söz edildi ve çözüm önerilerinde bulunuldu.
- Bireylere “*Bu hafta öz bakım aktiviteleri ile ilgili neyi konuşmak istersiniz?*” gibi açık uçlu sorular sorulup günlük yaşamda yapmış olduğu olumlu davranışlar onaylanıp güven ilişkisi kuruldu.
- Yaşadığı mevcut problemleri ifade etmesine fırsat tanıyıp sormak istedikleri sorular cevaplandırıldı.

- İlk oturum özetlenip hastalara literatür doğrultusunda hazırlanan “Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi” verildi.

2.Oturum:

- İkinci oturumda ilk oturumun kısa bir özeti ile başlandı.
- Kişisel geri bildirimler alınıp direnç gösterilen, kaygı duyulan veya başarısız olunan durumlar bireyle tartışıldı.
- Daha sonra uykunun öneminden bahsedildi ve uyku kalitesini etkileyen faktörler anlatıldı.
- Hastanın rahat ve kesintisiz bir uyku uyuyabilmesi için önerilerde bulunuldu (sessiz sakin bir ortamın sağlanması, gündüz az geceleri daha çok uyumaya vakit ayrılması, beslenmenin erken saatlerde yapılması....) ve oturum kısa olacak şekilde özetlendi.

3.Oturum:

- Üçüncü oturuma ikinci oturumun kısa özetiyle başlandı.
- Açık uçlu sorular sorulup geri bildirimler alındı (*.....hemodiyaliz seanslarına gelmeyi zorlaştıran faktörler nelerdir bu konuda konuşmak ister misiniz?*)
- Başarısız olunan konular üzerinde konuşuldu.
- Daha sonra hemodiyaliz seanslarının atlanması veya kısaltılmasının olumsuz etkilerinden, beslenme diyetinin nasıl olması gerektiğinden, İki seans arasında tüketmesi gereken sıvı miktarından ve tuz kullanımında dikkat edeceği hususlar konuşuldu.
- Oturum özetlenerek sonlandırıldı.

4, 5 ve 6'ıncı oturumlar:

Bu araştırmada araştırmacı terapi yöntemlerinden biri olan MG'yi; hastaların yaşadıkları ambivalansı incelemek, çözümlenmek, değişime ve güvene olan bağlılığın güçlendirilmesi amacıyla uygulandı. Motivasyonun yenilenmesi ve değişimin güçlendirilmesi için süreç ve değişim planı bireyle birlikte gözden geçirildi. Gelecekte hangi adımların atılması gerektiği bireyle birlikte özetlendi. Bireyde olumlu davranış

değişimleri varsa desteklendi veya direnç gösterilen konuların yeniden gözden geçirilmesi sağlandı.

Motivasyonel görüşme, hastalarla yapılan oturumlara dahil edilerek, hastaların motivasyonları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığı zaman başvurulacak bir yaklaşım olarak kullanıldı. Böylece ambivalansı olan veya değişime isteksiz olan kişilerin tedavi sürecine dahil olmaları sağlanmış oldu. Oturumlarda MG'nin temel teknikleri olan; Empatinin ortaya çıkarılması, çelişkilerin gösterilmesi, direnç durumu ile çalışma, kendi kendine yeterliliği destekleme, öğüt vermektan kaçınma, basit karar dengesi, önem-güven cetveli, açık uçlu sorular, yansıtma ve özetleme kullanıldı.

Motivasyonel görüşme oturumlarında hastalara Önemlilik ve Güven-Yeterlilik Skalası uygulandı. Hastaların 0-10 arası bir skala üzerinden değerlendirme yapılması istendi. 0 "hiç önemli değil", 10 ise "çok önemli" olarak kabul edildi. Hastanın skalada yaptığı puanlama 5'ten küçük ise neden daha büyük bir rakam seçmediği soruldu. Bu şekilde değişimi istenen davranışın önemi artırılmaya çalışıldı. Çünkü hastalar önemli gördüğü ve değişmek istediği konularda kendilerine yeterince güvendikleri zaman değişmek isteyeceklerdir.

Motivasyonel görüşme oturumlarında hastalara aynı zamanda Güven-Yeterlilik testi uygulandı. Hastaların 0-10 arası bir skala üzerinden değerlendirme yapılması istendi. 0 "hiç önemli değil", 10 ise "çok önemli" olarak değerlendirildi. Hastanın yaptığı değerlendirmenin daha yüksek olması için neyin gerekli olduğu soruldu. Böylece hastanın günlük yaşantıda yaşadığı güvensizliğin kaynağı bulunmaya çalışıldı. Geçmişte yaşadığı deneyimler hatırlatılarak değişimin olması için cesaretlendirildi.

3.10. Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi (EK-5).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için hazırlanan ve hastaların öz bakım aktivitelerini geliştirmeleri ve hastalığa uyum sağlamalarını amaçlayan bu rehberin içeriği, danışman öğretim üyesinin rehberliğinde ve araştırmacı tarafından toplanan literatür bilgileri ışığında geliştirildi ve uzmanların görüşleri alınarak düzenlendi. Öz bakım ve hastalığa uyum eğitimi rehberi içeriğinde; kronik böbrek yetmezliği, böbrek yetmezliği belirtileri, hemodiyaliz, öz bakım, öz bakım aktiviteleri, el hijyeni, ağız diş ve protez bakımı, deri bakımı, saç bakımı, ayak ve tırnak bakımı, tuvalet alışkanlığı ve temizliği, uyku ve dinlenme, tedavi seanslarına uyum, beslenme diyetine uyum, tuz kullanımı ve günlük sıvı tüketimi konularını içermektedir. Eğitim rehberi deney grubuna

motivasyonel görüşmenin birinci oturumu sonrasında, kontrol grubuna ise çalışmanın sonunda verildi. Ayrıca öz bakım ve hastalığa uyum eğitimi rehberinin ses ve görüntü kaydını içeren video, eğitim kitapçığı ile birlikte hastaların veya yakınlarının telefonlarına izlemeleri için gönderildi.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.3. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Deney ve kontrol grubu kontrol değişkenleri karşılaştırmasında	-	Ki-kare analizi ve Mann Whitney U Testi
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U Testi
Grup içi karşılaştırmalarda	Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi (İleri analiz olarak LSD, kullanılmıştır).	Friedman Testi (İleri analiz olarak Wilcoxon Testi kullanılmıştır).
İç Geçerlilik Verilerin normallik dağılımı	Cronbach α kat sayısı Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları (99).

3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce tez önerisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne sunulup tez onayı alındı. Araştırmanın yürütülebilmesi için Muş Alparslan Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığına başvurulup etik kurulu izni alındı (EK-7). Araştırmanın uygulanabilmesi için Muş Devlet Hastanesine başvurulup yazılı izin alındı (EK-8). Araştırma verileri toplanmadan önce bireylere araştırma hakkında bilgi verilip "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilecek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilip yazılı ve sözlü onay alındı. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın bilgilerinin gizli

tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirildi. Tüm veriler çalışmanın uygulama aşaması bittikten sonra analiz edildi.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma süresi kısıtlı olduğundan, öz bakım destekli motivasyonel görüşme programı altı görüşme şeklinde gerçekleştirilip 3 aylık süreçteki izlem bulguları değerlendirilmiştir. Araştırmayı tek bir kurumda tedavi alan hemodiyaliz hastaları oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubunun aynı merkezden alınması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriterleri ile benzerlik gösteren ve benzer değişkenlere sahip araştırmalara genellenebilir.



4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Deney Grubu	Kontrol grubu	Önemlilik
		n (%)	n (%)	
Sürekli değişkenler		Ort±SS.	Ort±SS.	U*=599.500 p=0.152
		56.13±15.15	61.11±10.64	
Cinsiyet	Erkek	26 (65.0)	13 (35.1)	$x^{2**}=6.858$ p=0.009
	Kadın	14 (35.0)	24 (64.9)	
Medeni durum	Evli	37 (92.5)	36 (97.3)	p=0.616
	Bekar	3 (7.5)	1 (2.7)	
Çocuk sahibi olma	Evet	36 (90.0)	35 (94.6)	p=0.676
	Hayır	4 (10.0)	2 (5.4)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	19 (47.5)	27 (73.0)	$x^{2**}=6.600$ p=0.159
	İlkokul mezunu	12 (30.0)	7 (18.9)	
	Ortaokul mezunu	1 (2.5)	-	
	Lise mezunu	6 (15.0)	3 (8.1)	
	Üniversite mezunu	2 (5.0)	-	
Meslek	Çalışmıyor	20 (50.0)	25 (67.6)	$x^{2**}=4.382$ p=0.223
	Serbest meslek	10 (25.0)	8 (21.6)	
	Memur	6 (15.0)	1 (2.7)	
	Emekli	4 (10.0)	3 (8.1)	
Yaşanılan yer	Köy	15 (37.5)	20 (54.1)	$x^{2**}=10.309$ p=0.016
	Kasaba	3 (7.5)	-	
	İlçe	1 (2.5)	6 (16.2)	
	İl	21 (52.5)	11 (29.7)	
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	2 (5.0)	3 (8.1)	$x^{2**}=0.884$ p=0.643
	Gelir gidere denk	26 (65.0)	26 (70.3)	
	Gelir giderden az	12 (30.0)	8 (21.6)	
Hastanın kimler ile yaşadığı	Eş ve Çocuklar	35 (87.5)	36 (97.3)	p=0.202
	Anne veya Baba	5 (12.5)	1 (2.7)	

*U=Mann Whitney U testi, ** x^2 = ki-kare testi

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 56.13±15.15 olduğu, %65’inin erkek olduğu, %92.5’inin evli olduğu, %90’ının çocuk sahibi olduğu ve %47.5’inin okur yazar olmadığı belirlendi. Hastaların %50.0’nin çalışmadığı, %52.5’inin il merkezinde yaşadığı

ve %65.0'inin gelir durumunun gidere eşit olduğu ve %87.5'inin ise eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadırlar. Kontrol grubunda hastaların yaş ortalaması 61.11 ± 10.64 olduğu, %64.9'unun kadın olduğu, %97.3'ünün evli olduğu, %94.6'sının çocuk sahibi olduğu ve %73'ünün okur yazar olmadığı belirlendi. Hastaların %67.6'sının çalışmadığı, %54.1'inin köyde yaşadığı, %70.3'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %97.3'ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.1).

