

## Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Uzm.Hemş. Seher BAŞARIR, Doç.Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

### Özet

Bu çalışma; kronik hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırma üç özel diyaliz merkezinde 365 hemodiyaliz hastası ile yapıldı. Araştırma verileri Hasta Tanıtım Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde t-testi, Mann Withney-U, ANOVA, Kruskal Wallis varyans analizi ve Pearson's korelasyon analizleri kullanıldı. Kadınların fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim stres yönetimi alt ölçek puanları ve toplam SYBDÖ-II puanlarının erkeklerden daha düşüktü. Bekar hastaların fiziksel aktivite puanları evlilerden daha yüksek, evlilerin ise beslenme puanları bekarlardan daha yüksek olduğu belirendi. Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite puanları sigara kullanmayanlara göre daha düşüktü. Alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanları alkol kullanmayanlara göre daha düşüktü. Hasta yaşı ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon bulundu. Serum potasyum ve açlık kan şekerinin düzeyleri ile SYBDÖ-II toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt ölçek puanları arasında negatif ilişki bulundu. Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında medeni durumun ve sigara, alkol gibi alışkanlıkların etkili olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışların da kan biyokimyasını etkilediği söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Kan Biyokimyası.

### S u m m a r y

This study was conducted to investigate healthy lifestyle behavior in chronic hemodialysis patients as descriptive and cross-sectional. The study was performed on 365 hemodialysis patients recruited from three private dialysis centers. The study data was collected via The Patient Information Form and Healthy Lifestyle Behavior Scale (HLBS)-II. Student t-test, Mann Whitney-U test, ANOVA, Kruskal Wallis variance vnanlysis and Pearson's correlation cnalysis were used for statistical analysis of data. Physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations, stress management subscale scores and total scores of HLBS-II of females were lower than males. It was found that physical activity scores of non-married cases were lower than that married cases, and nutrition subscale scores of married cases were higher than that of non-married cases. Physical activity subscale scores of smoker dialysis patients were lower compared to non-smokers. Total scores and physical activity subscale scores of patients consuming alcohol were lower compared to non-consumers. There were negative correlations between patients' age with scores of physical activity, spiritual growth and interpersonal relations subscales. There were negative correlations between body weight with scores of physical activity subscale and teher were positive correlation between body weight with scores of nutrition subscales. There were negative correlations among levels of serum potassium and fasting blood glucose with scores of HLBS-II, physical activity, nutrition and spiritual growth subscales. In this case, it has been suggested that marital status have effects on healthy lifestyle behaviors and healthy lifestyle behaviours effect on blood biochemistry.

**Key Words:** Hemodialysis, healthy lifestyle behavior, blood biochemistry.

## Giriş

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'nde uygulanan yerine koyma tedavilerindedir (1,2). Türkiye'de SDBY nedeni ile hemodiyaliz tedavisi alan 48.900 hasta bulunmaktadır (3).

Hemodiyaliz yaşam kurtaran bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (2). Kronik bir hastalığın varlığı ve düzenli diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı zorluklar hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz etkilemektedir (2,4).

Düzenli hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, hastalığın belirtileri ile başetmek, bir diyet programına uymak, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda kalırlar. Bu durum, bireyleri sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkiler (3,5). Kuruma ve hemodiyaliz makinasına bağımlı olmanın yanı sıra hastalığın ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur (2).

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında tedaviye uyumlarının sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir (2,6). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi biçiminde tanımlanmaktadır (7,8). Hastalıklardan korunmada, erken tanı konulmasında ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışlar oldukça önemlidir. Sağlığı geliştirme davranışları, hastalıkların ortaya çıkış sıklığını ve mortaliteyi azaltmaktadır (9,10).

Günümüzde sağlık kavramı, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eden dengeli ve durağan bir süreç iken, sağlığı geliştirme sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreç olarak açıklanmıştır (11). Sağlığı geliştirme, bireyin sağlığını koruyup, geliştireceğine inandığı ve hastalıkları asemptomatik dönemde ortaya çıkartarak, önlemeye yardımcı olacak her türlü tutum ve davranışı içermektedir. Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmak için, bireyin bir davranışı yapıp

yapmadığı ve etkileyen faktörlerin tanınması gerekmektedir. Bu nedenle davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir. Bu modellerden biri, Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model) dir (11,12).

