

T.C.
BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Elif TOGAY

AĞUSTOS 2021

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Hazırlayan
Elif TOGAY

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ

Jüri Üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU
Dr.Öğr. Üyesi Seda OĞUR
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ

AĞUSTOS 2021

Elif TOGAY tarafından hazırlanan “**Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” adlı tez çalışması 24/08/2021 tarihinde yapılan sınavla aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile Bitlis Eren Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Durum ve Afet Yönetimi Anabilim Dalı’nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU

(Başkan)

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Seda OĞUR

(Üye)

Bu tezin kabulü, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun .../.../...gün ve .../... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zeki ARGUNHAN
Enstitü Müdürü

Bitlis Eren Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre hazırlamış olduğum “**Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” adlı tezimin özgün bir çalışma olduğunu, tez hazırlanırken tüm aşamalarda bilimsel etik ilkelerine uygun davrandığımı, tez kapsamında sunulan tüm verileri bilimsel etik ilkelerine uygun elde ettiğimi, tezde faydalandığım tüm eserlere atıf yaptığımı ve kaynaklar kısmında bu eserleri gösterdiğimi beyan ederim...../...../20.....

Elif TOGAY



ÖZET

DİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Elif TOGAY

Yüksek Lisans Tezi

Bitlis Eren Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Acil Durum ve Afet Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ

Ağustos 2021, 73 sayfa

Dünya genelinde 1 milyon kişi içerisinde yaklaşık 20 ile 250 arasında kişi Kronik Böbrek Yetmezliği hastalığına yakalandığı bilinmektedir. Kronik Böbrek Yetmezliği birçok hastalık ve nedene bağlı olarak gelişebilen geri dönüşümü zor hatta bazı durumlarda geri dönüşümü olmayan bir hastalık tablosudur. Nefron hasarı 3 ay ve daha fazla süreçte devam ederse ilerleyici nefron kaybı ile sonuçlanabilir. Nefron hasarı, çok yönlü ve karmaşık bir durum olması nedeniyle farklı müdahaleler gerektirmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalığının tedavisinde en önemli tedavi seçeneği diyalizdir. Diyaliz tedavisi; hastayı, aile üyelerini ve çevresini sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan kötü etkilemektedir. Bu durum bireylerde yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca renal replasman tedavi seçenekleri bireylerin iyi olma halini, gün içerisindeki performansını ve gerçekleştirebildiği günlük aktivitelerinde bağımsız olabilme durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesinin düşmesi kişilerde morbidite ve mortalite oranının artmasına sebep olabilmektedir.

Bu tez araştırmasında, hastanelerde tedavi gören diyaliz hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması ve bu faktörlerle baş etmede uygulanan yöntemlerin etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır. Yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğu, hastanın bağımlılık düzeyi ve bunlarla baş etme yöntemlerinin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırmada Short From 36 Ölçeğinden yararlanılmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Araştırma evrenini, Bitlis Devlet Hastanesi, Güroymak Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi'nde diyaliz tedavisi almakta olan toplam 113 diyaliz hastası oluşturmaktadır.

Veriler Katılımcı Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short From-36) ile toplandı. Katılımcıların %49,5' inin kadın, %50,5'inin ise erkek olduğu saptandı. Diyaliz tedavisi alma sürelerine bakıldığında; katılımcıların %16,5'inin 0-1 yıl, %27,8'inin 1-3 yıl, %35,1'inin 3-10 yıl ve %20,6'sının ise 10+ yıl diyaliz tedavisi aldığı anlaşıldı. Yaş gruplarına göre Fiziksel Fonksiyon puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği gözlemlendi. Çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuğa sahip katılımcıların Fiziksel Fonksiyon ve Fiziksel rol güçlüğü puanları, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamında, diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin düşük düzeyde bulunduğu anlaşılmıştır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulduktan sonra hastaların yaşam kalitelerini etkileyen birçok faktör mevcuttur. Bu süreçte hastalığın yönetimi oldukça önemlidir. Hastaların mevcut durumlarını iyileştirecek fırsatlar değerlendirilmelidir. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlere önleyici stratejiler uygulanmalıdır. İmkânlar çerçevesinde kaynaklar doğru planlanmalıdır.

Anahtar kelime: Diyaliz, Kronik Böbrek Yetmezliği, Yaşam Kalitesi, Afet

ABSTRACT

EXAMINATION OF QUALITY OF LIFE IN DIALYSIS PATIENTS

Elif TOGAY

Master Thesis

Bitlis Eren University Graduate School of Education

Department of Emergency and Disaster Management

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ

August 2021, 73 pages

It is known that approximately 20 to 250 people out of 1 million people worldwide are suffering from Chronic Renal Failure. Chronic Renal Failure is a disease that can develop due to many diseases and causes, which is difficult to recycle, and in some cases, irreversible. If nephron damage continues for 3 months or more, it may result in progressive nephron loss. Because nephron damage is a multifaceted and complex condition, it requires different interventions.

Dialysis is the most important treatment option in the treatment of chronic renal failure. Dialysis treatment; It affects the patient, family members and the environment badly in terms of social, psychological and economic aspects. This situation reduces the quality of life in individuals. In addition, renal replacement therapy options adversely affect the well-being of individuals, their performance during the day, and their ability to be independent in their daily activities. Decreased quality of life can lead to increased morbidity and mortality rates.

In this thesis, it was aimed to determine the factors affecting the quality of life of dialysis patients treated in hospitals and to determine the effectiveness of the methods applied in dealing with these factors. It was aimed to examine the level of quality of life, the level of addiction of the patient and the methods of coping with them. The Short From 36 Scale was used in the study.

The research was planned in descriptive type. The research population consists of 113 dialysis patients receiving dialysis treatment at Bitlis State Hospital, Güroymak State Hospital and Bitlis Tatvan State Hospital.

Data were collected with the Participant Information Form and the Quality of Life Scale. It was determined that 49,5% of the participants were female and 50,5% were male. Considering the duration of dialysis treatment; it was understood that 16,5% of the participants received dialysis treatment for 0-1 years, 27,8% for 1-3 years, 35,1% for 3-10 years and 20,6% for 10+ years. It was observed that Physical Function scores showed a significant difference according to age groups. It was determined that the Physical Function and Physical Role Difficulty scores of the participants who did not have children and who had 1-2 children were significantly higher than the scores of the participants who had 3 or more children.

Within the scope of the research, it was understood that the quality of life of the dialysis patients was low. There are many factors that affect the quality of life of patients after the diagnosis of Chronic renal failure. In this process, the management of the disease is very important. Opportunities to improve the current condition of patients should be evaluated. Preventive strategies should be applied to the factors that negatively affect the quality of life. Resources should be planned correctly within the framework of possibilities.

Keywords: Dialysis, Chronic Renal Failure, Quality of Life, Disaster

TEŞEKKÜR

Öncelikli olarak, lisans eğitimi aldığım günden bu günlere gelene kadar ki süreç zarfında her ihtiyaç duyduğumda ilgili, hoşgörülü, samimi yaklaşımıyla destekleyici ve bana yol gösterici olan, tez çalışmamın tamamlanmasında akademik bilgisiyle, fikirleriyle, önerileriyle değerli katkılarda bulunan beni başarabileceğim konusunda daima cesaretlendiren saygı değer hocam ve değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Hatice ÖNTÜRK hocama tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Lisans eğitimimden bu yana bana başarıları ile yol gösterici olan, benim için örnek teşkil eden ve her zaman yanımda olduğunu hissettiren kıymetli hocam Prof. Dr. Mahmut DOĞRU'ya çok teşekkür ederim.

Benim bugünlere gelmemde maddi ve manevi her türlü fedakârlığı yapan, desteğini hiç bir zaman esirgemeyen başta annem ve babam olmak üzere tüm aileme, eşime ve çocuklarıma sonsuz teşekkür ederim.

Bu tezin yapılmasını olanaklı kılan Bitlis Devlet Hastanesi, Güroymak Devlet Hastanesi ve Tatvan Devlet Hastanesi yöneticilerine, diyaliz ünitesi hemşirelerine, hasta ve hasta yakınlarıma destekleri ve katkıları için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	2
1.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı ve Evreleri	2
1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	4
1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi	5
1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri	6
1.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı ve Tedavi	8
1.2. Diyaliz	9
1.2.1. Hemodiyaliz	11
1.2.1.1. Hemodiyalizin Avantajları	12
1.2.1.2. Hemodiyalizin Dezavantajları	12
1.2.1.3. Hemodiyalizde Yeterlilik	13
1.2.3. Periton Diyalizi	15
1.2.3.1. Periton Diyalizinin Avantajları	16
1.2.3.2. Periton Diyalizinin Dezavantajları	17
1.2.3.3. Periton Diyalizinde Yeterlilik	17
1.3. Yaşam Kalitesi	18
1.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tanımı	19
1.3.2. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi	21
1.3.3. Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı	23
1.3.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Afetle İlişkisi	26
2. MATERYAL VE YÖNTEM	29
2.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	29
2.1.1. Araştırmanın Türü	29

2.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
2.2. Araştırma İzni ve Etik Onayı.....	30
2.3. Veri Toplama Araçları.....	30
2.3.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	30
2.3.2. Short From 36 (SH-36) Ölçeği.....	31
2.4. Verilerin İstatiksel Analizi	32
3. BULGULAR VE TARTIŞMA	33
3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler.....	33
3.2. Short From-36 Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımı.....	35
3.3. Short From-36 Ölçeği Puanlarının Tanılayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması ile Elde Edilen Bulgular	35
4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
5. KAYNAKLAR.....	52
6. EKLER.....	65
ÖZGEÇMİŞ	73

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>ÇİZELGE</u>	<u>Sayfa</u>
1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğine İlişkin Veriler.....	5
1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikler.....	6
1.3. Klinik Değerlendirmede Gözlemlenen Özellikler.....	18
1.4. Biyokimyasal Olarak Gözlemlenen Özellikler	18
3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	33
3.2. Katılımcıların Diyaliz Tedavisi ile İlgili Bilgilere Göre Dağılımı.....	34
3.3. Cinsiyete Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	35
3.4. Yaşa Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	36
3.7. Medeni Duruma Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	37
3.8. Çocuk Sayısına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	38
3.7. Eğitim Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	39
3.8. Diyaliz Tedavisi Alma Süresine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	40
3.9. Haftalık Diyalize Girme Sıklığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	41
3.10. Fistül ve Katater Varlığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	42
3.11. Ailede Diyaliz Tedavisi alan Bireyin Bulunma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	43
3.12. Daha Önce Nakil Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	44

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızından
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
TND	Türk Nefroloji Derneği
USRSD	United States Renal Data System
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
RRT	Renal Replasman Tedavi
SF-36	Short From-36

1. GİRİŞ

Dünya çapında çok sayıda bireyi etkileyen Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), önemli bir halk sağlığı sorunudur (Vural, 2002). KBY, bireylerin sağlık düzeyini düşüren, ortalama yaşam süresini azaltan, günlük yaşam fonksiyonlarını sınırlayan, dünya ve ülkemizde büyük oranda görülen bir durumdur (Akçay, 2021). Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) böbreğin sıvı ve elektrolit durumunu düzenleme ve metabolik yapı ve endokrin sistem üzerine bozulmanın ileri düzeyde olduğu ve mortalitenin artış gösterdiği tablo olarak bilinmektedir (Güngör ve Akyol, 2017).

Ülkemizde Kronik Böbrek Yetmezliği prevalansına bakıldığında 18 yaş üzeri yetişkin bireylerde %15,7 oranında olduğu görülmektedir. Dünya geneline bakıldığında ise bu oran daha yüksek düzeylerde olmaktadır (Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2020; Güngör Tolasa ve Akyol, 2017).

Akut ya da kronik olarak gelişen böbrek yetmezliğinin tedavisinde asıl amaç, böbreklerin görevlerini ve işlevselliklerini yerine getirmeleri ve vücudun iyilik halini olabildiği kadar uzun süre devam etmelerini sağlayabilmektir (Süleymanlar ve ark., 2013). Bu doğrultuda yaşam sürelerinin uzun olması ve hayatlarını idame ettirirken yaşam şartlarının en iyi seviyede devam ettirilmesi amacıyla Renal Replasman Tedavi (RRT) yöntemlerinden uygun olan bir seçenek kullanılmaktadır (Varol & Karaca Sivrikaya, 2018; Vadakedath ve Kandi, 2017). Glomerüler filitasyon hızı (GFH) 15 ml/dk'nın altına düştüğü zaman kişiye KBY teşhisi konulur. Bu süreçte tamamlayıcı tedaviye başlanılmaması durumunda ise üremik tablonun ortaya çıkacağı ön görülmektedir. Ancak donör bulmaktaki güçlükler göz önünde bulundurulduğunda tanı konulmuş bu bireylerde diyaliz uygulamasına başlanması kaçınılmaz olmaktadır (Özçetin ve ark., 2009).

Diyaliz tedavisi aile ve sosyal ilişkilerde olumsuz değişimlere neden olmaktadır. Bu durum hastalar üzerinde önemli stres kaynağı oluşturmaktadır (Untas ve ark., 2011). Diyaliz bireylerde uygulandığında, hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, hasta bireyler açısından birtakım kısıtlamalar ve ruhsal problemleri de beraberinde getirmektedir. Hemodiyaliz tedavisi almalarına rağmen bireylerde üremik tabloya bağlı mide bulantısı, kusma, yorgunluk, huzursuzluk, vücutta kaşıntı, sıvı-solüt dengesizlikleri ve birçok sebebe bağlı olarak hipotansiyon görülebilir. Bu gibi sıkıntılar hastanın kendi kendine yetebilme kabiliyetini kısıtlamakta ve günlük fiziksel aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kişide beden imaj bozukluğuna bağlı olarak öz güven eksikliği, günlük yaşantısında sosyal aktivitelerinin sekteye uğraması ve psikolojik birtakım sıkıntıları da beraberinde getirmektedir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012).

Yaşam kalitesi insan yaşamının daha iyi bir noktaya gelmesiyle bağlantılı bir kavram olup, bireyin arzu ve genel ihtiyaçlarının tatmin edici düzeyde giderilmesi olarak tanımlanabilir. Başka bir tanıma göre kişilerin psikososyal ve ekonomik ihtiyaçlarının giderilerek refah seviyesinin sağlanması ve dengede olacak şekilde devam ettirilmesine dayanmaktadır (Perim, 2007). Hemodiyaliz tedavisinin bireylerin yaşamı üzerinde bir takım değişikliklere yol açtığından bu kişilerde sağlık durumu ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve almakta olduğu tedaviye uyumun geliştirilmesi günümüzde giderek daha önemli bir hal almıştır (Tuğla ve Çınar, 2006). Diyaliz tedavisi almaya başlayan hastaların kötüleşen yaşam kalitesi düzeyinin, tedaviye başlama aşamasında ve sonraki süreç içinde karşılaştığı sıkıntılarının üstesinden gelmesini sağlamak, tedavide önemli bir aşamadır. Hastalık deneyimini, olumlu değişimlerini gözlemleyip bu değişimlerle yeniden değerlendirip bu çerçevede yaşam kalitesini yükseltmek olası bir durumdur (Androodi, 2017).

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı ve Evreleri

Böbrekler; retroperitoneal bölgede (periton zarı dışında) yer alan, her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında boşaltım sistemi organlarıdır (Sungur ve Akpolat, 2007). Böbrekler vücutta biriken zararlı atık maddeleri süzerek idrar yoluyla dışarı atılmasını ve vücuttaki sıvı dengesini düzenlenmesini sağlar. Böbreğin en küçük yapısal birimi olan filitrele nefron adı verilir (Erek ve Süleymanlar, 2005). Böbreklerin her birinde yaklaşık 1 milyon nefron vardır ve bu nefronların hasar görmesi durumunda fonksiyonlarını yerine getiremez hale gelirler. Böyle bir durumda kısa bir zaman içinde sağlıklı nefronlar ekstra işi üstlenebilir. Fakat nefronlarda var olan hasar devam ederse, bu durum daha fazla nefronun çalışmayı bırakmasına sebep olur. Sağlıklı kalan nefronlar belli bir süreden sonra kanı sağlıklı bir seviyede tutacak kadar iyi filtreleme yapamazlar ve böbrek fonksiyonları daha kötüye giderek işlevselliğini kaybederler (World Kidney Day, 2020).

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) değerinde azalma olmasının sonucu böbreğin sıvı ve elektrolit durumunu düzenleme, metabolik yapıda ve endokrin sistemde kronik bozulmanın görüldüğü bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Akpolat ve Utaş, 2017). KBY akut ya da kronik olarak gelişebilir. Söz konusu işlev kaybı geri dönüşümü olmayan bir seviyeye gelmiş ise karşı karşıya kalınan durum ilerleyici bir hastalığın sonucudur (Keskin, 2015). Böbrek yetmezliği bütün vücut işlevlerini olumsuz yönde etkiler ve kişinin kendini hem psikolojik hem gerçek anlamda çok hastaymış gibi hissetmesine sebep olur. Böbrek yetmezliği tedavi

edilmediği zaman hayatı tehdit eden bir unsur olabilir (World Kidney Day, 2020). Üremi ise KBY'nin sebep olduğu bütün klinik ve biyokimyasal normallikleri içine alan bir kavram olup birçok terminolojide üremi, kronik böbrek yetersizliği ile eş anlamda geçmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2010).