Her iki grupta cinsiyet ve yaşanan yer hariç tüm değişkenler bakımından benzerdir ($p > 0.05$). Kontrol grubunda kadın ve köyde yaşayan oranı daha yüksektir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri

		Deney Grubu	Kontrol Grubu	
		n (%)	n (%)	Önemlilik
Sürekli değişkenler		Ort.±SS.	Ort.±SS.	U*=676.50 p=0.515
		7.30±6.83	5.56±4.23	
Hemodiyaliz tanısı konulduktan sonra tedaviye başlama süresi	1 ay içinde	17 (42.5)	22 (59.5)	$\chi^{2**}=2.212$
	1 ay sonra	23 (57.5)	15 (40.5)	p=0.137
Ailede başka hemodiyaliz hastasının olma durumu	Evet	10 (25.0)	7 (18.9)	$\chi^{2**}=0.413$
	Hayır	30 (75.0)	30 (81.1)	p=0.520
Başka bir kronik hastalığın olma durumu	Evet	26 (65.0)	30 (81.1)	$\chi^{2**}=2.506$
	Hayır	14 (35.0)	7 (18.9)	p=0.113
Diyabet	Evet	9 (22.5)	14 (37.8)	$\chi^{2**}=2.159$
	Hayır	31 (77.5)	23 (62.2)	p=0.142
Hipertansiyon	Evet	25 (62.5)	27 (73.0)	$\chi^{2**}=0.961$
	Hayır	15 (37.5)	10 (27.0)	p=0.327
Romatizmal hastalıklar	Evet	-	1 (2.7)	p=0.481
	Hayır	40 (100)	36 (97.3)	
Kalp hastalıkları	Evet	12 (30.0)	14 (37.8)	$\chi^{2**}=0.528$
	Hayır	28 (70.0)	23 (62.2)	p=0.467
İlaç kullanma durumu	Evet	36 (90.0)	33 (89.2)	p=1.000
	Hayır	4 (10.0)	4 (10.8)	
Diyet programına uyma durumu	Evet	30 (75.0)	25 (67.6)	$\chi^{2**}=0.520$
	Hayır	10 (25.0)	12 (32.4)	p=0.471
Tuz kullanma durumu	Evet	21 (52.5)	12 (32.4)	$\chi^{2**}=3.161$
	Hayır	19 (47.5)	25 (67.6)	p=0.075
Tedavi seanslarına uyma durumu	Evet	39 (97.5)	36 (97.3)	p=1.000
	Hayır	1 (2.5)	1 (2.7)	

Sıvı kısıtlamasına uyma sıklığı	Her zaman	8 (20.0)	8 (21.6)	$x^{2**}=0.600$ $p=0.963$
	Çoğu zaman	10 (25.0)	7 (18.9)	
	Yarı yarıya	11 (27.5)	12 (32.4)	
	Çok nadir	7 (17.5)	7 (18.9)	
	Hiçbir zaman	4 (10.0)	3 (8.1)	
Diyet programına uyma sıklığı	Her zaman	10 (25.0)	10 (27.0)	$x^{2**}=2.105$ $p=0.761$
	Çoğu zaman	13 (32.5)	8 (21.6)	
	Yarı yarıya	9 (22.5)	12 (32.4)	
	Çok nadir	6 (15.0)	4 (10.8)	
	Hiçbir zaman	2 (5.0)	3 (8.1)	

*U=Mann Whitney U testi, ** x^2 = ki-kare testi

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi hastaların hemodiyaliz tedavi süresi deney grubunda ortalama 7.30 ± 6.83 olduğu görüldü.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi deney grubundaki hastaların %57.5’inin hastalık tanısı konulduktan 1 ay sonra tedaviye başlamış olduğu, hastaların %75’inin ailesinde başka hemodiyaliz hastasının olmadığı, %65’inin başka bir kronik hastalığının olduğu belirlendi. Hastalığı olanların %22.5’inde diyabet olduğu, %62.5’inde HT olduğu, hiçbir hastada romatizmal hastalık olmadığı ve %30’unda kalp sorunları olduğu belirlendi. Hastaların %90’ının en az bir ilaç kullandığı, %75’inin diyet programına uyduğu, %52.5’inin tuz kullandığı, %97.5’inin tedavi seanslarına uyduğu, %27.5’inin sıvı kısıtlamalarına yarı yarıya uyduğu, %32.5’inin diyetlerine çoğu zaman uyaktadır.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi kontrol grubundaki hastaların %59.5’inin hastalık tanısı konulduktan sonra 1 ay içinde tedaviye başladığı, %81.1’inin ailesinde başka hemodiyaliz hastasının olmadığı, %81.1’inin başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalığı olanların %37.8’inde diyabet olduğu, %73’ünde HT olduğu, %2.7’sinde romatizmal hastalık ve %37.8’inde kalp sorunları olduğu saptandı. Hastaların %89.2’sinin ilaç kullandığı, %67.6’sının diyet programına uyduğu, %67.6’sının tuz kullanmadığı, %97.3’ünün tedavi seanslarına uyduğu, %32.4’ünün sıvı kısıtlamalarına yarı yarıya uyduğu ve %32.4’ünün diyet önerilerine uyma sıklığının yarı yarıya oldukları görüldü.

Ayrıca Tablo 4.2’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları tüm değişkenler bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Katılımcıların Yakınlarının Verdikleri Destek ile İlgili Özellikleri

		Deney grubu	Kontrol grubu	Önemlilik
		n (%)	n (%)	
Bakımına destek olan bireyler	Evet	39 (97.5)	37 (100)	p=1.000
	Hayır	1 (2.5)	-	
Eş	Evet	29 (72.5)	21 (56.8)	$\chi^2=2.092$
	Hayır	11 (27.5)	16 (43.2)	p=0.148
Çocuklar	Evet	23 (57.5)	29 (78.4)	$\chi^2=3.821$
	Hayır	17 (42.5)	8 (21.6)	p=0.051
Anne veya baba	Evet	5 (12.5)	-	p=0.055
	Hayır	35 (87.5)	37 (100)	
Kardeşler	Evet	-	1 (2.7)	p=0.481
	Hayır	40 (100)	36 (97.3)	
Diğer	Evet	3 (7.5)	6 (16.2)	p=0.299
	Hayır	37 (92.5)	31 (83.8)	
Fiziksel açıdan destek alma	Evet	39 (97.5)	37 (100)	p=1.000
	Hayır	1 (2.5)	-	
Ekonomik açıdan destek alma	Evet	19 (47.5)	25 (67.6)	$\chi^2=3.161$
	Hayır	21 (52.5)	12 (32.4)	p=0.075
Ruhsal açıdan destek alma	Evet	40 (100)	35 (94.6)	p=0.228
	Hayır	-	2 (5.4)	

* χ^2 = ki-kare testi.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi deney grubundaki katılımcıların %97.5’inin bakımına destek olan birilerinin bulunduğu, bakıma destek olanların %72.5’inin eşlerinin olduğu, %57.5’inin çocukları olduğu, %12.5’inin anne veya babaları olduğu ve %7.5’inin diğer kişilerle birlikte yaşadıkları belirlendi. Hastaların %97.5’inin fiziksel açıdan, %47.5’inin ekonomik açıdan ve tamamının ruhsal açıdan destek olan yakınlarının olduğu belirlendi.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi kontrol grubundaki Katılımcıların tamamının bakımına destek olan birilerinin bulunduğu, bakıma destek olanların %56.8’inin eşlerinin olduğu, %78.4’ünün çocukları olduğu, %2.7’sinin kardeşleri olduğu ve %16.2’sinin diğer kişiler oldukları belirlendi. Hastaların tamamının fiziksel açıdan, %67.6’sının ekonomik açıdan ve %94.6’sının ruhsal açıdan destek olan yakınlarının buldukları belirlendi.

Ayrıca Tablo 4.3’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları tüm değişkenler bakımından benzerdirler ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Her İki Grubun Ön Test, Son Test ve İzlem Testinin KHUÖ* ve Öz Bakım Gücünün Karşılaştırılması

Ölçek ve süreç	Deney n=40		Kontrol n=37		Önemlilik	
KHUÖ* Toplam	Ort±SS	(Min-Max)	Ort±SS	(Min-Max)		
Ön test	73.58±10.01	23.00-47.00	69.70±5.27	24.00-44.00	t**=1.697	p=0.094
Son test	89.05±7.65	75.00-109.00	73.27±11.14	50.00-96.00	t**=7.189	p= 0.000
İzlem testi	82.70±8.58	60.00-101.00	72.03±9.57	55.00-90.00	U***=309.000	p= 0.000
Fiziksel Uyum Alt Boyut	Ort±SS	(Min-Max)	Ort±SS	(Min-Max)		
Ön test	34.33±10.01	23.00-47.00	33.03±5.27	24.00-44.00	t**=1.092	p=0.278
Son test	40.60±4.08	32.00-50.00	34.51±5.75	24.00-47.00	t**=5.386	p= 0.000
İzlem testi	38.45±4.51	29.00-48.00	33.81±4.82	25.00-42.00	U***=377.500	p= 0.000
Sosyal Uyum Alt Boyut	Ort±SS	(Min-Max)	Ort±SS	(Min-Max)		
Ön test	17.13±5.05	8.00-29.00	16.73±4.85	9.00-27.00	t**=0.350	p=0.728
Son test	23.65±3.25	18.00-32.00	18.16±4.87	8.00-28.00	t**=5.768	p= 0.000
İzlem testi	21.28±3.98	13.00-31.00	17.65±4.38	10.00-25.00	U***=415.000	p= 0.001
Psikolojik uyum Alt Boyut	Ort±SS	(Min-Max)	Ort±SS	(Min-Max)		
Ön test	22.13±4.05	14.00-30.00	19.95±3.54	12.00-28.00	t**=2.506	p= 0.014
Son test	24.80±4.42	16.00-33.00	20.76±3.55	13.00-28.00	t**=4.400	p= 0.000
İzlem testi	22.98±3.62	15.00-31.00	20.57±3.52	14.00-27.00	U***=474.000	p= 0.006
Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplamı	Ort±SS	(Min-Max)	Ort±SS	(Min-Max)		
Ön test	99.53±18.76	45.00-130.00	88.51±25.74	30.00-128.00	t**=2.157	p= 0.034
Son test	116.53±13.69	72.00-139.00	92.38±22.07	42.00-126.00	t**=5.714	p= 0.000
İzlem testi	109.88±13.18	72.00-130.00	90.11±20.90	45.00-130.00	U***=323.500	p= 0.000