Pender tarafından 1982-1984 yılları arasında geliştirilen ve sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanan model, sağlığı geliştiren davranışları açıklamaya yönelik geliştirilmiştir. Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler; bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır. Davranışsal faktörler, bireyin bilişsel ve psikomotor beceri düzeyinin gelişmesinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında etkili olmaktadır (12).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık düzeyine uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (12). Bireyler sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek daha sağlıklı beslenmekte, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bireylerin entelektüel kapasiteleri artmakta, bağışıklık sistemini güçlendirmekte, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmelerini sağlamaktadır (13,14,15).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar arasında demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, davranışsal, durumsal faktörler, biyolojik özellikler ve kişilerarası etkileşim sayılabilir (16). Yapılan çalışmalarda eğitim, gelir ve mesleki durumun (17), yaş ve medeni durumun (18) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Hemşireler, hastaların sağlık düzeyine uygun günlük aktiviteleri planlamalı ve sürdürülmesini sağlamalıdır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (12). Bu çalışma; kronik hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile yapıldı.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma; Ocak-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini, az bir yıldır hemodiyaliz tedavisi alan ve iletişim sorunu olmayan 365 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu.

Veri toplama araçları: Veriler Hasta Tanıtım Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ile yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Her bir hasta için görüşme ve verileri toplama süresi ortalama 30 dakikadır.

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, tanı ile ilgili bilgileri, periton diyalizi ve transplantasyon öyküsü, tam kan sayımları ve diğer biyokimyasal parametreleri yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Walker, Sechrist and Pender (1987) tarafından oluşturulan orijinal ölçek, ülkemizde Esin (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer (7). Orijinal ölçek, alt grupları gözden geçirilip, daha yüksek alfa etkinlik seviyeleri oluşturmak için yenilenmiştir (19). Yenilenen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Health Promotion Lifestyle Profile II), ülkemizde Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) tarafından güvenilirlik ve geçerliği yapılmıştır (8).

Bu ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin alt boyutları; sağlık sorumluluğu (madde 3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (madde 4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (madde 2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (madde 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (madde 1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve

stres yönetimidir (madde 5,11,17,23,29,35,41,47). Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert tipte olup, hiçbir zaman "1", bazen "2", sık sık "3" ve düzenli "4" olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (8).

Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir (19). Yapılan bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.91 olarak bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmadan elde edilen tüm veriler bilgisayarda Statistical Packages for the Social Science (SPSS) 11.5 kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra (frekans, yüzde dağılımı, ortalama  $\pm$  standart sapma), sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks Testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin, sosyodemografik veya klinik özelliklere göre oluşturulan gruplarda fark t testi, ANOVA, Pearson's korelasyon analizi, normal dağılıma uymayan verilerde ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Veriler %5 yanılma düzeyinde,  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmalarda; hasta bireylerin bireysel hakları korumak, bireyin sağlığını ön planda tutmak, zarar vermemek ve insana özgü değerlerle bilim arasında denge sağlamak gerekmektedir. Çalışmada rehber alınan bu etik düşünceler 'insana zarar vermeme' kuralından yola çıkarak 'önce yarar' ilkesine dayandı. Araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğer bir ilke 'özerkliğe saygı' ve 'insana ve insanın karar verme hakkına saygı' idi.



Kan basıncı ve laboratuvar verileri Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Kan Basıncı ve Biyokimyasal Veriler (n=365)

	Ort	SS	Min	Maks
<b>SKB (mmHg)</b>	118.60	24.93	60.00	220.00
<b>DKB (mmHg)</b>	70.29	13.86	40.00	140.00
<b>Sodyum (mEq/L)</b>	135.84	10.36	1.39	145.00
<b>Potasyum (mEq/L)</b>	5.12	0.84	3.10	10.10
<b>Kalsiyum (mg/dl)</b>	9.00	0.92	3.00	13.70
<b>T.Protein (mg/dl)</b>	6.67	0.62	4.20	9.00
<b>Albumin (g/dl)</b>	4.08	0.39	2.80	6.80
<b>T.Kolesterol (mg/dl)</b>	168.46	46.34	75.00	358.00
<b>Trigliserid (mg/dl)</b>	193.56	116.08	37.00	746.00
<b>AKŞ (mg/dl)</b>	124.62	63.97	49.00	444.00
<b>Hb (g/dl)</b>	11.29	1.64	5.50	16.40
<b>Hct (%)</b>	34.97	5.13	18.10	49.80

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)-II ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 3’de gösterildi.