Kronik böbrek yetmezliğinin kesin tedavisinin böbrek nakli olduğu bilinmektedir (Soyöz ve ark., 2017). Sekonder olmayan bazı olguların tedavi edilebildiği ve böbrek yıkımının fazla ileri gitmediği bazı hasta bireylerde geri dönüşümü olmayan değişiklikler olmasına rağmen, böbrekler vücudun ihtiyacı olduğu kadar görevlerini yerine getirebilir. Diğer yandan, kronik böbrek hastalıklarının birçoğunda prognoz (hastalığın seyri) kötüye gitme eğilimi söz konusudur ve zamanla nefron sayısında azalma olur. Bazı olgularda kötü prognoz durdurulabilirse, hasta hayatını uzun bir süre daha bu böbrek fonksiyonuyla devam ettirir ve hasta başka bir sebepten dolayı yaşamını yitirebilir. Klinik gidiş, tipik olarak devamlı ve belirti vermeyen nefron fonksiyon kaybına bağlıdır. Böbrekler vücudun ihtiyacı olan fonksiyonlarını artık hiçbir şekilde yerine getiremez. Vücudun yaşamsal faaliyetlerini yerine getiremediği bu dönem Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) olarak adlandırılır. Bu dönemde hastalarda glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 10ml/dk'nın altına düşmüştür. Terminal döneme girince hastayı hayatta tutup yaşamını devam ettirebilmesi için RRT (Renal Replasman Tedavileri) adı verilen düzenli hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD), ve ya böbrek transplantasyonu gibi tedavi seçeneklerinden birini uygulamaya başlamak gerekir (Akpolat ve ark., (2000).

Kronik bir hastalık olarak kabul edilen KBY hastalığı nefronların işlevlerini yerine getirme durumlarına göre evrelere ayrılmaktadır. Günümüz şartlarında hastalığın evrelere ayrılması düzenlenirken bireylerin yaşlarının da göz önünde bulundurulup yeniden düzenleme yapılması gerektiğini savunan görüşler mevcuttur. KBH'nin daha erken evreleriyle ilgili verilere erişim sağlanması için ise toplum tarama çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Hastalık başladıktan sonra erken evre aşamasında böbrek fonksiyonlarında bozulmalar başlar ve bir an önce uygun görülen tedaviye başlanılmaz ise bu bozulma sinir sistemini de olumsuz etkilemektedir. Kötü gidişat eğer devam ederse diğer sistemlerin de bozulmasına sebebiyet vermektedir (Töyer Şahin, 2020; Seyahi ve Özcan, 2020).

Geçmişte kronik böbrek hastalarını derecelendirilirken hafif, orta ya da ağır biçiminde tanımlama yapılırken günümüzde ise artık Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/NFK-KDOQI) tarafından uygun görülen ve uzmanlar arasında aynı dili oluşturan sınıflama sistemi kullanılmaktadır (Nurol ve Dilek, 2006). Kronik böbrek hastalığı olanlarda hastalığın evresi, tanısı ne kaynaklı olursa

olsun böbreklerin hasara uğraması ve böbrek işlev seviyesi, kronik böbrek yetmezliği böbrek fonksiyonuna göre tespit edilmiş evreler dikkate alınarak yapılmalıdır (Ulusal Böbrek Vakfı, 2019).

Evre	Tanım	GFH (ml/dak/1,73m ²)
0	Risk faktörü mevcut	≥ 90
1	Böbrek hasarlı ,GFH seviyesi normal	≥ 90
2	Böbrek hasarlı ve GFH az miktarda düşme	60-89
3	GFH’ında orta miktarda azalma	30-59
4	GFH’ında yüksek seviyede azalma	15-29
5	KBY (Diyaliz/Transplantasyon)	< 15

1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY görülme oranı göz önünde bulundurulduğunda hayati önem taşıyan bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Yüksel ve Dinçer, 2021). Tüm dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe insidans ve prevalansında önemli derecede artış gözlenmektedir. 2001 ve 2014 yılı arasında SDBY prevalansında yüzde olarak en fazla artış olan 10 ülke içerisinde Türkiye de yer almaktadır. Hastalık seyrinin bütün evreleri ele alındığında bu hastalığının sıklığının toplumlar arasında büyük değişkenlik göstermesine rağmen görülme oranı yüksektir (Arık ve ark., 2009; Süleymanlar ve ark., 2016). Dünya’da milyonlarca insan (dünya nüfusunun %10’u) KBY’den kötü etkilenmekte ve uygun görülen tedavi seçeneklerine ulaşım sağlayamadıkları için hayatını kaybetmektedir (National Kidney Foundation, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi’ne (United States Renal Data System-USRDS) göre 2013 yılı kronik böbrek yetmezliği prevalansı milyon nüfus başına 1. Sırada Taiwan (3.138 kişi), 2. sırada Japonya (2.411 kişi), 3. Sırada Amerika (2.043 kişi) ve 31. Sırada ise Türkiye (370 kişi) yer almaktadır.

Türk Nefroloji Derneği’nin 2019 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 83.154.997’dir Türkiye’de RRT (Renal Replasman Tedavisi) gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 1007.6 olarak saptanmıştır. 2019 yılında Türkiye’de RRT insidansı milyon nüfus başına 150.5 olarak hesaplanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dahildir). Türkiye’de 70.000’in üzerinde hasta diyaliz tedavisi ile hayatını devam ettirmektedir (TND, 2019).

1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

Kronik böbrek yetersizliğinin ortaya çıkması birçok nedene bağlı olabilir (Nadir ve ark., 2002). Ortaya çıkma sebebi toplumlar arasında büyük değişkenlik göstermektedir; ülkeler arasındaki farklılıklar, ırk, cinsiyet vb. özellikler bu değişkenliklerin temel sebebidir. Bunun yanında dünyanın neredeyse her yerinde diyabete bağlı SDBY oluşumu zaman geçtikçe artmaktadır. İdrar yollarında tıkanık oluşması, damar sistemine ait bir takım bozukluklar, böbreğin damar yapısındaki hastalıkları, glomerülonefrit, lupus, polikistik böbrek hastalığı, böbrek enfeksiyonları, diyabet, hipertansiyon ve böbreklerin doğumsal hastalıkları kronik böbrek yetmezliğinin başlıca nedenleri arasındadır (Weiner, 2007).

KBY'nin etyolojisinde ırk ve diğer değişkenleri göz önüne almaksızın ilk sırada diyabetik nefropati yer alır (Arık ve ark., 2009). Yetişkin hasta toplumunda diyabetik nefropatiden sonra kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri arasında en sık karşılaşılan primer hipertansiyondur (%33 ve %21) (Gençtoy, 2017). Fakat çoğunlukla hipertansiyon KBY'nin sebebi değil sonucu ve ilerlemesini hızlandıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hipertansiyona eşlik eden bir faktör olarak karşımıza çıkan Hipertansif nefrosklerozun gelişmesinde kişisel faktörler de rol alır (Toto, 2003).

ABD Böbrek Verileri Kayıt Sistemi verilerine (United States Renal Data System-USRDS) göre, SDBY'ne yol açabilecek olan 50 farklı neden mevcuttur. Bu verilerde ilk üç sırada yer alan diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefritler ülkemizdeki Türk Nefroloji Derneği'nin ulusal kayıt sistemi verilerinde de ilk üç sırada yer almaktadır (Erek ve ark., 2008, Arık ve ark., 2009). Türk Nefroloji Derneği'nin KBY'nin etyolojisine ilişkin 2019 verileri aşağıda Çizelge 1.1.'de verilmiştir.

Çizelge 1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğine İlişkin Veriler

Diyabet	%39,00
Hipertansiyon	%35,14
Kronik Glomerulonefrit	%5,71
Polikistik Böbrek Hastalıkları	%3,01
Piyelonefrit	%1,70
Amiloidoz	%1,70
Böbreğin Damarsal hastalığı	%0,54
Tübülointerstisyel nefrit	% 1,39
Obstrüktif nefropati	%1,08
Diğer	%9,19
Etyolojisi bilinmeyen	%14,21

1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

KBH semptomları altta yatan hastalığa bağlı olmakla birlikte değişkendir (Çoşkun, 2019). Kronik böbrek hastalığı klinik açıdan geç tespit edilebildiği için böbreklerin zarar görmesini minimuma indirmek, hastalığın prognozunu değiştirmek ya da hastalık kaynaklı morbiditeyi sınırlamak ve mortalite oranını minimuma çekmek için uygulanan tedavi yöntemleri yeterli olmamaktadır (Yüksel ve Dinçer, 2021).

Kronik böbrek yetmezliğinin ne derece ilerlediği ve gelişme hızı, hastaların klinik belirti ve bulguları ile yakından ilişkilidir. Hastalığın varlığı söz konusu olduğunda bundan etkilenmeyen sistem ve organ yok kabul edilebilir. GFH'ı 35-50 ml/dk'nın altına inmediği sürece hastaların genellikle şikayetleri olmayabilir ya da hastalar var olan şikayetlerinin farkında olmayabilirler.

Hastalarda ilk şikayetlerine bakıldığında çoğunlukla noktüri (gece idrara çıkma) ve kansızlıkla (anemi) ilişkili halsizliğin oluşmasıdır. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca veya bu değerin altına inince hastada üremik belirti ve bulgular ortaya çıkmaya başlar.

Böbreklerin ilk bozulmaya başlayan fonksiyonlarından birisi idrarı konsantre etme yeteneğinde azalma durumunun gelişmesidir. Diurnal ritmin bozulmasıyla hastalarda gece idrar yapma ihtiyacı başlar. KBY gelişen bireylerde son dönem böbrek yetmezliği seviyesine gelene kadar su, sodyum ve potasyum gibi önemli elektrolitlerin dengesi normal koşullarda korunur ancak alt ve üst limitlerinde azalma söz konusudur (Sezen, 2014). Kronik böbrek yetmezliğinin klinik özellikleri aşağıda Çizelge 1.2.'deki gibi sınıflandırılmıştır.

Çizelge 1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Sinir Sistemi Bozuklukları: Zihinsel uyuşma ve duyarsızlık(stupor), bilinçsizlik hali(koma), konuşma bozukluğunun varlığı, uyku problemleri, demanz, havale, periferik sinir hasarı, baş ağrısı varlığı, kramp, yorgunluk, dikkat eksikliği, bacaklarda huzursuzluk, karıncalanma, yanma, batma ve ağrı hissinin olması, termor, myoklons, hiperhidroz ekrin ve ruhsal bozukluklar yer alır (Uysal ve Karataş, 2017).
Sıvı-Solüt Bozuklukları: Vücutta aşırı sıvı kaybı ya da aşırı sıvı fazlalığı(hipovolemi, hipervolemi),serum-sodyum seviyesinde anormal değerler, kandaki potasyum değerinde düşüklük (hipokalemi), kanda yüksek oranda fosfat birikmesi (hiperfosfatemi), serum bikarbonat (HCO_3^-) seviyesinde azalma ile birlikte kan pH'sında azalmanın görüldüğü metabolik asidoz ve böbrek fonksiyon bozukluğu kombinasyonu ile ortaya çıkan aşırı Mg alımı (hipermagnezemi) bulunur (Tayaz ve Koç, 2020).

Gastrointestinal Sistem: Perotit oluşumu, mide zarı iltihabı (gastrit), iştah sorunu, stomatit, pankreas iltihabı (pankreatit), mide ülseri, mide bulantısı, kusma, sindirim sistemi organlarında kanama, hepatit, mortalite bozuklukları, kandida, herpes gibi özofagus enfeksiyonları, çeşitli bağırsak obstrüksiyonu, periton bölgesine asit geçişi (perforasyon asit) (Fidan ve ark., 2020).
Hematoloji-İmmünoloji: Eritrosit yapımında azalma ve eritrosit yaşam süresindeki hafif kısalmaya bağlı oluşan normokrom normositler anemi, eritrosit frafilitesini bozan hastalıkların varlığı, kanama, lenfosit düşüklüğü (lenfopeni), enfeksiyonlara karşı dirençsizlik, bağışıklık sistemini baskılanması, aşı yapılarak istenilen bağışıklıkta azalma, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların tanısal testlerinde bozulma.
Kardiyovasküler Sistem Problemleri: Kalp zarı iltihabı (perikardit), dokular arasında aşırı sıvı birikmesi (ödem), yüksek tansiyon riskinde artış, kalp kası hastalığına (kardiyomyopati) yatkınlık, hızlanmış damar rahatsızlığı (ateroskleroz), kalp atım hızındaki düzensizlikler (aritmi), birtakım kapak ve kalp kapağı hastalıkları (Kurbun, 2017).
Pulmuner sistem: Plevral efüzyon, üremik pulmuner, akciğer ödemi, dispne, ortopne, akut solunum yetmezliği, pnömoni
Cilt: Kaşıntı, yaraların iyileşmesinde gecikme, soluk olma durumu, tırnak yapısında küçülme, vücuttaki renk pigmentinden sorumlu olan melanin artışı (hiperpigmentasyon), üremik kaşıntı sonucu ciltte döküntü, geri dönüşümsüz doku hasarı (nekroz).
Metabolik-Endokrin Sistem: Gizli kan şekeri (glukoz intoleransı), kolesterol ve trigliserit gibi çeşitli yağ tiplerinin kandaki yüksekliği (hiperlipidemi), kanda kalsiyum miktarının artması (hiperparatroidi), büyümede geriliği, cinsiyet hormonlarının yetersizliği (hipogonadizm), impotans, libido azalması, ürik asitin vücutta birikmesi (hiperürisemi), beslenme bozukluğu (malnütrisyon), prolaktin hormonunun kanda normalden yüksek olması (hiperprolaktinemi) (Tanrıverdi ve ark., 2010).
Kemik İle İlgili Problemler: Paratiroid bezlerinin kontrolsüz olarak parathormon salgılaması (hiperparatroidi), amiloid proteinin organlarda birikmesi (amiloidoz), D vitamini metabolizmasında bozukluk, eklem iltihabı (artrit) oluşması.
Psikolojik sorunlar: Anksiyete oluşumu, depresyon halinin görülmesi, demans, alkol ve madde kullanımına yatkınlık, kişilik bozuklukları ve kişilikte birtakım değişiklikler.
Diğer: Sık aralıklarla susama durumu, üremik ağız kokusunun varlığı, gece idrara çıkma isteği (noktüri), hızlı vücut ısı kaybı (hipoterm), yumuşak dozu zedelenmeleri, el ve kollarda uyuşma, karıncalanma ve halsizlik (karpal tünel sendromu) (Webster, 2017).

1.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı ve Tedavi

Kronik böbrek yetersizliği, böbreğin her ikisinin de yeterli sayıda, sağlıklı ve kendi başına idrar yapabilme yeteneğinde olan nefronların ilerleyici olarak hasara uğraması sonucu normal değerinin 120-125 ml/dk olan Glomerüler Filtrasyon Hızının (GFH) 90 ml/dk'nın altına inmesi ile başlar. GFR 35-50 ml/dk'nın altına inmediği müddetçe hasta bireylerde semptom göstermeyebilir. Ancak GFR 20-25 ml/dk olduğunda hastada halsizlik, kilo kaybı, baş ağrısı, mide bulantısı, kansızlık, ağız kuruluğu ve hipertansiyon gibi üremik belirtiler ortaya çıkmaya başlar.

KBY'de problemler uzun süreli seyreder. Hastalık evre 5 olduğunda Glomerül Filtrasyon Değeri 15 ml/dk'nın altına düşünce SDBY'den bahsedilir ve hastalar Renal Renplasman Tedavi seçeneklerinden (diyaliz, transplantasyon vb.) birine ihtiyaç duyarlar (Akpolat ve ark., 2007; Arık ve ark., 2009; Sezen, 2014). GFR genellikle aylar ve ya yıllar içinde giderek azalma eğilimindedir, ancak bu azalmanın temelinde yatan nedenler hastadan hastaya büyük değişkenlik gösterir (Arık ve ark., 2009).

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastasının sağlığının bozulmasının yanında, uygun tedavi seçeneğinin hayata geçirilmesi için de tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılığı gerekmektedir (Özgür ve ark., 2003). Bu hastalarda giderek yıllar içinde böbrek fonksiyonlarında azalmanın olmasıyla birlikte homeostazisi sağlanamaz hale gelir ve ağır bir klinik tablo oluşur. Kişi bu şartlar altında hayatını sürdürmeye devam etmek zorunda kalır (Etki Uludoğan ve Toraman, 2020).

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) tedavisinde önemli olan hastaların yaşam sürelerini uzatabilmek için böbrek işlevlerini ve böbreğin kendi sağlığını koruyup dengede tutabilme yeteneğini mümkünse uzun bir süre devam ettirmek, son dönem böbrek yetmezliğinin temelinde yatan problemi saptayarak klinik bulguları tedavi etmek, komplikasyonların önüne geçmek ve bireylere daha iyi bir yaşam kalitesi sunmak böylece hastanın hayat konforunu sağlamaktır. Hastalar böbrek yetmezliği tedavileri ile birlikte günlük yaşam aktivitelerini etkileyen semptomlara daha çok maruz kalmaktadır (Enç ve Alkan, 2014; Karadakovan ve Kaymakçı, 2014). Kronik böbrek yetmezliğinin varlığı söz konusu olduğu zaman bu hastalığın tedavisinde ilaç tedavisi, diyet programı uygulanması, aktivite ve RRT tedavi seçeneklerinden birine ve ya bir kaçına başlanması gerekmektedir.

İlaç Tedavisi

- Amaç olağan üstü durumların önüne geçilmesi
- Yüksek tansiyonu önleyen kalsiyum ve demir prepatlar ve fosfat bağlayıcı ajanların kullanılması.

