T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN HASTALIĞA UYUM, ÖZ BAKIM VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Lale YACAN

Referans no: 10259796

EDİRNE-2022

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN HASTALIĞA UYUM, ÖZ BAKIM VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Lale YACAN

Destekleyen Kurum: TÜBAP 2019/216

Tez No:

EDİRNE-2022

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca benimle bilgisini, desteğini ve tecrübelerini esirgemeyen, mesleki gelişimime katkı sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Özgül EROL'a, eğitimim boyunca gösterdiği ilgi, anlayış ve bilimsel katkılarından dolayı Prof. Dr. Serap ÜNSAR'a, tez izlem jürimde yer alarak bilimsel katkıları ve desteği için Prof. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ'a, araştırma süresince desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Gökhan ÖZTÜRK ve Nefroloji Poliklinik sekreteri Didem ŞAHİN'e, veri toplama aşamasında araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara ve bu araştırmayı destekleyen Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne (TÜBAP 2019/216) en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TANIMI VE EVRELERİ 3**
- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ 4**
- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ. 4**
- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ BELİRTİ VE BULGULARI 5**
- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TANI 6**
- **KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TEDAVİ 7**
- **KRONİK HASTALIKLARDA EĞİTİMİN ÖNEMİ 11**
- **KRONİK HASTALIKLARDA HASTALIĞA UYUM 13**
- **KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM 14**
- **KRONİK HASTALIKLARDA İYİLİK HALİ 15**

GEREÇ VE YÖNTEMLER 17

BULGULAR 26

TARTIŞMA 51

SONUÇLAR 59

ÖZET 62

SUMMARY 64

KAYNAKLAR 66

ŞEKİLLER LİSTESİ 74

ÖZGEÇMİŞ 76

EKLER

KISALTMALAR

ACIS : Adaptation to Chronic Illness Scale/Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

APG : Açlık Plazma Glukozu

Ark. : Arkadaşları

BKİ : Beden Kitle İndeksi

CREDIT : Chronic Renal Disease in Turkey/Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması

GFR : Glomerüler Filtrasyon Hızı

HT : Hipertansiyon

KBH : Kronik Böbrek Hastalığı

KDIGO : Kidney Disease: Improving Global Outcomes

SCMP-G : The Self-Care Management Process In Chronic Illness/Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

TND : Türk Nefroloji Derneği

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), 3 aydan daha uzun süredir böbreklerin yapısında veya fonksiyonlarında bozulma olarak açıklanan ve prevalansı günden güne artan bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Amerika'da 37 milyon yetişkinde KBH görülmekte ve birçok kişi de bu hastalık yüzünden risk altında yaşamaktadır (3). Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan CREDIT (Chronic Renal Disease in Turkey) araştırmasına göre ise ülkemizde KBH prevalansı %15,7'dir (4).

Kronik hastalıklar, hızla ilerleyen, uzun süren, bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmelerini etkileyen, seyri belli olmayan, morbiditeye yol açabilen, bireyi fiziksel, psikososyal yönden etkileyen, ekonomik sıkıntılara sebep olabilen, uzun süre özel bakım ve kontrol gerektiren hastalıklardır (5,6). Kronik böbrek hastalığı, kronik hastalıklar içinde yer alan ciddi bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (5). Kronik böbrek hastalığının tedavisinde kullanılan tedavi yöntemlerine rağmen, KBH bireylerde fiziksel ve duygusal sorunlara yol açmakta, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve ölümlerine sebep olmaktadır (7). Bu nedenle bu hastalığa sahip olan bireylerin tedaviye uyumları ve öz bakım yönetimleri çok önemlidir. Kronik böbrek hastalığı gibi bir hastalık ile yaşamak; hastalığı kabullenmenin, başa çıkmanın, öz yönetimin ve hastalığa uyumun gerekli olduğu karmaşık, döngüsel, dinamik ve sürekli değişen çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri özellikle hemşireler hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede, iyilik hallerini arttırmada, hastalığı kabullenme ve başa çıkmalarını kolaylaştırmada önemli rol oynamaktadır (8). Bahadori ve ark.'nın (2014) hemodiyaliz hastalarında öz bakım modeli uygulayarak hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdiği çalışmada, verilen eğitimden sonra hastaların sistolik ve

diyastolik kan basıncında düşme, fiziksel egzersiz yapma sıklığında artma, ödem ve kaşıntı şikayetlerinde azalma olduğu saptanmıştır (9). Hemşireler tarafından KBH tanısı olan bireylere verilen eğitim ile hastaların hastalığa uyum, öz bakım, iyilik halleri ve fizyolojik parametreleri olumlu yönde etkilenmekte, daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları sağlanmakta ve yaşam kaliteleri yükselmektedir (10). Demirbaş ve Kutlu'nun (2020) çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz etkililik düzeylerini araştırdığı çalışmada, sağlık çalışanları tarafından eğitim almış olan hastaların eğitim almamış olan hastalara göre tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (11).

Bu çalışma, KBH tanısı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TANIMI VE EVRELERİ

Kronik böbrek hastalığı, böbrek hasarının en az 3 ay sürdüğü, geri dönüşsüz nefron kaybı ile karakterize, Glomerüler Filtrasyon Hızı'nın (GFR) 60 ml/dk/1,73 m²'nın altına inmesiyle böbreğin görevlerini yerine getiremediği, yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalitenin arttığı sağlık sorunudur (12,13).

Kidney Disease: Improving Global Outcomes'ın (KDIGO) 2012 yılında yayınlamış olduğu Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzunda KBH'ın tanımında bir takım değişiklikler yapılmıştır (14). 2012 yılında yayınlanan kılavuza göre "KBH, 3 aydan uzun süredir devam eden ve sağlığa etkileri olan böbrek yapı ve fonksiyonundaki anormalliklerdir" olarak tanımlanmıştır (2). Kronik böbrek hastalığı evrelemesi KDIGO tarafından GFR ve albüminüriye göre olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır (2). Tablo 1 ve Tablo 2'de evrelemesi gösterilmektedir.

Tablo 1. Kronik böbrek hastalığının glomerüler filtrasyon hızına göre sınıflandırılması (2)

GFR sınıflaması	GFR (ml/dk/1,73 m^2)	Tanımlama
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	≤15	Böbrek yetmezliği

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı

Tablo 2. Kronik böbrek hastalığının albüminüri sınıflandırılması (2)

Sınıflama	Albümin atılım hızı (mg/24 saat)	Tanımlama
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Kronik böbrek hastalığının erken ve orta evreleri genellikle semptom göstermediği için ve toplum temelli çalışmalar da az yapıldığından insidans ve prevalansını belirlemek zordur (15). Kronik böbrek hastalığının insidans ve prevalansını belirlemek için toplum temelli yapılan çalışmalarda serum kreatininin düzeyini baz alan tahmini GFR formüllerine ve idrarda mikroalbuminüriye bakılmaktadır (16).

Farklı ülkelerde KBH prevalansını belirlemek amacıyla epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Çin'de yapılan Beijing çalışmasında KBH prevalansı %13, Avusturalya'da yapılan AusDiab çalışmasında %12 iken Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan NHANES III çalışmasında bu oran %11 olarak bulunmuştur (15). Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında KBH prevalansı %10-15 arasında farklılık göstermektedir. Bu bilgilere göre dünyada yaklaşık olarak 500 milyon insanın KBH tanısı olduğu varsayılmaktadır (15,16). Bu hastaların büyük çoğunluğunu hastalığın erken evrelerinde (evre 1 ve evre 2) olan hastalar oluşturmaktadır (16). Her 9-10 yetişkinden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı olduğu öngörülmektedir (15).

National Kidney Foundation'a göre her 3 Amerikalı'dan biri böbrek hastalığı riski altındadır. Yine aynı kuruma göre 37 milyon kişi KBH'a sahip, 660 bin kişi böbrek yetersizliği ile yaşamakta ve 100 bin kişi böbrek transplantasyonu beklemektedir (17). Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan CREDIT araştırmasına göre ise ülkemizde KBH prevalansı %15,7 olarak bulunmuştur (4). Sağlık Bakanlığı ve TND'nin ortak raporuna göre 2020 yılı sonu itibariyle renal replasman tedavileri ile izlenen hastaların (çocuk hastalar dahil) 60,558'i (%72,66) hemodiyaliz, 3,387'si (%4,06) periton diyalizi ve 19,405'i (%23,28) renal transplantasyon tedavileri almaktadır (18).

KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Kronik böbrek hastalığı birçok faktöre bağlı olarak gelişebilmektedir (19). Kronik böbrek hastalığına hipertansiyon (HT), diabetes mellitus, amiloidoz, kronik glomerülonefrit, interstisyel nefrit, böbreğin kistik hastalıkları, obstrüktif üropati sebep olabilmektedir

(12,19,20). Kronik böbrek hastalığına ayrıca enfeksiyonlar, ilaçlar, toksik maddeler, kurşun, civa ve krom içeren ağır metallerin neden olduğu ve tedavi edilmemiş akut böbrek hasarı sonucu da gelişebilmektedir (20).

Kronik böbrek hastalığı risk faktörleri arasında diyabet, HT, ailede böbrek yetersizliği öyküsü, altmış yaş ve üzerinde olma, Siyahi Amerikalı, Asyalı, İspanyol, Pasifik Adalı veya Hint kökenli Amerikalı, böbreklere hasar verecek şekilde uzun yıllardan beri ilaç kullanımı yer almaktadır (21).

KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ BELİRTİ VE BULGULARI

Hastalardaki belirti ve bulguların meydana gelmesi böbrek yetersizliğinin evresine, gelişme hızına ve altta yatan duruma bağlıdır. Hastalarda meydana gelen ilk bulgu noktüri, anemiye bağlı olarak görülen halsizlik ve yorgunluktur. Üremik belirtilerin ortaya çıkması için GFR'nin 20-25 ml/dk ve altında olması gerekmektedir (22). Kronik böbrek hastalığının sistemler üzerindeki etkilerine yönelik ortaya çıkan belirti ve bulguları tabloda gösterilmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Kronik böbrek hastalığının sistemler üzerine etkileri (12,19,23)

Sistemsel belirtiler	Belirti ve bulgular
Kardiyovasküler belirtiler	Hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, perikardiyal tamponad, perikardiyal effüzyon, perikardit, aritmiler, pulmoner ödem, boyun venlerinde dolgunluk, ayaklarda, ellerde ve sakrumda ödem
Dermatolojik belirtiler	Kaşıntı, cilt renginin gri-bronz olması, kuru görünümlü cilt, ekimoz, purpura, tırnakların kolay kırılması, saç tellerinin incelmesi
Gastrointestinal belirtiler	Anoreksi, bulantı-kusma, ağızda amonyak kokusu, hıçkırık, diyare, metalik tat almanın olması, ağızda ülserasyon gelişmesi ve kanamalar
Nörolojik belirtiler	Halsizlik, yorgunluk, konsantre olamama, konfüzyon, tremor, ayak tabanında yanma, parestezi ve davranış değişikliğinin görülmesi
Hematolojik belirtiler	Anemi, kanama ve enfeksiyon
Sıvı volüm belirtileri	Hipertansiyon, hipotansiyon, asidoz tablosu, hipovolemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, pulmoner ödem

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TANI

Böbreklerin değerlendirilmesi için yapılacak olan tanısal incelemelerin temel amacı, böbreklerde meydana gelen yapısal veya işlevsel bir problem olup olmadığını saptamaktır (24). Klinik uygulamada böbrek hasarının belirlenmesinde en yaygın olarak kullanılan göstergeler albüminüri veya proteinüridir. Normal şartlarda günlük olarak albümin atılımı 30 mg'ın, protein atılımı ise 150 mg'ın altındadır ve bu sınırların üzerinde seyredilen durumlar albüminüri veya proteinürinin göstergesidir. Bu durumun 3 aydan daha uzun süre devam etmesi böbrek hasarının belirtisi olarak kabul edilmektedir. Klinik uygulamada albüminüri veya proteinüri, sabah ilk idrarda albümin/kreatinin veya protein/kreatinin oranına bakılarak saptanmaktadır (15).

Böbrek hastalıklarını tanılama işlemleri öykü alma, kan basıncı ölçümü ve fizik muayene ile tanı yöntemleri (biyokimyasal değerlendirmeler, idrar analizi, görüntüleme yöntemleri ve böbrek biyopsisi) kullanılarak değerlendirilmektedir.

Öykü Alma, Kan Basıncı Ölçümü ve Fizik Muayene

Kronik hastalıkların hepsinde olduğu gibi KBH'ta da öykü alma çok önemlidir. Hastanın öyküsü alındıktan sonra fizik muayeneye geçilmektedir. Kan basıncı ölçümü de fizik muayenenin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Öykü almayı fizik muayene ve kan basıncı ölçümü izlemektedir (25).

Tanı Yöntemleri

Tanı yöntemleri; biyokimyasal değerlendirmeler, idrar analizi, görüntüleme yöntemleri ve böbrek biyopsisi olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir (24).

1. Biyokimyasal değerlendirmeler:

Glomerüler filtrasyon hızı: Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan en belirleyici test olarak adlandırılmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızının normal değeri bireyin yaşına ve cinsiyetine göre değişmektedir. Vücut yüzey alanına göre düzeltilmiş normal GFR değeri, 40 yaşından daha küçük kadınlarda yaklaşık 90-120 ml/dk/1,73m^2, 40 yaşından daha küçük erkeklerde ise yaklaşık 100-130 ml/dk/1,73m^2'dir (15,24).

Serum kreatinin düzeyini: Kreatinin iskelet kasında bulunmakta, kreatin ve fosfokreatinden oluşmaktadır. Normal değeri genellikle 0,6-1,2 mg/dl arasında değişmektedir. Değeri GFR ile ters orantılıdır. Glomerüler filtrasyon hızı azaldıkça serum kreatinini

artmaktadır. Normal değerlerin üstünde görülen serum kreatinini akut böbrek hastalığı veya KBH'ın ilk belirtisi olarak kabul edilmektedir (15,24).

24 saatlik idrar kreatinin klirensi: Kreatinin klirensi için 24 saatlik idrar toplanması ve toplanan idrardan serum kreatinin değerinin ölçülmesi gerekmektedir (15,24).

Serum üre (üre azotu) ve üre klirensi: Tek başına GFR'yi tahmin etmede kullanılmamaktadır (24).

Sistatin-C: Yaş ve cinsiyette farklılık göstermemektedir. Erken evre renal hastalıkta kreatinin değerlerinin henüz etkilenmediği dönemde yükselmeye başlamaktadır. Kreatinine göre GFR'nin tahmininde daha etkilidir (24).

Diğer biyokimyasal incelemeler: Böbrek hastalıklarının değerlendirilmesinde ve komplikasyonlarının saptanmasında kullanılan birçok laboratuvar testi vardır. Bunlar arasında tam kan sayımı, albümin, kan gazı, serolojik ve immünolojik testler, ürik asit, elektrolitler, fosfor, parathormon, kalsiyum sayılabilmektedir (24).

2. İdrar analizi: İdrar analizi, böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi açısından en kolay, invaziv olmayan ve oldukça önemli testlerden birisidir. Tam idrar analizi, idrarın fiziksel görünümünün değerlendirilmesi, idrar test çubuğu ile temel kimyasal özelliklerinin incelenmesi ve idrar sedimentinin değerlendirilmesinden oluşmaktadır (24).

3. Görüntüleme yöntemleri: Görüntüleme yöntemleri olarak böbreklerin direkt grafisi, intravenöz piyelografi, konvansiyonel anjiyografi, ultrason, manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi ve nükleer görüntüleme olmak üzere kullanılan invaziv ve non-invaziv yöntemler yer almaktadır (24).

4. Böbrek biyopsisi: Böbrek hastalığının kesin olarak sebebini bulmak ve hastalığın gidişatını saptamak için bazı hastalarda böbrek biyopsisi kullanılmaktadır (24).

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TEDAVİ

Kronik böbrek hastalığı tedavisi, böbrek hastalığının evresine ve sahip olunan kronik hastalıklar varlığına göre değişim göstermektedir (21). Böbrek hastalığı tedavisinde; yüksek kan basıncı tedavi edilmekte, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitör ilaçlarına karşı böbrek fonksiyonları korunmakta, diyabete sahip olan hastaların plazma glukoz seviyesi kontrol altına alınmakta, kolesterol seviyesinin yüksekliği diyet ve ilaç tedavisi ile düşürülmekte, anemi için

tedavi uygulanmakta, mineral ve kemik hastalıkları için tedavi planlanmakta, egzersiz önerilmekte, kilo kontrolü sağlanmakta, sigaranın bırakılması için hasta teşvik edilmektedir (12,21).

Son dönem böbrek yetersizliğinde renal replasman tedavilerinden yararlanılmaktadır. Renal replasman tedavileri sağkalım süresini uzatmakla birlikte morbidite ve mortaliteye de sebep olabilmektedir (12,20). Renal replasman tedavileri hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon olmak üzere üç çeşittir (12).