Tablo 3. Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları (n=365)

SYBDÖ-II	Ort	SS	Min	Maks
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	27.18	4.22	11.00	76.00
<b>Fiziksel Aktivite</b>	13.39	4.63	8.00	29.00
<b>Beslenme</b>	25.50	3.43	15.00	36.00
<b>Manevi Gelişim</b>	31.92	3.68	16.00	36.00
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	31.37	3.87	16.00	36.00
<b>Stres Yönetimi</b>	27.38	3.63	14.00	32.00
<b>Toplam SYBDÖ Puanı</b>	156.72	15.53	107.00	223.00

Kadın ve erkek hemodiyaliz hastaları arasında SYBDÖ-II ölçeğindeki sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$  ve  $p<0.01$ ). Kadınların toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları erkeklerin puanlarından daha düşüktü (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete Göre Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları Farkı

	Kadın		Erkek		p	U
	Ort	SS	Ort	SS		
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	27.16	3.19	27.19	4.95	0.831	16362.5
<b>Fiziksel Aktivite</b>	12.20	4.00	14.42	4.89	<b>0.001**</b>	11964.5
<b>Beslenme</b>	24.96	3.19	25.97	3.56	<b>0.003**</b>	13623
<b>Manevi Gelişim</b>	31.36	3.82	32.41	3.49	<b>0.003**</b>	13601.5
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	31.35	3.73	31.39	4.00	0.747	16252.5
<b>Stres Yönetimi</b>	26.93	3.74	27.78	3.50	<b>0.022*</b>	14284.5
<b>SYBDÖ</b>	153.89	14.81	159.16	15.76	<b>0.001**</b>	13207.5
	Evli		Bekar		p	U
	Ort	SS	Ort	SS		
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	27.27	4.34	26.56	3.24	0.212	6764.5
<b>Fiziksel Aktivite</b>	13.09	4.46	15.33	5.25	<b>0.005*</b>	5692.5
<b>Beslenme</b>	25.76	3.32	23.81	3.69	<b>0.001*</b>	5122
<b>Manevi Gelişim</b>	31.85	3.69	32.37	3.60	0.295	6899
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	31.45	3.69	30.88	4.94	0.856	7485
<b>Stres Yönetimi</b>	27.45	3.61	26.94	3.80	0.381	7015
<b>Toplam SYBDÖ</b>	156.84	15.59	155.90	15.26	0.765	7381

Not: Mann Whitney-U testi kullanıldı. \*p<0.05, \*\*p<0.01.

Evli ve bekar hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanları, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), fiziksel aktivite ve beslenme puanları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0.01$  ve  $p<0.01$ ). Bekarların fiziksel aktivite puanları bekarlardan daha yüksek iken, evlilerin beslenme alt boyut puanları bekarlardan daha yüksekti (Tablo 4).

Eğitim durumlarına göre toplam SYBDÖ-II puanı ve tüm alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Üniversite mezunlarının toplam

SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanları diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulundu (KW=46.653,  $p<0.01$ ; KW=41.038,  $p<0.01$  ve KW=16.582,  $p<0.01$ ). Lise mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları diğerlerinden daha yüksekti (KW=9.795,  $p<0.05$ ). Okur-yazar olmayanların ise manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları diğerlerinden daha düşüktü (KW=41.476,  $p<0.01$ ; KW=9.973,  $p<0.05$  ve KW=28.697,  $p<0.01$ ).

Sigara içen ve içmeyen hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanı, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), fiziksel aktivite alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulundu ( $U=5888$ ,  $p<0.01$ ). Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite alt ölçek puanları sigara kullanmayan hastaların puanlarından daha düşüktü.

Alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptanmazken ( $p>0.05$ ), toplam SYBDÖ-II puanı ve fiziksel aktivite alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptandı ( $U=950$ ,  $p<0.05$  ve  $U=1079.5$ ,  $p<0.05$ ). Alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanları alkol kullanmayanlardan daha düşüktü.

Hasta yaşı ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0.05$ ), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.01$  ve  $p<0.01$ ). Buna göre; yaş arttıkça toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler azalmaktadır (Tablo 5).

Beden kitle indeksi (BKI) ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0.05$ ), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.01$  ve  $p<0.05$ ). Buna göre; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arttıkça beden kitle indeksi azalmak-

tadır (Tablo 5).