Diyet Programının Uygulanması

- Sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması,
- Potasyum alımının sınırlandırılması,
- Amino-asit dengesinin sağlanması,
- İhtiyaç duyulan minarel, vitamin ve kalrı alımının sağlanması,

Aktivite

- Hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesinin sağlanması
- Bağımsızlığını kazanabilme knusunda cesaretlendirilmesi
- Aktivitelere katılımı konusunda beceri kazandırılması (Karadakovan ve Kaymakcı, 2014).

Böbrek fonksiyonlarında azalma olması sonucu böbreklerin süsmesi gereken atık ürünler birikerek yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığı anda, hastalar hayatlarını devam ettirebilmek için böbreğin yapamadığı görevi yerine getirebilecek tedaviye ihtiyaç duyarlar (Bülbül, 2010). SDBY hastası ihtiyaç duyulan tedaviye başlamak için merkez veya ev hemodiyaliz, periton diyaliz veya renal transplantasyon tedavisi için bir karar vermek durumundadır (Doğan ve ark., 2020).

Kronik böbrek yetmezliği tedavi planı;

- Hastalığa sebep olan ve temel de yatan hastalığın öncelikli olarak tedavisi
- Böbrek yetmezliğinin ilerlemesine sebebiyet veren faktörlerin bir an önce kontrol altına alınması ve bu sayede böbrek yetmezliği seyrinin yavaşlatılması
- Böbrek fonksiyonlarında azalmaya yol açan sorunların önlenmesi ve bu sorunların tedavi edilmesi
- SDBY varlığı söz konusu olan hastalarda replasman tedavi seçeneklerinden (diyaliz ve renal transplatasyon) birinin hayata geçirilmesi

Hastanın hastalık seyri, yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu gibi demografik özellikleri ve psiko-sosyal sorunları göz önüne alınarak kronik diyaliz tedavisi planlanır.

Diyaliz, HD (hemodiyaliz) ve PD (periton diyaliz) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Kreatinin klirensi GFH'nin ölçülmesinde en çok tercih edilen yöntemdir. Kreatinin klirensi 0,1-0.15 ml/dk kilogram düzeyine düşünce (80 kg olan bir hastada 8-12 ml/dk) kronik diyaliz tedavisi seçeneklerinden birine başlanmalıdır (Akpolat ve ark., 2007).

1.2. Diyaliz

Türkiye'deki diyaliz tedavisi, son dönem böbrek hastalarına renal transplantasyon için donör bulmaktaki zorluklar göz önünde bulundurulursa diyaliz zorunlu bir tercih haline gelmektedir (Taner

Gürsoy, Türk Soyer ve Çiçeklioğlu, 2005). Akut ya da kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde ve hastanın hayatını sürdürebilmesi için diyaliz tedavisi uygulanır (Sezen, 2014). Böbrek yetmezliği ve diyaliz sonucu görülen morbitite ve mortalitenin minimum düzeye inmesi, hastanın yaşam kalitesinin artması, kendini iyi hissetmesi ve iyi görünmesi yeterli diyaliz ile sağlanmaktadır (Tarhan, 2013). Konservatif tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı bu süreçte böbrek fonksiyonlarının kısmen yerini alabilen RRT tedavisi uygulanmaya başlanır. RRT tedavi seçenekleri ise diyaliz ve renal transplantasyondur (Akpolat ve Utaş 2008; Süleymanlar 2009; Sav ve Utaş, 2005). Diyaliz, yarı geçirgen bir zardan sıvı ve moleküllerin bir komponentten diğerine olan hareketidir. Uygun diyaliz solusyonu ve hasta kanı arasında sıvı-elektrolit değişiminin temel alındığı bir tedavi etme şeklidir (Görgeç, Topbaş ve Bingöl, 2018).

Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'na göre 2019 yılı içerisinde çocuklar da dahil olmak üzere ilk kez RRT'ye başlayan hastaların toplam sayısı 12.518'dir. Diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdüren hastaların %76.93'üne (9.630 kişi) hemodiyaliz, %8.86'sına (1.109 kişi) periton diyalizi uygulanmaktadır. Tedavi seçeneği olarak transplantasyonu tercih eden hasta ise %14.21 oranı ile 1.779 kişidir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Diyaliz tedavisinde asıl amaç uygun sıvı ve elektrolit (solüt) arasında değişim sağlamaktır. Sıvı-elektrolit değişiminin difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel unsuru vardır.

Difüzyon: membranının iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olana doğru hareketidir.

Difüzyon yönünü ve hızını etkileyen başlıca 3 etmen vardır. Bunla aşağıda verildiği gibidir.

- **Konsantrasyon Gradienti;** Madde alışverişinin hızlanmsı için Membranın iki yan yüzeyinde bulunan konsantrasyon konsantrasyon gradienti arttıkça madde alışverişi hızlanacaktır.
- **Solütlerin Molekül Ağırlığı ve Hızı;** Porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı da o kadar azalır ve buna bağlı geçiş hızında da o derece azalma olur.
- **Membran Direnci;** Por sayısının azalması ve ya por çapının küçülmesi, membran kalınlığında artış olması membranların madde alışverişine karşı direncini artırır.
- **Ultrafiltrasyon:** Uygulanan basınç nedeniyle membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferide eşlik eder (Değirmenci, 2006).

Diyaliz tedavisinin iki şekli vardır (Koçer, 2006);

- Hemodiyaliz
- Periton diyalizi

1.2.1. Hemodiyaliz

1946 yılında Wilhelm Koff tarafından HD tedavisi ilk kez başlangıçta akut böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisinde uygulanmıştır. 1960 yıllarından sonra ise giderek, kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalarda uygulanmaya başlanmıştır (Akpolat ve Utaş, 2000).

Kronik Böbrek Yetmezliği hasta bireylerin tedavi edilmesinde en çok tercih edilen ve özellikle acil vakalarda hayat kurtarıcı etkisi olan Renal Replasman Tedavi seçeneği hemodiyalizdir (Özyiğit ve ark., 2016). Ancak hasta bireylerin haftada üç kez ve dörder saat konvansiyonel hemodiyaliz ile tedavi alması mortalite hızında artışa ve kötü bir hayat kalitesine neden olmaktadır (Tatar ve Ok, 2019).

Hemodiyaliz tedavisi hastadaki toksin yüklü kanın yapay böbrek aracılığı ve hemodiyaliz makinesi ile alınması, hastadan sıvı ve solüt uzaklaştırılmasını sağlayarak böbreğin iki temel görevini yerine getirmesi işlemidir. Hemodiyaliz işlemi sırasında özel bir şekilde dizayn edilmiş yarı geçirgen zarın bir yanından dengeli bir elektrolit solusyonu olan diyalizat sıvısı, diğer yanından ise hastanın kanı pompalanmaktadır. Diyalizör, kan ve diyalizat ayrı ayrı komprantlarda birbirine ters yönde akar ve temzileme işlemi gerçekleştikten sonra diyaliz işlemi takiben temzilenen kan tekrar dolaşıma geri verilmektedir (Akpolat ve Utaş, 2001; Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014). Günümüzde bütün dünyada kabul edilen ve vücut ağırlığına bakılmaksızın bütün hastalar için anlamlı faydalı sonuçlar sağlayacak günlük 4 saat, toplam haftalık ortalama hemodiyaliz saati on iki saattir. Yani her hemodiyaliz tedavisi gören hastanın ortalama olarak haftada üç kez, günde en az dört saat diyalize girmesi gerekmektedir. Hastanın ihtiyacına göre bu süre uzatılıp kısaltılabilir (Erek, 2005; Saltürk, 2006).

Hemodiyaliz tedavisine başlanmasıyla birlikte hastanın yaşam kalitesinde kişiden kişiye farklılıklar gösteren olumsuz gelişmeler olmaktadır. Öncelikli olarak hastada daha sık yorgunluk şikayetleri, güçsüzlük, hayattan tat alamama, isteksizlik ve bu sıkıntıların neden olduğu kayıplar ön plana çıkmaktadır (Özgür ve ark., 2003). Hemodiyaliz hastalarında sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyen az sayıda çalışma vardır (Untas ve ark., 2011). HD tedavisi gören bireyler üzerinde yapılan araştırmalar hemodiyaliz tedavisiyle bağlantılı stresi algılama düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitelerinin olumsuz seviyede bu durumdan etkilendiğini göstermektedir (Akın ve ark., 2010).

1.2.1.1. Hemodiyaliz Avantajları

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları:

- Toksin maddeler vücuttan hızla ve başarılı olacak şekilde uzaklaştırılır.
- Diyaliz uygulamasının yapıldığı yerlerde hastalar diğer hastalarla kendi aralarında daha sağlıklı ilişki kurarlar.
- Her gün uygulanmaz, haftada iki ya da hasta ihtiyacına göre üç kez uygulanır. Hemodiyaliz yeterliliğinin az olduğu hastalarda haftalık seans sayısı 4 dörde de çıkabilir.
- Kötü beslenme ile daha az karşı karşıya kalınır ve malnütrisyon gelişme ihtimali düşüktür..
- Hastaneye yatıp tedavi görme ihtiyaçları daha az olur.
- Karınla ilgili komplikasyonlarla karşılaşmaz (Koçer, 2006; Zawada, 2003; Kıran, 2016).

1.2.1.2. Hemodiyaliz Dezavantajları

Hemodiyaliz tedavisinin dezavantajları:

- Geçici veya kalıcı damar yolu için küçük cerrahi bir girişimin gerekmesi
- Tedavi sırasında iğnelerin kullanılması
- Vasküler giriş yeri problemleri
- Diyetle uyulması, farklı yiyecek ve içeceklerin alınmasında kısıtlanmaların olması
- Heparinizasyon gereksiniminin olması
- Araç gereç kullanımının daha fazla olması
- Diyaliz olurken dengesizlik sendromu ve hipotansiyon gelişmesi
- Seanslar arasında sıvı-solüt ve metabolik olaylarda değişime bağlı gelişen diyaliz seansı sonrasında hastanın kendini kötü hissetmesi
- Sonraki tedavi seansına kadar hastanın durumunun tekrar kötüye gitmesine karşın oluşan rahatsızlığın hissedilmesi
- Anemiye neden olan kan kaybı artışı
- Hemodiyalizde sık karşılaşılan komplikasyonların (intradiyalitik hipotansiyon, kas kramplarının varlığı, disekilibriyum sendromu, diyalizer reaksiyonları, hemoliz, hava embolisi, göğüs ağrısı ve sırt ağrısı, deride kaşıntı, titreme ve ateş) varlığı
- Özel yetişmiş personel gereksinimi (Koçer, 2006; Zawada, 2003; Kıran, 2016).

1.2.2.3. Hemodiyalizde Yeterlilik

Son zamanlara bakıldığında HD (hemodiyaliz) ve PD (periton diyalizi) tedavilerinde yeterlilik kavramı önem kazanmıştır. Amaç hastaların daha kaliteli bir tedavi almasını sağlamak, diyaliz yeterlilik şartlarını yerine getirmek, hastanın yaşam kalitesinde olumlu değişimler gerçekleştirmektir. Hemodiyalizde yeterliliğin sağlanması ve fayda görmeleri için hastaların tedavi seanslarına eksiksiz ve tam gelerek ihtiyaç duyulan hemodiyaliz miktarının tamamlamaları gerekir (Çamsarı, 2001).

Bireylerin yaşam kalitesinde diyaliz yeterliliği önemli bir ölçek kabul edilebilir. Diyalizi yeterliliği takibi yapılırken hem üre temizlenme miktarı hem de serum üre düzeyi yakından takip edilmelidir. Sağlık alanında en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeği The Kidney Disease Quality of Life Short Form ve Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36)'dır (Selçuk, 2015). Yeterli seviyede hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilebilmesi için arteriovenöz girişim yollarının sağlıklı olması hastalar açısından hayati önem taşımaktadır (Durmaz ve ark., 2015).

Diyaliz yeterliliğini ortaya çıkarmak için çeşitli formüller ileri sürülmüştür. Klinikte küçük çaplı moleküllerin klirensini tayin etmede en çok kullanılan madde üredir. Protein metabolizması sonucu ortaya çıkan çok sayıda zararlı üremik toksin madde mevcuttur. Ancak bütün toksin maddeleri rutin olarak ölçümlemleri yapıp değerlerini tespit etmek zor olduğu için, herkes tarafından kullanılan protein yıkım göstergesi olarak üre değeri ele alınmaktadır. Üre, iki diyaliz arasında geçen zamanda biriken nitrojen atıklarının %90'nını oluşturur. Üremik toksin maddelerin temizlenme oranını esas alan KlirensxSüre/Völüm üre (KT/Vüre) formülü diyaliz yeterliliğinin düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak için en çok başvuru formülüdür (Çamsarı, 2021).

K: Uygulamaya geçirilecek filtrenin üretici firmalarca in vitro deney şartlarında tespit edilen klirens (Çamsarı, 2021).

Konuya ilişkin çalışma yapan uzmanların bilgisi dahilinde üretici firmalar tarafından, in vitro deney koşullarında hesaplanan üre, kreatinin gibi klirens değerlerini filtrenin prospektüsüne yazma zorunlulukları vardır. Ancak in vivo şartlarda bu değerlerin her zaman aynı sonuçlarda çıkması çok düşük bir ihtimaldir. Kan akımının genel olarak 200 ml/dk koşulu sağlandığı zaman hesaplanan bu değerler, söz konusu hastalar için aynı şartlar her zaman sağlanamayacağından dolayı saptanan değerlerden daha yüksek ve ya daha düşük sonuçlar çıkabilir. Bu farklılıklar hasta bireyin seans süresince durumu göz önünde bulundurularak kan akım hızında olan yükseltme ve ya düşürme kaynaklıdır. Ayrıca bir seansın sonlarına doğru yaklaştıkça filtrenin süzme kabiliyetinde azalma, lif diye tabir ettiğimiz fiberlerin tıkanmasından dolayı bu değer daha aşağılara iner. Yeniden dolaşım

(resürkilasyon) olgusu da klirensin in vivo koşullar altında daha farklı olmasını etkiler (Çamsarı, 2021).

T: Bireyin katıldığı 1 diyaliz seansının toplam süresini dakika olarak ifade eder. Örneğin, bir günde 4 saat diyaliz tedavisi alan bir kişi 240 dk, diyaliz olmuş olur. Diyaliz süresini etkileyen istenmeyen bazı durumlar gelişebilir. Bu durumlara kısaca değinmemiz gerekirse; diyaliz olma zamanını iki şekilde ele almak lazım. İlki teorik bir kavram olan gerçek diyaliz zamanıdır ve öngürülen diyaliz süresi 220 ve 240 dk arasında değişiklik gösterebilir. İkincisi ise aktüel diyaliz zamanıdır ve gerçek diyaliz zamanından her zaman farklıdır. Bu farklılığın sebebi bireyin diyaliz seansına hazırlanması, makinanın diyalize hazır duruma getirilmesi, setin doldurulma süresi, tansiyon düşüklüğünün(hipotansiyon) gelişmesi gibi birtakım nedenlerden dolayı diyalize bir iki dakikalık aralar verilmesidir. Hasta diyaliz olurken olası makine arızlarının çıkması, hastanın seansını erken sonlandırma isteği ve bu isteğini çalışanlara directmesi gibi diğer etkenlerde her seans süresinde 10 ve 15 dakika arasında zaman kaybının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Çamsarı, 2001).

V: Ürenin dağılım volümü: Biyosıvıyı (total vücut sıvısı) ifade etmektedir (Türkmen, 2002).

Ürenin dağılımında kullanılan formül litredir. Kişiden kişiye değişen ağırlık. Boy ölçümü, yaş, cinsiyet vb. özelliklere göre farklılıklar olabilir. İlk defa diyaliz tedavisi alacak olan bir hasta için, zayıf ise kuru vücut ağırlığının %33-%45' i kilolu bir hasta için kuru vücut ağırlığının %55 ve % 65 arası bir değer olarak kabul edilir. Hasta ilk diyaliz tedavisini aldıktan sonra ise diyaliz sonrası Blood Urea Nitrogen (BUN) değeri BUNT/ diyaliz seansı öncesi Blood Urea Nitrogen değeri BUNT değerlerinin birbirine olan oranları kullanılarak nomogramdan hesaplama yapılır. Fakat hastanın vücudunda fazla sıvı ağırlığı ve vücudunun herhangi bir yerinde dem varlığı söz konusu olduğunda ürenin dağılım volümünün yanlış hesaplanma ihtimali olduğu için burada temel alınması gereken değer kişinin kuru vücut ağırlığıdır (Çamsarı, 2001, 2021; Türkmen, 2002).

Görüldüğü üzere klirens (K) değerini, diyaliz sean süresini (T) ve üre dağılım volümünü (V) etkileyebilen ve bireyden bireye farklılıklar gösterebilen çok sayıda etmenin varlığından bahsedilebilir. Hastalar arasında farklılıklara sebep olan bu etmenlerin yanında önemli olan 2 faktör daha vardır. Bunlar; sağlıklı çalışan böbrek işlevleri(kalan, rezidüel, residual.) ve hastanın beslenme alışkanlıklarının da etkileyeceği gün içerisinde alım sağlayacağı protein miktarıdır (Çamsarı, 2021; Türkmen, 2002).

Bütün bunlar göz önünde bulundurularak, hasta diyaliz tedavisi almaya başladığı ilk zamanlar KT/V üre hedeflenmiş bir diyaliz dozu gösterir. Diyaliz tedavisi almaya devam ederken bu zaman zarfı içinde belirlenmiş KT/V üre'ye ulaşılmasını engelleyebilecek birçok farklılıklar mevcuttur. Bu yüzden hemodiyaliz yeterliliğinin istenilen değerlerde sağlanması ve tespitin doğru yapılması için

KT/V üre'nin ölçümünün diyaliz seansının sonunda zaman kaybetmeden yapılmalıdır (Çamsarı, 2001, 2021; Türkmen, 2002).

