

T.C  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ UYGULANAN  
HASTALARA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN PERİTONİT GÖRÜLME  
SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**EYLEM ÇOPUR**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı**

**Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2020**



T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN  
PLANLI EĞİTİMİN PERİTONİT GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ

EYLEM ÇOPUR

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim  
Yönetmeliğinin Hemşirelik Anabilim Dalının Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin  
Öngördüğü **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğretim Üyesi BETÜL TOSUN

GAZİANTEP



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin şekillenip son halini almasında 2 yıl boyunca benden bilgi, deneyim ve tecrübelerini esirgemeyen, kendisine ne zaman danışsam sabır ve büyük bir ilgi ile bana faydalı olabilmek için çabalayan saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül TOSUN'a,

Gösterdiği hoşgörü ve anlayış ile tez sürecimde yardımcı olan Uzm. Dr. Mehmet TUNCAY'a ve Hemşire Emine KOCA'ya,

Değerli görüş ve destekleriyle bana ve tezime katkıda bulunan, eğitim sürecim boyunca çalışma şartlarımı en iyi şekilde düzenlemesi için çaba gösteren sayın klinik sorumlum Sevil KANAT'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve tecrübelerini benimle sabırla paylaşan Arş. Gör. Eda AÇIKGÖZ'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve yakınlarına,

Bu süreçte, her zaman yanımda olan meslektaşlarım Gülcem&Mehmet COŞKUN'a,

Beni bu günlere getiren, desteğini hiç esirgemeyen canım anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

**Eylem ÇOPUR**

## ÖZET

**Eylem ÇOPUR, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020.** Araştırma, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test düzeninde yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırma, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi periton diyaliz ünitesinde takip edilen, araştırmaya katılmayı kabul eden 52 hasta ile yapıldı. Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür taranması ile oluşturulan, hasta tanıtıcı bilgi formu ve ölçek izinleri alınarak kullanılan Bilgi-Beceri ve Diyaliz Ortamına ait kriter tablosu ve Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmaya katılan hastalara ön test uygulandıktan sonra verilen eğitim sonrası hastalar 3 ay süresince telefon ile takip edildi. 3 ayın sonunda hastalara son test uygulaması yapıldı. Çalışma verileri SPSS Statistiks 22.0 programına aktarılarak analizler yapıldı. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bilgi ve Beceri Kriterleri ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter puanlarına uygulanacak analizlere karar verebilmek üzere Kolmogorow Smirnov normallik testi ( $n>50$ ) uygulandı. İki bağımlı grubun puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı Bağımlı Örneklem T Testi ile incelendi, sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Araştırmaya katılan hastaların %57.7'si 46-80 yaş aralığında, %59,6'sı erkek hastalar olduğu bulundu. Hastaların %44,2'sinin ek bir hastalığı bulundu. Bu ek hastalıkların %17,4'ü hipertansiyon, %30,4'ünün diyabet olduğu bulundu. Araştırmaya katılanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bilgi-Beceri ve Diyaliz Ortamına ait kriter puanları incelendiğinde eğitim ile hastaların bilgi beceri düzeylerinde artış gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Hastaların Yaşam Kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında verilen eğitim ile ölçeğin bazı alt boyutlarında artış bulundu ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda hastalara verilen eğitimler ve sık takip sonucu hastaların tedavi konusunda bilgi düzeylerinin arttırılabildiği ve yaşam kalitelerinde değişiklikler sağlanabileceği bulundu. Verilen eğitimlerin kişiye özgü olması ve modern yöntemler ve materyaller kullanılarak yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Periton Diyalizi; hemşirelik; eğitim; yaşam kalitesi; bilgi düzeyi

## ABSTRACT

**Eylem ÇOPUR, The Effects of Planned Training on Incidence of Peritonitis and Quality of Life in Patients Having Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Nursing Program, Master of Science in Nursing Thesis, Gaziantep, 2020.** The study was conducted in a semi-experimental design comparing pre-test and post-test results in order to determine the effects of planned training on incidence of peritonitis and quality of life in patients having continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Fifty-two volunteering patients being followed in Dr. Ersin Arslan Training and Research Hospital Peritoneal Dialysis Unit were enrolled in the study. Data of the study were collected with patient descriptive features form, which was developed by the researcher in light of the literature, CAPD Patient Evaluation Inventory and Short Form Quality of Life Scale after having permission. Patients were trained after the pre-test and followed by telephone for 3 months. Post-test was performed after 3 months follow-up. Data were analyzed with SPSS 22.0 Program Pack. Normality of the results was tested with Kolmogorow Smirnov normality test ( $n>50$ ). The difference between mean score of two dependent samples was analyzed with Dependent Sample t Test and the relation between two continuous variable was tested with Spearman's Correlation Test. More than half of the patients (57.7%) were 46-80 years old, 59,6% were male. 44,2% of the patients had a concomitant disease such as hypertension (17,4%) and diabetes mellitus (30,4%). The results of the study revealed an increase in knowledge and skills of patients who had training ( $p<0.05$ ). Also, an increase was found in mean scores of some sub-dimensions of Quality of Life in patients who had training ( $p<0.05$ ). These results suggest that training and close follow-up may contribute to increasing knowledge of patients on the treatment process and promoting quality of life of the patients. It is recommended to tailor the training for the individual, use modern materials and methods in training.

**Keywords:** Peritoneal Dialysis; Nursing; Training; Quality of Life; Knowledge

## İÇİNDEKİLER

### TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. KONUNUN ÖNEMİ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ.....	3
2.1.1. TANIMI.....	3
2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.1.3. ETİYOLOJİ.....	4
2.1.4. EVRELEME.....	4
2.1.5. KBY KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	5
2.2. TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	6
2.2.1. DİYALİZ.....	6
2.2.1.1. HEMODİYALİZ .....	7
2.2.1.2. PERİTON DİYALİZİ.....	8
2.2.1.2.1. PERİTON DİYALİZİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	9
2.2.1.2.2. PERİTON DİYALİZİ TİPLERİ.....	11
2.2.1.2.3. PERİTON DİYALİZİ KOMPLİKASYONLARI.....	13
2.2.1.2.3.1. ENFEKSİYÖZ OLMAYAN KOMPLİKASYONLAR.....	13
2.2.1.2.3.2. ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR.....	13
2.2.1.2.3.2.1. KATETER ÇIKIŞ YERİ ENFEKSİYONU.....	13
2.2.1.2.3.2.2. TÜNEL ENFEKSİYONLARI.....	14
2.2.1.2.3.2.3. PERİTONİT.....	14

2.2.2. BÖBREK TRANSPLANTASYONU.....	16
2.3. DİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ.....	16
2.3.1. PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ.....	17
2.4. PERİTON DİYALİZİ HASTA EĞİTİMİ.....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ, TİPİ VE ZAMAN.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.4.1. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU.....	23
3.4.2. SAPD HASTA DEĞERLENDİRME FORMU.....	23
3.4.3. KISA FORM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36) .....	24
3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	24
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	25
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	25
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>50</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
EK-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	59
EK-2. Etik Kurul İzni.....	60
EK-3. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	61
EK-4. Gönüllü Olur Formu.....	62
EK-5a. Veri Toplama Formu.....	63
EK-5b. SAPD Hasta Değerlendirme Formu.....	65
EK-5c. Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	66
EK-6. SAPD Hasta Değerlendirme Formu Kullanım İzni.....	70
EK-7. Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Kullanım İzni .....	71
EK-8. İntihal Raporu.....	72
EK-9. Kısa Özgeçmiş .....	73

## TEZ ETİK ve BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmamın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.



04.09.2020

Eylem ÇOPUR

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. 2018 yılı sonu sürekli HD /PD seçeneklerini kullanan veya transplantasyon ile takip edilen bütün hastaların ( çocuk hastalar dahil ) RRT tipine göre dağılımı.....	6
Tablo 2. 2018 yılsonunda prevelans olarak PD tercih edilen hastalarda, PD'nin türüne göre dağılımı.....	11
Tablo 4.1.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.2.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalığa İlişkin Bilgilerine Yönelik Bulgular.....	28
Tablo 4.2.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi Ve Sonrası Periton Diyalizi İle İlgili Bilgilerine Yönelik Bulgular.....	29
Tablo 4.3.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	31
Tablo 4.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erkekler İle Kadınlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	32
Tablo 4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	33
Tablo 4.3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Başka Kronik Hastalık Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	34
Tablo 4.4.1. Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	35
Tablo 4.4.2. Eğitim Öncesi İle Eğitim Sonrası Bilgi-Beceri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterler Tablosu Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	36
Tablo 4.5. Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37

## KISALTMALAR

<b>KBY</b>	Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>GFH</b>	Glomeruler Filtrasyon Hızı
<b>RRT</b>	Renal Replasman Tedavisi
<b>SDBY</b>	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
<b>HD</b>	Hemodiyaliz
<b>SAPD</b>	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
<b>TND</b>	Türk Nefroloji Derneği
<b>PD</b>	Periton Diyalizi
<b>ABY</b>	Akut Böbrek Yetmezliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>DM</b>	Diyabetes Mellitus
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>SDBH</b>	Son Dönem Böbrek Hastalığı
<b>KDIGO</b>	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
<b>KDOQI</b>	Kidney Disease Outcomes Quality İnitiativ
<b>BUN</b>	Kan Üre Nitrojen
<b>GIS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>APD</b>	Aletli Periton Diyalizi
<b>UF</b>	Ultrafiltrasyon

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbrek fonksiyonlarının kronik, ilerleyici ve geri dönüşsüz biçimde kaybedilmesidir. Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 15ml/dakikanın altına düştüğünde tanı konur (1,2).

Kronik hastalıklar arasında KBY, dünyada ve Türkiye’de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalığı nokta prevelansı milyon nüfus başına 853 olarak tespit edilmiştir. T.C Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı istatistiklerine göre, çocuk hastalar dahil toplam 62.903 KBY hastası olduğu belirtilmektedir (3). Türkiye’de 2016 verilerine göre 56.687 yetişkin hemodiyaliz (HD), 3.508 yetişkin sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve yetişkin 14.280 nakil hastası vardır. Türk Nefroloji Derneği (TND)’nin 2018 raporlarına bakıldığında kronik HD/periton diyalizi (PD) programında veya transplantasyon ile izlenmekte olan hasta sayısı 81.055’dir (4).

SDBY’de tedavi, diyaliz veya böbrek nakilleridir ve bağışçı bulmaktaki zorluklar göz önünde bulundurulduğunda bu hastalarda renal transplantasyonun çok zor olduğu bilinmektedir (1). Bu sebeple bu hastalarda diyaliz uygulanması zorunlu gibi görünmektedir. RRT, hastanın sosyal yaşamına büyük kısıtlamalar getirir. PD evde hastalar tarafından multidisipliner bir ekibin gözetimi ve düzenli eğitimler ile yönetilmektedir. Hastalara, bireysel ihtiyaçları ve sosyal yaşamları için mümkün olduğunca bireye özgü tasarlanmış bir diyaliz biçimi öğretilir. PD’nin avantajlarından biri olan bu bireysellik, bazı hastaları tedavide uyumsuzluğa yöneltebilir. Hastanın uygunluğu, seçilen tedavi yöntemini takip etmede hastanın gönüllülüğü ve işbirliği olarak tanımlanabilir (3).

SAPD uygulamasının en sık görülen komplikasyonu enfeksiyonlardır. PD’nde hastaneye yatışın en önemli nedenleri enfeksiyonlar ve teknik yetersizliktir. PD ile ilgili enfeksiyonlar, periton diyalizinden hemodiyalize geçilme nedenlerinin %20 sini oluşturmaktadır. Periton diyalizi enfeksiyonları peritonitler, tünel enfeksiyonları ve çıkış yeri enfeksiyonları olmak üzere 3 grupta toplanabilir. Bunların başında peritonit gelmektedir (5,6).

SDBY olan hastalarda fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunun bozulduğu bilinmektedir. SDBY nedeni ile hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi

yapılan hastalarda depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğünü bildiren birçok çalışma vardır (1). Bu tedaviyi alan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yerine getirememesi, hastalık semptomları ve biyolojik yapının bozulması tedaviye uyumunu güçleştirmekte, öz bakım yetilerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar oluşturmaktadır. Tüm bu sebeplerden bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (7). Öz bakım gücünün yeterli olması, bireyin yaşamdan doyum sağlama derecesini pozitif yönde etkilemektedir. Öz bakım, hem uygulamayı hem de tedaviyi içine alan pozitif bir eylem olup birey, çevre, kültür ve günlük yaşam alışkanlıkları gibi pek çok etmenle ilgilidir (8,9).

SAPD hastanın tedaviye aktif katılmasını gerektiren, iş yapabilme gücünün devamlılığını sağlayan ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir tedavi seçeneğidir (9). Yapılan araştırmalara göre hastaya evde uygulaması önerilen tedavi yönteminin eğitimini vermek ve devamını sağlamak enfeksiyon oluşumunu önlemede, yaşam kalitesini yükseltmede, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak iyilik halinin devamlılığını sağlamada önemli bir kriterdir (10-12). Zhou, Zhao ve Xing (2001) yürüttükleri çalışmada periton diyalizi hastalarına verilen eğitim ve ev ziyaretlerinin enfeksiyon sıklığını 42.6 aydan 59.2 aya düşüğünü belirtmişlerdir (11). Auguste ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmaya göre hastalara verilen eğitimlerde görsel destekli eğitimin en baskın öğrenme stili olduğu belirtilmiştir (13).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı Dr.Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyaliz ünitesine takipli ayaktan periton diyalizi uygulayan KBY olan hastalara verilen planlı eğitimler ile telefon takibinin peritonit görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise verilen eğitimlerle hastaların bilgi düzeylerini arttırmak ve diyaliz uygulayan hastada peritonit oluşma riskini en aza indirmektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği**

#### **2.1.1. Tanımı**

KBY, vücudun sıvı ve elektrolit dengesinin bozulması ve metabolik dengenin sürdürülmesi ile ilgili problemlerle ortaya çıkan böbrek işlevlerinin ilerleyici ve geri dönüşsüz olacak şekilde fonksiyon kaybı olarak tanımlanabilir (14). Üremi; KBY'nin sebep olduğu bütün klinik durumlar için kullanılan bir deyimdir ve KBY ile aynı anlamda kullanılmaktadır (7,15,16,17,18).

KBY alta yatan nefrolojik hastalık ne olursa olsun, en az 3 ay devam eden böbreğin hasar görmesi ve/veya GFH'nin 60 ml/dk'nın altına düşmesi ve böbreğin yapısal olarak hasarlanması olarak tanımlanabilir. Tanımda yer alan 3 ay, akut böbrek yetmezliği (ABY) ve KBY arasında ayırıcı bir özelliktir (9,19,20,21,22).

#### **2.1.2. Epidemiyoloji**

TND açıkladığı veriler doğrultusunda KBY genelliği nüfus başına 390 olarak belirlenmiştir (4).

Türkiye kronik böbrek hastalıkları prevalans araştırmasında, KBY'nin kadınlarda (%18.4) erkeklere (%12.8) oranla daha büyük ölçüde görüldüğü, ilerleyen yaşın riski arttırdığı belirlenmiştir (20).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde KBY insidansı, her yıl son beş yıla kıyasla %8 artış göstermektedir. TND 2009 yılı verileri incelendiğinde Türkiye'de kronik böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyaliz (HD) uygulanan hasta sayısı 48.433'tür (14). TND'nin 2018 raporlarına bakıldığında kronik hemodiyaliz/periton diyalizi (PD) programında veya transplantasyon ile izlenmekte olan hasta sayısı 81.055'dir (4).

TND'den elde edilen bilgilere göre; ilk kez RRT uygulamasına başlanan hastaların sayısı (çocuk hastalar dahil) 12.232'dir. Bu hastalar, yaklaşık olarak %79 oranında HD, %14 oranında transplantasyon uygulaması ve %7 oranında PD ile tedavi görmüştür (4).

### 2.1.3. Etiyoloji

KBY'ye neden olabilecek birçok etmen ülkelerin sosyoekonomik ve gelişmişlik düzeylerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Genel anlamda en sık görülen nedenler içerisinde Diyabetes Mellitus (DM), kronik glomerülonefrit, kistik böbrek hastalıkları, hipertansiyon (HT), obstrüktif üropati ve interstisyel nefritler yer almaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu sağlık kuruluşuna ilerlemiş üremik tablo içinde başvurduğu için altta yatan nedenin bulunması her zaman mümkün olmayabilir (14, 23).

DM, KBY'nin %33'lük bir oranla en sık görülen nedenidir. DM tanılı hastaların büyük bir çoğunluğunun takibinde %20-40 oranında nefropati gelişmektedir (21). HT, KBY'nin %21 lik bir oranla en sık görülen ikinci sebebidir. Fakat gelişmiş ülkelerin aksine gelişmekte olan ülkelerde sebebi bilinmeyen durumların da etiyojide rolü vardır. Çin, Moğolistan ve Nepal'i kapsayan bir çalışmada, KBY tanılı hastaların %43'ünün etiyojisinde DM veya HT tespit edilememiştir (21). TND'nin 2018 yılında yayınladığı rapora göre, HD hastalarının son dönem böbrek hastalığı (SDBH) etiyojisi incelendiğinde, dağılımın %36,77'sinin DM, %30,49'unun HT, %5,34'ünün glomerülonefrit ve %3,18'inin ise polikistik böbrek hastalığı olduğu görülmüştür. Yine aynı rapora göre, yüksek HT oranının primer hipertansif nefroskleroza mı, yoksa belirlenemeyen başka bir nedene bağlı olarak gelişmiş renal hastalığa sekonder mi olduğu konusu tartışmalıdır (4,14).

### 2.1.4.Evrelleme

Böbrek hastalıkları: Gelişen global sonuçlar (Kidney Disease: Improving Global Outcomes-KDIGO) araştırma grubunun 2012 sınıflamasında, GFH'a ek olarak KBY nedeni ile albüminuri eklenmiş ve KBY 3 grupta evrelenmiştir (20,21).

#### ❖ KBY nedenine göre sınıflama

KBY'nin nedeninin öğrenilmesi verilecek tedavi planı ve hastalığın ilerleyişinde önemli rol oynamaktadır. Örneğin; sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde en sık görülen KBY nedeni DM ve HT iken, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde diğer hastalıklarda etiyojide önemli yer tutar (21).

#### ❖ GFH 'a göre sınıflama

KBY evrelemede kullanılan GFH en önemli kriterlerdendir. GFH değerlendirilip tedavi planlanması KBY tedavisinde önemli yer tutar (21).