Diyaliz hastalarının sistolik ve diyastolik kan basınçları ile toplam SYBDÖ-II puanı ve alt boyutlarının hiç biri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0.05$ ), (Tablo 5). Benzer şekilde serum sodyum, total kolesterol, trigliserid, hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Htc) düzeyleri ile toplam SYBDÖ-II puanı ve alt boyutları arasında da anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0.05$ ), (Tablo 5).

Serum potasyum düzeyi ile sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ( $p>0.05$ ), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ,  $p<0.05$  ve  $p<0.01$ ). Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyi azalmaktadır (Tablo 5).

Total protein düzeyi ile sadece stres yönetimi puanları arasında negatif yönde ( $p<0.01$ ), serum albümin düzeyi ile toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ,  $p<0.05$  ve  $p<0.01$ ). Buna göre; stres yönetimi arttıkça total protein düzeyi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler arttıkça serum albümin düzeyi de artmaktadır (Tablo 5).

Açlık kan şekeri (AKŞ) düzeyi ile toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$  ve  $p<0.05$ ). Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve manevi gelişim arttıkça açlık kan AKŞ azalmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları ile Yaş, BKİ ve Kan Basıncı Arasındaki İlişkiler (n=365).

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam SYBDÖ
Yaş (yıl)	r	-0.058	<b>-0.396</b>	0.005	<b>-0.300</b>	<b>-0.151</b>	-0.041	<b>-0.251</b>
	p	0.266	<b>0.001**</b>	0.921	<b>0.001**</b>	<b>0.004**</b>	0.434	<b>0.001**</b>
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	0.067	<b>-0.280</b>	0.086	<b>-0.162</b>	-0.038	<b>-0.156</b>	<b>-0.131</b>
	p	0.202	<b>0.001**</b>	0.099	<b>0.002**</b>	0.472	<b>0.003**</b>	<b>0.012*</b>
SKB (mmHg)	r	0.017	0.023	-0.008	-0.089	-0.069	-0.081	-0.047
	p	0.742	0.669	0.886	0.090	0.189	0.123	0.372
DKB (mmHg)	r	0.023	0.097	0.030	-0.039	-0.004	-0.044	0.021
	p	0.663	0.065	0.561	0.453	0.946	0.405	0.684
Sodyum (mEq/L)	r	0.023	-0.084	-0.081	-0.076	-0.029	-0.092	-0.084
	p	0.668	0.110	0.121	0.148	0.579	0.080	0.108
Potasyum (mEq/L)	r	-0.002	<b>0.172</b>	<b>0.110</b>	<b>0.128</b>	0.053	0.101	<b>0.144</b>
	p	0.967	<b>0.001**</b>	<b>0.036*</b>	<b>0.014*</b>	0.314	0.054	<b>0.006**</b>
Kalsiyum (mg/dl)	r	-0.070	0.029	-0.004	-0.026	0.065	-0.035	-0.010
	p	0.183	0.585	0.943	0.617	0.216	0.509	0.846
Protein (mg/dl)	r	-0.095	0.098	0.034	-0.087	-0.063	<b>-0.207</b>	-0.073
	p	0.068	0.062	0.520	0.098	0.229	<b>0.001**</b>	0.164
Albumin (g/dl)	r	0.048	<b>0.327</b>	0.069	<b>0.113</b>	<b>0.122</b>	-0.010	<b>0.180</b>
	p	0.356	<b>0.001**</b>	0.186	<b>0.031*</b>	<b>0.019*</b>	0.845	<b>0.001**</b>
Kolesterol (mg/dl)	r	-0.055	-0.103	-0.004	-0.050	-0.048	-0.037	-0.079
	p	0.294	0.050	0.943	0.343	0.365	0.478	0.133
Trigliserid (mg/dl)	r	-0.010	-0.028	0.013	0.005	-0.014	0.065	0.006
	p	0.848	0.590	0.799	0.926	0.790	0.214	0.911
AKŞ (mg/dl)	r	-0.033	<b>-0.218</b>	0.038	<b>-0.116</b>	-0.091	-0.010	<b>-0.118</b>
	p	0.535	<b>0.001**</b>	0.468	<b>0.026*</b>	0.082	0.852	<b>0.025*</b>
Hb (g/dL)	r	0.050	0.078	-0.034	0.090	0.013	-0.031	0.046
	p	0.342	0.138	0.517	0.087	0.808	0.551	0.380
Hct (%)	r	0.009	0.069	-0.070	0.092	0.023	0.002	0.036
	p	0.865	0.190	0.181	0.079	0.661	0.976	0.498

## Tartışma

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının mortalite ve morbidite yanında, yaşam kalitesi üzerine de olumlu etkilerde bulunmaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının davranış ve yaşam tarzına bağlı olduğuna işaret etmektedir (21).