*KHUÖ=Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği, **t=t testi, ***U= Mann Whitney U testi.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, her iki grup ön test KHUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yok iken, son testte deney grubunda KHUÖ toplam puan ortalaması 89.05 ± 7.65 , kontrol grubunun 73.27 ± 11.14 olduğu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Deney grubunun son test KHUÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir. İzlem testinde ise deney grubunda KHUÖ toplam puan ortalaması 82.70 ± 75.58 , kontrol grubunda 72.03 ± 9.57 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunun izlem test KHUÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi her iki grupta KHUÖ toplam puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Her iki grupta ön test KHUÖ alt boyutlarından fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yokken, son testte deney grubunda fiziksel uyum alt boyut puan ortalaması 40.60 ± 4.08 , kontrol grubunda 34.51 ± 5.75 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). İzlem testinde deney grubunda fiziksel uyum alt boyut puan ortalaması 38.45 ± 4.51 , kontrol grubunda 33.81 ± 4.82 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunun fiziksel uyum alt boyut puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi her iki grupta fiziksel uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Her iki grupta ön test KHUÖ alt boyutlarından sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yokken, son testte deney grubunda sosyal uyum alt boyut puan ortalaması 23.65 ± 3.25 , kontrol grubunda 18.16 ± 4.87 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). İzlem testi deney grubunda sosyal uyum alt boyut puan ortalaması 21.28 ± 3.98 , kontrol grubunda 17.65 ± 4.38 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunun sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi her iki grupta sosyal uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Deney grubunda ön test psikolojik uyum alt boyut puan ortalaması 22.13 ± 4.05 , kontrol grubunda ise 19.95 ± 3.54 'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunda son test psikososyal uyum alt boyut puan ortalaması 24.80 ± 4.42 , kontrol grubunda 20.76 ± 3.55 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ($p<0.05$). İzlem testinde deney grubunda psikolojik uyum alt boyut puan ortalaması 22.98 ± 3.62 , kontrol grubunda 20.57 ± 3.52 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun psikolojik uyum alt boyut puan ortalaması her üç ölçümde de daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi her iki grupta psikolojik uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öz Bakım Gücü Ölçeği ön testlerdeki toplam puanı deney grubunda 99.53 ± 18.76 , kontrol grubunda 88.51 ± 25.74 'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Son testte deney grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 116.53 ± 13.69 , kontrol grubunda 92.38 ± 22.07 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İzlem testinde deney grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 109.88 ± 13.18 , kontrol grubunda 90.11 ± 20.90 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun her üç ölçümde de Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.4). Tablo 4.9'da görüldüğü gibi Öz Bakım Gücü ölçeği toplam puanının, ön test, son test ve izle testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$)

Tablo 4.5. Her İki Grupta Antropometrik Ölçümler ve Kan Basıncı Ön Test, Son Test ve İzlem Testlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçümler	Deney grubu (n=40)		Kontrol grubu (n=37)		Önemlilik
		Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
BKİ* (kg/m ²)	Ön Test	18.10-37.00	24.70±3.62	18.90-40.90	26.35±5.30	U****=624.000, p=0.237
	Son Test	18.10-37.40	25.01±3.69	19.20-41.30	26.46±5.16	U****=647.500, p=0.346
	İzlem Testi	18.10-37.40	24,90±3,66	19.70-41.30	26,55±5.22	U****=636.500, p=0.291
SKB** (mmHg)	Ön Test	30.00-230.00	129.58±32.51	90.00-190.00	139.46±23.21	U****=573.500, p=0.086
	Son Test	80.00-200.00	134.75±22.19	90.00-200.00	138.92±20.52	U****=683.000, p=0.554
	İzlem Testi	80.00-190.00	132.00±21.98	12.00-210.00	132.76±28,50	U****=667.500, p=0.449
DKB*** (mmHg)	Ön Test	50.00-90.00	75.50±11.31	60.00-110.00	81.89±8.77	U****=543.000, p= 0.022
	Son Test	50.00-110.00	77.25±11.76	60.00-110.00	81.89±9.08	U****=580.500, p=0.068
	İzlem Testi	50.00-100.00	77.50±12.76	60.00-110.00	81.35±8.87	U****=622.500, p=0.196

BKİ**= Beden Kütle İndeksi, *SKB**=Sistolik Kan Basıncı, *****DKB**= Diyastolik Kan Basıncı, ******U**=Mann Whitney U testi.

Tablo 4.5' te görüldüğü gibi, ön test ölçümünde deney grubunda diyastolik kan basıncı ortalaması 75.50 ± 11.31 , kontrol grubunda ise 81.89 ± 8.77 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubunun diyastolik kan basıncı daha yüksektir. Ancak diyastolik kan basıncı değişkeni dışında diğer değişkenler açısından her iki grup arasında herhangi bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 4.6. Her İki Grupta Biyokimyasal parametrelerin Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçümler	Deney grubu (n=40)		Kontrol grubu (n=37)		Önemlilik
		Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
Glukoz (mg/dl)	Ön Test	73.00-377.10	123.67±61.36	68.00-425.00	159.30±92.77	U**=557.000, p=0.096
	Son Test	53.00-345.00	120.30±67.65	73.00-497.00	162.87±106.76	U**=503.500, p= 0.016
	İzlem Testi	36,30-365.50	121,13±69,51	74.00-583.00	169,16±122.57	U**=514.000, p= 0.021
Kreatinin (mg/dl)	Ön Test	3.32-13.85	8.63±2.39	3.92-13.65	7.66±2.34	t*=1.805, p=0.075
	Son Test	3.22-14.41	8.36±2.38	3.73-12.30	7.57±2.30	t*=1.491, p=0.140
	İzlem Testi	3.21-13.02	8,62±2.36	3,68-12.75	7,39±2,21	t*=2.354, p= 0.021
Potasyum (mEq/L)	Ön Test	3.00-8.10	4.97±0.79	3.30-6.60	4.94±0.69	U**=735.500, p=0.963
	Son Test	3.00-9.30	5,25±1,06	3.20-9.20	5.26±1.12	U**=720.000, p=0.838
	İzlem Testi	2.95-6,65	4,97±0,80	3,40-6,70	4,94±0.74	t*=0.191, p=0.849
Fosfor (mEq/L)	Ön Test	3.30-11.62	5.70±1.60	3.05-10.64	5.91±1.69	U**=557.000, p=0.580
	Son Test	2.95-8.44	5.20±1.23	2.87-9.42	5.31±1.64	t*=-0.350, p=0.727
	İzlem Testi	3,15-8.57	5,32±1.31	2,31-8,49	5,15±1.50	t*=0.532, p=0.596
Sodyum (mEq/L)	Ön Test	132.00-143.00	138.18±2.30	131.00-159.00	137.43±4.46	U**=536.500, p= 0.036
	Son Test	134.00-144.00	139.28±2.75	132.00-143.00	137.97±2.93	t*=2.013, p= 0.048
	İzlem Testi	133.00-145.00	137.48±2.44	130.00-142.00	136.73±3.02	U**=681.500, p=0.547

Kalsiyum (mEq/L)	Ön Test	5.83-9.90	8.48±0.81	7.30-93.00	10.80-±13.91	U**=724.500, p=0.874
	Son Test	6.73-10.40	8.52±0.80	1.00-10.20	8.44±1.42	U**=677.000, p=0.520
	İzlem Testi	6.52-9.60	8.42±0.73	6.50-10.10	8.54±0.67	U**=692.500, p=0.628
Total protein (g/dl)	Ön Test	4.51-8.70	6.80±0.69	5.19-7.73	6.70±0.53	U**=673.000, p=0.495
	Son Test	5.42-8,91	6,99±0,65	5.95-7.72	6.92±0,47	t*=0.486, p=0.628
	İzlem Testi	5,65-7.38	6,53±0.41	5,59-8.74	6.51±0,60	U**=673.000, p=0.494

*t=t testi, **U= Mann Whitney U testi.

Son test ölçümünde deney grubunda glikoz değeri ortalaması 120.30 ± 67.65 , kontrol grubunda ise 167.82 ± 106.76 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). İzlem testinde deney grubunda glikoz değeri ortalaması 121.13 ± 69.51 , kontrol grubunda ise 169.16 ± 122.57 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Son test ve izlem ölçümlerindeki deney gruplarının glikoz ortalaması daha yüksektir.

İzlem testlerinin deney grubundaki hastalarda kreatinin değeri ortalaması 8.62 ± 2.36 , kontrol grubundaki hastalarda kreatinin değeri ortalaması 7.39 ± 2.21 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunda kreatinin değeri ortalaması daha yüksektir.

Ön testte deney grubundaki hastalarda sodyum değeri ortalaması 138.18 ± 2.30 , kontrol grubunun sodyum değeri ortalaması 137.43 ± 4.46 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Son testlerdeki deney grubunun sodyum değeri ortalaması 139.28 ± 2.75 , kontrol grubunun sodyum değeri ortalaması 137.97 ± 2.93 'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney grubunda sodyum değeri ortalaması daha yüksektir.

Ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki glikoz, kreatinin, potasyum, fosfor, total protein ve kalsiyum değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$, Tablo 4.6).

Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki kreatinin, potasyum, fosfor, total protein ve kalsiyum değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$, Tablo 4.6).

