

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ÖZ
YÖNETİM VE HASTA GÜÇLENDİRME DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
SUDE NUR ÖLMEZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA- 2024

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ÖZ
YÖNETİM VE HASTA GÜÇLENDİRME DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
SUDE NUR ÖLMEZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLAY TURGAY**

ANKARA- 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Sude Nur Ölmez. tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/06/2024

Tez Adı: Hemodiyaliz Alan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme Düzeylerinin İncelenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Gülay Turgay Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Sultan Kav Başkent Üniversitesi

Doç.Dr. Banu Çevik Başkent Üniversitesi

Doç.Dr. Ayla Demirtaş Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç.Dr. İmatullah Akyar Hacettepe Üniversitesi

ONAY

Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 24 / 07 / 2024

Öğrencinin Adı, Soyadı:Sude Nur Ölmez

Öğrencinin Numarası:22210072

Anabilim Dalı:Hemşirelik Anabilim Dalı

Programı:Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:Dr. Öğr. Üyesi Gülay Turgay

Tez Başlığı:Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme Düzeylerinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 54 sayfalık kısmına ilişkin, 24 / 07 / 2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 6'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası

ONAY

Tarih: 24 / 07 / 2024

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Dr. Öğr. Üyesi Gülay Turgay

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada danışmanlığımı üstlenen, çalışma konusunun belirlenmesinden yazım aşamasına kadar beni destekleyen, yönlendiren tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Gülay TURGAY'a

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sürecinde büyük katkıları olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Sayın Banu ÇEVİK'e

Tez savunmamda yer alan ve değerli katkılarını sunan Prof. Dr. Sayın Sultan KAV'a, Doç. Dr. Sayın İmatullah AKYAR'a ve Doç. Dr. Sayın Ayla DEMİRTAŞ'a,

Çalışmamın anket aşamasında sorulara içtenlikle cevap veren ve tezimin oluşmasına katkı sağlayan tüm değerli hastalarım,

Hayatımın her aşamasında sonsuz destek ile yanımda olan, ilgisini ve sevgisini üzerimden çekmeyen ve emeklerinin karşılığını hiçbir zaman ödeyemeyeğim aileme teşekkür ederim.

Sude Nur ÖLMEZ

ÖZET

SUDE NUR ÖLMEZ. Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme Düzeylerinin İncelenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2024.

Bu araştırma hemodiyaliz alan hastaların sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Ankara hastanesi diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz (HD) alan 377 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu merkezlerde 25.01.2024-15.05.2024 tarihleri arasında tedavi alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 219 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD)”, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ve “Hasta Güçlendirme Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada hastaların SOY-HD ölçeği puan ortalaması $62,19 \pm 8,96$ 'dur ve hastaların sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyleri ortalamanın üstünde bulunmuştur. 18-44 yaş arası, üniversite mezunu, çalışan, geliri giderinden fazla olan, ek bir hastalığı olmayan, doktor kontrollerini düzenli yaptıran, hastalığa ilişkin daha önce eğitim alan ve aldığı eğitimi yeterli bulan hastaların SOY-HD puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Ölçeği madde puan ortalaması $3,34 \pm 0,48$ iken ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları kendini damgalama $2,28 \pm 1,14$, damgalamayla baş etme $3,37 \pm 0,86$, sağlık bakım etkinliği $3,39 \pm 0,96$, tedavi uyumu ise $4,32 \pm 0,83$ 'dür. Hastaların öz yönetim düzeyi ortalamanın üstündedir. Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin kendini damgalama alt boyut madde puan ortalaması çalışan hastaların düşük bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri hastaların sağlık bakım etkinliği alt boyut madde puan ortalaması düşük, böbrek yetmezliği tanı süresi 16 yıl ve üzeri olan hastaların yüksek bulunmuştur.

Hasta Güçlendirme ölçeği toplam puan ortalaması $129,92 \pm 25,08$, madde puan ortalaması $3,49 \pm 0,68$ iken alt boyutların puan ortalamaları kimlik/özdeşlik $3,33 \pm 0,83$, kişisel kontrol $3,66 \pm 0,73$, karar alma $3,72 \pm 0,61$, bilme ve anlama $3,60 \pm 0,77$, başkaları ile etkileşim $3,11 \pm 1,11$ 'dir. Hastaların güçlenme düzeyi ortalamanın üstünde bulunmuştur. Komorbiditeye sahip hastaların güçlendirme düzeyi daha düşük bulunmuştur. 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği

tanısı alan hastaların güçlendirme düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça güçlenme düzeyi artmaktadır. Çalışan hastaların güçlenme düzeyi çalışmayan hastalara göre daha yüksektir. Geliri giderinden fazla olan hastaların geliri giderinden az olan hastalara göre güçlenme düzeyi daha yüksektir. Daha önce eğitim alan ve eğitimi yeterli bulan hastaların güçlenme düzeyi daha yüksektir.

Hastaların SOY düzeyi ile hasta güçlendirme düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($r:0,604$; $p<0,01$). Hastaların SOY düzeyi arttıkça tedavi uyumu, kendi sağlığını yönetebilme ve hasta güçlendirme düzeyi artmakta kendini damgalama düzeyi azalmaktadır.

Kronik hastalıkların yönetimi, hasta güçlendirme çalışmaları ile başarılabilmektedir. Bu yüzden kronik hastaların hastalıklarını yönetebilmelerini ve kendi sağlık kararlarını alarak uygun sağlık davranışlarını sergilemelerini sağlayabilmek için hem hasta güçlendirme hem de sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirecek çalışmaların birlikte yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler; hasta güçlendirme, hemodiyaliz, hemşirelik, öz yönetim, sağlık okuryazarlık

ABSTRACT

SUDE NUR ÖLMEZ. Investigation of Health Literacy, Self-Management and Patient Empowerment Levels in Hemodialysis Patients, Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Master's Program with Thesis, 2024.

This study is a descriptive study conducted to investigate the health literacy, self-management and patient empowerment levels of patients receiving hemodialysis.

The population of the study consisted of 377 patients receiving hemodialysis (HD) in dialysis centers of Başkent University Ankara Hospital. The sample of the study consisted of 219 patients who received treatment in these centers between 25.01.2024-15.05.2024 and met the inclusion criteria.

The data of the study were collected by using “Patient Descriptive Information Form”, “Health Literacy Scale in Hemodialysis Patients (HLS-HD)”, “Chronic Disease Self-Management Scale” and “Patient Empowerment Scale”.

In the study, the mean score of the patients' health literacy (HLS) scale was 62.19 ± 8.96 and their health literacy (HLS) levels were found to be above the average. The mean scores of HLS-HD the patients aged 18-44 years, university graduates, employed, with an income higher than their expenses, without any additional disease, having regular medical check-ups, receiving previous education about the disease and finding the education adequate were found to be higher.

While the mean item score of the Self-Management Scale in Chronic Diseases was 3.34 ± 0.48 , the mean scores of the sub-dimensions of the scale were self-stigmatization 2.28 ± 1.14 , coping with stigmatization 3.37 ± 0.86 , health care effectiveness 3.39 ± 0.96 , and treatment compliance 4.32 ± 0.83 . The self-management level of the patients was above average. The mean score of the self-stigmatization sub-dimension item of the chronic disease self-management scale was found to be lower in working patients. Patients aged 75 years and older had a low mean score on the health care effectiveness sub-dimension and patients with a diagnosis of renal failure of 16 years or more had a high mean score.

The mean total score of the Patient Empowerment Scale was 129.92 ± 25.08 , the mean item score was 3.49 ± 0.68 , and the mean scores of the sub-dimensions were identity/identity 3.33 ± 0.83 , personal control 3.66 ± 0.73 , decision making 3.72 ± 0.61 , knowing and understanding

3.60±0.77, and interaction with others 3.11±1.11. The empowerment level of the patients was found to be above average. The empowerment level of patients with comorbidities was found to be lower. Patients diagnosed with 16 years or more of renal failure had a higher level of empowerment. The level of empowerment increased as the education level of the patients increased. Empowerment level of working patients was higher than non-working patients. Patients whose income is higher than their expenses have higher empowerment levels than patients whose income is lower than their expenses. The empowerment level of patients who received education before and found the education adequate was higher.

A moderate positive correlation was found between the patients' level of SOI and the level of patient empowerment ($r: 0.604$; $p<0.01$). As the SOY level of the patients increased, the level of treatment compliance, self-health management and patient empowerment increased, and the level of self-stigmatization decreased.

The management of chronic diseases can be achieved through patient empowerment activities. Therefore, it is thought that studies to improve both patient empowerment and health literacy levels should be carried out together in order to ensure that chronic patients can manage their diseases and exhibit appropriate health behaviors by taking their own health decisions.

Keywords; patient empowerment, hemodialysis, nursing, self-management, health literacy

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Son Dönem Böbrek Yetmezliği.....	5
2.1.1. Son dönem böbrek yetmezliği tanımı.....	5
2.1.2. Son dönem böbrek yetmezliği epidemiyolojisi.....	5
2.1.3. Son dönem böbrek yetmezliği etiyolojisi.....	5
2.1.4. Son dönem böbrek yetmezliği belirti ve bulgular.....	6
2.1.5. Son dönem böbrek yetmezliği tedavi yöntemleri.....	6
2.1.5.1. Hemodiyaliz.....	6
2.1.5.2. Periton diyaliz.....	7
2.1.5.3. Böbrek transplantasyonu.....	7
2.2.Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	8
2.3.Öz Yönetim Kavramı.....	9
2.4.Hasta Güçlendirme Kavramı.....	10
2.5.Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme Kavramı.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.4. Verilerin Toplanması.....	16
3.4.1. Hasta tanıtıcı bilgi formu.....	16
3.4.2. Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği.....	16

3.4.3. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği.....	16
3.4.4.Hasta güçlendirme ölçeği.....	17
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	18
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
4. BULGULAR.....	21
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	21
4.2. Hastaların SOY-HD Ölçeği Puan Ortalamasına ilişkin Bulgular.....	24
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	24
4.4. Hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	28
4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	29
4.6. Hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	33
4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular.....	34
4.8. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	41
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile SOY-HD ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	46
5.2. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	48
5.3. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	50
5.4. Hastaların SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54

6.1. Sonuçlar.....	54
6.2. Öneriler.....	55
KAYNAKLAR.....	56
EKLER	

**EK 1: Başkent Üniversitesi İstatistik Danışmanlık ve Araştırma
Merkezi Biyoistatistik Ön Değerlendirme**

EK 2: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

EK 3: Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

EK 4: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

EK 5: Hasta Güçlendirme Ölçeği

EK 6: Proje Onayı

EK 7: Kurum İzni

EK 8: Gönüllü Olur Formu

EK 9: SOY-HD Ölçeği Kullanım İzni

EK 10: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kullanım İzni

EK 11: Hasta Güçlendirme Ölçeği Kullanım İzni

EK 12: Orjinallik Raporu

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	5
Tablo 3.1. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri.....	17
Tablo 3.2. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri.....	18
Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları.....	22
Tablo 4.1.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımları.....	23
Tablo 4.2.1. Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOY-HD) puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	24
Tablo 4.3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOY-HD) puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	25
Tablo 4.3.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	27
Tablo 4.4.1. Hastaların kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	28
Tablo 4.5.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	30
Tablo 4.5.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	32
Tablo 4.6.1. Hastaların hasta güçlendirme ölçeği puan ortalamalarının dağılımı...	34
Tablo 4.7.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	35
Tablo 4.7.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği	39
Tablo 4.8.1. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BRT	Böbrek Replasman Tedavisi
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
PD	Periton Diyaliz
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SOY-HD	Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1. GİRİŞ

Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı alan hastalarda, yaşam süresi ve kalitesini artırmayı amaçlayan, kanda birikmiş metabolik atıkların uzaklaştırılmasını sağlayan önemli bir tedavi yöntemidir (1). Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2022 Ortak Raporu'na göre; ülkemizde uygulanan böbrek replasman tedavisi (BRT) yönteminin %74,95 oranında HD olduğu belirtilmektedir (2).

Hemodiyaliz hastaları, yaşamlarının belirli bir bölümünü planlı olarak diyaliz merkezlerinde geçirmekte ve kişiye özel bir prosedür ile tedavi almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının, başka hasta gruplarından ayrı olarak olarak hakim olması ve uyum sağlamasını gerektiren konular mevcuttur. Çünkü HD, hastanın yaşantısında önemli farklılıklar ortaya çıkarmakta, hastayı makineye, kuruma, tedavi ekibine bağımlı hale getirmekte ve hastalar terapötik bir tedavi rejimini sürdürmek zorunda kalmaktadırlar (1,3). Hastaların, bu süreçte kendi sağlık durumları hakkında verilen bilgileri değerlendirebilmeleri, sağlıklı kararlar verebilmeleri ve daha aktif rol üstlenmeleri için de yeterli sağlık okuryazarlığı (SOY) sahip olmaları gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, SOY'u " bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel, sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleridir" olarak tanımlamaktadır (4). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan birey, kendisine sunulan sağlık bilgilerini anlayabilir ve doğru bir şekilde uygulayabilir (5). Sağlık okuryazarlığının düşük olması birçok kronik hastalığın öz yönetiminde yetersiz kalınmasına sebep olmaktadır. Özellikle HD ile desteklenen hastalar, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesinde zorluklar yaşamaktadırlar. Hastalar SOY'un düşük olması nedeniyle, yaşadıkları sağlık sorunlarını algılamada, gerekli olan tanı testlerini yaptırmakta gecikmekte ve tedavi/bakım süreci uzamaktadır (6). Son dönem böbrek hastalarında düşük SOY; kan basıncının kontrolünün sağlanamamasına, acil servis hizmetlerinin kullanımına, hastaneye tekrarlı yatışlara ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (7). Bu nedenlerle hastaların, hastalıklarını daha etkili yönetme becerilerinin/öz yönetimlerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir. Öz yönetim, hastaların semptom yönetimi, yaşam tarzı yönetimi veya hastalıklarının psikolojik etkileriyle baş etmek için harekete geçmesi olarak tanımlanmaktadır (8,9).

Dünya Sağlık Örgütü, hastaların bakım sürecine dahil edilmesini güçlü bir şekilde savunmaktadır (10). Hastanın bakım sürecine dahil edilmesinin bir yolu hastanın

güçlendirilmesini içermektedir (11). Öncelikle, hastalar hastalıkları hakkında fikir sahibi olduklarında, sorumluluk alma ve bağımsız kararlar verebilme konusunda güçlenmektedir (12). Günümüzde kronik hastalığı olan hastaların bakıma ve tedavi sürecine daha fazla katılması, daha özerk hale gelmesi ve karar alma sürecinde etkin rol üstlenmesi oldukça önemlidir (12-14).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen hastalık veya tedaviden kaynaklanan çeşitli komplikasyonlar ile karşılaşmaktadır. Gelişen semptomlar, kullanılan ilaçlar, diyet ve sıvı kısıtlamaları hastaların yaşamlarını kısıtlayabilmektedir. Bu durum hastalar ve onların bakım vericileri için zorluklara neden olmaktadır. Hemodiyaliz hastaları, bakım vericileri ve aile üyeleri kendileri için anlamlı ve önemli olan sağlık sonuçlarına ve yaşam hedeflerine ulaşma konusunda güçlendirilmesi gerekmektedir. Güçlendirmek, böbrek yetmezliği ile ilişkili semptomların yükünü ve sonuçlarını en aza indirerek hayata katılımın artmasını sağlayabilir. Hayata katılım; iş, çalışma, aile sorumlulukları, seyahat, spor, sosyal ve eğlence faaliyetleri dahil olmak üzere yaşamın anlamlı etkinliklerine katılma yeteneği olarak tanımlanan bu durumun, SDBY'nin tedavi aşamalarında kritik derecede önemli bir sonuç olduğu ortaya konmuştur (15-17). Dünya Sağlık Örgütü, hastaların güçlendirilmesini “insanların sağlıklarını etkileyen kararlar veya eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreç” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, hastaların kendi sorumluluklarını anlamalarını ve öz yönetim becerisi desteği konusunda sağlık personelleriyle etkileşim kurma becerisine sahip olmalarını gerektirir. Hemodiyaliz hastalarının, yaşam tarzı değişikliğinin mantığını anlamak ve aile desteğine erişim; hastanın güçlenmesini teşvik ederken, hayata katılımı sınırlı hissetme, güçlenme duygusunu zayıflatmıştır (4,18). Ayrıca hastaların, hastalık yönetimini bağımsız güçlendirmenin, hastanın kendine güveni yoluyla olumlu benlik algısını ve özgüvenini desteklemektedir (14).

Etkili güçlendirme uygulamaları, hastaların kendilerini sorundan koruyabilmesi veya sorunu yönetebilmesi için gerçek gücü arttırmaktır. Peterson'un (2004) vurguladığı gibi güçlendirme aktif, katılımcı bir süreçtir (15). Bu sayede bireyler kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olurlar, haklar kazanırlar ve olumlu benlik algısı geliştirirler (12,15).

Dünya Böbrek Günü Yönlendirme Komitesi, hastaların böbrek hastalığıyla iyi yaşamlarını sağlayacak uygulama ve politikalara yönelik müdahalelerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde hastalarla ortaklığın güçlendirilmesini savunmaktadır. Dünya Böbrek Günü, bu konuda eğitim ve farkındalığı arttırmak amacıyla 2021 yılını “Böbrek Hastalığıyla

İyi Yaşama” yılı ilan etmiştir. Bunun tutarlı, erişilebilir ve anlamlı bir iletişimle desteklenmesi gerekmektedir. Önceliğin belirlenmesi ve çalışmanın planlanmasından yaygınlaştırma ve uygulamaya kadar tüm araştırma sürecine hastaların ve aile üyelerinin anlamlı katılımı savunulmaktadır (19).

Hemodiyaliz hastalarında, öz yönetim programları karmaşık bir süreç olup hastalığa özgü bilgi, BRT’ye ne zaman başladığı ve ne kadar süre devam ettiği, sağlık durumunun yaşam kalitesini etkilemesi, diyet, sıvı ve kilo yönetimi, öz bakım becerileri, laboratuvar değerleri ve kan basıncı ölçümleri, sağlık hizmetlerini kullanımı gibi SOY gerektiren öğeleri içerip destek alınmasını gerektirmektedir (20).

Hastaların SOY kapsamında bilgiye ulaşması; bilgiyi edinmeyi, bilgiyi anlamayı, ve bilgiyi kullanabilmesini içermektedir. Hastalar bu bilgileri genellikle hemşireler ve doktorlar tarafından, kitaplardan, internet ve sosyal medya tarafından edinmektedir. Sağlık hizmetine ulaşım, etkili bakım verme ve bakımın niteliğini artırma, sağlığı koruma ve sürdürme, hasta eğitimi ve etkili iletişim gibi konular hemşirelik mesleğinin temel unsurlarını oluşturmakta ve bu yüzden SOY kavramı hemşirelik mesleğinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler araştırarak, eğitim planlayarak hasta ile iletişimde duyarlı olarak bu konudaki sorumluluğunu üstlenmelidir (21,22).

Hemodiyaliz hastalarının öz yönetim yeteneklerini geliştirmek, desteklemek hemşirelik bakım sürecinin başlıca unsurudur. Bu süreç; veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarını içermektedir. Hemşireler bu süreçte hastaların sorunlarını belirler, öz yönetim desteğini başlatır, sürekliliği için hastayı destekler, sonuçları hasta ile beraber değerlendirir ve gerekli ise ileriye yönelik yeni hedefler belirlerler (23).

Böbrek yetmezliği ve HD zorlu ve karmaşık bir süreçtir (24). Örneğin hastaların diyet ve sıvı kısıtlaması, düzenli ilaç kullanımı gibi tedavi yöntemlerine ve tedavinin getirdiği pek çok kısıtlamaya ve bu yaşam biçimine uyumları son derece önemlidir (25). Hemodiyaliz hastaları için uyum, HD seansına haftada 3 gün zorunlu katılımı ve sıvı alımının kısıtlanmasını içermektedir. Ulusal Böbrek Vakfı, HD tedavisi alan hastaların %50’sinin HD rejimine uymadığını belirtmektedir (26). İlaça uyumsuzluk oranları ise %12,5-98,6 arasında değişirken, daha yüksek oranda morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (27). Hemodiyaliz rejimine uymamanın nedenleri doğrudan hastalığa, HD rejiminin karmaşıklığına ve eşlik eden hastalık yüküne bağlıdır (28). İleri yaş, gelir düzeyi, sosyokültürel faktörler veya düşük sağlık okuryazarlığı gibi sosyodemografik özellikler uyumsuzluğu etkilemektedir (29). Bu zorlu ve

karmaşık süreci yönetmek için sağlık okuryazarlığının gerekli olduğu düşünülmektedir. Literatüre göre sağlık okuryazarlığının, çok boyutlu bir kavram olduğu ve sağlık bilgilerine erişme, bilgiyi anlayıp, kullanma durumunu belirleyen bir dizi bilişsel, duygusal, sosyal ve kişisel beceriyi içerdiği yönündedir (24-30).

