



HEMODİYALİZE GİREN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZBAKIM GÜCÜ İLE BUNLAR ÜZERİNE ETKİLİ DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

THE INVESTIGATION OF INFLUENCE FACTORS ON SELF-CARE AGENCY AND QUALITY OF LIFE ON HEMODIALYSIS PATIENTS

Asiye DURMAZ AKYOL Ayfer KARADAKOVAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: hemodiyaliz, öz-bakım gücü, yaşam kalitesi.

KeyWords; hemodialysis, self-care agency, quality of life.

ÖZET

Su çalışma, 3-31 Mayıs 1999 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemo diyaliz Ünitesinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemine 25 hasta alınmıştır. Veriler sosyo-demografik özellikleri belirle meye yönelik bir anket formu, Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü Ölçeğinin uygulanması ile elde edilmiş, yüzdelik, varyans ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi analizleri) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların Öz-bakım Gücü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların fonksiyonel durum (t:-42,07,SD:20,p<0.05) .esenlik (t:-32,72,SD:20,p<0.05), genel sağlık anlayışı (t:-41,02,SD:20,p<0.05) ve global yaşam kalitesi puanları (t:-13,69,SD:20,p<0.05) ile öz-bakım güçleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

This study, took place in Hemodialysis Unit of Aegean University Medical Faculty Research and Practice Hospital between 3-31 May 1999. Twenty five patients have performed the example space. The data was collected by using the SF-36 Health Status üestionnaire and Self-Care Agency Scale and questionnaire designed to determine the socio-demographic features and evaluated by means of percentage calculation, variations and t tests. In the relationship between self-care agency and the quality of life ,the difference of the functional state avarege score (t:-42,07,SD:20,p<0.05) the well-being avarege score, (t:-32,72,SD:20,p<0.05), general understanding of health of avarege score (t:-41,02,SD:20,p<0.05),general perceptions quality of life avarege score (t:-13,69,SD:20,p<0.05) is found to be statistically meaningful.

GİRİŞ

Sağlık profesyonellerinin kronik hastalıklarda uygulanacak tedavi ve hemşirelik bakımında amaçları hastanın yalnız yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekenleri planlamak ve uygulamaktır(1,-4).

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş ver me; hastayı rahatlatmaya yönelik girişimlerde bulunma, uygun bakım verme, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükselt meyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme ge reğine dayanır (1,4-6). Öz-bakım kavramı Dorethea Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmış tır. Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kur tulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebil-

Yazışma adresi: Asiye Durmaz Akyol, E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
Makalenin gelişi tarihi: 21. 11. 2001; kabul tarihi: 09. 07. 2002

mesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır (7). Orem'e göre: Öz-bakım; bireyin yaşamını, sağlığını ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır ve bu beceri zamanla iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yolu ile gelişebilir (7-9). Yaşamın her döneminin, sağlıklı sürdürülebilmesi için bireysel bakıma ihtiyaç vardır. Bireysel bakımın gerekli olduğu dönemlerden biri de kronik hastalıkların olduğu dönemdir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak değil .bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Bunun sonucunda birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (10,11). Hemodiyaliz tedavisi uygulan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda yaşam boyu yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamalarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Hastanın yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü düzeyinin belirlenmesi hemşireye hastaya özgü bakımı ve eğitimini planlamada önemli bir belirleyicidir. Öz-bakım gücü davranışları ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu düşünülmektedir (4,10,12). Bu çalışma, hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada, kronik hemodiyaliz tedavisine devam eden 25 hasta evreni oluşturmuş ve evrenin tamamı örneklem olarak alınmıştır. Araştırma kapsamındaki ünitelerden gerekli izin ve hastaların onayı alındıktan sonra araştırma gerçekleştirelmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından geliştirilen ve hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve bunlardan yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyebileceği düşünülen bazı bağımsız değişkenleri incelemeye yönelik 13 sorudan oluşan bir anket formu ile Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Pinar (4) tarafından yapılmış olan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Nahçıvan tarafından (1993) geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Öz-bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır (4).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinde; fiziksel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışını içeren üç bölümde toplam 36 soru bulunmaktadır. Ölçek puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değişen değerler alır. Öz-bakım Gücü Ölçeğinde; hastaların kendilerine bakma yeteneklerini içeren 35 ifade bulunmaktadır. Öz-bakım Gücü Ölçeğindeki ifadeler 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup 5'li Likert tip ölçek üzerinden verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmıştır, ifadelerden 8'i (3,6,9,13,19,22,-26,31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35 ve en yüksek puan 140'tır. Puan yüksekliği öz-bakım gücü yüksekliğini gösterir. Araştırma verileri hastalarla bire-bir görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından

her hasta için doldurulan anket formu ile toplanmıştır. Anket formunu cevaplama süresi yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvence, hastalık yaşı, kronik böbrek yetmezliği dışında hastalığı olma; bağımlı değişkeni ise; yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ölçeklerinden alınan puan oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 10 versiyon paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel değerlendirmede; yüzdelik, aritmetik ortalama, varyans ve t testinden yararlanılmıştır (14).