Yaptığımız çalışmada, toplam SYBDÖ-II ortalama puanları  $156.72 \pm 15.53$  olarak bulundu. SYBDÖ-II'nin alt boyutlarının puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu  $27.18 \pm 4.22$ , fiziksel aktivite  $13.39 \pm 4.63$ , beslenme  $25.50 \pm 3.43$ , manevi gelişim  $31.92 \pm 3.68$ , kişilerarası ilişkiler  $31.37 \pm 3.87$ , stres yönetimi  $27.38 \pm 3.63$ 'dür.

Literatürde hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam kalitesini değerlendiren benzer çalışmaya rastlanmamıştır ve çalışmamız, Türkiye'de diyalize devam eden hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren ilk çalışmadır. Gelecekte konu ile ilgili yapılacak başka çalışmalara temel oluşturması ve uygulanacak eğitim programlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dikkat çekmesi açısından önemlidir.

Kronik hastalıklarla ilişkilendirilen sağlıksız yaşam biçimi davranışları arasında dengesiz beslenme, beden kütle indeksinin fazla olması, sigara kullanımı ve sedanter yaşam yer almaktadır (23). Obezitedeki artış ve daha sedanter yaşam diyabetin yaş profilini değiştirmiştir. Diyabet, günümüzde geriatrik bir sorun olarak değerlendirilmemekte ve başlangıç yaşının giderek düştüğü gözlenmektedir (24). Çok sayıda çalışma sonuçları, diyabetin önlenmesinde yaşam tarzı değişikliklerinin (diyet ve fiziksel aktivite gibi) önemini göstermiştir (25,26). Aynı biçimde, hipertansiyonu olan bireylerde yaşam tarzı değişikliklerinin hastalığın önlenmesi ve tedavisinde çok önemli olduğu vurgulanmıştır (27). Yaşam tarzı değişiklikleri, obezitenin önlenmesi ve azaltılması amacıyla sıklıkla kullanılan girişimlerdir (28). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik böbrek hastalıkları biri diğerinin komplikasyonu olabilen hastalıklardır. Sonuç olarak, bu kronik hastalıkların birlikte bulunma olasılıkları yüksektir. Ayrıca, bu hastalık grupları fazla kilolu veya obez olma, kötü beslenme ve fiziksel aktivite azlığı ya da yokluğu gibi bazı risk faktörlerini de bulundurmaktadırlar (29). Fiziksel aktivite, obezite, sigara ve alkol kulla-

nımı gibi doğrudan sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili davranışlar, böbrek yetmezliği riskini de artırmaktadırlar (30). Sözü edilen durumların çoğu, böbrek hastalıkları açısından hem altta yatan neden hem de yetersizliğe katkısı olan faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bu nedenle, böbrek hastalıkları riskini artıran hastalıkların yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenmesi ve/veya böbrek hastalıklarının gidişi sırasında hastalık üzerine olumsuz etkileri olan eş tanıların uygun bir biçimde tedavi edilmesi, son dönem böbrek yetmezliği sıklığında ve diyaliz gereksinimi olan hasta sayısında azalma sağlayacaktır. Böbrek hastalığı olan bireylerin önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uymakta güçlük çektikleri ve buna bağlı olarak prognozun kötüleştiği bilinmektedir (31).

Yaptığımız çalışmada; erkek diyaliz hastalarının kadınlara göre daha fazla egzersiz yaptıkları ve beslenme alışkanlıkları, manevi gelişim ve stres yönetimi açısından daha olumlu davranışlara sahip oldukları belirlendi. Kadının hem evdeki ve/veya işdeki sorumlulukları dikkate alındığında, ülkemizdeki erkek egemen kültürel yapının baskınlığı bağlamında örneklemimizdeki kadınların planlı egzersiz yapamamaları, stres yönetiminde yetersiz kalmaları daha anlaşılır hale gelmektedir. Bu nedenle, kadın diyaliz hastalarının daha fazla egzersize yönlendirilmesi ve stresle baş etme becerilerinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması daha önemli hale gelmektedir.