İzlem testinde deney ve kontrol grubu arasındaki potasyum, fosfor, total protein, sodyum ve kalsiyum değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$, Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Her İki Grupta KHUÖ ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

	Ön test	Son test	İzlem testi		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Önemlilik	
Deney grubu	Fiziksel Uyum	34.33±5.16	40.60±4.08	38.45±4.51	$F^{**}=68.405, p=0.000$
	Sosyal Uyum	17.13±5.05	23.65±3.25	21.28±3.98	$F^{**}=94.483, p=0.000$
	Psikolojik Uyum	22.13±4.05	24.80±4.42	22.98±3.62	$F^{**}=15.210, p=0.000$
	KHUÖ* Toplam	73.58±10.01	89.05±7.65	82.70±8.58	$F^{**}=112.972, p=0.000$
	Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam	99.53±18.76	116.53±13.69	109.88±13.18	$F^{**}=61.017, p=0.000$
Kontrol grubu	Fiziksel Uyum	33.03±5,27	34.51±5,75	33.81±4,82	$F^{**}=3.213, p=0.046$
	Sosyal Uyum	16.73±4,85	18.16±4,87	17.65±4,38	$F^{**}=6.056, p=0.004$
	Psikolojik Uyum	19.95±3,54	20.76±3,55	20.57±3,52	$F^{**}=1.543, p=0.221$
	KHUÖ* Toplam	69.70±9,99	73.27±11,14	72.03±9,57	$F^{**}=6.044, p=0.004$
	Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam	88.51±25,74	92.38±22,07	90.11±20,90	$F^{**}=2.176, p=0.121$

*KHUÖ=
Kronik
Hastalığa
Uyum Ölçeği,
**F=Varyans

Analizi.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, deney grubunda fiziksel alt boyut puanının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); Son test puanı ön test ve izlem testinden yüksektir. Ayrıca izlem testi puanı ön test puanından yüksektir. Kontrol grubunda Fiziksel uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); ön test puanının son test ve izlem testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi deney grubunda sosyal uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); ön test puanının son test ve izlem testinden düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda sosyal uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); ön test puanının son test ve izlem testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi deney grubunun psikolojik uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); son test puanının ön test ve izlem testinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda psikososyal uyum alt boyut puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi deney grubunun KHUÖ toplam puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); tüm ölçümlerin birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Son test puanı ön test ve izlem testinden yüksektir. Ayrıca izlem testi puanı ön test puanından yüksektir. Kontrol grubunda KHUÖ toplam puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); ön test puanının son test ve izlem testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi deney grubunun Öz Bakım Gücü ölçeği toplam puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); tüm ölçümlerin birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Son test puanı ön test ve izlem testinden yüksektir. Ayrıca izlem testi puanı ön test puanından yüksektir. Kontrol

grubu Öz Bakım Gücü ölçeği toplam puanının, ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4.8. Her İki Grupta Antropometrik ve Kan Basıncı Ölçümlerinin Grup İçi Karşılaştırılması

		Ön Test	Son Test	İzlem Testi	
		Ort.±SS	Ort.±SS.	Ort.± SS	Önemlilik
Deney Grubu	SKB*	129.58±32.51	134.75±22.19	132.00±21.98	$x^2_F^{****}=0.422,$ p=0.810
	DKB**	75.50±11.31	77.25±11.76	77.50±12.56	$F=0.542,$ p=0.584
	BKİ***	24.70±3.62	25.01±3.69	24.90±3.66	$x^2_F^{****}=8.647,$ p= 0.013
Kontrol Grubu	SKB*	139.46±23.21	138.92±20.52	132.76±28.50	$x^2_F^{****}=3.029,$ p=0.219
	DKB**	81.89±8.77	81.89±9.08	81.35±8.87	$x^2_F^{****}=0.225,$ p=0.894
	BKİ***	26.35±5.30	26.46±5.16	26.55±5.22	$F=1.730,$ p=0.185

*SKB=Sistolik Kan Basıncı, **DKB=Diastolik Kan Basıncı, ***BKİ= Beden Kütle İndeksi, **** x^2_F = Fisher'in kesin ki-kare testi

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi BKI’nin deney grubunda ön test, son test ve izlem testi ölçümleri farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z); son testte kilonun ön testten daha fazla olduğu, izlem testinde son teste göre düşüş olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinde sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.8).

Kontrol grubunun ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinde sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı ve BKI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.8)



5. TARTIŞMA

Araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalara, öz bakım destekli motivasyonel görüşme yapılarak hastaların öz bakım becerilerini geliştirmek, hemodiyaliz hastalığına uyumlarını artırmak, hastaların metabolik değişkenlerini iyileştirmek ve motivasyonel görüşmenin etkinliğini araştırmak amacıyla yapıldı. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım güçlerini ve kronik hastalığa uyumlarını araştıran çalışmaların sınırlı olmasından dolayı bu araştırmanın sonuçları farklı gruplarda yapılan eğitim temelli çalışmalar ile karşılaştırıldı. Bu araştırmanın bulguları motivasyonel görüşme yapılan HD hastalarında öz bakım gücünü ve hastalığa uyumu önemli ölçüde arttırdığını ancak metabolik değişkenlerde önemli bir değişikliğe yol açmadığını göstermektedir.

Araştırmanın deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerine ve hastalığa ilişkin değişkenlere bakıldığında cinsiyet ve yaşanılan yer değişkenlerinin toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), ancak medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, hastanın kimler ile yaşadığı, yaş, hemodiyaliz tanısı konulduktan sonra tedaviye başlama süresi, ailede başka hemodiyaliz hastasının olma durumu, başka bir kronik hastalığın olma durumu, ilaç kullanma durumu, diyet programına uyma durumu, tuz kullanma durumu, tedavi seanslarına uyma durumu, sıvı kısıtlamasına uyma sıklığı, diyet programına uyma sıklığı, tedaviye başlama süresi, bakımına destek olan bireyler, fiziksel açıdan destek alma, ekonomik açıdan destek alma ve ruhsal açıdan destek alma değişkenlerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bu bakımdan araştırmamızın hemodiyaliz hastalarında yapılan mevcut çalışmalar ile benzerlik gösterdiği söylenebilir (92, 100-103). Değişkenler arasında anlamlı farkın bulunmaması araştırmanın yürütülmüş olduğu örneklemin sosyo-demografik açıdan benzer olduğunu göstermektedir.

Kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalara yeterli hemodiyaliz uygulanması ve hastanın tedaviye uyum sağlaması ile meydana gelen komplikasyonlar önlenilmekte, morbidite ve mortalite oranları azaltılabilmektedir (3). Hastaların tedavideki başarıları tedaviye olan uyumlarına bağlıdır (20). Tedaviye uyum, hastalarda hemodiyalizin etkinliği ve sağlığın geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (35). Diyaliz tedavisine

uyum oranlarının dünya genelinde %8.5–86 arasında olduğu, hemodiyaliz tedavisi alan kişilerde ilaç tedavisindeki uyumsuzluk oranlarının %15.4–50.2 olduğu, sıvı kısıtlamasına olan uyum oranlarının %9.7–49.5 ve beslenme rejimine olan uyum oranlarının ise %9–22.1 arasında olduğu belirtilmektedir (101). Bizim araştırmamızın ön test verilerinin deney ve kontrol gruplarının yarıdan fazlasının önerilen diyet programına uyduğu ve büyük çoğunluğunun ise tedavi seanslarına uyum gösterdikleri saptandı. Araştırmada sıvı kısıtlamasına uyma sıklığına bakıldığında; yine her iki grupta yarı yarıya uyum sağlandığı belirlendi. Sağduyu ve ark. 2006 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada beslenme tedavisine olan uyumun %66 oranında olup çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir (104). Korkmaz ve kavın 2016 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların önceki ay tedavi seanslarını hiç kaçırmayanların oranı %96.5 olduğu, sıvı kısıtlamasına her zaman uyanların oranı ise %45.9 olup araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (105). Yılmaz ve ark. 2020 yılında yaptıkları çalışmada hastaların sağlık kontrolüne gitme uyumlarının ve ilaç kullanımına olan uyumun yüksek olmasına rağmen; diyeti uygulama durumlarına uyumlarının düşük olduğu, yarısının beslenme diyetine dikkat ettiği ve sadece dörtte üçünün sıvı kısıtlamasına uyum sağladığı belirtilmiştir (20). Başka bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarında diyet uyumun %68.2 sıvı kısıtlamasına uyumun %79.5 oranında olduğu görülmüştür (106).

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu saptandı. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bazı çalışmalarda öz bakım gücü puan ortalamalarının orta seviyede olduğu (72, 102, 107-109), Mollaoğlu'nun yaptığı çalışmada ortalamanın altında olduğu (110), başka bir çalışmada ise öz bakım puan ortalamalarının orta seviyenin üzerinde olduğu saptanmıştır (71). Kronik hastalığı bulunan bireylerde yapılan öz bakım gücü çalışmalarından alınan puan ortalamaları 98 ile 110 arasında değişiyorken, diyaliz hastalarında yapılan öz bakım gücü çalışmalarında ise puan ortalamalarının 92 ile 112 arasında değiştiği belirlenmiştir (71, 111, 112). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların makinaya bağımlı bir yaşam sürdürmek zorunda kalmalarının, hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (111).

Kronik hastalığı olan kişiler hastalığa bağlı olarak gelişen zorluklarla baş etmenin yanında günlük yaşamdaki öz bakım aktiviteleri için de desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (113). Öz bakımla ilgili birçok faktörü tanımlayan bir çalışmada, hastaların motivasyon

düzelelerinin öz bakıma uyumun en güçlü yordayıcısı olduğu ve aynı zamanda tedaviye uyumun önündeki en büyük engellerden biri olarak kabul edildiği belirtilmektedir (114). Bu araştırmada başlangıçta (ön test) deney ve kontrol grupları arasında ÖBGÖ toplam puan ortalaması açısından fark olduğu ve deney grubunun kontrol grubuna göre ÖBGÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü. Deney grubunun ÖBGÖ toplam puan ortalamasının yüksek olması deney grubu hastalarının yarıdan fazlasının (%52.5) il merkezinde yaşıyor olmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Kontrol grubunun yarıdan fazlasının (%54.1) yaşadıkları köy merkezlerinin tedavi ve bakım açısından il merkezlerine kıyasla imkanlarının daha kısıtlı olması, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları nedeniyle hemodiyaliz hastalarının öz bakımlarının olumsuz yönde etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

Bu araştırmada başlangıçta deney ve kontrol grupları arasında ÖBGÖ toplam puan ortalaması açısından fark olmasına rağmen, 6 hafta sonra (son test) ve başlangıçtan 10 hafta sonra (izlem testi) deney grubundaki hastalarda ÖBGÖ toplam puan ortalamasında önemli bir artış olduğu, kontrol grubunda ise bir değişiklik olmadığı saptandı. Deney grubunun öz bakım gücü puan ortalamalarının son testte ve izlem testlerinde artmış olması H1_a hipotezini doğrulamaktadır. Ayrıca her iki grubun tüm ölçümlerinin kendi içinde karşılaştırılmasına ilişkin ÖBGÖ puanları incelendiğinde; deney grubunda ÖBGÖ puanının anlamlı arttığı, kontrol grubunda ise bir değişiklik olmadığı saptandı. Bu bulgular hemodiyaliz hastalarına verilen öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakımına katılımlarını artırdığını ve hastalığa uyumlarını iyileştirdiğini göstermektedir. Ayrıca eğitimden 1 ay sonra uygulanan izlem testi puan ortalamalarının, ön test puan ortalamalarından yüksek olması öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz hastalarında kalıcı etki bıraktığını göstermektedir. Özdemir ve Akyol'un 2019 yılında hemodiyaliz hastalarında tek grupta yaptıkları çalışmada hastalara öz bakım eğitimi verilerek ön test ve son testler arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülüp araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir (115). Fırat ve Öztunç'un 2019 yılında yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; hastalara belli bir program ve düzen içinde verilen öz bakım eğitiminin deney grubu hastalarının kontrol grubuna göre öz bakım toplam puan ortalaması yüksek olup, hemodiyaliz hastalarının öz-bakım güçlerini geliştirdiği saptamıştır (116). Muslu'nun 2016 yılında tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada; motivasyonel görüşmenin öz bakım davranışlarının artırılmasında ve hastalığa olan uyumun artırılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (117). Öz bakım eğitimi sonrası

hastaların hem öz bakım güçlerinin yükseldiğini hem de hemodiyaliz hastalığına olan uyumu arttırdığını belirtmektedir (118). Yapılan çalışmalara bakıldığında MG hem hastaların öz bakım güçlerini artırdığı hem de hastalığa olan uyumu geliştirdiği söylenebilir.

