

## SAPD (SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ) HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elanur KARABULUTLU\*

Mehtap TAN \*\*

Kabul Tarihi: 1.12.2004

### ÖZET

*Araştırma SAPD hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişki arayıcı tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nefroloji Kliniği SAPD Ünitesinde Ocak - Nisan 2003 tarihleri arasında 46 hasta üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren soru formu, 'Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36)' ve Orem'in 'Öz Bakım Gücü Ölçeği' kullanılmıştır. Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı ( $57.93 \pm 19.16$ ) diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özellikleri ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları ve öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Öz bakım gücü ve yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda, Öz bakım gücü arttıkça global yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve esenliğin anlamlı olacak şekilde arttığı tespit edilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, yaşam kalitesi, öz bakım gücü

### ABSTRACT

*Evaluation of Quality of Life and Self Care in Patients with CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)*

*The study was carried out as descriptive, correlation scanning with the aim of determining the relationship between the self care ability and quality of life patients with CAPD. The research was carried on 46 patients in CAPD unit of nephrology clinic in Atatürk University Süleyman Demirel Medical Centre Research and Practice Hospital between the dates January - April 2003. In the collection of the data, question form including the knowledge about the disease and informative features, prepared by the investigative, and quality of life scale (SF 36), and Orem's self care ability scale were used. Average score of common health understanding of the patients ( $57.93 \pm 19.16$ ) was found higher than that of the other quality of life fields. The difference between informative features and the ones about the disease of the patients and quality of life score averages and self care ability was found statistically insignificant ( $p > 0.05$ ). In the result of correlation applied the score averages of those who receive quality of life, and self care ability, it was observed that as the self care ability increases, global quality of life, functional situation and health will also increase.*

**Keywords:** Hemodialysis, quality of life, self care

\* Atatürk Üniv. Erzurum Sağlık Yüksekokulu (Araş. Gör.)

\*\* Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Yrd. Doç. Dr)

## GİRİŞ

Böbrek yetmezliği kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kronik böbrek yetmezliğinde (KBY) tedavi yöntemi olarak Hemodiyaliz, Periton Diyalizi ve Renal Transplantasyon uygulanmaktadır (Erdem ve Arıcı 1998). Periton Diyalizi yöntemlerinden birisi olan SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) son dönem böbrek yetmezliğinde uygulanan ve giderek yaygınlaşan alternatif bir tedavi seçeneğidir. KBY’de uygulanan bu tedavi yöntemlerinin hepsinin başlıca amacı; hastaların yaşam sürelerinin uzatılması olmakla birlikte aynı zamanda yaşam kalitesinin de en iyi düzeyde tutulmasıdır (Demir 1997).

Türk Nefroloji Derneğinin 2002 kayıtlarına göre Türkiye’de toplam 26393 diyaliz hastası ve 3138 SAPD hastası bulunmaktadır (<http://www.saglikbakanligi.com> 2004).

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, öz bakım güçlerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Killingworth and Van Der Akker 1996, Ören ve ark 2000, Fadiloğlu ve ark 1995, Akpolat ve Utaş 2001).

SAPD hastanın tedavisi aktif katılımını gerektiren, iş gücünü önemli ölçüde koruyan ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir tedavi seçeneğidir (Demir 1997, Küçükler 1997). Keçecioglu (1995) SAPD hastalarının %82 sinin yaşamlarından memnun olduklarını, Özcan ve ark (2000) Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada; SAPD hastalarının yaşam kalitesi tüm alt testlerinde yüksek skorlar elde ettiği ve

bu hastaların sosyal yaşamlarını ve iş verimliliklerini hemodiyaliz uygulanan hastalardan daha üst düzeyde sürdürebildiklerini belirtmiştir.

Uzun süreli bakımda hastanın tutum ve davranışları önemlidir. Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastanın yaşam kalitesi, yaşamsal doyumu hastanın öz bakımı ile yakından ilgilidir (Pınar ve ark 1995) Yapılan bir çok çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. (Taşçı 1998, Lev and Owen 1998, Akyol ve Karadakovan 2002).