BULGULAR

Tablo 1'de hemodiyalize giren hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 45.08 ± 1.26 yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu (%92) tedavi giderlerini karşılamakta güçlük çekmediklerini bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunun tedavi giderlerini karşıladıklarını belirtmişlerdir. Tablo 2'de hastaların hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları görülmektedir.

Hemodiyalize giren hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalamasına göre dağılımı incelendiğinde; hastaların fonksiyonel durum puan ortalaması 20.24, esenlik puan ortalaması 38.04, genel sağlık anlayışı puan ortalaması 17.60 ve global yaşam kalitesi puan ortalaması 84.88 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalaması ile bazı bağımsız değişkenler arasında karşılaştırma yapılmış ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda; cinsiyet, medeni durum, yaş grupları, eğitim düzeyi, sosyal güvence, hastalık yaşı, KBY dışında hastalık olma durumu ile yaşam kalitesinin üç ana bölümü olan fonksiyonel durum ($p > 0.05$), esenlik ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışı ($p > 0.05$), global yaşam kalitesi ($p > 0.05$) arasında yapılan istatistiksel analizde (ANOVA) anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4).

Hastaların Öz-bakım Gücü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların öz-bakım gücü ile fonksiyonel durum ($t: -13.9$, $SD: 20$, $p < 0.05$), esenlik ($t: -16.7$, $SD: 20$, $p < 0.05$), genel sağlık anlayışı ($t: -20.33$, $SD: 20$, $p < 0.05$) ve global yaşam kalitesi ($t: 21.32$, $SD: 20$, $p < 0.05$) arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6'da Öz-bakım gücü puan ortalamaları ile bazı bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların öz-bakım güçleri ile cinsiyet, ($p > 0,05$). medeni durum ($p > 0,05$) yaş grubu ($F: 1,69$, $p > 0,05$) eğitim düzeyi ($p > 0,05$) ($p > 0,05$), sosyal güvence ($p > 0,05$), hastalık yaşı ($p > 0,05$) ve kronik böbrek yetmezliği dışında bir hastalığı olma durumu ($p > 0,05$) arasında yapılan istatistiksel analizde (ANOVA) anlamlı bir ilişki elde edilememiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

	sayı	Yüzde(%)
cinsiyet		
erkek	14	56
kadın	11	44
medeni durum		
evli	14	56
bekar	9	36
dul	2	8
yaş grupları		
18-28	5	20
29-40	4	16
41-52	5	20
53-64	10	40
65 ve üzeri	1	4
eğitim durumu		
okur-yazar	2	8
ilkokul	7	28
ortaöğretim	10	40
y. okul/fakülte	4	16
Meslek		
işçi	10	40
emekli	10	40
ev hanımı	4	16
diğer(serbest,hemşire,çiftçi)	1	4
sosyal güvence		
emekli sandığı	17	68
ssk	3	12
bağ-kur	4	16
diğer	1	4
tedavi giderlerini karşılama		
güçlüğü		
evet	2	8
hayır	23	92
Toplam	25	100

Tablo 2. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin durumlarına göre dağılımları

	sayı	Yüzde(%)
hastalık yaşı		
1 yıldan az	1	4
1-5 yıl	10	40
6-10 yıl	7	28
11 yıl ve üzeri	7	28
diyalize girme sıklığı (haftada)		
3 kez,5saat	25	100
diyalize gelme şekli		
özel aracını kendisi kullanarak	4	16
özel araçla yakını ile	2	8
toplum taşıma aracı	6	24
taksi	7	28
diğer	6	24
kby dışında sistemik hastalığı		
olma durumu		
kvs	5	20
diğer	4	16
yok	16	64
hd dışında tedavi alma durumu		
-antihipertansif	3	2
-kalsiyum	11	44
-anemi	10	40
	5	24
-diğer	9	36
almayan		
diğer		
akut komp. sayısı		
1	1	4
2	1	4
gelişmeyen	23	92
kronik komp sayısı		
1	4	16
2	5	20
3	3	12
4	1	4
gelişmeyen	12	48
toplam	25	100

Tablo 3. Hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre dağılımları.