Sağlık çalışanları, rutin olarak kronik hastalığı olan birçok erişkine fiziksel aktivite önerilerinde bulunmaktadırlar. Fiziksel aktivitenin sağlık ve iyilik hali (well-being) üzerine etkileri fark edilmiş olmasına karşın, kronik hastalığı olan çoğu erişkin sedanter bir yaşam sürmektedir (32). O'Hare ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, sedanter diyaliz hastalarının bir yıllık mortalite riskinin bir biçimde fiziksel aktiviteye katılan bireylerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (33).

Im ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan küçük ölçekli bir çalışmada, kadınların fiziksel ve zihinsel sağlıkları için fiziksel aktivitenin gerekliliğini kabul ettikleri ancak, çoğu kadının fiziksel aktivitesini artırmak konusunda eyleme geçemediği bulunmuştur (34).

Yaptığımız çalışmada; evli hastaların bekarlara göre daha fazla egzersiz yaptıkları ve daha iyi beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları belirlendi. Çok sayıda araştırmacı, aile yaşamının ve arkadaşlarının fiziksel aktivite davranışı üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (35,36). SDBY, hem hastayı hem de ailesini etkileyen bir durumdur. Hasta veya eş ile ilişkiler, bir teselli veya destek kaynağı olarak kabul edilmelidir. Çoğu çift, emosyonel destek sağlamak için tutarlı bir yol geliştirmiş, günlük aktivitelerin birlikte yapıldığı, çatışmaların giderildiği yaklaşımları uygulama becerisi kazanmıştır. Böylece, hastalığa bağlı sorunlar azalmış ve çiftin yaşam doyumları artmıştır (37). Bizim çalışmamızda da, bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Ancak, medeni durumun sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi üzerine etkisi olmadığı yönünde bulgular elde ettik. Evliliğin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm boyutlarında etkili olmaması bizim için şaşırtıcı oldu. Bunun nedeni, çalışmamızda değerlendirilen olguların evlilik uyumlarının düzeyi ve çiftlerin birbirlerine destek düzeyleri ile ilişkili olabilir.

Yaptığımız çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artma olduğunu görüldü. Literatürdeki bulgular da, eğitimin egzersiz alışkanlıkları üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (38). Bu bağlamda, eğitimin sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi açısından önemini kavramayı kolaylaştırdığı söylenebilir. Toplumun eğitim düzeyi arttıkça, sağlıkla ilişkili algısı da daha yapı-

lanmış bir duruma dönüşmektedir.

Sigara kullanımı, genel olarak tedaviye uyumsuzluğun göstergelerindedir (39). Alkol kullanımının ise glomerüler hasar, hipertansiyon ve hipertansif nefrosklerozis için potansiyel bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (40).

Çalışmamızda, sigara kullanmayan hastalara göre sigara kullananların fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu, alkol kullanmayan hastalara göre alkol kullananların fiziksel aktivitelerinin ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının yetersiz olduğu saptandı. Sigara ve alkol kullanan hastaların özellikle sağlık sorumluluğu açısından kullanmayanlardan farklı olmaması şaşırtıcıdır. Bunun nedeni, sigara ve/veya alkol kullanan hasta sayısının azlığı olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen olguların BKİ ortalaması  $24.90 \pm 5.33 \text{ kg/m}^2$  idi. Buna göre hemodiyaliz hastalarının fazla kilolu olduğu söylenebilir. Örneğimizde BKİ, total kolesterol ve açlık kan şekeri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif ilişki bulunması beklenen bir sonuçtur. Buna ilave olarak, obezite, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi kronik böbrek hastalıkları riskini artıran durumlardır (30).

Serum potasyum düzeyi, uygulanan tedavi rejimine uyumun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (41,42). Bu bilgi ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyinin azaldığı bulundu. Buna göre, hemodiyaliz hastaları potasyum ile ilgili diyet kısıtlamalarına uyum göstermektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Kadınların toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları erkeklerden daha düşük, bekarların fiziksel aktivite puanları evlilerden daha yüksek iken, evlilerin beslenme puanları bekarlardan daha yüksek, lise mezunların sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir.

Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite puanları sigara kullanmayanlara göre daha düşük ve alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanlarının alkol kullanmayanlara göre daha düşüktür. Hasta yaşı arttıkça toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler azalmaktadır.

Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arttıkça beden kitle indeksi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve manevi gelişim arttıkça açlık kan AKŞ azalmaktadır.

Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında sosyodemografik özelliklerin ve sigara, alkol gibi alışkanlıkların etkili olduğu, bu davranışların da kan biyokimyasını etkilediği söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; kadınların, bekarların, okur-yazar olmayanların, ileri yaşta olanların, alkol kullananların ve fiziksel aktivitesi az olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları yönünde daha fazla desteklenmesi önerilmektedir.

**Sorumlu yazar: Doç.Dr. Sezgi Çınar**

**E-posta: sezcinar@hotmail.com**

**Kaynaklar**

1. Aydın M. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri. İçinde: Türkmen F, ed. Hemodiyaliz Seminerleri. 1. Baskı. İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık. 2002. s.11-22.
2. Çınar MS. Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması. İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Takav Matbaacılık Yayıncılık. 2000. s. 61-6.
3. Süleymanlar G, Altıparmak MA, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2012. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2013. s.1.
4. Kuzeyli YY, Fadiloğlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21: 33-45.
5. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2001; 16: 1387-94.
6. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2009; 22-8.
7. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 1997.
8. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.
9. Sancı LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, Bowes G. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. BMJ 2000; 320: 224-30.
10. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. J Adv Nurs 2000; 32: 1083-91.
11. Akça Ay F. Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012. s. 2-21.
12. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992; 40(3): 106-112.
13. Edelman C, Mandle CL. Health promotion throught the lifespan. Philidelphia, USA: Mosby Company. 2002.
14. Gordon E, Golanty E, Brown KM. Health and Wellness: Physical Activity for Health and Well-Being. Boston: Jones and Barlett Publishers. 2002.
15. Özdiñç SA. Yaşlanma ve egzersiz. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 18-22.
16. Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice. WB Saunders Company. 2000.
17. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996; 45: 30-6.
18. Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4: 11-9.
19. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center. 1996.
20. Li C, Ford ES, Mokdad AH, Jiles R, Giles WH. Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. Diabetes Care 2007; 30: 1770-6.
21. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health 2004; 74: 204-6.
22. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a

23. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr* 2000; 20: 21-44.
24. Ludwig DS, Ebbeling CB. Type 2 diabetes mellitus in children: primary care and public health considerations. *JAMA* 2001; 286: 1427-30.
25. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.
26. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
27. Lenz TL, Monaghan MS. Lifestyle modifications for patients with hypertension. *J Am Pharm Assoc* 2008; 48(4): 92-9.
28. Keener D, Goodman K, Lowry A, Zaro S, Kettel Khan L. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and measurement guide. Atlanta, U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2009.
29. Tong B, Stevenson C. Comorbidity of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease in Australia. *Cardiovascular Disease Series 28*. Australian Institute of Health and Welfare Canberra. 2007. p. 1-13.
30. Stengel B, Tarver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, Brancati FL. Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease. *Epidemiology* 2003; 14: 479-87.
31. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care* 2007; 16: 222-35.
32. Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 157-72.
33. O'Hare AM, Tawney K, Bacchetti P, Johansen KL. Decreased survival among sedentary patients undergoing dialysis: results from the dialysis morbidity and mortality study wave. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 447-54.
34. Im EO, Lee B, Chee W, Stuijbergen A. Attitudes toward physical activity of white midlife women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40: 312-21.
35. Buckworth J, Dishman R. Exercise psychology. Champaign, IL: Human Kinetics. 2002.
36. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health* 2003; 93: 1583-9.
37. Gee CB, Howe GW, Kimmel PL. Couples coping in response to kidney disease: a developmental perspective. *Semin Dial* 2005; 18: 103-8.
38. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol* 2000; 19: 354-64.
39. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, Van Dijk PC, Kurokawa K, Piera L, Saito A, Fukuhara S, Young EW, Held PJ, Port FK. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int* 2003; 64: 254-62.
40. White SL, Polkinghorne KR, Cass A, Shaw JE, Atkins RC, Chadban SJ. Alcohol consumption and 5-year onset of chronic kidney disease: the AusDiab study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 24(8): 2464-72.
41. Çınar S, Dilaver S, Uraz M. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz programına, ilaç tedavilerine ve diyetle uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2005; 28-33
42. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J* 2007; 34: