

Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

¹Ayşe Özkaraman, ¹Güler Balcı Alparşlan, ²Serap Gökçe,
¹Burcu Babadağ, ³Handan Gölgeli, ⁴Özlem Derin, ⁵Muzaffer Bilgin

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

³Eskişehir RTS Yaşam Diyaliz Merkezi

⁴Ankara Numune Hastanesi

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD

*email: aozaydin26@hotmail.com

ÖZET: Bu çalışma kronik böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyaliz yapılan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çok merkezli tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, 1 Şubat 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Eskişehir, Ankara ve Aydın illerinden beş diyaliz merkezinde kronik böbrek hastalığı ile hemodiyaliz uygulanan hastalarla yapılmıştır. Çalışma hemodiyaliz yapılan toplam 192 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Anket Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS-IBM 21 paket program kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puan ortalaması; 137.34±25.38; alt boyut puan ortalamalarından sağlık sorumluluğu 25.66±4.92; fiziksel aktivite 13.86±5.26; beslenme 23.48±4.90; manevi gelişim 25.28±5.80; kişiler arası ilişkiler 25.80±5.01; stres yönetimi 21.16±4.69 saptanmıştır. Araştırmada hastaların ortalama hastalık süresi, hemodiyaliz süresi ve beden kitle indeksi ile SYBDÖ-II toplam puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenirken; sosyo-demografik verilerin karşılaştırma analizleri incelendiğinde; kadınlara göre erkeklerin ortalama toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanları yüksek ($p<0.05$); evlilere göre bekarların toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları düşüktür ($p<0.05$). Araştırmada hastalık süresi ve hemodiyaliz süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.001, r=0.819$); beden kitle indeksi ve hemodiyalize süresi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05, r=-0.189$) Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılıklar gösterebilmekte, hemşirelik bakım sürecinde bu farklılıkların dikkate alınması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Kronik böbrek hastalığı; hemodiyaliz; sağlıklı yaşam biçimi

EVALUATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOURS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WHO WAS MADE HEMODIALYSIS

ABSTRACT: The aim of the investigation was to evaluation of healthy life style behaviors in patients with chronic kidney disease who was made hemodialysis. This multicenter descriptive study was carried out with 192 chronic kidney disease patients who was made hemodialysis in five dialysis centers in Ankara, Eskişehir and Aydın between 1 February-31 December 2014. The research instruments were used a Descriptive Characteristics Questionnaire and Healthy Life Style Behavior Scale II. Data were evaluated by using licensed IBM SPSS20.0. The total average score of Healthy Life Style Behavior Scale of patients was 137.34±25.38; the avarage of subscale score was 25.66±4.92 for health responsibility; 13.86±5.26 for physical activity; 23.48±4.90 for nutrition; 25.28±5.80 for spiritual development; 25.28±5.01 for interpersonal relationships and 21.16±4.69 for stress management. Comparison analyzes between the scale scores and socio-demographic datas (sex, marital status, education-level, income-level) and the associated with the

disease datas (disease duration, hemodialysis duration) were conducted. The physical activity, nutrition, stress management subscales mean scores and the total mean score of the male patients is significantly higher than female patients ($p<0.05$). The physical activity, nutrition, spiritual development, interpersonal relationships subscale scores and total scores of were non-married cases lower than married cases ($p<0.05$). There were positive correlations between disease duration with hemodialysis duration ($p<0.001, r=0.819$) but there were negative correlations body mass index with hemodialysis ($p<0.05, r=-0.189$). Healthy lifestyle behaviors of patients with chronic kidney disease who was made hemodialysis could be vary and this differences should be consider when planning nursing care.

KEY WORDS: Chronic kidney disease; hemodialysis; healthy lifestyle behavior

1. Giriş

Dünya çapında her geçen gün artış gösteren kronik böbrek hastalığı (KBH), 3 aydan daha uzun süren, sağlığa olumsuz etkileri olan böbreğin yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen anormallikler olarak tanımlanır (1). KBH kontrol altına alınmadığında anemi, kemik metabolizma hastalıkları, kardiyovasküler olaylar, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (2). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KBH'nın yönetimi bireyin yaşam biçimindeki değişikliklere ve tedaviye uyumu, semptomları kontrol altına almayı ve komplikasyonları önlemeyi içermektedir (3, 4). Hastaların bilgi ve becerilerle donatılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunulması ve uzmanlık bilgisine sahip sağlık profesyonelleri KBH yönetiminde önemlidir (5, 6). Ancak sağlık profesyonellerinin önerilerine, geliştirilen rehberlere rağmen KBH'lı bireylerin hastalık yönetiminde bireysel farkındalıkları oldukça düşüktür (7, 8, 9). Yapılan çalışmalarda KBH'lı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştikçe olumsuz sağlık sonuçlarının azaldığı bildirilmiştir (10, 11, 12).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesidir. Pender'e göre sağlığı geliştirici davranışlar; beslenme, fizik aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkilerden oluşmaktadır (13,14). Bireyler sağlıklı beslenerek, tuz alımını kısıtlayarak yüksek kan basıncını düşürürken; alkol ve sigaradan uzak durarak, yoğun egzersiz programlarına katılarak olumsuz sağlık sonuçlarını engelleyebilirler (12, 15, 16, 17). KBH'lı hastalara ve ailelerine eğitim ve danışmanlık yapılarak, hastaların öz

bakım gücü artırılarak yaşam kaliteleri yükseltilirken, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ile olumsuz sağlık sonuçları, mortalite, morbidite ve intihar girişimlerinin azaldığı saptanmıştır (2, 10, 18, 19, 20). Bu nedenlerle KBH'lı bireylere sunulan hemşirelik hizmetlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışların kazandırılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık yapılması önemlidir.

2. Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın amacı ve tipi

Bu araştırma kronik böbrek hastalığı olan, hemodiyaliz tedavisi yapılan bireylerde sağlığı geliştirici davranışların belirlenmesi amacıyla çok merkezli tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evreni, 1 Şubat 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Eskişehir, Ankara ve Aydın illerinden beş diyaliz merkezinde kronik böbrek hastalığı ile hemodiyaliz yapılan hastalardır. Araştırmanın örneklemini belirtilen evren içerisinde iletişim kurabilen, 18 yaş üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden 192 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma 1 Şubat 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Eskişehir, Ankara ve Aydın illerinde araştırmacıların çalıştıkları diyaliz merkezleri ile sınırlandırılmıştır.

Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Tanıtıcı Özellikler Anket

Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ile toplanmıştır.

Tanıttıcı Özellikler Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre göre geliştirilen sosyo-demografik ve hastalık özelliklerini içeren toplam 18 sorudan oluşan bir formdur (8, 21, 22).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II: Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen, 1996 yılında tekrar revize edilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lu likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik katsayısı 0.92'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha coefficient reliability değeri 0.77-0.80 arasında değişmektedir (23).

İstatistiksel Analiz

Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul

Başkanlığından yazılı izin, araştırma kapsamındaki hastalardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 58.24 ± 13.43 yıl; hastalık süre ortalaması 80.84 ± 63.99 ay; hemodiyaliz tedavi süre ortalaması 63.59 ± 52.16 ay; beden kitle indeksi ortalaması 24.30 ± 4.28 'dir (Tablo 1). Hastaların %56.8'i erkek, %44.3'ü ilköğretim mezunu, büyük çoğunluğu evlidir (%82.8)(Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki hastaların %79.7'si hastalık hakkında bilgi aldıklarını; %85.4'ü diyetle uyduklarını; %79.7'si sigara kullanmadığını; %96.9'u alkol tüketmediğini; %69.8'i reçetesiz ilaç kullanmadığını bildirmiştir (Tablo 1).

Hastaların ortalama SYBDÖ-II puanları incelendiğinde; ortalama toplam puanları 137.34 ± 25.38 ; ortalama alt boyut puanlarından sağlık sorumluluğu puanları 25.66 ± 4.92 ; fiziksel aktivite puanları 13.86 ± 5.26 ; beslenme puanları 23.48 ± 4.90 ; manevi gelişim puanları 25.28 ± 5.80 ; kişiler arası ilişkiler puanları 25.80 ± 5.01 ; stres yönetimi puanları 21.16 ± 4.69 saptanmıştır. Araştırmada hastaların ortalama hastalık süresi, hemodiyaliz süresi ve beden kitle indeksi ile SYBDÖ-II toplam puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 4). Araştırmada hastalık süresi ve hemodiyaliz süresi arasında pozitif yönde kuvvetli anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0.001, r = 0.819$); beden kitle indeksi ve hemodiyalize süresi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05, r = -0.189$)(Tablo 4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II ortalama puanları ile sosyo-demografik verilerin karşılaştırma analizleri incelendiğinde; kadınlara göre erkeklerin ortalama toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu ($p < 0.05$)(Tablo 3); evlilere göre bekarların toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$)(Tablo 3). Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ-II toplam puanları ve alt boyut

puanlarının artmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 3). Pairwise comparisons analizine göre ilköğretim, orta öğretim ve yüksek öğretim mezunlarının okuma-yazma bilmeyenlere göre SYBDÖ-II puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0.016$, $p=0.038$, $p=0.005$), okuma yazma bilmeyenlerin manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanlarının ilköğretim, orta öğretim ve yüksek öğretim mezunlarına göre düşük olduğu ($p=0.011$, $p=0.007$, $p<0.001$), okuma-yazma bilmeyenlerin stres yönetimi puanlarının yüksek öğretim mezunlarına göre anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir ($p=0.021$).

Araştırma kapsamında ekonomik duruma göre SYBDÖ-II puanları arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 3); pairwise comparisons analizine göre geliri giderine denk olan hastaların SYBDÖ-II toplam ve alt boyut ortalama puanlarının geliri giderinden fazla ve az olan hastalardan yüksektir [(Toplam puan: geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden fazla olan hastalar, $p=0.017$; geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden az olan hastalar, $p=0.001$), (Fiziksel aktivite puanı: geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden fazla olan hastalar, $p=0.043$; geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden az olan hastalar, $p=0.001$), (Beslenme puanı: geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden fazla olan hastalar, $p<0.001$; geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden az olan hastalar, $p=0.004$), (Manevi gelişim puanı: geliri giderine denk hastalar-geliri giderinden az olan hastalar, $p=0.035$), (Stres yönetim puanı: geliri-giderine denk hastalar-geliri giderinden az olan hastalar, $p<0.001$)]. Hastalık bilgisi ve haftalık hemodiyaliz programına göre SYBDÖ-II ortalama toplam puanları ve alt boyut puanları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 3).

4. Tartışma

Kronik hastalıklar ve bu hastalıklarla ilişkili erken ölümler fiziksel aktivite azlığı, kötü beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlıksız davranışlarla ilişkilendirilmektedir (12, 24, 25). Kronik hastalıklarla ilişkili olumsuz sağlık sonuçlarını en aza indirmek için sağlıksız davranışların engellenmesi, hastanın öz yönetiminin geliştirilmesi önemlidir (24, 26). Yaptığımız araştırmada hemodiyaliz yapılan KBH'lı bireylerin %79.7'si hastalık hakkında

bilgilendirildiklerini; %79.7'si sigara kullanmadıklarını; %96.9'u alkol tüketmediklerini; %69.8'i reçetesiz ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Tuot et al (2013) çalışmasında KBH'lı bireylerin hastalıkla ilişkili farkındalıklarının düşük olduğunu (%6); KBH farkındalığı olan ve olmayan hastalar arasında sağlıklı davranışlar arasında fark olmadığını belirlemiştir. Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun sigara kullanmadığını, nonsteroidal antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanımından kaçındığını, fiziksel aktiviteye ise daha az katıldıklarını bildirmiştir (8). Başarır ve Pakyüz'ün araştırmalarında da sigara (%83.3) ve alkol tüketiminin (%97.3) az olduğu saptanmıştır (11).

Araştırmamızda SYBDÖ-II ölçeği analiz sonuçlarına göre hemodiyaliz yapılan KBH'lı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar Başarır ve Pakyüz (2015)'ün aynı ölçeği kullanarak diyaliz hastaları ile yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre düşüktür (11). Bu farkın her iki çalışmanın örnekleminde bulunan değişikliklere bağlı olabileceği düşünülmüştür. Farklı örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları değişiklikler göstermektedir. Koroner arter hastaları [Toplam puan: 128.22(min: 83 max:204)] ve kalp hastalarının [Toplam puan: 127.45±20.51] sağlıklı yaşam biçimi davranışları-II ölçeğinden elde ettikleri ortalama toplam puanları yaptığımız araştırma ile birlikte Başarır ve Pakyüz(2015)'ün çalışma sonuçlarına göre düşüktür (11, 27, 28). Bu sonuçlara göre diyaliz yapılan KBH'lı hastaların kalp hastalarına göre sağlığı geliştirici davranışlara daha fazla önem verdikleri söylenebilir. Sağlıklı bireylerle yapılan diğer çalışmalarda sağlığı geliştirici davranış puanları diyaliz uygulanan bireylere göre düşüktür(11, 29, 30, 31, 32). Ma et al (2013) ise KBH riski yüksek bireylerle birlikte SDBY gelişen hastalar, SDBY öncesi dönemde bulunan hastalara göre sağlığı geliştirici davranışlara daha fazla önem verdiklerini belirlemiştir (21). Bu sonuçların nedenlerinin sağlık algısı ile ilişkili olabileceği, hastalığın seyrine göre bireylerin var olan sağlık potansiyellerini koruyabilmek için daha fazla çaba sarf ettikleri söylenebilir.

Sağlıklı davranışları tutum haline dönüştürebilen bireyler olumsuz sağlık sonuçlarının gelişmesini engelleyerek sağlık

durumlarını daha iyi seviyeye yükseltebilirler (12, 15, 16, 17, 33). Ricardo et al (2015) düzenli fiziksel aktivite yapan, sigara içmeyen, beden kitle indeksi $\leq 25\text{kg/m}^2$ olan KBH'lı hastaların olumsuz sağlık sonucu gelişme riskinin diğer KBH'lı hastalara göre düşük olduğunu belirtmiştir (10).

Bireyin sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi ve gerekli olduğunda sağlık profesyoneline başvurması sağlık sorumluluğunun göstergesidir (23). Araştırmamızda eğitim düzeyi yüksek, geliri giderini karşılayan hastalar daha fazla sağlık sorumluluğu taşıdıklarını ifade etmişlerdir. Savaşan ve ark(2013)'ü hastaneye yatma deneyimi olanların hiç hastaneye yatmayanlara göre sağlık sorumluluğunun yüksek olduğunu belirtirken diğer araştırmalarda giderlerini karşılayacak düzeyde geliri olan bireylerin daha fazla sağlık sorumluluğu taşıdıkları bildirilmiştir (27, 32, 34). Literatür bilgisi ve araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre olumlu sosyo-ekonomik değişkenlerin sağlık sorumluluğu davranışına pozitif katkı sağladığı söylenebilir.

Kronik böbrek hastaları fiziksel fonksiyonları ve performansları düşük, hareketsiz bireylerdir (35, 36). Bu hastalarda aerobik egzersizle birlikte maksimum oksijen tüketim kapasitesinin arttığı, kan basıncında kontrol sağlandığı, kan lipit düzeyinin azaldığı ve mental sağlığın devam ettirildiği; dirençli egzersiz eğitimi verilen diyaliz hastalarında kas gücünün arttığı ve fonksiyonların geliştiği bildirilmektedir (35, 37). Kronik hastalıkların önlenmesi ve olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılmasında hastanın durumuna göre hafif, orta ve yoğun programda fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir. Araştırmamızda fiziksel aktiviteyi erkek cinsiyet, evli olma, gelirin gideri karşılaması durumlarının olumlu yönde etkilediği, bu sonucun Başarır ve Pakyüz'ün çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (11). Başarır ve Pakyüz'(2015)e göre kadınlar evde ve işteki sorumlulukları ile birlikte kültürel yapının baskıcı tutumu etkisiyle planlı egzersiz yapamazlarken, evli olanlar aile yaşamının getirdiği düzen nedeniyle fiziksel aktiviteye daha fazla katılmaktadırlar. Deneysel türde bir araştırmada ise bir gruba hemodiyaliz seansları dışında haftada 3 gün bisiklete binme; diğer gruba haftada 3 gün hemodiyaliz

seansları içinde sabit bisiklete binme şeklinde egzersiz yaptırılmış ve 4 yılının sonunda her iki grubun egzersiz kapasitesinin ve oksijen tüketim kapasitesinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (36). Bu nedenlerle hemşirelerin hareketsiz olan hemodiyaliz hastalarının dayanıklılık gücünü ve oksijen taşıma kapasitelerini arttırmak için sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum) dikkate alarak hastaları cesaretlendirmeleri, hastaların katılımını arttırmak için hemodiyaliz seansları esnasında da fiziksel aktivite planlamaları önerilebilir.

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerin hastalık öz-yönetiminde beslenme önemli unsurlardandır. Son 50-60 yılda KBH'lı bireylerin beslenme tedavilerinde önemli değişiklikler olmuştur. Özellikle renal replasman tedavilerinin gelişmesi ile diyetle protein kısıtlamalarına olan ilgi azalırken (38); Akdeniz tipi diyetle beslenenlerin glomerüler filtrasyon hızlarının anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (17). Thawornchaisit et al (2015) ise haftada birden fazla batı tarzı yiyeceklerle (fast food) beslenen erkeklerin KBH riskinin arttığını, BKİ ile KBH riski arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirtmiştir (39). Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun (%85.4) diyet tedavilerine uydukları ve BKİ ortalamaları $24.30 \pm 4.28\text{kg/m}^2$ saptanmış ve Başarır ve Pakyüz(2015)'ün araştırma sonuçları ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Her iki çalışmada diyaliz yapılan hastalar normal BKİ sahiptir (11, 40). Zengin ve Ören (2015) ise hemodiyaliz hastalarının tuzdan kısıtlı diyetle ilgili yarar algılarının yüksek olmasına karşın tuzsuz yiyeceklerin lezzetsiz gelmesinin bir engel algısı olduğunu, sosyo-demografik özelliklerin bu durumu etkilemediği ancak sağlıklı geliştirici davranışların geliştirilmesinde düşük engel algısının önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (41). Araştırmamızda hastaların beslenme puanları erkek cinsiyet, evli ve geliri giderini karşılayan hastalarda yüksek iken; geliri giderinden fazla olanların beslenme puanları diğerlerinden daha düşüktür. Bu durum ekonomik gücü yüksek olan ülkelerde sağlıksız beslenme sonuçlarının daha fazla görüldüğü sonucuyla benzerdir (40). Alım gücünün artması ile birlikte besin kaynaklarından dengesiz bir şekilde

yararlanıldığı ve bu durumun sağlığı olumsuz etkilediği söylenebilir.

Bahar ve ark (2008)'ı manevi gelişimi aşılma ve ilişki kurmadan oluştuğunu belirtir. Aşılma iç huzuru, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olanağı yaratırken, ilişki kurma ise evrenle kurulan ilişkinin uyumlu olmasıdır (23). Araştırmamıza katılan hastaların eğitim düzeyi arttıkça manevi gelişim puanlarının arttığı dolayısıyla evrenle daha olumlu ilişki kurdukları, yeni deneyimler için daha fazla fırsat yaratmaya çalıştıkları söylenebilir.

Hemodiyaliz yapılan hastaların tedavi şekilleri, sık kontroller ve diyaliz ünitelerine bağımlılıkları nedeniyle yaşamlarının stresli olduğu bilinmektedir (42). Yaşamdaki stresi azaltabilmek ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için ise bireyin harekete geçmesi, psikolojik kaynaklarını belirleyerek stresini yönetmesi gerekir (23). Yaptığımız araştırmada erkeklerin, evlilerin ve yüksek öğretim mezunlarının stresi diğerlerine göre daha iyi yönettikleri; hastaların eğitim düzeyleri arttıkça kişiler arası ilişkilerinin de arttığı belirlenmiştir. Theofilu (2011)

hemodiyaliz yapılan kadınların erkeklere göre daha fazla somatik bulgular bildirdiğini, anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu; ekonomik durum ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların diğerlerine göre düşük anksiyeteye sahip olduklarını saptamıştır (42). Araştırma sonuçlarına göre eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla baş etme stratejileri geliştirilebilecekleri, daha fazla sosyal ağlara sahip olabilecekleri düşünülerek bu sonucun beklendik bir durum olduğu söylenebilir. Kadınların ise duygusal olarak kırılgan yapıya sahip olmaları, evdeki sorumlulukları nedeniyle kendilerine zaman ayıramamaları ve buldukları toplum içinde kültürel yapının baskıcı tutumu etkisiyle stresle baş edemedikleri öngörülebilir.

5. Sonuç

Hemşirelerin hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek için hastaların sosyo-demografik özelliklerini dikkate alarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için danışmanlık yapmaları ve hastaları teşvik edici davranışlarda bulunmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. KDIGO 2012 (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Supplement*, 3,3.
2. Plantinga, L. C., Tuot, D. S., & Powe, N. R. (2010). Awareness of chronic kidney disease among patients and providers. *Advances in chronic kidney disease*, 17(3), 225-236.
3. Gülseven B, Oğuz S. (2010). Kronik durumlar. Karadakovan A, Aslan-Eti F (Eds). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitapevi. P.99.
4. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.
5. Fox, C. H., Vest, B. M., Kahn, L. S., Dickinson, L. M., Fang, H., Pace, W., ... & Peterson, K. (2013). Improving evidence-based primary care for chronic kidney disease: study protocol for a cluster randomized control trial for translating evidence into practice (TRANSLATE CKD). *Implement Sci*, 8, 88.
6. Tuot, D. S., Velasquez, A., McCulloch, C. E., Banerjee, T., Zhu, Y., Hsu, C. Y., ... & Powe, N. R. (2015). The Kidney Awareness Registry and Education (KARE) study: protocol of a randomized controlled trial to enhance provider and patient engagement with chronic kidney disease. *BMC nephrology*, 16(1), 1.
7. Coresh, J., Byrd-Holt, D., Astor, B. C., Briggs, J. P., Eggers, P. W., Lacher, D. A., & Hostetter, T. H. (2005). Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among US adults, 1999 to 2000. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(1), 180-188.
8. Tuot, D. S., Plantinga, L. C., Judd, S. E., Muntner, P., Hsu, C. Y., Warnock, D. G., ... & REGARDS Investigators. (2013). Healthy behaviors, risk factor control and awareness of chronic kidney disease. *American journal of nephrology*, 37(2), 135-143.
9. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014-2017). Ankara, p. 1
10. Ricardo, A. C., Anderson, C. A., Yang, W., Zhang, X., Fischer, M. J., Dember, L. M., & Nessel, L. C. (2015). Healthy lifestyle and risk of kidney disease progression, atherosclerotic events, and death in CKD: findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 412-424.
11. Başarı S, Pakyüz-Çınar S. (2015). Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

- değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1,19-31.
12. Lee, S. J., & Chung, C. W. (2014). Health behaviors and risk factors associated with chronic kidney disease in Korean patients with diabetes: The Fourth Korean national health and nutritional examination survey. *Asian nursing research*, 8(1), 8-14.
 13. Pender NJ. Health promotion model manual. Available from http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf, cited: 21.12.2015.
 14. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. (1995). Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile (HPLP II)(Adult version). Available from http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II_Scoring_Instructions.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Cited: 21.12.2015.
 15. Kamran, A., Sharifirad, G., Shafaei, Y., & Azadbakht, L. (2015). Sodium intake prediction with health promotion model constructs in rural hypertensive patients. *Indian journal of public health*, 59(2), 102.,
 16. Kamran, A., Azadbakht, L., Sharifirad, G., Mahaki, B., & Mohebi, S. (2015). The relationship between blood pressure and the structures of Pender's health promotion model in rural hypertensive patients. *Journal of education and health promotion*, 4.
 17. Khatri, M., Moon, Y. P., Scarneas, N., Gu, Y., Gardener, H., Cheung, K., & Elkind, M. S. (2014). The association between a Mediterranean-style diet and kidney function in the Northern Manhattan Study cohort. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, CJN-01080114.
 18. Akkuş H. Sürekli ayaktan periton diyaliz (sapd) hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması. (2010). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
 19. Ören B. (2010). Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
 20. Hedayati, S. S., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney international*, 69(9), 1662-1668.
 21. Ma, L. C., Chang, H. J., Liu, Y. M., Hsieh, H. L., Lo, L., Lin, M. Y., & Lu, K. C. (2013). The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *The Scientific World Journal*, 2013.
 22. Parmar M. (2002). Chronic Renal Disease. *BMJ*, 325, 85-91.
 23. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
 24. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Chronic Disease Overview. Page last updated: August 26, 2015. Cited: 30.12.2015. Available from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/>.
 25. Hallan, S., de Mutsert, R., Carlsen, S., Dekker, F. W., Aasarød, K., & Holmen, J. (2006). Obesity, smoking, and physical inactivity as risk factors for CKD: are men more vulnerable?. *American journal of kidney diseases*, 47(3), 396-405.
 26. İNCİRKUŞ, K., & NAHCİVAN, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
 27. Savaşan, A., Ayten, M., & Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1), 1-6.
 28. Küçükberber, N., Ozdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011). [Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease]. *Anadolu kardioloji dergisi: AKD= the Anatolian journal of cardiology*, 11(7), 619-626.
 29. Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., ... & Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.
 30. BEYDAĞ, K. D., SONAKIN, E. U. C., & YÜRÜGEN, B. (2014). Sağlık Ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına
 31. Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1).
 32. DURAN, Ö., & SÜMER, H. (2014). EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER*. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(1).
 33. Karadeniz G, Yanikkerem Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(6),497-502.
 34. Zaybak, A. (2004). Fadıloğlu Ç. *Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.
 35. CİHANGİROĞLU, Z., & DEVECİ, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 078-083.
 36. Johansen, K. L. (2005). Exercise and chronic kidney disease. *Sports medicine*, 35(6), 485-499.
 37. Kouidi, E., Grekas, D., Deligiannis, A., & Tourkantonis, A. (2004). Outcomes of long-term exercise training in dialysis patients: comparison of two training programs. *Clinical nephrology*, 61, S31-8.
 38. Segura-Ortí, E. (2010). Exercise in haemodialysis patients: a systematic review. *Nefrologia*, 30(2), 236-46.