Hemodiyaliz

Bir makine aracılığıyla kanın özel bir filtreden süzülmesi ve zararlı maddelerin vücuttan atılması işlemidir (26). Hemodiyaliz ile vücutta birikmiş olan üre, kreatinin, potasyum ve fosfor gibi maddeler vücuttan atılır (20). Hemodiyaliz tedavisinde haftalık ortalama süre 12 saattir. Hastanın böbrek yetersizliğinin süresine, şiddetine, yaptığı idrar miktarına bağlı olarak hemodiyaliz seansı haftada 2-3 kez 4-6 saat şeklinde planlanmaktadır (12). Haftalık seans sayısı, seansın süresi, hemodiyaliz sırasında kullanılacak olan filtre ve hemodiyaliz sıvısı hastanın bireysel özelliklerine göre ve nefroloji ekibi tarafından belirlenmektedir (12,20).

Hemodiyalizin olumlu yönleri (26,27):

- Hasta hemodiyaliz ünitesinde haftada 3 kez ve belirli bir süre içinde bulunmakta ve tedavisi ile gün boyu ilgilenmesine gerek kalmamaktadır.
- Hastanın kendisi gibi benzer sorunları yaşayan hastalar ile bir araya gelmesi sosyalleşme düzeylerini ve paylaşımlarını arttırmaktadır.
- Periton diyalizinde olduğu gibi hasta gün boyunca karnında sürekli bir yabancı cisim ile dolaşmak durumunda kalmamaktadır.
- Periton diyalizinde kullanılan solüsyonlar glikoz içerdiği için obez hastalarda hemodiyaliz daha avantajlıdır.
- Diyalizat ve protein kaybı hemodiyaliz tedavisinde daha az olduğu için malnütrisyon görülme olasılığı periton diyalizine göre daha azdır.

Hemodiyalizin olumsuz yönleri (26):

- Diyet ve su kısıtlamaları çok fazladır.
- Bazı hastalarda hemodiyaliz yapılırken hipotansiyon, baş ağrısı, kramp ve bulantı gibi yan etkiler görülebilir.

- Bir diyaliz merkezine haftada 3 defa gitme zorunluluğu vardır.

Periton Diyalizi

Kanı zararlı maddelerden temizlemek için bireyin peritonunun filtre yerine kullanılması işlemidir (26). Periton diyalizinde, diyaliz süreci kişinin vücudu içinde gerçekleşir. Abdomen içine ameliyat ile yerleştirilen bir tüp sayesinde diyaliz sıvısı abdomene aktarılır. Kandaki artık maddeler ve fazla su abdomene verilmiş olan bu diyaliz sıvısına geçmekte ve birkaç saat sonra sıvının vücuttan atılımı yine aynı tüp aracılığıyla gerçekleşmektedir (28).

Periton diyalizi aktif yaşam içinde olanlar, sık seyahat edenler, sosyoekonomik durumu iyi olanlar, ciddi damar yolu sorunu olanlar, anemisi olanlar, kan transfüzyonunda güçlük yaşayanlar ve hemodiyaliz merkezine uzak yerleşim birimlerinde yaşayanlar için uygun tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (12).

Periton diyalizinin sürekli ayaktan periton diyalizi ve aletli periton diyalizi olmak üzere iki çeşidi vardır (29).

1. Sürekli ayaktan periton diyalizi: En sık olarak kullanılan periton diyaliz şeklidir (29). Bu diyaliz işleminde 1,5-3 litre diyaliz sıvısı abdomene aktarılır, 4-8 saat abdomende kalması sağlanır ve sonra boşaltılır. Sürekli ayaktan periton diyalizi her gün, günde 4-5 defa uygulanmaktadır (28).

2. Aletli periton diyalizi: Bir makine yardımıyla yapılan periton diyalizi şeklidir. Birey uyurken bir yanda da makine aracılığıyla diyaliz işlemi gerçekleşir. Makineye bağlı olarak genellikle her gece 3-5 defa 1,5-3 litre diyaliz sıvının değişimi sağlanır (28).

Periton diyalizinin olumlu yönleri (26,27):

- Periton diyalizi evde uygulanan bir diyaliz türü olduğu için hastaların hemodiyaliz ünitesine olan bağımlılığı azalmakta ve hastalar bu sayede daha aktif ve özgür bir yaşam sürmektedirler.
- Su kısıtlaması hemodiyalize göre daha azdır.
- Seyahat özgürlüğü daha fazladır.
- Kan basıncı yüksekliği daha iyi kontrol edilmektedir.
- Hastalar periton diyalizini gece de uygulayabildikleri için gündüzleri daha bağımsız hareket edebilmektedirler.

- İş yaşamında hemodiyaliz hastalarına göre daha aktif oldukları görülmektedir.
- Evde uygulamanın daha kolay olması sebebiyle diyet ve sıvı kısıtlamaları daha azdır.
- İntravenöz yollara ihtiyaç duyulmadığı için iğne korkusu olan hastalarda güvenle kullanılabilmektedir.
- Ultrafiltrasyon daha kontrollü olduğu için hipotansiyon atağı görülmez.
- Antikoagülan ilaçlara ihtiyaç duyulmadığı için kanama riski görülmez.
- Kan yoluyla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı daha düşüktür.
- Atriyoventriküler fistül yerinde kanama ve sette pıhtılaşma gibi nedenler sebebiyle kan kayıpları görülmediği için hastaların hemoglobin düzeyleri daha yüksek, demir takviyesi ve eritropoetin ihtiyacı da daha düşüktür.

Periton diyalizinin olumsuz yönleri (26):

- Karında sürekli yabancı bir cisim taşınmaktadır.
- Gün içinde periton diyalizi uygulamaları için işler kesintiye uğrayabilmektedir.
- Peritonit görülme riski vardır.

Renal Transplantasyon

Bir başka kimseden alınan böbreğin takılması işlemidir. Nakil için takılacak olan böbrek, canlı vericiden veya yeni ölmüş kimselerden olabilmektedir. Alınan bu tek böbrek sağlıklı bir şekilde görevlerini yerine getirmektedir (26). Renal transplantasyon ile bireyler daha uzun yaşam sürebilmekte, hemodiyaliz ve periton diyalizine göre büyüme ve gelişme daha iyi seyir göstermektedir. Hastalar diyaliz bağımlılığından kurtulmakta, daha iyi konfor sağlanmakta, kognitif fonksiyonlarda gelişme gözlenmekte, mobilite ve diyette serbestlik sağlanmaktadır (12).

Renal transplantasyonun olumlu yönleri (26):

- Yaşam kalitesi çok daha iyidir.
- Diyet kısıtlamaları daha azdır.
- Serbest çalışma imkanı daha fazladır.

Renal transplantasyonun olumsuz yönleri (26):

- Tüm hastalar için uygun verici bulunamamaktadır.
- Önemli bir ameliyat gerektirmektedir.

- Transplantasyon sonrası kullanılacak olan ilaçların ciddi yan etkileri görülmekte ve bu ilaçların ömür boyu kullanılması zorunluluğu vardır.
- Transplantasyondan bir süre sonra böbrek reddi gerçekleşebilmektedir.

KRONİK HASTALIKLARDA EĞİTİMİN ÖNEMİ

Kronik hastalıklar, yavaş ilerlemekte, 3 aydan daha uzun süre devam etmekte, genellikle komplikasyonlar ile seyretmekte, sosyal ve ekonomik sonuçları ile bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (30,31). Ayrıca, 21. yüzyılın en büyük sağlık sorunlarından biri ve küresel olarak önde gelen ölüm nedenleri arasında da yer almaktadır. Dünyada 2012 yılında 56 milyon ölüm meydana gelmiş ve bu ölümlerin 38 milyonu kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmiştir. Aynı verilere göre 2030 yılında kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşecek olan ölümlerin 52 milyona çıkacağı da tahmin edilmektedir (32). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2016 yılında dünyada meydana gelen 57 milyon ölümün 41 milyonu (%71) kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmiş ve bu ölümlerin 15 milyonu erken ölüm (30-70 yaş arası) olarak tanımlanmıştır (33). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 2018 yılında ölümlerin %38,4'ünü kardiyovasküler sistem hastalıkları, %19,7'sini benign ve malign neoplazmalar, %12,5'ini ise solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (34). Yine aynı kurumun 2019 yılında yayınladığı verilere göre, meydana gelen ölümlerin %36,8'ini kardiyovasküler sistem hastalıkları, %18,4'ünü benign ve malign neoplazmalar, %12,9'unu solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (35). Elde edilen veriler doğrultusunda kronik hastalıkların görülme sıklığının günden güne artış gösterdiği görülmektedir. Bu hastalıkların yönetiminde sağlık profesyonelleri önemli yere sahiptir, özellikle hemşireler mesleki liderlik rolleri ile ekibin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Hemşireler hastalar için bütüncül bakımı planlamakta, bireylere özgü eğitimler vererek kronik hastalıkların yönetiminde etkin rol oynamaktadır (36).

Günümüzün önemli meslekleri arasında yer alan hemşirelik, hasta bireyin bakımını üstlenme, sağlıklı bireyin sağlığının sürdürülmesini sağlama, toplumun sağlık sorunlarını saptama ve iyileştirme çalışmaları arasında yer alma görevlerini üstlenmektedir (37,38). Hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumluluklarının günden güne artması ile hemşirelik rollerinin önemi de artmaktadır. Çağdaş hemşirelik rollerinden biri olan eğitici rolü, hasta bakımında ön plana çıkmaktadır (39,40). Eğitici rolü ile hemşire, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını sürdürmek, hastalık durumunda tedavi ve bakım sağlamanın yanı sıra doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik eğitimler planlamakta ve optimal sağlığa ulaşmasını

sağlamaktadır (40). Kurt ve ark.'nın (2012) hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisini incelediği çalışmada, eğitim sonrası hastaların eğitim öncesi döneme göre diyalize giriş kilo ortalamasında ve iki diyaliz arası aldıkları kilo ortalamasında belirgin bir azalma olduğu saptanmıştır. Yine verilen eğitimle diyalize giriş sistolik kan basıncı ortalamasında eğitim öncesi döneme göre düşüş olduğu gözlenmiştir (41).

Hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alan hasta eğitimi sayesinde hastanın olası komplikasyonlardan korunması, kendi kendine yeterli duruma gelmesi, hastalığa uyumunun sağlanması, sağlığı ile ilgili davranış değişikliği kazanması sağlanmaktadır (42-44). Ayrıca kişinin tanısını anlamasına, hastalığının gidişatı hakkında bilgi sahibi olmasına, bakımına katılmasına ve evde bakımının sürdürülmesine de destek olunmaktadır (45). Bu eğitimler ile hastanın en kısa sürede sağlığına kavuşması sağlanmaktadır (43). Başer ve Mollaoğlu'nun (2019) hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin sıvı kontrolü ve diyete uyum üzerine etkisini incelediği çalışmada, deney grubundaki hastaların eğitim sonrasında diyet ve sıvı kısıtlamalarına daha iyi uyum sağladıkları saptanmıştır (46).

Hasta eğitimi, kronik hastalığa sahip bireylerin tedavilerinde, hastalık süreçlerinde ve hastalığı etkili şekilde yönetebilmelerinde önemli rol oynamaktadır. Aynı şekilde hastalara verilecek olan taburculuk eğitimi ile hastaların iyileşme süreçleri de hızlanmaktadır (47). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışma, hastaların %50,9'unun hastalıkları hakkında eğitim almadığını, %54,5'inin tedaviye uyumunun olmadığını ve %58,2'sinin tuz tüketiminde bulunduğunu saptamıştır (48). Kronik böbrek hastalığı olan ve henüz renal replasman tedavisi almayan hastalar ile yapılan bir çalışmada, hastaların %77'sinin evre 3-evre 5'te yer aldığı, %58'inin son bir yılda en az 3 kez bir nefroloji uzmanı tarafından kontrol edildiği ve yalnızca %17'sinin böbrek sağlığı ile ilgili eğitim aldığı bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, "Kronik böbrek hastalığınız var mı?" sorusuna katılımcıların %94'ü "böbrek sorunu" olduğunun farkında olmasına rağmen, sadece %69'u "evet" yanıtını vermiştir (49).

Hasta eğitiminin ön planda olduğu kronik hastalıklardan biri de KBH'tır. Çünkü KBH hızlı bir şekilde ilerleme göstermekte ve kişiler nefroloji birimine yönlendirilerek gerekli tedaviyi alıyor olsalar da bir süre sonra böbrek yetersizliği gelişebilmektedir (50). Böbrek yetersizliğinin görülmesi ile birlikte bireyler renal replasman tedavisine ihtiyaç duymaktadır. Bu durumda hem hastaların sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte hem de hastalığın tedavisi nedeniyle ekonomik yük artmaktadır (49). Bu yüzden KBH tedavisi gören hastaların eğitimleri çok önemlidir.

Hastalara verilecek olan eğitim ile KBH tanısı olan bireylerin diyaliz tedavisine geçiş süreleri uzamakta, diyaliz tedavisi ile yaşam süreleri artmakta ve mental iyilik halleri olumlu yönde etkilenmektedir (51). Jia ve ark.'nın (2012) Çin'de prediyaliz hastalarına verilen çok boyutlu eğitimin hastalık gelişimine olan etkisini incelediği çalışmada, eğitimin hastalarda böbrek fonksiyonlarının bozulmasını önlemede veya geciktirmede olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (52). Kronik böbrek hastalığı ile ilgili verilecek eğitim hasta merkezli olmalı, hastalığın tanımı ile birlikte hastalık hakkında bilgiler içermeli ve destek mekanizmalarını kapsamalıdır. Bu sayede hastaların optimal hastalık yönetimi için öz bakımlarına etkili şekilde katılımları sağlanabilmektedir (53). Abianeh ve ark.'nın (2020) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastalara verilen eğitim sonrasında yaşam kalitelerinin genel sağlık, emosyonel rol ve mental sağlık alanlarında olumlu iyileşmeler olduğu görülmüştür (54). Günümüzde hastaların çoğu KBH ile ilgili eğitim almak istediklerini de dile getirmektedirler (51).

KRONİK HASTALIKLARDA HASTALIĞA UYUM

Uyum, iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul etme, uygun tutum ve davranışı sergileme gücü olarak tanımlanmaktadır (55,56). Uyum süreci, ilaç kullanma, gerekli diyetleri uygulama ve diğer yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirme gibi klinik önerileri uygulamayı içermektedir. Hastalıklara uyum ise fizyolojik, psikolojik, teknolojik ve süre ile ilgili faktörleri içeren sürekli ve karmaşık bir süreçtir (55).

Kronik hastalığa sahip bireylerin tedaviye uyumları medikal tedaviyi uygulamalarını, diyetlerini sürdürmelerini, semptom kontrolünü, yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmelerini ve meydana gelen fonksiyon kaybında gerekli araç-gereç kullanımını içermektedir (57,58). Tedaviye uyum durumları bilgi eksikliği, eşlik eden hastalıklar, yarar algıları, yan etkiler, tedavi ücretleri ve emosyonel iyilik hali gibi birçok faktörden etkilenmektedir (58,59). Ayrıca uyum, bireyin geçmiş deneyimleri, özgüveni, bireyselliği, beden imajındaki değişiklikler gibi etmenlerden de etkilenmektedir (60). Kılıç ve Alpar'ın (2016) hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin stres yönetimi, psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisini incelediği çalışmada, öz bakım gücü arttıkça hastalığa uyumun da arttığı bulunmuştur (61). Hastaların aile içindeki rollerinin değişmesi, sosyal aktivitelerde azalma, ölüm ile ilgili düşünceler, bağımlılığın artması, ekonomik sorunlar, sağlık çalışanlarının olumsuz tavırları ve iletişim eksikliği, psikososyal faktörler de uyumu etkilemekte ve uyum güçlüğüne neden olabilmektedir (56). Yangöz ve Özer'in (2020)

hemodiyaliz uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada, Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş motivasyonel görüşme ile eğitim sonrası, deney grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre sıvı kısıtlaması, diyet ve ilaç yönetimine uyumlarında artış olduğu görülmüştür (62).

Tedavide uyumsuzluk görüldüğü zaman hasta hekimin kendisi için planladığı tedavinin gereklerini yerine getirmemekte, reçete edilen ilaçları kullanmamakta veya düzensiz kullanmakta, sağlık kontrollerini sürdürmemekte, randevularını kaçırmakta ve kendi istediği zaman tedaviyi sonlandırmaktadır (63-65). Hastalar bunun sonucunda günlük yaşamlarını sürdürmekte zorlanmakta, kronik hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomları kontrol edememektedir. Hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar ortaya çıkmakta ve hastaneye tekrarlı yatışlarda artış görülmektedir (60,63,65). Ayrıca hastaneye yapılan tekrarlı yatışlar, mesleki ve ailesel sorunlara yol açarak hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (64,65).

Kronik böbrek hastalığı işlevsel kayıpların, yaşam biçiminde değişikliklerin görüldüğü kronik bir hastalıktır. Bu özelliği ile de uyum sorunlarının çok fazla görüldüğü kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (66). Hastalar kronik hastalığı, yaşama ve fiziksel sağlığa, bedensel bütünlüğe, bağımsızlığa, özel yaşama, otonomiye ve kontrol algısına, kendilik algısına, yaşam hedeflerine ve gelecek planlarına, aile, arkadaş ve meslektaşlarla ilişkilerine, ekonomik durumlarına bir tehdit olarak algılayabilmekte ve hastalığa yönelik uyumları tüm bu faktörlerden etkilenebilmektedir (56).