	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
n	25	25	25	25
X	20,24	38,04	17,60	84,88
SD	8,64	8,92	2,78	16,80

Tablo 4. Yaşam kalitesi puan ortalamalarının bazı bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması

	Fonksiyonel Durum		Esenlik		Genel Sağlık Anlayışı		Global Yaşam Kalitesi	
	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
cinsiyet								
erkek (n:14)	30,7	18,2+2	37,42	8,5+2	17,71	2,3+1	83,81	17+5
kadın (n:11)	27,63	8,9+2	38,81	9,7+2	17,45	3,1+1	85,71	16+4
p değeri:	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
medeni durum								
evli (n:14)	27,12	8,2+2	38,00	10+2	17,64	3,2+1	82,64	19+5
bekar(n:9)	34,33	7,7+2	39,00	7,5+2	17,88	2,02+1	91,55	10+3
p değeri:	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
yaş grupları								
18-28 (n:5)	32,60	6,7+2	39	10,41+2	16,60	1,14+1	88,20	11,79
29-40 (n:4)	37,25	8,4+2	40,75	2,63+2	20,50	2,88+1	98,50	5,19
41-52 (n:5)	28,60	7,7+4	39	9,27+4	16,40	1,14+2	83,80	15,41
53-65 (n:11)	26,60	7,7+4	37,90	8,88+4	18,20	2,5+2	82,50	16,91
p değeri:	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
eğitim								
ilköğretim	30,60	8,4+2	33,75	8,9+2	17,42	1,8+1	87	13,54+5
(n:17)	26,75	13,42+4	33,25	12,4+4	15,50	3,1+2	75,50	27,7+13
yüksekokul/fakülte	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
(n:4)								
p değeri								
sosyal güvence								
emekli sandığı								
(n:17)								
ssk (n:3)	28	9,3+2	36	9,3+2	17,05	2,6+1	81	18+4
bağ-kur (n:4)	31,6	69,6+5	37,33	5,13+2	19	1,9+2	88	10+6
p değeri:	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
hastalık yaşı								
1-5 yıl (n:10)								
6-10 yıl (n:7)								
11 ve üzeri	30	6,8+2	38,9	7,9+2	18	2,10+1	86,90	11+3
(n:7)	28,57	8,8+3	36,57	7,5+2	17,42	3,4+1	82,28	17+6
pdeğeri:	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
sistemik hastalık								
var(n:9)	26,37	10,64+3	36,37	8,3+2	19	3,7+1	74,75	21+7
yok(n:16)	31,50	7,2+1	40,8	18,3+2	17,75	2,3+0,5	89,87	12+3
p değeri	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Tablo 5. Hastaların Öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Öz bakım Gücü	Fonksiyonel Durum	Esenlik	GenelSağlık Anlayışı	GlobalYaşam Kalitesi
n	25	25	25	25
X	29,36	38	17,60	84,88
t	129,08	129,08	129,08	129,08
t	-42,07	-32,72	-41,02	-13,69
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Tablo 6. Öz-Bakım gücü puan ortalamalarının bazı bağımsız değişkenler de karşılaştırılması.

	x	SS	F	P
Cinsiyet				
Erkek (n: 14)	130	12,61±2	0,33	>0,05
Kadın (n:11)	127	14,88±2		
Medeni durum				
Evli (n:14)	126	12,10±3	2,89	>0,05
Evli(n:9)	136	14,49±4		
yaş grupları				
18-28 (n:5)	133	16,93±7		
29-40 (n:4)	139	11,81±5	1,69	>0,05
41-52 (n:5)	132	13,10±5		
53-65 (n:11)	121	11,23±3		
eğitim durumu				
okur-yazar(n:2)	119	7,07±5		
ilköğretim (n:17)	130	25,99±2	0,99	>0,05
yüksekokul/fakülte (n:4)	125	18,08±9		
sosyal güvence				
emekli sandığı (n:17)	125	13,35±3		
ssk (n:3)	135	11,23±6	2,7	>0,05
bağ-kur(n:4)	126	6,97±3		
hastalık yaşı				
1-5 yıl (n:10)	127	14,39±5		
6-10 yıl (n:7)	127	15,53±5	0,62	>0,05
11 ve üzeri (n:7)	131	-----		
kby dışında sistemik hastalığı olma durumu				
var (n:9)	120	11,54±4		
yok (n: 16)	135	13,24±3	2,98	>0,05