1.2.3. Periton Diyalizi

Periton, periton boşluğunu sınırlayan bir seröz zardır. Bu zar karın boşluğu duvarlarını, bağırsakları ve birçok organı örter (Sevinç ve ark, 2019). Seröz, toksik maddeleri filtre eden yarı geçirken bir zar işlevi görür. Peritonun %80'ini bağırsak ve diğer iç organları örten yapı Visseral Periton, %20'sini karın boşluğunun duvarını örten yapı Pariyetal Periton oluşturmaktadır (Akgöl, Koç ve Şahudoğlu, 2019).

Periton Diyalizi (PD), hastanın karından kendisi veya yakınları tarafından yapılan, iki kompartman arasında su-elektrolitlerin değişimini sağlayan bir tedavi şekli olarak tanımlanabilir. Diyalizatin bir kataterle peritoneal kaviteye verildiği ve belirli aralıklarla taze solüsyonla transportunun sağlandığı diyaliz şeklidir. RRT seçeneklerin arasında daha etkin ve güvenliği ispat edilmiş, sağlıklı kalan böbrek fonksiyonların korunması ve tedavi modalitesindeki esnekliği nedeniyle diğer renal replasman tedavi seçeneklerine göre bazı hasta grupları için birçok avantaj sağlayan bir tedavi seçeneğidir (Akgöl, Koç ve Şahudoğlu, 2019).

Periton diyalizi bazı uzmanlar tarafından sağlıklı böbreğin yerine getirdiği işlevselliğe en yakın olan diyaliz seçeneği olarak ele alınmaktadır. Bunun sebebi diyaliz solüsyonu gün boyunca sürekli karın boşluğunda yer alır ve toksin maddelerin kandan uzaklaştırılması doğal bir membran yüzeyi olan periton aracılığı ile gerçekleşir (Sinangil ve ark., 2019).

Periton diyaliz uygulanacağı zaman önce genelde kişinin vücut sıcaklığı ile eş değer ısıya kadar ısıtılmış iki litre taze solüsyon, yaklaşık on dakikalık bir sürede kateter yardımıyla periton boşluğuna doldurulur. Tercih edilen periton diyaliz çeşidine göre taze solüsyonlar belirli bir süre kadar periton boşluğunda bekletilir. Bekletilme süresinin dolmasına 20 dakikalık bir süre kalana kadar bekledikten sonra bu zaman içinde bekletilmiş solüsyon periton boşluğundan drene edilir ve yerine taze solüsyon tekrar geri verilir. İşlem bu şekilde gün içerisinde bu değişimin 4 kez sağlanması ile haftanı her günü uygulanır. Altı farklı PD yöntemi mevcuttur. Bu yöntemler içinde hastanın sosyal yaşantısını olumlu etkileyecek ve hastalığın gidişatını iyi düzeylere taşıyacak bir periton diyaliz tedavi seçeneği hasta için tercih edilir. Tercih edilen yöntemin solüt klirensi ve ultrafiltrasyon transferini en yükseğe çıkarması hastalar açısından önem arz etmektedir (Sinangil ve ark., 2019).

PD uygulandığında hastaların vücut ağırlığı, yaşı, cinsiyeti, boyu vb. özelliklerinden kaynaklı farklılıkların olması periton membranından elektrolit değişim hızlarını etkilemektedir. Ayrıca, tedavi

süresi boyunca bir hastanın periton membranının özelliği önemli derecede değişiklik gösterebilir. Bu yüzden hastaların periton zarı membran özelliği saptanırken yalnız diyaliz reçetesinin geliştirilmesi değil, bununla birlikte olası problemler ortaya çıktığı zaman yapılan değerlendirmeleri karşılaştırmak için önemli bir referans noktası sağlamak açısından da önem arz etmektedir (Sinangil ve ark., 2019).

Dünyada 2008 yılından günümüze kadar geçen süreçte PD uygulanan hasta sayısında dikkat çekecek düzeyde azalma olmuştur. Oysaki yapılan araştırmalarda PD tercih eden hastada erken dönem diye tabir edilen ilk iki yıllık zaman içinde sağ kalım oranı, HD tercih eden hastaların sağ kalım oranından daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Heaf ve ark., 2002; Van de Luitgaarden, 2011).

1.2.3.1. Periton Diyalizinin Avantajları

Periton diyalizinin avantajları:

- Kan biyokimyasının yavaş ancak etkili düzelmesi
- Çok fazla araç gerece ihtiyacı olmadan evde tedavi imkanı
- Hasta birey tarafından da rahatlıkla uygulanabilmesi
- Bir diyaliz merkezine bağımlılığının olmaması
- Seyahat etmeye engel olmaması
- Diyet ve sıvı kısıtlamasının daha az olması
- Anemi oluşma riskinin düşük olması ve hipertansiyon kontrolü
- Hepatit bulaşma ihtimalinin yok denecek kadar az olması
- Çocuk, yaşlı ve diyabetik hastalığı olan bireylerde uygulanma kolaylığının olması (Tuğla ve Çınar, 2006; Koçer, 2006).

1.2.3.2. Periton Diyalizinin Dezavantajları

Periton diyalizinin dezavantajları:

- Enfeksiyona yakalanma riskinde artış, katetere bağlı infeksiyonlar ve peritonit
- Yetersiz düzeyde diyaliz olma ihtimali
- Protein kaybı oluşması ihtimalinin yüksek olması ve malnütrisyon oluşma riski
- Kateter implantasyonu için küçük bir cerrahi operasyona gereksinim
- Katater yerleştirilmesine bağlı psikolojik sorunlar
- Adinamik kemik hastalığı riskinin fazla olması
- Günlük uygulama gerektirmesi
- Hastanın toplumdan uzaklaşma ihtimali (Kazancı, 2008).

1.2.3.3. Periton Diyalizinde Yeterlilik

Periton diyalizi uygulayan hastaların diyaliz yeterliliğinin en iyi göstergesi hastanın genel durumunun iyi olması ve iyiye gitmesidir. Ancak bu iyilik halinin en iyi şekilde gözlemlenip değerlendirilmesi için birtakım objektif hesaplamalara ihtiyaç olmaktadır. KT/V üre bu hesaplamalarda en çok kullanılan formüldür. Toplam haftalık kreatinin kirensi de bu hesaplamalarda kullanılan diğer bir değerdir. Hasta bireylerin değerlendirmeleri uzman bir ekip tarafından yapılmalıdır. Değerlendirme yapılırken bireyin bir bütün olarak ele alınması gerekir. Uzman kişiler tarafınca hastaların rezidüel böbrek fonksiyonu, beslenme durumu, sıvı yükleri hatta tedaviye uyum sağlamalarını kolaylaştıran psikolojik durumları da dikkate alınmalıdır (Hasbal, Koç ve Ahbap, 2019). PD hastalarında diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde 3 farklı prensip vardır. Bu yaklaşımlar; Klinik değerlendirme Biyokimyasal göstergeler ve Kinetik göstergelerdir

Klinik değerlendirme ile yeterli düzeyde PD olan bireylerde gözlemlenen özellikler Çizelge 1.3.' de verilmiştir.

Çizelge 1.3. Klinik Değerlendirmede Gözlemlenen Özellikler

• Hastanın iyilik hali ve iyi görünmesi
• Üremiye bağlı belirti ve bulguların gözlenmemesi (iştahsızlık, mide bulantısı, yorgunluk uyku problemleri, deride kaşıntı, eklemlerde ağrı hissedilmesi)
• Kan basıncının normal seyretmesi ve anormal değerlerin gözlenmemesi
• Hastanın kuru ağırlığını koruması
• Aktivitelerinin yeterli ölçüde olması
• Kalp yetmezliği ve perikarditin olmaması
• Hastaneye yatış gereksiniminin minimum düzeyde olması gerekir.

PD hastalarında yeterlilik göstergelerinden biri olan biyokimyasal özellikler Çizelge 1.4’te olduğu gibidir.

Çizelge 1.4. Biyokimyasal Olarak Gözlemlenen Özellikler

• Hematokrit değerinin eritropoietin kullanmadan %25’in üstünde olması
• Blood Urea Nitrogen (BUN) değerinin 50-70 mg/dl olması
• Vücut kitlesi göz önüne alınarak Serum kreatinin seviyesinin 12 mg/dl’nin altında olması
• Kandaki serum kalsiyum değerinin yaklaşık 9.5-10.5 mg/dl civarında olması
• Serum albumin değerinin 3.5 g/dl’nin üzerinde olması
• Kan bikarbonat seviyesinin 22-26 mEq/L olması
• Parathormon düzeyinin normalin iki katı düzeyinde olması amaçlanır.

Kinetik Göstergeler: Matematiksel bir veri olup hastanın yeterli düzeyde diyaliz olup olmadığını ve hastanın alması gerekli görülen diyaliz dozunu belirtmektedir. Yapılan kinetik hesaplamalarda, üre, kreatinin vb. düşük ağırlıklı üremik toksinler temel alınarak diyaliz yeterliliği tespit edilir (Aydın, 2021).

1.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, insan yaşamının büyük bir kısmını kapsayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Androodi, 2017). Yaşam kalitesiyle bağlantılı olabilecek çok sayıda akademik araştırma ve çalışma yapılmış olmasına rağmen; yaşam kalitesinin sabit bir tanım yoktur. Kişiden

kişiyeye kullanım alanına göre farklılıklar göstermiş olup çoğu zaman ifade edilen anlamı anlaşılmamaktadır (Karamanoğlu, 1999). Bu yüzden kişiyeye göre farklı anlamlar yüklenen bir kavram olarak yaşam kalitesinin, farklı terminolojilerde birçok tanımı yer almaktadır. Nüfus gruplarını, ihtiyaç duyulan alanı ve farklı gereksinimleri karşılayacak boyutlarda ele alınıp tanımı öznel yapılmaktadır (Danış, 2009).

Çok boyutlu bir kavram olarak ele alınan yaşam kalitesi, zaman içinde belli başlı değişimler gösterebilir. Ama en genel şekilde tanımlamak gerekirse; yaşam kalitesi; kişilerin, yaşadıkları bölgeleri, bulundukları zaman diliminde sahip oldukları araç gereç ve kaynakları, sosyal, fiziksel, çevresel ve psikolojik koşullarını içine alan bir kavramdır (Androodi, 2017).

Yaşam kalitesi kavramı son zamanlarda sağlık alanında da sıklıkla karşılaşılan bir terim olmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin hayatlarında yaşam kalitesi daha önemli bir yer tutmaktadır (Değirmenci, 2006). Birçok hasta bireyin tedavisinde amaç yalnız hayatta kalabilmek değil, yaşam kalitesini de iyi bir seviyeye taşıyabilmektir. Yaşam kalitesi bireyin kendini mutlu hissetmesi ve hayattan aldığı doyumunu ile yakından ilişkilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise hastalık belirti ve bulguları, tedavinin gidişat veya karşılaşılan komplikasyonlar ilişkili olarak bireylerin bütün özellikleri üzerinde odaklanır (Aydın, 2002).

Sağlık alanında yaşam kalitesi sübjektif bir olgu olup, değerlendirme yapmak için hastaların yüz yüze öznel olarak görüşlerinin alınması doğru sonuçlar elde edilmesini sağlar (Barutçu ve ark, 2017). Yaşam kalitesi saptanırken bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik alanda ne derece aktif olduğu, ekonomik durumundan ne kadar doyum sağladığı dikkate alınır. Amaç en doğru sonuçları elde etmektir (Dilbaz,1996).

1.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tanımı

Kalitenin kelime anlamına bakıldığında bir işin ne kadar iyi yapıldığı ve mükemmelliğin derecesini ifade eder (Aydın, 1998). Tanım olarak yaşam kalitesi ise bireyin kendi hayatına dair mutluluk durumu, iyilik hali, yaşamdan alınan doyum olarak ifade edilir. Dünya Sağlık Örgütü'ünde yaşam kalitesinin tanımı, bireylerin yaşam standartları, değer sistemleri ve kültürel yapıları ilişkili kendilerini algılamaları olarak yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999; WHO, 2017).

Çağın getirdiği belli başlı özellikler yaşam kalitesinin geniş kapsamlı ve çok boyutlu olmasına olanak sağlamıştır. Yaşam kalitesinin boyutları 4 farklı alanda incelenmiştir (Androodi, 2017; Aydın, 2002).

Bunlar; Psikolojik/emosyonel esenlik alanı, fiziksel esenlik alanı, sosyal ve bireysel esenlik alanı finansal ve maddi esenlik alanıdır.

Psikolojik/Emosyonel Esenlik Alanı;

- Akıl sağlığı,
- Anksiyete varlığı
- Oto kontrolün sağlanması
- Hayattan lezzet alma
- Kendini mutlu hissetme
- Faydalılık
- Hedeflenen işi eksiksiz tamamlama
- Sosyal ilişkilerde izolasyon
- Bedensel algı
- Duygu durumu
- Meşguliyet ve dinlenebilme ihtiyacı

Fiziksel esenlik alanı;

- Fonksiyonel yeterlilik
- Fiziksel hareketliliğin olması
- Günlük yaşam aktiviteleri
- Yemek yeme isteği
- Halsizlik ve zinde kalma
- Uyku problemleri
- Sağlıklı ve hasta olma durumunu algı düzeyi ve tedavi sürecinin yönetilmesi

Sosyal ve Bireysel Esenlik Alanı;

- Bireyin, ailesi, eşi, çocukları ve yakın arkadaşları ile olan ilişkileri
- Sosyal etkinliklere katılım sağlayıp sağlayamama durumu
- Çevresince kişinin benimsenmesi
- Yakın gördüğü kişilerden destek alma
- İş hayatı
- Mahremiyet alanının korunması
- Yeni bir bilgiyi öğrenme potansiyeli
- Hayatındaki değişikliklere ayak uydurabilme becerisi ve yaşamı algılama durumu

- İlgi alanı dahilinde ki organizasyonlara dahil olabilme becerisi

Finansal ve Maddi Esenlik Alanı;

- Gelece ilişkin güven duygusu,
- İş güvencesi
- Sağlığını güvence altına alması
- Aile durumu (Akdemir, 2003).

1.3.2. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi genelde fiziksel durumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen, gerçekte ekonomik, psikolojik, bilişsel durum, aile içinde ve dışında ilişkiler, çevre ile etkileşimler, yaşam doyumu ve inançlar gibi yaşamın bütün yönlerini içerir (Kurtuluş ve ark., 2006).

Bireylerde kronik bir hastalığın varlığında depresyona girme ihtimalleri ve anksiyete gelişme riski sağlıklı bireylere göre daha yüksektir. Yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek birçok faktör mevcuttur. Bu faktörler arasında sadece psikolojik ve sosyal durum yer almaz aynı zamanda fiziksel yeterlilikte güçlü bir alan kaplar (Aydın, 2002).

Kronik hastalığın varlığı; üzüntülü olma, öfke duyma, çaresiz hissetme, sürekli ağlama isteği, ümitsiz olma, endişe ye kapılma, aile ilişkilerinde gelgitler, çalışma hayatındaki fonksiyonel rol kaybı, öz güvensizlik, , beden imaj değişikliği, depresif görüntü, bağımlı olma seviyesine gelme endişesi ve ölüm korkusu yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilecek diğer unsurlardır (Yıldız, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Yaşam kalitelerinde kronik hastalık kaynaklı olumsuzlukla baş etmek zorunda kalan bireylerin yüksek depresyon temelli mental sağlık sorunları da yaşadıkları belirtilmektedir (Theofilou, 2012).

Ciddi bir sağlık sorunu teşkil eden kronik böbrek yetersizliğiyle birlikte; hastalığı kabullenme aşaması, tedavi süreci, fiziksel işlevsizlik, organ kaybı ve uygulanan tedavi yöntemleriyle ilişkili belirti ve bulgular nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bireyler bağımlı duruma gelebilmektedir (Varol, 2018). Bundan dolayı bağımlı olma düzeyine gelme; KBY’de hastalık ve tedavi süreci yönetiminin önem kazanan bir unsuru haline gelmektedir (Atashpeikar, 2012).

Diyaliz tedavisi uzun süreli bir tedavi şeklidir. Hastalar sınırlayıcı bir yaşam tarzına uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanında, bağımlı olma ve ölüm konuları ile karşı karşıya kalmakta, hayatlarındaki değişikliklere uyum sağlamak ve bunlarla yaşamlarını devam ettirmek zorunda kalmaktadırlar (Özçürmez ve ark., 2003; Kara, 2007).

Haftada 3-4 gün ortalama 4 saat süren invazif bir tedavinin zorunlu olması, hastaların yaşamlarını diyaliz makinasına , sağlık ekibine ve aile bağımlı duruma getirmekte ve yaşamlarının bütün yönlerini etkilemektedir (Özçürmez ve ark., 2003; Kara, 2007).

Düzenli periyotlarla diyaliz tedavisi için bir sağlık kuruluşuna gelen hastanın bakımında amaç hastayı bulunduğu yaşam kalitesi standartlarından daha yüksek düzeylere taşımaktır. SDBY hastalığı teşhisi konulduktan sonra hastaların yaşamları her alanda her zaman etkilenmektedir (Gökalp, 2021).