Kronik hastalıktan kaynaklanan sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik zorluklar hastanın yeni koşullara uyum sağlamasını zorlaştırır (119). HD, birçok boyutta uyumluluk gerektirdiği için hem karmaşıktır hem de HD tedavisine uyulmaması, sağ kalım da dahil olmak üzere hasta sonuçlarını etkileyen önemli bir endişe kaynağıdır (33). Bu çalışmada başlangıçta (ön test) deney ve kontrol grupları arasında KHUÖ toplam ve fiziksel ve sosyal alt boyutları puan ortalamaları açısından fark yoktu. Ancak KHUÖ psikolojik uyum alt boyutu puan ortalamasının deney grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Karatepe ve arkadaşları tarafından 2020 yılında kronik hastalığı bulunan hastalarda yaptıkları çalışmada KHUÖ'nin psikolojik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilip çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (120). Farklı olarak Yöney ve Özdemir'in 2020 yılında tip 2 diyabetli hastalarda yaptıkları bir çalışmada KHUÖ psikolojik alt boyut puan ortalaması ile HbA1c arasında korelasyon olmadığı, yine aynı çalışmada fiziksel uyum ile psikolojik uyum arasında pozitif yönlü %29.7 düzeyinde korelasyon olduğu saptandı (121).

Uzun süreli hemodiyaliz kullanımı ve hastalarda ortaya çıkan rahatsızlıklar nedeniyle hastalarda sağlığın geliştirilmesine ve uyumun artırılmasına yönelik müdahalelerin yapılması esastır (35, 122). Son yıllarda, kronik hastalığı olan bireylerde davranış değişikliğini sürdürmek ve tedaviye uyumu desteklemek için motivasyonel görüşme kullanılmaktadır (123). Miller ve Rollnick tarafından geliştirilen motivasyonel görüşme, kararsızlığı keşfedip çözerek değişim için kişisel motivasyonu teşvik etmek ve güçlendirmek için tasarlanmış, kişi merkezli, yönlendirici bir danışmanlık yöntemidir (124). Danışman, MG eğitimi almış bir hemşire, doktor veya psikolog olabilir (33). Hastaların haftada yaklaşık 12 saatini hemodiyaliz ünitelerinde geçirdikleri düşünüldüğünde, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler bu hedefe ulaşmada önemli rol oynamaktadır (35, 122). Bu çalışmada başlangıçta (ön test) iki grup arasında fark olmamasına rağmen 6 hafta sonra (son test) ve başlangıçtan 10 hafta sonra (izlem testi) deney grubundaki hastalarda KHUÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında önemli bir artış olduğu, kontrol grubunda ise bir değişiklik olmadığı görüldü. Ayrıca her

iki grubun ön test, son test ve izlem test ölçümlerinin kendi içinde karşılaştırılmasına ilişkin KHUÖ toplam ve tüm alt boyut puanları incelendiğinde; deney grubunda kontrol grubundan farklı olarak toplam ve tüm alt boyut puanının anlamlı arttığı saptanmıştır. KHUÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının son test ve izlem testlerinde artmış olması H_{1b} hipotezini doğrulamaktadır. Bu bulgular, hemşire olan araştırmacı tarafından verilen motivasyonel görüşmenin hastalar arasında tedaviye ve hastalığa uyumlarında artış sağladığını göstermiştir. Öz bakım destekli motivasyonel görüşme eğitiminden 1 ay sonra uygulanan İzlem test ölçümlerindeki KHUÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının son test ölçümlerine göre düşük olmasına rağmen ön test puan ortalamalarından daha yüksek olması, öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz hastalarında kalıcı etki bıraktığını göstermektedir. MG, hastalara verilen eğitimlerin tedavilerine katılabilmelerini sağlamak ve tedavilerini yönetebilmelerinde onlara rehber olmaktadır (118). Matteson ve russell 2010 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada; eğitimin kısa olmasına rağmen hastaların tedaviye, ilaca, diyete ve sıvı tüketime uyumlarında anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır (101). Yine başka bir çalışmada motivasyonel görüşmenin hastaların genel sağlık durumlarında iyileşme meydana getirdiği belirtilmiştir (35). Butterworth ve ark. 2006 yılında motivasyonel görüşmenin çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlık durumları üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir (125). Fırat ve Alpar 2013 yılında hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada; hastalara grup eğitimi yapılmadığında hastaların tedavilerine uyum sağlayamayacağı ve hem tedaviye hem de sağlık personeline daha bağımlı hale gelebileceği belirtilmektedirler (118).

Araştırmamızın sonuçlarından farklı olarak Drymalski ve Campbell'in 2009 yılında yaptıkları sistematik derlemenin sonucunda motivasyonel görüşmenin hastaların tedavilere olan uyumlarında davranış değişikliği meydana getirmediği belirtilmiştir (126). Yine benzer olarak yapılan başka bir çalışmada motivasyonel görüşme kullanılarak yapılan bir (1) yıllık izlem sonucunda hastaların tedaviye uyumlarının değişmediği deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (127). Yapılan çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesi motivasyonel görüşme yönteminin kullanıldığı çalışmalarının oturum sayılarının farklı olması, yapılan çalışmaların farklı bölgelerde yapılması, çalışılan grupların farklı olması, izlemin süresi gibi farklılıkların sonuçlarından etkilenmiş olacağı düşünülmektedir (128).

Diyaliz hastalarında öz bakım ve hastalığa uyum birbirlerini etkileyen kavramlardır. Kronik hastalıklara olan uyumun artması öz bakım davranışlarının

gelişmesine, kronik hastalığa olan uyumun artması da öz bakımın artmasına katkıda bulunabilmektedir (116). Araştırmamızda ÖBGÖ ve KHUÖ puan ortalamaları deney grubu lehine farklılık göstermiştir. Araştırma bulgularımızda deney grubunda ön test, son test ve izlem test ölçümlerinin kendi içinde karşılaştırılmasında; son test ve izlem test ÖBGÖ ve KHUÖ puan ortalamalarının ön test puan ortalamasına göre anlamlı bir artış göstermesi öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım davranışlarında değişim meydana getirdiğinin ve hemodiyaliz tedavisine olan uyumu geliştirdiğinin göstergesidir. Sağlığı geliştirici davranışların edinilmesi sürecinde, bireyin bu sağlık davranışını benimsemesi ve devam edebilmesi için bireye belli bir süre tanınması önem taşımaktadır (129). Bu araştırmada, istenen davranış değişikliğinin zaman içerisinde kalıcılığının olup olmadığını anlamak için motivasyonel görüşmeden bir (1) ay sonra hastaları tekrar izledik ve izlem testlerinde hastaların KHUÖ toplam ve alt boyutlarında ve öz bakım gücü ölçeği puan ortalamalarında son teste göre düşüş olmasına rağmen aralarındaki farkın anlamlı olduğunu saptadık. İzlem testindeki düşüşe rağmen ortalama puanların ön testten yüksek olması eğitimin etkinliğini göstermektedir. Bu sonuç literatür ile de uyumlu olarak bulunmuştur (98, 130). Bu çalışma, motivasyonel görüşmelerin HD hastalarının öz bakım gücünü artırdığını ve hastalığa uyuma katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur.

İyi beslenme durumu, KBY olan hastalarda iyi olmanın, iyi bilinen bir göstergesidir (131). Yetersiz beslenme, hemodiyaliz hastalarında yaygın bir endişe kaynağıdır ve hemodiyaliz hastalarında hastaneye yatış riskini artırır ve sonuçta hemodiyaliz hastalarında mortalitenin artmasına neden olur (36). Diyaliz hastalarının en geç 6 ayda bir beslenme yönünden değerlendirilmesi önerilmektedir. Beslenme durumunun belirlenmesinde; biyokimyasal ve antropometrik parametrelerin ölçümü gibi çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte, hangi yöntemin beslenme durumunu en iyi şekilde yansıttığı üzerinde fikir birliğine varılamamıştır. Ancak biyokimyasal parametrelerin ve antropometrik ölçümlerin diyaliz hastalarının beslenme durumları ile ilgili önemli bilgiler sağladığı belirtilmektedir (132). Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarında BKİ'nin her üç ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Araştırmamızda grup içi veriler değerlendirildiğinde; kontrol grubunda tüm ölçümlerde hastaların BKİ ortalamasının obezite için yüksek riskli sınırında olduğu ve bir değişim göstermediği belirlendi. Ancak motivasyonel görüşme öncesi (ön test) deney grubundaki hastaların BKİ ortalamasının normal değerde olduğu,

motivasyonel görüşme sonrası (son test) artış gösterdiği (obezite için yüksek riskli) ancak izlem testinde ise BKİ ortalamasının yine normal değerlerde devam ettiği gözlemlendi. Bu sonuç motivasyonel görüşmenin deney grubundaki hastalarda BKİ açısından olumlu etki oluşturduğunu göstermiştir. Yiğit ve ark. 2016 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptıkları bir çalışmada; beslenme bozukluğu olan hastaların beslenme bozukluğu olmayanlara göre BKİ puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (133). Yapılan bir meta analiz çalışmasında da; yüksek BKİ olan HD hastalarının daha düşük ölüm oranlarına sahip olduğu belirtilmiştir (134).

Araştırmada kan basınçları ölçümlerine bakıldığında; başlangıçta (ön test) deney ve kontrol grupları arasında sadece diyastolik kan basıncı değişkeni arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı. Uluslararası kan basıncı sınıflandırılmasına göre deney grubunun DKB normal sınırlarda iken, kontrol grubunun DKB'nın prehipertansiyon sınırlarında olduğu görüldü. Son test ve izlem test verilerinde ise her iki grup arasında DKB puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark olmadığı görüldü. SKB ortalamaları bakımından ise deney ve kontrol grupları arasında her üç ölçümde de (ön test, son test ve izlem testi) anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Doğru ve Ovayolu' nun 2016 yılında diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin yapıldığı çalışmada; eğitim öncesi sonrasında deney ve kontrol grupları arasında sistolik kan basınçları ortalamaları bakımından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (135). Yine Tosun ve Zincir 2015 yılında yaptıkları çalışmada; müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin SKB ve DKB ortalamalarında düşüş sağlandığı ancak istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı bildirilmiştir (136). Karakurt ve Kaşıkçı'nın 2012 yılında diyabetli hastalarla yaptıkları bir çalışmada; hastaların kan basıncı değerlerinde düşüş sağlandığı ancak ön test ve son test verileri arasında herhangi bir fark olmadığı belirtilmiştir (137). Turgut Kurt ve ark. 2012 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada uygulanan eğitimden sonra hastaların SKB değerlerinin düştüğü ve eğitim öncesine göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olduğu, DKB puanları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (138).

Araştırmamızda başlangıçta (ön test) deney ve kontrol grupları arasında biyokimyasal parametrelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sodyum değişkeni dışındaki diğer tüm parametreler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Ön test deney ve kontrol grupları arasında farkın olmaması her iki grupta biyokimyasal parametrelerin benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grupları arasında biyokimyasal parametrelerin son test ve izlem test verileri karşılaştırıldığında; glukoz puan ortalamaları bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Bu araştırmada deney grubundaki hastaların serum glukoz değerlerinin son test ve izlem test ölçümlerinde ön teste göre daha düşük olduğu ancak bu düşüşün anlamlı düzeyde olmadığı bulundu. Kontrol grubundaki hastaların serum glukoz değerleri ön teste göre, son test ve izlem testinde istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen bir artış göstermiştir. Deney grubunda serum glukoz ortalamalarındaki düşüş motivasyonel görüşmenin hastaların besin diyetine uyumlarında etkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda hastalara uygulanan planlı eğitimlerin glisemik kontrolde etkili oldukları belirtilmiştir (139, 140). Glisemik kontrolün sağlanması için yapılan eğitim temelli çalışmalara göre motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak yapılan çalışmaların glisemik kontrolde daha etkili olduğu belirtilmektedir (136, 141).

Biyokimyasal parametrelerden kreatinin değerlerinin deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılmasında sadece izlem test verileri bakımından anlamlı bir fark olduğu ve kontrol grubunun kreatinin değerinin deney grubuna göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Doğan ve Perçinci' nin hemodiyaliz hastalarına uyguladıkları beslenme eğitimi öncesi ve sonrası kreatinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim sonrası kreatin değerinin eğitim öncesine göre daha da yükseldiği ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (142).

Diğer tüm biyokimyasal parametrelerin ön test, son test ve izlem test verilerinin karşılaştırılmasında iki grup arasında fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu bulgular; Doğan ve Perçinci 2020 yılında, Düzalan ve Pakyüz 2014 yılında yaptıkları çalışmalar ile örtüşmektedir (142, 143). Bu sonuç verilen öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların metabolik değişkenleri üzerinde bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. Hosseini ve ark. 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada, motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz uygulanan hastalarda sıvı kontrolü gibi tedaviye uyumun bazı değişkenlerini iyileştirdiği, ancak kandaki sodyum seviyeleri gibi diğer değişkenler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (144).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak motivasyonel görüşmenin hastaların kronik hastalığa uyumlarını ve öz bakım güçlerini artırdığını, metabolik değişkenlerde serum glukoz, kreatinin ve diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerini olumlu yönde etkilediği saptandı.

Hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşmenin öz bakım gücü, kronik hastalığa uyum ve metabolik değişkenlere etkisinin incelendiği daha uzun süreli ve daha çok tekrarlı ölçümlerin yapılması önerilmektedir. Ayrıca çalışmanın farklı Őehir ve farklı bölgelerde bulunan hemodiyaliz merkezlerinde tekrarlanması önerilmektedir.

Klinik ortamda kronik hastalığı bulunan hastalarla en çok aynı ortamda bulunan ve onlarla en çok iletişim halinde bulunan hemşirelerin MG tekniğini kullanarak hastaların öz bakımlarını ve hastalığa uyumlarını artırabileceği düşünülmektedir.

Motivasyonel görüşmenin hemşireler tarafından araştırmalarda kullanılması MG kullanıldığı çalışmaların kanıt düzeyini artıracadığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Duran S, Güngör E. Determination of the emotional and social problems in dialysis patients. *Journal of Uludağ University Medical Health*. 2015, 41: 59-63.
2. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A Randomized Clinical Trial. *Anadolu Kliniği* 2018, 23: 332-44.
3. Özkurt S, Sağlan Y, Gölgeli H, Sağlan R, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumun değerlendirilmesi, [https://avesis.ogu.edu.tr/yayin/7cbbaff8-c48c-4cdb-90e7-6528daa82d1e/hemodiyaliz-hastalarinda - tedaviye-uyumun-degerlendirilmesi](https://avesis.ogu.edu.tr/yayin/7cbbaff8-c48c-4cdb-90e7-6528daa82d1e/hemodiyaliz-hastalarinda-tedaviye-uyumun-degerlendirilmesi). Son Erişim Tarihi 06 Eylül 2021.
4. Lam DY, Scherer JS, Brown M, Grubbs V, Schell JO. A conceptual framework of palliative care across the continuum of advanced kidney disease. *Cjasn* 2019, 14: 635-41.
5. Ayık ÜC, Karabuklutlu EY. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hastalığı kabullenmesi ve dini baş etme tarzlarının incelenmesi. *J Nephrol Nurs* 2020, 15: 57-67.
6. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistemik derleme. *Hemar-G* 2017, 19:57-74.
7. Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N, Tiansaard J. Symptom clusters in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Di* 2020, 13: 297.
8. Ok E, Işı Ö. Assessment of the mental status of patients with chronic kidney disease. *J Psychiatr Nurs* 2019, 10(3):181-9.
9. Albayrak Orçin F, Usta Yeşilbakan Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam deneyimlerinin incelenmesi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg* 2020 6(1): 1-12.
10. Türk Nefroloji Derneği. *TC Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*. 2014:4-20.

11. Tuna S, Pakyüz SÇ, Çaydam ÖD. Sistematik derleme: Hemodiyalizdeki hipotansiyonun önlenmesi. *Nephrol Nurs J* 2015, 10: 63-79.
12. Ramezani T, Sharifirad G, Rajati F, Rajati M, Mohebi S. Effect of educational intervention on promoting self-care in hemodialysis patients: Applying the self-efficacy theory. *J Educ Health Promot* 2019, 8: 65.
13. Zülfünaz Ö, Aygün N, Neslihan T, Pınar R. Hemodiyalize giren hastaların diyabet yönetim durumları: Diyarbakır örneği. *J Nephrol Nurs* 2020,15: 68-77.
14. Pourbalouch O, Navidian A, Askari H. Assessing the impact of telenursing on self-care in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Med Surg Nurs J* 2019, 8: 4.
15. Özkurt S, Sağlan Y, Gölgeli H, Sağlan R, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ.. Hemodiyaliz hastalarında gastroözefageal reflü hastalığı sıklığının değerlendirilmesi. *Ankara Med J* 2017, 4: 275-83.
16. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *J Nephrol Nurs* 2009, 6: 22-8.
17. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turk J Card Nur* 2016, 7: 2-11.
18. Kim B, Kim J. Influence of uncertainty, depression, and social support on self-care compliance in hemodialysis patients. *Ther Clin Risk Manag* 2019, 15: 1243.
19. Özsoy F, Müberra K. Hemodiyaliz hastalarında bedensel duyuları büyütme ve somatizasyon. *Konuralp Tıp Derg.* 2020, 12: 276-81.
20. Yılmaz FT, Havva S, Kumsar AK, Aygin D, Sipahi S, Genç AB. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Ünv Sağlık Bilim Derg* 2020, 1: 35-43.
21. Turgay G, Eler ÇÖ, Ökdem Ş, Semiha K. Hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisi. *J Nephrol Nurs* 2020, 15: 116-22.
22. Balim S, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz Hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *J Nephrol Nurs* 2016, 11: 34-42.
23. O'Brien ME. Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *Am J of Kidney Dis* 1990, 15: 209-14.

24. Leggat Jr JE. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: Adherence with dialysis: A focus on mortality risk. *Semin Dial* 2005, 18: 137-41.
25. Günelay S, Taşkıran E, Mergen H. Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *İs Bilim Üniv Florence Nightingale Tıp Derg* 2017, 3: 9-14.
26. Hançerliloğlu S, Aykar FŞ. Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. *Gümüşhane Üniv Sağlık Bilim Derg* 2018, 7: 175-83.
27. Özdemir C, Şendir M. Hemodiyaliz hastalarında fistül bakımı ve mobil sağlık uygulamaları. *J Nephrol Nurs* 2020, 15: 251-9.
28. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *J Adv Nurs* 2005, 50: 518-27.
29. Arabacı Z, Doğru A, Yildirim JG. Kronik hastalıklarda transteoretik modele dayandırılarak motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Sağlık Akad Kastamonu*. 2018, 3: 136-47.
30. Falahee ML, Benkert R, George NM, Hartlieb KB, Cederna J. Motivational interviewing to increase physical activity in underserved women. *J Nurse Prac*. 2016, 12: 704-9.
31. Cangöl E, Hotun Şahin N. Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. *Koç Univ Hemşirelik Eğitim Araşt Derg* 2017, 14: 98-103.
32. Özdemir H, Taşci S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı-the application of motivational interviewing technique in nursing. *Başkent Univ Sağlık Bilim Fak Derg* 2013, 1: 41-7.
33. Ok E, Kutlu Y. The Effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res* 2021, 30: 322-33.
34. Yangöz ŞT, Öer Z. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde sıvı alımına, diyet ve ilaç yönetimine uyumda motivasyonel görüşmenin etkisi: Sistematik derleme. *Türk Klin Hemsire Bilim* 2020, 12: 419-29.