Hastalığa özgü bilginin SOY için önemli olduğunu ve kronik böbrek hastalığının etkili öz yönetimi için gerekli olduğu bildirilmiştir (31). Yu ve ark. (2021) çalışmasına göre; daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı puanı, daha fazla kişisel bakım davranışıyla anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir. Yeterli veya mükemmel SOY'a sahip hastaların diyet, egzersiz ve evde kan basıncı izleme puanları, SOY yetersiz veya sınırlı olanlara oranla daha yüksek görülmüştür. (32).

Ho ve ark. (2024) kronik böbrek hastalarında öz yönetim ve SOY düzeylerini ve ilişkilerini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada; katılımcıların (n=289) %31'inde sınırlı SOY mevcut olup, erkek cinsiyet daha düşük SOY ve daha düşük öz yönetim ile ilişkilendirilmiştir. Öz bakım, öz yeterlilik, motivasyon ve davranışla ilişkilendirilmiştir (33).

Öz yönetim becerisi olan ve SOY yüksek olan hemodiyaliz hastaları, hemşirelerle iletişim halinde olarak hastalığı ile ilgili karar sürecine katılarak; öz bakımlarını etkili yapmayı ve tedavi sürecini yönetmeyi geliştirirler ayrıca tıbbi kaynakları arama ve kullanma yoluyla sorumluluk üstlenip, HD tedavi sürecini yönetme gücüne ve yetkiye sahip olurlar (34,35).

Yukarıda ifade edilenler ışığında bu araştırmanın temel amacı, HD hastalarında SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerinin incelenmesidir.

1.1.Araştırmanın Soruları

1. Hemodiyaliz hastalarının SOY düzeyleri nasıldır?
2. Hemodiyaliz hastalarının öz yönetim düzeyleri nasıldır?
3. Hemodiyaliz hastalarının hasta güçlendirme düzeyleri nasıldır?
4. Hemodiyaliz hastalarının tanıtıcı özellikleri ile SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
5. Hemodiyaliz hastalarında SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Son Dönem Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Son dönem böbrek yetmezliği tanımı

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), birçok etiyolojik nedenden dolayı glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalması ile karakterize ve genellikle BRT gerektiren ilerleyici ve geri dönüşü olmayan bir böbrek fonksiyon kaybıdır (36). Glomerüler filtrasyon hızının dakikada 15 ml/1,73m²'nin altında olması, böbreğin fonksiyonlarının ve homeostazisinin kronik ve ilerleyici bir şekilde bozulmasıyla seyreden durum SDBY olarak tanımlanmaktadır (37).

2.1.2. Son dönem böbrek yetmezliği epidemiyolojisi

Son dönem böbrek yetmezliği dünya çapında önde gelen, son 20 yılda ilişkili ölümlerde artış gösteren bulaşıcı olmayan hastalıklardan biridir (38). Yaşlı nüfusun giderek artması, diyabeti ve hipertansiyonu olan hastaların sayısındaki artış, böbrek yetmezliğinin prevelansı ve insidansını arttırmaktadır (37). Son dönem böbrek yetmezliği tablosuna gelene kadar olan süreçte hastalık genellikle belirti vermemektedir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for disease control and prevention) 2023 verilerinde; her 3 kişiden birinin böbrek yetmezliği olduğunu bilmediğini açıklanmıştır (39). Türk Nefroloji Derneği'nin 2022 yılı kayıt sistemi raporuna göre; 2022 yılında BRT gerektiren son dönem böbrek hastalığının insidansı milyon nüfus başına 160,9 hesaplanmıştır (2).

2.1.3. Son dönem böbrek yetmezliği etiyolojisi

Birçok kronik hastalık böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde böbrek yetmezliğinin birincil nedeni diyabet, ikincil nedeni hipertansiyondur (40). Diğer etiyolojik nedenler ve risk faktörleri Tablo 2.1.'de yer almaktadır (41-43).

Tablo 2. 1. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Diabetes mellitus	Renal vasküler hastalıklar	İleri yaş
Hipertansiyon	Otoimmün hastalıklar	Düşük eğitim düzeyi
Polikistik böbrek hastalıkları	Sistemik enfeksiyonlar	İrk
Glomerülonefrit	İlaç toksisitesi	Genetik
Hiperlipidemi	Çevresel/kimyasal tehlikeler	Obezite
Metabolik sendrom	Böbrek taşı	Sigara

2.1.4. Son dönem böbrek yetmezliği belirti ve bulguları

Son dönem böbrek yetmezliğinde görülen ilk belirtiler genellikle anemi ve noktüriye bağlı halsizliktir. Belirtilerin ortaya çıkması hastalığın derecesine, gelişme hızına ve etiyojisine bağlıdır (44). Son dönem böbrek yetmezliği tanısı olan hastalarda böbrek fonksiyon kayıpları bir biyokimyasal testlerde (BUN ve kreatinde artış, düşük hemoglobin düzeyi, idrar konsantrasyonunda azalma vb) bir de bulgulara (noktüri, poliüri vb) belirginleşmektedir. Hiperfosfatemide, hipokalsemi, metabolik asidoz, gastrointestinal (işahsızlık, bulantı, kusma) ve nörolojik bulgular (üremik ensefalopati, üremik nöropati) tabloya eşlik etmektedir. Böbrek yetmezliğinde üremik semptomların şiddetlenmesi ile diğer organ ve sistemlerde de ilgili bulgular ortaya çıkarak BRT'ye ihtiyaç duyulmaktadır (44, 45).

2.1.5. Kronik böbrek yetmezliği tedavi yöntemleri

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar diyet ve ilaç tedavisinin yanında yaşamlarını devam ettirebilmek için BRT'ye ihtiyaç duymaktadır. Bu tedavi başlıca hastanın yaşam süresini ve kalitesini uzatabilmeyi hedeflemektedir. Hemodiyaliz, PD ve böbrek transplantasyonu BRT yöntemlerindendir. Böbrek transplantasyonu, uzun süreli diyaliz tedavisi ile karşılaştırıldığında hayatta kalma avantajı nedeniyle böbrek yetmezliği için en iyi tedavi seçeneğidir. Ancak transplantasyon kısıtlılıkları sebebiyle çoğu hasta tedavilerini diyaliz ile sürdürmektedir (43,46). Türkiye 2022 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre BRT alan hastaların tedavi tipine göre dağılımı HD %75,34; PD %9,96 ve transplantasyon %14,70 dir (2).

2.1.5.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, vücutta birikmiş olan fazla suyun, kanda biriken metabolik artık ve toksik maddelerin diyaliz makinesi ile yarı geçirgen bir membran yoluyla uzaklaştırılmasını amaçlayan tedavi yöntemidir. Vücuttan uzaklaştırılan bu maddeler sayesinde serum elektrolit değerleri normal düzeyde korunmaya çalışılmaktadır (47). Bazı ani ve akut böbrek yetmezliği durumlarında HD sadece kısa bir süre için uygulanabilmekte ancak; kronik böbrek yetmezliğinde böbrek nakli yapılmadığı sürece hastalar diyaliz tedavisine ihtiyaç duymaktadır (48).

Hemodiyaliz, ülkemizde en yaygın uygulanan BRT yöntemidir. Türkiye 2022 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre HD'ye yeni başlayan hasta sayısında (10.340) önceki yıla göre bir artış (9.517) olduğu görülmektedir. Prevelans HD hasta

sayısında da (61.723) geçen yıla göre (60.051) artış gerçekleşmiştir (2). Kronik HD seansları genellikle haftada 3 gün, yaklaşık 4 saat boyunca uygulanmaktadır (2, 49).

Hemodiyaliz sırasında kan akım hızı ve solüt uzaklaştırılmasına bağlı olarak çeşitli komplikasyonlar gelimektedir (37). Kas krampları ve hipotansiyon en sık görülen komplikasyonlardır. Bulantı ve kusma, baş ağrısı, kaşıntı, ateş, titreme gibi komplikasyonların çoğu hipotansiyon ile ilişkilidir. Nadiren aritmiler ve diğer kardiyovasküler komplikasyonlar gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir (50). Raja ve Seyoum (2020) yapmış olduğu çalışmada takibe alınan HD seanslarının %30,7'sinde bir veya birden fazla intradiyalitik komplikasyon görülmüştür. Aynı çalışmada en sık görülen komplikasyonların sırasıyla hipotansiyon, bulantı ve kusma, hipertansiyon, kas krampları ve baş ağrısı olduğu belirtilmektedir (51).

Hemodiyaliz sürecinde hastaların dikkat etmesi gereken diyaliz seanslarına düzenli devam etmek, sıvı-tuz kısıtlaması, beslenme ve diyet uyumu, düzenli ilaç kullanımı, kuru ağırlık kontrolü, kişisel hijyen ve egzersiz uygulamaları gibi birçok konu vardır. Hastaların tedavi süreci; bu konuları öğrenmesini, anlamasını, değerlendirilmesini ve uygulamasını gerektirmektedir (52).

2.1.5.2. Periton diyaliz

Periton diyalizi, yarı geçirgen membran olan periton zarı ve periton boşluğuna konulan diyaliz solüsyonu aracılığıyla vücuttaki fazla suyun, metabolik artık ve toksinlerin uzaklaştırıldığı tedavi yöntemidir. Her iki diyaliz şekli de sıvı,solüt ve elektrolit dengesini yeniden sağlayıp asidozu düzelterek böbrek replasmanını destekler (53).

Periton diyaliz sırasında asepsi tekniklerine özen gösterilmezse en ciddi komplikasyon olan periton zarında enfeksiyon (peritonit) gözlenebilir. Peritonit, kateterin çalışmaması, dehidratasyon, hiperglisemi ve herni PD'nin potansiyel problemleri arasındadır (37,54).

2.1.5.3.Böbrek transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu, SDBY tedavisinde kullanılan, gün geçtikçe başarı oranı artan bir BRT yöntemidir. Uygun donör organ bulunmasındaki güçlükler, her yıl gerçekleştirilen nakil sayısını kısıtlamaktadır (37). Transplantasyon ile hastaların diyaliz makinesine bağılılığı ortadan kalkar ve yaşam kalitesi artar (55). Ameliyat sonrası vasküler komplikasyonlar (renal arter stenozu, renal arter/ven trombozu, anevrizmalar ve fistüller, derin ven trombozu, pulmoner

tromboembolizm), ürolojik komplikasyonlar (hematüri, idrar kaçağı, obstrüksiyon), lenfösel, rejeksiyon, kanama ve enfeksiyonlar görülebilmektedir (56).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” isimli bir makalede kullanılmış olup, birçok tanımı bulunmaktadır (57). Dünya Sağlık Örgütü, SOY’u, “bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel, sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri” olarak tanımlamaktadır (4).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” sonuçlarına göre Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin SOY düzeyi yetersiz veya sınırlı kalmıştır (58).

Sağlık okuryazarlığı okuma ve yazma bilgisinin yanı sıra, sağlığı geliştirici davranışlara ilişkin bilgiyi anlamayı, ilaçları doğru ve düzenli kullanmayı ve tıbbi hizmetlere nasıl erişileceğini, nereye gideceğini, kimi arayacağını bilmeyi, bilgilendirilmiş gönül olur belgelerini anlamayı ve imzalamayı, evde tıbbi ekipmanın uygun kullanım becerisini içerir. Sağlık durumunu anlamak, farklı tedavi seçeneklerini değerlendirmek ve bir sağlık sorununu çözmek veya yönetmek için izlenecek yaklaşım hakkında bilinçli karar vermek için bakım veren kişi ile iletişim kurabilme anlamına gelmektedir (59).

Sağlık okuryazarlığı çok farklı yönlerden yaklaşım gerektiren; eğitim, sağlık, sosyal ve kültürel unsurlarla etkileşim halinde olan bir kavramdır. Okur yazar olan hatta lise ve üstü eğitim alan birçok kişi bile sağlık ile ilgili kavramları anlamakta zorlanabilir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık hakkındaki bilgisi, beklentileri ve inançlarından, sağlık bakımına ulaşması ve nihayetinde sağlık sorunlarının tespiti ve bu sorunların yönetimini içeren geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. Kişi önce sahip olduğu hastalığı anlamalı, bu hastalığın ortaya çıkmasına neyin neden olduğunu bilmeli, sağlık merkezine ulaştığında sağlık hizmeti sunan bireylerle iletişim halinde olabilmeli, tanı ve tedavi için gerekli evrakları doldurabilmeli, tedavi edici ajanları eksiksiz ve doğru zamanda kullanabilmeli, oluşan komplikasyonlardan sağlık profesyonellerini haberdar edebilmelidir (60).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemlidir. Kronik rahatsızlıkları yönetebilmek için hastaların sağlık bilgilerini değerlendirebilmesi, anlayabilmesi

ve kullanabilmesi gerekir (54). Yetersiz SOY'a sahip hastalar, tıbbi durumları ve tedavileri hakkında daha az bilgi sahibi olduklarını bildirmektedir (61).

Yeterli SOY düzeyi, hastaların sağlık kuruluşlarına rahat erişmelerini, sağlık desteklerinden daha çok faydalanmalarını, elde edilen bilgilerin doğru anlaşılıp analiz edilmesi, oluşabilecek tıbbi yanlışların azalmasını ve hastane yatışlarının azalmasını sağlar. Ancak yetersiz SOY düzeyinde hastane/acil servise başvuru oranları artmakta, hastalık tarama programlarına katılım azalmakta, tehlikeli davranış (alkol, sigara vb) oranları artmakta, tıbbi tedavi sürecine uyum düşmekte, reçetelerin anlaşılması ve tedaviye uyum azalmaktadır (56). Sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalar kendilerini yönetme ve uyum sağlama konusunda daha az beceriye sahip olduklarında, daha fazla tıbbi yanlışla karşı karşıya kalırlar ve gerekli becerilerin eksikliği nedeniyle bilgiye ve tedaviye erişimi az olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan hastaların, ağırlıklı olarak tıbbi yönetim (özellikle uyum), iletişim ve bilgi alanında zorluklar yaşadığı belirtilmektedir (59-64).

2.3. Öz Yönetim Kavramı

Kronik hastalıklarla mücadele, semptomları ve sonuçları yönetmek için hem hastaların hem de onların bakım verici rolünü üstlenen kişilerin sürekli ilgisini gerektirir. Kronik hastalıkları olan hastaların sıklıkla öz yönetim becerilerini geliştirmeleri gerekir (35).

Öz yönetim, bireylerin yaşamı, sağlığı ve refahı sürdürmek için gerçekleştirdikleri faaliyetlerin uygulanmasını ve bireyselleştirilmiş bir plan tasarlamak, uygulamak, değerlendirmek için gerekli becerileri geliştirmek olarak tanımlanmıştır (65-67). Öz yönetim, hastalıkla ilgili semptom, tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerini içinde barındıran kronik hastalığı yönetme becerisidir. Kronik Bakım Modeli'ne dayalı olarak öz yönetim, "kronik rahatsızlığı olan bir hastanın günlük yaşamını kontrol edebilme ve istekli olma derecesi" olarak tanımlanmaktadır (68). Öz yönetim ile hastalar, sağlık profesyonelleri ile ortak karar alma, günlük kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirme, tıbbi kaynak arama ve tıbbi kaynakları kullanma yoluyla kendi hastalıklarıyla daha fazla ilgilenmeyi ve kronik hastalıklarının yönetiminde sorumlulukları üstlenmeyi öğrenirler (69). Hastaların bağımsız olarak karar vermelerini desteklemek, hastalık yükünü azaltmada kritik role sahip bir stratejidir (70). Öz yönetim, bireyin olumlu sağlık davranışlarını geliştirme ve konforunu arttırma amacıyla öz bakım müdahalelerine etkin katılım sürecidir (71). Loring ve Holman hastalarda öz yönetim görevini içeren teorik bir model geliştirmiş ve bu modele göre hastada; karar verme, eylem

planlama, hasta bakım verenler ile iş birliği sağlama, kendini uyarılma, kaynak kullanımı ve problem çözme becerilerinden oluşan öz yönetim görevlerini bildirmişlerdir (72).

Kronik hastalıklarda öz yönetiminin temel hedefi, yalnızca sağlık hizmetleri faaliyetleri aracılığıyla hastalık yönetiminin yanı sıra, hastaların günlük yaşamlarını düzenlemeleri ve hastalıktan sonra normal bir yaşam sürdürmelerini sağlamaktır (66). Öz yönetim ile, uyku kalitesinin iyileştirilmesi, stres yönetimi gibi semptomların yönetimi ile bireylere sağlıklı yaşam tarzı becerilerin kazandırılması ve sürdürülmesi sağlanır. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin ilaç ve diyet uyumu ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışlarını kazanması hastalığın getirdiği olumsuz yan etkileri azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede yararlı olduğu kanıtlanmıştır (73,74).

2.4.Hasta Güçlendirme Kavramı

Hasta güçlendirme, hastaların sağlığına yönelik kararlarını belirleme konusunda beceriye sahip olduğu bir süreçtir. Hasta güçlendirme, hastaların hastalık ve tedavilerinin sorumluluğunu üstlenmesine ve bağımsızlıklarını arttırmada destekde bulunur. Bununla birlikte sağlığı geliştirici eylemlerde bulunurlar. Hasta güçlendirme, hastaların geri planda olduğu sorumluluklarından çıkıp sağlıkları ile ilgili karar alma süreçlerinde aktif rol almalarını sağlamak amacıyla kullanılan bir kavramdır (75,76).

Karşılıklı katılım, farkındalık yaratma, gerekli bilgileri sağlama, kültürel yorum ve dil farklılıklarını dikkate alma ve açık iletişim, kişinin eleştirel düşünme ve bakıma ilişkin kararlarını özerk bir şekilde alma yeteneğini artırmayı amaçlayan güçlendirme yaklaşımının önemli stratejileridir. Bireyleri sağlık hizmeti kararlarına dahil etmek, kendi gündemlerini, ilgi alanlarını ve ihtiyaçlarını keşfetmelerine izin vererek tedaviye bağlılıklarını artırabilir (77). Dünya Sağlık Örgütü bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek faktörler üzerinde kontrol sahibi olmalarına yardımcı olmayı vurgulayan kılavuzlar geliştirmiştir. Bireysel ve bütüncül yetkilendirmenin, hastaların yaşamlarını kontrol edebilme yetenekleri açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (78,79).

Aujoulat'a göre sağlık profesyonelleri, bu yeterlilikleri kendi yeterliliklerini destekleyerek ve güçlendirerek geliştirebilirler (80). Bu yüzden hastalara yeterli düzeyde SOY'un teşvik edilmesi güçlendirme için gereklidir. Hastayı güçlendirmenin temel bir yönü olarak aktif katılım dördüncü adımdır. Hasta katılımı olmadan hastane bakımında hastanın güçlendirilmesini teşvik etmek mümkün değildir. Dolayısıyla hastanın güçlendirilmesi, kişinin

bağımsız olarak tamamladığı kişisel bir süreçtir; sağlık profesyonelleri bu süreci ancak hastaları yaşam kalitelerini etkileyen kararlara dahil ederek destekleyebilirler (80-81).

Başarılı bir güçlendirme süreci, hastaların tehdit altında kaldıklarında ortaya çıkabilir. Bu nedenle bütünleşmiş bir benlik, hastanın güçlendirilmesinin ilk sonucudur. Hastalar, akranları veya sağlık hizmeti sağlayıcıları ile etkileşim yoluyla, hastalıklarını yeniden çerçeveleyerek ve yeniden yorumlayarak yeni bakış açıları geliştirebilir ve bu da uzun vadeli durumlarına daha iyi uyum sağlamalarına yol açar (82). Tıbbi bilgi eksikliği ve kişinin kendi üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, hastaların güçsüzlük duygularının ardındaki ana faktörler olarak görülürken; tam tersine, hastanın güçlendirilmesi, hastaların yaşamlarında kontrol sahibi olmalarıyla sonuçlanan süreç olarak görülmektedir. Dolayısıyla ikinci sonuç hakimiyet ve kontrol duygusudur (83).