Birçok stresör oluşumu ve yaşam şeklinin gözle görülür kaybı nedeni ile yaşam kalitesi diyaliz hastaları için önemli bir konudur. Yaşam kalitesi ayrıca son dönem böbrek yetmezliğinin çeşitli tedavi seçeneklerinin seçimini belirlemede major bir etkidir (Albayrak Okçin ve Usta Yeşilbalkan, 2020).

Diyaliz Tedavisi Gören Bireylerde Yaşam Kalitesini İyileştirme Yolları;

- Sağlıklı ve doğru beslenme alışkanlığının edinilmesi
- Diyetisyen desteği alma ve diyet programını eksiksiz uygulama
- Bireyin üzerinde rahatlatıcı erki gösteren egzersizler
- Arteriyovenöz fistülün en iyi şekilde korunması
- Psikolojik danışmanlık
- Diyaliz tedavisi öncesi (prediyaliz) dönem doğru ve özgün planlama
- Kaliteli Böbrek naklinin gerçekleştirilmesi
- Eğitim durumunun iyileştirilmesi
- İş alanının açılması ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi
- Kişisel gelişim yollarını bulup hayata geçirmeye çalışma (“Yaşam Kalitesinin”, 2021).

Diyaliz ve Yaşam Kalitesi Hasta Yönüyle;

- Diyaliz seanslarına belirli periyotlara uyarak ve eksiksiz gelinmesi
- Doğru diyetin programının hazırlanması ve bu diyetle en doğru şekilde uyulması
- Diyaliz seansını tamamlanması
- İlaçların eksiksiz ve doğru zamanlarda reçeteye uygun alınması
- Düzenli ve yaşam şartlarına paralel egzersiz programının yapılması ve hayata geçirilmesi
- Yakın çevresinden, sevdiklerinden sosyal destek alınması
- Stresle baş edilecek yolların bulunması ve hayata geçirilmesi
- Yeterli düzeyde iletişimin sağlanması
- İhtiyaca yönelik sürekli eğitim (“Yaşam Kalitesinin”, 2021)

1.3.3. Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Hasta bakımı Hemşirelik mesleğinin doğasını teşkil etmektedir. Hemşireler, aldıkları teorik bilgi, beceri ve kuramsal yaklaşımlar ışığında bakım vermekle yükümlüdürler. Teorik donanımın pratikte uygulanması profesyonel hemşireliğin temelidir. Diyaliz hastaları çok yönlü bakım gerektiren hasta grubundadırlar. (Indra, 2018; Gökçe ve Kahraman 2021). Diyaliz sağlık bakımı profesyoneli olan hemşireler, olası komplikasyonları daha erken teşhis etmek için; yeterli bilgi, beceri ve özgün profesyonelliğe sahip olmalıdırlar (Çetin, Çiğdem ve Özsoy, 2018).

Diyaliz anında, hastayla uzun süre geçiren, bakım ve tedavi nedeniyle hastayla sürekli iletişim halinde olan diyaliz ekip üyesinin hemşire olduğu bilinmektedir.

Diyaliz ünitesinde hemşirelik bakımının temel hedefleri arasında;

- Olası komplikasyonları azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmak,
- Hastanın vital bulgularını takip etmek,
- Bireyin yaşam kalitesini yükseltmesine katkıda bulunmak,
- Öz bakım becerilerini yeterli düzeyde yerine getirebilmesini sağlamasına yardımcı olmak,
- Diyet programına uyulmasını sağlamak,
- Fazla sıvının alınmasını önlemek,
- Hasta ve hasta yakınına eğitimi programı düzenlemek yer alır (Görgen ve ark., 2018; Uysal ve Karataş, 2017).

Diyaliz hemşireleri, hasta birey ve hasta bireyin bakımını sağlayan hasta yakınlarının tedaviye dair tutumlarını, tecrübelerini belirlemelerine yardımcı olmak için eğitim süreci içinde hasta bireyin bütüncül bakım alabilmesini sağlamalıdırlar (Kara, 2016).

Diyaliz Hastasında Olası Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Girişimleri;

Ağrı

Diyaliz tedavisi alan bireylerde ağrı ciddi bir problem yaratır. Özellikle baş ağrısının varlığı seans boyunca hastalarda spesifiktir. Diyaliz uygulamasında vücutta büyük oranda sıvı-solüt değişimi gerçekleşmektedir. Bu değişimin kan beyin bariyeri ve venöz alanda vasküler völümde birçok değişikliğe sebep olmasıyla baş ağrısı oluşmaktadır (TND, 2019).

Hemşirelik Girişimi;

- Ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Hastanın ağrısı olmadığında dinlenmesi ve uyuması sağlanmalıdır.
- Hastanın ovma gibi masaj yöntemlerini kullanarak ve dikkatini başka tarafa çekerek gevşemesi, ve rahatlaması sağlanmalıdır..

- Ağrıyı gidermeye yönelik sıcak-soğuk uygulama yöntemleri öğretilip gerektiğinde uygulamaları sağlanmalıdır.
- Ağrı şiddetine göre doktor tarafından önerilen analjezikler uygulanmalıdır.
- Ağrının artmasına sebep olan etkenler hastayla iletişim kurarak belirlenmelidir ve azalan ağrının faktörleri belirlenmelidir.
- Bireyin ağrıya dair yanlış tutum ve inançları bilinmelidir. Bu yanlışlar doğru bilinenlerle değiştirilmelidir.
- Ağrıyla birlikte ortaya çıkan belirtilerin planlanması yapılmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınının da tedavi sürecine ve bakıma katılımı sağlanmalıdır (Tayaz ve Koç, 2020).

Bulkantı-Kusma;

Diyet kısıtlamasına uymayan hastalarda fazla sıvı alımı söz konusu olmaktadır. Vücuttaki sıvının diyaliz seansında hızlı çekilmesiyle hastalarda hipotansiyon sonucu bulantı ve kusma görülebilir. Bazen de sebebi vücutta fazla biriken üre olabilmektedir. Ancak diyaliz seansı dışında hastalarda görülen bulantı ve kusmanın altında yatan nedenleri tespit edilmeli ve buna yönelik tedavi seçeneği uygulanmalıdır (TND, 2019).

Hemşirelik Girişimi;

- Düşük diyalizat ısısı tercih edilmelidir.
- Diyetisyen desteği alınarak diyet düzenlemesi yapılmalıdır.
- Kusmanın ne sıklıkta olduğu, miktarı ve ne kadar sürdüğü içeriğine de bakılarak kayıt altına alınıp değerlendirme yapılmalıdır.
- Hastanın bulantı ve kusmasını artıran ve azaltan etkenler saptanmalıdır ve buna yönelik önlemler alınmalıdır.
- Bulantı ve kusma olduğunda aspirasyon riskine karşı hasta ve hasta yakını bilgilendirilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Tekrarlanacak bir duruma karşı bulantı ve kusmayı azaltan yöntemler hastaya ve hasta yakınına anlatılmalıdır.
 - Yemekten en az 1 saat önce ve sonra sıvı alımı engellenmelidir.
 - Sıcak yemeklerin kokusu bulantıyı arttırabileceği için soğuk yiyecekler tüketilmesi önerilmelidir.
 - Kötü kokuların varlığı bulantıyı arttıran etkenler arasındadır. Ortam havalandırılarak varsa kötü kokuların giderilmesi sağlanmalıdır.
 - Öğün sayısı artırılarak az ve sık beslenmesi önerilmelidir.

-Solunum egzersizi öğretilerek, kusma refleksi oluştuğunda uygulaması sağlanmalıdır (Okçin Albayrak ve Yeşilbalkan Usta, 2020; Ackley, 2019).

Kas Kramplarının Oluşması

Kas kramplarının oluşma nedenleri arasında düşük tansiyon ve yüksek devirli ultrafiltrasyondur. Ayrıca; diyalizat sodyumunun düşüklüğü, hastanın kuru ağırlığının altına inilmesi, elektrolitin normal olmayan değerleri, karnitin eksikliği ve sıvı-solüt dengesizlikleri yer almaktadır (Ahsen, 2011).

Hemşirelik Girişimi;

- Kramp gelişen kasa masaj ve germe egzersizleri yapılmalıdır.
- Seans süresi uzatılmalıdır.
- Kişinin UF'si durdurulmalıdır.
- Hastanın hayati bulguları yakından takip edilmelidir
- Hastanın ağrı şiddetine göre IV karnitin tedavisi uygulanmalıdır.
- E ve C vitamin desteğinin alınması kas kramplarını azalttığına dair çalışmalar mevcuttur. Vitamin desteği sağlanmalıdır.
- Giderek azalan sodyum profili uygulanmalıdır.
- Kuru ağırlık hedefi doğru belirlenmelidir
- Hipotansiyona önlenmelidir.
- İnterdiyalitik sıvı alımı azaltılmalıdır (Tayaz ve Koç, 2020).

Uyku Düzeni Örüntüsünde Bozulma

Düzenli bir uyku alışkanlığının olması beynin ve özellikle bedenin dinlenmesini sağlamaktadır. Uykunun beyin üzerinde onarılma, sağlıklı işlevlerinin düzenlenmesi ve güçlenmesi gibi olumlu etkileri mevcuttur. Kişilerin yaşam kalitesi ve günlük aktivitelerinde uyku düzeni önemli yer almaktadır. Uzun süren uyku problemleri beraberinde hem bedensel hem de ruhsal açıdan sorunları da getirmektedir (Erdöl, 2012). Uyku problemlerinin KBY hastalarında yaygın olduğu saptanmıştır. Tedavi uygulamalarının sık olması, süresinin uzun olması, diyaliz ünitesi ve hastalarda farklılık gösteren faktörlere bağlı uyku sorunları yaygın olma sebepleri arasında yer almaktadır (Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018).

Hemşirelik Girişimi;

- Hastalara gündüz uykularının minimuma indirilmesi söylenmelidir.
- Uyku problemlerine neden olan faktörler tespit edilip giderilmesi sağlanmalıdır.
- Uyumak için ilaç almaları dışında gevşeme egzersizleri, rahatlatıcı bir müzik dinlemeleri ve sakin ortam oluşturmaları gibi alışkanlıklar edinmeleri gerektiği açıklanmalıdır.

- Kafein alımı, sigara kullanımı gibi uyku kalitesini düşürecek ve uyku problemleri yaratacak endişe yaratacak kaynaklardan uzak durmaları sağlanmalıdır (Yıldırım ve ark, 2013).
- Yorgunluğunda uykusuzluğa sebep olabileceği düşünülerek gündüz dinlenmeleri sağlanmalıdır.
- Diyaliz seanslarında az ziyaretçi sayısının sınırlandırılması, hastaların rahatsız edilmemesi, dinlendirici, sessiz ve sakin bir ortam oluşturulması sağlanmalıdır.
- Bireyin uyuma alışkanlıkları ve uyku düzeni saptanarak bu doğrultuda uyku rutini planlanmalıdır (Ackley, 2019).

Kaşıntının Olması

Diyaliz hastalarında kaşıntı multifaktöryel bir semptomdur ve nedeni tam olarak tespit edilmemiştir. Üremi miktarının vücutta artması ve birikmesi gibi pek çok nedeni olabilmektedir. Kaşıntı problemi yaşayan hastaların; yaşam kalitelerinin düştüğü, kaşıntıyla beraber bıkınlık ve yorgunluk yaşadıkları, mortalite ve depresyon oranlarının yüksek olduğu ve uyku düzenlerinin bozulduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Kılıç Akça, 2019; Kavurmacı ve Tan, 2014).

Hemşirelik Girişimi;

- Bireyin kişisel temizliğine dikkat etmesi ve kaşınma olduğunda kaşımaması gerektiği anlatılmalıdır.
- Hastanın cilt yapısı, nemlilik oranı ve deri bütünlüğü açısından cildi değerlendirilmelidir.
- Sık banyo yapması önerilmelidir. Banyo yaparken ılık su kullanması ve banyodan sonra vücudunu yumuşak hareketlerle ovarak kurutması söylenmelidir.
- Hastanın cildine parfümlü duş jelleri, losyon ve kremler sürmemesi anlatılmalıdır.
- Kıyafet seçiminde pamuklu kumaştan ve ter emici özelliği olanları giysiler tercih etmelidir.
- Gece rahat uyku uyuması ve kaşıntının fazla olmaması için havalandırılması kolay ve serin odalar önerilmelidir.
- Vücudunda kaşıntı sonucu oluşmuş açık yaralar mevcut ise enfeksiyon kapmaması için o bölgenin takip edilmesi gerektiği söylenmelidir.

1.3.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Afetle İlişkisi

Litaratürde birçok tanımı yapılmış afetin en kapsamlı kavramı; yeryüzünde yaşayan bütün canlıların hayatını ve işlevlerini sekteye uğratabilme potansiyeli yüksek olan, geniş çaplı zarar veren, ciddi boyutlarda yıkıma sebebiyet verebilen, insanların büyük acılarına neden olabilen, yerel imkanlarla üstesinden gelinemeyen, ulusal ya da uluslararası düzeyde dışarıdan yardım ihtiyacı

gerektiren, beklenmedik ve çoğu zaman birden gelişen bir durum veya olay olarak belirtilmektedir (Philippe ve ark., 2007).

Afetlerin ortak özellikleri, hiç beklenmedik bir anda ve ani olarak meydana gelmeleri, can ve mal kaybına neden olmaları, gerçekleştiği bölgede yaşayan insanların büyük çoğunluğunu olumsuz etkilemeleri ve müdahale ile engellenememeleridir (Işık ve ark, 2012; Ağdaş, Bali ve Ballı, 2014).

Afetin meydana geldikten sonraki süre zarfında içme suyunun temin edilememesi, gıda ihtiyacının giderilememesi, mevsimine göre olumsuz hava koşulları, fiziksel hasar ve mental stres varlığı, zarar görme ve yaralanma ihtimalinin yüksek olması, enfeksiyona yakalanma eğiliminin olması gibi koşullar kronik rahatsızlığı olan bireylerin hayatını ciddi boyutta tehdit etmektedir ve beraberinde olumsuzlukları getirmektedir. Afet sonrası mortalitenin artışının başlıca nedenleri arasında, zorlu koşullarda kronik rahatsızlığı olana bireylerin rutin sağlık ihtiyaçlarının karşılanamaması, diyaliz ünitelerine ulaşım güçlüğü, bakım ve tedavi yetersizliğidir. Bu durumda en fazla etkilenen hasta gruplarından biri de Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı konmuş hastalardır. Afet Koordinasyon Hizmetleri Yönergesi içeriğinin yeniden düzenlenmesi gerekir. Kronik hastalıkların takibine ve olağanüstü durumlarda yönetimine, akut olaylara ve komplikasyonlara yönelik ilgili stratejilerin yönerge dahilinde yer alması ve bu bağlamda gerekli görülen önlemleri de kapsayarak hayata geçirilmesi önem kazanmaktadır (“Afet ve Kronik”, 2021).

Kronik hastalıkların afet anında kontrol altına alınması sürecinde;

- Hastalık yükünün afet öncesi oranlarını bilmek ve olumsuz sağlık sonuçlarını saptamak
- Kronik hastalığa sahip bireylerin acil gereksinimlerinin tespit etmek ve en kısa süre içerisinde bu ihtiyaçları giderebilmek
- Kronik hastalıkların tedavi ihtiyacının giderilmesinde ve yönetiminde çevredeki alanları ve afetin yaşandığı bölgelerde verilen sağlık bakımının acil ve müdahale kapasitesi hakkında bilgi sahibi olmak
- Temel altyapının yeniden inşa edilmesi sürecinde faaliyet alanı hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir (“Afet ve Kronik”, 2021).

Kronik böbrek hastaları açısından olası bir afet durumunda hazırlıklı olmak elzem bir durumdur. Afet gerçekleşmeden önce alınması gereken tedbirler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- İlaç ve dozajlarının güncel bir listesinin oluşturulması ve bu listenin hastanın yanında olması,
- Ayrıca, evde iki haftalık ilaç ve diyet ihtiyaçlarının sağlanması ve hasta ev dışında çalışılıyorsa eğer iş yerinde de fazladan ilaç bulundurması,

- Afet sonrası süreçte aile üyeleriyle hasta arasındaki iletişimi sağlayacak irtibat kişilerinin belirlenmesi,
- Afetin gerçekleştiği bölgelerde cep telefonların sinyalleri kaybolabilir. Ancak bir zaman sonra tekrar sinyal alınabileceği için şarjlı bir telefonun yanlarında bulundurulması gerekir.
- Hasta evde eğer ev dışında çalışıyorsa iş yerinde önem arz eden tedavi bilgilerinin bir kopyasını evinde ve iş yerinde saklaması gerekir. Bu bilgiler içinde kişinin özellikle alıyor olduğu tedavinin diyaliz reçetelerini saklamasında fayda var. Çünkü bu bilgiler sağlık çalışanını bireyin ihtiyaçlarını gidermesine göre yönlendirir.
- Acil durum anında ihtiyaç duyulan (yemek, su, ilk yardım çantası, özel ihtiyaçlar vb.) malzemelerini güvenli ve kolay ulaşılabilir bir yerde saklaması panik halinde unutulmamasını sağlar (“Afet ve Kronik”, 2021).

2. MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu yapılan birçok araştırmayla kanıtlanmıştır. Diyaliz tedavisi almaya başlayan bireylerin; yaşam biçimleri, yeme-içme alışkanlıkları, uyku düzenleri ve sosyal yaşantıları tedavi sürecine ve hastalığın neden olduğu komplikasyonlara bağlı olarak yaşam kaliteleri farklı derecede negatif yönde etkilenmektedir (Boz ve Topbaş, 2021). Diyaliz tedavisinin özellikle fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinen bir gerçektir. Aksini ispatlayan çok az sayıda araştırma mevcuttur.