Kronik hastalığı olan bireyin bakımında hemşirenin rolü, sıklıkla hastayı tedavinin yan etkilerinden koruma, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki sürekli değişikliklere uyumunu, bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlama ve tüm bu süreçlerde de yaşam kalitesini maksimuma çıkarmaktır (Ören ve ark 2000, Pınar ve ark 1995).

Araştırma SAPD hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nefroloji Kliniği SAPD Ünitesinde Ocak-Nisan 2003 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini SAPD ünitesinde tedavi gören 60 hasta oluşturmuştur. Ancak 14 hasta çeşitli nedenlerle (araştırmayı kabul etmeyen, terminal dönemde olan ve iletişim kurulamayan hastalar) araştırma kapsamı dışında bırakılmış ve araştırma kapsamına 46 hasta dahil edilmiştir.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren soru formu, yaşam kalitesini belirlemek amacıyla ‘Yaşam

Kalitesi Ölçeği' ve öz bakım gücünü belirlemek amacıyla Orem'in 'Öz Bakım Gücü Ölçeği' kullanılmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak Ware tarafından geliştirilen ve Pınar tarafından Türk toplumunda 50 Kardiyoloji, 50 Hemodiyaliz ve 80 Diyabetes Mellitus' lu hastada geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) kullanılmıştır (Pınar 1995). SAPD hastaları için Global Yaşam Kalitesi Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur.

Öz Bakım Gücü Ölçeği olarak Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ve Nahçıvan tarafından 1993 yılında Türkiye de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır (Nahçıvan 1993). SAPD hastaları için Öz bakım Gücü Ölçeği Cronbach Alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgiler bağımsız değişken, Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Ölçeğinden alınan puanlar bağımlı değişken olarak alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel değerlendirmede Yüzdellik, t testi, Kruskal Wallis, Mann Whitney- U, Varyans Analizi (Anova), Pearson Korelasyon Analizi ve Cronbach Alpha iç tutarlılık testleri kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998).

Araştırma yapılmadan önce ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

#### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırma kapsamına alınan hastaların %54.3 ünün erkek, %26.1 inin 35-45 yaş grubunda, %69.6 sinin evli, %45.7 sinin ilkökul mezunu, %39.1 inin ev hanımı, % 63 ünün şehirde yaşadığı ve %47.8 inin evde bulunan kişi

sayısının 7 ve üstü olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %50'sinin periton diyalizine başlama süresinin 1-4 yıl olduğu, %76.1'inin günde 4 değişim yaptığı ve %56.5 inin hastalıkla ilgili eğitim aldığı tespit edilmiştir.

Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur (57.93±19.16). Taşçı'nın (1998) Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda yaptığı çalışmasında genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Lindqvist ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanını 56.57 olarak bulunmuştur. Bulgularımız bu araştırmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Hastaların global yaşam kalitesi puan ortalaması 51.41±16.41 olarak bulunmuştur. Trbojevic ve ark (2001) çalışmasında hastaların yaşam memnuniyeti %55, Lok'un (1996) çalışmasında %57.1 olarak bulunmuştur. Hastaların fonksiyonel durum ortalama puanı tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha düşük bulunmuştur (46.08 ±23.53). Sanjeev ve ark'nın (2001) SAPD ve Hemodiyaliz (HD) hastalarının yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada SAPD hastalarının fiziksel sağlık durumu ortalama puanı 31.8 olarak bulunmuş ve belirgin olarak HD hastalarından daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmaların bulgularıyla bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir.

Tablo 1 de hastaların tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından aldıkları ortalama puanlar karşılaştırılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; 57 ve üstü yaş grubunda tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Ching'in çalışmasında (2001) 61-70 yaş grubunda yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulunmuştur. Ayrıca Trbojevic ve ark (2001) yaşlı hastaların yaşam isteği ve umutsuzluğunun genç hastalardan daha kötü olduğunu belirtmiştir. Konu ile ilgili diğer araştırmalar incelendiğinde yaşam kalitesi araştırmalarında yaşın önemli bir etken olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Sesso et al. 1996, Christensen et al. 1989, Wolcott et al. 1988).