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM

Öz bakım, Dorothea Orem tarafından oluşturulmuş olan bir kavramdır. Orem'e göre öz bakım, "Yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinlikler" olarak tanımlanmıştır (67). Öz bakım, bireyin kendi sağlığını ve iyilik halini optimal seviyede tutmak ve bu durumu korumak olarak ifade edilmektedir (68). Başka bir ifade ile öz bakım, kişinin kendi sağlık ve iyilik halini koruyabilmek amacıyla bireyin kendi sağlığına sürekli olarak katılması durumudur (69).

Bireyler öz bakım güçlerini kullanabilmek için kendilerine dikkat etmekte, sürekli kendilerini izlemekte, fiziksel güçlerini etkin olarak kullanmakta ve öz bakım bilinciyle düşünmektedirler. Kişinin öz bakım gücünün gelişebilmesi için zamana, eğitime, kültüre, etkileşime ve iletişime ihtiyaç duyulmaktadır (70). Kurbun ve Akten'in (2018) hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, hastaların öz bakım

gücünün orta derecede olduğu ve hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (71).

Kronik böbrek hastalığı gibi bütün kronik hastalıklarda yaşamın uzaması ile birlikte bazı semptom ve komplikasyonların meydana geldiği görülmektedir. Kronik böbrek hastalığı bulunan bireylerde iş yaşamında değişikliklerin meydana gelmesi, iş kayıplarının görülmesi, aile içindeki görev dağılımının değişmesi ve rol kaybının meydana gelmesi gibi problemler öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileyebilmektedir (72). Kronik böbrek hastalığı bulunan kişilerde öz bakım gücünün artması ile birlikte semptom ve komplikasyonların azaldığı, tedaviye uyumun arttığı görülmektedir. Birge ve Bilgin'in (2017) hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada, hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü arttırdığı saptanmıştır (48).

KRONİK HASTALIKLARDA İYİLİK HALİ

İyilik hali, insanın bedensel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğunu ve bu bütünün içinde iyiliğini korumak, sürdürmek ve geliştirmek için kendi sorumluluğunu taşıdığı bir yaşam stili olarak tanımlanmaktadır (73). İyilik halinin öncülerinden olan Halbert Dunn'a göre ise iyilik hali, "Bireyin yeteneklerini kullanma potansiyelini en üst seviyeye çıkarmaya çalışan fonksiyonel bir yöntemdir" (74). Sağlık ile ilgili meslek alanlarında sağlıklı olma hali ise sağlığın geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi biçiminde ifade edilmektedir (75).

İyilik hali dinamik bir süreçtir. Optimal seviyede sağlıklı olmaya yönelerek akıl, ruh ve bedenin bütünleştiği, yaşamda amaçlara sahip olma ve daha dolu bir hayat geçirme hedefinde olarak çevresel, sosyal ve kişisel olarak tüm alanlarda işlevsel olmaya çabalamaktır (76,77). İyilik hali ayrıca bireyin sadece kendisini değil, etkileşim içinde olduğu ailesini ve içinde bulunduğu sosyal çevreyi ve toplumu etkilemektedir (78).

Kronik hastalıklar bireylerin yaşamlarını tehdit etmesinin yanı sıra hem fiziksel hem de psikolojik yönden pek çok sorun yaşamalarına sebep olmaktadır. Kronik böbrek hastalığı da bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik yönden gözetilmesi gereken kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. (79). Ramya ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam kalitelerinin %48 olduğu saptanmıştır (80). Mahato ve ark.'nın (2020) Nepal'de yaptığı çalışmada ise hemodiyaliz tedavisi almayan KBH'ı olan bireylerin yaşam kaliteleri %13,19 olarak saptanmıştır (81). Kronik böbrek hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmalarda, KBH'ı olan bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir (82,83).

Fadlalmola ve Elkareem'in (2020) çalışmasında ise hemodiyaliz hastalarına verilen eğitim ile hastaların yaşam kalitelerinde önemli iyileşmeler olduğu belirlenmiştir (84).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Birinci Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum üzerinde etkisi yoktur.

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum üzerinde etkisi vardır.

İkinci Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin öz bakım yönetimi üzerinde etkisi yoktur.

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin öz bakım yönetimi üzerinde etkisi vardır.

Üçüncü Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin iyilik hali üzerinde etkisi yoktur.

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin iyilik hali üzerinde etkisi vardır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

- Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'nden (Adaptation to Chronic Ilness Scale, ACIS) elde edilen puanlar
- Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nden (The Self Care Management Process in Chronic Ilness, SCMP-G) elde edilen puanlar
- WHO-5 İyilik Durumu İndeksi'nden elde edilen puanlar

Bağımsız Değişkenler

- Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, Beden Kitle İndeksi (BKİ), medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, alkol ve sigara kullanma)
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri (kronik böbrek hastalığı süresi, aile öyküsü, kronik hastalık varlığı, hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olma durumu, beslenme ve fiziksel aktivite durumları)

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Polikliniği'nde 03.03.2020-29.10.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Nefroloji polikliniğinde yer alan bir poliklinik odasında hastalar ile görüşmeler yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Polikliniği'nde tedavi gören kronik böbrek hastalığı tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem hesabı için; literatürde kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım, iyilik hali üzerine olan etkisi konusunda yeterli veri bulunmadığından, verilecek eğitimin orta derecede etki büyüklüğü (d=0,5) öngörüsünü test edebilmek için %5 yanılma payı, %80 güç değeri ile her bir gruptan 64'er bireyin (deney=64, kontrol=64) çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma sürecinde oluşabilecek olası kayıplar göz önüne alınarak her gruba 70'şer birey alınmıştır.

Deney ve kontrol gruplarına hastaların atanması Researcher Randomizer isimli bilgisayar programından yararlanılarak ve basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası randomizasyonda araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların yaş, cinsiyet gibi nitelikleri dışlanmıştır. Researcher Randomizer programının belirlediği randomizasyon listesine (Ek 1) göre gruplar, hastaların Nefroloji Polikliniği'ne gelme sıraları baz alınarak eşleştirilmiştir. İlk grup (A) eğitim alacak olan deney grubu (n=64), ikinci grup (B) ise kontrol grubu (n=64) olarak kabul edilmiştir.

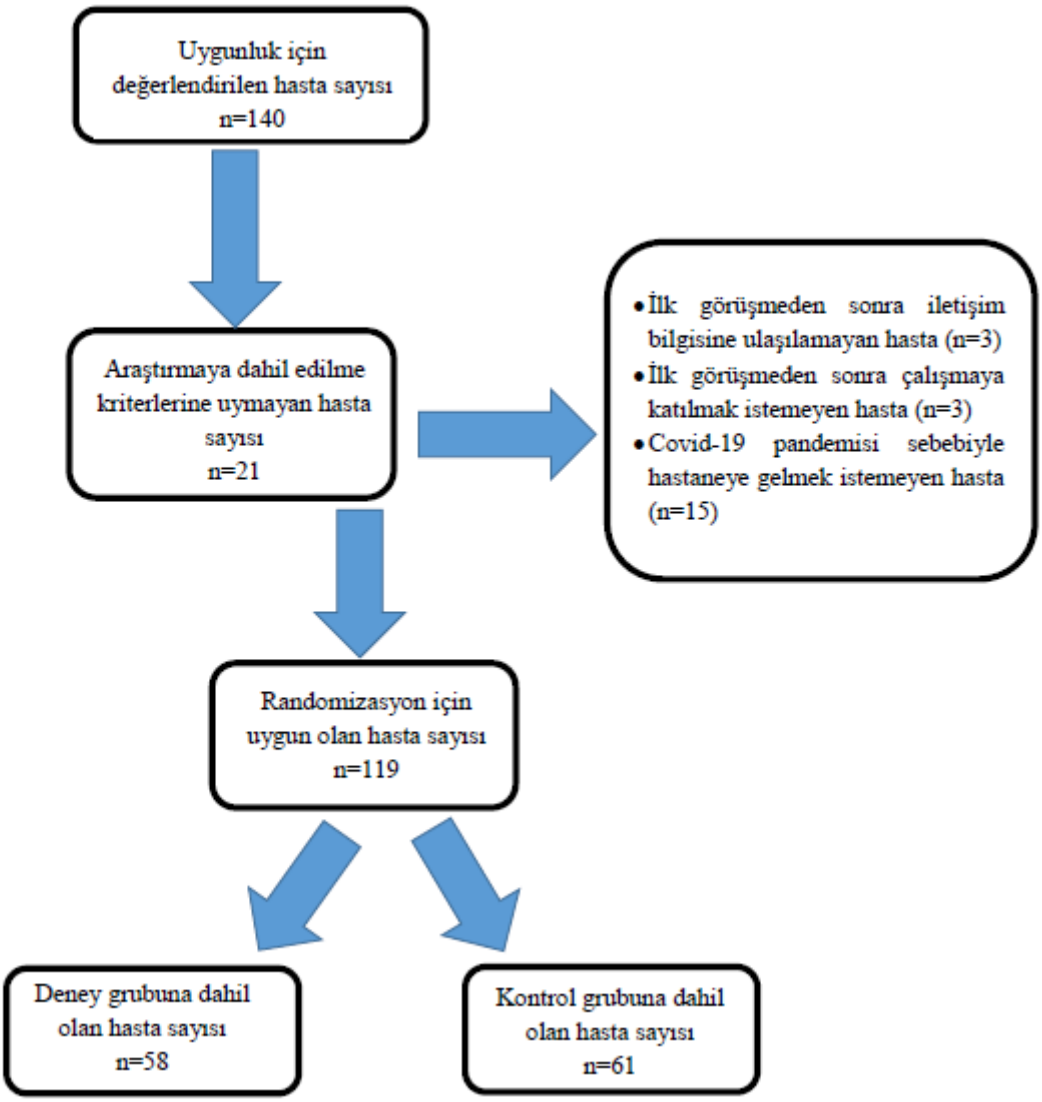
Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evre 3 veya evre 4 kronik böbrek hastalığına sahip olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- İletişim güçlüğü yaşamıyor olmak
- Nefroloji Polikliniğinde ayaktan tedavi görüyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırma Dahil Edilmeme Kriterleri

- Evre 1,2 ve 5 kronik böbrek hastalığına sahip olmak
- Nefroloji kliniğinde yatarak tedavi görüyor olmak

İlk görüşmeden sonra 3 hastanın iletişim bilgisine ulaşılamaması, 3 hastanın çalışmaya katılmak istememesi, 15 hastanın covid-19 pandemisi sebebiyle hastaneye gelmek istememesi üzerine 21 hasta araştırma dışı bırakılmıştır. Veri toplama süreci deney grubu 58, kontrol grubu 61 hasta olarak tamamlanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmanın akış şeması

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; Hasta Bilgi Formu (Ek 2), Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu (Ek 3), Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (Ek 4), Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (Ek 5), WHO-5 İyilik Durumu İndeksi (Ek 6) kullanılarak toplanmıştır. Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı ile hastalara eğitim verilmiştir (Ek 7).

Hasta Bilgi Formu

Sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin soruları içermektedir. Sosyodemografik özellikler; yaş, cinsiyet, boy, kilo, BKİ, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, eğitim durumu,

meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, kimler ile yaşadığı ve sigara, alkol kullanım durumu ile ilgili 15 soru ile sorgulanmıştır. Hastalığa ilişkin özellikler; KBH süresi, KBH evresi, kronik hastalık varlığı, ailede KBH tanısı alan birey varlığı, KBH hakkında bilgi sahibi olma durumu, beslenme ve fiziksek aktivite durumu ile ilgili bilgileri içeren 7 soru ile sorgulanmıştır. "Hasta Bilgi Formu" toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu

Hastaların laboratuvar bulguları (GFR, üre, kreatinin, albümin, açlık plazma glukozu (APG), sodyum, potasyum, fosfor ve kalsiyum) sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Ölçek, Atik ve Karatepe tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir (55). Fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 25 maddeden oluşmakta ve ölçekten toplam 125 puan alınmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi 5 (*Tamamen Katılıyorum*) ve 1 (*Hiç Katılmıyorum*) şeklindedir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,88 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ise Cronbach alpha değeri 0,62 olarak bulunmuştur.

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

Orjinal adı "Development of an instrument to measure use of self-care management processes-guarding (SCMP-G)" olan ölçek Huffman tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (85). Türkiye'de ise geçerlilik ve güvenilirliği 2018 yılında Hançeroğlu ve Aykar tarafından yapılmıştır (60). Öz koruma ve sosyal koruma olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 35 maddeden oluşmakta ve ölçeğin değerlendirilmesi 5 (*Kesinlikle Katılıyorum*) ve 1 (*Hiç Katılmıyorum*) şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça, öz bakım yönetimi de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,85 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ise Cronbach alpha değeri 0,63 olarak bulunmuştur.

WHO-5 İyilik Durumu İndeksi

Ölçek, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir (86). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2019 yılında Eser ve ark. tarafından yapılmıştır (87). Ham puan, 5 cevaba ait sayılar toplanarak hesaplanmaktadır. Ham puan, 0 ile 25 puan aralığındadır. 0 olası

en kötü, 25 ise olası en iyi yaşam kalitesini temsil etmektedir. 0 ile 100 aralığında bir yüzde puanı elde etmek için ham puan 4 ile çarpılmaktadır. "Yüzde sıfır" olası en kötü yaşam kalitesini gösterirken, "yüzde yüz" ise olası en iyi yaşam kalitesini temsil etmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,83 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ise Cronbach alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur.

Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda evre 3 ve evre 4 KBH hastaları için eğitim materyali olarak kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Eğitim kitapçığında böbrekler (böbreklerin anatomisi ve görevleri), KBH (KBH'ın tanımı, risk faktörleri, belirtileri, KBH'da beslenme, tuz tüketimi, potasyum ve fosforun vücudumuz için önemi, düzenli ve dengeli beslenme, egzersiz, KBH'ın diyabet ile ilişkisi, KBH'ın HT ile ilişkisi) ve tedavi yöntemleri (hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonu) ile ilgili bilgiler içermektedir.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 8) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden (Ek 9) gerekli izinler alınmıştır.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Derya Atik'ten ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek 10).

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Sadık Hançerlioğlu'ndan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek 11).

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi hakkında açıklama yapılmış ve hastalardan sözel olarak izin alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın verileri, 03.03.2020-29.10.2021 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Polikliniği'nde toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan KBH hastalarına araştırma hakkında bilgilendirilme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan izin alınmıştır. Veri toplama aşamasının tüm basamakları araştırma planında belirtilmiştir (Şekil 2).

Deney Grubu Uygulaması

Deney grubunda yer alan hastalara ilk görüşmede (1. görüşme) "Hasta Bilgi Formu", "Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu", "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" sırasıyla doldurmaları istenmiştir.

Formlar doldurulduktan sonra Nefroloji Poliklinik'nde belirlenen bir odada hastalara bilgisayar üzerinden "Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı" powerpoint sunum şeklinde anlatılmıştır. Hastaların ihtiyaç duyduklarında okumaları için sunumdaki bilgilerin yer aldığı "Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı" kitapçık şeklinde de kendilerine verilmiştir. Hastaların KBH ile ilgili sormak istedikleri soruları cevaplamak için araştırmacıya ait cep telefonu numarası verilmiştir. Deney grubunda yer alan tüm hastalar eğitim verildikten 2 hafta sonra telefon ile aranmış olup sormak istedikleri sorular araştırmacı tarafından cevaplandırılmıştır.

Hastalara eğitim verildikten 3 ay sonra (2. görüşme) hastalar ile tekrar poliklinikte bir araya gelinip, "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi uygulanmıştır. Hastaların KBH ile ilgili sormak istedikleri sorular cevaplandırılmıştır.

Hastalar ile yapılan ilk görüşmeden sonraki 6. aydaki görüşmede (3. ve son görüşme) hastalar ile poliklinikte tekrar bir araya gelinmiştir. Hastalara sırasıyla "Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu", "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" uygulanmıştır. Hastaların KBH ile ilgili sormak istedikleri sorular cevaplandırılmıştır.