2.5.Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim, Hasta Güçlendirme ve Hemşirelik Bakımı

Böbrek yetmezliği ve HD zorlu ve karmaşık bir süreçtir (84, 85). Hemodiyaliz hastaları için uyum, HD seansına haftada 3 gün zorunlu katılımı ve sıvı alımının kısıtlanmasını içermektedir. Ulusal Böbrek Vakfı, HD tedavisi alan hastaların %50'sinin HD rejimine uymadığını belirtmektedir (86). İlaça uyumsuzluk oranları ise %12,5-98,6 arasında değişirken, daha yüksek oranda morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (87). Hemodiyaliz rejimine uymamanın nedenleri doğrudan hastalığa, HD rejiminin karmaşıklığına ve eşlik eden hastalık yüküne bağlıdır (88). İleri yaş, gelir düzeyi, sosyokültürel faktörler veya düşük sağlık okuryazarlığı gibi sosyodemografik özellikler uyumsuzluğu etkilemektedir (89). Bu zorlu ve karmaşık süreci yönetmek için sağlık okuryazarlığının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı ve etkili öz yönetim, hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilir (27). Düşük SOY, kronik böbrek hastalığı olan kişilerde yaygın olarak rapor edilmektedir ve hastalığın öz yönetiminin azalması, kötü sağlık sonuçları, artan ölüm oranı ve daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir (28,29). Yapılan bir sistematik inceleme, kronik böbrek hastalarında SOY, mortalite ve hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş, düşük SOY ile olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin olduğunu belirtmiştir (30). Zhao ve ark. (2023) kronik böbrek hastalarında SOY belirlemeye yönelik yaptığı anket çalışmasında, düşük eğitim düzeyi, ileri yaş ve işsizliğin düşük SOY ile ilişkili olduğunu göstermiştir (87). Yapılan başka bir çalışmada, diyaliz hastalarında sınırlı SOY ile

artan mortalite arasında bağımsız bir ilişki olduğu; yaş, cinsiyet, ırk ve diyabete göre etkilendiğini, sosyo-ekonomik duruma göre bir değişiklik olmadığı rapor edilmiştir (88). Benzer şekilde diyalize giren 11.476 hastada düşük SOY artan mortaliteyle ilişkilendirilmiştir (89).

Estrella ve ark. (2023) yaptığı kohort çalışmasında; SOY sınırlı olan bireylerde, hastalık ilerlemesi, kardiyovasküler olay, hastaneye yatış ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (31).

Literatürde yer alan bir incelemeye göre; bireylerin daha fazla SOY'a sahip olması, hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Hastalığa özgü bilginin SOY için önemli olduğunu ve kronik böbrek hastalığının etkili öz yönetimi için gerekli olduğu bildirilmiştir (84).

Huang ve ark. (2024) kronik böbrek hastalarında SOY eğitim programının ruh sağlığı ve böbrek fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada; deney grubuna (n=42) multidisipliner bakım ve SOY eğitim programı verilip, kontrol grubuna (n=42) sadece multidisipliner bakım verilmiştir. 6 ay sonra sonuçlar karşılaştırıldığında; deney grubunun kontrol grubuna göre 3. ayda önemli bir düzeyde SOY'a sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmada evre 3-4 kronik böbrek hastalarında SOY, depresyon ve böbrek fonksiyonları üzerinde olumlu etkiler gözlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, hastaların SOY, öz bakım yeteneğini ve kronik böbrek hastalığa uyumunu güçlendirmenin yanı sıra hastalığın ilerlemesini geciktirmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinde multidisipliner ve hemşire liderliğindeki stratejilerin uygulanmalarını kolaylaştırılabilir yönündedir (90).

Hastanın öz yönetim faaliyetlerine aktif katılımı, HD hastaları için yüksek düzey sağlığa ulaşmada önemli bir rol oynar. Amerikan Nefroloji Derneği'nin görüşüne göre, hastaların öz yönetimini desteklemek, kronik böbrek hastalıklarının tedavisine ilişkin karar alma süreçlerine hastaların dahil edilmesinde önemli bir unsurdur (91). Yapılan öz yönetim faaliyetleri arasında karmaşık ilaç rejimlerinin yönetilmesi; genellikle haftada 3 gün 4 saatlik seanslar gerektiren diyalize katılım; yüksek protein, düşük sodyum, potasyum, fosfor kısıtlamalarına uymak için önemli diyet değişiklikleri yapmak; günlük sıvı alımının önemli ölçüde kısıtlanması; ve SDBY ile ilişkili diğer komorbiditelerin (örn. diyabet) yönetilmesini içerir. Günlük yaşam aktivitelerine ek olarak bu faaliyetleri yönetmek hasta için bunaltıcı olabilir. Yaşam tarzındaki

bu değişiklikler, hastaların tedavi planına dahil edilmesinden veya öz yönetimlerinin arttırılmasından önemli ölçüde etkilenmektedir. Hemodiyaliz hastalarında öz yönetim düzeyinin geliştirilmesi, mortalite ve komplikasyon görülme sıklığını azaltmanın etkili bir yoludur ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (92).

Hastalarda öz yönetimin geliştirilmesi için hastalığın farkındalığının arttırılması gerekir. Yapılan çalışmalar, KBY ile ilişkili düşük SOY'un, HD hastasının öz yönetiminin zayıf olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (93,94).

Karmaşık sağlık sorunları karşısında öz yönetimi entegre etmek, HD hastalarında istenilen sağlık sonuçlarına ulaşmada önemli rol oynayabilir. Öz yönetim, hastaların günlük sağlıklarını daha iyi yönetmelerine olanak tanıyan beceri ve davranışları öğrenme ve uygulama yeteneğini ifade eder ve ilaca bağıllık, fiziksel aktivite, semptomları yönetme, bilgi arama ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla etkileşimle ilgili davranışları içerir (91-94). Curtin ve ark. (2005) HD hastalarının öz yönetimini, sağlık bakımında öz yönetim ve günlük yaşamda öz yönetim şeklinde iki kategoriye ayırmıştır. Birincisi hastalık bakımı ile ilgili, ikincisi günlük görevlerin düzenli devam edebilmesi ile ilgilidir (95). Hemodiyaliz hastaları yaşamları üzerinde etkinin yanı sıra maksimum sağlık ve zindelik elde etmek için öz yönetim kazanmaya teşvik edilmelidir. Ayrıca kendilerini tedavi sürecinin yöneticisi görebilen hastaların güvenilir davranışlar sergileme ihtimalleri daha yüksektir. Ayrıca, yaşam kalitesinin artması, hastanın güçlendirilmesinin uzun vadeli bir sonucudur (93).

Hemodiyaliz hastalarının öz yönetimini geliştirmek, hastaların eğitim yoluyla güçlendirilmesini gerektirir (96). Hastaların bilgi düzeyinin eğitim yoluyla yükseltilmesi, riskli davranışların ortadan kaldırılması veya değiştirilmesinde hastanın sorumluluğunun arttırılmasında etkili faktörlerden biridir. Böbrek yetmezliği olan hastaların SOY düşük olması ve öğrenme konusundaki isteksizlikleri her zaman aşılması gereken temel zorluklar olarak görülmüştür. Öz yönetim ve ortak karar almanın desteklenmesi gibi yenilikçi eğitim yaklaşımları son yıllarda önem kazanmaktadır (97).

Donald ve ark. (2019) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada; katılımcılar böbrek hastalığı, diyet ve böbrek hastalığının fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları gibi konularda farkındalık ve anlayışa yol açan bilginin güçlendirmeye katkıda bulunduğunu belirtmiştir (98).

Brennan ve Safran (2003), öz yönetimi hastanın güçlendirilmesinden kaynaklanan bir durum olduğunu belirtmektedir. Güçlendirme, hastanın sağlık bakımında aktif bir katılımcı

haline gelmesiyle maksimum sağlık hizmeti sonuçlarına ulaşılacağı görüşüne dayanan bir sağlık hizmeti felsefesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle yetenekleri daha yüksek olan hastaların öz yönetimleri daha iyidir (99). Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda Baraz ve ark. (2006) Orem teorisine dayalı hastaların bakımlarına yönelik verilen öz yönetim eğitiminin HD hastalarının fiziksel sorunlarına etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, eğitimsel müdahalenin serum üre, ürik asit miktarını azaltmada etkili olduğu ortaya çıkmıştır (100). Başka bir çalışmada diyabet hastalarının diyabetle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, hastaların güçlenmesini arttırmak açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (101).

Hemşireler HD hastalarının SOY düzeylerini yükseltmede, öz yönetimini sağlamada ve hastaları güçlendirme de eğitici, araştırıcı, yönetici, bakım verici ve danışman rollerini yerine getirmelidir. Hemodiyaliz hastalarına iyi bakım sağlamak, eğitim vererek SOY düzeylerini arttırmak, öz yönetim becerilerini kazandırmak hemşirelerin temel bir unsuru grlmektedir. Hemşireler tarafından hastalara verilen eğitim; hastaların bilgi düzeyi arttırılmalı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, problem çözme ve öz yönetim becerileri kazandırmalıdır. Hemşirelerin asıl amacı hastaların tedavi sürecini yönetebilmesini destekleyip, sürekliliğini sağlamaktır (102,103). Yapılan bir çalışmada, hastalara verilen eğitimin, ilaç kullanımına, sıvı ve diyet kısıtlamaların uyumunu arttırdığı, semptomları azaltarak hastaların yaşam kalitesine olumlu etkilediği görülmüştür (104). Hemşireler hastaların sorunlarını bireysel olarak tanımalı, öz yönetim müdahalelerini başlatmalı, devamlılığı için hastayı teşvik etmelidir ve hasta sonuçlarını tüm yönleriyle değerlendirmelidir. Hemşireler hastaların tedavinin getirdiği, değiştirilmesi gereken yaşam tarzları konusunda motive etmek için görüşmeler yapmalıdır (102-104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi diyaliz merkezlerindeki HD hastalarının sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma 25.01.2024-15.05.2024 tarihleri arasında Başkent Üniversitesine bağlı olan Ümitköy, Çiğdem ve Yenikent Diyaliz Merkezlerindeki HD hastaları ile yürütülmüştür.

Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde 1 HBs (+), 1 HCV(+) toplamda 65 HD cihazı ile 210 hasta tedavi almaktadır. Merkezde 5 hemşire, 16 diyaliz teknikeri ve 2 diyaliz hekimi çalışmaktadır.

Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde 1 HBs (+), 1 HCV(+) toplamda 35 HD cihazı ile 101 hasta tedavi almaktadır. Merkezde 3 hemşire, 7 diyaliz teknikeri ve 2 diyaliz hekimi çalışmaktadır.

Yenikent Diyaliz Merkezi'nde 1 HBs (+), 1 HCV(+) toplamda 20 HD cihazı ile 66 hasta tedavi almaktadır. Merkezde 5 hemşire, 4 diyaliz teknikeri ve 2 diyaliz hekimi çalışmaktadır.

Merkezler haftanın 6 günü (Pazartesi-Çarşamba-Cuma/Salı-Perşembe-Cumartesi) 07.00-17.00 saatleri arasında, sabah ve öğlen olmak üzere 2 seans hizmet vermektedir. Hastalar ile ayın ilk haftası, diyetisyen görüşmesi yapılmaktadır. Ayrıca merkezlerde acil müdahale odası, bekleme salonu, doktor odası, hemşire odası, teknisyen odası ve giyinme odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Ankara hastanesi diyaliz merkezlerinde HD alan 377 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise 25.01.2024-15.05.2024 tarihleri arasında tedavi alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 219 hasta oluşturmuştur.

Evreni bilinen örneklem hesabına göre yapılan istatistiksel ön değerlendirmede, araştırmanın örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde HD hastalarının SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme durumunun $p=0.5$ olasılık ve $d=0.05$ sapma ile gerekli olan örneklem büyüklüğü en az 199 kişi olarak belirlenmiştir [EK 1]. Kayıplar göz önüne alındığında örneklemin %10 fazlası dikkate alınmış olup araştırma 219 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil etme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan
- En az 6 aydır HD alan
- Sözel iletişim kurabilen
- En az ilkokul mezunu olan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- DSM-5 tanı kriterlerine göre tanısı olan

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, “Hasta Tanıtıcı Formu” [EK 2], “Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-HD)” [EK 3], “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” [EK 4] ve “Hasta Güçlendirme Ölçeği” [EK 5] kullanarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta tanıtıcı bilgi formu

Literatürden yararlanılarak geliştirilmiş (49, 52, 83, 85, 108) olan bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 8 soru, ikinci bölümde hastalığa ilişkin özelliklere ilişkin 12 sorudan oluşmaktadır. Veriler hasta dosyasından alınmıştır.

3.4.2. Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği

Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOY-HD) 2021 yılında Yavuz&Altok tarafından geliştirilmiş 22 maddelik bir ölçektir. Bu ölçek HD hastalarının SOY düzeylerini daha spesifik bir açıdan değerlendirilmesi, yaşam kaliteleri ile tedavi etkinliği çıktılarıyla arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek 4’lü likert tipte olup, “1-çok zor, 2-zor, 3-kolay, 4-çok kolay” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 88’dir. Ölçekten alınan puan arttıkça SOY-HD düzeyi artmaktadır. Ölçeğin cronbach-alfa katsayısı 0,961 dir (49). Bu araştırmada uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda SOY-HD ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0,945 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği

Kronik hastalık öz yönetim ölçeği, 2020 yılında Ngai ve arkadaşları tarafından kronik hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (106). Öztürk ve arkadaşları tarafından 2021 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır (107). Ölçek 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumundan oluşmaktadır. Kendini damgalama alt boyutu kronik hastalığı olan bireylerin, sosyal ortamlara ve diğer insanlara karşı duygu ve düşünce düzeylerini içermektedir. Damgalamayla baş etme alt boyutu hastalıkla ilgili yaşanan sorunlara yönelik baş etme düzeylerini içermektedir. Sağlık bakım etkinliği alt boyutu kendi sağlığını yönetebilme düzeylerini içermektedir. Tedavi uyumu alt boyutu hastalık tedavisine/ilaçlarına uyum durumlarını içermektedir. Ölçek maddeleri 5’li Likert tipte hazırlanmış olup katılımcılar 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Ortalama, 4-Oldukça sık, 5-Her zaman aralığında en uygun seçeneği işaretler. Ölçekten alınan puanlar 5’e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1’e doğru indikçe öz yönetimin azaldığını göstermektedir. Tedavi uyumu alt boyutunda 1-5 aralığındaki maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin alt gruplarının cronbach alfa değeri sırasıyla “kendini damgalama” 0,876; “damgalamayla baş etme” 0,850 ; “sağlık bakım etkinliği” 0,820 ; “tedavi uyumu” 0,789 olarak tespit edilmiştir (107). Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarının madde sayısı, cronbach alfa değerleri, araştırmanın cronbach alfa değerleri, ters kodlanan maddeleri Tablo 3.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1.Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri

Alt boyutlar	Ölçek maddeleri	Cronbach alfa	Ters kodlanan maddeler	Araştırma Cronbach alfa
Kendini damgalama	7 madde	0,876	-	0,929
Damgalamayla baş etme	5 madde	0,850	-	0,966
Sağlık bakım etkinliği	4 madde	0,820	-	0,842
Tedavi uyumu	5 madde	0,789	1.,2.,3.,4.,5.	0,876

3.4.4. Hasta güçlendirme ölçeği

Hasta güçlendirme ölçeği, kronik hastalıklarda hasta güçlendirme düzeyini ortaya koymak amacıyla Small (2013) tarafından geliştirilmiştir (108). Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2018 yılında Kaya&Işık tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal hali 47 madde iken Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 10 madde çıkarılarak 37 madde 5 alt boyutta toplanmıştır. Bunlar; kimlik/özdeşlik, kişisel kontrol, karar alma, bilme ve anlama, başkaları ile etkileşim olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan ifadeler 1’den (Kesinlikle katılmıyorum) 5’e (Kesinlikle katılıyorum) kadar 5’li Likert şeklinde puanlanmaktadır. Ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan 5’e doğru yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, 1’e doğru indikçe hasta güçlendirme düşük olarak değerlendirilmektedir (109). Hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları, madde sayıları, cronbach alfa katsayıları ve araştırmanın cronbach alfa değerleri Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri

Alt boyut	Ölçek maddeleri	Cronbach Alfa	Araştırma Cronbach Alfa
Kimlik/Özdeşlik	6.,12.,14.,20.,23.,25.,29.,32.,37.	0,837	0,905
Kişisel Kontrol	3.,5.,9.,13.,17.,28.,35.	0,746	0,886
Karar Alma	1.,2.,4.,18.,21.,24.,27.,31.	0,764	0,706
Bilme ve anlama	8.,11.,15.,19.,22.,30.,34.,36.	0,771	0,892
Başkaları ile Etkileşim	7.,10.,16.,26.,33.	0,600	0,890

3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması 20.01.2024-24.01.2024 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesine bağlı olan Ümitköy Diyaliz Merkezi’nde tedavi alan 20 HD hastasıyla tedavinin 2. saati yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Yapılan ön uygulamada katılımcılar soru ve anket formlarına ilişkin anlaşılmayan bir bölüm olmadığını ifade ettiklerinden katılımcıların verileri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 25.01.2024-15.05.2024 tarihleri arasında Başkent Üniversitesine bağlı olan Ümitköy, Çiğdem ve Yenikent diyaliz merkezlerinde gerçekleştirilmiştir.

Veriler hastaların intradiyalitik komplikasyonunun olmadığı ve hastanın kendini iyi hissettiğini belirttiği zaman dilimlerinde diyalizin 2. saatinde yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 25 dakika sürmüştür. Veriler hastaların öz bildirimine dayanmaktadır ve yönlendirme yapılmadan anlaşıncaya kadar tekrar okunmuştur.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ait bilgiler hasta dosyasından alınmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences, windows için sürüm 23.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Araştırmada verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov testi kullanılarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirmeyi ölçen değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle araştırmadaki istatistiksel değerlendirmede parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler yüzde değerler, ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum ile verilmiştir. Araştırmada hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerinin karşılaştırılmasında ikili gruplarda Bağımsız Örnekler t Testi (Independent Sample t-testi) , üç ve üzeri gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık gösteren gruplarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde Tukey ve Games-Howell Post-Hoc testleri kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı “0” olduğunda değişkenler arasında ilişki olmadığı, “0,1-0,39” olduğunda zayıf, “0,40-0,69” olduğunda orta, “0,70-0,99” olduğunda güçlü, “1” olduğunda mükemmel ilişki olduğu ve ilişkinin yönü pozitif veya negatif olarak belirtilmiştir (110). Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (Proje No: KA23/403) gerekli izinler alınmıştır [EK 6]. Ayrıca Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği’nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı kurum izni alınmıştır [EK 7]. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden “isteklilik, gönüllülük” ilkesi ışığında “bilgilendirilmiş onam” koşulu yerine getirilmiştir [EK 8].

Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren Sayın Yavuz’dan e-posta yoluyla izin alınmış olup EK 9 da sunulmuştur. Kronik Hastalarda Öz Yönetim Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğini

yapan Sayın Yeşildal'dan e-posta yoluyla izin alınmış olup EK 10 da sunulmuştur. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin kullanılabilmesi için Türkçe uyarlamasını yapan Sayın Kaya'dan e-posta yoluyla izin alınmış olup EK 11 de sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler hastaların öz bildirimine dayanmaktadır.



4. BULGULAR

Bu bölümde HD hastalarının, SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında ele alınmıştır.