Bu çalışmada kadın hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalaması erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Lindgwist ve ark (1998) kadınlarda fiziksel fonksiyon, hareket, fiziksel rol kısıtlaması, fiziksel sağlık memnuniyeti, emosyonel pozitif iyilik gibi yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ching (2001) kadınların hastalıklarını ve yaşam değişikliklerini erkeklerden daha kolay kabul ettiğini vurgulamıştır.

Eğitim durumu lise ve üstü olan grupta fonksiyonel durum hariç tüm

yaşam kalitesi alanlarının puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonucun nedeni eğitim durumu yüksek olanların genel sağlığa ilişkin bilgi ve beklentilerinin fazla olmasına bağlı olarak, sağlık durumlarını korumak ve sürdürmek için daha çok çaba sarf etmeleri olabilir. Ching (2001) eğitim durumu yüksekokul olan hastaların yaşam kalitesinin belirgin olarak yüksek olduğunu belirtmiştir. Taşçı (1998) ile Oberley and Schatell (1996) yaşam kalitesi ölçümlerinde eğitim durumunun önemli olduğunu vurgulamıştır.

Bu çalışmada bekar hastalarda tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları evli hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Taşçı'nın (1998) çalışmasında esenlik hariç tüm yaşam kalitesi puan ortalamaları bekar hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçların aksine Evans ve ark'nın çalışmasında (1985) evli olanların yaşam kalitesi puanları yüksek olarak bulunmuştur.

Emekli olan grupta tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni olarak, emekli grubun öz bakım gücü puan ortalamasının diğer meslek gruplarından daha yüksek olması ve bununda yaşam kalitesini yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 46)

Tanıtıcı özellikler	S	Global Yaşam Kalitesi X ± SD	Fonksiyonel Durum X ± SD	Esenlik X ± SD	Genel Sağlık Anlayışı X ± SD
<b>Yaş</b>					
<23	10	52.70 ± 19.28	50.60 ± 27.15	50.60 ± 21.11	60.00 ± 20.97
24-34	6	57.66 ± 13.20	52.16 ± 17.92	56.050 ± 11.07	64.66 ± 18.83
35-45	12	50.83 ± 14.78	47.58 ± 23.86	48.66 ± 15.60	56.83 ± 20.18
46-56	8	53.50 ± 11.38	46.10 ± 13.79	55.50 ± 11.34	58.60 ± 17.03
>57	10	43.37 ± 22.41	33.62 ± 31.62	46.12 ± 24.52	51.12 ± 20.69
		KW: 5.051	KW: 4.045	KW: 5.066	KW: 1.961
		p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	21	52.85 ± 18.69	47.85 ± 26.27	52.33 ± 19.90	59.57 ± 19.82
Erkek	25	50.20 ± 14.50	44.60 ± 21.39	50.16 ± 14.90	56.56 ± 18.89
		MNU: 240.500	MNU: 248.500	MNU: 256.500	MNU: 231.500
		p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	32	49.28 ± 15.51	42.28 ± 22.17	50.40 ± 15.29	56.06 ± 19.26
Bekar	14	56.28 ± 17.93	54.78 ± 25.02	52.85 ± 21.48	62.21 ± 18.93
		MNU: 154.500	MNU: 148.500	MNU: 219.500	MNU: 176.500
		p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okur yazar değil	9	53.77 ± 13.56	55.55 ± 21.63	50.33 ± 21.80	56.33 ± 10.00
İlkokul					
Mezunu	21	49.14 ± 17.22	40.61 ± 23.90	50.47 ± 15.65	57.38 ± 22.19
Ortaokul					
mezunu	9	48.66 ± 17.03	45.55 ± 23.64	48.44 ± 14.36	54.33 ± 21.58
Lise ve üzeri	7	58.71 ± 17.29	52.28 ± 24.89	57.71 ± 20.70	66.28 ± 15.88
		KW: 1.811	KW: 2.487	KW: 1.287	KW: 2.044
		p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Meslek</b>					
Memur	5	51.20 ± 12.96	45.60 ± 21.57	53.60 ± 14.97	55.20 ± 16.90
Ev Hanımı	18	49.50 ± 18.99	43.50 ± 26.56	48.83 ± 19.45	57.27 ± 21.47
Serbest meslek	12	49.08 ± 19.22	45.66 ± 29.57	45.50 ± 20.07	53.75 ± 20.94
Emekli	11	57.18 ± 8.66	51.00 ± 10.22	56.72 ± 9.90	64.81 ± 13.94
		KW: 3.057	KW: .606	KW: 4.472	KW: 2.134
		p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05