Kontrol Grubu Uygulaması

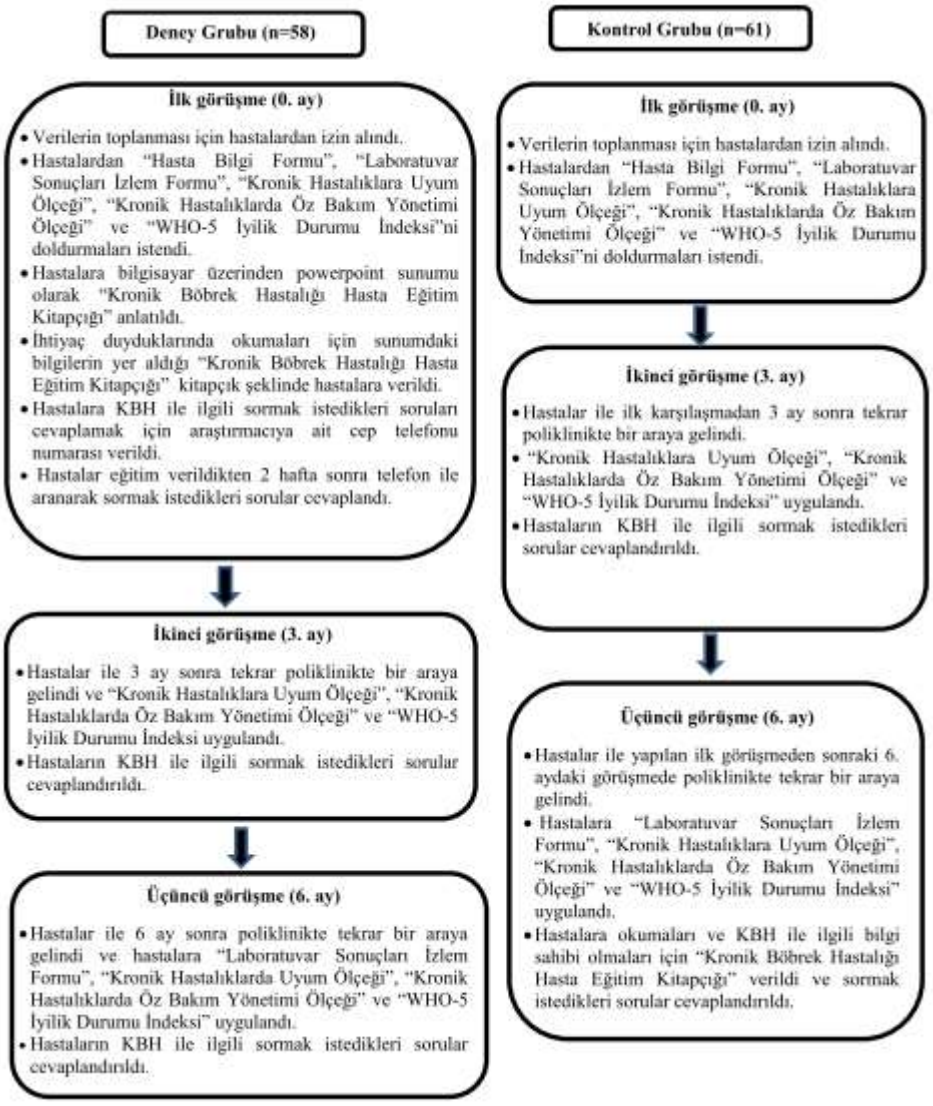
Kontrol grubunda yer alan hastalara ilk görüşmede (1. görüşme) "Hasta Bilgi Formu", "Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu", "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" sırasıyla doldurmaları istenmiştir.

Hastalarla ilk karşılaşmadan 3 ay sonra (2. görüşme) tekrar poliklinikte bir araya gelinip "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" uygulanmıştır.

Hastalar ile yapılan ilk görüşmeden sonraki 6. aydaki görüşmede (3. ve son görüşme) hastalar ile poliklinikte tekrar bir araya gelinmiştir. Hastalara "Laboratuvar Sonuçları İzlem

Formu", "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" sırasıyla uygulanmıştır. Hastalara okumaları ve KBH ile ilgili bilgi sahibi olmaları için "Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı" verilip sormak istedikleri sorular cevaplandırılmıştır.

DENEY VE KONTROL GRUBU UYGULAMA BASAMAKLARI



Şekil 2. Araştırmanın akış şeması

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı tarafından IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY) paket

programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen demografik verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanımıştırı. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov normalite testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, normal dağılım göstermeyen puan ortalamalarının karşılaştırılmasında non-parametrik testler olan "Mann Whitney U" testi, nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton Exact test analizi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren puan ortalamalarının karşılaştırılmasında parametrik testler olan student t testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümler arasındaki farkın belirlenmesinde Wilcoxon testi ve Friedman testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Randomize kontrollü deneysel bir araştırma modeli kullanılması
- Evre-3 ve evre 4 KBH hastalarına verilen eğitimin incelendiği sınırlı araştırma bulunduğu için bu araştırmanın literatüre katkı sağlaması

Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın tek merkezde yapılması
- COVID-19 pandemisi nedeniyle hastaların sağlık kontrollerini düzenli sürdürememesi

ARAŞTIRMANIN MALİ DESTEĞİ

Bu araştırmada eğitim kitapçığının, veri toplama formlarının, istatistik verilerinin yapılabilmesi için, Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (TÜBAP) tarafından maddi destek sağlanmıştır (Proje numarası: 2019/216).

BULGULAR

Araştırma, Mart 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında, KBH tanısı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 119 hasta ile tamamlanmıştır. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur:

- Hastaların bireysel ve kronik böbrek hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı
- Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hastaların WHO-5 İyilik Durumu İndeksi'ne ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hastaların laboratuvar bulgu sonuçlarına göre dağılımı

HASTALARIN BİREYSEL VE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4'te yer almaktadır.

Hastaların yaş ortalamasına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalamasının 65,24±8,81 yıl, kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalamasının 64,67±10,89 yıl olduğu; gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir (t=0,312, p=0,755), (Tablo 4).

Hastaların BKİ ortalamasına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların BKİ ortalamasının 29,05±5,63 kg/m^2, kontrol grubunda yer alan hastaların BKİ ortalamasının 29,76±7,47 kg/m^2 olduğu; gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-0,584, p=0,560), (Tablo 4).

Hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %50'sinin (n=29) kadın, %50'sinin (n=29) erkek, kontrol grubunda yer alan hastaların %59'unun (n=36) kadın, %41'inin (n=25) erkek olduğu; gruplar arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =0,975, p=0,323), (Tablo 4).

Hastaların medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %24,1'inin (n=14) bekar, %75,9'unun (n=44) evli, kontrol grubunda yer alan hastaların %21,3'ünün (n=13) bekar, %78,7'sinin (n=48) evli olduğu; gruplar arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =0,135, p=0,713), (Tablo 4).

Hastaların çocuk varlığına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %87,9'unun (n=51) çocuk sahibi olduğu, %12,1'inin (n=7) çocuk sahibi olmadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların %88,5'inin (n=54) çocuk sahibi olduğu, %11,5'inin (n=7) çocuk sahibi olmadığı; gruplar arasında çocuk varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$=1,050, p=0,886), (Tablo4).

Hastaların aile tipine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %94,8'inin (n=55) çekirdek aile, %5,2'sinin (n=3) geniş aile, kontrol grubunda yer alan hastaların %90,2'sinin (n=55) çekirdek aile, %9,8'inin (n=6) geniş aile yapısında olduğu; gruplar arasında aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$=0,925, p=0,492), (Tablo 4).

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %74,1'inin (n=43) ilkokul mezunu, %8,6'sının (n=5) ortaokul mezunu, %12,1'inin (n=7) lise mezunu, %1,7'sinin (n=1) yüksekokul mezunu, %3,4'ünün (n=2) lisans/lisansüstü mezunu, kontrol grubunda yer alan hastaların %82'sinin (n=50) ilkokul mezunu, %8,2'sinin (n=5) ortaokul mezunu, %6,6'sının (n=4) lise mezunu, %3,3'ünün (n=2) lisans/lisansüstü olduğu; gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =2,360, p=0,730), (Tablo 4).

Hastaların mesleğine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %41,4'ünün (n=24) ev hanımı, %55,2'sinin (n=32) emekli, %3,4'ünün (n=2) maaşlı çalışan, kontrol grubunda yer alan hastaların %47,5'inin (n=29) ev hanımı, %45,9'unun (n=28) emekli,

%6,6'sının (n=4) maaşlı çalışan olduğu; gruplar arasında mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =1,324, p=0,505), (Tablo 4).

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %3,4'ünün (n=2) çalıştığı, %96,6'sının (n=56) çalışmadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların %9,8'inin (n=6) çalıştığı, %90,2'sinin (n=55) çalışmadığı; gruplar arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$=1,935, p=0,273), (Tablo 4).

Hastaların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %5,2'sinin (n=3) geliri giderinden düşük, %94,8'inin (n=55) geliri giderine eşit, kontrol grubunda yer alan hastaların %11,5'inin (n=7) geliri giderinden düşük, %88,5'inin (n=54) geliri giderine eşit olduğu; gruplar arasında gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =1,535, p=0,324), (Tablo 4).

Hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %12,1'inin (n=7) yalnız, %29,3'ünün (n=17) eşi veya çocukları ile %3,4'ünün (n=2) annesi veya babası ile, %46,6'sının (n=27) sadece eşi ile, %1,7'sinin (n=1) kardeş/kardeşleri ile, %6,9'unun (n=4) çocuğu/çocukları ile yaşadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların %9,8'inin (n=6) yalnız, %26,2'sinin (n=16) eşi veya çocukları ile, %3,3'ünün (n=2) annesi veya babası ile, %50,8'inin (n=31) sadece eşi ile, %9,8'inin (n=6) çocuğu/çocukları ile yaşadığı; gruplar arasında evde birlikte yaşadığı kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =1,831, p=0,959), (Tablo 4).

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bireysel özellikler açısından benzer özellikler gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=58) Ort±SS		Kontrol Grubu (n=61) Ort±SS		Test İstatistiği ve p Değeri
Yaş (yıl)	65,24±8,81		64,67±10,89		t=0,312 p=0,755*
BKİ (kg/m²)	29,05±5,63		29,76±7,47		t=-0,584 p=0,560*
Cinsiyet					
Kadın	29	50,0	36	59,0	$\chi 2$ =0,975
Erkek	29	50,0	25	41,0	p=0,323†
Medeni Durum					
Bekar	14	24,1	13	21,3	$\chi 2$ =0,135
Evli	44	75,9	48	78,7	p=0,713†
Çocuk varlığı					
Var	51	87,9	54	88,5	$\chi 2$=1,050
Yok	7	12,1	7	11,5	p=0,886 ‡
Aile tipi					
Çekirdek	55	94,8	55	90,2	$\chi 2$=0,925
Geniş	3	5,2	6	9,8	p=0,492 ‡
Eğitim durumu					
İlkokul	43	74,1	50	82,0	
Ortaokul	5	8,6	5	8,2	$\chi 2$ =2,360
Lise	7	12,1	4	6,6	p=0,730 ‡
Yüksekokul	1	1,7	0	0,0	
Lisans/Lisansüstü	2	3,4	2	3,3	
Meslek					
Ev hanımı	24	41,4	29	47,5	$\chi 2$ =1,324
Emekli	32	55,2	28	45,9	p=0,505 ‡
Maaşlı çalışan	2	3,4	4	6,6	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	2	3,4	6	9,8	$\chi 2$ =1,935
Çalışmıyor	56	96,6	55	90,2	p=0,273 ‡
Gelir durumu					
Geliri giderinden düşük	3	5,2	7	11,5	$\chi 2$ =1,535
Geliri giderine eşit	55	94,8	54	88,5	p=0,324 ‡
Evde birlikte yaşadığı kişiler	7	12,1	6	9,8	
Yalnız	17	29,3	16	26,2	
Eşi veya çocukları ile	2	3,4	2	3,3	$\chi 2$ =1,831
Anne veya baba ile	27	46,6	31	50,8	p=0,959 ‡
Sadece eşi ile	1	1,7	0	0	
Kardeş/kardeşleri ile	4	6,9	6	9,8	
Çocuğu/çocukları ile					

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
*Student t test, † Pearson Chi-Square, ‡Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır.

Hastaların hastalık süresi ortalamasına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların hastalık süresi ortalamasının 6,48±5,44 yıl, kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık süresi ortalamasının 7,62±5,77 yıl olduğu; gruplar arasında hastalık süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,356, p=0,175), (Tablo 5).

Hastaların hastalık evresine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %75,9'unun (n=44) evre 3, %24,1'inin (n=14) evre 4, kontrol grubunda yer alan hastaların %70,5'inin (n=43) evre 3, %29,5'inin (n=18) evre 4 olduğu, gruplar arasında hastalık evresine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =0,436, p=0,509), (Tablo 5).

Hastaların ailesinde KBH tanısı olan birey varlığına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %29,3'ünün (n=17) ailesinde KBH tanısı olan birey olduğu, %70,7'sinin olmadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların %16,4'ünün (n=10) ailesinde KBH tanısı olan birey olduğu, %83,6'sının (n=51) olmadığı; gruplar arasında ailede KBH tanısı olan birey varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =2,828, p=0,093), (Tablo 5).

Hastaların hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %8,6'sının (n=5) bilgi aldığı, %91,4'ünün (n=53) bilgi almadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların %4,9'unun (n=3) bilgi aldığı, %95,1'inin (n=58) bilgi almadığı; gruplar arasında hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =0,650, p=0,484), (Tablo 5).

Hastaların beslenmesine dikkat etme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %60,3'ünün (n=35) beslenmesine dikkat ettiği, %20,7'sinin (n=12) beslenmesine dikkat etmediği, %19'unun (n=11) beslenmesine bazen dikkat ettiği, kontrol grubunda yer alan hastaların %52,5'inin (n=32) beslenmesine dikkat ettiği, %14,8'inin (n=9) beslenmesine dikkat etmediği, %32,8'inin (n=20) beslenmesine bazen dikkat ettiği; gruplar arasında beslenmesine dikkat etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =3,102, p=0,212), (Tablo 5).

Hastaların fiziksel egzersiz yapma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %37,9'unun (n=22) fiziksel egzersiz yaptığı, %53,4'ünün fiziksel egzersiz yapmadığı, %8,6'sının (n=5) fiziksel egzersizi bazen yaptığı, kontrol grubunda yer

alan hastaların %19,7'sinin (n=12) fiziksel egzersiz yaptığı, %68,9'unun (n=42) fiziksel egzersiz yapmadığı, %11,5'inin (n=7) fiziksel egzersizi bazen yaptığı; gruplar arasında fiziksel egzersiz yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2$ =4,860, p=0,088), (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı

Hastalığa ilişkin özellikler	Deney Grubu (n=58)		Kontrol Grubu (n=61)		Test İstatistiği ve p Değeri
	Ort±SS		Ort±SS		
Hastalık süresi (yıl)	6,48±5,44		7,62±5,77		Z=-1,356 p=0,175§
	n	**%**	**n**	**%**	
Kronik böbrek hastalığı evresi					
Evre 3	44	75,9	43	70,5	$\chi 2$ =0,436
Evre 4	14	24,1	18	29,5	p=0,509†
Ailede kronik böbrek hastalığı olan birey varlığı					
Var	17	29,3	10	16,4	$\chi 2$ =2,828
Yok	41	70,7	51	83,6	p=0,093†
Hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumu					$\chi 2$ =0,650
Evet	5	8,6	3	4,9	p=0,484 ‡
Hayır	53	91,4	58	95,1	
Beslenmeye dikkat etme durumu					$\chi 2$ =3,102
Evet	35	60,3	32	52,5	p=0,212†
Hayır	12	20,7	9	14,8	
Bazen	11	19,0	20	32,8	
Fiziksel egzersiz yapma durumu					$\chi 2$ =4,860
Evet	22	37,9	12	19,7	p=0,088†
Hayır	31	53,4	42	68,9	
Bazen	5	8,6	7	11,5	

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
§Mann Whitney U testi, † Pearson Chi-Square, ‡Fisher-Freeman-Halton Exact Test

HASTALARIN KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 6'da verilmektedir.

Deney grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 78,48±4,23, ikinci görüşme puan ortalaması 83,60±5,08, üçüncü görüşme puan ortalaması 84,03±3,01 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=65,749, p<0,001), (Tablo 6).

Deney grubundaki hastaların fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 37,79±2,96, ikinci görüşme puan ortalaması 40,67±1,85, üçüncü görüşme puan ortalaması 40,91±1,40 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=54,901, p<0,001), (Tablo 6).

Deney grubundaki hastaların sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 17,84±2,08, ikinci görüşme puan ortalaması 19,39±2,43, üçüncü görüşme puan ortalaması 19,20±1,66 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=39,847, p<0,001), (Tablo 6).

Deney grubundaki hastaların psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 22,84±2,05, ikinci görüşme puan ortalaması 23,53±2,34, üçüncü görüşme puan ortalaması 23,91±1,89 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=14,554, p=0,001), (Tablo 6).

Kontrol grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birici görüşme puan ortalaması 78,54±5,04, ikinci görüşme puan ortalaması 78,54±4,78, üçüncü görüşme puan ortalaması 78,67±4,91 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=1,793, p=0,408), (Tablo 6).

Kontrol grubundaki hastaların fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 37,44±2,39, ikinci görüşme puan ortalaması 37,65±2,58, üçüncü görüşme puan ortalaması 37,47±2,93 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,585, p=0,747), (Tablo 6).

Kontrol grubundaki hastaların sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 17,86±2,39, ikinci görüşme puan ortalaması 17,49±1,84, üçüncü görüşme puan ortalaması 17,26±2,03 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=7,394, p=0,055), (Tablo 6).

Kontrol grubundaki hastaların psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 23,22±2,49, ikinci görüşme puan ortalaması 23,39±2,51, üçüncü görüşme puan ortalaması 23,93±2,23 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=9,844, p=0,007), (Tablo 6).