#### ❖ Albüminüriye göre sınıflama

Albüminüri, GFH'a bağlı olmaksızın SDBH riskini, KBY ilerleyişini ve ölüm riskini arttırmaktadır. KDIGO ve Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) kılavuzlarının her ikisinde de yaş grupları, cinsiyet ve etnik köken önemsenmeksizin aynı eşik değeri önerilmiştir (21).

#### 2.1.5. KBY Klinik Özellikleri

- **Nörolojik özellikler:** Kan Üre Nitrojen (BUN) seviyesinin ve metabolik asidozun neden olduğu santral sinir sisteminin etkilenmesine bağlı güçsüzlük, konfüze bilinç, yorgunluk, oryantasyon bozukluğu, karar vermede güçlük, unutkanlık (14,17,21).
- **Kardiyovasküler özellikler:** Renin anjiyotensin sisteminin aktifliğine bağlı kalp yetmezliği ve HT, sıvı yüklenmesinin sebep olduğu pulmoner ödem, kanda biriken ürenin neden olduğu üremik toksinler perikardite neden olur. Boyun venlerinde genişleme, periorbital ödem, perikardiyal effüzyon, hiperkalemi ve hiperlipidemi görülür (14,21).
- **Solunum sistemi özellikleri:** Pulmoner ödeme bağlı olarak dispne, kussmaul solunum, hışırtılı solunum ve takipne görülebilir (14,17).
- **Gastrointestinal sistem (GİS) özellikleri:** Kandaki üre düzeyinin yükselmesine bağlı üremik fetor (nefeste amonyak kokusu), ağızda hissedilen metalik tat, ülserasyon ve kanama, kusma, bulantı, yüksek ürenin nervus frenikus'u uyarmasıyla hıçkırık görülür (14,17,21).
- **Genitoüriner sistem özellikleri:** Erkeklerde testis atrofisi, sperm sayısında azalma, impotans görülebilir. Kadınlarda amenore görülürken her iki cinstede infertilite görülebilir (17).
- **Dermatolojik özellikler:** Atılamayan ürenin neden olduğu deride gri-bronz bir görünüm, deri kuru/kırmızı ve kaşıntılıdır. Ekimoz ve purpuralar,

saçlarda incelme ve kırılmalar, tırnaklarda incelme/kırılma/tırnak yanaklarında beyaz çizgiler (Muercke çizgileri) görülebilir (14,17).

- **Kas-iskelet sistemine ilişkin özellikler:** Kas krampları, kas gücü kaybı, kemik ağrıları ve kemik kırılmaları görülebilir (14,17,21).
- **Hematolojik sistem özellikleri:** Kemik iliğinde eritropoezin azalması, salgılanan eritropoetinde azalma, beslenme bozuklukları, anemiye bağlı yorgunluk, güçsüzlük, solukluk vardır. Trombosit üretiminde yaşanan aksaklık nedeni ile kanama bozuklukları, burun kanamaları, GIS kanamaları olabilir. Lökosit sayısının azalmasıyla birlikte bağışıklık sistemi bozukluğu ve enfeksiyona eğilim artar (14, 21).

## 2.2. Tedavi Yöntemleri

KBY tedavi edilmezse son derece hızlı ilerleyen ve böbrek işlevselliğini tamamen bozarak ölümcül olabilecek bir hastalıktır. Günümüzde sağlık alanında kaydedilen ilerlemeler neticesinde KBY tedavisi; HD, PD ve transplantasyon olarak farklı tedavi seçeneklerini kapsamaktadır (3,5,8,23).

2018 yılı sonu sürekli HD /PD seçeneklerini kullanan veya transplantasyon ile takip edilen bütün hastaların (çocuk hastalar dahil ) RRT tipine göre dağılımı (4)

**Tablo 1.** 2018 yılı sonu sürekli HD /PD seçeneklerini kullanan veya transplantasyon ile takip edilen bütün hastaların ( çocuk hastalar dahil ) RRT tipine göre dağılımı

	N	%
Hemodiyaliz	60.643	74,82
Periton diyalizi	3192	3,94
Transplantasyon	17.220	21,24
Toplam	81.055	100,00

### **2.2.1.Diyaliz**

Diyaliz işlemi böbreklerin işlev bozukluğu nedeniyle vücuttan uzaklaştırılmayan artık ürünlerin ve fazla sıvının vücuttan atılımını sağlamak amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Diyaliz tedavisi hastalara acil durumlarda akut olarak ya da sürekli tedavi amaçlı kronik olarak uygulanabilir. HD ve PD olarak iki türlü diyaliz tedavi şekli vardır (18).

#### **2.2.1.1. Hemodiyaliz**

İlk kez 1946 yılında Willem Koff tarafından ABY tedavisinde kullanılan bu yöntem, 1960'lı yıllarda KBY tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır (18). HD; hastadan alınan kanın, yarı geçirgen bir zar ve HD makinası yardımıyla sıvı-elektrolit balansının düzenlenmesidir (9).

İşlemin aktif bir şekilde gerçekleşebilmesi için yeterli kan akımının sağlanması gerekir. Yeterli kan akımını sağlayabilmek amacıyla geçici veya kalıcı olarak bir vasküler yol açılmalıdır. Geçici damar yollarında yaygın kullanılan yöntem, çift lümenli kateterlerin subklaviyen, femoral veya internal juguler vene yerleştirilmesi şeklindedir. Kalıcı olarak kullanılacak damar yollarında ise en çok tercih edilen arteriyovenöz greft veya fistüldür. Arteriyovenöz fistül, ven ve arter arasındaki bağlantı sistemidir. HD hastalarının haftada 3-4 kez olmak üzere 4 saat diyalize girmeleri gerekmektedir (15,18).

#### **➤ Avantajları;**

- Beslenme bozukluklarına daha az rastlanır.
- İşlemin yapıldığı ortamdan dolayı hastalar birbiri ile iletişim kurabilir.
- Atık maddeler hızlı ve etkili bir şekilde vücuttan uzaklaştırılır.
- Hastalar her gün değil haftanın belirli günleri işlemi uygularlar.
- Batın komplikasyonlarına rastlanmaz (17,18).

#### **➤ Dezavantajları;**

- Açılacak fistül için küçük bir cerrahi işlem gereklidir.
- Diyaliz işlemi bittikten sonra hasta kendi iyi hissetmesine rağmen bir sonraki işleme kadar tekrar kötüleşebilir.
- Hastaya diyet programı uygulanıp kısıtlamaya gidilmektedir (18).

## **Komplikasyonlar;**

Hemodiyaliz güvenilir ve tercih edilen bir tedavi seçeneği olmasına rağmen akut ve kronik komplikasyonları vardır (15,16,18).

HD tedavisinde karşılaşılabilecek akut komplikasyonlar; dengesizlik sendromu, alerjik reaksiyonlar, hava embolisi, hemoliz, kardiyopulmoner arrest oluşabilecek ciddi komplikasyonlardandır. Bunun yanı sıra bulantı, kusma, baş ağrısı, ateş, hipotansiyon görülebilir (18,24).

HD tedavisinde gerçekleşebilecek kronik komplikasyonlar ise şu şekilde sıralanabilir; sistemik kalp hastalığı, lökopeni, HT, perikardit, GIS kanamaları, asit birikimi, anemi ve lökopeni olabilir. Bunun yanı sıra hastada üremik kemik hastalıkları, kaşıntı, cilt nekrozları, infertilite, endokrin bozukluklar, nöropati ve psikososyal sorunlar olabilir (18,24).

### **2.2.1.2. Periton diyalizi**

Tarihsel sürece bakıldığında periton boşluğunu ilk fark eden kişilerin Eski Mısır mumyacıları olduğu düşünülmektedir. M.Ö 3000 yılında Ebers Papyrus'ta içinde bağırsakların olduğu bir boşluktan bahsedilmiştir. 1740'lı yıllarda İngiliz cerrah Christopher Warrick, periton lavajı fikrini ortaya atmıştır. 1877 yılında G. Wegner metabolik taşıma olaylarını gözlemlemek için hayvan deneyleri yapmıştır (6). 1923 yılında Alman araştırmacı Georg Ganter ilk periton denemelerini tavşanlar üzerinde gerçekleştirmiştir. Bu denemeler doğrultusunda uterus kanseri olan bir kadın hastada, ilk periton diyalizi uygulaması yapılmış ve üremik tablo düzeltilmeye çalışılmıştır. 1938 yılında Rhoads, KBY hastalığının tedavisinde 2 hasta üzerinde ilk kez aralıklı PD yapmıştır (25).

PD, SDBH hastalarında böbreğin fonksiyonlarını yerine getirememesi ile birlikte vücudun kendi membranı olan periton zarı yardımı ile herhangi yardımcı bir elemana ihtiyaç olmadan böbrek işlevini taklit etmeye dayalı bir sistemdir (5,26,27).

PD, RRT arasında etkin kullanılan yöntemlerden birisidir(28). TND'nin verilerine bakıldığında; 2017 yılında ilk kez RRT alan hastalardan, PD seçeneğiyle tedavi olan hasta sayısı 876 iken, 2017 yılının sonunda RRT alan, toplam PD uygulayan hasta sayısı 3346'dır (26 merkezden alınan verilere göre) (29). Aynı kayıt raporuna göre, 2017 yılsonu tüm PD hastalarının, PD tiplerine göre dağılımı incelendiğinde; benzer şekilde SAPD uygulayan hasta sayısının, APD uygulayan hasta sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir (29).

Periton zarı vasıtasıyla PD solüsyonu ve kapiller kan arasında üremik toksinler, glukoz ve elektrolitler gibi elementlerin geçişi sağlanır. Solüsyon bir kateter yardımı ile karın boşluğuna verilir ve hasta vücudundan ozmotik yolla üremik toksinlerin uzaklaştırılması sağlanmış olur. PD yöntemi normal böbrek fonksiyonlarının taklit edilmesine dayalı bir sistemdir. Periton zarı; vücutta istenmeyen, birikmiş olan üremik toksinleri filtre eden yarı geçirli bir zar görevini görür. Zar üzerinde bulunan küçük delikler sayesinde difüzyon ve ozmos ilkeleri doğrultusunda madde konsantrasyon farklılığından kaynaklı denge kurulmaya çalışılır. Moleküler yoğunluk farkından kaynaklı, batında bekletilen ve üremik toksinleri bulundurmayan PD solüsyonuna doğru kandan hareket ederler ve çok yoğun ortamdan az yoğun ortama doğru üremik madde geçişi olur. Üre, kreatin gibi istenmeyen maddelerin kandaki yoğunlukları azaldığında geçiş yavaşlar ve sonuçta kan ve PD solüsyonu arasında yoğunluk dengesi sağlanır. Aynı prensip doğrultusunda hastada bulunan fazla sıvının da PD solüsyonuna geçişi sağlanabilir. Buna yardımcı olacak olan element ise PD solüsyonunda bulunan glukozdur. Glukoz sayesinde PD solüsyonunun ozmolaritesi artmış olacak ve ozmos prensibine göre fazla sıvı basıncı yüksek tarafa geçecektir (30,31).

Bu saydığımız işlemlerin gerçekleştirilmesi için;

- Karın duvarına yerleştirilmiş bir kateter
- Solüsyonun peritona ulaşabilmesi için bir set (transfer set)
- Kateter ve setin bağlanabilmesi için kullanılacak bir adaptör
- Hasta için seçilmiş en uygun PD solüsyonu gereklidir (30,31).

#### **2.2.1.2.1. Periton Diyaliz Uygulaması İle İlgili Özellikler**

##### ***Periton Diyaliz Kateterinin Yerleştirilmesi***

Yerleştirilecek olan kateterin özellikleri hasta vücudu ile uyumlu, alerjik reaksiyon riski en az, drenaj için kullanışlı bir lümen sahibi olmalı ve uzun süreli kullanım sağlamalıdır. Periton diyaliz kateterlerinden kalıcı olanlar farklı ham maddelerden yapılmakta olup, silikon lastik ya da poliüretan benzeri yumuşak maddelerden yapılması gereklidir. Kateter takıldıktan sonra yerine tespitinin kolaylaştırılması, sızıntı ve geri çekilmeyi önlemek adına 1 veya 2 tane cuff olması gerekmektedir.

Kateter hastaya, lokal veya genel anestezi yöntemiyle yerleştirilir ve kateterin keçelerinden biri periton üzerine, diğeri ise kateterin çıkış noktasından 2-3 cm içeride kalacak şekilde yerleştirilmelidir. Bu konulan iki keçe hastanın kateterinin sabit kalması ve tünelden oluşabilecek mikroorganizmaların peritondan içeriye girmesini engellemektedir. Enfeksiyon riski nedeniyle, kateterin çıkış noktasına suture atılmamalıdır (26,30, 32).

### ***Kateter Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler***

- Kateter açıldıktan sonra 2-3 hafta dinlendirilmeli, sızıntı, enfeksiyon ve göllenme komplikasyonları gözlenmelidir.
- Hastanın kateter yeri kontrolü için gerekli tanı testleri uygulanmalıdır.
- Kateter takıldıktan sonra, çıkış yerinin normal epidermis yapısına sahip olması beklenir.
- İyileşmiş olan kateter yeri pansumanında sadece beyaz sabun ve temiz su kullanarak temizlik önerilir (26).
- Temizleme işlemi bittikten sonra ılık bir havlu ile kurulanır ve steril bir spanç yardımı ile kapatılır (26,33).

### ***Periton Diyalizinde Kullanılan Bağlantı Sistemleri***

PD'nde kullanılan malzemelerin, komplikasyonları önleyecek şekilde dizayn edilmesi önemli bir konudur. Kullanılan materyallerin elektrolite dirençli olması ve hastaya fazla ağırlık yapmayacak şekilde olması tercih edilmelidir. Oluşabilecek önemli komplikasyonlardan olan peritonitin önlenmesi için kullanılan bağlantı setleri çok önemlidir. Bağlantı setleri; diyaliz torbası ve yerleştirilen kateteri birbirine bağlayan transfer seti ve adaptörden oluşmaktadır. Bu aletlerle mikroskobik kontaminasyon ve dokunma sayısı azaltılarak hasta konforu artırılabilir ve komplikasyon oluşma riski azaltılabilir. Transfer setinin 6 ayda bir değiştirilmesi gerektiği yapılan çalışmalarca bildirilmiştir (30). Gelişen sağlık teknolojileri ile birlikte periton diyaliz torbalarında twing bag adı verilen torbalar kullanılmaya başlanmıştır. Bu torbaların bir ucunda hasta için seçilmiş PD solüsyonu bulunurken diğer tarafında ise boşaltım yapacağı torba bulunmaktadır. Torbalarda bulunan döner başlık sayesinde hastalar kolayca dolum ve

boşaltım yapmakla birlikte ve hastanın kateter teması en aza indirilip peritonit olma olasılığı düşürülmüştür. Transfer set ve kateter arasında titanyumdan yapılmış bir kilit sistemi yer almaktadır. (26,30).

### ***Periton diyaliz solüsyonu özellikleri***

PD'nde kullanılan solüsyonlar hastaların prognozlarına, ihtiyaç durumlarına göre değişiklik gösterir. Solüsyon miktarları, içerikleri çeşitlilik göstermektedir. Solüsyonlar genellikle 1-1,5-2-3-5 litrelik olarak değişiklik göstermektedir. KBY hastaları böbrek işlevlerini yerine getiremediği için sıvı elektrolit dengesini kuramazlar. Normal seviyelerde olmayan elektrolit değerleri, hastalarda ciddi sorunlar sebep olabilir. Fizyolojik dengeyi sağlamak için bu elektrolitlerin vücuttan uzaklaştırılması gereklidir. Bu nedenlerden dolayı kullanılacak olan periton diyaliz sıvısı bu durumları düzeltecek ve fizyolojik dengeyi sağlayacak şekilde olmalıdır (26,31).

Diyalizin en temel ilkesine dayanarak kullanılan solüsyonlar hastalarda biriken üremik toksinleri uzaklaştıracak ve içerdiği glukoz düzeylerine göre hastada biriken fazla sıvıyı da uzaklaştırmalıdır. Diyaliz solüsyonları organizmanın dokusu ile biyouyumlu olmalıdır (31). Kullanılan diyaliz solüsyonunun hasta da şişkinlik, kramp gibi şikâyetler yapmaması için vücut ısısında olması ideal olmalıdır. Bu nedenle hastalara verilen eğitimde elektrikli torba ısıtıcıları kullanması gerektiği anlatılmalıdır (34).

### ***Diyaliz İşlemi Uygulanırken Gerçekleşen Basamaklar***

**Drenaj aşaması:** Karın boşluğunda bekleyen sıvının boşaltılması işlemidir. İşlem ortalama 15-20 dk sürmektedir.

**Dolum aşaması:** Boş olan karın boşluğuna hastanın yaşına, kilosuna, periton zarının geçirgenliğine ve renal fonksiyon değerlerine uygun PD solüsyonu ile doldurulma işlemidir.

**Bekletme aşaması:** Dolum işleminden sonra PD solüsyonunun karın boşluğunda bekletildiği aşamadır. Yaklaşık her PD solüsyonu 4-6 saat arasında karın boşluğunda bekletilerek diyaliz işleminin gerçekleşmesi sağlanır. Bekletme aşamasında hasta transfer setinden ayrılır ve günlük aktivitelerini gerçekleştirebilir (30).

### ***2.2.1.2.2. Periton Diyaliz Tipleri***

SAPD ve APD olmak üzere iki tip PD tekniği bulunmaktadır

2018 yıl sonunda prevelans olarak PD tercih edilen hastalarda, PD'nin türüne göre dağılımı (4) (Tablo:2)

Periton Diyaliz Tipleri	N	%
SAPD	2139	67,01
APD	1053	32,99
<b>Toplam</b>	<b>3192</b>	<b>100,00</b>

#### ***Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi***

SAPD tekniğinde hasta günde ortalama 4-5 kez değişim gerçekleştirir ve 2/2,5 lt lik PD solüsyonları ile gerçekleştirir. Hasta her değişim sırasında karın boşluğunu PD solüsyonu ile doldurur ve bu solüsyon bir sonraki değişime kadar karın boşluğunda bekletilir. Bu süre içerisinde hasta günlük yaşamda devam ettirdiği işlerini yapabilir. Hasta günlük aktivitelerini sürdürürken solüsyon ve kapiller kan arasında değişim sağlanır ve diyaliz işlemi gerçekleşmiş olur (26,30,31).

#### ***Aletli Periton Diyalizi***

APD bir diyaliz makinası yardımıyla yapılan değişimler esasına dayanır. Makinanın diyaliz sıklığı, değişim sayısı ve volümü ayarlanarak ev veya hastane şartlarında hastanın en az müdahalesi ile uygulanır. Makine, diyaliz sırasında herhangi bir problemle karşılaştığında (obstrüksiyon, hava kabarcığı vb.) alarm vererek hastayı uyarmaktadır.