Hastalığa ait özellikler ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 2). Periton diyalizine başlama süresi ile yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde; periton

diyalizine başlama süresi 3-4 yıl olan hastalarda yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgunun nedeni, diyaliz süresi uzadıkça hastaların yaşadıkları deneyimlerin kronik hastalığın getirdiği streslerle kolay baş edebilmeyi öğrenmiş olmalarına ve bunun yaşam kalitesini yükseltmiş olabileceğine bağlanabilir.

Ayrıca bu çalışmada diyaliz süresi uzadıkça hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları yükselmiştir. Hastaların kendi bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri yaşam kalitesini yükseltmiş olabilir. Periton diyalizini doktor tavsiyesi ile seçen hastaların genel sağlık anlayışı dışında tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Erika ve ark'nın (1997) çalışmasında periton diyalizini kendi isteği ile seçmeyen hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Hastalığa ilişkin eğitim alan hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları

puan ortalamaları eğitim almayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Taşçı'nın (1998) çalışmasındaki bulgular bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda, hastaya otonomi kazandırmanın önemli olduğu ve kendi bakımları konusunda eğitilmiş hastaların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Meers et al 1996, Yeşiltepe ve Durna 1997, Bostanoğlu 1987). Ayrıca periton diyalizinin, kronik böbrek yetmezlikli hastanın tedavide kendi kendine yetebilmesi, olası sorunlarla baş etme yollarını bilmesi nedeniyle yaşam kalitesini arttıran bir yöntem olduğu belirtilmektedir. (Akpolat ve Utaş 2001).

Tablo 2. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ( n = 46 )

Hastalığa Özellikler	Ait	S	Global Yaşam Kalitesi	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı
<b>Diyalize Başlama Süresi</b>						
1-2 yıl	34		50.85 ± 15.77	45.05 ± 22.45	50.85 ± 18.12	57.91 ± 17.66
3-4 yıl	12		53.00 ± 18.74	49.00 ± 27.20	52.00 ± 14.96	58.00 ± 23.80
			MNU: 102.500	MNU: 103.000	MNU: 82.000	MNU: 95.500
			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Periton Diyalizini Tercih Etme Sebebi</b>						
Doktor tavsiyesi	21		50.28 ± 15.54	42.19 ± 22.68	48.09 ± 15.61	61.52 ± 16.28
Evde yapabilme rahatlığı	18		52.94 ± 18.75	52.05 ± 25.46	53.61 ± 21.24	53.83 ± 21.56
Hemodiyaliz makinesine bağımlı olmamak	7		50.85 ± 14.36	44.42 ± 20.59	54.00 ± 8.12	57.71 ± 21.39
			KW: .180	KW: 1.618	KW: 1.352	KW: 1.094
			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
<b>Eğitim Alma Durumu</b>						
Evet	26		52.92 ± 17.08	49.23 ± 17.08	53.61 ± 17.68	58.55 ± 18.91
Hayır	20		49.45 ± 15.70	49.45 ± 15.70	47.95 ± 16.43	57.46 ± 19.95
			MNU: 228.500	MNU: 213.500	MNU: 211.00	MNU: 246.500
			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05

Bu çalışmada hastaların Öz Bakım Gücü ortalama puanı  $101.15 \pm 20.73$  olarak bulunmuştur (Ölçekten alınan en düşük puan 35 en yüksek puan 140 dır). Taşçı'nın (1998) çalışmasında hastaların Öz Bakım Gücü ortalama puanı 100.7, Morgan'ın (1998) çalışmasında 92.7 ve Kıyak ve Ergüney'in (2002) hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında 107.42 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularımız bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmada bu sonuca ulaşılmasında SAPD uygulaması için özellikle öz bakımlarını yapabilecek güçte olan hastaların seçilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (Tablo3). Morgan'ın (1998) çalışmasında da hastaların demografik özellikleri ile öz bakımları arasında fark önemsiz bulunmuştur.