Tablo 6. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları	Deney Grubu			Test İstatistiği ve p Değeri	Kontrol Grubu			Test İstatistiği ve p Değeri
	Birinci Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Üçüncü Görüşme Ort±SS		Birinci Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Üçüncü Görüşme Ort±SS	
Fiziksel uyum	37,79±2,96[1]	40,67±1,85[2]	40,91±1,40[3]	F=54,901 **p<0,001**‖ [1-2] p<0,001 [1-3] p<0,001 [2-3]p=0,194	37,44±2,39	37,65±2,58	37,47±2,93	F=0,585 p=0,747‖
Sosyal uyum	17,84±2,08[1]	19,39±2,43[2]	19,20±1,66[3]	F=39,847 **p<0,001**‖ [1-2] p<0,001 [1-3] p<0,001 [2-3]p=0,676	17,86±2,39[1]	17,49±1,84[2]	17,26±2,03[3]	F=7,394 p=0,055‖
Psikolojik uyum	22,84±2,05[1]	23,53±2,34[2]	23,91±1,89[3]	F=14,554 **p=0,001**‖ [1-2]p=0,137 [1-3]p=0,001 [2-3]p=0,057	23,22±2,49[1]	23,39±2,51[2]	23,93±2,23[3]	F=9,844 **p=0,007**‖ [1-2]p=0,390 [1-3]p=0,005 [2-3]p=0,052
Ölçek toplam	78,48±4,23[1]	83,60±5,08[2]	84,03±3,01[3]	F=65,749 **p<0,001**‖ [1-2] p<0,001 [1-3] p<0,001 [2-3]p=0,051	78,54±5,04	78,54±4,78	78,67±4,91	F=1,793 p=0,408‖

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma, ‖F=Friedman test

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 7'de verilmektedir.

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 78,48±4,23, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 78,54±5,04 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,125, 0,900), (Tablo 7).

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 37,79±2,96, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 37,44±2,39 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,890, 0,374), (Tablo 7).

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 17,84±2,08, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 17,86±2,39 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,124, 0,901), (Tablo 7).

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 22,84±2,05, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 23,22±2,49 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,688, 0,491), (Tablo 7).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 83,60±5,08, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 78,54±4,78 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-5,067, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 40,67±1,85, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 37,65±2,58 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-6,331, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 19,39±2,43, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 17,49±1,84 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (Z=-4,729, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 23,53±2,34, kontrol

grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 23,39±2,51 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,207, p=0,836), (Tablo 7).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 84,03±3,01, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 78,67±4,91 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-6,184, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre fiziksel uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 40,91±1,40, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 37,47±2,93 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-6,653, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 19,20±1,66, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 17,26±2,03 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-5,790, p<0,001), (Tablo 7).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 23,91±1,89, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 23,93±2,23 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,237, 0,813), (Tablo 7).

Tablo 7. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları	Deney Grubu Birinci Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu Birinci Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu İkinci Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu İkinci Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu Üçüncü Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu Üçüncü Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri
Fiziksel uyum	37,79±2,96	37,44±2,39	Z=-0,890 p=0,374§	40,67±1,85	37,65±2,58	Z=-6,331 **p<0,001**§	40,91±1,40	37,47±2,93	Z=-6,653 **p<0,001**§
Sosyal uyum	17,84±2,08	17,86±2,39	Z=-0,124 p=0,901§	19,39±2,43	17,49±1,84	Z=-4,729 **p<0,001**§	19,20±1,66	17,26±2,03	Z=-5,790 **p<0,001**§
Psikolojik uyum	22,84±2,05	23,22±2,49	Z=-0,688 p=0,491§	23,53±2,34	23,39±2,51	Z=-0,207 p=0,836§	23,91±1,89	23,93±2,23	Z=-0,237 p=0,813§
Ölçek toplam	78,48±4,23	78,54±5,04	Z=-0,125 p=0,900§	83,60±5,08	78,54±4,78	Z=-5,067 **p<0,001**§	84,03±3,01	78,67±4,91	Z=-6,184 **p<0,001**§

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
§Mann Whitney U testi

HASTALARIN KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 8'de verilmektedir.

Deney grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 116,17±5,22, ikinci görüşme puan ortalaması 117,98±4,35, üçüncü görüşme puan ortalaması 117,51±4,06 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=7,524, p=0,023), (Tablo 8).

Deney grubundaki hastaların öz koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 72,84±2,99, ikinci görüşme puan ortalaması 73,27±2,90, üçüncü görüşme puan ortalaması 73,15±2,58 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=3,895, p=0,143), (Tablo 8).

Deney grubundaki hastaların sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 43,32±3,53, ikinci görüşme puan ortalaması 44,70±3,28, üçüncü görüşme puan ortalaması 44,36±2,57 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=13,292, p=0,001), (Tablo 8).

Kontrol grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 115,54±7,84, ikinci görüşme puan ortalaması 115,49±5,43, üçüncü görüşme puan ortalaması 116,16±5,44 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=5,083, p=0,079), (Tablo 8).

Hastaların öz koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 71,91±3,83, ikinci görüşme puan ortalaması 71,00±2,90, üçüncü görüşme puan ortalaması 70,86±2,87 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=7,447, p=0,024), (Tablo 8).

Hastaların sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 43,62±5,41, ikinci görüşme puan ortalaması 44,49±4,10, üçüncü görüşme puan ortalaması 45,29±3,66 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=17,939, p<0,001), (Tablo 8).

Tablo 8. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları	Deney Grubu			Test İstatistiği ve p Değeri	Kontrol Grubu			Test İstatistiği ve p Değeri
	Birinci Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Üçüncü Görüşme Ort±SS		Birinci Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Üçüncü Görüşme Ort±SS	
Öz koruma	72,84±2,99	73,27±2,90	73,15±2,58	F=3,895 p=0,143‖	71,91±3,83[1]	71,00±2,90[2]	70,86±2,87[3]	F=7,447 **p=0,024**‖ [1-2]p=0,015 [1-3]p=0,135 [2-3]p=0,342
Sosyal koruma	43,32±3,53[1]	44,70±3,28[2]	44,36±2,57[3]	F=13,292 **p=0,001**‖ [1-2]p=0,003 [1-3]p=0,016 [2-3]p=0,546	43,62±5,41[1]	44,49±4,10[2]	45,29±3,66[3]	F=17,939 **p<0,001**‖ [1-2]p=0,077 [1-3]p<0,001 [2-3]p=0,042
Ölçek toplam	116,17±5,22	117,98±4,35	117,51±4,06	**F=7,524** **p=0,023**‖ [1-2]p=0,011 [1-3]p=0,104 [2-3]p=0,353	115,54±7,84	115,49±5,43	116,16±5,44	F=5,083 p=0,079‖

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
‖F=Friedman test

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 9'da verilmektedir.

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 116,17±5,22, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 115,54±7,84 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,708, 0,479), (Tablo 9).

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre öz koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 72,84±2,99, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 71,91±3,83 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,419, p=0,156), (Tablo 9).

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 43,32±3,53, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 43,62±5,41 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,198, p=0,843), (Tablo 9).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 117,98±4,35, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 115,49±5,43 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-2,603, p=0,009), (Tablo 9).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre öz koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 73,27±2,90, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 71,00±2,90 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-4,286, p<0,001), (Tablo 9).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 44,70±3,28, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 44,49±4,10 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,735, p=0,462), (Tablo 9).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 117,51±4,06, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 116,16±5,44 olarak bulunmuştur. Gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,447, p=0,148), (Tablo 9).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre öz koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 73,15±2,58, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 70,86±2,87 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-4,034, p<0,001), (Tablo 9).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 44,36±2,57, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 45,29±3,66 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,085, p=0,278), (Tablo 9).

Tablo 9. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları	Deney Grubu Birinci Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu Birinci Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu İkinci Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu İkinci Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu Üçüncü Görüşme Ort±SS	Kontrol Grubu Üçüncü Görüşme Ort±SS	Test İstatistiği ve p Değeri
Öz koruma	72,84±2,99	71,91±3,83	Z=-1,419 p=0,156§	73,27±2,90	71,00±2,90	Z=-4,286 **p<0,001**§	73,15±2,58	70,86±2,87	Z=-4,034 **p<0,001**§
Sosyal koruma	43,32±3,53	43,62±5,41	Z=-0,198 p=0,843§	44,70±3,28	44,49±4,10	Z=-0,735 p=0,462	44,36±2,57	45,29±3,66	Z=-1,085 p=0,278§
Ölçek toplam	116,17±5,22	115,54±7,84	Z=-0,708 p=0,479§	117,98±4,35	115,49±5,43	Z=-2,603 **p=0,009**§	117,51±4,06	116,16±5,44	Z=-1,447 p=0,148§

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
§Mann Whitney U testi

HASTALARIN WHO-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ'NE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 10'da verilmektedir.

Deney grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 55,93±25,98, ikinci görüşme puan ortalaması 56,13±22,45, üçüncü görüşme puan ortalaması 56,34±25,05 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,010, p=0,995), (Tablo 10).

Kontrol grubundaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşme puan ortalaması 58,16±27,81, ikinci görüşme puan ortalaması 49,83±28,09, üçüncü görüşme puan ortalaması 49,24±26,99 olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (F=9,050, p=0,011), (Tablo 10).

Tablo 10. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney Grubu			**Test İstatistiği ve p Değeri**	**Kontrol Grubu**			**Test İstatistiği ve p Değeri**
	Birinci Görüşme Ort±SS	**İkinci Görüşme Ort±SS**	**Üçüncü Görüşme Ort±SS**		**Birinci Görüşme Ort±SS**	**İkinci Görüşme Ort±SS**	**Üçüncü Görüşme Ort±SS**	
Ölçek toplam puan ortalaması	55,93±25,98	56,13±22,45	56,34±25,05	F=0,010 p=0,995‖	58,16±27,81	49,83±28,09	49,24±26,99	F=9,050 **p=0,011**‖ 1-2p=0,046 1-3p=0,006 2-3p=0,442

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
‖F=Friedman test

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam puan ortalamaları dağılımı Tablo 11'de verilmektedir.

Hastaların birinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 55,93±25,98, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 58,16±27,81 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,613, p=0,540), (Tablo 11).

Hastaların ikinci görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 56,13±22,45, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 49,83±28,09 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,305, p=0,192), (Tablo 11).

Hastaların üçüncü görüşme sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 56,34±25,05, kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalaması 49,24±26,99 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,571, p=0,116), (Tablo 11).

Tablo 11. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği ve p Değeri	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği ve p Değeri
	Birinci Görüşme Ort±SS	Birinci Görüşme Ort±SS		İkinci Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS		Üçüncü Görüşme Ort±SS	Üçüncü Görüşme Ort±SS	
Ölçek toplam puan ortalaması	55,93±25,98	58,16±27,81	Z=-0,613 p=0,540[§]	56,13±22,45	49,83±28,09	Z=-1,305 p=0,192[§]	56,34±25,05	49,24±26,99	Z=-1,571 p=0,116[§]

Ort: Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
[§]Mann Whitney U testi

HASTALARIN LABORATUVAR BULGU SONUÇLARINA GÖRE DAĞILIMI

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların laboratuvar bulgu sonuçlarının dağılımı Tablo 12'de verilmektedir.

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme GFR değeri ortalaması 38,74±12,48 ml/dk, üçüncü görüşme GFR değeri ortalaması 36,80±13,90 ml/dk olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (t=2,161, p=0,035), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme üre değeri ortalaması 71,37±26,96 mg/dl, üçüncü görüşme üre değeri ortalaması 81,13±37,35 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-3,648, p<0,001), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme albümin değeri ortalaması 39,28±10,29 mg/L, üçüncü görüşme albümin değeri ortalaması 39,65±9,61 mg/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-3,175, p=0,001), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme kreatinin değeri ortalaması 1,75±0,61 mg/dl, üçüncü görüşme kreatinin değeri ortalaması 1,93±0,85 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-2,359, p=0,018), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme sodyum değeri ortalaması 139,72±2,42 mEq/L, üçüncü görüşme sodyum değeri ortalaması 139,72±2,36 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,345, p=0,730), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme potasyum değeri ortalaması 4,75±0,44 mEq/L, üçüncü görüşme potasyum değeri ortalaması 4,68±0,51 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=0,959, p=0,342), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme fosfor değeri ortalaması 3,84±0,67 mEq/L, üçüncü görüşme fosfor değeri ortalaması 3,97±0,77 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-1,571, p=0,122), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme kalsiyum değeri ortalaması 9,50±0,48 mEq/L, üçüncü görüşme kalsiyum değeri ortalaması 9,55±0,71 mEq/L olarak bulunmuştur.

Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,297, p=0,195), (Tablo 12).

Deney grubundaki hastaların birinci görüşme APG değeri ortalaması 123,03±33,31 mg/dl, üçüncü görüşme APG değeri ortalaması 125,22±34,71 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-0,510, p=0,610), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme GFR değeri ortalaması 37,65±12,14 ml/dk, üçüncü görüşme GFR değeri ortalaması 35,76±13,29 ml/dk olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (t=2,119, p=0,038), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme üre değeri ortalaması 73,18±31,07 mg/dl, üçüncü görüşme üre değeri ortalaması 75,01±28,17 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,255, p=210), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme albümin değeri ortalaması 40,65±3,22 mg/L, üçüncü görüşme albümin değeri ortalaması 41,40±4,69 mg/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,874, p=0,061), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme kreatinin değeri ortalaması 1,74±0,51 mg/dl, üçüncü görüşme kreatinin değeri ortalaması 1,86±0,65 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-2,356, p=0,018), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme sodyum değeri ortalaması 139,36±3,14 mEq/L, üçüncü görüşme sodyum değeri ortalaması 139,82±3,32 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Z=-1,791, p=0,073), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme potasyum değeri ortalaması 4,71±0,61 mEq/L, üçüncü görüşme potasyum değeri ortalaması 4,74±0,44 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-0,388, p=0,699), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme fosfor değeri ortalaması 3,68±0,69 mEq/L, üçüncü görüşme fosfor değeri ortalaması 3,77±0,62 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-1,357, p=0,180), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme kalsiyum değeri ortalaması 9,44±0,58 mEq/L, üçüncü görüşme kalsiyum değeri ortalaması 10,90±10,04 mEq/L olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-2,301, p=0,021), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşme APG değeri ortalaması 121,47±52,01 mg/dl, üçüncü görüşme APG değeri ortalaması 124,16±48,64 mg/dl olarak bulunmuştur. Görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=-2,076, p=0,038), (Tablo 12).

Tablo 12. Deney ve kontrol grubundaki hastaların laboratuvar bulgu sonuçlarının karşılaştırılması

Laboratuvar değerleri	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	Birinci Görüşme Ort±SS	**Üçüncü Görüşme Ort±SS**	**Test İstatistiği ve p Değeri**	**Birinci Görüşme Ort±SS**	**Üçüncü Görüşme Ort±SS**	**Test İstatistiği ve p Değeri**
GFR (ml/dk)	38,74±12,48	36,80±13,90	t=2,161 **p=0,035¶**	37,65±12,14	35,76±13,29	t=2,119 **p=0,038¶**
Üre (mg/dl)	71,37±26,96	81,13±37,35	Z=-3,648 **p<0,001****	73,18±31,07	75,01±28,17	Z=-1,255 p=0,210**
Albümin (mg/L)	39,28±10,29	39,65±9,61	Z=-3,175 **p=0,001****	40,65±3,22	41,40±4,69	Z=-1,874 p=0,061**
Kreatinin (mg/dl)	1,75±0,61	1,93±0,85	Z=-2,359 **p=0,018****	1,74±0,51	1,86±0,65	Z=-2,356 **p=0,018****
Sodyum (mEq/L)	139,72±2,42	139,72±2,36	Z=-0,345 p=0,730**	139,36±3,14	139,82±3,32	Z=-1,791 p=0,073**
Potasyum (mEq/L)	4,75±0,44	4,68±0,51	t=0,959 p=0,342¶	4,71±0,61	4,74±0,44	t=-0,388 p=0,699¶
Fosfor (mEq/L	3,84±0,67	3,97±0,77	t=-1,571 p=0,122¶	3,68±0,69	3,77±0,62	t=-1,357 p=0,180¶
Kalsiyum (mEq/L)	9,50±0,48	9,55±0,71	Z=-1,297 p=0,195**	9,44±0,58	10,90±10,04	Z=-2,301 **p=0,021****
APG (mg/dl)	123,03±33,31	125,22±34,71	Z=-0,510 p=0,610**	121,47±52,01	124,16±48,64	Z=-2,076 **p=0,038****

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı; **APG:** Açlık Plazma Glukozu; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma,
¶Eşleştirilmiş t testi, **Wilcoxon test

TARTIŞMA

Kronik böbrek hastalığı, sıklığı giderek artan, böbrek fonksiyonlarında ilerleyici ve sıklıkla geri dönüşümsüz yetersizliğin meydana geldiği kronik bir hastalıktır (88-91). Kronik böbrek hastalığı prevalansının hızla arttığı yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da görülmektedir. İngiltere'de yapılmış olan NEOERICA çalışmasında KBH oranı kadınlarda %11, erkeklerde %6 olarak bulunmuştur. Norveç'te yapılmış olan HUNT II çalışmasında ise KBH prevalansının %10 olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılmış olan CREDIT çalışmasına bakıldığında ise prevalansın %15,7 olduğu belirlenmiştir (15).

Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında KBH prevalansının Türkiye'de yüksek olduğu görülmektedir. Bu yüzden ülkemizde KBH'ı olan hastalara verilecek olan eğitimin hastalığın prevalansı, komplikasyonların yönetimi ve mortalite açısından büyük öneme sahip olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, KBH'ı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bireysel özellikleri benzerlik göstermekte olup iki grup arasında homojenliğin sağlandığı görülmektedir. Bireysel özellikler açısından iki grubun homojen olması, benzer özelliklere sahip gruplarla çalışıldığını ve elde edilen sonuçların bireysel özelliklerden etkilenmemesi açısından önem arz etmektedir.