1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Hastaların SOY-HD ölçeği puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular
3. Hastaların kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular
4. Hastaların hasta güçlendirme ölçeği puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular
5. Hastaların SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların tanıtıcı (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin) özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları (n=219)

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	88	40,2
Erkek	131	59,8
Yaş	$\bar{X} \pm SS(\text{Min-Maks})$ 62,95 $\pm$ 14,06 (20-89)	
18-44	28	12,8
45-64	76	34,7
64-74	66	30,1
75 ve üzeri	49	22,4
Beden Kitle İndeksi		
18,5 ve altı	10	4,6
18,5-24,9 arası	107	48,9
25-29,9 arası	70	32,0
30 ve üstü	32	14,6
Medeni Durum		
Evli	166	75,8
Bekar	53	24,2
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	52	23,7
Ortaöğretim	28	12,8
Lise	64	29,2
Üniversite	75	34,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	28	12,8
Hastalık nedeniyle çalışmıyor	48	21,9
Çalışmıyor	143	65,3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	65	29,7
Gelir gidere eşit	139	63,5
Gelir giderden fazla	15	6,8

Değerler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

$\bar{X}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma

Tablo 4.1.1.'de hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.1.1. incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %59,8'i erkektir. Hastaların %34,7'si 45-64 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 62,95 $\pm$ 14,06'dır. Hastaların beden kitle indeksi %48,9'unun 18,5-24,9 arasındadır. Hastaların %75,8'i evli, %34,2'si üniversite mezunu ve %65,3'ü çalışmamaktadır. Hastaların %63,5'inin geliri giderine eşittir

Tablo 4.1.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımları (n=219)

Böbrek Yetmezliği Tanı Süresi	Sayı	Yüzde
7 ay -5 yıl	77	35,2
6-10 yıl	61	27,9
11-15 yıl	26	11,9
16 ve üzeri	55	25,1
Hemodiyaliz Tedavi Süresi		
7 ay-5 yıl	128	58,4
6-10 yıl	56	25,6
11-15 yıl	17	7,8
16 ve üzeri	18	8,2
Eşlik Eden Hastalık Varlığı		
Evet	149	68,0
Hayır	70	32,0
*Komorbidite Varlığı (n=149)		
Hipertansiyon	91	61,1
Diyabet	66	44,3
Kardiyovasküler hastalıklar	50	33,6
**Diğer	45	30,2
Sigara Kullanımı		
Evet	42	19,2
Hayır	177	80,8
Alkol Kullanımı		
Evet	29	13,2
Hayır	190	86,8
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	217	99,1
Hayır	2	0,9
İlaçları Düzenli Kullanma		
Evet	203	92,7
Hayır	16	7,3
Doktor Kontrollerini Düzenli Yaptırma		
Evet	210	95,9
Hayır	9	4,1
Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Eğitim Alma		
Evet	96	43,8
Hayır	123	56,2
*Eğitim Alınan Kaynak (n=96)		
Doktor	68	70,8
Hemşire	31	32,3
Diyaliz teknikeri	10	10,4
Kitap/broşür	10	10,4
Diyetisyen	9	9,4
***Diğer	14	14,6
Eğitimi Yeterli Bulma(n=96)		
Evet	77	80,2
Hayır	19	19,8

Değerler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur

*Birden fazla işaretleme yapılmıştır. Yüzde hesabı “Evet” diyenler üzerinden yapılmıştır.

**Kas iskelet sistemi hastalıkları (14), Nörolojik hastalıklar (5), Gastrointestinal sistem hastalıkları (4), Endokrin sistem hastalıkları (9), Solunum sistemi hastalıkları (5), Malignite (n=8)

*** konferans (n=1), internet (n=6), diyaliz merkezi (n=7)

Tablo 4.1.2.'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Tablo 4.1.2.'e göre hastaların böbrek yetmezliği tanı alma süreleri incelendiğinde %35,2'si 7 ay-5 yıl ve hastaların % 58,4'ü 7 ay-5 yıl arasında hemodiyaliz almaktadır. Hastaların %68'inin komorbiditesi olup eşlik eden hastalıklar %61,1 hipertansiyon, %43,3 diyabet, %33,6 kardiyovasküler hastalıklar olup %30,8'ini ise diğer hastalıklar oluşturmuştur. Hastaların tamamı hemodiyaliz seansına düzenli (3/hafta) devam etmektedir. Hastaların %80,8'i sigara, %86,8'i ise alkol kullanmamaktadır. Hastaların %99,1'inin sürekli kullandığı ilaçları vardır. Hastaların %92,7'si ilaçlarını düzenli kullanmakta, %95,9'u doktor kontrollerini düzenli yaptırmaktadır. Hastaların %43,8'i hastalığı ile ilgili daha önce eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların %70,8'i doktordan, %32,3'ü hemşireden, %10,4'ü diyaliz teknikerinden, %10,4'ü kitapçık/broşürlerden, %9,4'ü diyetisyenden, %14,6'sı diğer kaynaklardan eğitim almıştır ve eğitim alanların %80,2'si aldığı eğitimi yeterli bulmuştur.

4.2.Hastaların SOY-HD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların SOY-HD ölçeği puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1 SOY-HD ölçeği puan ortalamasının dağılımı

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı	62,19±8,96	22-88

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Tablo 4.2.1 incelendiğinde, SOY-HD ölçek puan ortalaması 47,80±8,96 olup, alınan puan minimum 22, maksimum 88'dir.

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SOY-HD Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların tanıtıcı (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin) özelliklerine göre SOY-HD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre SOY-HD ölçeği puan ortalamaları (n=219)

Hastalığa İlişkin Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Test
Cinsiyet		
Kadın	62,18±11,40	t:0,012 p:0,990
Erkek	62,19±6,90	
Yaş		
18-44	66,21±8,20 ^a	F:5,772 p:0,001 d<a d<b d<c
45-64	63,22±8,50 ^b	
65-74	62,24±8,43 ^c	
75 ve üzeri	58,22±9,49 ^d	
Medeni Durum		
Evli	61,68±8,36	t:-1,498 p:0,136
Bekar	63,79±10,54	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	56,88±10,85 ^a	F:11,121 p:0,000 d>a d>b d>c
Ortaöğretim	60,00±5,40 ^b	
Lise	62,73±6,10 ^c	
Üniversite	66,22±8,64 ^d	
İş durumu		
Çalışıyor	66,82±10,70 ^a	F:4,434 p:0,013 a>b a>c
Hastalığı nedeniyle çalışmıyor	61,31±6,10 ^b	
Çalışmıyor	61,58±9,18 ^c	
Gelir durumu		
Gelir giderinden az	60,20±10,69 ^a	F:3,393 p:0,035 c>a c>b
Gelir giderine eşit	62,69±7,67 ^b	
Gelir giderinden fazla	66,20±10,48 ^c	

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma;t= Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), p=Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.3.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre SOY-HD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların dağılımı yer almaktadır.

Elde edilen bulgular incelendiğinde, hastaların yaş gruplarına göre SOY-HD puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (F:5,772; p=0,001). Yaş gruplarına göre SOY-HD toplam puan ortalamaları sırasıyla; 18-44 yaş aralığındaki hastaların 66,21±8,20; 45-64 yaş aralığındaki hastaların 63,22±8,50; 65-74 yaş aralığındaki hastaların 62,24±8,43; 75 yaş ve üzerindeki hastaların 58,22±9,49’dır. 75 yaş ve üzeri gruptaki hastaların SOY-HD puan ortalamaları ile 18-44 yaş ve 45-64 yaş grubundaki hastaların SOY-HD puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılık 75 yaş ve üzeri gruptan kaynaklanmaktadır.

Hastaların eğitim düzeyleri ve SOY-HD puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (F:11,121; p=0,000). Eğitim düzeylerine göre SOY-HD toplam puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim mezunu olanların $56,88 \pm 10,85$, ortaöğretim mezunu olanların $60,00 \pm 5,40$, lise mezunu olanların $62,73 \pm 6,10$, üniversite mezunu olanların $66,22 \pm 8,64$ 'dir. Üniversite mezunu olan hastaların SOY-HD puan ortalamaları ile ilköğretim, ortaöğretim ve lise mezunu olan hastaların SOY-HD puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılık üniversite mezunlarından kaynaklanmaktadır.

Hastaların iş durumlarına göre SOY-HD puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (F:4,434; p=0,013). İş durumlarına göre SOY-HD toplam puan ortalamaları sırasıyla; çalışanların $66,82 \pm 10,70$, hastalığı nedeniyle çalışamayanlar $61,31 \pm 6,10$, çalışmayanların $61,58 \pm 9,18$ 'dir. Çalışan hastaların, SOY-HD puan ortalamaları ile hastalığı nedeniyle çalışamayan ve çalışmayan hastaların SOY-HD puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılık çalışan hastalardan kaynaklanmaktadır.

Hastaların gelir durumlarına göre SOY-HD puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (F:3,393; p=0,035). Gelir durumlarına göre SOY-HD toplam puan ortalamaları; geliri giderinden az olanların $60,20 \pm 10,69$, geliri giderine eşit olanların $62,69 \pm 7,67$, geliri giderinden fazla olanların $66,20 \pm 10,48$ 'dir. Geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olan hasta grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılık geliri giderinden fazla olan hasta grubundan kaynaklanmaktadır.

Hastaların cinsiyetleri ve medeni durumlarına göre SOY-HD puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05)

Tablo 4.3.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları (n=219)

Hastalığa İlişkin Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Test
Böbrek Yetmezliği Tanı süresi		
7 ay -5 yıl	60,80±9,71	F:1,737 p:0,160
6-10 yıl	62,08±8,92	
11-15 yıl	61,92±8,89	
16 yıl ve üzeri	64,38±7,66	
Hemodiyaliz Tedavi Süresi		
7 ay - 5 yıl	61,53±9,45	F:1,159 p:0,326
6-10 yıl	62,21±7,14	
11-15 yıl	63,70±10,36	
16 yıl ve üzeri	65,38±8,91	
Komorbidite Varlığı		
Evet	60,99±8,15	t:-2,93 p:0,004
Hayır	64,74±10,06	
Sigara Kullanımı		
Evet	60,80±7,05	t:-1,112 p:0,267
Hayır	62,51±9,34	
Alkol Kullanımı		
Evet	62,31±7,40	t:0,076 p:0,939
Hayır	62,17±9,19	
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı		
Evet	62,21±8,99	t:0,347 p:0,729
Hayır	60,00±4,24	
İlaçları Düzenli Kullanım		
Evet	62,37±8,77	t:1,103 p:0,271
Hayır	59,81±11,11	
Doktor Kontrollerini Düzenli Yaptırma		
Evet	62,45±8,920	t:2,134 p:0,034
Hayır	56,00±8,09	
Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Eğitim Alma		
Evet	65,48±9,65	t:5,076 p:0,000
Hayır	59,61±7,46	
Aldığınız Eğitim Yeterli Bulma (n=96)		
Evet	66,83±10,05	t:2,842 p:0,005
Hayır	60,05±5,06	

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma,t= Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),p=Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.3.2.'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre SOY-HD Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark dağılımı yer almaktadır.

Veriler incelendiğinde hastaların komorbite varlığı (t:2,93; p=0,004), doktor kontrollerini düzenli yaptırma (t:-2,134; p=0,034), hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma (t:-5,076; p=0,000), aldığı eğitimi yeterli bulma (t:-2,842; p=0,005) ile SOY-HD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların böbrek yetmezliği tanı süresi, hemodiyaliz alma süresi, sigara, alkol kullanımı, sürekli kullanılan ilaç varlığı ve ilaçları düzenli kullanım durumu ile SOY-HD puan ortalamalarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

4.4. Hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların kronik hastalık öz yönetim ölçeği genel madde puan ve alt boyutlarının ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1. Hastaların kronik hastalıklarda öz yönetim ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim	3,34±0,48	1-5
Alt Boyutlar	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Kendini Damgalama	2,28±1,14	1-5
Damgalamayla Baş Etme	3,37±0,86	1-5
Sağlık Bakım Etkinliği	3,39±0,96	1-5
Tedavi Uyumu	4,32±0,83	1-5

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Çizelge 4.4.1 incelendiğinde Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Ölçeği madde puan ortalaması 3,34±0,48'dir. Kendini Damgalama madde puan ortalaması 2,28±1,14, Damgalamayla Baş Etme 3,37±0,86, Sağlık Bakım Etkinliği 3,39±0,96, Tedavi Uyumu alt boyut puanının ortalaması ise 4,32±0,83'dür. Hastaların ölçekten aldıkları minimum ve maksimum puanlar her bir alt boyutta Min:1, Maks:5'dir.

4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların tanıtıcı (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin) özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklılıkların dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.



4.5.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları (n=219)

Sosyodemografik Özellikler	Kendini Damgalama		Damgalama ile Başetme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test
Cinsiyet								
Kadın	2,27±1,06	t: -0,144	3,34±0,93	t:-0,387	3,32±1,09	t:-0,841	4,32±0,90	t:-0,120
Erkek	2,29±1,20	p: 0,886	3,38±0,81	p:0,699	3,44±0,87	p: 0,402	4,33±0,79	p:0,905
Yaş								
18-44	2,29±1,12	F:0,415 p:0,742	3,40±0,82	F:1,059 p:0,368	3,83±0,77 ^a	F:2,797 p:0,041 a>b	4,10±0,98	F:1,092 p:0,353
45-64	2,22±1,20		3,49±0,91		3,41±0,99		4,43±0,74	
64-74	2,23±1,14		3,23±0,92		3,31±0,98		4,30±0,88	
75 ve üzeri	2,44±1,09		3,34±0,67		3,20±0,93 ^b		4,33±0,83	
Medeni Durum								
Evli	2,28±1,13	t:-0,93	3,40±0,84	t:1,107	3,36±0,89	t:-0,591	4,37±0,80	t:1,514
Bekar	2,29±1,19	p:0,926	3,25±0,901	p:0,269	3,47±1,15	p:0,557	4,17±0,91	p: 0,132
Eğitim Durumu								
İlköğretim	2,29±1,16	F:2,09 p:0,102	3,45±0,80	F:1,32 p:0,266	3,01±1,00	F:3,77 p:0,11	4,30±0,86	F:0,689 p:0,560
Ortaöğretim	2,77±1,32		3,37±0,77		3,39±0,84		4,15±0,79	
Lise	2,14±1,10		3,48±0,87		3,50±0,87		4,42±0,79	
Üniversite	2,21±1,06		3,21±0,91		3,56±1,00		4,33±0,87	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	1,81±0,82 ^a	F:4,703 p:0,012 a<b a<c	3,30±0,94	F:0,286 p:0,751	3,60±1,06	F:1,172 p:0,312	4,12±1,11	F:1,180 p:0,309
Hastalığı nedeniyle çalışmıyor	2,46±1,30 ^b		3,44±0,81		3,48±0,78		4,42±0,62	
Çalışmıyor	2,31±1,13 ^c		3,35±0,86		3,32±0,99		4,33±0,83	
Gelir Durumu								
Gelir giderinden az	2,29±1,14	F:0,014 p:0,986	3,40±0,91	F:0,140 p:0,869	3,19±1,00	F:1,954 p:0,144	4,37±0,89	F:0,997 p:0,371
Gelir giderine eşit	2,28±1,15		3,34±0,86		3,47±0,92		4,33±0,75	
Gelir giderinden fazla	2,23±1,11		3,44±0,68		3,46±1,08		4,04±1,23	

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma,t= Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), p=Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.5.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarının madde puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Veriler incelendiğinde hastaların yaş gruplarına göre sağlık bakım etkinliği alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; 18-44 yaş aralığındaki hastaların $3,83 \pm 0,77$, 45-64 yaş aralığındaki hastaların $3,41 \pm 0,99$, 64-74 yaş aralığındaki hastaların $3,31 \pm 0,98$ ve 75 yaş ve üzeri hastaların $3,20 \pm 0,93$ ’dir. Hastaların yaş grupları ile sağlık bakım etkinliği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=2,797$; $p=0,041$). 18-44 yaş hasta grubu ve 75 yaş üzeri hasta grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın 18-44 yaş grubu hastalardan kaynaklandığı görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre, kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin diğer alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4.5.1)

Hastaların çalışma durumuna göre kendini damgalama puan ortalamaları sırasıyla; çalışan hasta grubunun $1,81 \pm 0,82$, hastalığı nedeniyle çalışamayan hasta grubunun $2,46 \pm 1,30$ ve çalışmayan hasta grubunun $2,31 \pm 1,13$ ’dir. Çalışma durumu ile kendini damgalama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=4,703$; $p=0,012$). Çalışan hasta grubundaki hastaların kendini damgalama puan ortalamaları ile hastalığı nedeniyle çalışamayan ve çalışmayan hasta grubunun puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın çalışan hasta grubundan kaynaklandığı görülmektedir. Hastaların çalışma durumlarına göre, kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin diğer alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4.5.1)

Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutları madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$;Tablo 4.5.1)

Tablo 4.5.2’de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutlarının madde puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.5.2 Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları(n=219)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Kendini Damgalama		Damgalama ile Başetme		Sağlık Bakım Etkinliği		Tedavi Uyumu	
	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test
Böbrek Yetmezliği Tanı Süresi								
0-5 yıl	2,35±1,15	F:0,859 p:0,463	3,38±0,88	F:0,652 p:0,582	3,09±0,93 ^a	F:5,144 p:0,002 a<b	4,33±0,85	F:1,472 p:0,223
6-10 yıl	2,15±1,07		3,34±0,86		3,38±0,98		4,45±0,79	
11-15 yıl	2,54±1,12		3,19±0,70		3,59±1,02		4,04±0,88	
16 yıl ve üzeri	2,21±1,22		3,47±0,90		3,71±0,85 ^b		4,30±0,82	
Hemodiyaliz Tedavi Süresi								
7 ay - 5 yıl	2,31±1,14	F:0,659 p:0,578	3,38±0,88	F:0,348 p:0,790	3,25±1,00	F:2,326 p:0,076	4,31±0,89	F:0,332 p:0,810
6-10 yıl	2,13±1,06		3,34±0,85		3,58±0,81		4,39±0,68	
11-15 yıl	2,55±1,39		3,22±0,88		3,58±1,14		4,17±0,75	
16 yıl ve üzeri	2,29±1,21		3,51±0,77		3,62±0,74		4,35±0,93	
Komorbidite Varlığı								
Evet	2,41±1,20	t:2,60 p:0,010	3,45±0,81	t:2,02 p:0,44	3,35±0,91	t:-0,965 p:0,336	4,31±0,86	t:-0,411 p:0,681
Hayır	2,01±0,95		3,20±0,94		3,20±0,94		4,36±0,77	
Sigara Kullanımı								
Evet	2,37±1,20	t:0,551 p:0,582	3,33±0,81	t:-0,312 p:0,755	3,36±0,99	t:0,995 p:0,819	4,23±0,93	t:0,764 p:0,413
Hayır	2,26±1,13		3,37±0,87		3,40±0,96		4,35±0,81	
Alkol Kullanımı								
Evet	2,29±1,07	t:0,021 p:0,983	3,22±0,95	t:0,155 p:0,338	3,52±0,95	t:0,688 p:0,431	4,27±0,80	t:0,311 p:0,716
Hayır	2,28±1,161		3,39±0,84		3,37±0,96		4,33±0,84	
Sürekli Kullandığı İlaç								
Evet	2,29±1,14	t:16,692 p:0,000	3,37±0,86	t:0,774 p:0,439	3,39±0,96	t:0,578 p:0,564	4,32±0,84	t:-1,137 p:0,257
Hayır	1,00±0,00		2,90±0,141		3,00±0,70		5,00±0,00	
İlaçları Düzenli Kullanma								
Evet	2,28±1,16	t:0,099 p:0,921	3,38±0,88	t:0,761 p:0,447	3,42±0,94	t:1,976 p:0,049	4,42±0,72	t:4,123 p:0,001
Hayır	2,25±0,94		3,21±0,59		2,93±1,16		3,13±1,23	
Doktor Kontrollerini Düzenli Yaptırma								
Evet	2,24±1,12	t:-2,398 p:0,017	3,38±0,85	t:1,080 p:0,281	3,41±0,97	t:2,07 p:0,064	4,33±0,83	t:0,794 p:0,428
Hayır	3,17±1,34		3,06±0,97		3,00±0,55		4,11±0,94	
Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Eğitim Alma								
Evet	2,17±1,12	t:-1,298 p:0,196	3,23±0,96	t:-2,002 p:0,047	3,60±0,95	t:2,932 p:0,004	4,40±0,781	t:1,176 p:0,241
Hayır	2,37±1,16		3,47±0,76		3,22±0,94		4,26±0,87	
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma (n=96)								
Evet	2,17±1,14	t:0,031 p:0,975	3,19±0,98	t:-0,863 p:0,390	3,70±0,98	t:1,981 p:0,050	4,45±0,71	t:1,043 p:0,308
Hayır	2,16±1,08		3,41±0,85		3,22±0,73		4,20±1,00	

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma,t= Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), p=Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.5.2 incelendiğinde hastaların böbrek yetmezliği tanı sürelerinin sağlık bakım etkinliği puan ortalamaları sırasıyla; 0-5 yıl $3,09 \pm 0,93$, 6-10 yıl $3,38 \pm 0,98$, 11-15 yıl $3,59 \pm 1,02$ ve 16 yıl ve üzeri $3,71 \pm 0,85$ 'dir. Hastaların böbrek yetmezliği tanı süresi ile sağlık bakım etkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F=5,144$; $p:0,002$). Böbrek yetmezliği tanı süresi 0-5 yıl ve 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların sağlık bakım etkinliği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın tanı süresi 16 yıl ve üzerinde olan hasta grubundan kaynaklandığı görülmektedir.