Alet kullanılarak yapılan otomatik periton diyaliz seçeneklerinin en önemli avantajlarından biri de hastanın en az aktif olduğu gece saatlerinde gerçekleşmesi ve hasta müdahalesinin en az olduğu böylece peritonit riskinin en aza indirildiği seçenektir. Bununla birlikte hastanın gece makineye bağlanması ile birlikte hastada yaşanabilecek uyku problemleri de olasıdır (31).

#### **Periton Diyalizi Avantajları**

- Hastalar daha bağımsızdır, işlem kolay öğrenilebilir ve evde uygulanabilir (18,30).
- Günlük aktiviteleri kısıtlanmadan devam edebilirler, seyahat gibi kısıtlamalar yoktur (17,30).

- Hepatit bulaşıcılığı riski hemodiyalize kıyasla daha azdır (17,18,30).
- Hemodiyaliz hastalarına kıyasla kan basıncı daha kolay ayarlanabilir (17,18).
- Periton diyalizi uygulanan hastalarda antikoagülasyon desteğine sürekli ihtiyaç yoktur (18,30).
- Periton diyalizi uygulanan hastalarda diyet diğer gruba göre daha serbesttir (18,30).
- Var olan renal fonksiyonlar daha iyi korunur (18,30).
- Hastalar hemodiyalize kıyasla kendini daha iyi hisseder (9,30,31).
- Hemodiyalize kıyasla intravenöz girişim daha azdır (18,30).

### **Periton Diyalizi Dezavantajları**

- Hastaların bağımsız olarak uyguladıkları bir işlem olduğu için enfeksiyon riskinin fazla olması
- Diyalizin uygulandığı süre boyunca periton zarının aktivite yeterliliği ve ömrünün bilinmemesi
- Sıvı basıncına bağlı olarak batında komplikasyon oluşma riski
- PD solüsyonlarının protein kaybına sebep olması nedeniyle malnütrisyon görülme riski
- Uzun süreli devam eden değişimler nedeniyle yaşlı veya çocuk hastalarda bıkınlık
- Diyaliz kateterinin cerrahi olarak yerleştirilmesine bağlı olarak psikolojik problemler görülebilir (18,30).

### **2.2.1.2.3. Periton Diyalizi Komplikasyonları**

PD tedavisi, akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tercih edilen kolay uygulanabilir bir tedavi yöntemidir fakat oluşan komplikasyonlardan dolayı tedaviye ara verilebilir ya da hemodiyalize geçilebilir.

PD tedavisinde oluşabilecek komplikasyonlar 2 grupta incelenmektedir:

#### **2.2.1.2.3.1. Enfeksiyöz olmayan komplikasyonlar**

TND 2014 verilerine göre periton diyalizinin enfeksiyöz olmayan komplikasyonlarının başında obezite ve herni gelmektedir (36). Bu komplikasyonların yanı

sıra; karın içi basıncına bağlı herni, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısı, malnütrisyon, kanama, kateterde meydana gelen tıkanıklık, genital ve karın duvarında ödem, gastroözefageal reflü, hiperglisemi, hiperlipidemi, pankreatit ve obezite görülebilmektedir (35).

#### **2.2.1.2.3.2. Enfeksiyöz komplikasyonlar**

##### **2.2.1.2.3.2.1. Kateter çıkış yeri enfeksiyonu**

Kateter çıkış yerinde enfeksiyon belirtilerinin (ödem, kızarıklık, şişlik, akıntı, ısı artışı, kaşıntı) bulunduğu bir durumdur. Kateterin çıkış noktasında pürülan akıntı ve hassasiyet olması enfeksiyon olduğuna işarettir. Çıkış yeri enfeksiyonlarına neden olan mikroorganizmaların en sık karşımıza çıkanları staphylococcus aureus ve pseudomonas aeruginosa'dır. Tedavi planı yapılırken çıkış yerinde alınan kültüre göre hareket etmek gerekir ve antibiyoterapi buna göre başlanmalıdır. Tedavi, çıkış yeri tamamen iyileşene kadar devam etmelidir (26).

##### **2.2.1.2.3.2.2. Tünel enfeksiyonları**

Kateter boşluğundaki mikroorganizmaların çeşitli nedenlerle (peritonit, travma, çıkış yeri enfeksiyonu, tünel içinde apse, keçe sayısı ve materyali) tünel içine yayılarak geniş çaplı bir enfeksiyon alanı oluşturmasıdır. Tünel enfeksiyonlarında tünel boyunca hassasiyet, tünel üzerinde apse, çıkış yerinde akıntı, deri altında kalınlaşma, aynı mikroorganizmanın sebep olduğu peritonit, kızarıklık ve sıcaklık artışı gibi belirtiler görülür. Tedavisinde antibiyoterapi önemlidir. Kateterin çıkarılması gereklidir (35).

Kateter çıkarma endikasyonları; sık tekrar eden peritonit, karın içi apse, direnç gösteren kateter ve tünel enfeksiyonları, abdominal yapışıklık (26).

##### **2.2.1.2.3.2.3. Peritonit**

Periton, visseral zar (iç organların üst yüzeyini örten zar) ile, parietal zar (pelvis duvarı ve karın iç yüzünü örten zar) arasında kalan boşluktur. Periton zarı kan akımı 50-100ml/dk'dır. Parietal periton zarı sayesinde, sıvı ve elektrolit geçişinin büyük bir kısmı burada gerçekleşir. Diyaliz işlemi sırasında PD solüsyonu ve kan kapilleri arasında 3 adet bariyer mevcuttur. Bu bariyerler kapiller duvar, interstitium ve mezotelyal tabakalarıdır

(34,37). Peritonit, visseral ve parietal zarların enflamasyonudur. Günümüzde PD hastalarının karşılaştığı en önemli komplikasyonlardandır (6,10,27,38,39). Mortalite ve morbidite oranı yüksek olan bu komplikasyon PD uygulayan KBY hastalarının HD tedavisine geçmelerinde ki en önemli nedenlerden biridir (27,40). PD ile ilgili komplikasyonlardan peritonitin sebep olduğu ölümlerin oranının %3,5 ve %10 olduğu yapılan çalışmalara göre bildirilmektedir (41). Yapılan başka bir çalışmaya göre ise, Tartar A. Fırat Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Kliniği, SAPD ünitesinde takip edilen 30 hasta ile yaptığı çalışmada, PD hastaların %15-35 inin peritonit şikâyetiyle sağlık kuruluşuna başvurduğunu bildirilmektedir (42).

Dirençli peritonit vakaları periton zarının geçirgenliğini etkilediği için hastaların HD'e geçmelerindeki başlıca nedenlerdendir. Uzun süren dirençli peritonitler var olan böbrek fonksiyonlarının da kaybına yol açmaktadır (33,41,42).

Peritonit, periton diyaliz uygulamalarında karşılaşılan komplikasyonlar arasında aşıl topuğu olarak kabul görmüştür (26). Sağlık teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte peritonitin engellenmesi için farklı yöntemler geliştirilmiştir. Oymak O. (26)'nın yaptığı çalışmadaki verilere göre SAPD hastalarında 12-18 ayda bir peritonit görülmektedir. Çamsan T. (43)'nin Dokuz Eylül Üniversitesi'nde SAPD uygulayan 40 SDBY hastası ile yaptığı çalışmaya göre, diyaliz esnasında hastalara standart set kullanıldığında 296 hastada 53 peritonit atağı görülürken, Y-seti kullanıldığında 181 hastada 18 peritonit atağı saptanmıştır. Bu verilere göre standart set uygulamasında 5.6 hasta ayında bir atak görülürken, yıllık ortalama 2.1 atak gözlemlenmiştir. Y-set uygulamasında ise 10.1 hasta ayında yıllık 1.2 atak saptanmıştır. Oymak O. (26)'nın yaptığı bir çalışmaya göre peritonitin mortalitesi %2-3 kadardır.

Peritonit görülme sıklığı 2017 TND verilerine göre 0,24 iken 2018 verilerinde bu sıklık 0,59 olarak saptanmıştır (29).

### **Peritonit Belirti ve Bulguları**

- Diyaliz solüsyonunda bulanıklık
- Karında hassasiyet
- Rebound (geri tepme) fenomeni
- Kanda lökositöz, ateş
- Halsizlik

- Karın ağrısı
- Titreme
- Konstipasyon, ishal
- Bulantı, kusma (34,37,44).

### **Peritonit Tanı Kriterleri**

Yukarıda belirtilen semptomlar haricinde periton sıvısında lökosit artışı ve uygun mikrobiyolojik testlerle saptanan mikroorganizmalar ile de kesin tanı konur. En sık görülen semptom karın ağrısıdır. Diğer semptomlarla birlikte hastalarla karında hassasiyet ve lökositöz görülür. Ayrıca bulanık olan periton sıvısında  $\text{mm}^3$ 'te 100'den fazla WBC (beyaz kan hücresi) görülür. Karşılaşılan peritonitlerin %50 kadarında etken olan mikroorganizmalar; Staphilococcus aureus, Staphilococcus epidermitis, Enterobacteria, Esherishia coli, Pseudomonas aeroginosa'dır (26,37,44).

### **Peritonit Komplikasyonları**

- Peritondan kaybedilen proteinlerin artması
- Apse oluşumu
- Sepsis
- HD'e transfer
- Ultra filtrasyon (UF) yetersizliği
- Ödem
- Ölüm (44)

### **2.2.2. Böbrek transplantasyonu**

Transplantasyon, SDBH tanısı almış hastaların yaşam kalitelerini arttıran bir tedavi yöntemidir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yetmezlik tanılı hasta sayısındaki artışla birlikte transplantasyon sayısı da artmaktadır. Transplantasyon kadavra ya da canlı vericiden alınan aktif böbreğin hastaya transplante edilmesidir. Bu şekilde hastaların hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanarak yaşadıkları hastaneye bağımlılık durumunu ortadan kaldırmak amaçlanmıştır (45).

### **2.3. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, bireysel sağlık anlayışı, ekonomik ve sosyal olarak hasta değerlendirmesi ve refah seviyesi ölçümleri için önemli kriterdir. Sürekli hastalıklara sahip bireyleri, sağlık anlayışlarını düzenlemek ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi sağlık toplumunun en temel amaçlarından (46).

Yaşam kalitesi modelini açıklamaya yönelik birçok tanım yapılmıştır. İlk kez Thorndike tarafından 1939 yılında ortaya atılan bu kavram “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Withey ve Andrew’e göre ise yaşam kalitesi “bireylerin doyumu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” ifadesi ile tanımlanmaktadır.(47)

Yaşam kalitesi kavramının sağlık alanında kullanılmaya başlanması 1960’lı yıllara denk gelmektedir. İlk kez 1966 yılında “Tıp ve Yaşam Kalitesi” adlı çalışmada Elkington sürekli diyaliz ve nakil hastalarını değerlendirmek için kullanmıştır. (48)

Yaşam kalitesi, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi, kendi sağlık durumunu içselleştirmesi, yaşadığı sosyo kültürel çevreye uyumu olarak tanımlanabilir.(18)

Yaşam kalitesinin ölçümü için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Kalitesinin ölçümünün faydaları bireyin sağlık kuruluşunda beklentilerini anlamada, maliyet ve etkililik düzeylerinin belirlenmesinde, hastaya sunulan hizmet standartlarının belirlenmesinde, var olan hastalığın prognozunu değerlendirilmesinde, hastaların ne hissettiğinin ve beklentilerinin ne olduğu konusunda önemli bilgiler vermektedir. Sadece hastane ve hastalık yaşantısı değil bireylerin psikolojik yönden rollerini yerine getirmede hastalığın, bireyin günlük aktivite ve yaşam standartlarını ne ölçüde değiştirdiği hakkında da fikir sahibi olunmasına yardımcı olur (18).

#### **2.3.1. PD Hastalarında Yaşam Kalitesi**

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de KBY’li bireylerin sayısının artması, yüksek ölüm/morbidite hızı, yaşam kalitesinde azalmanın meydana gelmesi ve yüksek maliyetli tedavi seçenekleri nedeniyle kronik hastalıklar arasında yer alan KBY, önemli ve toplumu yakından ilgilendiren bir sağlık sorunudur (49,50).

KBY hastalarında yapılan çalışmalara göre hastaların biyolojik, psikolojik ve ruhsal yönden depresyon/anksiyeteye daha yatkın oldukları ortaya çıkmıştır. Depresyon oranlarına bakıldığında, çalışmalarda %0-100 aralığında değişen değerler bulunmuştur

(12,44,51). PD tedavisi ve HD tedavisi alan KBY hastaları karşılaştırıldığında HD tedavisi alan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu çalışmalar varken, iki tedavi yöntemi arasında fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (12).

RRT alan hastalarda fizyolojik değerlendirmelerin yapılmasının yanında psikiyatrik olarak da değerlendirilmesi gerektiği yapılan çalışmalarla ortaya çıkarılmış olup, yapılan çalışmaların sonuçlarına göre anksiyete ve depresyona yatkın olan bireylerin erken fark edilip, gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu durumların erken fark edilip tedavi edilmesi, uygulanan tedavi yöntemlerine uyum sürecini hızlandıracağı gibi hastanın yaşam kalitesini de arttıracaktır (52,53).

Özçetin A. ve ark. (2009) (1)'nin yaptığı çalışmaya göre; hastaların yaşam kalitesi ölçülüp, olası psikiyatrik problemlerin önüne geçildiğinde hasta ve birinci derece bakım verenlerin tedavi sürecine olumlu katkıda olduğu belirtilmiştir.

Çetinkaya S. ve ark. (2008) (54)'nin yaptığı çalışmaya göre KBY tanısıyla yatış yapılmış olan hastaların %10'unda depresyon, alkol ve madde kullanımı, demans, anksiyete ve kişilik bozukluğu olduğu bildirilirken, bu bozukluklarının kişinin yaşam kalitesini bozulmasıyla yüksek derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Koçer Z. (2006) (47)'nin yaptığı bir çalışmada KBY'nin her yaş grubuna etki eden, büyük ölçüde iş gücü kaybına neden olan bir hastalık olduğu belirtilmiştir.

#### **2.4. Periton Diyalizinde Hasta Eğitimi**

Türk Dil Kurumu, bireyin toplum yaşantılarında yerlerini alabilmeleri için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumları geliştirmek adına, doğrudan veya dolaylı olarak yardımcı olma durumunu **eğitim** olarak tanımlamıştır (55).

Periton diyalizi, KBY hastalarının kullanabildiği ve hastanın bağımsız hareket etmesine yardımcı olan ve yaşam kalitesini artıran bir tedavi şeklidir. Bu nedenle PD hastaları için planlanan eğitim oldukça önemlidir (56,57,58).

Geçmiş yıllarda Periton diyalizi hastalarına verilen eğitimin değerlendirildiği çalışmalar az sayıdadır. Lauder ve Zappacosta (1998), eğitim kriterlerini ön planda tutarak SAPD uygulayan hastalar için bir eğitim içeriği hazırlamıştır. Planlanan eğitim 7-10 günü kapsamaktadır ve kişiselleştirebilirdir. Yapılan araştırmalara göre planlanan eğitimin etkin olamaması hastaların tedavi sürecine uyumu için oldukça önemlidir (37,59).

Hastaya eğitim planlanırken bireysellik ön planda tutulmalı ve her hasta için eğitim planı kişiselleştirilmelidir. Bireylere eğitim verilirken aşırı otoriter tutumdan uzak durulmalı, hastaları da eğitime ortak edecek şekilde ilerlenmelidir. Bireylere eğitim aşamalı olarak verilmeli, gerekirse üst ve alt başlıklar şeklinde anlatılmalıdır. KBY hastalarının depresyona meyilli olabilecekleri dikkate alınarak, eğitimlerin akıcı olmasına ve hastaların fikirlerine önem verildiği kişilere hissettirilmelidir (30, 37, 60).

2006 yılında geliştirilen eğitim kılavuzu, eğitimin içeriğinin ne olması gerektiğini belirtmiştir. Bu başlıklar şu şekildedir;

- Eğitici kim olmalıdır?
- Hekimin eğitimde rolü nedir?
- Kimler eğitim programına dahil edilebilir?
- Hastalar hangi konular öğretilmelidir?
- Eğitim nerede yapılmalıdır?
- Eğitimin süresi ne kadar olmalıdır?
- Eğitim ne zaman tekrarlanmalıdır?
- Hastalara yapılan ev ziyaretleri nasıl olmalıdır? (37).

#### **Bu başlıklar doğrultusunda eğitimin ilkeleri;**

- Verimli bir şekilde öğrenme için bireyin hazırbulunuşluğu çok önemlidir.
- Bireyin önceki bilgi ve tecrübeleri üzerinden katkı sağlanarak öğrenim gerçekleştirilmelidir.
- Bireyler öğrenmeleri gereken konuların bilincinde olursa daha etkili öğrenim olur.
- Öğrenim de farklı teknikler kullanılırsa daha etkili olur.
- Gözlemleyerek veya simülasyon ile öğrenim pekiştirilir.
- Eğitim tekrarları önemlidir.
- Bireylere verilen olumlu geri dönütler etkililiği artırır (37,44).

#### **Periton Diyalizi Eğitim İçeriği;**

- Diyaliz kavramının tanıtımı
- El hijyeni ve uyması gereken aseptik kurallar
- Değişimin nasıl yapılacağı

- Kirlenme ile karşılaştığında yapılması gerekenler
- Kateter bakımı
- Oluşabilecek komplikasyonlar
- Kayıt tutma
- Kullanılacak malzemelerin teminatı
- Poliklinik kontrol zamanları
- Günlük aktivite (yürüyüş, egzersiz vb.) ve kişisel bakımlarını (banyo, kişisel bakım) nasıl yapacakları (44).

### **Hasta Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gerekenler**

- Hastaların sosyo kültürel seviyeleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Eğitimlerde otoriter olmaktan kaçınılmalıdır.
- Eğitim sürekli olmalıdır.
- Eğitim verirken hastaların dikkatleri dağılmayacak şekilde süre ayarlanmalıdır.
- Eğitim içeriği hasta ihtiyaçları doğrultusunda planlanmalıdır.

### **İyi bir öğretici olması için PD hemşiresinin;**

- Konuşma şekli ve mimiklerine özen göstermeli
- Eğitim verdiği mekânı iyi ayarlamalı ve süreyi iyi kullanmalı
- Sorduğu soruları sorgulayıcı şekilde sormamalı
- Hastanın içinde bulunduğu durumu anlamalı
- Hastanın endişesi ve sorularına karşı nezaketli davranmalı
- Hastayı dikkatli dinlemeli (37).