Öz bakım gücü puan ortalaması 35-45 yaş grubunda en yüksek ( $105.08 \pm 19.76$ ), 57 ve üstü yaş grubunda en düşük ( $97.0 \pm 26.97$ ) bulunmuştur. Kıyak'ın (2002) çalışmasında 38-47 yaş grubunda  $109.74 \pm 12.43$ , Taşçı'nın çalışmasında 35-54 yaş grubunda öz bakım gücü puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımız bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalaması kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Taşçı'nın (1998) çalışmasında da erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalaması kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Erkek hastaların daha bağımsız olmaları, evdeki sorumluluklarının daha az olması ve desteklerinin daha fazla olması nedeni ile öz bakımlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Yapılan başka çalışmalarda da bu çalışmaya benzer olarak medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Kıyak ve Ergüney 2002, Akyol ve Karadakovan 2002).

Bu çalışmada eğitim durumu lise ve üstü olan grubun öz bakım gücü puan ortalaması belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Kıyak ve Ergüney (2002) ve Taşçı'nın (1998) çalışmasında yüksekokul mezunlarında öz bakım gücü puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu sonucun eğitim durumu yükseldikçe kişilerin kendi sağlıklarına ve yaşantılarına olan ilgileri nedeni ile daha fazla bilgi edinme ihtiyaçlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Emekli grubunda öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni emekli grubun kendi bakımlarına ayıracak zamanlarının diğer meslek gruplarına göre daha fazla olması olabilir.

Hastalığa ait özellikler ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4). Diyalize başlama süresi arttıkça öz bakım gücü puan ortalaması artış göstermektedir. Taşçı'nın (1998) çalışmasındaki bulgularda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Diyaliz süresi arttıkça kişilerin hastalığa ait bilgileri ve durumlarına uyumları artmış olabilir. Periton diyalizini evde yapabilme rahatlığı sebebi ile tercih eden hastaların öz bakım gücü puan ortalaması, periton diyalizini doktor tavsiyesi ve hemodiyaliz makinesine bağımlı olmama sebebi ile tercih edenlerden daha yüksek bulunmuştur. SAPD de hemodiyaliz makinesine ve sağlık personeline bağımlı olma zorunluluğunun olmaması bu sonuçta etkili olabilir.

Hastalıkla ilgili eğitim alma öz bakım gücü üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ( $p > 0.05$ ). Taşçı'nın çalışmasında da (1998) eğitim alma ile

öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark görülmemiştir. Çalışma sonuçlarımız bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı ( n = 46 )

Tanıtıcı Özellikleri	Öz Bakım Gücü			Anlamlılık Derecesi
	S	Ortalama	SD	
<b>Yaş</b>				
<23	10	100.30	19.27	
24-34	6	98.66	19.24	
35-45	12	105.08	19.76	F = .204
46-56	10	102.10	19.18	p > 0.05
>57	8	97.00	29.67	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	21	96.23	18.83	t = -1.4
Erkek	25	105.28	21.71	p > 0.05
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	14	102.00	17.03	t = .181
Bekar	32	100.78	21.71	p > 0.05
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur yazar değil	6	98.55	17.31	
İlkokul	21	99.33	23.53	
Mezunu				F = .896
Ortaokul mezunu	9	113.00	14.51	p > 0.05
Lise ve üzeri	7	98.77	20.74	
<b>Meslek</b>				
Memur	5	100.20	22.75	
Ev hanımı	18	90.33	21.21	F = 4.485
Serbest meslek	12	104.00	10.43	p > 0.05
Emekli	11	116.18	20.73	

Öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda, öz bakım gücü ile global yaşam kalitesi ( $p < 0.001$ ), fonksiyonel durum ( $p < 0.001$ ) ve esenlik ( $p < 0.005$ ) arasında istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur. Öz bakım gücü arttıkça global yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve esenlik anlamlı olacak şekilde artmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda (Akyol ve Karadakovan 2002, Taşçı 1998) öz

bakım gücü ve tüm yaşam kalitesi alanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarıyla bizim çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda öz bakım gücünü arttırmanın yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği belirtilmiştir (Killingworth and Van Der Akker 1996, Meers et al 1996, Porter 1994).