TARTIŞMA

Bu araştırma sonucunda araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının genel olarak yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bakoğlu ve Yetkin yaptıkları çalışmada; hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün "orta düzeyde" olduğunu saptamışlardır (12). Hemodiyaliz hastalarının cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelendiğinde;fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının erkek ve kadınlar arasında farklılıklar göstermediği saptanmıştır (p>0,05, Tablo 4). Evans ve ark (2), Wolcott ve ark (11) böbrek hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkili yaptıkları çalışmada fonksiyonel durumun kadınlarda,emosyonel esenliğin erkeklerde daha iyi olduğunu bulmuşlar, Ching (1) diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğunu, Pınar ve ark (10) yaptığı çalışmada; fonksiyonel durum ve esenlik puanlarının erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Hemodiyaliz hastalarında medeni durum ile yaşam kalitesi arasında dağılım ince-

lendiğinde; bekar ve evli olanların global yaşam kalitesi ve tüm yaşam alanları içerisinde farklılık olmadığı saptanmıştır. Evans ve ark yapılan çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide, evli olanların yaşam kaliteleri yüksek olarak bulunmuştur (2). Pınar yaptığı çalışmada bekar olanların global yaşam kalitelerinin evli ve dul olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (10). Ching çalışmasında ise medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki elde edememiştir (1). Hasta yaşı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05,Tablo 4). Pınar'ın (4) çalışmasında yaşam kalitesinin üç ana bölümü ve global yaşam kalitesi ile yaş arasında yüksek düzeyde anlamlılık saptanırken, Ching'in (1) yaptığı çalışmada hastaların yaşları ile yaşam kalitesinin her alanı ve global olarak yaşam kalitesi arasında negatif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Christensen ve ark (5), Wolcott ve ark (11) yaş ilerledikçe yaşam kalitesi alanlarında azalma olduğunu saptamışlardır. Eğitim durumu ile yaşam kalitesinin tüm alanları ile global yaşam kalitesinde bir artış olmadığı görülmektedir (p>0,05, Tablo 4). Evans ve ark (2), Pınar ve ark (10) eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptayamamışlardır. Pınar diyabetli hastaların eğitim durumunun artmasına bağlı olarak tüm yaşam alanlarından doyum bulma ve global yaşam kalitesinin arttığını saptamıştır (4). Ching ve ark hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyi arttıkça global yaşam kalitesinde artış olduğunu belirtmektedir (1). Sosyal güvence ve tedavi giderlerini karşılama ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamış ve ulaşılan literatürlerde de bu konunun ele alınmadığı saptanmıştır. Hastalık yaşı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde;istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05, Tablo 4). Hastalık süresi uzun olanlarda diyalize uyum gösterdikleri günlük yaşam aktivitelerini daha az etkilediği ve sonuçta yaşam kalitesine etkisi olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Pınar'ın yaptığı çalışmada, hastalık süresinin artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin her alanının ve global olarak yaşam kalitesinin azaldığı ve bu azalmanın her alanda ileri derecede anlamlı olduğunu saptamıştır (4). Pınar ve ark (10), Christensen ve ark (5), V/olcott ve ark (11); hemodiyaliz hastalarının hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesinin her alanında anlamlı derecede azalma olduğunu saptamışlardır.Kronik böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalık olması ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05, Tablo4). Pınar ve ark (4), Christensen ve ark (5) yaptıkları çalışmada başka bir hastalık olması ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Pınar yaptığı çalışmada diyabetin dışında görülen hastalıkların yaşam kalitesini azalttığını saptamıştır (4). Kadınlar ve erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05, Tablo 6). Bakoğlu ve Yetkin 'in yaptığı (12) çalışmada, erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamasının kadınlardan önemli

ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (12). Ören ve ark yaptığı çalışmada cinsiyetler ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (13). Öz-bakım gücü puan ortalamaları ile yaş grupları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Bu sonuç bireyin kendi kendine bakımı konusunda yeterli olup olmasının belirli bir yaş veya süre ile ilgili olmayıp ,yaşam kalitesi ile ilgili ve bunun bir süreç olduğunu düşündürmüştür. Pınar yaptığı çalışmasında; yaşın artması ile öz-bakım gücünün azaldığını saptamıştır (4). Eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının artması beklenen bir sonuç olmakla birlikte çalışmadaki ömeklem sayısının az olması ve hastalara düzenli eğitim verilmesinin bu sonuçta etkili olduğunu düşündürmüştür. Bakoğlu ve Yetkin, eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün de arttığını saptamışlardır (1). Sosyal güvencesi olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının olmayanlardan önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu sonuçta, hastaların tamamına yakının sağlık güvencesinin olmasının bakım ve tedavi giderlerinin karşılanmasında olumlu etkisi olduğunu dolayısıyla öz-bakımı da olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır. Hastalık yaşı ve kronik böbrek yetmezliği dışında hastalığı olma durumunun öz-bakım gücüne etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Bu sonuç, bireyin sağlığına ve bakımına verdiği önemin, mevcut hastalığın süresinden çok bireysel bahşetmede yeterli olması, yeterli istek, bilgi ve güce sahip olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir başkasına ihtiyaç olmadığını düşündürmüştür. Öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelediğimizde; öz-bakım gücü arttıkça fonksiyonel durum ($p<0,05$), esenlik ($p<0,05$), genel sağlık anlayışı ($p<0,05$) puanı ve global yaşam kalitesinin ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu-rada göz önünde bulundurulması gereken bir nokta, öz-bakım gücü mü yaşam kalitesini arttırmakta, yoksa artmış yaşam kalitesi mi öz-bakım gücünü olumlu