PD hemşiresi tamamlanan eğitimden sonra mutlaka eğitimi değerlendirmeli ve hastanın durumuna göre tekrar eğitim gerekiyorsa, yeniden eğitim planı yapmalıdır. Hastadan geri bildirim almaya özen göstermelidir. Hastanın istedik davranışlarını gözlemlemeli ve kaydetmelidir (37).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir;

H<sub>0</sub>: SAPD uygulanan hastalara verilen planlı eğitimin ve telefon takibinin peritonit görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine bir etkisi yoktur.

H<sub>1</sub>: SAPD uygulanan hastalara verilen planlı eğitimin ve telefon takibi sonrası hastalarda peritonit görülme sıklığı azalır ve yaşam kalitesi yükselir.

#### **3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zaman**

Araştırma, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyaliz ünitesi periton diyalizi kliniğinde sürekli ayaktan periton diyalizi uygulayan hastalarda planlı eğitim verilmesi, telefonla takip edilmesi ile yaşam kalitesi ve peritonit oluşma sıklığını değerlendirmek amacıyla yapıldı. Veriler Ağustos 2019 ile Şubat 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme ve telefon ile görüşme yöntemi ile toplandı.

Dr. Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi, Diyaliz Ünitesinde Periton Diyaliz Polikliniğinde 18 yaşını doldurmuş, periton diyaliz uygulanan hastalarının kontrollerinin yapıldığı, tedavi yöntemine yeni başlayan hastalara verilecek olan eğitimlerin planlandığı, 1 hekim ve 2 periton diyaliz hemşiresinin bulunduğu bir birimdir. Periton diyaliz hemşirelerinin her ikisinin de periton diyaliz sertifikası bulunmaktadır. Birimde yeni periton diyaliz kateter takılan hastalarda en az bir hafta serviste yatışı verilmekte ve bu süre içerisinde hastaların kademeli olarak diyalizi yönetebilecek duruma gelmesi için planlı kişiye özgü eğitimler planlanmakta, kişinin bilgi ve beceri düzeylerini arttırmak amacıyla işitsel ve görsel materyaller kullanılarak eğitim verilmektedir. Her hastaya ait bir dosya bulunan poliklinikte ayda bir kontrole gelen hastaların tansiyon, kilo, ödem kontrolü yapılarak dosyalarına bulguları işlenir. Ayrıca poliklinikte görev yapan hekimin istemi dâhilinde hastalardan laboratuvar ve radyolojik görüntüleme istemleri de yapılır.

### **3.2. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu onayı ile kabul edildi (Ek 1). Araştırmanın yapılmasında etik ve yasal bir sorun olmaması amacıyla Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (Ek 2) Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurum izinleri alındı (Ek 3). Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı, formların içeriği, araştırma verilerinin gizliliği, çalışmaya gönüllü olarak katılım ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda sözlü ve yazılı açıklama yapılarak yazılı onam alındı (Ek 4).

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırma evrenini Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesinde takip edilen SAPD uygulanan 18 yaşını doldurmuş (N=60), yazılı veya sözlü iletişim kurulabilen, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden (n= 60) hastalar oluşturdu.

Araştırmanın evreni çok geniş olmaması sebebiyle örneklem seçimine gidilmemiş, araştırma kriterlerine dâhil edilme kriterlerine uyan tüm SAPD hastaların örneklem grubuna dâhil edilmesi planlandı.

#### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- KBY tanısı almış olmak
- SAPD uygulamak
- Mental hastalık tanısı olmamak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş ve bunu yazılı olarak beyan etmiş olmak.

Araştırma süresine SAPD uygulamasında HD tedavisine geçen 5, başka merkezde takip edilmeye başlanan 3 hasta araştırma dışında bırakıldı. Toplam 52 hasta örneklem grubunu oluşturdu.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak SAPD uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerini sosyo-demografik özelliklerinin hastalık ve tedavi yöntemi ile ilgili bilgi ve beceri düzeylerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış veri toplama formu kullanıldı (Ek 5a). Ayrıca hastalardan ev ortamları hakkında bilgi almak amacıyla 2008 yılında Kazancıoğlu ve ark. yapılan bir çalışmada geliştirdikleri Hasta değerlendirme formu kullanılarak hastalardan bilgi alındı (Ek 5b). Hastaların yaşam kalitesi değerlendirmek amacıyla Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı (Ek 5c).

#### **3.4.1 Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu**

Toplam 22 sorudan oluşan bu form, SAPD uygulayan hastaların sosyodemografik özelliklerine, hastalık ve tedavi yöntemi ile ilgili bilgi ve beceri düzeylerine yönelik sorulardan (bilgi alınan kişi, hastanın doğum yılı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, yerleşim yeri, KBY dışında başka kronik hastalığı olma durumu, KBY tanısını alma zamanı, periton diyalizine başlama zamanı, eğitim alma durumu, son bir yılda kaç kez eğitim aldığı, klinik kontrollerine düzenli gelip gelmediği, ne sıklıkla geldiği, kendinin bilgi düzeyini nasıl gördüğü, komplikasyon sebebiyle servise yatışı olup olmadığı, peritonit belirtileri konusundaki bilgileri, evde diyaliz uyguladığı ayrı bir oda varlığı, beslenme programına uyma durumu) oluşturuldu.

#### **3.4.2. SAPD Hasta Değerlendirme Formu**

Kazancıoğlu ve ark. tarafından 2008 yılında oluşturulan form, periton diyalizi uygulayan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde ev şartlarını değerlendirmek için hazırlanmış olup hastaların tedaviye uygunluğunu değerlendirmek için kullanılmıştır. Kazancıoğlu ve ark. formu 2008 yılında 32 hasta ile çalıştıkları bir çalışmada ev ziyaretlerinde kullanmışlardır. Bu form “bilgi ve beceri kriterleri” ve “diyaliz yapılan ortam kriterleri” olmak üzere iki ana başlıkta sunulmuş; formun her ana başlığı 5 alt gruba ayrılmıştır. Bilgi ve beceri kriterleri başlığı altında; kişisel hijyen, değişim prosedürü, kayıt defteri kullanımı, atık madde kullanımı ve tedavi detayları alt başlıkları yer almaktadır. Diyaliz yapılan ortam kriterleri başlığı altında ise; evin genel durumu, değişim odası, banyo ve tuvalet kullanım durumu, solüsyonlarının depolanması ve hastanın sosyo-ekonomik durumu alt başlıkları

yer almaktadır. Bu alt başlıklar, hastaların evet/hayır şeklinde cevap verebileceği sorulardan oluşmakta ve hastaların verdiği evet cevabı 4 puan, hayır ise 0 puan olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmada peritonit olan hastalarda “bilgi ve beceri” puanı ve oranı arasında negatif bir korelasyon saptanmış ( $r=-0,367$ ,  $p=0,039$ ), ayrıca çevresel puan ile peritonit oranı arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunmuştur ( $r=-0,363$ ,  $p=0,041$ ) (61).

Formun bu araştırmada kullanımı için Kazancıoğlu’ndan sözlü ve yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

### **3.4.3. Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36, Short Form 36)**

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği yaşam kalitesi değerlendirmesi için kullanılan genel geçer ölçeklerden biridir. Ölçek 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılarak ülkemize uygunluğu belirlenmiştir. Form çok fazla zaman almamakla birlikte dolduran kişiyi yormamaktadır. Form kişinin sağlığı ile ilgili ve hem olumlu hem olumsuz yönlerini değerlendirmek imkânı sunmaktadır. Ölçek kişiyi sekiz boyutta toplam otuz altı madde ile incelemektedir. Ölçeğin toplam bir puanı olmamakla birlikte alt ölçeklerin ayrı toplam puanları vardır. 0-100 arasında değişen puanlamada 0 kötü sağlık durumunu, 100 ise iyi sağlık durumunu göstermektedir (62). Formun bu araştırmada kullanımı için yazılı izin alınmıştır (Ek 7).

### **3.5. Araştırmanın Uygulanması**

Hastanenin periton diyaliz polikliniğinde hastalar ile yüz yüze görüşülerek araştırma ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip, hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze anketler uygulandı. Araştırmacı tarafından literatür ve güncel rehberler dikkate alınarak hazırlanan eğitim kitapçığı doğrultusunda, hastalara periton diyaliz hakkında teorik ve uygulamalı olarak eğitim verildi (63, 64, 65, 66, 67). Bu eğitim görüşmesini takiben hastanın iletişim bilgileri alınarak araştırmacının iletişim bilgileri katılımcı hastalara verildi. Eğitimden sonra 3 ay boyunca hastalar eğitimin 7. Günü, 1. Ay, 2. Ay ve 3. Ayın sonunda telefon ile iletişime geçilerek hastalar tekrar değerlendirildi; hastaların ihtiyaç duyduğu konular belirlenerek kişiye özel eğitimler yapıldı. Hastalar ile 3.

Ayın sonunda telefonla görüşülerek son test ve SF-36 Kısa Yaşam kalitesi Ölçeği kullanılarak tekrar değerlendirildi. Ayrıca araştırmanın yapıldığı tarihler arasında hastanın peritonit ya da başka bir enfeksiyon tanısı alıp almadığı bilgisi hasta kayıtlarından elde edildi.

### **3.5.1. Hasta Eğitim Kitapçığı**

Hastalara verilecek olan eğitimde kullanılan eğitim kitapçığı, TNDTHD 12. Periton Diyalizi Hemşireliği Kursu yayınları, Türk Nefroloji Derneği yayınları ve literatürdeki makaleler doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı (63, 64, 65, 66, 67). Eğitimler hastalara ön test uygulandıktan sonra yüz yüze olarak yapıldı ve eğitim kitapçığı verildi. Eğitimler kurumun periton diyaliz hemşirelerinin de görüşleri alınarak yapıldı.

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmadan elde edilecek veriler SPSS for Windows 22.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow Smirnov normallik testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel sayı yüzde, ortalama, standart sapma, median ve interquartile range (IQR) ile gösterilmiştir. Hipotezlerin değerlendirilmesinde verilerin normal dağılıma uygunluğu dikkate alınarak uygun istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi periton diyaliz polikliniği ile sınırlıdır. Hastalara sorulan açık uçlu sorular hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda incelenmekte olup çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

#### **4. BULGULAR**

Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulayan hastalarda planlı eğitim verilmesi, telefonla takip edilmesi ile yaşam kalitesi ve peritonit oluşma sıklığını değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirilen çalışmada, elde edilen veriler istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Sosyo –Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

4.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalık Yönetimine İlişkin Bulgular

4.3. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.4. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi/Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları ve Bilgi-Beceri ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterlere Yönelik Bulgular

4.5. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puanları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

#### **4.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Sosyo –Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular**

Araştırmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özelliklerin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

	Kişi Sayısı (n=52)	Yüzde (%)
<b>Yaş (Ort±SS) (n=52)</b>	51,38±141,180	
25-45 yaş	22	42,3
46-80 yaş	30	57,7
<b>Cinsiyet(n=52)</b>		
Erkek	31	59,6
Kadın	21	40,4
<b>Medeni Durum(n=52)</b>		
Evli	47	90,4
Bekar	5	9,6
<b>Eğitim Durumu(n=52)</b>		
Okuma yazma yok	18	34,6
İlkokul	22	42,3
Ortaokul ve üzeri	12	23,07
<b>Ekonomik Durumu(n=52)</b>		
Gelir giderden az	3	5,8
Gelir gidere eşit	49	94,2
<b>Çalışma Durumu(n=52)</b>		
Tam gün	2	3,8
Yarım gün	7	13,5
Çalışmıyor	43	82,7
<b>Sosyal Güvence(n=52)</b>		
Var	51	98,1
Yok	1	1,9
<b>Aile Tipi(n=52)</b>		
Çekirdek	36	69,2
Geniş	16	30,8
<b>Yerleşim Yeri(n=52)</b>		
Köy	8	15,4
İlçe	21	40,4
İl	23	44,2

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Tablo 4.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %42,3'ü 25-45 yaş aralığında iken %57,7'si 46,80 yaş aralığındadır. Hastaların %59,6'sı erkek iken %40,4'ü kadındır. %90,4'ü evli, %9,6'sı ise bekârdır. Hastaların %34,6'sının okuma yazması yok iken %42,3'ü ilkokul mezunu, %19,2'si ve hastaların 23,07'si ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahiptirler. Hastaların %5,8'inin geliri giderinden az iken %92,2'sinin ise geliri giderine eşittir. Hastaların %3,8'i tam gün çalışmakta iken %13,5'i yarım gün çalışmakta %82,7'si ise çalışmamaktadır. Hastaların tamamına yakınının (%98,1) sosyal güvencesi vardır. Hastaların %69,2'si çekirdek aile iken %30,8'i geniş ailedir. %15,4'ü köyde yaşamakta, %40,4'ü ilçede, %44,2'si ise ilde yaşamaktadır.

#### 4.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalık Yönetimine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalığa İlişkin Bilgilerine Yönelik Bulgular

	Kişi Sayısı (n=52)	Yüzde (%)
<b>KBY dışında başka kronik hastalığınız var mı? (n=52)</b>		
Evet	23	44,2
Hayır	29	55,8
<b>Hastalık;(n=23)</b>		
Hipertansiyon	4	17,4
Diyabet	7	30,4
Atriyal septal defekt	1	4,3
Hipertansiyon-diyabet	11	47,8
<b>KBY tanısını ne zaman aldınız? (n=52)</b>		
1-4 yıl	24	46,2
5 yıl ve üzeri	28	53,8
<b>Periton diyalizini ne zamandır uyguluyorsunuz? (n=52)</b>		
1 yıl ve altı	16	30,8
2 yıl	11	21,2
3 yıl ve üstü	25	48,1
<b>Periton diyalizine yönelik eğitim aldınız mı? (n=52)</b>		
Evet	51	98,1
Hayır	1	1,9
<b>Son bir yılda periton diyalizi ilgili kaç kez eğitim aldınız? (n=51)</b>		
1-3 kez	28	54,9
4-6 kez	20	39,2
6 üzeri	3	5,9
<b>Poliklinik kontrollerinize düzenli geliyor musunuz? (n=52)</b>		
Evet	52	100,0
Hayır	0	0,0
<b>Evet ise ne sıklıkla geliyorsunuz? (n=52)</b>		
Her ay	24	46,2
İki ayda bir	27	51,9
Üç ayda bir	1	1,9

Tablo 4.2.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %44,2'sinin KBY dışında başka kronik hastalığı var iken %55,8'inin yoktur. Başka kronik hastalığı olan hastaların %17,4'ü hipertansiyon hastası iken %30,4'ü diyabet, %4,3'ü atriyal septal defekt, %47,8'i ise hem hipertansiyon hem de diyabet hastasıdır. Hastaların %46,2'si 1-4 yıldır KBY tanısı almış iken %53,8'i ise 5 ve üzeri yıldır almıştır. Hastaların %30,8'i 1 ve daha az yıldır periton diyalizini uygulamakta iken %21,2'si 2 yıldır, %48,1'i ise 3 ve üzeri yıldır uygulamaktadır. Hastaları tamamına yakını (%98,1) periton diyalizine yönelik eğitim almıştır. Hastaların %54,9'u son bir yılda periton diyalizi ile ilgili 1-3 kez eğitim almış iken

%39,2'si 4-6 kez, %5,9'u ise 6'nın üstünde eğitim almıştır. Hastaların tamamı poliklinik kontrollerine düzenli olarak gelmektedir. %46,2'si her ay, %51,9'u iki ayda bir, %1,9'u ise üç ayda bir kontrole gelmektedir.

**Tablo 4.2.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi ve Sonrası Periton Diyalizi İle İlgili Bilgilerine Yönelik Bulgular**

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	n=52	%	n=52	%
<b>Periton diyaliz uygulaması ile ilgili ne düzeyde bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz? (n=52)</b>				
İyi düzeyde	5	9,6	5	9,6
Orta düzeyde	46	88,5	47	90,4
Yetersiz	1	1,9	0	0,0
<b>Son altı ayda periton diyalizi komplikasyonlarına bağlı servise yatışınız oldu mu? (n=52)</b>				
Evet	26	50,0	8	15,4
Hayır	26	50,0	44	84,6
<b>Komplikasyon türü;( n=26)</b>	n=26		n=8	
Peritonit	24	92,3	8	100,0
Çıkış yeri enfeksiyonu	2	7,7	0	0,0
<b>Komplikasyon sayısı;</b>				
1	18	69,2	8	100,0
2	6	23,1	0	0,0
3	2	7,7	0	0,0
<b>Peritonit belirtilerini biliyor musunuz? n=52</b>				
Evet	48	92,3	52	100,0
Hayır	4	7,7	0	0,0
<b>Evet ise peritonit belirtileri;</b>	n=48			
Karın ağrısı	5	10,4	0	0,0
Sıvı bulanıklığı	2	4,2	0	0,0
Sıvı bulanıklığı-karın ağrısı	19	39,6	0	0,0
Karın ağrısı-bulantı	2	4,2	0	0,0
Bulantı-kusma	1	2,1	0	0,0
Karın ağrısı-ödem-sıvı bulanıklığı-bulantı	4	8,3	8	15,4
Karın ağrısı-kusma-sıvı bulanıklığı	8	16,7	23	44,2
Karın ağrısı-bulantı-kusma-sıvı bulanıklığı	7	14,6	21	40,4
<b>Periton Diyalizini uyguladığınız ayrı bir odanız var mı?( n=52)</b>	n=52	%	n=52	%
Evet	27	51,9	29	55,8
Hayır	25	48,1	23	44,2
<b>Verilen diyet programına uyuyor musunuz? (n=52)</b>				
Diyete uyumu var	28	53,8	38	73,1
Tuz alımına dikkat ediyor	11	21,2	11	21,2
Kontrollü sıvı alımı	2	3,8	3	5,8
Diyete uymuyor	11	21,2	0	0,0

Tablo 4.2.2. incelendiğinde; eğitim öncesinde hastaların %9,6'sı periton diyaliz uygulaması ile ilgili iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünmekte iken %88,5'i orta

düzeyde, %1,9'u ise yetersiz olduğunu düşünmektedir. Eğitim aldıktan sonra ise hataların yine %9,6'sı periton diyaliz uygulaması ile ilgili iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünmekte, %90,4'ü ise orta düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir.

Eğitim öncesinde hastaların %50,0'ünün son altı ay içinde periton diyalizi komplikasyonlarına bağlı servise yatışı olmuş iken %50,0'ünün olmamıştır. Servise yatan hastaların %92,3'ünün komplikasyonu peritonite bağlı iken %7,7'si ise çıkış yeri enfeksiyonuna bağlıdır. %69,2'sinin komplikasyon sayısı 1, %23,1'inin 2, %7,7'sinin ise 3'tür. Eğitim sonrasında ise hastaların %15,4'ünün son altı ay içinde periton diyalizi komplikasyonlarına bağlı servise yatışı olmuş iken %84,6'sının olmamıştır. Servise yatan hastaların tamamının komplikasyonu peritonite bağlı ve komplikasyon sayısı 1'dir.