35. Dashtidehkordi A, Shahgholian N, Maghsoudi J, Sadeghian J. The effects of motivational interviewing on the health status of patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018, 23: 287.
36. Chen J, Zhao H, Hao S, Xie J, Ouyang Y, Zhao S. Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Sci* 2018, 5: 213-7.
37. Ayser E, Ceyhan Ö. Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *Başkent Univ Sağlık Bilim Fak Derg* 2020, 7: 58-63.
38. Ceylan Ç, Törüner EK. Obezite riski ve obezitesi olan adölesanlarda teknoloji temelli motivasyonel görüşme programlarının etkisi. *THHD* 2020, 1: 69-80.
39. Türker PF. Kronik böbrek yetmezliği gelişen diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg* 2019, 47: 74-81.
40. Kızıltan G. Son dönem böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 48-56.
41. Ma Y, Shi M, Wang Y, Liu J. Ppar α and its agonists in chronic kidney disease. *Int J Nephrol* 2020; 10: 57-66.
42. Gamze M, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2013, 2: 15-21.
43. Kurbun H, Akten İM. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl* 2018, 27: 277-87.
44. Tanrıverdi MH. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp tıp derg.* 2010, 2: 27-32.
45. Türk Nefroloji Derneği. *Türk böbrek kayıt sistemi raporu.* 2017:2-26.
46. Türker PF. Böbrek hastalıklarında klinik nütrisyon yaklaşımı. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 82-8.
47. Türker PF. Böbrek hastalıklarında beslenme durumunun saptanması. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 30-5.
48. Birol L, Pakyüz SÇ. Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 6.Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2020:124-72.

49. Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak MR, Serdengeçti K. Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: türk nefroloji derneği kayıt sistemi 2009 yılı rapor özeti current status of renal replacement therapy in turkey: a summary of turkish society of nephrology 2009 annual registry report. *Turk Neph Dial Transpl* 2011, 20: 1-6.
50. Varol E, Sivrikaya SK. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniv Sağlık Bilim Enst Derg* 2018, 8: 89-96.
51. Süzen B. Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 36-47.
52. Samur G. Çocuklarda böbrek hastalıklarında tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 72-81.
53. Yıldırım H, Genç F. Böbrek hastalıkları ve protein metabolizması. *Bes Diy Derg* 2018, 46: 7-12.
54. Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecdar T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A. A population-based survey of chronic renal disease in turkey—the credit study. *Nephrol Dial Transplant* 2011, 26: 1862-71.
55. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C (editörler). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1*. Samsun, 2008: 1-22.
56. Tuna D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2018; 13: 17-25.
57. Akça NK. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sık karşılaşılan cilt sorunları ve hemşirelik bakımı. *J Nephrol Nurs* 2019, 14: 26-32.
58. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Eknoyan JGL. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: part 1. definition, disease stages, evaluation, treatment, and risk factors. *Am Fam Physician* 2004, 70: 869-76.
59. Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği, https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf. Son Erişim tarihi 16 05 2021.
60. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *Cumhur Medical J* 2002, 24: 62-4.
61. Öğütmen MB. Akut böbrek yetmezliği. *GKDAYB Dergisi* 2011,17: 25-33.

62. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görölen psikiyatrik hastalıklar. *Turk J Med Sci* 2012, 6: 2-5.
63. Sarıkaya M, Yıldırım M, Sarı F. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda kemoterapi. *Acıbadem Univ Sağlık Bilim Derg* 2013, 4: 1-5.
64. Gianotti MR, da Silva NM. Dialysis in the elderly patient: a challenge of the XXI century-narrative review. *J Bras Nefrol* 2012, 34: 132-41.
65. Süleymanlar G. Akut böbrek yetmezliğinde diyaliz tedavisi, https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/akut_bobrek_yetmezliginde_diyaliz_tedavisi.pdf. Son Erişim tarihi 21 06 2021.
66. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009, 8: 167-72.
67. Vicdan AK, Birgili F. The validity and reliability study for developing an assessment scale for adaptation to chronic diseases. *J Curr Res Buss Health Sect* 2018, 8: 135-44.
68. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2012, 3: 33-8.
69. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Derg.* 2007, 49: 132-6.
70. Gül A, Üstündağ H, Zengin N. Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg* 2010, 20: 7-11.
71. Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002, 41: 97-102.
72. Bağ E, Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *J Nephrol Nurs* 2010, 7: 31-8.
73. Safari SS, Rahnama M, Abdullahi Mohammad A, Naderifar M. Impact of individual motivational interview based on self-care on the treatment adherence of Type II diabetic patients. *J Diabetes Nurs* 2019, 7: 820-9.

74. Karabulutlu E, Tan M. Sapd (sürekli ayaktan periton diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşire Sağlık Bilim Derg* 2005, 8: 1-11.
75. Akça NK, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Derg* 2011, 1: 15-22.
76. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *J Psychiatr Nurs* 2015, 6: 40-6.
77. Özel HG. Diyabetli bireylerde tıbbi beslenme tedavisine uyum sorunları. *Bes Diy Derg* 2019, 47: 15-28.
78. Christensen AJ. Patient-By-Treatment context interaction in chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom Med* 2000, 62: 435-43.
79. Kara B, Akbayrak N. Hemodiyaliz: hastalar başetmeyi nasıl öğrenebilirler? *Sağlık ve Toplum* 2005, 15: 3-7.
80. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *J Nephrol Nurs* 2017, 12: 36-42.
81. Muslu L, Ardahan M. Diabetes mellitus' ta yaşam tarzı değişimi için motivasyonel görüşme tekniği. *Psikiyatr Guncel Yaklaşımlar* 2018, 10: 346-57.
82. Alpaydin N, Çimen M, Erol BT, Sevi OM. Bilissel davranışçı terapide direnç ve motivasyonel görüşme teknikleri: resistance in cognitive behavioral therapy and motivational interviewing techniques. *Psikiyatr Guncel Yaklaşımlar* 2016, 8: 95-101.
83. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türk Klin Psychiatr Özel Derg* 2009, 2: 41-4.
84. Topbaş E. Diyaliz hastalarının beslenmesinde davranış değişikliği. *J Nephrol Nurs* 2017, 12: 29-35.
85. İlgar MZ, Coşgun-İlgar S. Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. journal of theory & practice in education (JTPE). *Int J Educ Theory and Pract.* 2019, 5: 47-73.
86. Kizilirmak M, DemİR S. Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg* 2018, 7: 103-9.

87. Örucü MÇ. Değişime hız kazandıracak bir yöntem: motivasyonel görüşme. *Dicle Universit Ziya Gökalp Eğit Fak Derg* 2020, 1: 20-34.
88. Dicle A. Motivasyonel görüşme: Öğeler, ilke ve yöntemler. *JSHSR* 2017, 4: 2043-53.
89. Orhan İL, Yağmur Y. Menopozal dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve motivasyonel görüşmeler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 2020, 8: 496-505.
90. Pérula LA, Bosch JM, Bóveda J, Campiñez M, Barragán N, Arboniés JC, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM study protocol. *BMC family practice* 2011, 12: 1-10.
91. Atik D, Karatepe H. Scale Development study: Adaptation to chronic illness. *Arch Sicil Med Chir 4 Acta Med Mediterr* 2016, 32: 135-42.
92. Ok E, Kutlu FY. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Motivasyonel Görüşme Yönteminin Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
93. Nahcivan N, Tuncel N. Sağlıklı Gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve Aile Ortamına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
94. Consultation WE. Appropriate body-mass index for asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet* Lancet 2004, 363: 157-63.
95. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, Materson BJ, Oparil S, Wrightjr JT, Roccella EJ. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003, 42: 1206-52.
96. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, Flack JM, Carter BY, Materson BJ, Ram CV, Cohen DL, Cadet JC, Charles RRJ, Taler S, Kountz D, Townsend R, Chalmers J, Ramirez AJ, Bakris GL, Wang J, Schutte,

- AE Bisognano JD, Touyz RM, Sica D, Harrap SB. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. *J Hypertens* 2014, 32: 3-15.
97. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Effect of “motivational interviewing” on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: a one-year follow-up of an rct, addition denmark. *Scand J Prim Health Care Suppl* 2011, 29: 92-8.
98. Gülsoy H, Şenturan L. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitiminin Sağlığın Geliştirilmesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2017.
99. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 28. Baskı. Ankara, Pegem Yayıncılık, 2020: 126
100. Hare J, Clark-Carter D, Forshaw M. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a cognitive behavioural group approach to improve patient adherence to peritoneal dialysis fluid restrictions: a pilot study. *Nephrol Dial Transplant* 2014, 29: 555-64.
101. Matteson ML, Russell C. Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodial Int* 2010, 14: 370-82.
102. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes* 2012, 10: 1-10.
103. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iran J Crit Care Nurs* 2013, 6: 77-86.
104. Sağduyu A, Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., & Özel, S. . Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Derg* 2006, 17: 22-31.

105. Korkmaz Y, Kav S. Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi ve Sıvı Kısıtlamasına Uyum, Uyumsuzluk ve Öz Etkililik Durumunun İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2016.
106. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2010, 37: 271-80.
107. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nephrol Nurs J* 2015, 10: 19-30.
108. Kalender N, Tosun N. Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency. *J Clin Nurs* 2014, 23: 820-8.
109. Kirik B, Tanrıverdi G. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2017.
110. Mollaoğlu M. Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10: 181-6.
111. İlhan F. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksel Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
112. Yurtsever S, Kuyurtar F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *J Nephrol Nurs* 2005, 2: 26-32.
113. Balci H, Başer G, Yılmaz E, Özkalp B. Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri J Intern Med* 2021, 6: 6-13.
114. Alvarado-Martel D, Ruiz Fernández M, Cuadrado Vigaray M, Carrillo A, Boronat M, Expósito Montesdeoca A, Wägner AM. Identification of psychological factors associated with adherence to self-care behaviors amongst patients with type 1 diabetes. *J Diabetes Res* 2019, 6271591:1-9.
115. Özdemir ST, Akyol AD. Hemodiyaliz hastalarına arteriyovenöz fistüle ilişkin verilen eğitim özbakım davranışlarını etkiler mi? *J Nephrol Nurs* 2019, 14: 45-56.
116. Firat S, Öztunç G. Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Cukurova Med J.* 2019, 44: 911-21.