Hastaların komorbidite varlığı ($t:2,60$; $p=0,010$), sürekli ilaç kullanımı ($t:16,692$; $p=0,000$) ve doktor kontrollerini düzenli yaptırma ($t:-2,398$; $p=0,017$) ile kendini damgalama puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastaların hastalığı hakkında daha önce eğitim alma durumu ile damgalamayla baş etme puan ortalaması ($t:-2,002$; $p:0,047$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma ($t:1,976$; $p:0,049$), hastalığına ilişkin daha önce eğitim alma ($t:2,932$; $p:0,004$), alınan eğitimi yeterli bulma ($t:1,981$; $p:0,050$) ile sağlık bakım etkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile tedavi uyumu alt boyut ($t:4,123$; $p:0,001$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

4.6. Hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.6.1. Hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Hasta Güçlendirme Genel Puan	129,92 $\pm$ 25,08	40-185
Hasta Güçlendirme Madde Puan	3,49 $\pm$ 0,68	1-5
Alt Boyutlar	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Kimlik/Özdeşlik	3,33 $\pm$ 0,83	1-5
Kişisel Kontrol	3,66 $\pm$ 0,73	1-5
Karar Alma	3,72 $\pm$ 0,61	1-5
Bilme ve Anlama	3,60 $\pm$ 0,77	1-5
Başkaları ile Etkileşim	3,11 $\pm$ 1,11	1-5

$\bar{x}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Çizelge 4.6.1 incelendiğinde Hasta Güçlendirme ölçeği genel puan ortalaması 129,92 $\pm$ 25,08, madde puan ortalaması 3,49 $\pm$ 0,68 iken Kimlik/Özdeşlik puan ortalaması 3,33 $\pm$ 0,83, Kişisel Kontrol 3,66 $\pm$ 0,73, Karar Alma 3,72 $\pm$ 0,61, Bilme ve Anlama 3,60 $\pm$ 0,77, Başkaları ile Etkileşim alt boyut puan ortalaması ise 3,11 $\pm$ 1,11'dir.

4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların tanıtıcı (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin) özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklılıkların dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.7.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=219)

Sosyodemografik Özellikler	Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları										Hasta Güçlendirme Ölçeği	
	Kimlik/Özdeşlik		Kişisel Kontrol		Karar Alma		Bilme ve Anlama		Başkaları ile Etkileşim			
	$\bar{X}\pm SS$	Test	$\bar{X}\pm SS$	Test	$\bar{X}\pm SS$	Test	$\bar{X}\pm SS$	Test	$\bar{X}\pm SS$	Test	$\bar{X}\pm SS$	Test
Cinsiyet												
Kadın	3,39±0,94	t:0,879	3,63±0,83	t:-0,379	3,79±0,61	t:1,288	3,62±0,87	t:0,337	3,09±1,16	t:-0,233	3,51±0,77	t:0,344
Erkek	3,29±0,76	p:0,381	3,67±0,66	p:0,705	3,68±0,61	p:0,200	3,59±0,71	p:0,324	3,13±1,07	p:0,816	3,47±0,62	p:0,732
Yaş												
18-44	3,60±0,79	F:2,024 p:0,111	3,79±0,69	F:2,019 p:0,112	3,70±0,63	F:0,709 p:0,548	3,85±0,64 ^a	F:2,835 p:0,039 a>b	3,21±1,01	F:2,095 p:0,102	3,63±0,64	F:2,355 p:0,073
45-64	3,41±0,81		3,74±0,66		3,77±0,58		3,65±0,78		3,31±1,02		3,57±0,63	
65-74	3,25±0,81		3,67±0,69		3,76±0,61		3,63±0,70		3,06±1,14		3,48±0,68	
75 ve üzeri	3,17±0,90		3,44±0,87		3,62±0,64		3,35±0,89 ^b		2,82±1,21		3,28±0,76	
Medeni Durum												
Evli	3,33±0,82	t:-0,111	3,67±0,71	t:0,478	3,72±0,62	t:0,050	3,58±0,74	t:-0,583	3,11±1,10	t:-0,001	3,48±0,66	t:-0,048
Bekar	3,34±0,88	p:0,912	3,61±0,80	p:0,633	3,72±0,58	p:0,960	3,66±0,87	p:0,561	3,11±1,13	p:0,999	3,49±0,75	p:0,962
Eğitim Durumu												
İlköğretim	3,05±0,87 ^a	F:4,706 p:0,003 b>a	3,28±0,82 ^a	F:9,009 p:0,000 a<b a<c	3,51±0,60 ^a	F:5,619 p:0,001 b>a	3,13±0,84 ^a	F:14,943 p:0,000 a<c d>a,b,c	2,77±1,14 ^a	F:3,241 p:0,023 b>a	3,15±0,73 ^a	F:9,139 p:0,000 c>a c>b
Ortaöğretim	3,21±0,70		3,55±0,71		3,62±0,64		3,45±0,74 ^b		3,29±0,88		3,42±0,65	
Lise	3,31±0,87		3,68±0,67 ^b		3,70±0,64		3,61±0,69 ^c		3,03±1,11		3,47±0,65 ^b	
Üniversite	3,59±0,75 ^b		3,95±0,60 ^c		3,93±0,51 ^b		3,98±0,61 ^d		3,35±1,11 ^b		3,76±0,59 ^c	
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	3,63±0,85	F:1,989 p:0,139	3,89±0,70	F:1,684 p:0,188	3,83±0,49	F:0,833 p:0,436	3,93±0,67	F:2,933 p:0,055	3,68±0,89 ^a	F: 6,130 p:0,004 a>b a>c	3,79±0,60 ^a	F:3,241 p:0,041 a>b
Hastalığı nedeniyle çalışmıyor	3,29±0,82		3,60±0,72		3,64±0,64		3,52±0,77		3,11±1,00 ^b		3,43±0,64	
Çalışmıyor	3,29±0,83		3,63±0,74		3,73±0,62		3,56±0,78		3,00±1,15 ^c		3,44±0,70 ^b	
Gelir durumu												
Gelir giderinden az	3,15±0,94	F:2,754 p:0,066	3,45±0,92 ^a	F:6,966 p:0,002 c>a c>b	3,64±0,70	F:1,978 p:0,141	3,43±0,90 ^a	F:3,709 p:0,033 b>a	2,87±1,20 ^a	F:3,696 p:0,034 b>a	3,31±0,81 ^a	F:5,115 p:0,011 a>b
Gelir giderine eşit	3,38±0,77		3,71±0,63 ^b		3,73±0,57		3,64±0,71		3,17±1,06		3,53±0,61	
Gelir giderinden fazla	3,63±0,77		4,05±0,44 ^c		3,99±0,43		3,95±0,60 ^b		3,64±0,94 ^b		3,85±0,52 ^b	

Tablo 4.7.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına yer verilmektedir.

Tablo 4.7.1. incelendiğinde, yaş gruplarına göre bilme ve anlama puan ortalamaları sırasıyla; 18-44 yaş aralığındaki hastaların $3,85 \pm 0,64$, 45-64 yaş aralığındaki hastaların $3,65 \pm 0,78$, 65-74 yaş aralığındaki hastaların $3,63 \pm 0,70$ ve 75 yaş üzeri hastaların $3,35 \pm 0,89$ ’dir. Hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalamasına göre yaş grup aralıkları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F:2,835$; $p=0,039$). 18-44 yaş aralığındaki hastaların ve 75 yaş üzeri hastaların bilme ve anlama puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın 18-44 yaş grubundan kaynaklandığı görülmektedir.

Eğitim düzeylerine göre kimlik/özdeşlik puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim $3,05 \pm 0,87$, ortaöğretim $3,21 \pm 0,70$, lise $3,31 \pm 0,87$, üniversite $3,59 \pm 0,75$ ’dir. Üniversite ve ilköğretim mezunu olan hastaların kimlik/özdeşlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F:4,706$; $p:0,003$). Farklılık üniversite mezunu hastalardan kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeylerine göre kişisel kontrol puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim $3,28 \pm 0,82$, ortaöğretim $3,55 \pm 0,71$, lise $3,68 \pm 0,67$ ve üniversite $3,95 \pm 0,60$ ’dir. İlköğretim mezunu olan hastaların lise ve üniversite mezunu olan hastalarla, lise mezunu olan hastaların ilköğretim mezunu olan hastalar ile, üniversite mezunu olan hastalarla ilköğretim mezunu olan hastaların kişisel kontrol puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F:9,009$; $p:0,000$). Farklılığın ilköğretim mezunu hastalardan kaynaklandığı görülmektedir.

Eğitim düzeylerine göre karar alma puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim $3,51 \pm 0,60$, ortaöğretim $3,62 \pm 0,64$, lise $3,70 \pm 0,64$, üniversite $3,93 \pm 0,51$ ’dir. Üniversite ve ilköğretim mezunu olan hastaların karar alma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F:5,619$; $p:0,001$). Farklılık üniversite mezunu hastalardan kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeylerine göre bilme ve anlama puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim $3,13 \pm 0,84$, ortaöğretim $3,45 \pm 0,74$, lise $3,61 \pm 0,69$, üniversite $3,98 \pm 0,61$ ’dir. İlköğretim mezunu olan hastaların lise ile ve üniversite mezunu olanların diğer düzeyler ile bilme ve anlama puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F:14,943$; $p:0,000$). Farklılık üniversite mezunlarından kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeylerine göre başkaları ile etkileşim puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim $2,77 \pm 1,14$, ortaöğretim $3,29 \pm 0,88$, lise $3,03 \pm 1,11$, üniversite $3,35 \pm 1,11$ ’dir. İlköğretim ve üniversite mezunu olan hastaların başkaları ile etkileşim puan ortalamaları arasındaki fark

anlamli bulunmuştur (F:3,241; p:0,023). Farklılığın üniversite mezunu hastalardan kaynaklandığı görölmektedir.

Eğitim düzeylerine göre hasta güçlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları sırasıyla; ilköğretim 3,15±0,73, ortaöğretim 3,42±0,65, lise 3,47±0,65 ve üniversite 3,76±0,59'dir. İlköğretim düzeyinin lise ve üniversite ile, üniversite düzeyinin ise ilköğretim ile hasta güçlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:9,139; p:0,000). Farklılık üniversite mezunu hastalardan kaynaklanmaktadır.

Çalışma durumlarına göre başkaları ile etkileşim alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; çalışan hasta grubunun 3,68±0,89, hastalığı nedeniyle çalışmayan hasta grubunun 3,11±1,00 ve çalışmayan hasta grubunun 3,00±1,15'dir. Çalışan hasta grubunun çalışmayan ve hastalığı nedeniyle çalışmayan hasta grubuna göre başkaları ile etkileşim alt boyut madde puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:6,130; p:0,004). Farklılığın çalışan hasta grubundan kaynaklandığı görölmektedir.

Çalışma durumlarının hasta güçlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları sırasıyla; çalışan hasta grubunun 3,79±0,60, hastalığı nedeniyle çalışmayan hasta grubunun 3,43±0,64 ve çalışmayan hasta grubunun 3,44±0,70'dir. Çalışan ve çalışmayan hasta grubunun hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:3,241; p:0,041). Farklılığın çalışan hastalardan kaynaklandığı görölmektedir.

Gelir durumlarının kişisel kontrol alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; geliri giderinden az 3,45±0,92, geliri giderine eşit 3,71±0,63, geliri giderinden fazla 4,05±0,44'dir. Geliri giderinden fazla olan hasta grubunun geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan hasta grubuna göre kişisel kontrol alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:6,966; p:0,002). Farklılığın geliri giderinden fazla olan hastalardan kaynaklandığı görölmektedir.

Gelir durumlarının bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; geliri giderinden az 3,43±0,90, geliri giderine eşit 3,64±0,71, geliri giderinden fazla 3,95±0,60'dir. Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olan hasta grubunun bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:3,709; p:0,033). Farklılık geliri giderinden fazla olan hastalardan kaynaklanmaktadır.

Gelir durumlarının başkaları ile etkileşim alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; geliri giderinden az 2,87±1,20 geliri giderine eşit 3,17±1,06 geliri giderinden fazla

3,64±0,94'dır. Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olan hasta grubunun başkaları ile etkileşim alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:3,696; p:0,034). Farklılık geliri giderinden fazla olan hastalardan kaynaklanmaktadır.

Gelir durumlarının hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları sırasıyla; geliri giderinden az 3,31±0,81, geliri giderine eşit 3,53±0,61 ve geliri giderinden fazla 3,85±0,52 'dır. Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olan hasta grubunun hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:5,115; p:0,011). Farklılık geliri giderinden fazla olan hastalardan kaynaklanmaktadır.

Hastaların cinsiyet ve medeni durumlarının hasta güçlendirme ölçeğinin toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının madde puan ortalamasına göre anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

4.7.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=219)

Hastalığa İlişkin Özellikler (n=219)	Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları										Hasta Güçlendirme Ölçeği	
	Kimlik/Özdeşlik		Kişisel Kontrol		Karar Alma		Bilme ve Anlama		Başkaları ile Etkileşim		Madde Puan Ortalaması	
	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test	$\bar{X} \pm SS$	Test
Böbrek yetmezliği Tanı Süresi												
0-5 yıl	3,21±0,91	F:0,930	3,53±0,80	F:1,896	3,57±0,63 ^a	F:2,862	3,40±0,83 ^a	F:3,030	2,92±1,13	F:2,485	3,32±0,74 ^a	F:3,090
6-10 yıl	3,40±0,90	p:0,427	3,70±0,80	p:0,136	3,81±0,62	p:0,038	3,66±0,83	p:0,030	3,21±1,15	p:0,066	3,56±0,73	p:0,031
11-15 yıl	3,35±0,81		3,63±0,72		3,71±0,59	b>a	3,66±0,70	b>a	2,95±1,30		3,46±0,69	b>a
16 yıl ve üzeri	3,43±0,64		3,80±0,50		3,85±0,52 ^b		3,79±0,59 ^b		3,36±0,86		3,65±0,48 ^b	
Hemodiyaliz Tedavi Süresi												
7 ay - 5 yıl	3,29±0,88	F:0,742	3,61±0,79	F:0,677	3,68±0,62	F:0,664	3,49±0,81	F:2,418	2,96±1,14 ^a	F:4,146	3,40±0,71	F:1,902
6-10 yıl	3,47±0,79	p:0,528	3,77±0,64	p:0,587	3,81±0,59	p:0,575	3,77±0,70	p:0,067	3,35±0,99	p:0,011	3,63±0,63	p:0,130
11-15 yıl	3,19±0,78		3,64±0,78		3,75±0,69		3,59±0,80		2,96±1,26	b>a	3,43±0,72	
16 yıl ve üzeri	3,35±0,70		3,68±0,52		3,77±0,46		3,87±0,61		3,63±0,78 ^b		3,66±0,50	
Komorbidite Varlığı												
Evet	3,27±0,83	t:-1,515	3,62±0,73	t:-1,227	3,71±0,58	t:-0,575	3,52±0,75	t:-2,366	2,99±1,12	t:-2,455	3,42±0,67	t:-2,064
Hayır	3,46±0,84	p:0,131	3,75±0,73	p:0,221	3,76±0,66	p:0,566	3,78±0,79	p:0,019	3,38±1,03	p:0,015	3,62±0,70	p:0,040
Sigara Kullanımı												
Evet	3,20±0,85	t:-1,145	3,62±0,71	t:-0,321	3,67±0,56	t:-0,649	3,65±0,70	t:0,450	2,97±1,12	t:-0,943	3,42±0,63	t:-0,666
Hayır	3,36±0,83	p:0,254	3,66±0,74	p:0,748	3,74±0,62	p:0,517	3,59±0,79	p:0,653	3,15±1,10	p:0,347	3,50±0,69	p:0,506
Alkol Kullanımı												
Evet	3,37±0,85	t:0,292	3,68±0,82	t:0,177	3,79±0,63	t:0,617	3,78±0,80	t:0,718	3,33±1,17	t:0,656	3,59±0,72	t:0,883
Hayır	3,33±0,83	p:0,771	3,65±0,72	p:0,859	3,71±0,60	p:0,538	3,57±0,77	p:0,197	3,08±1,10	p:0,251	3,47±0,68	p:0,378
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı												
Evet	3,33±0,84	t:-0,651	3,66±0,73	t:-0,376	3,72±0,61	t:-0,052	3,60±0,78	t:-0,490	3,11±1,11	t:-0,361	3,48±0,68	t:-0,476
Hayır	3,72±0,23	p:0,516	3,85±0,60	p:0,707	3,75±0,35	p:0,959	3,87±0,17	p:0,624	3,40±0,56	p:0,718	3,72±0,38	p:0,634
İlaçları Düzenli Kullanıma												
Evet	3,34±0,84	t:0,429	3,66±0,73	t:-0,093	3,73±0,61	t:0,538	3,60±0,77	t:0,025	3,10±1,10	t:-0,684	3,48±0,68	t:-0,035
Hayır	3,25±0,77	p:0,668	3,67±0,81	p:0,926	3,64±0,53	p:0,591	3,60±0,82	p:0,980	3,30±1,15	p:0,495	3,49±0,69	p:0,972
Doktor Kontrollerini Düzenli Yaptırma												
Evet	3,35±0,84	t:1,504	3,67±0,72	t:0,906	3,73±0,60	t:1,001	3,61±0,77	t:1,020	3,12±1,11	t:0,750	3,50±0,68	t:1,214
Hayır	2,92±0,69	p:0,134	3,44±0,91	p:0,366	3,52±0,85	p:0,318	3,34±0,91	p:0,309	2,84±0,99	p:0,454	3,21±0,70	p:0,226
Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Eğitim Alma												
Evet	3,52±0,86	t:3,009	3,80±0,70	t:2,490	3,81±0,60	t:1,877	3,79±0,72	t:3,183	3,29±1,06	t:2,122	3,64±0,68	t:3,022
Hayır	3,18±0,79	p:0,003	3,55±0,74	p:0,014	3,65±0,60	p:0,062	3,46±0,78	p:0,002	2,97±1,12	p:0,035	3,36±0,66	p:0,003
Eğitim Yeterli Bulma (n=96)												
Evet	3,61±0,79	t:2,114	3,90±0,59	t:2,403	3,88±0,53	t:1,962	3,91±0,60	t:2,609	3,38±1,02	t:1,751	3,74±0,58	t:2,280
Hayır	3,15±1,04	p:0,037	3,36±0,93	p:0,025	3,51±0,79	p:0,062	3,30±0,97	p:0,016	2,91±1,19	p:0,083	3,25±0,89	p:0,033

$\bar{X}$ =Ortalama, SS=Standart Sapma,t= Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),p=Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.7.2.'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.7.2. incelendiğinde tanı süresine göre karar alma puan ortalamaları sırasıyla; 0-5 yıl $3,57\pm0,63$, 6-10 yıl $3,81\pm0,62$, 11-15 yıl $3,71\pm0,59$, 16 ve üzeri $3,85\pm0,52$ 'dir. 0-5 yıl ile 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hasta grubunun karar alma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:2,862; p:0,038). Farklılığın 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların oluşturduğu görülmektedir.

Tanı süresine göre bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalamaları sırasıyla; 0-5 yıl $3,40\pm0,83$, 6-10 yıl $3,66\pm0,83$, 11-15 yıl $3,66\pm0,70$, 16 yıl ve üzeri $3,79\pm0,59$ 'dir. 0-5 yıl ile 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hasta grubunun bilme ve anlama puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:3,030; p:0,030). Farklılığın 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların oluşturduğu görülmektedir.

Tanı süresine göre hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları sırasıyla; 0-5 yıl $3,32\pm0,74$, 6-10 yıl $3,56\pm0,73$, 11-15 yıl $3,46\pm0,69$, 16 yıl ve üzeri $3,65\pm0,48$ 'dir. 0-5 yıl ile 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hasta grubunun hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:3,090; p:0,031). Farklılığın 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların oluşturduğu görülmektedir.

Hemodiyaliz tedavi süresine göre başkaları ile etkileşim puan ortalamaları sırasıyla; 6 ay-5 yıl $2,96\pm1,14$, 6-10 yıl $3,35\pm0,99$, 11-15 yıl $2,96\pm1,26$, 16 ve üzeri $3,63\pm0,78$ 'dir. 6 ay-5 yıl ile 16 yıl ve üzeri HD'ye giren hasta grubunun başkaları ile etkileşim puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F:4,146; p:0,011). Farklılığın 16 yıl ve üzeri HDe giren hastaların oluşturduğu görülmektedir.