Eğitim öncesinde hastaların %92,3'ü peritonit belirtilerini bildiğini, %7,7'si ise bilmediğini belirtmiş iken eğitim sonrasında ise hastaların tamamı peritonit belirtilerini bildiğini belirtmiştir. Eğitim öncesinde peritonit belirtilerini bildiğini belirten hastaların %10,4'ü belirtinin karın ağrısı olduğunu, %4,2'si sıvı bulanıklığı, %39,6'sı sıvı bulanıklığı ve karın ağrısı, %4,2'si karın ağrısı ve bulantı, %2,1'i bulantı ve kusma, %8,3'ü karın ağrısı, ödem, sıvı bulanıklığı ve bulantı, %16,7'si karın ağrısı, kusma ve sıvı bulanıklığı, %14,6'sı ise karın ağrısı, bulantı, kusma ve sıvı bulanıklığı olduğunu söylemiştir. Eğitim sonrasında peritonit belirtilerini bildiğini belirten hastaların ise %15,4'ü belirtinin karın ağrısı, ödem, sıvı bulanıklığı ve bulantı olduğunu, %44,2'si karın ağrısı, kusma ve sıvı bulanıklığı, %40,4'ü karın ağrısı, bulantı, kusma ve sıvı bulanıklığı olduğunu söylemiştir.

Eğitim öncesinde hastaların %51,9'u periton diyalizini uyguladığı ayrı bir odası olduğunu belirtmiş iken eğitim sonrasında bu oran %55,8'e çıkmıştır.

Eğitim öncesinde hastaların %53,8'i verilen diyetle uymakta, %21,2'si tuz alımına dikkat etmekte, %3,8'i kontrollü sıvı alımına dikkat etmekte iken hastaların %21,2'si ise diyetle uymamaktadır. Eğitim sonrasında ise diyetle uyan hastaların oranı %73,1'e çıkmış iken %21,2'si tuz alımına dikkat etmiş, %5,8'i kontrollü sıvı alımına dikkat etmiş ve diyetle uymayan hasta kalmamıştır.

### 4.3. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi/Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

#### 4.3.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
	Yaş Grubu		Test (t) p	Yaş Grubu		Test (t) p
	25-45 Yaş	46-80 Yaş		25-45 Yaş	46-80 Yaş	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36</b>						
<u>Alt Boyutlar</u>						
Fiziksel Rol Güçlüğü	64,77±44,761	20,83±38,329	3,713; <b>0,001</b> **	64,77±44,761	20,83±38,329	3,713; <b>0,001</b> **
Fiziksel Fonksiyon	54,29±15,985	30,74±23,286	4,322; <b>0,000</b> ***	59,34±3,979	37,41±22,740	5,177; <b>0,000</b> ***
Emosyonel Rol Güçlüğü	78,79±37,860	40,00±48,265	3,246; <b>0,002</b> **	87,88±28,257	51,11±49,312	3,394; <b>0,001</b> **
Enerji/Canlılık/Vitalite	49,09±10,980	37,50±9,716	4,022; <b>0,000</b> ***	49,76±10,305	41,00±7,589	3,317; <b>0,002</b> **
Ruhsal Sağlık	67,27±9,041	59,73±10,657	2,683; <b>0,010</b> *	68,73±8,697	64,80±7,531	1,740; 0,088
Sosyal İşlevsellik	68,75±13,774	55,42±18,477	2,850; <b>0,006</b> **	62,05±9,929	55,08±12,007	2,218; <b>0,031</b> *
Ağrı	61,25±16,722	50,17±19,530	2,146; <b>0,037</b> *	62,27±13,992	51,17±16,812	2,522; <b>0,015</b> *
Genel Sağlık Algısı	55,00±11,952	40,00±10,086	4,899; <b>0,000</b> ***	56,14±8,855	46,00±7,922	4,337; <b>0,000</b> ***

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma  
t=Bağımsız Örneklem T Testi  $p$ =Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.1 incelendiğinde; 25-45 ve 46-80 yaş grupları arasında eğitim öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre 25-45 yaş grubunun eğitim öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları 46-80 yaş grubundaki kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

25-45 ve 46-80 yaş grupları arasında eğitim sonrası Fiziksel Rol Güçlüğü, Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre 25-45 yaş grubunun eğitim sonrası Fiziksel Rol Güçlüğü, Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları 46-80 yaş grubundaki kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erkekler İle Kadınlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
	Cinsiyet		Test (t) p	Cinsiyet		Test (t) p
	Erkek	Kadın		Erkek	Kadın	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36</b>						
<u>Alt Boyutlar</u>						
Fiziksel Rol Güçlüğü	27,42±42,009	57,14±47,528	-2,374; <b>0,021</b> *	27,42±42,009	57,14±47,528	-2,374; <b>0,021</b> *
Fiziksel Fonksiyon	33,15±24,237	51,85±17,510	-3,228; <b>0,002</b> **	44,09±21,561	50,53±18,667	-1,115; 0,270
Emosyonel Rol Güçlüğü	45,16±47,569	73,02±44,246	-2,130; <b>0,038</b> *	60,22±45,882	76,19±43,644	-1,256; 0,215
Enerji/Canlılık/Vitalite	40,00±11,762	45,95±10,911	-1,843; 0,071	43,50±9,926	46,19±9,474	-0,970; 0,337
Ruhsal Sağlık	60,52±11,673	66,48±7,744	-2,051; <b>0,046</b> *	65,42±9,153	68,00±6,450	-1,116; 0,270
Sosyal İşlevsellik	55,24±18,477	69,64±12,852	-3,314; <b>0,002</b> **	55,97±12,157	61,07±10,264	-1,579; 0,121
Ağrı	49,76±17,058	62,38±19,708	-2,459; <b>0,017</b> *	55,00±16,215	57,14±17,217	-0,456; 0,650
Genel Sağlık Algısı	44,52±12,997	49,05±13,193	-1,226; 0,226	49,68±9,393	51,19±10,235	-0,550; 0,585

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.2. incelendiğinde; kadın ve erkekler arasında eğitim öncesi Fiziksel Rol Güçlüğü, Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre kadınların eğitim öncesi Fiziksel Rol Güçlüğü, Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı alt boyut puanları erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır.

Kadın ve erkekler arasında eğitim sonrası Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre kadınların eğitim sonrası Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası			
	Eğitim Durumu			Test (f) P	Eğitim Durumu			Test (f) P
	1.Okuma yazma yok	2.İlkokul	3.Ortaokul ve üstü		1.Okuma yazma yok	2.İlkokul	3.Ortaokul ve üstü	
Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36</b>								
<b>Alt Boyutlar</b>								
Fiziksel Rol Güçlüğü	31,94±45,216	39,77±47,97	50±46,466	0,539; 0,587	31,94±45,216	39,77±47,97	50±46,466	0,539; 0,587
Fiziksel Fonksiyon	24,69±24,494	47,98±19,664	51,39±15,556	8,349; <b>0,001</b> ** Fark; 1-2,3	38,27±23,173	51,01±17,369	51,39±19,117	2,453; 0,096
Emosyonel Rol Güçlüğü	37,04±48,357	65,15±47,673	69,44±41,337	2,415; 0,100	61,11±47,486	63,64±47,038	80,56±38,817	0,743; 0,481
Enerji/ Canlılık/ Vitalite	36,67±9,852	42,50±10,206	50,83±12,401	6,404; <b>0,003</b> ** Fark; 1-3	41,67±7,859	44,05±8,309	50±12,792	2,900; 0,065
Ruhsal Sağlık	57,11±7,615	62,55±10,368	72,33±8,606	10,106; <b>0,000</b> *** Fark; 3-1,2	63,11±9,26	65,64±5,745	73±7,058	6,627; <b>0,003</b> ** Fark; 3-1,2
Sosyal İşlevsellik	52,78±17,964	59,66±17,222	76,04±6,437	7,994; <b>0,001</b> ** Fark; 3-1,2	56,81±13,688	56,82±10,035	62,08±10,915	0,950; 0,394
Ağrı	47,64±17,915	50,34±15,647	73,96±13,918	11,097; <b>0,000</b> *** Fark; 3-1,2	52,08±18,155	56,82±13,074	59,79±19,583	0,845; 0,436
Genel Sağlık Algısı	40,56±8,893	44,77±13,406	57,92±11,373	8,482; <b>0,001</b> ** Fark; 3-1,2	46,94±6,216	50,68±10,035	54,58±11,958	2,402; 0,101

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

f=Tek Yönlü Varyans Analizi Testi (ANOVA) Fark=Tukey HSD Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.3. incelendiğinde; eğitim düzeyleri arasında eğitim öncesi Fiziksel Fonksiyon, Enerji/ Canlılık/ Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre okur yazar olmayan kişilerin eğitim öncesi Fiziksel Fonksiyon alt boyutu puanları eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul ve üstü olan kişilerden anlamlı derecede daha azdır. Okur yazar olmayan kişilerin eğitim öncesi Enerji/ Canlılık/ Vitalite alt boyutu puanları eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan kişilerden anlamlı derecede daha azdır. Eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan kişilerin Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alt boyutu puanları eğitim düzeyi okuma yazma yok ve ilkokul olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Eğitim düzeyleri arasında eğitim sonrası Ruhsal Sağlık alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre eğitim

düzeyi ortaokul ve üzeri olan kişilerin eğitim sonrası Ruhsal Sağlık alt boyutu puanları eğitim düzeyi okuma yazma yok ve ilkokul olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4.3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Başka Kronik Hastalık Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
	Başka Kronik Hastalık Durumu	Hastalık Olma	Test (t)	Başka Kronik Hastalık Durumu	Hastalık Olma	Test (t)
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	p	Ort±SS	Ort±SS	p
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36</b>						
<b>Alt Boyutlar</b>						
Fiziksel Rol Güçlüğü	32,61±46,731	44,83±45,991	-0,945; 0,349	32,61±46,731	44,83±45,991	-0,945; 0,349
Fiziksel Fonksiyon	32,85±22,28	46,93±22,886	-2,230; <b>0,030*</b>	39,37±24,327	52,49±14,891	-2,271; 0,029
Emosyonel Rol Güçlüğü	42,03±48,427	67,82±44,972	-1,985; 0,053	56,52±48,653	74,71±41,457	-1,428; 0,160
Enerji/Canlılık/Vitalite	38,48±11,325	45,52±11,208	-2,239; <b>0,030*</b>	42,83±9,023	46,07±10,216	-1,189; 0,240
Ruhsal Sağlık	62,43±8,067	63,31±12,378	-0,293; 0,771	66,78±7,763	66,21±8,658	0,249; 0,804
Sosyal İşlevsellik	57,61±15,420	63,79±19,291	-1,252; 0,216	54,46±12,362	60,86±10,314	-2,037; <b>0,047*</b>
Ağrı	52,5±19,144	56,72±19,087	-0,792; 0,432	53,37±19,167	57,84±14,059	-0,971; 0,336
Genel Sağlık Algısı	44,35±14,005	47,93±12,43	-0,976; 0,334	49,57±11,669	50,86±7,913	-0,477; 0,636

\* $p < 0,05$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.4. incelendiğinde; başka kronik hastalığı olan ve olmayan kişiler arasında eğitim öncesi Fiziksel Fonksiyon, Enerji/Canlılık/Vitalite alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre başka kronik hastalığı olmayan kişilerin Fiziksel Fonksiyon, Enerji/Canlılık/Vitalite alt boyut puanları başka kronik hastalığı olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Başka kronik hastalığı olan ve olmayan kişiler arasında eğitim sonrası Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre başka kronik hastalığı olmayan kişilerin Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları başka kronik hastalığı olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

#### 4.4. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi/Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları ve Bilgi-Beceri ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterlere Yönelik Bulgular

**Tablo 4.4.1. Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Test İstatistiği	
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36</b>				
<u>Alt Boyutlar</u>				
Fiziksel Rol Güçlüğü	39,42±46,269	39,42±46,269	-	
Fiziksel Fonksiyon	40,71±23,486	46,69±20,501	-2,466	<b>0,017*</b>
Emosyonel Rol Güçlüğü	56,41±47,846	66,67±45,254	-1,561	0,125
Enerji/Canlılık/Vitalite	42,40±11,694	44,61±9,739	-2,040	<b>0,047*</b>
Ruhsal Sağlık	62,92±10,601	66,46±8,200	-2,851	<b>0,006**</b>
Sosyal İşlevsellik	61,06±17,791	58,03±11,604	1,372	0,176
Ağrı	54,86±19,042	55,87±16,493	-0,366	0,716
Genel Sağlık Algısı	46,35±13,140	50,29±9,672	-2,565	<b>0,013*</b>

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

t=Bağımlı Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.4.1. incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeği için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ( $p>0,05$ ) iken eğitim öncesi ve eğitim sonrası fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,01$ ). Buna göre; eğitim sonrası fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarının, eğitim öncesi puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 4.4.2. Eğitim Öncesi İle Eğitim Sonrası Bilgi-Beceri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterler Tablosu Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Z	p
<b>Bilgi ve Beceri Kriterleri</b>				
Kişisel Hijyen	12 (4-20)	12 (8-20)	-2,043	<b>0,041*</b>
Değişim Prosedürü	12 (0-20)	16 (12-20)	-2,130	<b>0,033*</b>
Kayıt Defteri Kullanımı	8 (4-20)	4 (4-20)	-2,754	<b>0,006**</b>
Atık Madde Kullanımı	12 (4-16)	12 (4-20)	-2,826	<b>0,005**</b>
Tedavi Detayları	20 (4-20)	20 (16-20)	-3,703	<b>0,000***</b>
<b>Diyaliz Ortamına Ait Kriterler</b>				
Evin Genel Durumu	20 (12-20)	20 (12-20)	-0,310	0,756
Değişim Odası	12 (4-20)	12 (4-20)	-0,811	0,417
Banyo Tuvalet Kullanımı	16 (8-20)	16 (8-20)	-0,982	0,326
Solüsyon Depolama	16 (8-16)	12 (8-16)	-2,556	<b>0,011*</b>
Sosyo-Ekonomik Durum	8 (8-16)	8 (4-16)	-2,271	<b>0,023*</b>

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$

Min=Minimum Maks=Maksimum Z=Wilcoxon Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.4.2. incelendiğinde; bilgi - beceri kriterleri ve diyaliz ortamına ait kriterler için uygulanan Wilcoxon testi sonucunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası evin genel durumu, değişim odası ve banyo tuvalet kullanımı puan düzeyleri (medyan) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ( $p > 0,05$ ) iken eğitim öncesi ve eğitim sonrası kişisel hijyen, değişim prosedürü, kayıt defteri kullanımı, atık madde kullanımı, tedavi detayları, solüsyon depolama ve sosyo-ekonomik durum puan düzeyleri (medyan) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Buna göre; eğitim sonrası kişisel hijyen, değişim prosedürü, atık madde kullanımı, tedavi detayları puan düzeylerinin, eğitim öncesi puan düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu; eğitim sonrası kayıt defteri kullanımı, solüsyon depolama ve sosyo-ekonomik durum puan düzeylerinin ise eğitim öncesi puan düzeylerinden anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz (Eğitim öncesi ve eğitim sonrası medyan değerleri aynı olan değişkenlerin minimum ve maksimum değerleri dikkate alınarak yorum yapılmıştır.).

#### 4.5. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 4.5. Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		Fiziksel Rol Güçlüğü	Fiziksel Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji/Canlılık/Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
Kişisel Hijyen	r	-0,151	0,163	0,242	0,094	0,316	0,413	0,392	0,125
	p	0,284	0,247	0,084	0,511	<b>0,022*</b>	<b>0,002**</b>	<b>0,004**</b>	0,375
Değişim Prosedürü	r	-0,297	-0,164	-0,164	-0,292	-0,038	-0,085	-0,019	-0,160
	p	<b>0,033*</b>	0,247	0,247	0,038	0,789	0,549	0,896	0,256
Kayıt Defteri Kullanımı	r	0,008	-0,045	0,124	0,241	0,299	0,116	0,191	-0,033
	p	0,953	0,752	0,381	0,088	<b>0,031*</b>	0,414	0,176	0,815
Atık Madde Kullanımı	r	-0,125	0,235	0,051	0,010	0,116	0,314	0,186	0,054
	p	0,376	0,094	0,722	0,943	0,414	<b>0,024*</b>	0,187	0,706
Tedavi Detayları	r	-0,060	-0,223	-0,279	-0,046	-0,035	0,051	0,053	-0,110
	p	0,673	0,112	<b>0,045*</b>	0,748	0,806	0,719	0,708	0,438
Evin Genel Durumu	r	0,250	0,288	0,285	0,250	0,075	0,252	0,168	0,076
	p	0,074	<b>0,039*</b>	<b>0,041*</b>	0,077	0,596	0,071	0,233	0,594
Değişim Odası	r	-0,431	-0,082	-0,195	-0,225	0,205	0,009	-0,039	-0,271
	p	<b>0,001**</b>	0,561	0,165	0,113	0,145	0,952	0,785	0,052
Banyo Tuvalet Kullanımı	r	-0,158	-0,316	0,113	-0,085	0,025	-0,031	-0,071	-0,083
	p	0,263	<b>0,022*</b>	0,424	0,552	0,858	0,830	0,618	0,559
Solüsyon Depolama	r	-0,152	-0,117	0,162	0,007	0,085	0,112	0,189	0,036
	p	0,281	0,407	0,252	0,964	0,547	0,431	0,179	0,800
Sosyo-Ekonomik Durum	r	-0,034	0,160	0,128	0,294	0,202	0,119	0,273	0,157
	p	0,808	0,256	0,365	<b>0,036*</b>	0,152	0,400	0,050	0,266

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$   $r = \text{Spearman's rho}$  Korelasyon Katsayısı  $p = \text{Anlamlılık Düzeyi}$

Tablo 4. incelendiğinde ise eğitim sonrası yaşam kalitesi puanları ile bilgi-beceri kriterleri ve diyaliz ortamına ait kriter puanları için uygulanan korelasyon analizi sonucunda hastaların kişisel hijyen puanı ile ruhsal sağlık puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde ( $r=0,316$ ;  $p<0,05$ ), sosyal işlevsellik puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde ( $r=0,413$ ;  $p<0,01$ ), ağrı puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde ( $r=0,392$ ;  $p<0,01$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; değişim prosedürü puanı ile fiziksel rol güçlüğü puanı

arasında düşük düzeyde negatif yönde ( $r=-0,297$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu, atık madde kullanımı puanı ile sosyal işlevsellik puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde ( $r=0,314$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; tedavi detayları puanı ile emosyonel rol güçlüğü puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde ( $r=-0,279$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; evin genel durumu puanı ile fiziksel fonksiyon puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde ( $r=0,288$ ;  $p<0,05$ ) ve emosyonel rol güçlüğü puanı arasında da düşük düzeyde pozitif yönde ( $r=0,285$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; değişim odası puanı ile fiziksel rol güçlüğü puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ( $r=-0,431$ ;  $p<0,01$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; banyo tuvalet kullanımı puanı ile fiziksel fonksiyon puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ( $r=-0,316$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu; sosyo-ekonomik durum puanı ile enerji/ canlılık/ vitalite puanı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde ( $r=0,294$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz.