Araştırmada hastaların KBH ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık süresi, evresi, ailede KBH'a sahip birey varlığı, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumu, beslenmeye dikkat etme durumu, fiziksel egzersiz yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık ile ilgili özellikleri benzerlik göstermekte olup iki grup arasında homojenliğin sağlandığı görülmektedir. Kronik böbrek hastalığı ile ilgili özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması, benzer özelliklere sahip gruplarla çalışıldığını ve elde edilen sonuçların KBH ile ilgili özelliklerden etkilenmemesi açısından önemlidir.

Bireyler, hayatlarında meydana gelebilecek sorunlara belirli ölçülerde uyum gösterseler de hastalık durumunda uyumları büyük oranda etkilenmektedir. Ortaya çıkan hastalık özellikle kronik bir hastalık ise bu durum bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklikler yapmalarını gerektirmektedir. Hastalığa bağlı gelişebilecek kayıplar, başkalarına bağımlı olma gibi durumlar da bireylerin uyum sağlamada zorlanmasına yol açmaktadır (64). Bu araştırmada deney grubunda yer alan hastaların ikinci ve üçüncü görüşmelerin sonucunda fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumlarının birinci görüşmeye göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Ok ve Kutlu'nun (2021) kronik hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yönteminin tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini araştırdığı çalışmada, motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunda ilaç, diyet ve sıvı uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (89). Aslan ve ark.'nın (2021) dahili servislerde yatan hastaların kronik hastalıklara uyumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini incelediği çalışmada, hastaların fiziksel ve sosyal uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (92). Hastaların KBH ile ilgili bilgi düzeylerinin artması, eksikliklerinin giderilmesi, hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olmaları hastalığa uyumlarını artırmaktadır. Hastalık hakkında bilgi seviyeleri arttıkça hastalığa uyumlarının da artacağı düşünülmektedir.

Kronik hastalık tanısı ile birlikte bireylerin hayatında yeni bir dönem başlamakta ve bu yeni dönemde sosyal yaşamlarında uyum sorunları ortaya çıkabilmektedir (79,93). Bu araştırmada deney grubunda yer alan hastaların üçüncü görüşmedeki psikolojik uyumlarının, birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çelik ve ark. tarafından (2015) tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle baş etme durumlarının incelendiği çalışmada, diyabetlilerin %99,2'sinin psikolojik uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (94). Karatepe ve ark.'nın (2020) kronik hastalıklarda uyumu incelediği çalışmada, hastalığı hakkında eğitim alan hastaların psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğu

saptanmıştır (95). Aynı çalışmada hastaların tedaviye uyumlarının da orta düzeyde olduğu bulunmuştur (95). Aslan ve ark.'nın (2021) çalışmasında hastaların psikolojik uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (92). Çelik ve ark.'nın (2015) tip 1 diyabetli genç yetişkinler ile yaptığı çalışmada, hastaların psikolojik distres puanları arttıkça kendilerine güvenlerinin ve iyimser yaklaşımlarının azaldığı belirlenmiştir (94). Yine aynı çalışmada hastaların psikososyal uyumları azaldıkça çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının arttığı saptanmıştır (94).

Kontrol grubunda yer alan hastaların fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyum durumlarında görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. Raashid ve ark.'nın (2021) son dönem böbrek yetersizliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada, hastaların %52'sinin tedaviye uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (96). Kardiyoloji kliniğinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada ise hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (97). Arteriyovenöz fistülü olan hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada, fiziksel uyum ve kronik hastalıklara uyum durumları yüksek iken, sosyal ve psikolojik uyumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (98). Bu durumun bireylerin KBH ile ilgili kapsamlı bir eğitim almamaları ve bu nedenle hastalık hakkında çok fazla bilgilerinin olmaması ve çevreleri ile etkileşimlerinin de sınırlı olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmeler sonrası fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmanın başlangıcında iki grup arasında farkın olmaması homojenliğin sağlanmış olması açısından önemlidir. Deney ve kontrol grubu arasında uyum açısından istatistiksel olarak farkın olmaması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Hastaların tedaviye uyumlarında problemler yaşaması tekrar hastaneye yatışlara sebep olmakta, verilen sağlık hizmetinin maliyetini artırmakta, morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (97). Hastaların ikinci görüşmeler sonrası uyumlarına bakıldığında; deney grubunda yer alan hastaların kontrol grubunda yer alan hastalara göre fiziksel, sosyal ve kronik hastalıklara uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Atik ve ark.'nın (2020) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (99). Acar ve Güneş'in (2018) hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin tedaviye uyum düzeylerini belirlediği çalışmada, hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilen hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumlarının, bilgilendirilmeyenlere göre daha iyi olduğu bulunmuştur (100). Erci ve ark.'nın (2018) HT hastalarının tedaviye uyumunu

ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, hastaların tedaviye uyumları arttıkça, yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır (101).

Uyum, kronik hastalıkların yönetiminde önemli yere sahiptir. Tedaviye uyum ile birlikte hastanın düzenlenen tedaviyi uygun şekilde sürdürmesi, önerilen diyeti uygulaması ve gerekli olan yaşam tarzı değişikliğini benimsemesini içermektedir (92). Araştırmada üçüncü görüşmeler sonrası deney grubunda yer alan hastaların fiziksel, sosyal ve kronik hastalıklara uyumlarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Yakar ve Demir'in (2019) kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarını incelediği çalışmada, HT hakkında bilgi düzeyi düşük olan katılımcıların antihipertansif tedaviye uyumlarının da düşük olduğunu belirlemiştir (102). Bilgi düzeyi ile uyum birbiri ile yakından ilişkilidir. Bilgi düzeyi arttıkça hastalığa yönelik uyumun da arttığı görülmektedir (102). Demirbaş ve Kutlu'nun (2020) çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeylerini incelediği çalışmada, sağlık çalışanı tarafından eğitim verilmiş olan hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Bu çalışmada KBH tanısı olan hastalara verilen eğitimin hastaların gereksinimlerine yönelik olduğu ve tedaviye uyumlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Öz bakım, kronik hastalıkların yönetiminde çok önemli bir yere sahiptir (103). Öz bakımın sağlanması, iyilik halini sürdürmeyi, sağlığı korumayı, fiziksel ve mental sağlığın devamlılığını ifade etmekte ve kronik hastalığa sahip bireyler için sürekliliği büyük çaba gerektirmektedir (103,104). Bu araştırmada, deney grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü görüşmelerdeki sosyal koruma yönetiminin birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aytap ve Özer'in (2021) kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada, KBH tanısı olan hastaların öz koruma ve sosyal koruma alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (105). Kılıç ve Alpar'ın (2016) hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisini değerlendirdiği çalışmada, hastaların öz bakım gücü arttıkça hastalığa uyumlarının da arttığı bulunmuştur (61). Hastaların aldıkları eğitim ile KBH hakkında farkındalık kazandıkları, çevreleri ile etkileşimlerini artırdıkları ve sosyal destek mekanizmalarını ortaya çıkardıkları söylenebilmektedir.

Deney grubundaki hastaların ikinci görüşmedeki öz bakım yönetimlerinin birinci görüşmeye göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hastaların öz bakım yönetimlerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (105). Kurbun ve Akten'in (2018)

hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların öz bakım gücünün orta seviyede olduğu bulunmuştur (71). Özdelikara ve ark.'nın (2020) çalışmasında, hastaların öz bakım yönetimlerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (106).

Kontrol grubunda yer alan hastaların birinci görüşmedeki öz koruma yönetimlerinin ikinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun hastaların tedavi süresi arttıkça yaşadıkları sorunların artması, hastalığının gidişatı, beslenme, fiziksel aktivitenin önemi ve ne yapmaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve Covid-19 pandemisi nedeniyle düzenli kontrole gelme durumlarında meydana gelen değişiklikler ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların üçüncü görüşmelerdeki sosyal koruma yönetimlerinin birinci ve ikinci görüşmelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum KBH tanısı olan bireyin ailesinin ve çevresinin hastalığa uyum sağlaması, bireyi desteklemesi, kişinin sosyal çevresi ile etkileşiminin artması, sosyal aktivitelere katılması ve destek mekanizmalarını devreye sokması ile açıklanabilir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmeler sonrası sosyal koruma yönetiminde, öz koruma yönetiminde ve öz bakım yönetimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İki grup arasında eğitimden önce farkın olmaması homojenliğin sağlanmış olduğunu göstermektedir.

İkinci görüşmeler sonrası deney grubunda yer alan hastaların kontrol grubunda yer alan hastalara göre öz koruma yönetimlerinin ve öz bakım yönetimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özdelikara ve ark.'nın (2020) kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumunu değerlendirdiği çalışmada, hastaların %37,8'i egzersiz, %61,2'si diyet, %33,7'si stresle baş etme yöntemleri ile ilgili sağlık personelinden bilgi almıştır (106). Sağlık personelinden bu alanlara ilişkin eğitim aldığını bildiren hastaların öz bakım yönetimi puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (106). Joboshi ve Oka'nın (2017) kronik böbrek hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmada, eğitim programı planlanan hastaların kontrol grubunda yer alan hastalara göre algılanan öz yeterlik ve öz yönetim davranışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (107).

Araştırmada deney grubunda yer alan hastaların üçüncü görüşme sonrası öz koruma yönetiminin kontrol grubundaki hastalara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu durumun, eğitim sonrası bireyin KBH'a uyum sağlayarak öz bakımının önemi ve gerekliliğinin farkına vararak yerine getirmesi, hastalığa bağlı gelişen sorunları iyi yönetmesi ve kendine olan güveninin artması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Kronik böbrek hastalığı gelişen bireylerde tedavisi sürecinde yaşadıkları kaygı, otonomi kaybı, sürekli hastaneye gidip gelme, kronik bir hastalıkla baş etme yetisi gibi durumlar bireylerin fiziksel ve mental sağlığını etkileyebilmektedir. Kronik böbrek hastalığı geliştikçe bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değiştiren semptomlar görülmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (108). Deney grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tip 2 diyabeti olan hastalara öz bakım eğitimi verilerek yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada da eğitim sonrası hastaların genel sağlık algılarında değişiklik gözlenmemiştir (109). Tarverdizade ve ark.'nın (2018) kısa mesaj ve yüz yüze eğitimin hemodiyaliz hastalarında bilgi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, eğitim sonrası yüz yüze eğitim verilen grupta yaşam kalitesinin arttığı gözlenirken kısa mesaj ve kontrol grubunda değişimin olmadığı saptanmıştır (110). Ebrahimi ve ark.'nın (2016) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, beslenme eğitiminin hastaların bilgi ve yaşam kaliteleri üzerindeki olumlu etkisinin olduğu görülmüştür (111). Blakeman ve ark.'nın (2014) KBH tanısı olan bireyler ile yaptığı çalışmada, eğitim verilen grubun yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (112). Hastalara verilen eğitimler sonrası bazı çalışmalarda görüldüğü üzere yaşam kalitelerinde iyileşmeler meydana gelirken, bazı çalışmalarda herhangi bir değişim gözlenmemektedir. Bu sonuçların ortaya çıkmasının nedeninin hastalara eğitim verildiği dönemde içinde bulundukları durum ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmedeki iyilik durumunun ikinci ve üçüncü görüşmeye göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Acar ve Güneş'in (2018) hemodiyaliz tedavisi gören bireyler ile yaptığı çalışmada, hastaların tedaviye uyumları arttıkça anksiyete, depresyon düzeyleri ve hastalık algılarının azaldığı saptanmıştır (100). Abbasi ve ark.'nın kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptıkları çalışmada, eğitim verilen grubun verilmeyen gruba göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (113). Tip 2 diyabeti olan bireyler ile yapılan bir çalışmada, deney grubunda yer alan hastaların yaşam kaliteleri kontrol grubundakilere göre daha yüksek bulunmuştur (114). Bireylerin hastalık süresi arttıkça KBH'a bağlı gelişen ödem, kaşıntı gibi problemler ile karşılaşmaları ve bu durumun iyilik hallerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum, araştırmanın başlangıcında deney ve kontrol grubunun benzer özelliklere sahip olması, gruplar arasında homojenliğin sağlanmış olması ile açıklanabilir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Ok ve Kutlu'nun (2021) kronik hemodiyaliz hastalarında motivasyonel görüşme yöntemini kullandıkları çalışmada, deney ve kontrol grubunun yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (89). Köberich ve ark.'nın (2015) kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada da eğitim verilen grubun yaşam kalitelerinde artış gözlenmediği saptanmıştır (115). Ghadam ve ark.'nın (2016) öz bakım eğitimi verdiği hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaşam kalitelerinde artış saptanmıştır (116). Bahadori ve ark.'nın (2014) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların eğitim sonrası yaşam kalitelerinin arttığı ve verilen eğitimin etkili olduğu görülmüştür (9). Ebrahimi ve ark.'nın (2016) hemodiyaliz hastalarına verdiği beslenme eğitimi ile deney grubunda yer alan hastaların bilgi ve yaşam kaliteleri artarken, kontrol grubunda yer alan hastaların bilgi ve yaşam kalitelerinde değişim gözlenmemiştir (111).

Deney grubunda yer alan hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında; birinci görüşmeye göre üçüncü görüşme sonrası GFR değerinin düştüğü; üre, albümin ve kreatinin değerlerinin yükseldiği saptanmıştır. Düzalan ve Pakyüz'ün (2018) hemodiyaliz hastalarına diyet ve sıvı yönetimi konusunda verdiği eğitim sonrası deney grubunda yer alan hastaların albümin düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (117). Bahadori ve ark.'nın hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim sonrasında üre ve kreatinin değerlerinin azaldığı saptanmıştır (9). Kontrol grubunda yer alan hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında; birinci görüşmeye göre üçüncü görüşme sonrası GFR değerinin düştüğü; kreatinin, kalsiyum ve APG değerlerinin yükseldiği saptanmıştır. Laboratuvar değerlerindeki değişimleri hastaların klinik özellikleri, COVID-19 pandemisinin etkileri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda belirlenen hipotezlerin durumu aşağıdaki gibidir:

Birinci Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum üzerinde etkisi yoktur (Reddedildi).

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum üzerinde etkisi vardır (Kabul edildi).

İkinci Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin öz bakım yönetimi üzerinde etkisi yoktur (Reddedildi).

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin öz bakım yönetimi üzerinde etkisi vardır (Kabul edildi).

Üçüncü Hipotez

H_0: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin iyilik hali üzerinde etkisi yoktur (Kabul edildi).

H_1: Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin iyilik hali üzerinde etkisi vardır (Reddedildi).

SONUÇLAR

Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak yürütülen araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bireysel özellikleri benzerlik göstermektedir.
- Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık süresi, evresi, ailede KBH tanısına sahip birey varlığı, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alma durumu, beslenmeye dikkat etme durumu, fiziksel egzersiz yapma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kronik böbrek hastalığı ile ilgili özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması, benzer özelliklere sahip gruplarla çalışıldığını göstermektedir.
- Deney grubundaki hastaların ikinci görüşmedeki fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumlarının birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Deney grubundaki hastaların üçüncü görüşmedeki fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve kronik hastalıklara uyumlarının birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kontrol grubunda yer alan hastaların fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumları açısından görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

- Kontrol grubunda yer alan hastaların üçüncü görüşmedeki psikolojik uyumlarının birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmeler sonrası fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve kronik hastalıklara uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.
- Deney grubunda yer alan hastaların ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur.
- Deney grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü görüşmelerdeki sosyal koruma yönetimlerinin birinci görüşmelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Deney grubundaki hastaların ikinci görüşmedeki öz bakım yönetimlerinin birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kontrol grubunda yer alan hastaların birinci görüşmedeki öz koruma yönetimlerinin ikinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kontrol grubunda yer alan hastaların üçüncü görüşmelerdeki sosyal koruma yönetimlerinin birinci ve ikinci görüşmelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmeler sonrası sosyal koruma yönetimlerinde, öz koruma yönetimlerinde ve öz bakım yönetimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İki grup arasında eğitimden önce farkın olmaması homojenliğin sağlanmış olduğunu göstermektedir.
- Deney grubunda yer alan hastaların ikinci görüşme sonrası öz koruma ve öz bakım yönetimlerinin kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Deney grubundaki hastaların üçüncü görüşme sonrası öz koruma yönetimlerinin kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Deney grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Kontrol grubundaki hastaların birinci görüşmedeki iyilik durumunun ikinci ve üçüncü görüşmeye göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Deney grubunda yer alan hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında; birinci görüşmeye göre üçüncü görüşme sonrası GFR değerinin düştüğü; üre, albümin ve kreatinin değerlerinin yükseldiği bulunmuştur.

- Kontrol grubunda yer alan hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında; birinci görüşmeye göre üçüncü görüşme sonrası GFR değerinin düştüğü; kreatinin, kalsiyum ve APG değerlerinin yükseldiği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; araştırma kapsamında oluşturulmuş olan eğitim kitapçığının evre 3-evre 4 KBH'ı olan bireylere verilmesi, eğitimler düzenlenmesi ve bu eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması, hasta ile birlikte hasta yakınlarının da eğitimlere katılması önerilmektedir.