39. Shah, B. V. (2015). The Changing Role of Dietary Protein Restriction in Management of Chronic Kidney Disease (CKD). *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF PHYSICIANS OF INDIA*, 63, 35.
40. Thawornchaisit, P., de Looze, F., Reid, C. M., Seubsman, S. A., Tran, T. T., & Sleight, A. (2015). Health-Risk Factors and the Prevalence of Chronic Kidney Disease: Cross-Sectional Findings from a National Cohort of 87 143 Thai Open University Students. *Global journal of health science*, 7(5), 59.
41. World Health Organization. (2015). Obesity and overweight, Fact sheet N311, Updated January 2015. Cited: 02.01.2015. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
42. Zengin N, Ören B. (2015). Hemodiyaliz hastalarının tuzdan kısıtlı diyetle uyumlarının incelenmesi. *Nefroloji Hemşireleri Dergisi*, 2, 39-50.
43. Theofilou P. (2011). The effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology*, Article ID 514070, 1-6.

Tablo 1
Hastalık ve alışkanlıklara ilişkin tanımlayıcı özelliklerin sıklık dağılımı

Özellikler	ort±ss	medyan(Q1-Q3)
Yaş(yıl)	58.24±13.43	59(50-67)
BKİ(kg/m ²)	24.30±4.28	24.60(21.10-26.90)
Hastalık süresi(ay)	80.84±63.99	66(36-120)
Hemodiyaliz süresi(ay)	63.59±52.16	48(24-84)
Hastalık bilgisi	n	%
Evet	153	79.7
Hayır	39	20.3
Hemodiyaliz programı		
Haftada 2 kere	6	3.1
Haftada 3 kere	180	93.8
Haftada 4 kere	6	3.1
Diyete uyma durumu		
Evet	164	85.4
Hayır	28	14.6
Sigara kullanma durumu		
Evet	39	20.3
Hayır	153	79.7
Alkol kullanma durumu		
Evet	6	3.1
Hayır	186	96.9
Reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Evet	50	30.2
Hayır	134	69.8
Başka hastalık varlığı		
Evet(HT, DM, KAH)	131	68.2
Hayır	61	31.8

BKİ: Beden kitle indeksi; HT: Hipertansiyon; DM: Diabetes mellitus; KVH:Kardiyovasküler hastalık
Anket sorularına verilen cevaplarda cevaplayıcılar bazı sorulara kendi rızaları ile cevap vermemiştir. Bu nedenle çalışmada eksik göze bulunmaktadır.

Tablo 2
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II puan dağılımları

SYBDÖ-II	n	min	max	ort±ss	Median(Q1-Q3)
Toplam puan	192	62	192	137.34±25.38	141 (117-155.75)
Sağlık Sorumluluğu	192	11	35	25.66±4.92	26 (22-29)
Fiziksel Aktivite	192	7	26	13.86±5.26	14 (9-18)
Beslenme	192	12	34	23.48±4.90	23.5 (20-27)
Manevi Gelişim	192	10	36	25.28±5.80	29 (22-26)
Kişilerarası İlişkiler	192	9	36	25.80±5.01	26 (23-29)
Stres yönetimi	192	9	32	21.16±4.69	21 (18-24)

Tablo 3
Sosyo-demografik özellikler, hastalık bilgisi ve tedaviye göre SYBDÖ-II puan dağılımları

Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II								
	Toplam puan		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi	
Cinsiyet	n	%	Medyan(Q1-Q3)	Medyan(Q1-Q3)	Median(Q1-Q3)	Medyan(Q1-Q3)	Medyan(Q1-Q3)	Medyan(Q1-Q3)	Medyan(Q1-Q3)
Kadın	83	43.2	133(111-149)	26(22-29)	10(8-16)	23(18-26)	25(21-28)	26(21-28)	20(17-24)
Erkek	109	56.8	148(127-161.5)	27(22.5-30)	15(11-19)	25(21-28.5)	27(23-29)	27(24-29)	22(19.5-25)
p			0.001*	0.111*	0.001*	0.007*	0.25*	0.71*	0.006*
Medeni durum									
Evlü	159	82.8	143(122-160)	26(23-29)	15(10-19)	24(20-28)	26(22-29)	27(24-29)	22(19-25)
Bekar	33	17.2	122(109-148)	25(20-30)	9(7-13)	22(18.5-25)	23(18.5-27)	26(19.5-28)	20(16-22)
p			0.004*	0.156*	0.001*	0.042*	0.013*	0.066*	0.008*
Ekonomik durum									
Geliri durumu kötü	58	30.2	126.5(108-149.5)	25(22-29)	11(7.75-16.25)	22.5(20-27)	24.5(18-28.25)	25(21-29)	20(16-22)
Gelir durumu orta	76	39.6	148.5(134-161.75)	27(25-30)	15.5(11-20)	26(23-29)	27(24.25-29)	27(25-29)	23(20-25)
Gelir durumu yüksek	58	30.2	138(109-152.25)	25.5(21-28)	11(7.75-16.25)	20(17-23.5)	26(21-30.25)	27(21-30.25)	20.5(16.75-25.25)
p			0.001**	0.031**	0.001**	<0.001**	0.038**	0.159**	0.001**
Eğitim durumu									
Okur-yazar değil	28	14.6	116.5(102.75-139)	24(20-27)	9(7.25-15.75)	22.5(20.25-26)	22(17-26)	21.5(19-26)	19.5(17.25-22)
Sadece okur-yazar	27	14.1	143(121-154)	27(23-29)	14(11-17)	25(22-27)	26(22-29)	27(25-28)	22(20-24)
İlköğretim	85	44.3	148(120.5-156.5)	26(23.5-30)	14(9-18.5)	24(18-28)	26(22-29)	26(23.5-29.5)	21(18-25)
Ortaöğretim	40	20.8	142.5(111.5-163.25)	26(22-29)	15(10.25-19.75)	23(21-28)	27(22.25-30.75)	27(23.25-31)	21.5(18.25-25.75)
Yükseköğretim	12	6.3	150(140-166.75)	29(23.5-29)	15.5(10.75-20)	22.5(20.25-26)	29.5(27-33.75)	29.5(27.25-31)	23(22.25-27.25)
p			0.003**	0.052**	0.050**	0.867**	<0.001**	<0.001**	0.034**
Hastalık bilgisi									
Evet	153	79.7	141(117.5-155.5)	26(22-29)	13(9-18)	23(19-27)	26(22-29)	27(23-29)	21(18-24)
Hayır	39	20.3	143(114-160)	27(22-29)	14(10-18)	25(21-28)	26(20-28)	26(22-28)	22(18-24)
p			0.806*	0.928*	0.670*	0.141*	0.270*	0.175*	0.752*
Hemodiyaliz programı									
Haftada 2 kere	6	3.1	149(138.25-150.25)	28(26.5-30.5)	14.5(10-19)	25.5(23.25-27.5)	26(25-28.25)	28(26-31)	21(18.5-22.5)
Haftada 3 kere	180	93.8	141(117-158)	26(22-29)	14(9-18)	23(20-28)	26(22-29)	26(23-29)	21(18-24.75)
Haftada 4 kere	6	6	115.5(110.25-148.75)	28(18.5-30.25)	9.5(7.75-11.25)	23(19.25-24.25)	22(15.25-29.50)	24(19.5-29.25)	21(17.75-22.5)
p			0.356**	0.368**	0.171**	0.496**	0.541**	0.257**	0.729**

*Mann-Whitney U test; **Independent Samples Kruskal-Wallis test

Tablo 4*Hastalık ve hemodiyaliz süresi ile SYBDÖ-II puanları arasındaki korelasyon dağılımları*

	1	2	3	4
1. Yaş(yıl)				
r				
p				
2. BKİ(kg/m ²)				
r	0.287			
p	0.001			
3. Hastalık süresi(ay)				
r	-0.077	-0.127		
p	0.291	0.102		
4. Hemodiyaliz süresi(ay)				
r	-0.079	-0.189	0.819	
p	0.277	0.014	0.001	
5. SYBDÖ-II toplam puanı				
r	0.012	0.058	0.009	-0.45
p	0.872	0.455	0.900	0.538
6. SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu				
r	-0.038	0.090	-0.15	-0.074
p	0.601	0.246	0.834	0.306
7. SYBDÖ-II fiziksel aktivite				
r	-0.061	0.053	0.110	0.075
p	0.401	0.50	0.130	0.301
8. SYBDÖ-II beslenme				
r	0.023	-0.090	0.038	0.011
p	0.750	0.246	0.602	0.885
9. SYBDÖ-II manevi gelişim				
r	0.053	0.076	-0.047	-0.091
p	0.469	0.329	0.518	0.211
10. SYBDÖ-II kişiler arası ilişkiler				
r	0.031	0.033	-0.057	-0.130
p	0.673	0.669	0.436	0.072
11. SYBDÖ-II stres yönetimi				
r	0.019	0.088	-0.21	-0.034
p	0.792	0.256	0.767	0.637