Diyaliz tedavisi alan bireylerde amaç sadece yaşam sürelerini uzatmak değil buna paralel olarak yaşam kalitesi düzeylerini de yükseltmektir. Tedavi sürecine hastanın uyum sağlaması; bireyin içinde olduğu durumu nasıl algıladığıyla, ekip üyelerinin (hemşire, doktor, diyetisyen, diyaliz teknikeri) hastayla olan işbirliği ve iletişimiyle, aile ve sevdiklerinin desteğiyle ilişkili olarak değişiklik göstermektedir (Pehlivan ve ark., 2016). Ancak tedavi alan bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinde birçok faktörün rol aldığı bilinen bir gerçektir (Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018). Bu nedenle araştırmamızda diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ve hastalıkla ilgili verilerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ne düzeyde olduğu tespit etmek hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın amacı; sonuçları da göz önünde bulundurarak yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenen hastalarının kendilerini nasıl algıladıkları ve hayatlarına bakış açılarını saptamak, hastalıkla baş etmede kullanılan yöntemlerin etkinliğini incelemek, fiziksel rol kayıplarının nedenini belirlemek önceliktir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; önerilerde bulunmak, bilinçlendirmek, farkındalık kazanmalarını sağlamak ve gerekli eğitimler verilerek yaşam standartlarını ve kalitelerini yükseltmektir.

2.1.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

2.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Bitlis Devlet Hastanesi, Güroymak Devlet Hastanesi ve Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi'nde diyaliz tedavisi almakta olan toplam 113 diyaliz hastası oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan toplam 97 (evrenin %90'ı) hastaya ulaşılmıştır. Araştırmamızda dahil olma ve olmama kriterleri aşağıda belirlendiği gibidir.

Dahil olma kriterleri:

- 18-65 yaş arası birey olmak
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak
- İletişim problemi olmamak
- En az 3 aydır diyaliz tedavisi görüyor olmak

Dışlanma kriterleri:

- Herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış olması
- Hasta olup diyaliz tedavisi görmeyen hastalar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

2.2. Araştırma İzni ve Etik Onayı

Araştırmanın kurum izni Bitlis İl Sağlık Müdürlüğünden (**Bkz. EK-3**) , etik oluru (Sayı; E.6266 Tarih: 05032021) Bitlis Eren Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığından alınmıştır. (**Bkz. EK-4**)

2.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, Katılımcı Bilgi Formu ve Short Form 36 (SF-36) Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırma kapsamında, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen puanların dağılımını incelemek için Shapiro-Wilk normallik testi uygulandı. Elde edilen sonuçlara göre puanların büyük bir oranın normal dağılıma sahip olmadığı gözlemlendi.

2.3.1. Katılımcı Bilgi Formu

Toplam 13 sorudan oluşmakta olan Katılımı Bilgi Formunun ilk 6 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi vermektedir. Son 7 soru ise diyaliz tedavisine ne zaman başlanıldığı, seanslara ne sıklıkla gidildiği ve diyalizle ilgili bilgi vermektedir.

2.3.2. Short From 36 (SH-36) Ölçeği

Kısa form yaşam kalitesi ölçeği (Short Form Health Survey-36) sağlık bakım araştırmalarında en iyi bilinen ve en yaygın kullanılan sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesi ölçeğidir (Keskinoglu ve Çolakoğlu, 2016). Kısa form 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve araştırmalarda kullanıma sunulmuştur (Göçgeldi ve ark., 2008). Ülkemizde Tükçe geçerlilik ve güvenirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Verep, 2020). Kısa Form-36, yaşam kalitesini ölçmek amacıyla fiziksel ve mental sağlığı değerlendiren ölçeklerden biridir. Kısa Form-36 herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubunu hedeflemeden, genel sağlık kavramı içinde bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirir (Koltarla, 2008). Short Form-36 (SF-36), kendini değerlendirme ölçeği olması, hasta tarafından kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve özürllükteki küçük değişimleri saptaması ile diğer ölçeklerden ayrılır (Erdoğan ve ark, 2013). Diyaliz hastalarında SF-36'nın hem araştırma için hem de bireysel izlemde kullanıldığı bildirilmektedir (Atasoy ve ark., 2013). Ayrıca bireyin son 4 hafta içerisindeki değerlendirmelerini baz alır (Başaran, Güzel ve ve Sarpel, 2005).

Ölçeğin 8 alt parametresi bulunmaktadır. Toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Bunlar: Fiziksel işlev (10 soru), sosyal işlev (2 soru), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 soru), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 soru), enerji vitalite (4 soru), ağrı (2 soru) ve sağlığın genel algılanmasıdır (5 soru). Değerlendirme 4. ve 5. Sorular dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılıdır, dördüncü ve beşinci sorular evet/hayır şeklinde yanıtlanır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir. Ölçeğin en belirgin üstünlüğü fiziksel işlevi ve bununla ilgili yetileri ölçmesidir.

SF-36, sağlıkla ilgili 8 alanı değerlendirir;

- 1. Fiziksel fonksiyon:** Yıkama ve giyinme de dahil fiziksel etkinlikleri yapabilme,
- 2. Fiziksel rol fonksiyon:** Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde karşılaşılan sorunlar,
- 3. Zindelik/yorgunluk:** Sürekli yorgun veya canlı ve enerjik hissetme duyguları,
- 4. Ağrı hissetme**

5. **Genel sağlık algısı:** Sağlığın iyi, kötü veya mükemmel olduğuna inanma,
6. **Sosyal fonksiyon:** Fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması,
7. **Emosyonel rol fonksiyon:** Duygusal sorunlara bağlı işte veya diğer günlük etkinliklerde yaşıanan sorunlar,
8. **Mental sağlık:** Sürekli sinirlilik ya da depresyon ya da sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme duyguları (Barutçu ve ark., 2017)

2.4. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program In Social Sciences) 25 programı ile gerçekleştirilmiştir (Büyüköztürk, 2002).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen puanları iki kategorili değişkenlere (cinsiyet vb.) göre karşılaştırmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ölçek puanlarını ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlere (yaş grubu vb.) göre karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapılmış ve Bonferroni düzeltilmesi gerçekleştirilmiştir. Analizler için güven aralığı %95 olarak belirlenmiş, $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen puanların dağılımını incelemek için Shapiro-Wilk normallik testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre puanların büyük bir oranın normal dağılıma sahip olmadığı gözlenmiştir (Çizelge 1). Bu doğrultuda, parametrik olmayan fark testlerinin kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Hastanelerde diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması ve bu faktörlerle baş etmede uygulanan yöntemlerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada katılımcıların demografik özellikleri Çizelge 3.1.'de gösterildiği gibidir.

Çizelge 3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler		s	%
Cinsiyet	Kadın	48	49,5
	Erkek	49	50,5
Yaş	30 yaş ve altı	10	10,3
	31-40 yaş arası	13	13,4
	41-50 yaş arası	14	14,4
	51 yaş ve üzeri	60	61,9
Medeni durum	Evli	76	78,4
	Bekar	18	18,6
	Diğer	3	3,1
Çocuk sayısı	Yok	22	22,7
	1 çocuk	2	2,1
	2 çocuk	8	8,2
	3 çocuk ve üzeri	65	67,0
Aile tipi	Çekirdek aile	46	47,4
	Geniş aile	51	52,6
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	33	34,0
	Okuryazar	15	15,5
	İlkokul mezunu	30	30,9
	Lise mezunu	17	17,5
	Lisans mezunu	2	2,1

Çizelge 3.1 incelendiğinde, katılımcıların %49,5'inin kadın, %50,5'inin ise erkek olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların büyük bir oranı (%61,9) 51 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır.

Katılımcıların %78,4'ü evli olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların büyük bir oranı (%67) 3'ten fazla çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %47,4'ü çekirdek, %5,6'sı ise geniş ailede yaşamaktadır. Katılımcıların %34'ü okuma yazma bilmediğini, %15,5'i okur yazar olduğunu, %30,9'u ilkokul, %17,5'i lise ve %2,1'i ise lisans mezunu olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 3.2. Katılımcıların Diyaliz Tedavisi ile İlgili Bilgilere Göre Dağılımı

Diyaliz Tedavisine İlişkin Bilgiler		s	%
Diyaliz tedavisi alma süresi	0-1 yıl	16	16,5
	1-3 yıl	27	27,8
	3-10 yıl	34	35,1
	10+ yıl	20	20,6
Haftalık diyalize girme sıklığı	Haftada 1 kere	1	1,0
	Haftada 2 kere	1	1,0
	Haftada 3 kere	88	90,7
	Haftada 3 üzeri	7	7,2
Damar erişim yolu	Kalıcı Tünelli Katater	31	32,0
	Geçici Tünelatsız Kateter	3	3,1
	Arterio-Venöz Fistül	63	64,9
Ailede diyaliz tedavisi alan başka biri var mı?	Evet	24	24,7
	Hayır	73	75,3
Ailede diyaliz tedavisi alan bireyler*	Birinci derece yakını	13	46,4
	İkinci derece yakını	11	39,3
	Üçüncü derece yakını	4	14,3
Kronik böbrek yetmezliğinin nedenini biliyor musunuz?	Evet	83	85,6
	Hayır	14	14,4
Kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri*	DM	23	25,6
	HT	32	35,6
	FMF	0	0,0
	Kalıtsal	7	7,8
	Diğer	28	31,1
Daha önce nakil oldunuz mu?	Evet	6	6,2
	Hayır	91	93,8
Nakil olmayı düşünüyor musunuz?	Evet	61	62,9
	Hayır	36	37,1

*Bu sorularda birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.2 incelendiğinde, katılımcıların %16,5'inin 0-1 yıl, %27,8'inin 1-3 yıl, %35,1'inin 3-10 yıl ve %20,6'sının ise 10+ yıl diyaliz tedavisi aldığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların büyük bir oranı (%90,7) haftada 3 kere diyalize girmektedir. Katılımcıların %32'si Kalıcı Tüneli Katater, %3,1'i Geçici Tüneliz Kateter ve %64,9'u Arterio-Venöz Fistül damar erişim yoluna sahiptir.

3.2. Short From-36 Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımı

Araştırma kapsamında, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen puanların dağılımını incelemek için Shapiro-Wilk normallik testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre puanların büyük bir oranın normal dağılıma sahip olmadığı gözlenmiştir. Bu doğrultuda, parametrik olmayan fark testlerinin kullanılarak analizlerin gerçekleştirilmesine karar verilmiştir.

3.3. Short From-36 Ölçeği Puanlarının Tanılayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması ile Elde Edilen Bulgular

Çizelge 3.3. Cinsiyete Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ort	Ss	SO	ST	U	z	p
Fiziksel fonksiyon	Kadın	48	37,40	22,10	44,16	2119,50	943,50	-1,68	0,09
	Erkek	49	44,80	22,73	53,74	2633,50			
Fiziksel rol güçlüğü	Kadın	48	14,58	29,55	44,94	2157,00	981,00	-1,69	0,09
	Erkek	49	25,51	36,62	52,98	2596,00			
Emosyonel rol güçlüğü	Kadın	48	38,19	21,73	50,90	2443,00	1085,00	-0,79	0,43
	Erkek	49	34,69	27,18	47,14	2310,00			
Enerji/ canlılık / vitalite	Kadın	48	31,67	22,82	41,98	2015,00	839,00	-2,44	0,01
	Erkek	49	42,35	22,57	55,88	2738,00			
Ruhsal sağlık	Kadın	48	49,67	22,94	41,28	1981,50	805,50	-2,68	0,01
	Erkek	49	62,04	23,02	56,56	2771,50			
Sosyal işlevsellik	Kadın	48	47,66	24,42	48,45	2325,50	1149,50	-0,19	0,85
	Erkek	49	48,47	27,79	49,54	2427,50			
Ağrı	Kadın	48	35,73	34,61	42,09	2020,50	844,50	-2,41	0,02
	Erkek	49	52,76	36,82	55,77	2732,50			
Genel sağlık algısı	Kadın	48	25,52	18,83	40,27	1933,00	757,00	-3,03	0,00
	Erkek	49	38,67	21,69	57,55	2820,00			

Çizelge 3.3 incelendiğinde, cinsiyete göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Sosyal işlevsellik puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, cinsiyete göre Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanları anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Erkeklerin Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanları, kadınların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.4. Yaşa Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Yaş	n	Ort	Ss	SO	H	p	Fark
Fiziksel fonksiyon	30 yaş ve altı	10	61,00	19,83	73,10	23,80	0,00	a>d, b>d, c>d,
	31-40 yaş arası	13	56,54	19,30	69,00			
	41-50 yaş arası	14	47,86	19,29	58,07			
	51 yaş ve üzeri	60	32,92	20,38	38,53			
Fiziksel rol güçlüğü	30 yaş ve altı	10	42,50	39,18	63,95	7,04	0,07	-
	31-40 yaş arası	13	23,08	25,94	56,31			
	41-50 yaş arası	14	16,07	28,77	48,61			
	51 yaş ve üzeri	60	16,67	34,34	45,02			
Emosyonel rol güçlüğü	30 yaş ve altı	10	40,00	30,63	52,10	3,61	0,31	-
	31-40 yaş arası	13	28,21	26,69	39,23			
	41-50 yaş arası	14	30,95	20,52	44,79			
	51 yaş ve üzeri	60	38,89	23,90	51,58			
Enerji/ canlılık / vitalite	30 yaş ve altı	10	52,50	16,20	69,65	7,45	0,06	-
	31-40 yaş arası	13	42,31	25,46	55,15			
	41-50 yaş arası	14	33,93	20,86	45,32			
	51 yaş ve üzeri	60	34,08	23,46	45,08			
Ruhsal sağlık	30 yaş ve altı	10	66,40	22,96	60,95	3,46	0,33	-
	31-40 yaş arası	13	60,92	23,62	55,46			
	41-50 yaş arası	14	56,86	23,44	49,68			
	51 yaş ve üzeri	60	52,87	23,76	45,45			
Sosyal işlevsellik	30 yaş ve altı	10	63,75	28,53	64,35	3,88	0,27	-
	31-40 yaş arası	13	50,00	33,46	51,73			
	41-50 yaş arası	14	44,64	23,88	47,86			
	51 yaş ve üzeri	60	45,83	23,99	46,12			
Ağrı	30 yaş ve altı	10	73,00	20,71	70,95	7,71	0,05	-
	31-40 yaş arası	13	44,62	38,62	49,38			

	41-50 yaş arası	14	47,50	39,16	51,46			
	51 yaş ve üzeri	60	38,75	36,00	44,68			
Genel sağlık algısı	30 yaş ve altı	10	31,50	15,10	49,95			
	31-40 yaş arası	13	39,62	23,67	57,96	1,61	0,66	-
	41-50 yaş arası	14	31,43	24,37	47,71			
	51 yaş ve üzeri	60	30,83	21,04	47,20			

Çizelge 3.4 incelendiğinde, yaş gruplarına göre Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, yaş gruplarına göre Fiziksel Fonksiyon puanları anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). 30 yaş ve altı, 31-40 yaş arası ve 41-50 yaş arası gruplarına bulunan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları, 51 yaş ve üzeri grubunda bulunan katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.5. Medeni Duruma Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Medeni durum	n	Ort	Ss	SO	ST	U	z	p
Fiziksel fonksiyon	Evli	76	38,42	21,45	46,11	3504,50	578,50	-1,93	0,05
	Evli değil	21	50,95	24,48	59,45	1248,50			
Fiziksel rol güçlüğü	Evli	76	17,11	32,71	46,84	3560,00	634,00	-1,72	0,09
	Evli değil	21	30,95	35,27	56,81	1193,00			
Emosyonel rol güçlüğü	Evli	76	35,09	23,66	47,67	3623,00	697,00	-1,06	0,29
	Evli değil	21	41,27	27,70	53,81	1130,00			
Enerji/ canlılık / vitalite	Evli	76	35,13	22,45	46,61	3542,50	616,50	-1,59	0,11
	Evli değil	21	44,05	25,08	57,64	1210,50			
Ruhsal sağlık	Evli	76	55,05	22,48	48,00	3648,00	722,00	-0,67	0,50
	Evli değil	21	59,05	28,03	52,62	1105,00			
Sosyal işlevsellik	Evli	76	46,05	24,60	46,58	3540,00	614,00	-1,64	0,10
	Evli değil	21	55,36	30,25	57,76	1213,00			
Ağrı	Evli	76	41,09	36,01	46,65	3545,50	619,50	-1,57	0,12
	Evli değil	21	56,07	37,04	57,50	1207,50			
Genel sağlık algısı	Evli	76	30,92	21,00	47,33	3597,00	671,00	-1,12	0,26
	Evli değil	21	36,67	22,16	55,05	1156,00			

Çizelge 3.5 incelendiğinde, medeni duruma göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p \geq 0,05$). Evli ve evli olmayan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algılarının benzer olduğu gözlenmiştir.