Tablo 4. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 46)

Hastalığa Ait Özellikler	Öz Bakım Gücü			
	S	Ortalama	SD	Anlamlılık Derecesi
<b>Diyalize Başlama Süresi</b>				
1-2 yıl	34	99.00	20.32	t = -1.190
3-4 yıl	12	107.25	21.55	p > 0.05
<b>Periton Diyalizini Tercih Etme Sebebi</b>				
Doktor tavsiyesi	21	97.95	21.77	
Evde yapabilme rahatlığı	18	105.50	18.89	F = 656 p > 0.05
Hemodiyaliz makinesine bağımlı olmamak	7	99.57	23.17	
<b>Eğitim Alma Durumu</b>				
Evet	26	99.61	18.41	t = -569
Hayır	20	103.15	23.75	p > 0.05

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özellikleri ile yaşam kalitesi alanlarından alınan puan ortalamaları ve öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Öz bakım gücü ve yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda, öz bakım gücü ile global yaşam kalitesi ( $p < 0.001$ ), fonksiyonel durum ( $p < 0.001$ ) ve esenlik ( $p < 0.005$ ) arasında istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur. Öz bakım gücü arttıkça global yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve esenlik anlamlı olacak şekilde artmaktadır.

Araştırma verileri doğrultusunda;

- Hasta bakımı planlanırken hastanın yaşam kalitesi alanlarını değerlendirecek

şekilde veri toplanması ve hasta bakımında bu verilerden yararlanılması,

- Hastalara uygulanacak tedavilerin yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlara göre değerlendirme yapılması,

- Hastaların farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçümlerinin yapılması ve farklılıkların değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin yeniden planlanması

- Hastalara düzenli aralıklarla hastalık ve tedavilerine ilişkin eğitim verilmesi,

- Kendi bakımını yapabilen hastanın bağımlılığı en az düzeye ineceğinden mümkün olduğu kadar hastanın bireysel bakımını yapmaya teşvik edilmesi,

- Hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelere bireylerde öz bakım davranışlarını geliştirebilmeleri için eğitim verilmesi önerilebilir.