## 5. TARTIŞMA

SAPD uygulayan hastalarda planlı eğitim ve telefon takibinin peritonit görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; elde edilen bulgular, literatürden edinilen bulgular çerçevesinde ve benzer çalışmalar sonuçlarıyla tartışıldı. Tartışma, bulgular kısmında elde edilen ve aşağıda belirtilen 5 ana başlık şeklinde yapıldı.

5.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Sosyo –Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalık Yönetimine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.4. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi/Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Ve Bilgi-Beceri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterlere Yönelik Bulguların Tartışılması

5.5. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puanları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

### 5.1. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Sosyo –Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan hastaların yarıya yakını 25-45 yaş aralığında iken yarıdan fazlası 46-80 yaş aralığında ve yarıdan fazlası erkekti. Araştırmaya katılanların tamamına yakını evliydi. Hastaların yarıya yakını ilkokul mezunu, hastaların tamamına yakını gelirinin gidere eşit olduğunu belirtti. Hastaların büyük bir çoğunluğu herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi vardı. Hastaların yarıdan fazlası çekirdek ailesi ile birlikte yaşamaktaydı ve araştırmaya katılan hastaların yarıya yakını il merkezinde yaşamaktaydı (Tablo 4.1.1.). Aylaz ve ark. (5)'nin 2009 yılında

yaptığı “ Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne etkisi” başlıklı çalışmada; çalışmaya katılanların yaş ortalaması 48,09 ±13,75, %79,6’sı evli, %72,2’si eş ve çocukları ile yaşıyor olarak bulunmuştur. Hiçdurmaz ve ark.(68)’nin Ankara ilinde yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan SAPD uygulayan hastaların %25,6’sının yaş grubu 35-44 iken, %51’ i erkek, %50,3’ü çalışmıyor, hastaların hepsinin sosyal güvencesinin olduğu, %62,4’ü orta gelirli olduğunu bildirmişlerdir. Akkuş H.(69)’nin yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %72,7’si kadın, yaş ortalamaları 51,90±17,24 olarak bulunmuştur. Hastaların %45,4 ‘ü ilkokul mezunu, %81,8 ‘i evli, %81,8’i herhangi bir işte çalışmamakta, %36,4’ünün geliri giderden az olarak bildirilmiştir. Bu yapılan çalışmalar doğrultusunda, farklı illerde ve farklı zamanlarda yapılmış çalışmaların hastaların yaş aralıkları, medeni durumları arasında benzerlik olduğu söylenebilir. Hastaların eğitim seviyeleri çalışmaların yapıldığı illere ve yaş gruplarının yoğunluğuna göre değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun okuma yazmasının olmamasının veya ilkokul mezunu olmasının sebebi, çalışmanın hastaların Güneydoğu Anadolu Bölgesinde kırsal kesimde yaşıyor olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

## **5.2. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Hastalık Yönetimine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmada araştırmaya katılan hastaların hastalıkla ilgili verileri incelendiğinde; yarıya yakınının (%44,2) KBY dışında başka kronik hastalığı vardı. Bu hastaların %17,4’ü hipertansiyon hastası iken, %30,4’ü diyabet, %4,3’ü atriyal septal defekt, %47,8’i ise hem hipertansiyon hem de diyabet hastasıydı. Hastaların yarıya yakını (%46,2) 1-4 yıl önce KBY tanısı almış iken, %53,8’i ise 5 ve üzeri yıldır KBY hastasıydı. Hastaların yarıya yakını (%48,1) 3 yıl ve üzeri, %30,8’i 1 ve daha az yıldır periton diyalizini uygulamaktaydı (Tablo 4.2.1.). Peker N (70)’nin 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada; hastaların %21,8’i 1-3 yıldır KBY tanısı almış olduğu, %34,8’nin ise 10 ve üzeri yıldır KBY tanısı ile takip edildiği belirtilmiştir. Hastaların yarıdan fazlasında hipertansiyon, daha düşük oranlarda ise diyabet ile kalp yetmezliği hastalıklarının, KBY’ye eşlik ettiği açıklanmıştır. Hastaların %38’i 1-2 yıldır periton diyalizi uyguluyor olarak bildirilmiştir. Karabulutlu ve Tan (7)’nin 2005 yılında yaptığı çalışmada; hastaların periton diyalizine başlama süresi, hastaların

yarısında(%50) 1-4 yıl olarak ifade edilmiştir. Yapılan başka bir çalışma incelendiğinde, hastaların %36,4'ünde KBY dışında diyabet ve hipertansiyon olduğu bildirilirken; bu hastaların büyük çoğunluğunun 5 yıldan az, geriye kalanının ise 5-10 yıl arası KBY tanısı aldığı açıklanmıştır. Hastaların %54,5'i 2-3 yıl, %36,4'ü 3-4 yıldır periton diyalizi uygulamakta olduğu bildirilmiştir. KBY tanısı ile birlikte hastalarda farklı kronik hastalıklar eşlik etmekle birlikte hastaların çoğunluğunun diyabet ya da hipertansiyon hastası oldukları tespit edildi.(69)

Çalışmada hastaların periton diyaliz eğitimine ilişkin verileri incelendiğinde; tamamına yakınının (%98,1) periton diyalize yönelik eğitim aldığı ve bu hastaların yarısından fazlasının ise son bir yıl içerisinde 1-3 kez eğitim almış olduğu belirlendi. Eğitim öncesinde hastaların büyük çoğunluğu (%88,5) periton diyaliz uygulaması ile ilgili "orta" düzeyde bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, %9,6'sı "iyi" düzeyde, %1,9'u ise "yetersiz" düzeyde bilgi sahibi olduğunu ifade etmekteydi. Eğitim aldıktan sonra ise tamamına yakını (%90,4) "orta" düzeyde bilgi sahibi olduğunu bildirdi (Tablo 4.2.2.). Chang ve ark.(71)'nin 2018 yılında yayınladığı çalışmada; evde verilen periton diyaliz eğitimlerinin hasta üzerine etkilerine bakıldığında, eğitimin PD ile ilişkili enfeksiyonlar riskini azalttığını belirtmişlerdir. Neville ve ark.(72) yaptıkları araştırma sonucunda, periton diyaliz eğitim programlarında eksikliklerin olduğunu saptamış; multidisipliner ekibin çeşitli üyelerini içeren ve iş birliğine dayalı bir yaklaşım dâhilinde öğrenme gücüne olan, yaşlı hasta popülasyonu ve pediyatrik gruplar gibi birçok hasta grubunu kapsaması için, çeşitli duylara hitap eden bir eğitim programının tasarlanması gerekliliğini ortaya koymuş ve bunun sonucunda hastalarda eğitim süresinin kısaldığını ve peritonit oranlarının azaldığını belirtmişlerdir. Magnes M ve ark.(73), çalışma kapsamına aldığı bireylerin yarısının, eğitim videolarından en az birini izlediğini ve bu eğitimlerin sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, araştırmaya dâhil edilen hastaların son bir yıl içerisinde eğitim almalarına ve eğitimlerinin tekrarlı olmasına rağmen, bilgi düzeylerinin "orta" seviyede bulunması; eğitim ile ilgili yetersizlik olduğunu, eğitim içerik/materyallerinin iyileştirilip geliştirilmesi ve eğitim veren kişi/ekibin sayısının artırılması gerekliliğini düşündürülebilir. Literatürde belirtildiği gibi (71,72,73,74) periton diyaliz uygulayan hastalara, verilen eğitimin kişiye özgü olması gerektiği, farklı metot materyal kullanılması ve eğitim materyallerinin birçok

duyuya hitap etmesi gerektiği ortaya konulmuş olup; bu açıdan çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmada, servise yatan hastaların PD komplikasyonlarına yönelik verileri değerlendirildiğinde; bu hastaların tamamına yakınının (%92,3) yatış nedeninin peritonite, %7,7'sinin ise çıkış yeri enfeksiyonuna bağlı olduğu bulundu. Hastaların yarısında fazlasının (%69,2) komplikasyon sayısı 1 iken, %23,1'inin 2 olarak saptandı. Eğitim sonrasında ise hastaların sadece %15,4'ünün son altı ay içinde, peritonite bağlı yatışı olduğu ve komplikasyon sayısının yalnızca bir olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.2.). Öztürk Y. Ve ark. (74)'nin 2011-2017 yılları arasında periton diyaliz ünitesinde takip edilen 65 hasta ile yaptığı retrospektif araştırmada; hastaların yarısından fazlasında peritonit atağı saptanmazken, 28 hastada en az bir defa peritonit atağı olduğu ve toplam peritonit atak sayısının 49 olduğu belirtilmiştir. Çolak B. ve ark. (75)'nin periton diyaliz ünitesinde yaptıkları çalışmada; toplam 55 hastanın, yarıya yakınının 35 peritonit atağı geçirdiği 4 hastada ise tünel enfeksiyonu geliştiğini bildirmişlerdir. Kut E. ve Cengiz K.(2)'nin yaklaşık 5 yılı kapsayan yaptıkları çalışmada; inceledikleri 112 hastanın yarısından fazlasında en az bir peritonit atağı saptanmış olup toplam 121 peritonit atağı görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu çalışmada, en sık görülen periton diyaliz komplikasyonunun peritonit olması, ülkemizin çeşitli illerinde yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Yaptığımız çalışmada, hastalara verilen eğitim ile peritonit ataklarının ciddi oranda azaldığı gözlenirken; karşılaştığımız çalışmalarda eğitimin peritonit atakları üzerine etkisi ile ilgili verilerin olmaması, bu konuya ışık tutacak kaynakların artırılması gerektiğini düşündürebilir. Ayrıca peritonite en fazla neden olan etkenin tespit edilmesine yönelik çalışmaların geliştirilebileceği ve eğitim içeriklerinin bu çalışmalar doğrultusunda peritoniti önleyici yaklaşımları içermesi gerektiği ileri sürülebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların diyetle uyum ile ilişkili verileri incelendiğinde; eğitim öncesinde hastaların %53,8'i verilen diyetle uymakta, %21,2'si tuz alımına dikkat etmekte, %3,8'i kontrollü sıvı alımına dikkat etmekte iken hastaların %21,2'si ise diyetle uymamaktaydı. Eğitim sonrasında ise diyetle uyan hastaların oranı üç katına ulaşmış olup, tuz alımına dikkat eden hasta oranı değişmedi. %5,8'i kontrollü sıvı alımına dikkat ettiğini belirtti ve diyetle uymayan hasta kalmadığı görüldü (Tablo 4.2.2.). Ayaz Ö.(76)'nin yaptığı çalışmada; periton diyaliz hastalarının yaklaşık üçte bir oranında diyeti tam

uyguladıklarını, benzer orandaki hastaların tam uygulamadıkları ve üçte birinin diyeti uygulamadıkları belirtilmiştir. Yağcı Y.(77)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre; hastaların yarısından fazlasının diyetini uygulamadığı ve yemekleri tüketme şekli sorulduğunda büyük bir çoğunluğunun “tuzsuz” şekilde beslendiğini ifade ettiği belirtilmiştir. Periton diyaliz hastalarında sıvı elektrolit dengesinin devamlılığı, metabolik atıkların uzaklaştırılması, KBY'nin metabolik komplikasyonlarının önlenmesi ile yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması beslenme protokolünün önemli hedeflerindedir (34). Standardize edilmemiş beslenme şekli hastalığın prognozunda yüksek sağlık harcamaları, morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir.(78) Araştırma kapsamına alınan hastaların diyetine uymamaları; hastalara verilecek olan eğitimlerle davranış değişikliğine dönüşmesinin zor olduğu ve zaman aldığını düşündürebilir. Verilen eğitim programlarında diyetisyenin de eğitime dâhil edilmesi hastaların farkındalığını arttırabilir ve uyum süreçlerinde hızlanmayı sağlayacağı öngörülebilir. Bu öngörümüzü destekler nitelikte olan bir araştırmada, hastaların en çok bilgilendirilmek istedikleri 5 konu içerisinde “diyet” dördüncü sırada yer almış ve hastaların uygulayacak diyeti diyetisyenden öğrenmek istedikleri bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, diyetine uyumdaki % 35'lik oran azımsanacak gibi görülse de hastaların yaşamında ciddi bozukluklara yol açabileceği ve literatürle uyumlu olduğu açıklanmıştır (79).

### **5.3. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Çalışmada, araştırma kapsamına alınan kişilerin sosyo-domografik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçek puanlarının eğitim öncesi-sonrası arasında ki farklılığı incelendiğinde; 25-45 yaş grubunun eğitim öncesi ve sonrası 46-80 yaş grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanları daha fazladır(Tablo 4.3.1.). Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada; kadınların eğitim öncesi yaşam kalitesi ölçeğinin 6 alt boyutunda aldığı ölçek puan ortalamaları, erkeklerden daha fazla iken eğitim sonrası kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin “fiziksel rol güçlüğü” alt boyut puanı erkeklere göre daha fazladır(Tablo 4.3.2.). Hastaların eğitim durumları ele alındığında; eğitim öncesi/sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları değişse de okuma yazması olmayan/ilkokul mezunu olan kişilerin, yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ortaokul mezunu ve üstü kişilere göre daha

azdır (Tablo 4.3.3.). Hastaların başka kronik hastalık varlığı durumunda yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; eğitim öncesi/sonrası eşlik eden kronik hastalığı bulunmayan kişilerin, bulunanlara göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları daha fazladır(Tablo 4.3.4.). Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçek puanı kadınlarda erkeklere kıyasla daha düşük bulunmuş, eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerine bir etkisi bulunmamışken, artan “yaş” grubunda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur.(80). Diğer bir çalışmada hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler incelenmiş olup; yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmışken, eğitim durumu ile pozitif bir ilişki saptanmıştır (81). Koçer Z (47)’nin yaptığı çalışmada; eğitim durumu ve başka kronik hastalık varlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Karabulutlu E. (7)’nin çalışması incelendiğinde yaşın artmasıyla hastaların yaşam kalitesi puanları da düşmüştür. Aynı çalışmada kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuş, eğitim durumu incelendiğinde ise lise ve üstü grup için yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bildirmiştir. Literatür incelediğinde yaşam kalitesi ve sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasında bu çalışma yapılmış diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Yaşa bağlı olarak azalan yaşam kalitesini yaşlı bireylerde görülen umutsuzluk, ölüm korkusu, emeklilik sonrası rol ve statü kaybı, uzun süredir uygulamaya bağlı bıkkınlık, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve yalnızlık gibi nedenlere bağlı olduğu varsayılabilir (48,82,83). Eğitim durumlarındaki farklılık değerlendirildiğinde artan eğitim düzeyi ile birlikte kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe problem çözme becerilerinin gelişmiş olması, daha iyi sosyal imkânlarla, yüksek gelire sahip olmalarının dolaylı olarak yaşam kalitelerinin de yükselttiği ön görülebilir (81,83,84,85). KBY tanısıyla birlikte başka hastalıkların da eşlik etmesi kişinin baş etme gücünü azalttığını varsayarsak yaşam kalitesinin düşmesi beklenir (50,86).

#### **5.4. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Öncesi/Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Ve Bilgi-Beceri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriterlere Yönelik Bulguların Tartışılması**

Çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin eğitim öncesi ile sonrası puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde; Fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi (Tablo 4.4.1.). KBY hastalarında, hastalık ve tedavinin özelliklerinin bireysel ve grup eğitimleri ile sık tekrar edilmesi ve hastaların izlenmesi hasta sonuçları açısından çok önemlidir. Bu eğitimlerde hastalara yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği, öz-bakım yeteneklerinin geliştirilebileceği, anemi, malnütrisyon, inflamasyon gibi potansiyel düzeltilebilir nedenlerin önlenebileceği belirtilerek, farkındalıkları artırılmaya çalışılmalıdır. Hastalar verilen eğitim ile tüm önerileri anlar ve ne kadarını yaparsa böbrek fonksiyonlarında olumlu yönde değişiklikler oluşturulabilir ve sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri arttırılabilir (50,87). Eğitim sonrası farklılık gözlenen alt boyutlarda puan ortalamalarında artış görülmesi, hastaların kişisel gelişiminde doğrudan etkisi olabileceği düşünülen hasta eğitiminin, hastaların yaşam kalitesini artırdığını düşündürülebilir.

Yapılan çalışmalar SAPD evde hastanın kendi kendine uygulayabileceği hastayı daha bağımsız kılacak bir tedavi yöntemi olması sebebiyle tercih edilen bir yöntem olduğunu ve hastalara verilecek eğitimin hastaların bu yöntemi seçmelerinde etkili olacağını bildirmektedir (89,90,91,92,93) Eğitimsel müdahaleler, son dönem böbrek hastalığı için en yaygın evde tedavi şekli olan SAPD desteklemek için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Çoğunlukla da SAPD seçimini artırmak için hasta hedefli müdahaleler hemşireler tarafından verilen eğitimdir (88,89). PD kullanımında bir dizi faktörün rol oynamasına rağmen, eğitiminin mevcudiyeti ve izlemi, nihayetinde tercih edilen tedavi olarak PD'yi seçen hastaların oranını dahi etkileyebilir (89,93).