yönde etkilemektedir ?. Sonuç ne açıdan ele alınırsa alınsın, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin birbirlerini paralel olarak etkiledikleri dikkate değer bir bulgudur (4). Pınar'ın yaptığı çalışmada; öz-bakım gücü arttıkça, global yaşam kalitesinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde artış gösterdiği saptanmıştır (4). Hastaların öz-bakım güçlerinin artırılması yaşam kalitelerini arttırmaktadır (4).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

*Hemodiyalize giren hastalara bakım veren hemşireler, hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmeli ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmeleri için desteklenmelidirler,

"Hemşireler tarafından, hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri aşağıdaki amaçlar doğrultusunda düzenli olarak değerlendirilmelidir;

-Bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin saptanması,

-Hemodiyaliz tedavisi ve bakımının verimliliğinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesi ölçüm sonuçları rehber alınarak mevcut kaynak ve olanakların uygun dağılımı,

-Hemodiyalizin yaşam kalitesi üzerine etkisinin global olarak anlaşılması, fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programının seçilmesi, hastanın tedavi programına uyumunun artırılması, hemodiyalizin etkilerini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması,

*Hemodiyaliz ünitesinde çalışacak hemşirelerin, bireylerde öz-bakım davranışını geliştirebilmeleri için eğitimleri sırasında; öz-bakım kavramı, öz-bakım aktiviteleri, öz-bakım gücü, öz-bakım yetersizlikleri uygun yardım etme yöntemleri konularında bilgilendirilmesi ve hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmeleri için desteklenmesi,

*Benzer çalışmaların daha geniş ve farklı kurumlarda olan hemodiyaliz hastalarını içeren bir evren ile çalışılmasının yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ching Luk Suet W. The Quality of Life for Hong-Kong Dialysis Patients. J Adv Nursing 2001 ;35(2),218-227.
2. Evans RW.Manninen DL.Garrison LP et al. The Quality of Life of Patients with End Stage Renal Diseases.N Eng J Med 1985;312:553-559.
3. Meers C. Hopman W. Singer M. A Comparison of Patient ,Nurse, and Physician Assesment of Health-Related Quality of Life in End Stage Renal Disease. Dialys and Transp 1995;24(3):120-124.
4. Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi. istanbul 1995,17-18.
5. Christensen AJ.Holman JM.Turner CW et ali. Quality of Life in End Stage Renal Disease: Influence of Renal Transplantation .Clin Transp 1989; 3:46-53.
6. Chubon R. Quality of Life and Persons with End Stage Renal Disease.Dialys and Transp 1986;15(8):450-452.
7. Simmonds SJ. The Health Promoting Self-Care, System Model: Direction for Nursing Research and Practice.J Adv Nursing 1990;15(1):62-66.
8. Hannucharumcul S.Comparative Analysis of Orem's and King's Theories.J Adv Nursing 1989;14:365-372.
9. Rosenbaum JN. Comparison of Two Theorist on Çare: Orem and Leinger, J Adv Nursing 1986; 11:409-419.

10. Pınar R.Çınar S.işsever H.Albayrak M ve diğerleri. Hemodiyalize Devam Eden ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Çınar 1995; 1(3),1-6.
11. Wollcott D.Nissenson A.Lansverk J.Üuality of Life in Chronic Dialysis Patients factors Unrelated to Dialysis Modality. General Hosp Psych 1988; 10,267-277.
12. Bakoğlu E.Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. CÜHYO Dergisi 2000; 4(1),41-49.
13. Ören G.Söyük S. Yürügen B.Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz-bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-demografik Özellikleri ile Öz-bakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Çınar 2000;6 (3-4);64-66.
14. Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V.Blyoistatistik,Birinci Basım.Çağ Matbaası.Ankara , 1987.

*11 .Ulusal Böbrek Hastalıkları .Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi. 05-09 Eylül 2001,Kapadokya/Nevşehir'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.