#### KAYNAKLAR

- Akpolat T, Utaş C** (2001). Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. Güzel sanatlar matbaası A.Ş. İstanbul.
- Akpolat T, Utaş C** (1997). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniv mat. Kayseri.
- Akyol AD, Karadakovan A** (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 41 ( 2 ) 97-102.
- Bostanoğlu H** (1987). Hemodiyaliz programına alınan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması ve planlı eğitime etkisi olabileceği düşünülen faktörlerin incelenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hac. Üniv Sağlık Bil Enstitüsü. Ankara.
- Suet –Ching WL** (2001). The quality of life for Hong-Kong dialysis patients. J of Adv Nursing 35 ( 2 ), 218-227.
- Christensen A J, Holman J M, Turner C W et all** (1989). Quality of life in end stage renal disease: Influence of renal transplatation. Clin. Transp. 3: 46-53.
- Demir S** (1997). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD). Temel Hemşirelik Bilgileri. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İzmir 1-3.
- Erdem Y, Arıcı M** (1998). Kronik Böbrek Yetmezliği. Editör: Abdurrahman Kadayıfçı, İç Hastalıkları El Kitabı, Roche, Ankara.
- Erika S, Moody H, Hamilton T, Ang C et al.** (1997). Choice of treatment improves quality of life. Archives of Internal Medicine, 157 (12) : 1352-1357.
- Evans R W, Manninen DL, Garrison L P et all** (1985). The quality of life of patients with end stage renal disease. N Eng J Med, 312: 553-559.
- Fadıloğlu Ç , Akyol AD, Kaya B** (1995). Hemodiyalize giren hastaların ailelerinin hastalığa olan yaklaşımları ve bakım gereksinimlerinin incelenmesi. Çınar Dergisi, 1(4): 1-7.
- Keçecioglu NB** (1995). Hemodiyaliz ve kronik ambulatuar periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3: 1-5.
- Kıyak E, Ergüney S** (2002). Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemş. Yüksekokulu Derg. 5 ( 1 ): 38-44.
- Killingwort A, Van Der Akker O** (1996). The quality of life of renal dialysis patients: Trying to find the missing measurement. International J of Nursing Stud. 33(1): 107-120.
- Küçüker H** (1997). Ülkemizde kronik böbrek yetmezliği ve yerine koyma tedavileri. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Temel Hemşirelik Bilgileri. Türk Nefroloji Derneği Yayını, İzmir.
- Lev L, Owen SW** (1998). A prospective study of adjument to hemodialysis. American Nephrology Nurses' Association, 25 (5): 495-503.
- Lindgivist R, Sjöden PO** (1998). Coping strategies and quality of life among on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). J of Adv Nursing, 27(2): 312.
- Lok P** (1996). Stressors, coping mechanism and quality of life among dialysis patients in Australia. J of Adv Nursing, 23: 873-881.
- Meers C, Singer M A, Toffelmire E B et all** (1996). Self- delivery of hemodialysis care: A therapy in itself. American J of Kidney Diseases, 27 (6): 844-847.
- Morgan J** (1998). Self Care Agency In People With End- Stage Renal Disease. A Bell & Howell Company, Ann Harbor: Dissertation.
- Nahçıvan N** (1993). Sağlıklı gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağ. Bil. Enstitüsü. İstanbul.
- Oberley ET, Schatell DR** ( 1996 ). Home hemodialysis: Survival, quality of life and rehabilitation. Advances in Renal Replacement Therapy, 3 ( 2 ): 147-153.
- Ören GB, Söyük S, Yürügen B** ( 2000 ). Sürekli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakıma ilişkin tutumları ve sosyodemografik özellikler ile öz bakım arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. Çınar Dergisi, 6(3-4): 64-66.
- Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS ve ark** (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7 (4): 333-337.
- Pınar R** (1995). Diyabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen Faktörlerin incelenmesi.

Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağ.Bil.Enstitüsü. İstanbul.

**Pınar R, Çınar S, İşsever H ve ark** (1995). Hemodiyalize devam eden ve trasplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Çınar Dergisi, 1(3): 1-6.

**Porter GA** (1994). Asseeing the outcome of rehabilitation in patient with end- stage renal disease. American Journal of Kidney Diseases, 24:22-27.

**Sanjeev KM, Lauri A, Edith F et al.** (2001). Self- Assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. Am J Nephrol, 21: 215-220.

**Sesso R, Yoshihiro M M, Ajzen H** (1996). Late diagnosis of chronic renal failure and quality of life during dialysis treatment. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 29(10): 1283-1289.

**Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K** (1998). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Cem Web Ofset Ltd. Sti, Ankara.

**Taşçı S** (1998). Kronik böbrek yetmezliğindeki hastaların yaşam kaliteleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hac. Üniv. Sağlık. Bil. Enstitüsü. Ankara.

**Trbojevic JB, Nesic VB, Stojimirovic BB** (2001). Quality of life of elderly patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Perit Dial Int, 21(3): 300-30.

**Wallcoott D, Nissenon A, Lansverk J** (1988). Quality of life in chronic dialysis patients factors unrelated to dialysis modality. General Hosp. Psych. 10:267-277  
Yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı [http://: www.saglikbakanligi.com](http://www.saglikbakanligi.com). (Erişim 10 06 2004).

**Yeşiltepe G, Durna Z** (1997). Düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalara uygulanan planlı eğitimin yaşam kalitesine etkisi. XIV. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Bildiri Kitabı. Antalya. 10-14 Kasım: 18.