ÖZET

Bu randomize kontrollü araştırma, kronik böbrek hastalığı tanısı olan hastalara verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, bir üniversite hastanesinde Mart 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında evre 3-evre 4 kronik böbrek hastalığı olan bireyler ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini deney grubunda 58, kontrol grubunda 61 olmak üzere toplam 119 birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Hasta Bilgi Formu", "Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu", "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "WHO-5 İyilik Durumu İndeksi" kullanılarak toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı analizler, Mann Whitney U testi, Pearson ki-kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact test, student t testi, Wilcoxon testi ve Friedman testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar bireysel ve kronik böbrek hastalığı ile ilgili özellikleri açısından benzerdir. Deney grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü görüşmelerin sonunda fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara uyumlarının birinci görüşmeye göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubunda yer alan hastaların kontrol grubundaki hastalara göre fiziksel, sosyal ve kronik hastalıklara uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Deney grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü görüşmelerdeki sosyal koruma yönetimleri birinci görüşmeye göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan

hastaların ikinci ve üçüncü görüşmeler sonrası iyilik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kronik böbrek hastalığı tanısı olan hastalara verilen eğitimin hastalığa uyum ve öz bakım yönetiminde etkili olduğu bulunmuştur. Hastalara verilen eğitimin düzenli aralıklarla sürdürülmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kronik böbrek hastalığı, hastalığa uyum, iyilik hali, öz bakım

EFFECT OF EDUCATION ON ADHERENCE, SELF CARE AND WELL-BEING OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

SUMMARY

This randomized controlled study was planned to evaluate the effect of education given to patients with a diagnosis of chronic kidney disease on adherence to the disease, self-care and well-being.

The study was conducted in a university hospital between March 2020 and October 2021 with individuals with stage 3-4 chronic kidney disease. The sample of the study consisted of 119 individuals, 58 in the experimental group and 61 in the control group. The data were collected using the "Patient Information Form ", "Laboratory Results Form", "Adaptation to Chronic Illness Scale", "Self-Management Management Scale for Chronic Diseases" and "WHO Well-Being Index. Data were analyzed using descriptive analyses, Mann Whitney U test, Pearson chi-square test, Fisher-Freeman-Halton Exact test, student t test, Wilcoxon test and Friedman test. $p<0.05$ value was accepted as statistically significant.

The patients in the experimental and control groups were similar in terms of individual and chronic kidney disease characteristics. The physical adaptation, social adaptation and adaptation to chronic diseases of the patients in the experimental group in the second and third interviews were found to be higher than in the first interview ($p<0.05$). It was determined that the patients in the experimental group had better adaptation to physical, social and adaptation to chronic diseases than the patients in the control group. ($p<0.05$).

The social protection management of the individuals in the experimental group in the second and third interviews were found to be higher than in the first interview ($p<0.05$). There

was no statistically significant difference in terms of well-being of patients in the experimental and control groups after the second and third interviews ($p>0.05$).

This study has been found that the education given to patients with a diagnosis of chronic kidney disease is effective in adapting to the disease and in self-care management. It is recommended to organize regular training programs for patients with chronic kidney disease.

Key Words: Chronic kidney disease, well-being, adherence to disease, self care

KAYNAKLAR

1. Yu C, Tsai YF, Fang JT, Yeh MM, Fang JY, Liu CY. Effects of mouthwash interventions on xerostomia and unstimulated whole saliva flow rate among hemodialysis patients: A randomized controlled study. Int J Nurs Stud 2016;63:9-17.

2. Official Journal of the International Society of Nephrology. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl 2013;3(1):1-150.

3. National Kidney Foundation. https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease. Erişim tarihi: 20 Ağustos 2022.

4. Altun B, Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Ecder T, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: Results from the CREDIT study. Kidney Blood Press Res 2012;36:36-46.

5. Vicdan AK, Karabacak BG. Effect of treatment education based on the Roy adaptation model on adjustment of hemodialysis patients. Clin Nurse Spec 2016:1-13.

6. Green DS, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. J Nurs Scholarsh 2012;44(2):136-44.

7. Davison SN. Personalized approach and precision medicine in supportive and end-of-life care for patients with advanced and end-stage kidney disease. Semin Nephrol 2018;38(4):336-45.

8. Ambrosioa L, Portillo MC. Tools to assess living with a chronic illness: A systematic review. Enferm Clin 2018;28(4):220-29.

9. Bahadori M, Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Ravangard R. The effects of an interventional program based on self‐care model on health‐related quality of life outcomes in hemodialysis patients. J Educ Health Promot 2014;3:1-9.

10. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns 2010;79(3):283-86.

11. Demirbaş N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. Ankara Med J 2020;20(2):269-80.

12. Ovayolu N. Üriner sistem ve hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. Nimet O, Özlem O (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana:Çukurova Nobel Kitabevi; 2016.s.350-90.

13. Kaptan G, Dedeli Ö. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevi;2012.s.321-44.

14. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (TC). Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2014-2017). Ankara:Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti;2014.

15. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (TC). Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı (2018-2023). Ankara:Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti;2014.

16. Arınsoy T. Kronik böbrek hastalığı epidemiyolojisi. Yavuz Y, Özkan G, Mustafa A (Editörler). Temel Nefroloji. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2019.

17. National Kidney Foundation. https://www.kidney.org/. Erişim Tarihi: 21 Ağustos 2022.

18. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Ankara:Miki Matbaacılık;2021.s.1-166.

19. Birol L, Pakyüz SÇ. İdrar yolları- böbrek hastalıkları, tedavisi ve hemşirelik bakımı. Nuran A, Leman B (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Güncellenmiş 5. Baskı. Ankara:Akademisyen Kitabevi;2020.s.701-85.

20. Kılıç SP. Böbrek yetersizliği ve bakım yönetimi. Serap Ö (Editör). "Olgu Senaryolarıyla" İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevleri;2019.s.487-501.

21. National Kidney Foundation. About chronic kidney disease: A guide for patients. https://www.kidney.org/. Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2022.

22. Tayaz E, Koç A. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;23(1):147-56.

23. Karaca A, Yeşiltepe G. Üriner sistem hastalıkları ve bakım. Zehra D (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul:Akademi Basın;2013.s.441-96.

24. Arıcı M. Tanı yöntemleri. Yavuz Y, Özkan G, Mustafa A (Editörler). Temel Nefroloji. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2019.s.33-46.

25. Akpolat T. Öykü alma, kan basıncı ölçümü ve fizik muayene. Yavuz Y, Özkan G, Mustafa A (Editörler). Temel Nefroloji. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2019.

26. Türk Nefroloji Derneği. Son dönem böbrek yetersizliğinde tedavi seçenekleri. https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/sdbyts.pdf. Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2022.

27. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı (TC). Periton diyalizinin böbrek yetmezliği tedavisindeki yeri. https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/36792/0/pd-std-raporu2-isbn-9789755906515-pdf.pdf. Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2022.

28. National Kidney Federation. https://www.kidney.org.uk/are-there-different-types-of-pd. Erişim tarihi: 19 Ocak 2022.

29. Ersoy F. Periton diyalizi. Yavuz Y, Özkan G, Mustafa A (Editörler). Temel Nefroloji. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2019.s.391-406.

30. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. FLORA 2020;25:1-7.

31. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. Chronic disease. https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/overview. Erişim Tarihi 20 Mart 2022.

32. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. İsviçre:WHO Press;2014.

33. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. İsviçre:WHO Press; 2018.

34. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626. Erişim tarihi: 21 Mart 2022.

35. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#:~:text=. Erişim tarihi: 21 Mart 2022.

36. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2017;19(2):57-74.

37. Çelik AS, Bayrakçeken E, Kılınç T. Hemşirelerin cinsiyet rollerine göre bireysel yenilikçilik özellikleri ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;23(3):397-409.

38. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEUHFED 2011;4(4):153-158.

39. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. HSP 2018;5(2):253-58.

40. Taylan S, Alan S, Kadıoğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. HEMAR-G 2012;3:66-74.

41. Kurt YT, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. Turk Neph Dial Transpl 2012;21(1):39-44.

42. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi 2017;14:217-30.

43. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. JERN 2015;12(3):204-09.

44. Aygül S, Ulupınar S. Hemşirelerin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(1):1-9.

45. Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. FN Hem Derg 2013;21(1):1-8.

46. Başer E, Mollaoğlu M. The effect of a hemodialysis patient education program on fluid control and dietary compliance. Hemodial Int 2019;23(3):392-401.

47. Doğan MD, Çadırlı Ş, Paçaçı M, Arslan Y. Kronik hastalığı olan bireylerin bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve öğrenim gereksinimleri. SHYD 2019;1(6):22-8.

48. Birge Z, Bilgin S. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitiminin öz bakım ve yaşam kalitesine etkisi (tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

49. Wright JA, Wallston KA, Elasy TA, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Development and results of a kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. Am J Kidney Dis 2011;57(3):387-95.

50. Barrett TM, Green JA, Greer RC, Ephraim PL, Peskoe S, Pendergast JF et al. Preferences for and experiences of shared and informed decision making among patients choosing kidney replacement therapies in nephrology care. Kidney Med 2021;3(6):905-15.

51. Narva AS, Norton JM, Boulware LE. Educating patients about CKD: The path to self-management and patient-centered care. Clin J Am Soc Nephrol 2016;11(4):694-703.

52. Jia T, Bi SH, Lindholm B, Wang T. Effect of multi-dimensional education on disease progression in pre-dialysis patients in China. Ren Fail 2012;34(1):47-52.

53. Nunes JAW. Education of patients with chronic kidney disease at the interface of primary care providers and nephrologists. Adv Chronic Kidney Dis 2013;20(4):370-78.

54. Abianeh NA, Zargar SA, Amirkhani A, Adelipouramlash A. The effect of self-care education through teach back method on the quality of life in hemodialysis patients. Nephrol Ther 2020;16(4):197-200.

55. Atik D, Karatepe H. Scale development study: Adaptation to chronic illness. Acta Med Mediterr 2016;32:135-42.

56. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda uyum süreci. Zehra D. (Editör). Kronik Hastalıklarda Bakım. İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri;2012.s.51-63.

57. Vicdan AK, Birgili F. The validity and reliability study for developing an assessment scale for adaptation to chronic diseases. JoCReHeS 2018;8(2):135-44.

58. Ahmad NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. Patient Prefer Adherence 2013;7:525-30.

59. Eşer AK, Doğan EN, Kav S, Bulut Y. Tip 2 Diabetes mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesi. EGEHFD 2018;34(2):64-76.

60. Hançerlioğlu, S, Aykar FŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliliği. GÜSBD 2018;7(1):175-83.

61. Kılıç HF, Alpar ŞE. The effect of group training implemented on hemodialysis patients for their stress management, psychosocial adjustment and self-care strength. Int J Human Sci 2016;13(1):754-67.

62. Yangöz ŞT, Özer Z. Watson insan bakım kuramına temellendirilmiş motivasyonel görüşmenin ve eğitimin hemodiyaliz uygulanan bireylerin tedaviye uyumuna, memnuniyetine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi (tez). Antalya:Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2020.

63. Korkmaz S, Korkmaz M. Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi (tez). Gaziantep:Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.

64. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. J Psychiatr Nurs 2015;6(1):40-6.

65. Çakır F, İlnem C, Yener F. Compliance in follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients. Dusunen Adam J Psychiatr Neurol Sci 2010;23(1):50-9.

66. Fırat H, Alpar ŞE. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi (tez). İstanbul:Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2013.

67. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul:Akademi Yayınevi;2012.

68. Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. İKÇÜSBFD 2016;1(2):1-8.

69. Çelik MY. Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 2019;29(3):99-104.

70. Baba E, Özdelikara A. Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi (tez). Samsun:Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.

71. Kurbun H, Akten İM, Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turk Neph Dial Transpl 2018;27(3):277-87.

72. Gerçek A, Kılıç SP. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücü ve hastalık uyumuna etkisi (tez). Malatya:İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2021.

73. Çallı D, Kartal A. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi (tez). Denizli:Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü;2014.

74. Dunn HL. High-level wellness: A collection of twenty-nine short talks on different aspects of the theme "High-level wellness for man and society." Arlington: R.W. Beatty Ltd;1961.

75. Owen FK, Çelik ND, Doğan T. Yetişkinlerde iyilik hali. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(53):600-11.

76. Kol R, Karabulutlu EY. Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. Kocaeli Med J 2021;10(1):119-27.

77. Aldemir İ, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin madde bağımlılığı farkındalığı ve iyilik hallerinin değerlendirilmesi (tez). İstanbul:Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2020.

78. Aral S, Öner Ç. Egzersiz katılımcılarının özyeterlik, umut ve iyilik halinin incelenmesi (tez). İstanbul:İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2020.

79. Doğan BK, Öztürk AB. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. TUSHAD 2020;4(3):28-36.

80. Ramya S, Aruna S, Mangala PG. Quality of life and chronic renal failure. IJDR 2017;7(9):15524-26.

81. Mahato SKS, Apidechkul T, Sriwongpan P, Hada R, Sharma GN, Nayak SK, et al. Factors associated with quality of life among chronic kidney disease patients in Nepal: A cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2020;18(207):1-14.

82. Kefale B, Alebachew M, Tadesse Y, Engidawork E. Quality of life and its predictors among patients with chronic kidney disease: A hospital-based cross sectional study. PLoS ONE 2019;14(2):1-16.

83. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso RCC. Quality of life in patients with chronic kidney disease. Clinics 2011;66(6):991-995.

84. Fadlalmola HA, Elkareem EMA. Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. IJANS 2020;12:1-4.

85. Huffman DM. Development of an instrumen to measure use of self-care management processes-guarding (SCMP-G) (Unpublished master's thesis). New Orleans: Lousiana State University Medical Center;1987.

86. Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health. WHO (Beş) İyilik Durumu İndeksi (1998 sürümü). https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx. Erişim Tarihi: 4 Temmuz 2019.

87. Eser E, Çevik C, Baydur H, Güneş S, Esgin TA, Öztekin ÇÜ, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. Prim Health Care Res Dev 2019;1-7.

88. Akbal Y, Nural N. Effect of self-care agency on symptoms in patients on peritoneal dialysis. Turk J Nephrol 2021;30(2):130-37.

89. Ok E, Kutlu Y. The Effect of motivational ınterviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: A randomized controlled trial. Clin Nurs Res 2021;30(3):322-33.

90. The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease Study 2017. Lancet 2020;395:709-33.

91. Barnett T, Yoong TL, Pinikahana J, Yen TS. Fluid compliance among patients having haemodialysis: Can an educational programme make a difference? J Adv Nurs 2008;61(3):300-06.

92. Aslan H, Çetkin T, Dikmen RD. Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. Cukurova Med J 2021;46(3):1140-49.

93. Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. Turk Neph Dial Transpl 2017;26(1):67-73.

94. Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başaçıkma tarzları. FN Hem Derg 2015;23(2):105-15.

95. Karatepe H, Atik D, Özcan Yüce U. Adaptation with the chronic disease and expectations from nurses. Erciyes Med J 2020;42(1):18-24.

96. Raashid S, Arshad AR, Mir AW. Adherence to management in patients with end stage renal disease. Pak Armed Forces Med J 2021;71(3):805-09.

97. Yıldırım D, Baykal D. Evaluation of treatment adherence and illness perception in cardiology patients. Niger J Clin Pract 2020;23(9):1305-11.

98. Atik D, Güngör S. Determination of adaptation levels and applications for fistulas care and protection to disease of patients with arteriovenous fistula. Journal of Health Sciences 2020;10(1):58-66.

99. Atik D, Karatepe H, Yüce UO. The relationship between fluid control and disease adaptation levels with symptoms in patients undergoing hemodialysis. J Basic Clin Health Sci 2020;4(3):264-70.

100. Acar D, Güneş Z. Factors affecting therapeutic compliance in patients with chronic renal failure: Anxiety, depression, illness perception. Health Prim Car 2018;2(3):1-6.

101. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. FN Hem Derg 2018;26(2):79-92.

102. Yakar B, Demir M. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Dicle Med J 2019;46(4):685-96.

103. Riegel B, Jaarsma T, Ströomberg, A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci 2012;35(3):194-204.

104. Herber OR, Atkins L, Störk S, Wilm S. Enhancing self-care adherence in patients with heart failure: a study protocol for developing a theory-based behaviour change intervention using the COM-B behaviour model (ACHIEVE study). BMJ Open 2018;8(9):1-9.

105. Aytap F, Özer Z. Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. TJFMPC 2021;15(2):212-22.

106. Özdelikara A, Gürkan AT, Atasayar BŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. Samsun Sağ Bil Der 2020;5(1):42-9.

107. Joboshi H, Oka M. Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2017;67:51-8.

108. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. Acta Paul Enferm 2014;27(3):230-36.

109. Baraz S, Zarea K, Shahbazian HB. Impact of the self-care education program on quality of life in patients with type II diabetes. Diabetes Metab Syndr 2017;11(2):1065-68.