Çalışmada, hastaların eğitim öncesi ile eğitim sonrası bilgi beceri kriterleri değerlendirildiğinde; kişisel hijyen, değişim prosedürü, kayıt defteri kullanımı, atık madde kullanımı ve tedavi detayları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.2.) . Bu çalışmada; kişisel hijyen, değişim prosedürü, atık madde kullanımı ve tedavi detayları kriterlerinde alınan minimum/maksimum puan ortalamalarında artış olması; çalışmaya katılan hastalara verilen eğitimin tekrarlı ve düzenli aralıklarla izleminin gerçekleşmesine bağlanabilir. Kayıt defteri kullanımı kriterinin farklılığı ise hastaların yaklaşık %79'unun okuryazarlık seviyesinin (okuma yazma yok/ilkokul mezunu) düşük olmasına veya hasta kaydını tutan kişinin hasta yanında bulunmamasına bağlanabileceği gibi hasta veya yakınının bilgi beceri kriterlerinden "kayıt

defteri kullanımı” kriterine, diğer kriterlere göre daha az önem verdiği düşünülebilir. Diyaliz ortamına ait kriterler incelendiğinde; evin genel durumu, değişim odası ve banyo tuvalet kullanımı kriterlerinde eğitim öncesi ve sonrası anlamlı bir farklılık bulunmaz iken; solüsyon depolama ve sosyo ekonomik durum kriterlerinde anlamlı farklılıklar saptandı (Tablo 4.4.2.). Eğitim sonrası solüsyon depolama kriteri puanının, eğitim öncesi alınan puan ortalamalarından daha düşük olması, hastalar ile yapılan son görüşmenin yaz aylarında yapılması ve ev şartlarının solüsyon depolamasına uygun olmamasını düşündürebilir. Sosyo-ekonomik durum kriteri puanları değerlendirildiğinde, eğitim sonrası alınan minimum puanın düşmesi; hastaların takip edildiği 3 ay boyunca yaşamış oldukları sosyal çevreye uyumlarını değerlendirme şekilleri ve bu değerlendirme sonucu telefonda verdikleri cevaplar doğrultusunda olduğu varsayılabilir.

Periton diyalizi, hastaların evde uygulayabildikleri ve bağımsız hareket edebildikleri bir tedavi yöntemi olması sebebiyle hastalara sağlıklı yaşam alışkanlıklarını kazandırmaya yönelik yapılacak olan eğitimle hastaların bilgi becerileri ve hastanın hastalığı yönetme gücü arttırılmalıdır (30,93). Kronik hastalıklar kişilerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok stresörle karşılaşmasına sebep olur. Hastanın maddi ve manevi yönde kayıpları, günlük yaşantısında ve sosyal ilişkilerinde rutinini bozup değişim yapmak zorunda kalması, kişinin hastalık ve tedaviye olan psikososyal uyumunu etkiler (94, 95). Orem’e göre öz bakım yeterlilikleri yüksek olan hastaların; kendi sağlıklarının getirdiği sorumlulukları alması, öz bakım ihtiyaçlarını başkalarının minimum desteği ile karşılaması, günlük yaşam aktivitelerini optimal düzeyde gerçekleştirmesi, hastaların yaşam kalitelerini, tedaviye uyumlarını ve memnuniyetlerini arttırmaktadır (24)

##### **5.5. Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Puanları İle Bilgi-Beceri Kriterleri Ve Diyaliz Ortamına Ait Kriter Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada hastaların eğitim sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları ile hastaların bilgi beceri/diyaliz ortamına ait kriter puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kişisel hijyenin, ruhsal sağlık-sosyal işlevsellik- ağrı alt boyutları arasında orta düzeyde

pozitif yönde ilişki saptandı (Tablo 4.5). Eğitim sonrası bireylerin öz bakım ilkelerinden, kişisel hijyenlerinde iyileşme görülmesi, tedaviye olan uyumlarının arttığını, günlük yaşam aktivitelerini daha rahat yerine getirebildiklerini, sosyal ve manevi yönüne olumlu etkilerin olduğunu düşündürebilir.

Periton diyaliz eğitiminin içeriğinde, diyalizi uygulama prensiplerinin yer alması ve bu prensiplerin sürekli eğitimlerle devamlılığının sağlanması oldukça önemlidir.(96). Kronik hastalığa sahip bireylerde görülen; fonksiyonel güçsüzlük, günlük yaşam aktivitelerini yeterli derecede yapamama, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik durumunun bozulması, uygulanan tedaviye uyum sağlamayı güçleştirmekte ve hastaların öz bakım yeterliliklerini zayıflatmaktadır (7,94) Değişim prosedürü ile fiziksel rol güçlüğü arasında saptanan düşük düzeyde negatif yöndeki ilişki; hastanın değişim prosedürü ilkelerini daha rahat ve kolay yapması sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam içindeki rollerini arzu ettiği şekilde, yeterlilikte ve zamanda gerçekleştirdiği varsayılabilir.

DSÖ'e göre sağlık; bireyin sadece hastalık ve rahatsızlık olmaması değil, fiziksel/psikolojik/sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Bireyin sosyal durumu, ailede ve iletişim kurduğu çevre içerisinde kişilerle geçinme yeteneğini ve sosyal ilişkilerin memnuniyetini ifade etmektedir (48). Atık madde kullanımı puanı ile sosyal işlevsellik arasında bulunan orta düzey pozitif yöndeki ilişki; hastanın yaşadığı çevre koşullarını hijyenik olarak düzenlemesi, kişinin sağlığını olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir. Verilen eğitimin hastaların farkındalıklarını arttırarak, diyaliz yapılan çevre şartlarını hijyen bakımından geliştirmesinin, bu hastaların sosyal çevreleri ile olan ilişkileri güçlendirmiş olabilir.

KBY tanılı hastalarda yaşam süresince kişilerin kendi tedavi ve bakımlarını üstlenerek yaşamlarına devam etmeleri büyük önem taşımaktadır. Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler hastalık yönetiminde daha başarılıdırlar. Bu bireylerde hastalığın emosyonel etkilerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek daha kolaydır. (16, 97). Tedavi detayları puanı ile emosyonel rol güçlüğü puanı arasında saptanan düşük düzeyde negatif yöndeki ilişki; eğitimin sonrası/devamındaki sıkı takip sayesinde, tedavi detayları ilkelerine uyumun artmasıyla, hastanın bu ilkelere yönelik öz-yeterliliğine pozitif etki sağlamasını dolayısıyla duygusal sorunlarının günlük aktivitelerine daha az yansımına sebep olabileceği ile açıklanabilir.

Sosyal destek kişilerin hastalıkla baş etmesinde oldukça önemli bir faktördür. Hastaların aile/akran ilişkilerinin güçlenmesi, günlük sosyal faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi, aynı deneyimi yaşayan kişilerle paylaşımlarda bulunabilmesi kişinin hastalıkla baş etmede becerisini arttırmaktadır(50). Sosyo ekonomik durum puanı ile enerji/canlılık/vitalite puanı arasında saptanan düşük düzey pozitif yöndeki ilişki; hastanın aile ve çevresi ile iyi bir iletişim içerisinde olmasının, kişinin spiritüel sağlığını olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürülebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ayaktan periton diyalizi uygulayan hastalara verilen planlı eğitimler ile telefon takibinin peritonit görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek, verilen eğitimlerle hastaların bilgi düzeylerini arttırmak ve diyaliz uygulayan hastada peritonit oluşma riskini en aza indirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

Hastaların tamamına yakının periton diyaliz eğitimi aldığı bulundu. Eğitim öncesi hastaların %85,5'i orta düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünürken, eğitim sonrası bu oran %90,4'e yükseldi. Son 6 ay içerisinde periton diyaliz komplikasyonlarına bağlı servise yatış durumları incelendiğinde; eğitim öncesi peritonit nedeniyle yatış yapan hasta sayısı 24 iken eğitim sonrası bu sayının 8'e düştüğü görüldü. Çalışma kapsamına alınan hastaların, Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının, eğitim öncesi ve sonrası farklılık gösterdiği ve bu puanlarda yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna ve ek hastalık durumuna göre değişiklik olduğu tespit edildi. Hastaların bilgi-beceri ve diyaliz ortamına ait kriterler tablosu puanları eğitim öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde eğitimin hastaların bilgi ve beceri düzeylerini anlamlı derecede arttırdığı tespit edildi.

Hastalara ve yakınlarına periton diyaliz uygulaması konusunda sağlıklı yaşam alışkanlıklarını içeren davranışlar kazandırmayı amaçlayan eğitim programları kişiye özgü şekilde planlanmalıdır.

Hastaların evde yaptıkları uygulamalar; ev ziyaretleri, telefon takibi vb. uygulamalar ile sıkı takip edilmelidir.

Hastalar eğitim ve takip süresince, multidisipliner bir ekiple izlenmeli, eğitim materyalleri hastaların birçok duyusuna hitap edecek şekilde hazırlanıp geliştirilmelidir.

Hastaların deneyimlerini paylaşabilmeleri ve etkileşimde bulunabilmeleri için, sosyal hayatta aktifleştirmeye yönelik dernek, vakıf, sosyal sorumluluk projeleri düzenlenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Özçetin A., Bahçebaşı Z. B., Bahçebaşı T., Cinemre H., Ataoğlu A. (2009). Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2): 142-150.
2. Kut E., Cengiz K. (2019). Retrospective Evaluation of Peritonitis Caused by Peritoneal Dialysis in Patients with Chronic Renal Failure. *Heart failure*, 1, 1-5.
3. Evgin D., Erdem E., Bayat M., Poyrazoğlu H. M., Dursun J. (2013). Periton diyalizi uygulanan çocukların ve annelerinin yaşadıkları güçlükler: nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1): 7-17.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu,2019. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Ankara: Miki Matbaacılık,2019.
5. Aylaz R., & Erci B. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakimin Ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1): 81-90.
6. Van Houghenhouck-Tulleken W. G., Lebre P. H., Said M., & Cowan D. A. (2020). Bacterial pathogens in peritoneal dialysis peritonitis: Insights from next-generation sequencing. *Peritoneal Dialysis International* doi: <https://doi.org/10.1177/0896860820908473>
7. Karabulutlu E., & Tan M. (2005). Sapd (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2): 1-11.
8. Muz G., Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 15-21.
9. Özcan Y., Baştürk M., Aslan S. S., Utaş C. (2010). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 7(4): 333-337.
10. Cihangir N., Kublay G. (2001). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Çocuklarda Evde İzlemin Peritonit Görülme Sıklığına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2): 1-11.
11. Zhou X., Zhao Z., Xing, G. (2001). Studies of continuous ambulatory peritoneal dialysis about knowledge levels and peritonitis status. *Peritoneal Dialysis International*, 21(2): 31-38

12. Topbaş E., Bingöl G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1): 36-42.
13. Auguste B. L., Girsberger M., Kennedy C., Srithongkul T., McGrath-Chong M., Bargman J., Chan C. T. (2020). Are adverse events in newly trained home dialysis patients related to learning styles? A single-centre retrospective study from Toronto, Canada. *BMJ open*, 10(1).
14. Karadakovan A.(2014) Üriner sistem hastalıkları. Eti Aslan F., Karadakovan A. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 859-890
15. Başaran D., Altun Ö. Ş., Kaban F., Ecder, T. (2016), Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 9-16.
16. Akyol A. (2016), Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 17-33.
17. Tanrıverdi, M. H. (2010), Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp tıp dergisi*, 2(2): 27-32.
18. Saltürk Değirmenci A. G. (2006). *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi*. İG Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
19. Serdengeçti K. (2010). Türk Nefroloji Derneği Ve Dünya Böbrek Günü. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 19(1): 1-2
20. Topbaş E. Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 53-59.
21. Arınsoy T., Güngör Ö., & Koçyiğit, İ. Böbrek Fizyopatolojisi. <http://www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Bobrek-Fizyopatolojisi-Kitabi.Pdf> Erişim Tarihi : 02.12.2019
22. Süleymanlar G. Türkiye kronik böbrek hastalığı prevalansı araştırması, Chronic REnal Disease İn Turkey CREDIT, Erişim 13.01.2020, [http://www.turkhipertansiyon.org/konge2010/gultekin\\_suleymanlar.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/konge2010/gultekin_suleymanlar.pdf)
23. Sağlık Bakanlığı T. S. (2019). Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı 2014-2017. *Erişim Tarihi*, 10.12.2019
24. Fırat, H. (2013). Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların

psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi.

<http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/26388> Erişim Tarihi: 10.11.2019

25. Göktuna G., Arslan G. G., Özden, D. (2019). Periton Diyalizinin Tarihsel Süreci Ve Hemşirelik. *Turkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History*, 27(2): 148-154.
26. Oymak O., Akpolat T. (2005). Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD). *Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İzmir*, 124-145.
27. Yıldırım A. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Gelişen Peritonit Ataklarının Değerlendirilmesi Ve Gram Negatif Bakteri Peritoniti İçin Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(3): 5-13.
28. Ivanova M. D., Ivanov D. D., Pirig L. A. (2018). Clinical Practice Guideline Peritoneal Dialysis In Adults And Children, 2017 Summary Of Clinical Practice Guidelines For Peritoneal Dialysis. *Kidneys*, 7(3): 211-216.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu,2018. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Ankara: Miki Matbaacılık,2018.
30. AYDIN, Z. SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ. [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/surekli\\_ayaktan\\_periton\\_diyalizi.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/surekli_ayaktan_periton_diyalizi.pdf) Erişim Tarihi: 24.01.2020
31. Sevinç M., Ortaboz M., Ünsal A. (2019). Periton Diyalizi Fizyolojisi Ve Yöntemleri. *Turkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 12(2): 1-5.
32. Crabtree J. H., Shrestha B. M., Chow K. M., Figueiredo A. E., Povlsen J. V., Wilkie M., Brown E. A. (2019). Creating and maintaining optimal peritoneal dialysis access in the adult patient: 2019 Update. *Peritoneal Dialysis International*, 39(5): 414-436.
33. Adıbelli Z., & Akpolat T. P. (2007). Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation. *The Journal*, 16(Suppl 2): 45-51.
34. Periton Diyaliz Uygulamaları, Şen A., Sever A., Karakoç A., .... Öztarhan S. Erişim Tarihi: 08.01.2020
35. Alkan M. (2016). Periton Diyalizi Uygulamalarında Görülen Komplikasyonlar Ve Tedavileri. *Turkiye Klinikleri Pediatric Surgery-Special Topics*, 6(1): 116-120.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu,2015. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Ankara: Miki Matbaacılık,2015.

37. Türk Nefroloji Derneği. Periton Diyalizi Başvuru Kitabı-2013. Türk Nefroloji Derneği Yayını. Ankara: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık,2013. ISBN: 978-975-277-490-2
38. Asicioglu E., Kahveci A., Bakir E. A., Bulur A., Arıkan H., Koc M., ... & Ozener C. (2010). Unusual presentation of peritonitis with persistent clear aspirate: a case report. *Journal of medical case reports*, 4(1): 383.
39. Baillie J., Gill P., & Courtenay M. (2018). Knowledge, understanding and experiences of peritonitis amongst patients, and their families, undertaking peritoneal dialysis: A mixed methods study protocol. *Journal of advanced nursing*, 74(1) : 201-210.
40. Akoh J. A. (2012). Peritoneal dialysis associated infections: An update on diagnosis and management. *World journal of nephrology*, 1(4):106.
41. Yılmaz M., Sevinç M., Aykent M. B., & Ünsal A. (2019). Periton Diyalizi İlişkili Enfeksiyöz Komplikasyonları Önleyici Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 12(2): 45-50.
42. Sağmak-Tartar A., Özden M., Akbulut A., Demirdağ K., & Özer-Balin Ş. (2016). Sürekli Ayaktan Periton Diyaliziyle İlişkili Peritonit: Klinik Özellikler, Etken Mikroorganizmalar ve Antibiyotik Duyarlılıkları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 29(3).
43. Çamsan T., Çelik A., Sifil A., Çavdar C. (1998) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Peritonit Sıklığı: Y-Öncesi Ve Sonrası Dönemi Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 34-36.
44. Şentürk S. (2009). Periton diyalizinde enfeksiyöz komplikasyonlar. J. Ertürk., R. Korkmaz., S Şentürk (Ed). *Periton diyalizi el kitabı*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 88-95.
45. Köken Z. Ö., Sezer R. E. (2018). Böbrek Transplantasyonunda Bakım. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 4(2): 149-156.
46. Boylu A.A., & Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi (Akad)*, 8(15): 137-150.
47. Koçer Z. (2006). *Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). AKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Afyon.

48. Yazgan H.(2012). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan Periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD. Manisa.
49. Kızıltan G., Türker P.F. (2018). Böbrek Hastalıkları ve Beslenme Özel Sayısı. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46 : 1-1.
50. Varol E., Sivrikaya S.K. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2) : 89-96.
51. Griva K., Goh C. S., Kang W. C. A., Yu Z. L., Chan M. C., Wu S. Y., ... & Foo, M. (2016). Quality of life and emotional distress in patients and burden in caregivers: a comparison between assisted peritoneal dialysis and self-care peritoneal dialysis. *Quality of Life Research*, 25(2) : 373-384.
52. Yücedal Ç. (2009). Periton diyalizinde psikososyal sorunlar. J. Ertürk., R. Korkmaz., S Şentürk (Ed). *Periton diyalizi el kitabı*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 160-163.
53. Pehlivan F., Yüksel Ş., Ahsen A., Coşkun K., Güzel H., & Mayda H. (2016). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 3(1).
54. Çetinkaya S., Nur N., Ayvaz, A., & Özdemir D. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarımnda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(3).
55. TDK, Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 10.11.2019
56. Öztarhan S.(2009). Periton diyalizinde hasta eğitimi. J. Ertürk., R. Korkmaz., S Şentürk (Ed). *Periton diyalizi el kitabı*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 75-82.
57. Akgöl C., Koç Y., & Şahutoğlu T. (2019). Zor Olgularda Periton Diyalizi. *Turkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 12(2): 31-37.
58. Gadola L., Poggi C., Dominguez P., Poggio M. V., Lungo E., & Cardozo C. (2019). Risk factors and prevention of peritoneal dialysis-related peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*, 39(2): 119-125.
59. Thomas N. (2008). *Renal nursing*. Edinburgh: Elsevier Saunders. 268.
60. Li P.K.T., Szeto C.C., Piraino B., de Arteaga J., Fan S., Figueired AE, ... & Struijk DG (2016). ISPD peritonit önerileri: 2016 önleme ve tedavi güncellemesi. *Periton Diyalizi Uluslararası* , 36 (5) : 481-508.

61. Kazancıoğlu R., Öztürk S., Ekiz S., Yücel L., & Doğan S. (2008). Can using a questionnaire for assessment of home visits to peritoneal dialysis patients make a difference to the treatment outcome?. *Journal of renal care*, 34(2) : 59-63.
62. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., & Memiş A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(2) : 102-6.
63. Mete R. ve ark.(2017) Nutrisyon. *Namık Kemal Tıp Dergisi*; 5(2): 92 – 9
64. Sermenli Aydın N.(2018) Hemodiyaliz Ve Periton Diyaliz Alan Hastaların Yaşam Kalitesi, Fiziksel Performans, Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktivitesi, Depresyon Düzeyi Ve Ağrı Düzeyi Karşılaştırılması T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
65. Erzurum Alim N. Ve ark.(2016) Kronik Böbrek Hastalığı ve İştah İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(3):45-50
66. TNDTH 12. Periton Diyalizi Hemşireliği Kursu  
<http://www.ndthd.org.tr/images/pd-fizyolojisi-ekim-2016-ndth-kongresi.pdf>  
Erişim tarihi:09.04.2019
67. <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/sapd.pdf> Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (Sapd). Erişim tarihi:10.04.2019
68. Hiçdurmaz D. (2005). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü. Ankara.
69. Akkuş H. (2010). Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü. Bolu.
70. Peker N. (2008). Periton diyalizi hastalarının ruhsal durumlarının tanılanması ve etkileyen faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü. İstanbul.
71. Chang J. H., Oh J., Park, S. K., Lee, J., Kim, S. G., Kim, S. J., ... & Oh, K. H. (2018). Frequent patient retraining at home reduces the risks of peritoneal dialysis-related infections: A randomised study. *Scientific reports*, 8(1), 1-9.