Hastaların başka hastalık varlığı (t:-2,366; p:0,019), hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:3,183; p:0,002), alınan eğitimi yeterli bulma durumu (t:2,609; p:0,016) ile bilme ve anlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastaların komorbidite varlığı (t:-2,455; p:0,015), hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:2,122; p:0,035) ile başkaları ile etkileşim puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastaların komorbidite varlığı (t:-2,064; p:0,040), hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:3,022; p:0,003), alınan eğitimin yeterli bulma durumu (t:2,280; p:0,033) ile hasta güçlendirme genel madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:3,009; p:0,003), alınan eğitimi yeterli bulma durumu (t:2,114; p:0,037) ile kimlik/özdeşlik puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:2,490; p:0,014), alınan eğitimi yeterli bulma durumu (t:2,403; p:0,025) ile kişisel kontrol puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma durumu (t:1,877; p:0,062) ile karar alma puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastaların HD seansına düzenli devam etme durumu, sigara, alkol kullanımı, sürekli ilaç kullanımı, ilaçları düzenli kullanım durumu ve doktor kontrollerini düzenli yaptırma durumları ile hasta güçlendirme toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.8. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

4.8.1.Hastaların Sağlık Okuryazarlığı, Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişki

		SOY-HD	Kendini Damgalama	Damgalamayla Baş etme	Sağlık Bakım Etkinliği	Tedavi Uyumu	Kimlik/Özdeşlik	Kişisel Kontrol	Karar Alma	Bilme ve Anlama	Başkaları ile Etkileşim	Hasta Güçlendirme
	SOY-HD	1,000										
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	Kendini Damgalama	-,278**	1,000									
	Damgalamayla Baş etme	-,181**	0,047	1,000								
	Sağlık Bakım Etkinliği	,397**	-,169*	,241**	1,000							
	Tedavi Uyumu	0,088	-,172*	0,051	,146*	1,000						
Hasta Güçlendirme Ölçeği	Kimlik/ Özdeşlik	,559**	-,325**	-0,055	,416**	,230**	1,000					
	Kişisel Kontrol	,599**	-,211**	-0,042	,462**	,206**	,843**	1,000				
	Karar Alma	,415**	0,019	-0,067	,303**	,136*	,580**	,720**	1,000			
	Bilme ve Anlama	,643**	-,167*	-0,093	,545**	,152*	,750**	,884**	,711**	1,000		
	Başkaları ile Etkileşim	,371**	-,147*	-0,068	,290**	0,099	,588**	,555**	,378**	,509**	1,000	
	Hasta Güçlendirme	,604**	-,206**	-0,077	,471**	,191**	,888**	,927**	,757**	,890**	,768**	1,000

*p<0,05; ** p<0,01; SOY-HD: Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; Kendini Damgalama, Damgalama ile baş etme, Sağlık Bakım Etkinliği, Tedavi Uyumu Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği alt boyutları; Kimlik/özdeşlik, Kişisel kontrol, Karar alma, Bilme ve anlama, Başkaları ile etkileşim Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarıdır.

Tablo 4.8.1.'de hastaların SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Tablo 4.8.1 incelendiğinde SOY-HD ile kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin kendini damgalama arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,278$; $p<0,01$), SOY-HD ile damgalama ile baş etme arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,181$; $p<0,01$), SOY-HD ile sağlık bakım etkinliği arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,397$; $p<0,01$), SOY-HD ile hasta güçlendirme ölçeğinin kimlik/özdeşlik alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,559$; $p<0,01$), SOY-HD ile kişisel kontrol arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,599$; $p<0,01$), SOY-HD ile karar alma arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,415$; $p<0,01$), SOY-HD ile bilme ve anlama arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,643$; $p<0,01$), SOY-HD ile başkaları ile etkileşim arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,371$; $p<0,01$), SOY-HD ile hasta güçlendirme ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki ($r=0,604$; $p<0,01$) olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği ve tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin kendini damgalama ile sağlık bakım etkinliği arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,169$; $p<0,05$), kendini damgalama ile tedavi uyumu arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,172$; $p<0,05$), kendini damgalama ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,452$; $p<0,01$), kendini damgalama ile kimlik/özdeşlik arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-0,325$; $p<0,01$), kendini damgalama ile kişisel kontrol arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,211$; $p<0,01$), kendini damgalama ile bilme ve anlama arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,167$; $p<0,05$), kendini damgalama ile başkaları ile etkileşim arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,147$; $p<0,05$), kendini damgalama ile hasta güçlendirme arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki olduğu ($r=-0,206$; $p<0,01$) görülmektedir. Kendini damgalama ile damgalama ile baş etme ve karar alma arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin damgalama ile baş etme ile sağlık bakım etkinliği arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,241$; $p<0,01$), damgalama ile baş etme ile kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,612$; $p<0,01$) görülmektedir.

Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin sağlık bakım etkinliği ile tedavi uyumu alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,146$; $p<0,05$), sağlık bakım etkinliği

ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,566$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile kimlik/özdeşlik arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,416$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile kişisel kontrol arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,462$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile karar alma arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,303$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile bilme ve anlama arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,545$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile başkaları ile etkileşim arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,290$; $p<0,01$), sağlık bakım etkinliği ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,471$; $p<0,01$) görülmektedir.

Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin tedavi uyumu alt boyutu ile kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,424$; $p<0,01$), tedavi uyumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin kimlik/özdeşlik alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0,230$; $p<0,01$), tedavi uyumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin kişisel kontrol alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0,206$; $p<0,01$), tedavi uyumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin karar alma alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0,136$; $p<0,05$), tedavi uyumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0,152$; $p<0,05$), tedavi uyumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0,191$; $p<0,01$) görülmektedir.

Hasta güçlendirme ölçeğinin kimlik/özdeşlik alt boyutu madde ile hasta güçlendirme ölçeğinin kişisel kontrol alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,843$; $p<0,01$), kimlik/özdeşlik ile hasta güçlendirme ölçeğinin karar alma alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,580$; $p<0,01$), kimlik/özdeşlik ile hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,750$; $p<0,01$), kimlik/özdeşlik ile hasta güçlendirme ölçeğinin başkaları ile etkileşim alt boyut madde puan ortalamaları arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0,588$; $p<0,01$), kimlik/özdeşlik ile hasta güçlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,888$; $p<0,01$) görülmektedir.

Hasta güçlendirme ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu ile karar alma arasında pozitif yönde güçlü ($r=0,720$; $p<0,01$), kişisel kontrol ile bilme ve anlama arasında pozitif yönde güçlü ($r=0,884$; $p<0,01$), kişisel kontrol ile başkaları ile etkileşim arasında pozitif yönde orta düzeyde

($r=0,555$; $p<0,01$), kişisel kontrol ile hasta güçlendirme ölçeği arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,927$; $p<0,01$) görülmektedir.

Hasta güçlendirme ölçeğinin karar alma alt boyutu ile hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama arasında pozitif yönde güçlü ($r=0,711$; $p<0,01$), karar alma ile başkaları ile etkileşim arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,378$; $p<0,01$), karar alma ile hasta güçlendirme ölçeğinin toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,757$; $p<0,01$) görülmektedir.

Hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama ile hasta başkaları ile etkileşim arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,509$; $p<0,01$), bilme ve anlama ile hasta güçlendirme ölçeğinin toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,890$; $p<0,01$) görülmektedir.

Hasta güçlendirme ölçeğinin başkaları ile etkileşim ile hasta güçlendirme ölçeğinin toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu ($r=0,768$; $p<0,01$) görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarının SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen konu başlıkları altında ve mevcut literatür eşliğinde tartışılmıştır. Bu bölümde;

5.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile SOY-HD ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması,

5.2. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması,

5.3. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta güçlendirme ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması,

5.4. Hastaların SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması yer almaktadır.

5.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile SOY-HD ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar hastalığın beraberinde getirdikleri komplikasyonları ve HD gibi zorlu bir süreci yönetmek durumundadır. Bu süreçte hastaların tedavi sürecine aktif katılımlarının sağlanarak uyumlarının artırılması için SOY oldukça önemlidir. Literatürde SOY düzeyi yüksek bireylerin sağlık hizmetlerine zamanında başvurdukları, sağlık personelinin önerilerini daha fazla takip ettikleri, sağlıklarını ve sağlıklı davranışlarını olumlu yönde geliştirdikleri ve sağlık durumlarını daha iyi analiz ettikleri bildirilmektedir (111-112). Yeterli SOY düzeyine sahip olmak, HD hastalarının kronik durumlarını günlük olarak kapsamlı bir şekilde yönetmeleri, sağlık hizmetleriyle ilgili daha özerk ve bilinçli kararlar almaları ve sağlık sistemini yönlendirmeleri için gereklidir (113).

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığını belirlemek için kullandığımız veri toplama aracımızın değerlendirilmesinde ölçek kesim noktası bulunmamakla birlikte hastaların ortalamasının üstünde ($62,19 \pm 8,96$)(maksimum puan 88) SOY düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca hastalıklarına ilişkin daha önce eğitim aldıklarını bildiren hastaların SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Uğurlu ve ark. (2024) yaşı HD hastalarının SOY düzeyini farklı bir ölçüm aracıyla incelediği çalışmada hastaların genel SOY puanının $25,69 \pm 14,47$ (olası puan 0-50) olduğu ve katılımcıların %62,5'inin yetersiz ve sınırlı düzeyde SOY kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir (114).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada HD alan hastaların %23'ünün SOY düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (115). Türkiye'de kronik hastalıkları olan bireylerle yapılan bir araştırmada hastaların %52,7'sinin SOY düzeylerinin sorunlu veya yetersiz olduğu bildirilmiştir (116). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin (%32,3) SOY yetersiz olduğu görülmüştür (117). Literatüre göre, SDBY hastalarında sınırlı SOY bildirilen prevalansı, %8,4 ile %49,6 arasında değişmektedir ve düşük eğitim düzeyi ile erkek cinsiyetle ilişkilendirilmektedir (52, 88, 118). Ayrıca yapılan çalışmalarda yaş azaldıkça (52, 114, 115, 119) ve eğitim düzeyi arttıkça (52, 114, 115, 119, 120) SOY düzeyinin arttığı bildirilmektedir.

Bu araştırmada HD hastalarının ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmayan/çalışamayan ve gelir düzeyi düşük olan hastaların SOY-HD puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde HD hastalarıyla yapılan çalışmalarda da ileri yaş, eğitim ve geliri düzeyi daha düşük olanların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (114,121). Geliri az olan hastaların ekstra sağlık harcamalarına maddi yönden para ayırması, hastaları hem ekonomik hem de sağlık açısından olumsuz etkileyebilir. Araştırmamızda çalışan hastaların SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur ve literatüre göre desteklenmektedir (52, 122).

Bu araştırmada hastaların kronik böbrek yetmezliği tanı süresi ve HD'e başlama zamanı ile SOY puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Finkelstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların böbrek hastalığı tanı süresi arttıkça bilgi düzeylerinin arttığı ve sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerin arttığı saptanmıştır (123). Ayrıca literatürde sağlık okuryazarlığının hastalık süresi ve diyaliz ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (30, 122).

Bu araştırmaya katılan hastalar arasında komorbiditesi olmayan ve düzenli doktor kontrollerini yaptıranların SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Stomer ve diğerlerinin yaptığı çalışmada da komorbidite varlığının düşük SOY ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Birden çok kronik hastalığı olan hastalar, sağlık sisteminden yeterince faydalanamaması sağlık okuryazarlık seviyesinin düşüklüğünün nedeni olabilir.

Başka kronik hastalıklara sahip bireylerle yapılan çalışmalarda; diyabeti olan hastaların SOY düzeyinin yeterli olduğu (124), hipertansiyon hastalarının %51,8'inin, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların ise %77,2'sinin SOY düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (125).

Çalışmamıza katılan hastalar arasında, hastalığına ilişkin eğitim alanların SOY-HD puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve eğitimi yetersiz bulan hastalarinsa SOY-HD puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan iki kohort çalışmasından elde edilen analizlerde, sağlık okuryazarlığı sınırlı olan diyaliz hastalarının, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek mortalite riskine sahip olduğu bulunmuştur (88, 126). Bu durum, eğitim programlarının sağlık okuryazarlığını artırmada ve dolayısıyla hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmede önemli rol oynadığını göstermektedir. Eğitim, hastaların sağlık bilgisine erişim ve bu bilgiyi kullanma becerilerini geliştirerek, tedavi süreçlerine daha aktif katılımlarını sağlayabilir ve bu da mortalite riskini azaltabilir.

Bu çalışmanın bulgularına göre hastaların sağlık okuryazarlığının desteklenmesi sağlanarak hastaların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığı hastaların sosyodemografik özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığı taraması, ek danışmanlık veya hasta eğitimine öncelik verilmesi sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak konusunda yardımcı olacaktır.

5.2. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Hastaların kendi sağlık sorunlarını yönetebilmeleri, hastalığa yönelik becerilerini arttırmaları ve kendilerini daha güvende hissetmeleri öz yönetim kontrolü ile sağlanabilmektedir (127). Hastaların bilgi düzeylerinin gelişmesiyle birlikte, kendilerine olan güvenleri ve semptom yönetme becerileri gelişerek ve öz-yönetim düzeyleri artar. Hemodiyaliz hastalarında öz yönetimin geliştirilmesi, hastalığın mortalitesini ve yan etkilerini azaltarak bireyin yaşam kalitesinin iyileşmesine yardımcı olur (128).

Bu araştırmada hastaların öz yönetim genel puan ortalaması $3,34 \pm 0,48$ bulunmuştur. Oğuz ve Doğan'ın 261 HD hastasıyla yaptığı çalışmada da hastaların öz yönetim genel puan ortalaması $3,31 \pm 0,35$ çalışmamızla benzer bulunmuştur (129). Çin'de HD tedavisi alan 216 hasta ile yapılan çalışmada hastaların öz yönetim düzeyi beklenenden düşük bulunmuş ve öz bakım ile ilgili göstergeleri içeren davranışların 'bazen' uygulandığı belirtilmiştir (130). İran'da

HD tedavisi alan 159 hasta ile yapılan çalışmada hastaların öz yönetimleri ($58,88 \pm 10,41$; olası puan 20-80) orta düzeyde bulunmuştur (131). Bu çalışmayla benzer şekilde Oğuz ve Doğan'ın çalışmasında kronik hastalıklarda öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarından kendini damgalama en düşük puan ortalamasına sahiptir (129). Literatürde yaş, cinsiyet ve iş durumu gibi faktörlerin hastaların öz yönetimini etkilediği belirtilmektedir (128-130).

Bu çalışmada hastaların yaş, böbrek yetmezliği tanı süresi, ilaçlarını düzenli kullanma, hastalığa ilişkin eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları ile sağlık bakım etkinliği; İş durumu, başka hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaç/ilaçların olması, düzenli doktor kontrollerini yaptırma ile kendini damgalama; hastalığa ilişkin eğitim alma ile damgalamayla başetme ve ilaçlarını düzenli kullanma ile tedavi uyumu ve genel öz yönetim puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hafezieh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların medeni durum ve çalışma durumları ile öz yönetimleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bekarların ve çalışanların öz yönetimlerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve HD süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (131). Tayvan'da 150 HD hastasının öz yönetim düzeyi ve etkileyen durumları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların öz yönetim puan ortalamalarının $25,77 \pm 11,8$ (olası puan 0-60) olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsiyetin öz yönetim ile ilişkili olmadığı belirtilirken eğitim düzeyi ve eşlik eden hastalıklardan diyabet, hipertansiyon, anemi, hipoalbuminemi ve depresyon varlığında öz yönetimin anlamlı derecede bozulduğu bildirilmiştir (132).

Oğuz ve Doğan'ın çalışmasında ise hastaların eğitim durumu ile tedavi uyumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (129). Bakır ve Zengin'in 200 diyabet tanısı alan bireyin öz yönetimlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yaptığı çalışmada ise ölçeğin alt boyutlarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile aralarında anlamlı fark olmadığını yalnızca medeni durum ile tedaviye uyum arasında, eşlik eden hastalık varlığı ile damgalamayla başetme ve gelir durumu ile sağlık bakım etkinliği arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Farklılığın evli olanlar, eşlik eden hastalığı olmayanlar ve gelir düzeyi iyi olanlardan kaynaklandığı bildirilmiştir (105).

Bu bulgular sonucunda HD hastalarının kendini damgalama boyutunun öz yönetimi düşük ancak damgalanma ile baş etme, tedaviye uyum ve sağlık bakım etkinliklerinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Literatürde HD hastalarında öz yönetime ilişkin yapılan çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesi, demografik ve klinik özellikler, kültürel ve

sosyal farklılıklar, araştırma metodolojisi, sağlık hizmetleri ve destek sistemleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi ve eğitim düzeyi, psikososyal faktörler ve araştırmanın yapıldığı zaman dilimi gibi çeşitli faktörlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta güçlendirme ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Kronik böbrek hastalığında, hastanın güçlendirilmesini hedefleyen müdahaleler, diyaliz öncesi hastaların yaşam kalitesini iyileştirmiştir (133). Literatürde HD hastalarında güçlendirmeye yönelik müdahaleler kan basıncı, yaşam kalitesi ve interdiyalitik kilo alımı konusunda etkili sonuçlar elde edildiğini bildirmektedir (133, 134).

Bu çalışmada HD hastalarının gelir durumu ile kişisel kontrol; böbrek yetmezliği tanı süresi ile karar alma; yaş, gelir durumu, böbrek yetmezliği tanı süresi, komorbidite varlığı ile bilme ve anlama; iş durumu, gelir durumu, HD tedavi süresi ve komorbidite varlığı ile başkaları ile etkileşim alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastaların eğitim durumu, hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları arasındaki fark anlamlıdır. Hasta güçlendirme genel madde puan ortalaması ile eğitim durumu, iş durumu, gelir durumu, böbrek yetmezliği tanı süresi, eşlik eden hastalık varlığı, hastalığa ilişkin daha önce eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmada hasta güçlendirme ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ve yaş arttıkça hasta güçlendirme ortalamalarının azaldığı gözlemlenmiştir. Chiauzzi ve ark. (2016) kronik hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada daha yaşlı ve daha eğitilmiş hastaların yüksek güçlendirme seviyelerine sahip olduğu tespit etmiştir (135). Bu çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça hasta güçlendirme ortalaması da artmaktadır. Kaya ve ark. (2018) yaptığı çalışmada öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan analizde kişilerin öğrenim durumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmişlerdir (109). Hemodiyaliz hastalarında hasta güçlendirme düzeyini belirlemek için yapılan başka bir çalışmada ölçek puanı $3,29 \pm 0,84$ olarak hesaplanmış ve ortalamanın üstünde bulunmuştur (136). Literatürde HD hastalarında hasta güçlendirme ölçeği ve alt boyutlarının ortalamasını inceleyen çalışmalar sınırlı çalışma bulunmaktadır. Özmen ve Kocakaya'nın (2024) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada benzer şekilde kanser hastalarının hasta güçlendirme seviyesinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir (137). Özmen ve ark. (2024) hastalarda hasta güçlendirme ve alt boyutlarını etkileyen faktörlerin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk varlığı, gelir

durumu, düzenli egzersiz yapma, farklı bir kronik hastalığın olması, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu, HD ile ilgili bilgi alma durumu ve bu bilginin yeterlilik durumu olarak tespit etmiştir (136).

Avusturalya’da PD alan 14 hasta ile yapılan odak grup çalışmasında hasta güçlendirme üzerinde altı tema belirlenmiştir bunlar; öz yönetim konusunda bilgi eksiği, özgürlüğü kısıtlayan tedavi rejimi, sosyal destek azlığı, damgalama, fiziksel işlevselliği sağlamak ve tedaviye uyum süreçleridir. Yaşam tarzı kısıtlamalarının ardındaki klinik mantığın anlaşılabilmesi, çelişkili tavsiyeler alınması, ev ortamı dışında anlamlı ve gerekli yaşam aktiviteleri için zaman ve kapasitenin kısıtlanması, hastaların yaşam tarzı üzerindeki kontrolünü kısıtlamakta ve güçlenme duygularını zayıflatmaktadır (18). Kronik böbrek hastalığı olan hastalar ile yapılan başka bir çalışmada deney grubuna(n=26) güçlendirme programı verilmiş ve kontrol grubuna (n=27) ise rutin bakım uygulanmıştır. Deney grubunda, kontrol grubuna göre genel öz yönetimde müdahale öncesi ve sonrası öz yeterlilik ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir gelişme gözlenmiştir. Mevcut güçlendirme programının öz yönetimi zayıf olan hastalar için uygun olduğu belirtilmiştir (138).