117. Muslu L, Günbayı İ, Ardahan M. Motivasyonel Görüşme Programı'nın Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerin Hastalıkla Baş etme ve Uyumlarına Etkisi: Bir Eylem Araştırması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2016.
118. Fırat H, Alpar ŞE. Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Grup Eğitiminin Hastaların Psikososyal Uyum ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2013.
119. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs* 2008, 61: 596-608.
120. Karatepe H, Atik D, Yuce UO. Adaptation with the chronic disease and expectations from nurses. *Erciyes Medical J* 2020, 42: 18-25.
121. Yöney G, Özdemir A. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği İle Hba1c İlişkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
122. Khadoura KJ, Shakibazadeh E, Mansournia MA, Aljeesh Y, Fotouhi A. Effectiveness of motivational interviewing on medication adherence among Palestinian hypertensive patients: a clustered randomized controlled trial. *Eur J of Cardiovasc Nurs* 2021, 20: 411-20.
123. Schaefer MR, Kavookjian J. The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2017, 100: 2190-9.
124. Silveira LCJ, Aliti GB, Da Silva EM, Pimentel RP, Gus M, Rabelo-Silva ER. Effect of motivational interviewing in hypertensive patients (midnight): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019, 20: 1-8.
125. Butterworth S, Linden A, McClay W, Leo MC. Effect Of Motivational Interviewing-Based Health Coaching On Employees' Physical And Mental Health Status. *Journal Of Occupational Health Psychology* 2006,11(4):358.
126. Drymalski WM, Campbell TC. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: evidence and recommendations. *J Ment Healt clin psychol* 2009, 18: 6-15.

127. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EC. Compliance therapy: A randomised controlled trial in schizophrenia. *Bmj* 2003, 327: 834.
128. Ertem M, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İç Görü Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2016.
129. Kececi A, Bulduk S. Health education for the elderly. In: Atwod C (ed). *Geriatrics*, 5 Baskı. Croatia, Janeza trdine, 2012:153-77.
130. Mathers TR. Effects of psychosocial education on adaptation in elderly hemodialysis patients. *J Nephrol Nurs* 1999, 26: 587-9.
131. Sedhain A, Hada R, Agrawal RK, Bhattarai GR, Baral A. Assessment of nutritional status of Nepalese hemodialysis patients by anthropometric examinations and modified quantitative Subjective Global Assessment. *Nutr Metab Insights* 2015, 8:21-7.
132. Aydın Z, Karadağ S, Şumnu A, Öztürk S. Hemodiyaliz hastalarında antropometrik ölçümler anthropometric measurements in hemodialysis patients. *Turk Neph Dial Transpl* 2015, 24 : 61-7.
133. Yigit IP, Ulu R, Celiker H, Dogukan A. Evaluation of nutritional status using anthropometric measurements and mqsqa in geriatric hemodialysis patients. *North Clin Istanb* 2016, 3:124-30.
134. Jialin W, Yi Z, Weijie Y. Relationship between body mass index and mortality in hemodialysis patients: A meta-analysis. *Nephron Clin Pract.* 2012, 121: 102-11.
135. Doğru A, Ovayolu N. Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Öz Yönetim Algısı Ve Metabolik Değişkenlere Etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2016.
136. Tosun AS, Zincir H. Tip 2 Diabetes Mellitus'u Olan Bireylerde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik, Metabolik Kontrol ve Sağlık Davranışına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2015.

137. Karakurt P, Kaşıkçı MK. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. *Int J Nurs Pract* 2012,18:170-9.
138. Kurt YT, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arik N. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *TNDTHD* 2012, 21: 39-44.
139. Minet L, Møller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Educ Couns* 2010, 80: 29-41.
140. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-Management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care* 2002, 25: 1159-71.
141. Jones A, Gladstone BP, Lübeck M, Lindekilde N, Upton D, Vach W. Motivational interventions in the management of hba1c levels: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2014, 8: 91-100.
142. Doğan S, Perçinci NB. Hemodiyaliz hastalarında beslenme eğitiminin bazı biyokimyasal parametrelere ve diyete uyumlarına etkisi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi* 2020, 2: 16-25.
143. Duzalan OB, Pakyuz SC. Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study. *J Pak Med Assoc* 2018, 68 : 532-7.
144. Makvand Hosseini S, Kiyani Ersi F, Moemeni A. Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in hajar hospital of shahrekord, 2013. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2015, 17: 17-24.

EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket bilimsel bir araştırmada kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla değerli görüşlerinize başvurulacaktır. Araştırmanın doğru sonuçları yansıtmaması, sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplara bağlı olacaktır. Vereceğiniz cevaplar, bu araştırma dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya göstereceğiniz ilgi ve katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.

Abdullah GERÇEK

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz? a) Erkek b) Kadın

3. Medeni haliniz? a) Evli b) Bekar

4. Çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır

5. Eğitim düzeyiniz?

a) Okur-yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu

6. Ne iş yapıyorsunuz? a) Çalışmıyor b) Serbest meslek c) İşçi d) Memur e) Emekli

7. Yaşadığınız yer a) köy b) kasaba c) ilçe d) il

8. Gelir durumunuz nasıl?

a) Gelir Giderden Fazla b) Gelir Gidere Denk c) Gelir Giderden Düşük

9. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Eşim ve Çocuklarım İle Birlikte c) Annem veya Babam İle Birlikte e) Diğer

10. Bakımınıza destek olan kişiler var mı? a) Evet b) Hayır

11. Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Eşim b) Çocuklarım c) Annem veya babam d) Kardeş (lerim) e) Diğer

12. Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler hangi açılardan sizi destekliyor?

(Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Fiziksel açıdan b) Ekonomik açıdan c) Ruhsal açıdan

13. Hastalık tanısı aldıktan ne kadar süre sonra hemodiyaliz tedavisine başladınız?.....

14. Sizin dışınızda ailenizde hemodiyaliz tedavisi alan birey oldu mu? a) Evet b) Hayır

15. Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz? a) 2 kez b) 3 kez c) 3'den fazla

16. Hemodiyaliz tedavi süreniz nedir? Ay:.....Yıl:.....

17. Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastahklarınız var mı? a) Evet b) Hayır

18. Başka kronik hastahklarınız varsa; bu hastahklar nelerdir?

a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Romatizmal d) Kalp sorunları e) Diğer.....

19. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

20. Önerilen diyet programına uyma durumu: a) Evet b) Hayır

21. Yemeklerinizde tuz kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

23. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta sıvı kısıtlaması önerilerine uydunuz?

a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Yan yarıya d. Çok nadir e. Hiçbir zaman

24. Geçen hafta boyunca hangi sıklıkta diyet önerilerine uydunuz?

a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Yan yarıya d. Çok nadir e. Hiçbir zaman

EK-2. Metabolik Değişkenler Formu

Antropometrik Ölçümler

	Ön test	Son test	İzlem Testi
Kan Basıncı			
Boy			
Kilo			
Beden Kütle İndeksi			

Biyokimyasal parametreler

Parametreler	Ön test	Son test	İzlem Testi
Glukoz			
Kreatinin			
Potasyum			
Fosfor			
Sodyum			
Kalsiyum			
Total protein			

EK-3. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği

<p style="text-align: center;">Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği</p> <p>Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.</p>		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastahğım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastahğımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastahğı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (işlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastahğımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastahğım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelerime katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastahğım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastahğım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastahğım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastahğım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastahğımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastahğım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastahğım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastahğımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastahğım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastahğım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastahğınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastahğımdan dolayı çalışmaya hayatım olumsuz etkilendi.					

EK-4. Öz Bakım Gücü Ölçeği

ÖZ BAKIM ÖLÇEĞİ

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gunur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım aranm.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığım dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiği me inanıyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarının sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgileneceğe çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi



ÖĞR. GÖR. ABDULLAH GERÇEK
PROF. DR. SERAP PARLAR KILIÇ
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
MALATYA, 2020

İÇİNDEKİLER

BOLUM 1.KRONİK BOBREK YETMEZLİĞİ	- 1 -
1.1 Kronik Böbrek Yetmezliği nedir?.....	- 1 -
1.2 Böbrek Yetmezliği belirtileri nelerdir?.....	- 4 -
BOLUM 2.HEMODİYALİZ	- 5 -
2.1 Hemodiyaliz nedir.....	- 5 -
BOLUM 3.OZ-BAKIM	- 8 -
3.1.Oz-bakım nedir.....	- 8 -
3.2.Oz-Bakım Aktiviteleri Nelerdir.....	- 9 -
3.2.1.El Hijyeni.....	- 10 -
3.2.2.Ağız, Diş ve Protez Bakımı.....	- 13 -
3.2.3.Deri Bakımı.....	- 17 -
3.2.4.Saç Bakımı.....	- 21 -
3.2.5.Ayak ve Tırnak Bakımı.....	- 23 -
3.2.6.Tuvalet Alışkanlığı ve Temizliği.....	- 25 -
3.2.7.Uyku ve Dinlenme.....	- 27 -
BOLUM 4. KRONİK HASTALIGA UYUM AKTİVİTELERİ	- 30 -
4.1. Tedavi Seanslarına Uyum.....	- 30 -
4.2. Beslenme Diyetine Uyuyormusunuz?.....	- 32 -
4.2.1.Et Grubu Besinler.....	- 33 -
4.2.2.Süt Grubu Besinler.....	- 35 -
4.2.3.Ekmek Grubu Besinler.....	- 36 -
4.2.4.Sebze ve Meyve Grubu Besinler.....	- 37 -
4.2.5.Ne kadar tuz kullanalım?.....	- 38 -
4.2. Günlük ne kadar sıvı içmeliyiz?.....	- 40 -
BOLUM 5. KAYNAKLAR	-42 -

EK-6. Gönüllü Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, adı, soyadı, okul numarası gibi kişiyi tanıttıcı bilgilerin yazılmaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

Sevgili Katılımcı,

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücü ve hastalık uyumuna etkisini incelemeyen bu araştırma, Abdullah GERÇEK tarafından yapılmaktadır. Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylere öz bakım ve kronik hastalığa uyum eğitimi verildikten sonra hastaların öz bakımlarını ve hastalığa uyumlarını artırmak için motivasyonel görüşme yapılması planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla araştırma planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmınız!

Sorular 4 bölümden oluşmaktadır. Sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan içtenlikle cevaplamanızdır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi (ler) ile iletişim kurabilirsiniz.

Sorumlu araştırmacının adı, soyadı: Abdullah GERÇEK

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu "X" ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Tarih

EK-7. Etik Kurul Onayı Formu



EK-8.Kurum İzin Formu



EK-10. “Öz-Bakım ve Hastalığa Uyum Eğitimi Rehberi” İçin Uzman Görüşleri Listesi