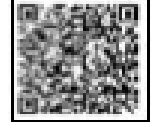
72. Neville A., Jenkins J., Williams J. D., & Craig K. J. (2005). Peritoneal dialysis training: a multisensory approach. *Peritoneal dialysis international*, 25(3), 149-151.
73. Magnus M., Sikka N., Cherian T., & Lew S. Q. (2017). Satisfaction and improvements in peritoneal dialysis outcomes associated with telehealth. *Applied clinical informatics*, 8(1), 214.
74. Öztürk Y., Çorakçı B. D., Bilici M., & Borazan A. (2017). Periton diyalizi hastalarında peritonit sıklığı ve mikrobiyolojik etkenlerin dağılımı. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 1(2), 46-51.
75. Çolak B., Hızal K., Güz G., Altınok Reis K., Erten Y., Derici Ü., & Bali M. (2004). Periton diyaliz hastalarında peritonit sıklığı ve risk faktörleri. *Flora Dergisi*, 9, 266-70.
76. Ayaz Ö. (2018). Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi: bir üniversite hastanesi örneği. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü. İstanbul.
77. Yağcı Y. E. (2015). *Periton diyalizi hastalarının beslenme durumlarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü. İstanbul.
78. Coşkun E (2018). Periton diyaliz hastalarında beslenme durumunun belirleyicileri. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD. Ankara.
79. Ünlüoğlu G., Özden A., & İnce E. (1997). Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri.
80. Doğrusöz Y. (2015). Hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve buna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD. Diyarbakır.
81. Chen J. Y., Wan E. Y. F., Choi E. P. H., Chan A. K. C., Chan K. H. Y., Tsang J. P. Y., & Lam C. L. K. (2017). The health-related quality of life of Chinese patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 10(6), 799-808.

82. Laudański K., Nowak Z., & Niemczyk S. (2013). Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 19, 378.
83. Hsu C. C., Huang C. C., Chang Y. C., Chen J. S., Tsai W. C., & Wang K. Y. (2020). A comparison of quality of life between patients treated with different dialysis modalities in Taiwan. *PLoS one*, 15(1), e0227297.
84. Chern Y. B., Ho P. S., Kuo L. C., & Chen J. B. (2013). Lower education level is a major risk factor for peritonitis incidence in chronic peritoneal dialysis patients: a retrospective cohort study with 12-year follow-up. *Peritoneal dialysis international*, 33(5), 552-558.
85. Pungchompoo W., Parinyajittha S., Pungchompoo S., & Kumtan P. (2020). Effectiveness of a self-management retraining program improving the quality of life of people receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing & health sciences*, 22(2), 406-415.
86. Korhan E. A., Yönt G. H., Tokem Y., Karadağ Ö., Sarioğlu E., & Yıldız K. (2013). Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 199-204.
87. Yıldız AU, Kurcer MA. Life Style Education and Counseling Improved Quality of Life and Renal Function in Patients with Chronic Kidney Disease. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(6): 667-672.
88. Rachael C. Walker, Kirsten Howard, Rachael L. Morton Patient Education and Choice of Peritoneal Dialysis *American Journal of Kidney Diseases*, Volume 68, Issue 3, September 2016, Pages 341-343
89. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(5):884-930.
90. Asif A, Pflederer TA, Vieira CF, Diego J, Roth D, Agarwal A. Does catheter insertion by nephrologists improve peritoneal dialysis utilization? A multicenter analysis. *Semin Dial*. 2005;18(2):157-160.
91. Oliver MJ, Quinn RR, Richardson EP, Kiss AJ, Lamping DL, Manns BJ. Home care assistance and the utilization of peritoneal dialysis. *Kidney Int*. 2007;71(7):673-678.

92. Wu IW, Wang SY, Hsu KH, et al. Multidisciplinary predialysis education decreases the incidence of dialysis and reduces mortality—a controlled cohort study based on the NKF/ DOQI guidelines. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24(11): 3426-3433.
93. Mann B. S., Manns B. J., Barnieh L., Oliver M. J., Devoe D., Lorenzetti D., ... Quinn R. R. (2017). Peritoneal Dialysis: A Scoping Review of Strategies to Maximize pd Utilization. *Peritoneal Dialysis International*, 37(2), 159–164. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00057>
94. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019: 3(2); 140-152
95. Kumsar A.K, Yılmaz F.T, kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 2, Sayı 2 (2014).
96. Gursu M., Topcuoglu D., Torun N., Ozturk S., Aydın Z., Uzun, S., ... & Kazancıoğlu R. (2010). Evaluation of the importance of patient education in peritoneal dialysis/Periton diyalizinde hasta eğitiminin öneminin değerlendirilmesi. *The Medical Bulletin of Haseki*, 14-18.
97. Mollaoğlu M. (2011). Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 181-186.



T.C.  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.2009040029  
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:04.09.2020

Sayın Eylem ÇOPUR

Enstitü Yönetim Kurulumun 9.5.2019 tarih ve 2019/020 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-İmza'dır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101066 Eylem ÇOPUR	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Adres: Havaalanı Yolu Çarşı K.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel : +90 342 211 80 80  
Fax : +90 342 211 80 81

İletişim : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2019/53  
Karar Tarihi : 14.06.2019

Sayın Eylem ÇOPUR,

*"Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonü Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi "* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL  
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye

Gülşen HOŞ  
Hassan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu

ASLIĞIBIDIR



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99  
Konu : Eylem ÇOPUR'un Araştırma İzni  
Hk.

DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans tez öğrencisi Eylem ÇOPUR'un, "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL  
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Uygunluk Yazısı.

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Çalışmamızın amacı " Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Peritonit Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi'nin" değerlendirilmesidir. Bu araştırma dahilinde araştırmacı tarafından size yönlendirilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız sadece bu araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek

açıklanmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma sizlere daha kaliteli hizmet vermeyi ve hastaların yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı Soyadı : Hemşire Eylem ÇOPUR

İmzası

**SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN  
PERİTONİT GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**SAYIN KATILIMCI;**

Bu anket çalışması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencisi Eylem Çopur'un Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Peritonit Gelişme Olasılığına Etkisinin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi kapsamında istatistiksel veri elde edilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

22 sosyo demografik ve bilgi düzeyi değerlendirme sorusu, Periton Diyalizi Eğitimi Değerlendirme Formu ve Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeğinden oluşan bu ankette her soruya uygun gördüğünüz cevabı işaretlemenizi rica ederim. Katılımınız için teşekkür ederim.

EYLEM ÇOPUR, 2019

1. Doğum yılınız:
2. Cinsiyetiniz
  - Kadın
  - Erkek
3. Medeni durumunuz:
  - Bekâr
  - Evli
4. Eğitim durumunuz:
  - İlkokul
  - Ortaokul
  - Lise
  - Yüksek öğrenim ve üzeri
5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
  - Gelir giderden az
  - Gelir gidere eşit
  - Gelir giderden fazla
6. Çalışma Durumunuz
  - Tam gün
  - Yarım gün
  - Çalışmıyorum
  - Diğer.....
7. Sosyal güvenceniz var mı?
  - Var
  - Yok
8. Aile tipiniz:
  - Çekirdek aile(Anne-Baba-Çocuklar)
  - Parçalanmış aile (Boşanma, ölüm)
  - Geniş aile(Anne-Baba-Çocuklar-Babaanne-Dede....vs)
9. Yerleşim yeriniz:
  - Köy
  - İlçe
  - İl Merkezi
10. KBY dışında başka kronik bir hastalığınız var mı?
  - Var
  - Yok
  - VAR ise;.....
11. KBY tanısını ne zaman aldınız? ..... Ay/yıl önce aldı.
12. Periton diyalizini ne zamandır uyguluyorsunuz? .....

13. Periton diyalizine yönelik eğitim aldınız mı?       EVET     HAYIR

14. Son bir yılda periton diyalizi ilgili kaç kez eğitim aldınız?

Hiç                       1-3 kez                       4-6 kez                       6 üzeri

15. Poliklinik kontrollerinize düzenli geliyor musunuz?(Bu soruya cevabınız hayır ise 19. Soruya geçiniz)

Evet                                       Hayır

16. Yanıtınız evet ise ne sıklıkta geliyorsunuz?

Her ay

İki ayda bir

Üç ayda bir

Altı ayda bir

Yılda bir kez

Diğer(.....)

17. Periton diyaliz uygulaması ilgili ne düzeyde bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Mükemmel                       Orta düzeyde

İyi düzeyde.                       Yetersiz

18. Son altı ayda periton diyalizi komplikasyonlarına bağlı servise yatışınız oldu mu?

Peritonit için ( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

Çıkış yeri enfeksiyonu ( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

Tünel enfeksiyonu( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

Sıvı dengesi bozuklukları ( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

Kanama ( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

Konstipasyon- diyare ( )                      Evet (Kaç kez?.....)                      ( )Hayır

19. Peritonit belirtilerini biliyor musunuz?

Evet                       Hayır

20. Cevabınız evet ise peritonit belirtilerini aşağıdaki boşluğa yazınız.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

21. Periton Diyalizini uyguladığımız ayrı bir odanız var mı?

Evet                                       Hayır

22. Beslenme düzeni ile ilgili verilenlerden size uygun olanları işaretleyiniz.

Verilen diyet programına uyum sağlıyor.

Tuz alımına dikkat ediyor.

Konrollü sıvı alımı sağlıyor.

BİLGİ VE BECERİ KRİTERLERİ	DİYALİZ ORTAMINA AİT KRİTERLER
<b>1. KİŞİSEL HİJYEN</b>	<b>1. EVİN GENEL DURUMU</b>
<input type="radio"/> İç çamaşırları her gün değiştiriyor	<input type="radio"/> Elektrik ve şebeke suyu bulunuyor.
<input type="radio"/> Haftada en az 2 kez banyo ve pansuman yapılıyor	<input type="radio"/> Ev yeterince havalandırılabilir
<input type="radio"/> Tırnaklar kısa kesiliyor ve temizleniyor.	<input type="radio"/> Güneş gören bir ortam var.
<input type="radio"/> Ağız sağlığı için dişler her gün fırçalanıyor.	<input type="radio"/> Evcil hayvan bulunmuyor.
<input type="radio"/> Genital temizlik, batin (tüy) temizliği yapılıyor.	<input type="radio"/> Ev ortamında belirgin rutubet yok.
<b>2. DEĞİŞİM PROSEDÜRÜ</b>	<b>2. DEĞİŞİM ODASI</b>
<input type="radio"/> Diyaliz sırasında odada başka kimse bulunmuyor.	<input type="radio"/> Kapı ve penceresi var.
<input type="radio"/> Diyaliz odası temizlenip havalandırıldıktan sonra kapı ve pencere kapatılıp toz alınıyor.	<input type="radio"/> Odada kullanılmayan eşyalar bulundurulmuyor.
<input type="radio"/> Her diyalizden önce masaya uygun dezenfektan ile siliniyor.	<input type="radio"/> Uygun yükseklikte, zemini düz, temizliği kolay sağlanabilen masa bulunuyor.
<input type="radio"/> Her diyalizden önce el uygun teknikle 3 dk. yıkanıyor.	<input type="radio"/> Hareket ettirilebilen, silinebilir bir sandalye ve silinebilir askı kullanılıyor.
<input type="radio"/> Oda yaygın kullanılan bir oda değildir.	<input type="radio"/> Toz tutan eşyalar bulunmuyor.(açık kitaplık, yerde halıfleks)
<b>3. KAYIT DEFTERİ KULLANIMI</b>	<b>3. BANYO VE TUVALET KULLANIM DURUMU</b>
<input type="radio"/> Sıvılar her gün tartılıp kaydediliyor.	<input type="radio"/> Havalandırılıyor.
<input type="radio"/> Her gün tansiyon ölçülüyor ve kaydediliyor.	<input type="radio"/> Musluk suyu kullanılıyor.
<input type="radio"/> UF hesaplamasını biliyor.	<input type="radio"/> Temizliği en az haftada 2 kez yapılıyor.
<input type="radio"/> Kendisi veya yakını okur-yazar	<input type="radio"/> Kanalizasyon bağlantısı olan bir tuvalet var.
<input type="radio"/> Haftada bir kez idrar miktarını ölçüp kaydediyor.	<input type="radio"/> El yıkamada kullanılan malzeme sadece hastaya ait.
<b>4. ATIK MADDE KULLANIMI</b>	<b>4. SOLÜSYONLARIN DEPOLANMASI</b>
<input type="radio"/> Diyalizatlar tuvalete boşaltılıyor.	<input type="radio"/> Nemli olmayan ortamda saklanıyor.
<input type="radio"/> Diyalizat sıvılarının tuvalete her boşaltımından sonra çamaşır suyu kullanılıyor.	<input type="radio"/> Direkt güneş ışığına maruz kalıyor.
<input type="radio"/> Evde tıbbi atık poşeti bulunuyor.	<input type="radio"/> Son kullanma tarihleri kontrol ediliyor.
<input type="radio"/> Kapaklı çöp kovası kullanılıyor.	<input type="radio"/> Sıvılar kolilerde saklanıyor.
<input type="radio"/> Tıbbi atıklar yetkililerce düzenli alınıyor.	<input type="radio"/> Koliler diyaliz odasında saklanıyor.
<b>5. TEDAVİ DETAYLARI</b>	<b>5. HASTANIN SOSYOEKONOMİK DURUMU</b>
<input type="radio"/> Önerildiği şekilde değişim sayısına uyuyor.	<input type="radio"/> Aile ve çevreyle sosyal uyumu iyi.
<input type="radio"/> Önerildiği şekilde kateter bakımı yapıyor.	<input type="radio"/> Çalışıyor.(ev hanımı ise günlük ev işlerini yapıyor.)
<input type="radio"/> Önerildiği şekilde banyo alışkanlığı var.	<input type="radio"/> Psikolojik açıdan kendini rahat hissediyor.
<input type="radio"/> İlaçlarını düzenli kullanıyor.	<input type="radio"/> Cinsel yaşamında belirgin bir bozukluk yok.(sıklığı, ilaç kullanımı vb.)
<input type="radio"/> Önerildiği süre kadar uyuyor.	<input type="radio"/> Dost, akraba, komşu ziyaretlerine gidebiliyor.

**SF-36 (Short Form 36)**

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_ Hasta # \_\_\_\_\_

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Mükemmel  
 Çok İyi  
 İyi  
 Orta  
 Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi  
 Bir yıl öncesinden biraz iyi  
 Hemen hemen aynı  
 Bir yıl öncesinden biraz daha kötü  
 Bir yıl öncesinden çok daha kötü

**SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER**

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	<b>Evet, çok kısıtlı</b>	<b>Evet, biraz kısıtlı</b>	<b>Hayır, hiç kısıtlı değil</b>
Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb.			
Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb.			
Ağır kaldırma ve yük taşıma			

Çok sayıda merdiven basamağını çıkma			
Öne eğilme, çömelme veya diz çökme			
İki kilometreden çok yürüme			
Bir kilometre yürüme			
Yüz metre yürüme			
Kendi başına banyo yapma veya giyinme			

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)		

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zaman ki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?		

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

- Hiç etkilenmedi  
 Çok az  
 Orta derecede  
 Epeyce  
 Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

- Hiç olmadı  
 Çok az  
 Az  
 Orta derecede  
 Çok  
 Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

- Hiç etkilemedi  
 Biraz etkiledi  
 Orta derecede etkiledi  
 Epey etkiledi  
 Çok etkiledi

#### **GENEL SAĞLIK**

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Ben diğer hastalara göre daha kolay hastalanıyorum					
Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum					
Sağlığım mükemmel					

**DUYGULARINIZ**

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?						
Çok sınırlı biri oldunuz mu?						
Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?						
Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?						
Çok enerjik oldunuz mu?						
Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?						
Mutlu bir insan oldunuz mu?						
Yorgunluk hissettiniz mi?						
Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?						

Gönderen: **rumeyza kazancıoğlu** <[drkazancıoğlu@yahoo.com](mailto:drkazancıoğlu@yahoo.com)>

Tarih: 18 Mar 2019 Pzt, saat 12:11

Konu: Re: ölçek kullanım izni hakkında

Alıcı: Betül TOSUN <[betul.tosun@hku.edu.tr](mailto:betul.tosun@hku.edu.tr)>

Sayın Hocam

Elbette çok sevinirim.

Formların Türkçesi biz de var.

Hemşire arkadaşlarımdan almamız gerekecek.

Tel numaram 05326114377

Saygılarımla

Prof Dr R Kazancıoğlu

iPhone'umdan gönderildi

Betül TOSUN <[betul.tosun@hku.edu.tr](mailto:betul.tosun@hku.edu.tr)> şunları yazdı (18 Mar 2019 11:38):

...





**Omer Aydemir** <soaydemir@yahoo.com>

Alıcı: ben ▾

29 Mar 2019 Cum 12:50



Sayın Eylem Çopur,

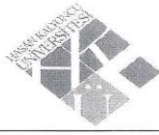
Tez araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi





## LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

### HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Eğitim Peritonit Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 46 sayfalık kısmına ilişkin, 04/09/2020 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından inihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir\*) olup, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 9'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç  
 Alıntılar dahil  
 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı inihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir inihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 04/09/2020

Adı Soyadı: EYLEM ÇOPUR

Öğrenci No: 184101066

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Programı: HEMŞİRELİK

Statüsü:  Y.Lisans  Doktora

\*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

### DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr. Öğretim Üyesi Betül TOSUN

EK-9

**Sorumlu araştırmacının özgeçmişi**

**Adı Soyadı:** Eylem ÇOPUR

**Doğum Tarihi:** 10.06.1994

**Unvanı:** Hemşire

**Öğrenim Durumu**

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lise	Sağlık Meslek Lisesi	Salih Ekmekçi Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2008-2012
Lisans	Hemşirelik Bölümü	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-2017
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018-devam ediyor

**Çalışma Durumu**

Unvan	Alan	İşyeri	Yıl
Hemşire	Pediyatri Servisi	Özel NCR International Hospital	2015-2018
Hemşire	Pediyatri Servisi	Gaziantep Üniversitesi şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2018- Devam ediyor