Carluzzo ve ark. (2022) artritli yetişkinlerde hasta güçlendirilmesinde erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olanların güçlendirmelerinin düşük olduğu bildirilmiştir (139).

Sonuç olarak hasta güçlendirme kronik hastalıklarda oldukça önemlidir ve sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerden etkilenmektedir.

5.4. Hastaların SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

Bu araştırmada SOY-HD, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme arasında değişen düzeylerde ilişki bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda hasta güçlendirme kavramı ile ilişkili olan kavramlar arasında SOY kavramı yer almaktadır. Hasta güçlendirme kavramını SOY ile ilişkilendiren çalışmalar çok fazla olmamakla birlikte uluslararası literatürde önemli bir konu olarak yer aldığı gözlemlenmiştir. Ancak SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirmenin beraber ele alındığı bir çalışma bulunmadığından bu bulguların tartışılması sınırlı kalmıştır.

Sağlık okuryazarlığını geliştirerek daha iyi öz-yönetim sonuçları elde etmek hem birey hem de sağlık sistemi için faydalı olacağı düşünülmektedir. Özellikle kronik hastalıklar için bu

iki kavram önem arz etmektedir. Öztaş ve arkadaşları çalışmasında (2016) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2014 ve 2015 yıllarına ait verilerin incelemesi yapılmış ve bu verilere göre araştırmacılar acil servise en çok başvuru yapanlar arasında kronik hastalığı olan kişilerin olduğunu gözlemlemiş ve kronik hastalıklarla mücadele etmek için SOY düzeyinin artırılması gerektiği çıkarımında bulunmuştur (140). Şener ve ark (2024) dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve doğrulama davranışlarının SOY ve hastanın güçlendirilmesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya amaçladığı çalışmasında özellikle kronik hastalığı olan hastalar için SOY'un geliştirilmesi teşhis, tedavi ve yönetim de dahil olmak üzere hastalık süreçlerine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (141). Bu nedenle, kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarını doğru yönetebilmeleri ve sağlık sorunları konusunda öz yeterlilik ve kontrol kazanabilmeleri için SOY düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Literatürde yer alan başka bir çalışmada böbrek hastalarının güçlendirilmesinin yaşam kalitesindeki iyileşmeler ve öz yeterliliğin artması gibi sonuçlarla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (91).

Bu araştırmada SOY düzeyi ile kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin tedavi uyumu alt boyutunda çok zayıf yönde pozitif ilişki bulunmuştur. Güçlü olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı arttıkça tedavi uyumu artmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça tedavi uyumları artmaktadır (142). Diyabetli bireylerde yapılan iki çalışmaya göre de düşük sağlık okuryazarlığının tedaviye uyumu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (143,144).

Kronik hastalık öz yönetim ölçeği sağlık bakım etkinliği alt boyutu ile SOY arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Hastaların SOY düzeyi arttıkça kendi sağlığını yönetebilme düzeyi artmaktadır. Hemodiyaliz hastalarının iletişim, bilgi verme ve eğitim stratejileri, bir bireyin sağlık okuryazarlığı yeteneğine uyacak şekilde içerik ve sunum yöntemlerinin uyarlanmasına öncelik vermelidir. Sağlık bilgisi sağlamanın yanı sıra, sağlık profesyonelleri hastalara kendi özel durumlarıyla ilgili güvenilir bilgi kaynaklarını belirleme konusunda rehberlik etmelidir. Dahası, aile üyelerini (veya arkadaşları) randevulara, konuşmalara ve karar alma süreçlerine dahil etmek hastanın desteklendiğini hissetmesini artırabilir ve öz yönetim davranışlarının geliştirilmesini ve sürdürülebilirliğini de kolaylaştırabilir.

Hastaların SOY düzeyi ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği kendini damgalama alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Hastaların SOY düzeyi arttıkça kendini damgalama düzeyi azalmaktadır. Hastalar damgalama nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmada

aksaklıklar yaşayabilmektedir. Ancak hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olanı tedavi sürecine katılan, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların damgalama düzeyi düşük çıkmıştır. Bu durum hastalara verilen eğitimin hastalığa bakış açılarının pozitif açıda değiştiği ve damgalayıcı düşüncelerinin azaldığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda SOY ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hasta güçlendirme düzeyi artmaktadır. Theys ve arkadaşları ise çalışmalarında (2021) hasta güçlendirmenin bazı faktörlerle (sağlık okuryazarlığı, hasta merkezli bakım vb.) olan ilişkilerini araştırmıştır. Araştırma sonunda hasta güçlendirme ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit etmiş ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmanın hasta güçlendirme müdahaleleri için gerekli olduğu vurgusu yapılmıştır (145).

Literatürde hemodiyaliz hastalarında SOY, kronik hastalık öz yönetim ve hasta güçlendirme kavramları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma sonuçlarının alana referans sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir

- Hastaların SOY düzeyi ortalamanın üstündedir. 18-44 yaş arası, üniversite mezunu, çalışan, geliri giderinden fazla olan, ek bir hastalığı olmayan, doktor kontrollerini düzenli yaptıran, hastalığa ilişkin daha önce eğitim alan ve aldığı eğitimi yeterli bulan hastaların SOY-HD puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların öz yönetim düzeyi ortalamanın üstündedir. Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin kendini damgalama alt boyut madde puan ortalaması çalışan hastaların düşük bulunmuştur. Sağlık bakım etkinliği alt boyut madde puan ortalaması böbrek yetmezliği tanı süresi 16 yıl ve üzeri olan hastaların yüksek bulunmuştur.
- Hastaların güçlendirme düzeyi ortalamanın üstünde bulunmuştur. Komorbiditeye sahip hastaların güçlendirme düzeyi daha düşük bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça güçlendirme düzeyi artmaktadır. 16 yıl ve üzeri böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların, çalışan hastaların, geliri giderinden fazla olan, daha önce eğitim alan ve eğitimi yeterli bulan hastaların güçlendirme düzeyi daha yüksektir.
- Hastaların SOY düzeyi arttıkça tedavi uyumu, kendi sağlığını yönetebilme ve hasta güçlendirme düzeyi artmakta; kendini damgalama düzeyi azalmaktadır.

6.2. Öneriler

Kronik hastalıkların yönetimi, hasta güçlendirme çalışmaları ile başarılabilmektedir. Bu yüzden kronik hastaların hastalıklarını yönetebilmelerini ve kendi sağlık kararlarını alarak uygun sağlık davranışlarını sergilemelerini sağlayabilmek için hem hasta güçlendirme hem de sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirecek çalışmaların birlikte yapılması gerektiği düşünülmektedir.

- Sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitim programlarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.
- Belirli zaman aralıklarında hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerinin belirlenmesi önerilmektedir.
- Hemodiyaliz hastalarında SOY, öz yönetim ve hasta güçlendirme düzeylerine yönelik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015;2:19-30.
2. Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2023 [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 22];149-69. Available from https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf.
3. Akyol A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002;41(2): 97-102.
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. World Health Organization; 1998. Report No.: WHO/HPR/HEP/98.1. [Retrieved: 21.11.2023].
5. Collins SA, Currie LM, Bakken S, Vawdrey DK, Stone PW. Health literacy screening instruments for ehealth applications: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* 2012;45(3):598–607.
6. Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2009;11:460–467.
7. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevic MA, Arnold RM, Palevsky PM, vd. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 2013;62(1):73-80.
8. Lorig KR, Holman H. Self- management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1–7.
9. Taylor SJC, Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke HL, Schwappach A, vd. A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS–practical systematic review of self- management support for long- term conditions. *Health Services and Delivery Research* 2014;2(53): 1– 580.
10. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion; 1986.
11. Wakefield D, Bayly J, Selman LE, Firth AM, Higginson IJ, Murtagh FE. Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting

- illness: a systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative Medicine* 2018; 32(8):1288–304.
12. Vainauskienė V, Vaitkienė R. Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: an integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(5): 2247.
 13. Mora M, Lundin C, Moons P, Bratt EL. Definitions, instruments and correlates of patient empowerment: A descriptive review. *Patient Education and Counseling* 2022; 105: 346-355.
 14. Köhler AK, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: A cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2018;19: 1–10.
 15. Peterson A, Hughey J. Social Cohesion and Intrapersonal Empowerment: Gender as Moderator. *Health Education Research* 2004;19(5): 533-542.
 16. Tong A, Manns B, Wang AYM, Hemmelgarn B, Wheeler DC, Gill J, vd. Implementing core outcomes in kidney disease: report of the Standardized Outcomes in Nephrology (SONG) implementation workshop. *Kidney Int.* 2018;94(6):1053-1068.
 17. Carter SA, Gutman T, Logeman C, Cattran D, Lightstone L, Bagga A, vd. Identifying outcomes important to patients with glomerular disease and their care givers. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2020;15(5): 673-684.
 18. Baumgart A, Manera KE, Johnson DW, Craig JC, Shen JJ, Ruiz L, vd. Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: focus groups with patients and caregivers. *Nephrol Dial Transplant.* 2020;35(11):1949-1958.
 19. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). The value of engagement. 2018. Available at: <https://www.pcori.org/engagement/value-engagement>. [Retrieved: 21.11.2023].
 20. Havas K, Douglas C, Bonner A. Person-centred care in chronic kidney disease: a cross-sectional study of patients' desires for self-management support. *BMC Nephrol* 2017; 18(1): 1-9.
 21. Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. Opportunities for nurses to increase parental health literacy: a discussion paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2015;38(4):266-281.
 22. Kaya E, Sivrikaya S. Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *STED* 2018;28(3):216-221.

23. Şentürk S. The importance of self-management strategies and the role of nurses in the management of chronic disease. *Eurasian JHS* 2021;4(1):9-13.
24. Ghimire S, Castelino RL, Lioufas NM, vd. Nonadherence to medication therapy in hemodialysis patients: a systematic review. *Plos One* 2015;10(12):1-19.
25. Parker K, Bull-Engelstad I, Aasebo W, vd. Medication regimen complexity and medication adherence in elderly patients with chronic kidney disease. *Hemodialysis International* 2019;23(3):333-342.
26. Kathleen H, Creber M, Meghan R, vd. Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse Practitioner* 2018;43(8):49-55.
27. Stomer UE, Wahl AK, Goransson LG, vd. Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2020;21(1):1-9.
28. Shah JM, Ramsbotham J, Seib C, vd. A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management. *Journal of Renal Care* 2021;47:221-233.
29. Billany RE, Thopte A, Adenwalla SF, vd. Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Journal of Nephrology* 2023;36:1267-1281
30. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, vd. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2018;33(9):1545-1558.
31. Estrella ML, Allen-Meares P, Ricardo AC, vd. Prospective associations of health literacy with clinical outcomes in adults with CKD: findings from the CRIC study. *Nephrol Dial Transplant* 2023;38(4):904-912.
32. Yu PS, Tsai YC, Chiu YW, vd. The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. *J Pers Med* 2021;11(6):1-11.
33. Ho HK, Koh EYL, Abdullah A, vd. Health literacy and self-care among patients with chronic kidney disease in a primary care setting. *Singapore Med J* 2024;1-7.
34. Chen WC, Lin CC, Wu CC, Song YC. Psychometric testing of the hemodialysis self management instrument (HDSMI-18): a confirmatory factor analysis. *Nursing Open* 2021;8:2832-2839.
35. Lavoie AP, Chouinard MC, Danish A, Hudon C. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2019;1-9.

36. Bindroo S, Rodrigues BS, Challa HJ Renal Failure 2023 Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519012/> [Retrieved: 10 Jan 2024]
37. Turgay G, Eler Ç, Ökdem Ş, Kaya S. Hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2020;15(1):16-22.
38. Kovesdy C. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney International Supplements 2022;12:7-11.
39. Chronic Kidney Disease in the United States, 2023 Available from: <https://www.cdc.gov/kidney-disease/media/pdfs/CKD-Factsheet-H.pdf> Retrieved at [15 Feb 2024]
40. Ghaderian SB, Hayati F, Shayanpour S, Mousavi SSB. Diabetes and end-stage renal disease; a review article on new concepts. Journal of Renal Injury Prevention 2015;4(2):28-33.
41. KDIGO Controversies Conference on Improving CKD Quality of Care: Trends & Perspectives Public Review Comments 2022 Available from : <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/06/KDIGO-Improving-CKD-Quality-of-Care-Public-Review-Comments-Final.pdf> Retrieve at: [5 May 2024]
42. Henry Ford Health System (2011). Chronic Kidney Disease: Clinical Practice Recommendation for Primary Care Physicians and Healthcare Providers. Henry Ford Health System Publication. (Erişim: https://www.asn-online.org/education/training/fellows/HFHS_CKD_V6.pdf) 01.06.2024
43. Irmak H, Yardım N, Temel F, Keklik K. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018 [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 22];1. Available from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf
44. Tayaz E, Koç A. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında symptom yönetimi ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 23(1): 147-156.
45. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;10(1): 53-59.
46. Vaidya SR, Aeddula NR. Chronic Kidney Disease. (24 May 2022). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/> 01.06.2024

47. NIDDK, 2024. Hemodialysis. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/hemodialysis#:~:text=Hemodialysis%20is%20a%20treatment%20to,and%20calcium%2C%20in%20your%20blood> 01.06.2024
48. National Kidney Foundation, 2024. Hemodialysis (<https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis#how-does-hemodialysis-work> 01.06.2024)
49. Yavuz N. Hemodiyaliz hastaları için geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılarak sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve tedavi etkinliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2021.
50. Davenport A. Intradialytic complications during hemodialysis. *Hemodialysis International* 2006; 10:162-167.
51. Raja SM, Seyoum Y. Intradialytic complications among patients on twice-weekly maintenance hemodialysis: an experience from a hemodialysis center in Eritrea. *BMC Nephrology* 2020; 21:1-6.
52. Bülbül E, Demiroğlu S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve tedaviye uyumları arasındaki ilişki. *Kaya Journal of Health Science* 2023;4(1):1-5.
53. Andreoli MCC, Totoli C. Peritoneal dialysis. *Rev Assoc Med Bras* 2020;66(1):37-44.
54. Nefroloji, Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri, Nefroloji Derneği Yayını, <https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/sdbyts.pdf> Erişim Tarihi: 5 Haziran 2024
55. Taner S, Güneş S, Bozkaya H, ve ark. Böbrek nakli sonrası önemli bir komplikasyon: transplant renal arter stenozu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2020;14:528-530.
56. Çimen S, Çimen S. Böbrek Naklinin Cerrahi Komplikasyonları ve Komplikasyonların Yönetimi, 2010.
57. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*. 1974;2(1_suppl):1-10.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 5 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
59. Barrett SE, Puryear JS. Health literacy: improving quality of care in primary care settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2006;17(4):690-697.

60. Health Literacy. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. 03.04.2024
61. van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, vd. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology* 2018;102:134-138
62. Health literacy: report of the council on scientific affairs. Ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1999;281(6):552-557.
63. Berkman ND, Sheridan ST, Donahue KE, vd. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2011;155(2):97-107.
64. van der Gaag M, Heijmans M, Spoiala C, vd. The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illness*. 2022;18(2):234-254.
65. Gobeil Lavoie AP, Chouinard MC, Danish A, vd. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review. *BMC Open* 2019;9(5):1-5.
66. Chen WC, Lin CC, Wu CC, vd. Psychometric testing of the hemodialysis self-management instrument (HDSMI-18): A confirmatory factor analysis. *Nursing Open* 2021;8:2832-2839.
67. İnkaya BV, Karadağ E. Diyabetli bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin hastalık özyönetim stratejilerine bakışı: kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 2017;14(1):31-37.
68. Nagel T, Dingwall KM, Sweet M, vd. The stay strong app as a self-management tool for first nations people with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrology* 2022;23:244.
69. Song, Y. C., & Lin, C. C. (2009). The development and testing of a new hemodialysis self-management instrument (HD-SMI). *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 51(9), 51– 59.
70. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, vd. Patient self-management of chronic disease in primary care. *J Am Med Assoc*. 2002;288(19):2469–75.
71. Lambrinou E, Hansen TB, Beulens JWJ. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology* 2019;26(2):55-63.

72. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1–7.
73. Lederle M, Bitzer EM. A close look at lay-led self-management programs for chronic diseases and health care utilisation: A systematic review and meta-analysis. *German Medical Science* 2019;17:1-13.
74. O’Connell S, Carthy VJC, Savage E. Frameworks for self-management support for chronic disease: a cross-country comparative document analysis. *BMC Health Services Research* 2018; 18:583.
75. Cheng LJ, Wang W, Lim ST, vd. Factors associated with glycaemic control in patients with diabetes mellitus: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2019; 28:1433–1450.
76. Yılmaz A, Kar A, Kaya M. Hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *İletişim Bilimleri Dergisi* 2020; 8(1):97-114.
77. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, vd. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and selfcare behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 287–294.
78. World Health Organization (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. World Health Organization 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf Erişim Tarihi: 5 Haziran 2024.
79. Castro EM, Regenmortel TV, Vanhaecht K, vd. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* 2016;1923-1939.
80. Aujoulat I, Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cocophony? *Patient Education and Counseling* 2007;66(1):13-20.
81. Holmström I, Rötting M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education and Counseling* 2010;79(2):167-172.
82. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, vd. Assessment of patient empowerment- a systematic review of measures. *Plos One*. 2010;10(5):1-24.
83. Aujoulat I, Luminet O, Deccache A. The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research* 2007;17(6):772-785

84. Yangöz ŞT, Özer Z. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde sıvı alımına, diyet ve ilaç yönetimine uyumda motivasyonel görüşmenin etkisi: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2020;12(2):419-429.
85. Yılmaz F, Sert H, Kumsar A, vd. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2020;11(1):35-43.
86. Estrella MM, Jaar BG, Cavanaugh KL, vd. Perceptions and use of the national kidney foundation KDOQI guidelines: a survey of U.S. renal healthcare providers. BMC Nephrology 2013;14:230.
87. Zhao F, Wang J, Chen P, vd. A questionnaire to asses the health information literacy of patients with intermadiate-stage chronic kidney disease. Nursing Open 2023;10:3810-3816.
88. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, vd. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. Clinical Epidemiology 2010;21:1979-1985.
89. Cavanaugh KL, Wang M, Wallston K, Rothman R, AlSahow A, De Sequera P, vd. International variation of characteristics of health literacy and its association with mortality in dialysis. J Am Soc Nephrol. 2015;26
90. Huang HL, Hsu YH, Yang CW, vd. Effects of an health literacy education program on mental health and renal function in patients with chronic kidnet disease: a randomized controlled trial. Journal of Nursing Research 2024;32(1):1-10.
91. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, vd. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial
92. Kennedy A, Gask L, Rogers A. Training professionals to engage with and promote self-management. Health Education Research 2005;20(5):567-578.
93. MacLaughlin H, Friedman AN, Ilizler T. Nutrition in kidney disease: core curriculum 2022;79(3):437-449.
94. Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, vd. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. Patient Educ Couns. 2013;91(2):221-227.
95. Curtin RB, Mapes D, Schatell D, vd. Self management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. Nephrol Nurs J. 2005;32(4):389-395.

96. Slesnick N, Pienkos S, Sun S, vd. The chronic disease self-management program: A pilot study in patients undergoing hemodialysis. *Nephrol News Issues* 2015;29(4):22-33.
97. Brady TJ, Murphy L, Beauchesne D, Bhalakia A, Chervin D, Daniels B, vd. Sorting through the evidence for the arthritis self-management program and the chronic disease self-management program: executive summary of ASMP/CDSMP meta-analysis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention 2011.
98. Donald M, Beanlans H, Straus S, vd. Identifying needs for self-management interventions for adults with ckd and their caregivers: a qualitative study. *Am J Kidney Dis* 2019;74(4):474-482.
99. Brennan P, Safran C. Report of conference track 3: patient empowerment. *International Journal of Medical Informatics* 2003;69(2):301-304.
100. Baraz Sh, Mohammadi E, Boroumand B. A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis patients. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2006; 9 (1):6-22.
101. Cheng LJ, Wang W, Lim ST, et al. Factors associated with glycaemic control in patients with diabetes mellitus: A systematic literature review. *J Clin Nurs* 2019; 28: 1433–1450
102. Akpınar N, Ceran MA, Şafak Ş, vd. Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2019;2(1):5-10.
103. Kurban H, Akten İ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl* 2018;27(3):277-287.
104. Hafezieh A, Dehghan M, Iranmanesh S. Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under hemodialysis: a case in Iran. *Journal of Research in Nursing*. 2020;25(2):128-138
105. Bakır GG., Zengin N. Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi* 2023; 5(1): 9-17.
106. Ngai SSY, Cheung CK, Ng, YH, vd. Development and validation of the chronic illness self-management (CISM) scale: Data from a young patient sample in Hong Kong. *Children and Youth Services Review* 2020;114-105077.