110. Tarverdizade P, Lakdizaji S, Ghahramanian A, Seyedrasooli A, Ghavipanjeh Rezaiy S. Effectiveness of text messaging and face to face training on improving knowledge and quality of life of patients under hemodialysis. J Caring Sci 2018;7(2):95-100.

111. Ebrahimi H, Sadeghi M, Amanpour F, Dadgari A. Influence of nutritional education on hemodialysis patients' knowledge and quality of life. Saudi J Kidney Dis Transpl 2016; 27(2):250-55.

112. Blakeman T, Blickem C, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Gaffney H, et al. Effect of information and telephone-guided access to community support for people with chronic kidney disease: Randomised controlled trial. PLoS ONE 2014;9(10):1-15.

113. Abbasi A, Ghezeljeh TN, Farahani MA, Naderi N. Effects of the self-management education program using the multi-method approach and multimedia on the quality of life of patients with chronic heart failure: A non-randomized controlled clinical trial. Contemp Nurse 2018;54(4-5):409-20.

114. Lyu QY, Huang JW, Li YX, Chen QL, Yu XX, Wang JL, et al. Effects of a nurse led web-based transitional care program on the glycemic control and quality of life post hospital discharge in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2021;119(6):1-10.

115. Köberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. J Clin Nurs 2015;24:1643-55.

116. Ghadam MS, Poorgholami F, Jahromi ZB, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of self-care education by face-to-face method on the quality of life in hemodialysis patients. Glob J Health Sci 2016;8(6):121-27.

117. Düzalan ÖB, Pakyüz SÇ. Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study. J Pak Med Assoc 2018;68(4):532-37.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Çalışmanın akış şeması 20
Şekil 2. Araştırmanın akış şeması 24

TABLOLAR

Tablo 1. Kronik böbrek hastalığının glomerüler filtrasyon hızına göre sınıflandırılması 3
Tablo 2. Kronik böbrek hastalığının albüminüri sınıflandırılması 4
Tablo 3. Kronik böbrek hastalığının sistemler üzerine etkileri 5
Tablo 4. Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı 29
Tablo 5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı 31
Tablo 6. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 33
Tablo 7. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 36
Tablo 8. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 38
Tablo 9. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 41
Tablo 10. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi gruplarında birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelere göre WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 43

Tablo 11. Deney ve kontrol grubundaki hastaların birinci, ikinci ve üçüncü görüşme sonuçlarına göre WHO-5 İyilik Durumu İndeksi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....45
Tablo 12. Deney ve kontrol grubundaki hastaların laboratuvar bulgu sonuçlarının karşılaştırılması.....49

ÖZGEÇMİŞ

Çarşamba'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Antalya'da tamamladım. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden mezun oldum.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında araştırma görevlisi olarak atandım. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini tamamladım.

EKLER

Ek 1. Randomizasyon Listesi

Ek 2. Hasta Bilgi Formu

Ek 3. Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu

Ek 4. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Ek 5. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

Ek 6. WHO-5 İyilik Durumu İndeksi

Ek 7. Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı

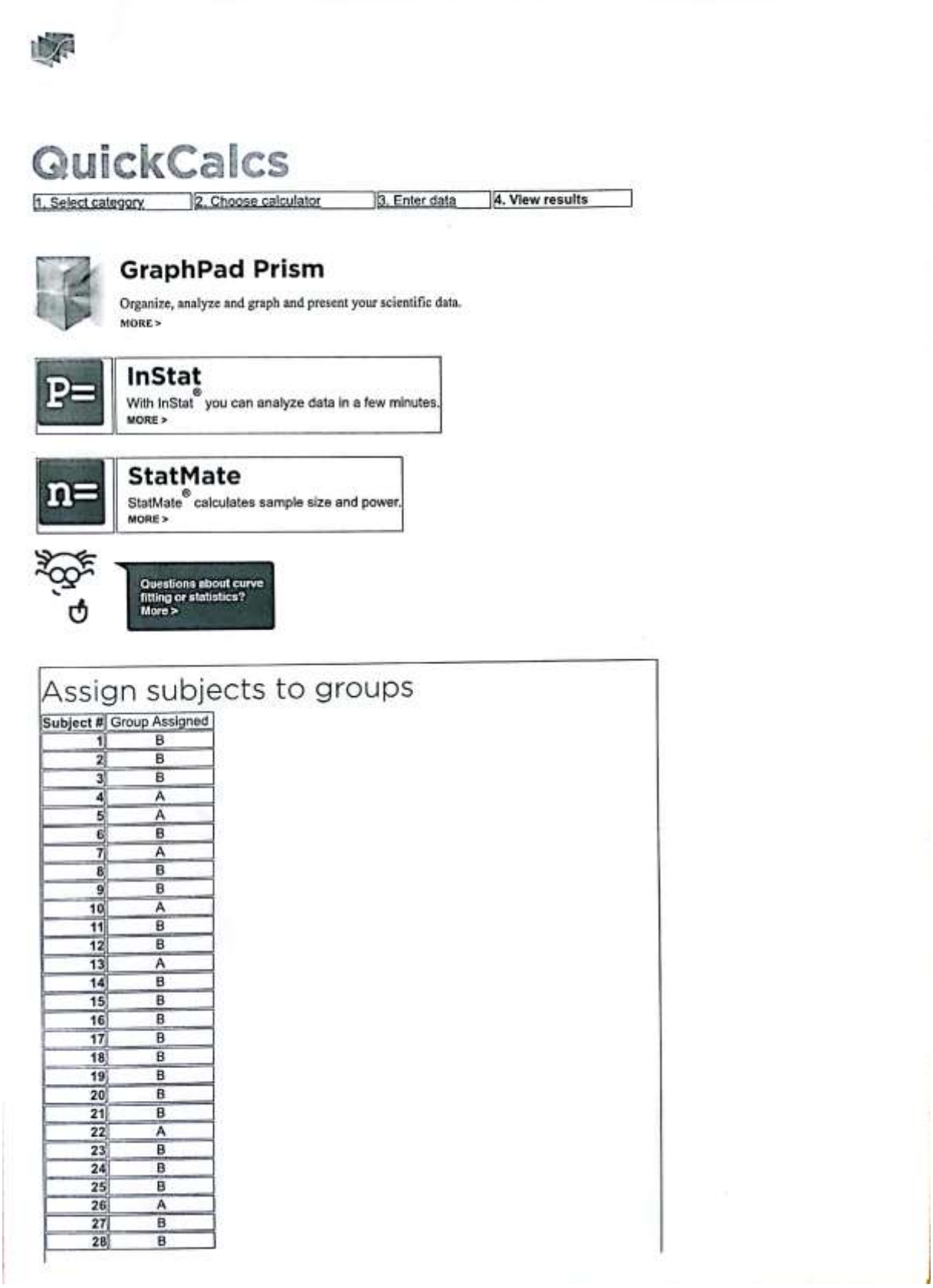
Ek 8. Etik Kurul İzni

Ek 9. Kurum İzni

Ek 10. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Ek 11. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1. Randomizasyon Listesi



QuickCalcs

1. Select category | 2. Choose calculator | 3. Enter data | 4. View results

GraphPad Prism

Organize, analyze and graph and present your scientific data.

MORE >

InStat

With InStat® you can analyze data in a few minutes.

MORE >

StatMate

StatMate® calculates sample size and power.

MORE >

Questions about curve fitting or statistics?
More >

Assign subjects to groups

Subject #	Group Assigned
1	B
2	B
3	B
4	A
5	A
6	B
7	A
8	B
9	B
10	A
11	B
12	B
13	A
14	B
15	B
16	B
17	B
18	B
19	B
20	B
21	B
22	A
23	B
24	B
25	B
26	A
27	B
28	B

29	B
30	A
31	A
32	A
33	A
34	B
35	B
36	B
37	A
38	B
39	B
40	A
41	B
42	B
43	A
44	B
45	B
46	B
47	B
48	A
49	A
50	A
51	A
52	B
53	A
54	A
55	A
56	B
57	B
58	A
59	A
60	A
61	B
62	B
63	A
64	A
65	B
66	B
67	B
68	B
69	B
70	B
71	A
72	B
73	A
74	B
75	B
76	A
77	A
78	A
79	A
80	A
81	A
82	B
83	A
84	B
85	A
86	B
87	A
88	B
89	A
90	A
91	B
92	B
93	A

94	A
95	A
96	A
97	A
98	A
99	A
100	B
101	A
102	B
103	B
104	A
105	A
106	A
107	A
108	A
109	A
110	B
111	B
112	B
113	B
114	A
115	A
116	A
117	A
118	B
119	A
120	B
121	B
122	A
123	A
124	A
125	B
126	B
127	B
128	A
129	A
130	A
131	A
132	B
133	A
134	B
135	A
136	B
137	A
138	A
139	A
140	B

How it works: The random number generator is seeded with the time of day, so it works differently each time you use it. Each subject is first assigned to a group nonrandomly. Then the assignment of each subject is swapped with the group assignment of a randomly chosen subject. This should suffice, but the entire process is repeated twice to make sure it is really random. Note that you can copy and paste the values from the web page into Excel.

SCIENTIFIC SOFTWARE
GraphPad Prism
Prism Free Trial
Prism Customers
InStat
StatMate

HOW TO BUY
Pricing
Student Pricing

DATA ANALYSIS RESOURCES
QuickCalcs
Statistics Guide
Curve Fitting Guide

HELP
Support
Prism 8 User Guide

COMPANY
About
Contact

Ek 2. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu form, kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz cevapların doğru ve eksiksiz olması çok önemlidir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özgül EROL **Arş. Gör. Lale YACAN**

1	**Yaşınız:**
2	**Cinsiyetiniz:** 1) Kadın 2) Erkek
3	**Boyunuz: ……** **Kilonuz: ……** **BKİ: ……..**
4	**Medeni durumunuz:** 1) Bekar 2) Evli ……. yıldır
	Çocuğunuz var mı: 1) Yok 2) Var ……tane
5	**Aile tipiniz:** 1) Çekirdek aile 2) Büyük aile
6	**Eğitim durumunuz:** 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Ortaokul 5)Üniversite 6) Lisansüstü 7) Diğer……
7	**Mesleğiniz:** 1) Ev hanımı 2) Emekli 3) Serbest meslek 4) Maaşlı çalışan 5) Diğer….
8	**Çalışma durumunuz:** 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
9	**Gelir durumunuz:** 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek
10	**Kimlerle yaşıyorsunuz?** 1) Yalnız 2) Eşim veya çocuklarım 3) Annem veya babam 4) Diğer
11	**Sigara kullanıyor musunuz?** 1) Evet ise miktarı .....adet/gün 2) Hayır
12	**Alkol kullanıyor musunuz?** 1)Evet ise miktarı .....bardak/haftada 2) Hayır
13	**Kaç yıldır kronik böbrek hastalığınız var: …..**
14	**Kronik böbrek hastalığı evreniz:** 1) Evre 3 2) Evre 4
15	**Ailenizde kronik böbrek hastalığı olan yakınınız var mı?** 1) Evet 2) Hayır
16	**Var ise yakınlık derecesi:…….**
17	**Böbrek hastalığınız dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?** 1) Evet 2) Hayır
18	**Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?** 1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) Kalp sorunları 4) Diğer……..
19	**Hastalığınız ve tedavi sürecinizle ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?** 1)Evet 2) Hayır
20	**Hastalığınız hakkında aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu?** 1) Evet 2) Hayır
21	**Beslenmenize dikkat eder misiniz?** 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
22	**Fiziksel egzersiz yapar mısınız?** 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

Ek 3. Laboratuvar Sonuçları İzlem Formu

LABORATUVAR SONUÇLARI İZLEM FORMU

Değerler	1.Görüşme (0.Ay)	3.Görüşme (6.Ay)
GFR		
Üre		
Albümin		
Sodyum		
Potasyum		
Fosfor		
Kreatinin		
APG		
Kalsiyum		
Demir		

Ek 4. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği 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.	**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1	**Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.**					
2	**Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.**					
3	**Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.**					
4	**Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.**					
5	**Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.**					
6	**Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.**					
7	**Hasta olsam da sosyal aktivitelerime katılıyorum.**					
8	**Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.**					
9	**Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.**					
10	**Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.**					
11	**Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.**					
12	**Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.**					
13	**Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.**					
14	**Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.**					
15	**Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.**					
16	**Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.**					
17	**Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.**					
18	**Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.**					
19	**Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.**					
20	**Hasta olmak beni endişelendiriyor.**					
21	**Sağlık çalışanlarına güveniyorum.**					
22	**Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.**					
23	**Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.**					
24	**Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.**					
25	**Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.**					

Ek 5. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

	KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum					
2	Hastalığımı kontrol edebilirim					
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor					
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir					
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum					
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım					
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum					
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım					
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi					
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor					
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum					
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum					
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum					
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım					
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum					
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim					
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor					
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor					
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum					
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım					
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın					
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim					
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim					
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmek istemiyorum					
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim					
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum					
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim					
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var					
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum					
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir					
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum					
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim					
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor					
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir					
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum					

Ek 6. WHO-5 İyilik Durumu İndeksi

WHO (Beş) İyilik Durumu İndeksi

	Son iki hafta boyunca	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğunda	Geçen zamanın yarısından daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1	Kendimi neşeli ve keyifli hissettim	5	4	3	2	1	0
2	Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim	5	4	3	2	1	0
3	Kendimi aktif ve dinç hissettim	5	4	3	2	1	0
4	Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım	5	4	3	2	1	0
5	Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu	5	4	3	2	1	0

Ek 7. Kronik Böbrek Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Hazırlayanlar

Arş. Gör. Lale Yacan

Prof. Dr. Özgül Erol

İçerik Planı

1. Böbrekler
2. Böbreklerin Görevleri Nelerdir?
3. Böbreklerimiz Çalışmadığında Ne Olur?
4. Kronik Böbrek Hastalığı Nedir?
5. Kimler Kronik Böbrek Hastası Olabilir?
6. Kronik Böbrek Hastalığının Belirtileri Nelerdir?
7. Kronik Böbrek Hastalığında Nasıl Beslenmeliyim?
8. Kronik Böbrek Hastalığım Var Ne Kadar Tuz Tüketmeliyim?
9. Potasyum Vücudumuz İçin Neden Önemlidir?
10. Fosfor Vücudumuz İçin Neden Önemlidir?
11. Fazla Kilonuz mu var? (Obezite)
12. Sağlığınız İçin Egzersiz?
13. Şeker Hastalığı İle Kronik Böbrek Hastalığı Arasında İlişki Var mıdır?
14. Şeker Hastası Olduğumu Nasıl Anlarım?
15. Şeker Hastasıyım Ve Kronik Böbrek Hastalığım Var Ne Yapabilirim?
16. Hipertansiyon İle Kronik Böbrek Hastalığı Arasında İlişki Var Mıdır?
17. Son Dönem Böbrek Hastalığında Hangi Tedaviler Vardır?
    - 17.1.Hemodiyaliz
    - 17.2.Periton diyaliz
    - 17.3.Böbrek nakli
18. Kaynaklar

Ek 8. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/206	
	PROTOKOL ADI	Kronik Böbrek Hastalığı Olan Bireylere Verilen Eğitimin Hastalığa Uyum, Öz Bakım ve İyilik Haline Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Özgül EROL	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 09/15**		**Tarih:13.05.2019**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Özgül EROL'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.C. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr.

Ek 9. Kurum İzni

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 37864143-044
Konu : Anketler

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 25/06/2019 tarih ve E.343623 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi Lale YACAN'ın, "Kronik böbrek hastalığı olan bireylere verilen eğitimin hastalığa uyum, öz bakım ve iyilik haline etkisi" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalında yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr.

Ek: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün Yazısı.

Adres Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne
Telefon 2842353098 Faks2842357655
E-Posta saglik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ http://sbe.trakya.edu.tr/
Unvanı

Ek 10. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni



Ynt: Ölçek izni Hakkında

Derya Atik
25.03.2019 Pzt 11:58
Kime: Siz

Kronik Hastalıklara Uyum...
20 KB

Merhaba sevgili Lale, ekte ölçeği gönderiyorum. Çalışmalarında başarılar dilerim. Sevgiler...

Derya Atik

Gönderen: LALE YACAN
Gönderildi: 25 Mart 2019 Pazartesi 09:20:46
Kime: Derya Atik
Konu: Ölçek izni Hakkında

Sayın Derya Atik Hocam;
Ben Lale Yacan, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "The Adaptation to Chronic Ilness Scale (ACIS)"i yapacağımız bir çalışmada izninizle kullanmak istiyorum. Bana bu konu ile ilgili geribildirimde bulunursanız sevinirim.
İyi çalışmalar.

Ek 11. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Kullanım İzni

sadık hancerlioglu
8.03.2019 Cum 11:58
Kime: Siz

sayıl lale yacan,
ölçeği kullanabilirsiniz,
çalışmanızda başarılar dilerim

Arş.Gör.Dr.Sadık HANÇERLİOĞLU
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Gönderen: LALE YACAN
Gönderildi: 8 Mart 2019 Cuma 10:47
Kime:
Konu: Ölçek İzni Hakkında

Sayın Sadık Hançerlioğlu;
Ben Lale Yacan, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği"ni yapacağımız bir çalışmada izninizle kullanmak istiyorum. Bana bu konu ile ilgili geribildirimde bulunursanız sevinirim.
İyi çalışmalar.

Arş. Gör. Lale YACAN
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Edirne, Türkiye