107. Öztürk YE, Yeşildal M, Arık Ö, vd. Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenirliği. *Journal of Academic Value Studies* 2021; 7(3): 375-381.
108. Small N, Bower P, Chew-Graham CA, vd. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research* 2013;8(13):1-15.
109. Kaya N, Işık O. Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği. *İşletme Bilimleri Dergisi* 2018; 6(1): 27-42.
110. Dancey C, Reidy J. *Statistics without maths for psychology*. 2017. Pearson Education Limited. 7th edition. United Kingdom.
111. Campbell ZC, Stevenson JK, Caffery KJ, vd. Interventions for improving health literacy in people with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(2):CD012026.
112. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, vd. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med* 2006;21:806-12.
113. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Priorities for Action Recommendations from an international roundtable on health literacy and chronic disease management. *Health Promot. Int.* 2017;32(4):743–54.
114. Uğurlu Z, Kav S, Eler ÇÖ, vd. Health literacy in older adults receiving hemodialysis in Turkey: A cross-sectional study. *Ther Apher Dial* 2024;28(3):380-389.
115. Frasen SDS, Roderick PJ, Casey M, vd. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28:129-37.
116. Çimen AZ, Bayık Temel A. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *FNJN* 2017;25(2):85-94
117. Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable, vd. Health literacy and access to kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4:195-200.
118. Taylor DM, Fraser SDS, Bradley JA, vd. A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *CJASN* 2017;12:1070–84.
119. Peker Ş, Lülecı NE, Ataoğlu B, vd. Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi diyet ve sıvı alım tavsiyelerine uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. “Değişen Dünyanın Öncelikleri: İklim Krizi, Afetler,

Göçler, Eşitsizlikler ve Toplumsal Dirençlilik” Ankara, Türkiye, 13 Aralık 2021 - 18 Şubat 2022, ss.939-940.

120. Mantwill S, Schulz PJ. Low health literacy and healthcare utilization among immigrants and non-immigrants in Switzerland. *Patient Educ Couns.* 2017;100(11):2020–7
121. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, vd. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;66(8):1809-1816.
122. Demir N, Koz S, Ugurlu CT. Health literacy in chronic kidney disease patients: association with self-reported presence of acquaintance with kidney disease, disease burden and frequent contact with health care provider. *Int Urol Nephrol.* 2022; 54(9):2295–304.
123. Finkelstein FO, Story K, Firanek C, vd. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int.* 2008;74(9):1178-84.
124. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care.* 2008;31:874-879.
125. Shrestha A, Singh SB, Khanal VK, Bhattarai S, Maskey R, Pokharel PK. Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. *Health Lit Res Pract.* 2018;2:221.
126. Green JA, Mor MK, Shields AM, vd. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2013; 62: 73–80
127. Lin M, Liu MF, Hsu L, vd. Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2017;74 (2017):128-137.
128. Xie C, Li L, Zhou L, vd. Mediating role of learned helplessness’ components in the association between health literacy/social support and self-management among maintenance haemodialysis patients in Changsha, China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2023;13:1-9.
129. Oğuz Ö, Doğan S. Hemodiyaliz hastalarında kronik hastalık öz yönetimi ve iyilik hali arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2023;18(2):87-98.
130. Li H, Jiang Y, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 2024;208-216.

131. Hafezieh A, Dehghan M, Taebi M, vd. Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: a case in Iran. *J Res Nurs*. 2020;25(2):128-138.
132. Ma LC, Liu YM, Lin YC, vd. Factors influencing self-management behaviors among hemodialysis patients. *J Pers Med*. 2022;12(11):1816.
133. Lee SJ. An empowerment program to improve self-management in patients with chronic kidney disease. *Korean J Adult Nurs* 2018; 30: 426–436
134. Royani Z, Rayyani M, Behnampour N et al. The effect of empowerment program on empowerment level and self-care self-efficacy of patients on hemodialysis treatment. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18: 84–87
135. Chiauuzzi E, DasMahapatra P, Cochin E, vd. Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 2016;9(6):511-52
136. Özmen Y, Özer Z. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda hastalık algısının, umudun ve hasta güçlendirmenin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2024;19(2):73-87.
137. Özmen S, Kocakaya K. Kanser hastalarında hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerinde etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2024;12(1):99-117.
138. Jeong LS. An empowerment program to improve self-management in patients with chronic kidney disease. *Korean Journal of Adult Nursing* 2018;30(4):426-436.
139. Carluzzo KL, Knight EM, Schifferdecker KE, vd. Patient Empowerment Among Adults With Arthritis: The Case for Emotional Support. *J Rheumatol*. 2022;49(8):948-955
140. Öztaş D, Güzeldemirci GB, Özhasanekler A, vd. Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 2014;3:255-262.
141. Şener Ş, Göger S. Do digital health information searches of individuals with chronic diseases affect health literacy and patient empowerment? A path analysis. *Saudi Med J*. 2024;45(6):617-625.
142. Özönük E, Yılmaz M. Tip 2 diyabet tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ve tedavi uyumu arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2019;16(2):96-103.

143. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, vd. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. *J Health Commun.* 2011;16(3):268-78.
144. Bauer AM, Parker MM, Schillinger D, vd. Associations between antidepressant adherence and shared decisionmaking, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: Diabetes study of northern California (DISTANCE). *J Gen Intern Med.* 2014;29(8):1139-47.
145. Theys S, Malfait S, Eeckloo K, vd. 2021. Patient empowerment in Flemish hospital wards: a cross-sectional study. *Acta Clinica Belgica.* 2021;76(6), 453-461



EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTATİSTİK DANIŞMANLIK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

14/11/2023

ÇALIŞMA BİLGİLERİ

Çalışmanın Adı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim Ve Hasta Güçlendirme

Araştırmacının Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Gülay TURGAY

Bölümü/Anabilim Dalı: Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO

BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

“Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim Ve Hasta Güçlendirme” isimli proje çalışmasının proje özeti ve araştırma hipotezleri detaylı olarak incelenmiştir. Çalışmanın amacı, diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde hasta güçlendirmesi, sağlık okuryazarlığı ve öz yönetim durumlarını belirlemektir. Çalışma tanımlayıcı türde kesitsel olarak planlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi diyaliz merkezleri ve diyaliz ünitelerinde 01 Şubat 2024-29 Şubat 2024 tarihleri arasında hemodiyaliz tedavisi alan bireyler oluşturacaktır. Bu merkezlerde bir yılda toplam 412 hasta tedavi almaktadır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri, 18 yaşın üzerinde olan, sözel iletişim kurabilen, okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan en az 6 ay hemodiyaliz tedavisi alan bireyler olarak belirlenmiştir.

Çalışmada veriler “kişisel bilgi formu”, “hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği”, “kronik hastalık öz yönetim ölçeği” ve “hasta güçlendirme ölçeği” kullanılarak toplanacaktır. Kişisel bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu 13 sorudan oluşmaktadır. Bu formda hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin değerlendirme soruları yer almaktadır. Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ölçeği, 22 maddeden oluşmaktadır. Madde puanlaması 1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor olarak derecelendirilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği, kronik hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 21 madde 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumundan oluşmaktadır. Maddeler 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır ve 1-asla, 2-nadiren, 3-ortalama, 4-oldukça sık, 5-her zaman olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 21-105 arasında değişmektedir. Hasta güçlendirme ölçeği, kronik hastalıklarda hasta güçlendirme düzeyini ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 47 madde iken Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 10 madde çıkarılmıştır ve 37 madde 5 alt boyutta toplanmıştır. Ölçeği oluşturan ifadeler 1’den (kesinlikle katılmıyorum) 5’e (kesinlikle katılıyorum) kadar 5’li Likert şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 37 ile 185 arasında değişmektedir. Ölçekte ters madde bulunmaktadır. Ölçekten alınan puan 5’e doğru yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, 1’e doğru düştükçe hasta güçlendirme zayıf olarak değerlendirilmektedir.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

İstatistiksel analizler SPSS v25.0 paket programı ile gerçekleştirilecektir. Çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak; kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde frekans (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılacaktır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Shapiro-Wilk normallik testleri kullanılacak olup tanımlayıcı istatistik olarak; normal dağılıma uygun değişkenler için ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayanlar için medyan(minimum-maksimum) değerleri verilecektir. Çalışmada kullanılması planlanan uygun hipotez testi yöntemleri, kategorik değişkenlerin incelenmesi için gerekli varsayımların sağlandığı koşullarda “Pearson Ki-Kare”, sağlanmadığı durumlarda ise “Freeman-Halton test (Fisher’s Exact test)” kullanılacaktır. Nicel değişkenler bakımından bağımsız iki grup arasında bir fark olup olmadığı parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda “Student t testi”, sağlanmadığı durumda “Mann-Whitney U testi” olarak belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda Pearson Korelasyon Testi ile parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise Spearman Korelasyon Testi ile incelenecektir. Tüm hipotez testlerinde I. Tip hata olasılığı $\alpha=0.05$ olarak alınacaktır.

Popülasyona ilişkin oran tahmini için gerekli örneklem genişliğinin hesaplanmasında N biliniyorken ($N=412$);

$$n = \frac{N * t^2 * p * (1-p)}{(N-1) * d^2 + t^2 * p * (1-p)}$$
 formülü kullanılmıştır. Buna göre, çalışmaya alınması gerekli minimum örneklem genişliği $\alpha=0.05$, $d=0.05$ ve $p=0.50$ * olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam **199 hasta** olmaktadır.

** Bu oran, ilgili I. Tip hata olasılığı ve hoşgörü miktarı kullanılarak elde edilecek maksimum örneklem genişliğini vermek üzere seçilmiştir.*

Arş. Gör. Ayşe YAVUZ DERMAN
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Biyoistatistik Anabilim Dalı

EK 2: HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar,

Bu anket formu Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Yüksek Lisans Tezli Programında yürütülen “Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yönetim ve Hasta Güçlendirme” başlıklı çalışma için hazırlanmıştır.

Ankete katılımınız gönüllü olmalıdır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, kişisel bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu nedenle ankete adınızı, soyadınızı ve adresinizi yazmayınız. Uygun görmediğiniz durumda ankete katılmayabilir ya da anketi cevaplamayı sonlandırabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız, içten cevaplarınızla araştırmaya ve olası sorunların çözümüne katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek
2. Yaşı.....
3. Boy.....
4. Kilo.....
5. BKİ.....
6. Medeni durum: a) Evli b) Bekar
7. Eğitim düzeyi: a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite
8. İş durumu: a) Çalışıyor b) Hastalığı nedeniyle çalışmıyor c) Çalışmıyor
9. Gelir durumu: a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
10. Böbrek yetmezliği tanı süresi?..... ay/yıl
11. Böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığınız var mı?
a) Evet (açıklayınız)
b) Hayır
12. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz? ay/yıl
13. Hemodiyaliz tedavinize düzenli devam ediyor musunuz? a)Evet b)Hayır
14. Sigara kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır
15. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? a)Evet b)Hayır
16. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?.....
17. Doktor kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz? a)Evet b)Hayır

EK 3: HEMODİYALİZ HASTALARI SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

SOY-HD (Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için zorluk derecesini işaretleyiniz. Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?		Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor
1	Hastalığınızla ilgili acil bir durum olduğunda (solunum sıkıntısı, tansiyon dengesizlikleri, diyaliz giriş yolunda ağrı, şişlik, kızarıklık gibi) ne yapabileceğinize hızlı bir şekilde karar vermek				
2	Planlanan diyaliz seanslarınıza ve kontrollerinize düzenli şekilde devam etmek				
3	Sağlığınızı olumsuz etkileyecek davranışlarla (Fazla sıvı tüketimi, diyetinizin dışında besin tüketimi, sigara içmek...) nasıl başa çıkacağınız konusunda doktor tarafından belirtilen uyarıları anlamak				
4	Diyaliz giriş yolunuzu (kateter, fistül, greft) korumakla ilgili bilgiye ulaşmak (kol koruması, hijyen...)				
5	Diyaliz giriş yolunuzu korumakla ilgili önerilere uymak (kol koruması, hijyen...)				
6	Kronik böbrek yetmezliği ile ilgili temel kavramları anlamak (kuru ağırlık, hemodiyaliz, hipervolemi, hipovolemi, hipertansiyon, hipotansiyon, kateter enfeksiyonu, fistül trombozu gibi)				
7	Bazı ilaçların böbrek yoluyla atıldığını, bu nedenle ilaç dozunda ayarlama yapılması gerektiğini hatırlamak				
8	Diyaliz ünitesine geldiğinizde kendiniz tartılıp giriş kilonuzu diyaliz personeline doğru şekilde bildirmek				
9	Hemodiyaliz seansını kaçırmamanızın olası risklerini anlamak				
10	Hemodiyaliz seansınızın tıbbi gereklilikler dışında erken sonlandırılmasının olumsuz etkilerini anlamak				
11	Gıda ambalajlarının üzerindeki hastalığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak				
12	Diyetisyen tarafından önerilen diyet listesini anlayabilmek				
13	Sağlığınız için yaşam tarzınızı değiştirmek (sağlıklı ve diyetinize uygun beslenmek, düzenli egzersiz yapmak)				
14	Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak				
15	Herhangi bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak				
16	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak				
17	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak				
18	Doktorunuzun hastalığınız ile ilgili açıklamalarını anlamak				
19	Hastalığınızla ilgili ilaçların kutusundaki kullanma talimatlarını anlamak				
20	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak				
21	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak				
22	Gerekli durumlarda ambulans çağırmak				

EK 4: KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık;				
Kendini Damgalama	1.Hastalığımın dolaylı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımın dolaylı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımın dolaylı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımın dolaylı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımın dolaylı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalanma/ Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlandırmaktan kaçınabilirim	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakın Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumunu	1.İlacı/tedaviyi unutmur veya ihmal ederim*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

*Ters kodlanan madde

EK 5: HASTA GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

	İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle Katılıyorum(5)
1	Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim					
2	Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım					
3	Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim					
4	Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım					
5	Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum					
6	Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum					
7	Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim					
8	Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim					
9	Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim					
10	Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım					
11	Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum					
12	Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var					
13	Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum					
14	Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum					
15	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim					
16	Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım					
17	Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim					
18	Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim					
19	Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur					
20	Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum					
21	Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim					
22	Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum					
23	Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim					
24	Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum					
25	Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum					

26	Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayişla kavrayabildiğimi paylaştım					
27	Sağlık durumum hakkında karar verme sũrecine katılışım					
28	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum					
29	Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum					
30	Sağlık durumumu anlıyorum					
31	Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim					
32	Sağlık durumumla ilgili pozitif bir gũrũře sahibim					
33	Benzer sağlık durumlarıyla mũcadele eden insanlar benden tavsiye isterler					
34	Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyaım olan tũm bilgiye sahibim					
35	Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum					
36	Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum					
37	Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum					

EK 6: PROJE ONAYI



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-85878037-604.01-305629
Konu : Sude Nur Ölmez'in Proje Onayı

19.01.2024

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınız Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 22210072 numaralı öğrencisi Sude Nur Ölmez'in sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/403 nolu "Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme" başlıklı araştırma projesinin onayı ile ilgili Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan gelen yazı ekte tarafınıza sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü

Ek:Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan Gelen Yazı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01-304980
Konu : Proje Onayı

19.01.2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalında görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Gülay Turgay'ın danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sude Nur Ölmez'in sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/403 nolu "Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 10/01/2024 tarih ve 24/02 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/403	24/02	19.01.2024 10/01/2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Gülay Turgay tarafından yürütülecek olan KA23/403 nolu “Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme” başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Ayşe Elif Küpeli

Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Prof. Dr. Taner SEZER

Prof. Dr. Seda TÜRKÖĞLU BABAKURBAN

Dr. Öğr. Üyesi Rıfat V. YILDIRIM

ASLI GİZLİ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 7: KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.01.2024-306994



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-85878037-044-306994
Konu : Sude Nur Ölmez'in Tez Çalışması Anket
Uygulama İzni

23.01.2024

ANKARA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 22210072 numaralı öğrencisi Sude Nur Ölmez tez çalışması olarak planlanan ve danışmanlığı Dr. Öğr. Üyesi Gülay Turgay tarafından yapılacak olan proje onayı alınan KA23/403 nolu "Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme" başlıklı tez çalışması ile ilgili ekte yer alan çalışma anketini 25.01.2024-15.05.2024 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ümitköy Diyaliz Merkezi, Başkent Üniversitesi Çiğdem Diyaliz Merkezi ve Başkent Üniversitesi Yenikent Diyaliz Merkezlerinde diyaliz hastalarına uygulayabilmesi konusunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü

Ek:Hemşirelik Anabilim Dalından Gelen Yazı

Uygundur
Semiha KAYA
Hastane Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK 8: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1.ARAŞTIRMANIN ADI

Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve hasta güçlendirme

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Araştırmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesabına göre hesaplanmıştır. Çalışmanın yapılması planlanan merkezlerde bir yılda tedavi alan toplam birey sayısı 412'dir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 199 kişidir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 35 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlık, öz yönetim ve hasta güçlendirmesi düzeylerini belirlemek

İMZALAR: Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık

EK 9: SOY-HD ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanım izni hk. Gelen Kutusu x

S

Sude Nur Ölmez
Alıcı: dmesilhanyavuz

7 Kasım Sal 12:41

☆ ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliğinde Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin orijinal halini benimle paylaşabilir misiniz? İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

Sude Nur ÖLMEZ

d

neslihan yavuz
Alıcı: ben

8 Kasım Çar 20:58 (13 gün önce)

☆ ↶ ⋮

Merhaba Sude Nur Hanım,

Çalışmamıza gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim. Hemodiyaliz Hastaları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni uzmanlık tezim dahilinde kendimiz geliştirdik. Ölçeği, uzmanlık tezime atıf yaparak çalışmamızda kullanabilirsiniz. Sizin tez yazım sürecinizde çalışmamızın yayın olması halinde tarafınıza bilgi vermekten mutluluk duyarım. İyi çalışmalar dilerim.

Uzm. Dr. Neslihan YAVUZ,

EK 10: KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği kullanım izni hk. Gelen Kutusu x

S

Sude Nur Ölmez
Alıcı: mujdatyesildal

2 Kasım Per 17:59

☆ ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliğinde Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa tez çalışmamda Türkçe uyarlamasını yapmış olduğunuz "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin orijinal Türkçe halini benimle paylaşabilir misiniz? İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

Sude Nur ÖLMEZ



Mujdat YEŞİLDAL
Alıcı: ben

2 Kasım Per 22:38

☆ ↶ ⋮

Merhaba Sayın Sude hanım ,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini gönderiyorum.

İyi Çalışmalar Dilerim...

EK 11: HASTA GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Hasta Güçlendirme Ölçeği kullanım izni hk. Gelen Kutusu x

S

Sude Nur Ölmez
Alıcı: nazli.kaya

21 Kasım Sal 16:20 (16 saat önce)

☆ ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliğinde Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa tez çalışmamda Türkçe uyarlamasını yapmış olduğunuz "Hasta Güçlendirme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin orijinal Türkçe halini benimle paylaşabilir misiniz? İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

Sude Nur ÖLMEZ

n

Nazlı KAYA
Alıcı: ben

21 Kasım Sal 22:34 (10 saat önce)

☆ ↶ ⋮

Merhaba Sude Nur Hanım,

Kıymetli çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğin ifadeleri ilgili makale sonunda verilmiştir. Değerli çalışmanızda sizlere başarılar dilerim.

Nazlı Kaya

EK 12: ORJİNALLİK RAPORU

ORJİNALLİK RAPORU

%6

BENZERLİK ENDEKSİ

%5

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%5

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

%2

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

3

openaccess.izu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1

5

Submitted to Izmir Katip Ąelebi Ąniversitesi

Öğrenci Ödevi

%1

6

Submitted to Canakkale Onsekiz Mart
University

Öğrenci Ödevi

%1