Çizelge 3.6. Çocuk Sayısına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Çocuk sayısı	n	Ort	Ss	SO	H	p	Fark
Fiziksel fonksiyon	Yok	22	56,14	21,60	66,84			
	1-2 çocuk	10	53,00	23,94	62,15	16,46	0,00	a>c,
	3 çocuk ve üzeri	65	34,23	19,63	40,94			b>c,
Fiziksel rol güçlüğü	Yok	22	36,36	36,78	60,55			
	1-2 çocuk	10	32,50	47,21	54,75	8,62	0,01	a>c,
	3 çocuk ve üzeri	65	12,69	27,64	44,21			b>c,
Emosyonel rol güçlüğü	Yok	22	39,39	28,43	51,73			
	1-2 çocuk	10	43,33	31,62	53,20	0,91	0,63	-
	3 çocuk ve üzeri	65	34,36	22,02	47,43			
Enerji/ canlılık / vitalite	Yok	22	46,59	23,77	60,89			
	1-2 çocuk	10	37,00	23,71	49,50	5,33	0,07	-
	3 çocuk ve üzeri	65	33,85	22,39	44,90			
Ruhsal sağlık	Yok	22	62,00	25,50	55,82			
	1-2 çocuk	10	60,00	19,96	54,55	2,51	0,29	-
	3 çocuk ve üzeri	65	53,23	23,45	45,84			
Sosyal işlevsellik	Yok	22	61,36	29,86	62,55			
	1-2 çocuk	10	45,00	13,44	45,15	6,82	0,03	a>b,
	3 çocuk ve üzeri	65	44,04	24,91	45,01			a>c,
Ağrı	Yok	22	56,70	34,84	58,61			
	1-2 çocuk	10	51,75	41,70	54,10	4,29	0,12	-
	3 çocuk ve üzeri	65	39,00	35,68	44,96			
Genel sağlık algısı	Yok	22	38,41	21,84	57,70			
	1-2 çocuk	10	29,50	20,34	46,00	2,74	0,25	-
	3 çocuk ve üzeri	65	30,46	21,13	46,52			

Çizelge 3.6 incelendiğinde, çocuk sayısına göre Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, çocuk sayısına göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü ve Sosyal işlevsellik puanları anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuğa sahip katılımcıların Fiziksel Fonksiyon ve Fiziksel rol güçlüğü puanları, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların Sosyal işlevsellik puanı ise 1-2, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.7. Eğitim Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Eğitim durumu	n	Ort	Ss	SO	H	p	Fark
Fiziksel fonksiyon	Okuma yazma bilmiyor	33	32,27	18,07	37,35	16,79	0,00	d>a,
	Okuryazar	15	37,33	22,19	45,60			d>b,
	İlkokul mezunu	30	41,33	20,25	50,10			d>c,
	Lise & lisans mezunu	19	59,21	24,51	70,18			
Fiziksel rol güçlüğü	Okuma yazma bilmiyor	33	6,82	21,90	38,68	16,45	0,00	d>a, d>b,
	Okuryazar	15	5,00	10,35	40,50			c>a, c>b,
	İlkokul mezunu	30	33,33	39,57	58,13			
	Lise & lisans mezunu	19	34,21	39,27	59,21			
Emosyonel rol güçlüğü	Okuma yazma bilmiyor	33	35,35	18,52	48,36	0,07	1,00	-
	Okuryazar	15	35,56	19,79	50,17			
	İlkokul mezunu	30	36,67	26,77	49,32			
	Lise & lisans mezunu	19	38,60	33,82	48,68			
Enerji/ canlılık / vitalite	Okuma yazma bilmiyor	33	30,15	22,83	40,33	10,05	0,02	d>a, d>b,
	Okuryazar	15	28,67	17,88	39,17			c>a, c>b,
	İlkokul mezunu	30	43,17	23,32	56,42			
	Lise & lisans mezunu	19	46,05	22,95	60,11			
Ruhsal sağlık	Okuma yazma bilmiyor	33	49,58	24,72	41,36	8,72	0,03	d>a, d>b,
	Okuryazar	15	47,73	20,03	39,30			c>a, c>b,
	İlkokul mezunu	30	64,40	22,85	59,15			
	Lise & lisans mezunu	19	60,00	22,07	53,89			
Sosyal işlevsellik	Okuma yazma bilmiyor	33	45,08	20,24	46,73	5,45	0,14	-
	Okuryazar	15	37,50	25,00	36,03			

	İlkokul mezunu	30	53,33	26,25	54,38			
	Lise & lisans mezunu	19	53,29	33,29	54,68			
Ağrı	Okuma yazma bilmiyor	33	34,47	35,39	40,35			
	Okuryazar	15	28,33	23,08	38,77	14,37	0,00	d>a, d>b,
	İlkokul mezunu	30	47,25	37,89	51,47			c>a, c>b,
	Lise & lisans mezunu	19	69,47	33,27	68,21			
Genel sağlık algısı	Okuma yazma bilmiyor	33	28,33	20,45	44,17			
	Okuryazar	15	26,33	20,13	41,67	4,59	0,20	-
	İlkokul mezunu	30	39,00	23,76	57,17			
	Lise & lisans mezunu	19	32,63	17,67	50,29			

Çizelge 3.7 incelendiğinde, eğitim durumuna göre Emosyonel rol güçlüğü, Sosyal işlevsellik ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, eğitim durumuna göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık ve Ağrı puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği gözlenmiştir ($p<0,05$). Lise & lisans mezunu katılımcıların Fiziksel fonksiyon puanı, okuma yazma bilmeyen, okuryazar olan ve ilkokul mezunu olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Lise & lisans ve ilkokul mezunu katılımcıların Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık ve Ağrı puanları, okuma yazma bilmeyen ve okuryazar olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.8. Diyaliz Tedavisi Alma Süresine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Diyaliz tedavisi alma süresi	n	Ort	Ss	SO	H	p
Fiziksel fonksiyon	0-1 yıl	16	42,19	19,23	51,38		
	1-3 yıl	27	41,11	19,87	50,09	0,64	0,89
	3-10 yıl	34	42,65	24,99	49,54		
	10+ yıl	20	37,75	25,47	44,70		
Fiziksel rol güçlüğü	0-1 yıl	16	15,63	31,46	45,25		
	1-3 yıl	27	24,07	38,90	50,26	1,03	0,79
	3-10 yıl	34	16,18	28,12	47,71		
	10+	20	25,00	37,17	52,50		
Emosyonel rol güçlüğü	0-1 yıl	16	35,42	25,73	48,06		
	1-3 yıl	27	41,98	30,09	53,06	1,89	0,59
	3-10 yıl	34	36,27	20,71	49,38		

	10+	20	30,00	21,36	43,63		
Enerji/ canlılık / vitalite	0-1 yıl	16	43,75	22,84	58,34	2,94	0,40
	1-3 yıl	27	39,26	25,41	50,91		
	3-10 yıl	34	34,12	20,65	46,19		
	10+	20	33,75	24,76	43,73		
Ruhsal sağlık	0-1 yıl	16	57,00	28,38	52,31	1,57	0,67
	1-3 yıl	27	59,85	24,27	53,28		
	3-10 yıl	34	54,35	21,69	46,60		
	10+	20	52,40	23,18	44,65		
Sosyal işlevsellik	0-1 yıl	16	53,13	27,20	53,59	0,67	0,88
	1-3 yıl	27	46,76	27,65	48,22		
	3-10 yıl	34	47,79	24,90	49,12		
	10+	20	46,25	26,31	46,18		
Ağrı	0-1 yıl	16	47,19	32,87	50,75	5,74	0,12
	1-3 yıl	27	56,67	37,20	57,89		
	3-10 yıl	34	32,65	34,73	40,78		
	10+	20	45,25	38,05	49,58		
Genel sağlık algısı	0-1 yıl	16	39,06	22,38	58,25	2,61	0,46
	1-3 yıl	27	31,48	19,89	48,72		
	3-10 yıl	34	28,97	20,63	44,54		
	10+	20	33,00	23,47	49,55		

Çizelge 3.8 incelendiğinde, diyaliz tedavisi alma süresine göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). 0-1 yıl, 1-3 yıl, 3-10 yıl ve 10+ yıl süre ile diyaliz tedavisi alan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algılarının benzer olduğu gözlenmiştir.

Çizelge 3.9. Haftalık Diyalize Girme Sıklığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Haftalık diyalize girme sıklığı	n	Ort	Ss	SO	ST	U	z	p
Fiziksel fonksiyon	Haftada 3 ve daha az	90	41,28	22,74	48,96	4406,50	311,50	-0,05	0,96
	Haftada 3'ten fazla	7	39,29	22,44	49,50	346,50			

Fiziksel rol güçlüğü	Haftada 3 ve daha az	90	20,00	33,56	48,74	4387,00	292,00	-0,38	0,70
	Haftada 3'ten fazla	7	21,43	36,60	52,29	366,00			
Emosyonel rol güçlüğü	Haftada 3 ve daha az	90	37,41	24,90	49,97	4497,00	228,00	-1,46	0,15
	Haftada 3'ten fazla	7	23,81	16,27	36,57	256,00			
Enerji/ canlılık / vitalite	Haftada 3 ve daha az	90	37,78	22,98	50,01	4501,00	224,00	-1,27	0,20
	Haftada 3'ten fazla	7	27,86	25,96	36,00	252,00			
Ruhsal sağlık	Haftada 3 ve daha az	90	56,67	24,14	50,07	4506,00	219,00	-1,34	0,18
	Haftada 3'ten fazla	7	46,29	14,76	35,29	247,00			
Sosyal işlevsellik	Haftada 3 ve daha az	90	48,33	25,71	48,99	4409,00	314,00	-0,01	0,99
	Haftada 3'ten fazla	7	44,64	32,16	49,14	344,00			
Ağrı	Haftada 3 ve daha az	90	43,81	36,36	48,58	4372,50	277,50	-0,53	0,60
	Haftada 3'ten fazla	7	51,07	41,60	54,36	380,50			
Genel sağlık algısı	Haftada 3 ve daha az	90	32,61	21,22	49,71	4473,50	251,50	-0,89	0,37
	Haftada 3'ten fazla	7	26,43	22,86	39,93	279,50			

Çizelge 3.9 incelendiğinde, haftalık diyalize girme sıklığına göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Haftada 3 ve daha az ve haftada 3'ten fazla diyalize giren katılımcıların Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algılarının benzer olduğu gözlenmiştir.

Çizelge 3.10. Fistül ve Katater Varlığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Damar yolu	n	Ort	Ss	SO	H	p	Fark
Fiziksel fonksiyon	Kalıcı Tüneli Katater	31	38,06	21,24	46,13			
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	43,33	17,56	54,17	0,54	0,77	-
	Arterio-Venöz Fistül	63	42,54	23,59	50,17			
Fiziksel rol güçlüğü	Kalıcı Tüneli Katater	31	15,32	32,07	44,37			
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	33,33	57,74	53,00	1,79	0,41	-
	Arterio-Venöz Fistül	63	21,83	33,45	51,09			
Emosyonel rol güçlüğü	Kalıcı Tüneli Katater	31	27,96	17,42	41,39			
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	66,67	33,33	75,83	7,90	0,02	b>a,

	Arterio-Venöz Fistül	63	39,15	25,78	51,47				
Enerji/ canlılık / vitalite	Kalıcı Tünelli Katater	31	37,90	26,13	49,60				
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	36,67	10,41	52,33	0,07	0,96	-	
	Arterio-Venöz Fistül	63	36,67	22,34	48,55				
Ruhsal sağlık	Kalıcı Tünelli Katater	31	57,29	27,91	51,37				
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	45,33	6,11	32,17	1,31	0,52	-	
	Arterio-Venöz Fistül	63	55,75	22,01	48,63				
Sosyal işlevsellik	Kalıcı Tünelli Katater	31	45,16	30,56	46,15				
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	70,83	28,87	68,67	1,86	0,39	-	
	Arterio-Venöz Fistül	63	48,41	23,28	49,47				
Ağrı	Kalıcı Tünelli Katater	31	44,84	32,37	48,39				
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	26,67	26,73	37,33	0,60	0,74	-	
	Arterio-Venöz Fistül	63	44,92	39,06	49,86				
Genel sağlık algısı	Kalıcı Tünelli Katater	31	30,48	20,79	47,11				
	Geçici Tünelsiz Kateter	3	35,00	18,03	55,00	0,31	0,86	-	
	Arterio-Venöz Fistül	63	32,86	21,88	49,64				

Çizelge 3.10 incelendiğinde, damar yoluna göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, damar yoluna göre Emosyonel rol güçlüğü puanlarının anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Geçici Tünelsiz Kateter damar yoluna sahip katılımcıların Emosyonel rol güçlüğü puanı, Kalıcı Tünelli Katater damar yoluna sahip katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.11. Ailede Diyaliz Tedavisi alan Bireyin Bulunma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ailede diyaliz tedavisi alan başka biri var mı?	n	Ort	Ss	SO	ST	U	z	p
Fiziksel	Evet	24	38,75	22,90	45,60	1094,50			
fonksiyon	Hayır	73	41,92	22,62	50,12	3658,50	794,50	-0,68	0,49

Fiziksel rol	Evet	24	20,83	35,86	49,29	1183,00	869,00	-0,07	0,94
güçlüğü	Hayır	73	19,86	33,06	48,90	3570,00			
Emosyonel rol	Evet	24	45,83	23,70	58,44	1402,50	649,50	-2,27	0,02
güçlüğü	Hayır	73	33,33	24,22	45,90	3350,50			
Enerji/ canlılık /	Evet	24	32,29	22,41	42,96	1031,00	731,00	-1,22	0,22
vitalite	Hayır	73	38,63	23,40	50,99	3722,00			
Ruhsal sağlık	Evet	24	54,67	27,17	48,06	1153,50	853,50	-0,19	0,85
	Hayır	73	56,33	22,63	49,31	3599,50			
Sosyal işlevsellik	Evet	24	42,71	26,56	44,33	1064,00	764,00	-0,95	0,34
	Hayır	73	49,83	25,81	50,53	3689,00			
Ağrı	Evet	24	32,50	35,02	39,96	959,00	659,00	-1,83	0,07
	Hayır	73	48,22	36,46	51,97	3794,00			
Genel sağlık	Evet	24	25,00	19,22	39,15	939,50	639,50	-1,98	0,05
algısı	Hayır	73	34,52	21,51	52,24	3813,50			

Çizelge 3.11 incelendiğinde, ailede diyaliz tedavisi alan bireyin bulunma durumuna göre Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/canlılık/vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p \geq 0,05$). Bununla birlikte, ailede diyaliz tedavisi alan bireyin bulunma durumuna göre Emosyonel rol güçlüğü puanlarının anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Ailesinde diyaliz tedavisi alan başka bireylerin bulunduğu katılımcıların Emosyonel rol güçlüğü puanı, ailesinde diyaliz tedavisi alan başka bireylerin bulunmadığı katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çizelge 3.12. Daha Önce Nakil Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Değişkenler	Daha önce								
	nakil oldunuz	n	Ort	Ss	SO	ST	U	z	p
	mu?								
Fiziksel	Evet	6	65,83	25,77	74,58	447,50	119,50	-2,31	0,02
fonksiyon	Hayır	91	39,51	21,57	47,31	4305,50			
Fiziksel rol	Evet	6	37,50	37,91	64,58	387,50	179,50	-1,68	0,09
güçlüğü	Hayır	91	18,96	33,20	47,97	4365,50			
Emosyonel rol	Evet	6	27,78	25,09	40,92	245,50	224,50	-0,87	0,38
güçlüğü	Hayır	91	37,00	24,57	49,53	4507,50			

Enerji/ canlılık / vitalite	Evet	6	45,83	20,60	60,83	365,00	202,00	-1,07	0,29
	Hayır	91	36,48	23,35	48,22	4388,00			
Ruhsal sağlık	Evet	6	65,33	18,01	60,17	361,00	206,00	-1,01	0,31
	Hayır	91	55,30	23,97	48,26	4392,00			
Sosyal işlevsellik	Evet	6	66,67	30,28	65,58	393,50	173,50	-1,52	0,13
	Hayır	91	46,84	25,45	47,91	4359,50			
Ağrı	Evet	6	63,75	33,72	66,08	396,50	170,50	-1,55	0,12
	Hayır	91	43,05	36,56	47,87	4356,50			
Genel sağlık algısı	Evet	6	29,17	17,73	45,58	273,50	252,50	-0,31	0,76
	Hayır	91	32,36	21,56	49,23	4479,50			

Çizelge 3.12 incelendiğinde, daha önce nakil olma durumuna göre Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/ canlılık / vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, daha önce nakil olma durumuna göre Fiziksel Fonksiyon puanlarının anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Daha önce nakil olan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada diyaliz hastalarının yaşam kalitesi düzeyini belirlemek ve bu düzeye etki eden faktörlerin altta yatan nedenlerinin sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisini ortaya koymak hedeflenmiştir.

Araştırmamızda kadın ve erkek hasta oranları karşılaştırıldığında, katılımcıların %50,5'inin erkek, %49,5'inin ise kadın olduğu anlaşılmaktadır. Bu oran erkek hasta sayısının kadın hasta sayısından fazla olduğunu göstermektedir. Gökalp ve Arpacı' nın yaptığı çalışmada araştırmamızla paralellik göstererek aynı şekilde % 50,6 erkek % 49,4 kadın olduğu saptanmıştır (Gökalp ve Arpacı 2021). Yapılan birçok araştırma incelemeye alındığında, erkek diyaliz hasta sayısının, kadın hasta sayısından fazla olduğu gözlemlenmektedir (Ok ve Işıl, 2019; Özgür ve ark., 2003; Eşit Üstün ve Karadeniz, 2006; Küçük, 2008). Kim ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da hastaların %54'ünü erkeklerin oluşturması sonucumuzu destekler niteliktedir (Kim ve ark., 2013).

Araştırmamıza dahil olan katılımcıların büyük bir oranı (%61,9) 51 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Kuzeyli Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada aynı sonucu vermekte olup hastaların yaş ortalamasının $54,7\pm14,93$ olduğu dikkat çekmektedir (Kuzeyli Yıldırım ve ark., 2004). Aynı şekilde Manavalan ve diğerlerinin gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 49 olarak tespit edilmiştir (Manavalan ve ark., 2017). Türkiye çapında Sağlık Teknolojisi Değerlendirme

Daire Başkanlığının yaptığı bir araştırma sonucuna göre katılımcıların ortalama yaşı $52,28 \pm 16,74$ olarak bulunmuştur (STDDDB, 2017). Özsoy ve Kulu diyaliz hastaları ile yaptıkları bir araştırmada benzer sonuçlar elde etmiş olup, hastaların yaş ortalamalarının 57.32 olduğunu bildirmişlerdir (Özsoy ve Kulu, 2020). Literatürdeki araştırmaların da elde ettiği verilerin sonuçlarına bakıldığında diyaliz tedavisi alan hastalarının yaş ortalamasının 55 ve üzeri olduğu görülmektedir. Bunun nedeni KBY'nin orta yaşlı bireylerde daha sık görülmesiyle açıklanabilmektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların $78,4\%$ 'ü evli olduğunu ifade etmiştir. Küçük'ün yaptığı araştırmada da hastaların $68,4\%$ 'ünün evli olduğu belirtilmiştir (Küçük, 2005). Başka bir araştırma yapan Karakoç araştırmamıza paralellik göstererek $63,7\%$ hastanın evli olduğu sonucunu elde etmiştir. Chow ve Tam'ın araştırmasında hastaların $82,7\%$ 'si evli olduğu bulunmuştur (Chow ve Tam, 2014). Cruz ve diğerlerinin çalışmasında hastaların yarısının (50%) evli olduğu sonucu elde edilmiştir (Cruz ve ark., 2011). Yapılan birçok araştırmanın sonucu, elde ettiğimiz verilerle aynı doğrultuda olduğunu göstermektedir. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaş ortalamasının yüksek olması evli olma oranının yüksek olmasıyla bağlantılı olabilmektedir.

Kıyak'ın yaptığı araştırmada $77,6\%$ oranıyla aile tipi çekirdek aile olarak saptanırken, gerçekleştirdiğimiz araştırmada da bu oran $47,4\%$ 'ü çekirdek aile olarak tespit edilmiştir (Kıyak, 2000). Soylu'nun çalışmasında çekirdek aile oranı hastaların $40,6\%$ 'sını oluşturmaktadır (Soylu, 2018). Yapılan araştırma sonuçları hastaların aile tipinin çekirdek aile oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde yaptığımız araştırmada 34% 'ü okuma yazma bilmediğini ve $30,9\%$ 'u ilkokul mezunu olduğunu ifade etmiştir. Yapılan araştırmalara bakıldığında Karakoç'ın araştırmasında ilkokul mezunlarının 52% 'lik orana sahip olduğu ve Küçük'ün araştırmasında da bu oranın $48,7\%$ olduğu dikkat çekerek araştırmamızla paralellik göstermediği saptanmıştır ((Küçük, 2008; Karakoç, 2001). Bayın Donar'ın gerçekleştirdiği araştırmasında hastaların eğitim durumunun $37,8\%$ 'i lise; $35,4\%$ 'ü ortaöğretim mezunu olduğunu ve $9,8\%$ 'inin de eğitiminin olmadığı sonucunu elde etmiştir (Bayın Donar, 2019). Esen ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada diyaliz hastalarının depresyon düzeylerinin azalmasında eğitim düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Esen ve ark., 2015). Depresyon varlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Eğitim durumuna ilişkin elde edilen verilere bakıldığında Diyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Süleymanlar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada haftalık hemodiyaliz seansı sayısı 92.3 'ünde üç iken, bizim araştırmamızda da bu oran yüksek olup katılımcıların $90,7\%$ haftada 3 kere diyalize girdiğini belirtmiştir. Slinin ve arkadaşlarının diyaliz hastalarının ele alındığı birçok

araştırma verilerine göre hastaların tamamına yakını haftalık 3 seans diyaliz tedavisi almaktadır (Slinin ve ark., 2015).

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların %32'si Kalıcı Tüneli Katater, %3,1'i Geçici Tüneliz Kateter ve %64,9'u Arterio-Venöz Fistül damar erişim yoluna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Süleymanlar ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışma araştırmamızla aynı doğrultuda olup bu oranlar % 22.3 hastada Tüneliz Katater, % 19.2 hastada Kalıcı Tüneli Katater, % 56.9 hastada ise Arterio-Venöz Fistül damar erişim yolu tercih edildiği tespit edilmiştir ((Süleymanlar ve ark., 2013).

Sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş eğitim durumu ve çocuk sayısı yaşam kalitesini anlamlı bir boyutta etkilemektedir.

Cinsiyet hastaların yaşam kalitesi düzeyi üzerinde etkisi olan önemli bir etkidir. Yaptığımız araştırmada erkeklerin Enerji/canlılık/vitalite, Ruhsal sağlık, Ağrı ve Genel Sağlık algısı puanları, kadınların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Araştırmamızla paralellik gösteren sonuçlar elde eden çalışmalarda da diyalize giren erkek hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, kadın hastalara göre yüksek (Altıntepe ve ark., 2005, Bülbül, 2010; Güney ve ark., 2005, Morsch, 2005) olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızı destekleyen birçok çalışma mevcuttur. Ancak Üstün ve Karadeniz'in yaptığı araştırmada kadın hastaların yaşam kalitesinin erkeklerin yaşam kalitesinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte Ünal ve Bilge'nin yaptığı araştırmada erkek ve kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyinde bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (Üstün ve Karadeniz, 2006; Ünal ve Bilge, 2005).

Kadınların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu destekleyen az sayıda araştırma mevcut olmasına rağmen bu durumunun ne kaynaklı olduğunu araştıran çalışmalar bulunmamıştır. Kesin bir sonuç elde edilmemesiyle beraber kadınlarda yaşam kalitesinin düşük olmasının nedenleri arasında kadınların ev yaşantısında birçok faaliyet göstermesi, kültürel ve toplumsal yapı gösterilebilir. Aile de temel rollere sahip olan kadınlar ister çalışsın ister çalışmasın evde görevlerini yerine getirme konumundadırlar. Bunlara ek olarak herhangi bir kronik rahatsızlığı olan kadınlarda iş daha yaşanılması zor bir boyut almaktadır. Bütün bu şartlar altında kötü yaşam kalitesi kaçınılmaz bir hal almaktadır (Morsch, 2005; Valderabano, 2001).

Araştırma sonucunda yaş arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ortalama puanları azalmaktadır. 30 yaş ve altı, 31-40 yaş arası ve 41-50 yaş arası gruplarına bulunan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları, 51 yaş ve üzeri grubunda bulunan katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok araştırmada yaş ve yaşam kalitesi arasında

ters orantılı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bülbul ve Küçük' ün yaptığı çalışma sonucu bu durumu destekler niteliktedir (Bülbul, 2010; Küçük, 2008). Owen yaptığı araştırmada yaştan artmasıyla hastalarda mortalite oranının da arttığını bildirmiştir (Owen, 19998). Atasoy ve arkadaşları da aynı doğrultuda sonuçlar elde etmiştir (Atasoy ve ark., 2013).

Bütün bunlara karşın yaş ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamayan, yaştan yaşam kalitesini etkilemediği sonucu elde eden çalışmalar da mevcuttur (Altıntepe ve ark., 2005; Akyol ve Karadakovan, 2002).

Yaş geri dönüşümü olmayan bir süreç olmakla birlikte fiziksel fonksiyon kayıplarının ön planda olduğu bir durumdur. Yaş ilerledikçe beraberinde bir çok kronik hastalığın oluşması ve bu hastalıklarla birlikte fiziksel kısıtlamalarının da var olduğu düşünüldüğünde yaşam kalitesinin de yaştan ilerlemesiyle düşüş göstermesi kaçınılmaz bir sonuç olmaktadır (Panagopoulo, 2009; Walters, 2002). Araştırmamızda bu bulgularla aynı sonuçlar elde edilmiştir.

Çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuğa sahip katılımcıların Fiziksel Fonksiyon ve Fiziksel rol güçlüğü puanları, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların Sosyal işlevsellik puanı ise 1-2, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Yaşam kalitesini belirleyen önemli bir faktör olan eğitim durumu, bireyin kendini geliştirebilmenin, bir iş sahibi olmanın ve işinin niteliği üzerinde doğrudan etkilidir. Yapılan araştırmaların sonucuna göre eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek gelir sahibi oldukları, sosyal olanaklarının fazla olduğu ve bunlarla ilişkili yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu bildirilmiştir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaptığımız araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Lise ve lisans mezunu katılımcıların Fiziksel fonksiyon puanı, okuma yazma bilmeyen, okuryazar olan ve ilkököl mezunu olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Lise, lisans ve ilkököl mezunu katılımcıların Enerji/canlılık/vitalite, Ruhsal sağlık ve Ağrı puanları, okuma yazma bilmeyen ve okuryazar olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Bayın Donar'n yaptığı araştırma verilerine göre hastaların %37,8'i lise; %35,4'ü ortaöğretim mezunudur. Hastaların %9,8'inin ise eğitimi yoktur (Bayın Donar, 2020). 2017 yılında Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının araştırmasında katılımcıların %52'si ortaöğretim mezunudur ve %23'ünün ise herhangi bir eğitimi yoktur (STDD, 2017). Bu araştırmalar sonucunda hastaların eğitim durumu; hastalık sürecine uyumlarını, hastalıkla ilgili algılarını ve yaşam kalite düzeylerini önemli ölçüde pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (Değirmenci Saltürk, 2006).

Araştırmamızda ki veriler yaşam kalitesi ve diyaliz alma süresi arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. Araştırma sonucunda hastaların %35.1'i 3-10 yıldır diyaliz

tedavisi almaktadır. Gökalp ve Arpacı'nın 324 hastayla yaptığı çalışmada hastaların %50.6' sı 6 ay ve 1 yıl arası diyaliz tedavisi aldığını bildirmiştir (Gökalp ve Arpacı, 2021). Bu durum diyaliz tedavi ihtiyacının günümüzde artış olduğunu göstermektedir. Diyaliz ihtiyacı olan hastaların sayısının artmasıyla beraber yaşam kalite düzeyinde azalma olması kaçınılmazdır. Çünkü araştırmamızda 10 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi alan bireylerin genel puanlama bulgularının düşük olduğunu tespit ettik.

Sağlık durumu, hemodiyalize ilişkin özellikler hemodiyaliz tedavisi alma süresi, haftalık hemodiyalize girme sıklığının alt boyut puanlarının benzer olduğu saptanmaktadır. Ancak hemodiyaliz giriş yolu yaşam kalitesini etkilemektedir.

Araştırmamızın sonuçlarında Geçici Tünelsiz Kateter damar yoluna sahip katılımcıların Emosyonel rol güçlüğü puanı, Kalıcı Tünelli Kateter damar yoluna sahip katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksektir. Bu konuda araştırma yapılan sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Genel olarak yapılan araştırmalarda damar giriş yolu Arterio-Venöz Fistül olan bireylerin geçici ya da kalıcı katatere sahip olanlara göre sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı alt boyut puanlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir (Küçük, 2008; Lopes ve ark., 2007).

Ailesinde diyaliz tedavisi alan başka bireylerin bulunduğu katılımcıların Emosyonel rol güçlüğü puanı, ailesinde diyaliz tedavisi alan başka bireylerin bulunmadığı katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksektir.

Daha önce nakil olan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur Nakil olmayı düşünen katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son Dönem Böbrek Yetmezliği, yaşamı tehdit eden, neredeyse her yaş grubunu olumsuz etkileyen, iş gücü kaybına ve eşlik eden çeşitli hastalıklara neden olan, diyaliz merkezi ve sağlık personeline bağımlılığa yol açan, diyaliz komplikasyonları ile hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. SDBY'li hastaların yaşamında fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal birçok değişiklik oluşur, birey bunlara alışmak ve bunlarla yaşamak durumunda kalır (Yurtsever ve Bedük 2003, Küçük 2005, Pınar 2006).

Renal replasman tedavisinin amacı SDBY olan hastaların yaşamlarına optimal düzeyde devam etmelerini sağlamaktır (Chang ve Hung, 2001). Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastalarının morbidite ve mortaliteleri hala yükselmektedir (Değirmenci Saltürk, 2006). Hastanın yaşam kalitesinin artırılması için hastaya uygun diyaliz tedavisinin yapılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmelidir (Kalender, 2001 ve Koçyiğit ve ark., 1999).

Araştırma sonucunda değişkenlik gösteren veriler elde edilmiştir. Araştırma verilerinde hastaların yaşam kalitesi puanları 100 üzerinden hesaplandığında en düşük algılanan yaşam kalitesi fiziksel rol güçlüğü boyutu ortalama puanı 20,10 ve devamında genel sağlık algısı boyutu ortalama puanı 32,16'dır. En yüksek algılanan ise ruhsal sağlık boyutu ortalama puanı 55,92 ve sosyal işlevsellik boyutu ortalama puanı 48,07'dir. Araştırma verilerinin tamamı göz önünde bulundurulduğunda katılım sağlayan diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin birçok faktöre bağlı farklı derecelerde değişiklik göstermekle beraber yaşam kalite düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde sağlık durumu ve hemodiyalize ilişkin değişkenlerin ön planda tutulması ancak sosyodemografik özelliklerden yaş, aile yapısının ve eğitim durumunun göz ardı edilmemesi,
- Hastanın eğitimle tedaviye hazırlıklı hale getirilmesi
- Prediyaliz döneminde doğru planlama
- Seçilen tedavinin zaman içinde daha uygun duruma getirilmesi
- Komplikasyonların daha az ve baş edilebilir olması bunun için vasküler yolun korunması
- Diyaliz seanslarına periyotlarına uygun gelinmesi, diyaliz seans süresinin tamamlanması
- Doğru beslenme, diyetisyen desteği, hastaya özel diyetin düzenlenmesi ve uyulması
- İlaçların eksiksiz ve reçetelendiği aralıklara uygun alınması

- Diyaliz hastalarının yaşamını daha kaliteli sürdürmesine katkıları olacağından diyaliz hastalarına eğitimlerini devam ettirebilmeleri için kolaylık sağlanması
- Hemodiyalize giriş süresi uzadıkça hastaların yaşam kalitesindeki düşüşü önlemek için, fiziksel kapasitelerini, psikolojik ve sosyal desteklerini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması,
- Hastanın iç ve dış dünyasının zaman içinde belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve mevcut durumunun hakkında fikir sahibi olunması
- Sosyal destek (aile, arkadaş, partner vs) alınması
- Gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık alınması
- Kaliteli böbrek naklinin yapılması ve böbrek nakli imkanlarının değerlendirilmesi
- Kişisel gelişim eğitimlerin alınması ve stres yönetiminin sağlanması



5. KAYNAKLAR

- Androodi AZ, 2017. Yaşam kalitesinin yordayıcıları: Türkiye ve İran örneği. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Ackley JB, Ladwig BG, Flynn Makic BM, 2019. Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıta Dayalı Rehber. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 372-820.
- Ackley JB, Ladwig BG, Flynn Makic BM, 2011. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset. 578-606
- Afet Ve Kronik Böbrek Yetmezliği. (05.06.2021). Erişim Adresi: <https://www.hurriyet.com.tr/aile/bobrek-hastalarina-dogal-afet-uyarisi-41466593>
- Ağdaş M, Balı Ö, Ballı H, 2014. Afet lojistiği kapsamında dağıtım merkezi için yer seçimi: SMAA-2 tekniği ile bir uygulama. Beykoz Akademi Dergisi, 2(1): 75-9
- Ahsen A, 2011. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. Kocatepe Tıp Dergisi. 12(1): 54-60.
- Akçay T, 2021. Kronik Böbrek Hastalığında Oksidatif Stres. Pekpak M, editör. Temel Bilimler ve Böbrek. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-9.
- Akdemir N, 2003. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. İçinde N. Akdemir ve L. Birol (Ed). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları;3-24
- Akgöl C, Koç Y, Şahutoğlu T, 2019. Zor olgularda periton diyalizi. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 31-7.
- Akın S, Taşköprü İ, Özdiilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z, 2010. Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastaların Fonksiyonel Performans Durumu, Yaşam Kalitesi ve Hemodiyaliz Tedavisi ile İlişkili Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 7 (3): 16-25
- Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G, 2000. Renal Replasman Tedavisi. Nefroloji El Kitabı;200: 306-320
- Akpolat T, Yalçın A.U, 2001.Kronik Böbrek Yetmezliği; Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı(3. Baskı) İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, A.Ş. 11-20.
- Akpolat T, Utaş T, 2008. Hemodiyaliz El Kitabı. Ceylan Ofset, Samsun.

- Akpolat T, Utaş C, 2017. Konu 3. Diyaliz Hemşiresi El Kitabı. 1. Ağustos 1.
- Akyol AD, Karadakovan A, 2002. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Özbakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41(2): 97-102.
- Albayrak Okçin F, Usta Yeşilbalkan Ö, 2020. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Deneyimlerinin İncelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1):1-12. doi:10.30569.adiyamansaglik.608931
- Altıntepe L, Güney İ, Türk S, Tonbul Z, Yeksan M, 2005. Hemodiyaliz Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14(2): 85-89.
- Arık N, 2003. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi. İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar G., Ünal S.(Ed.), Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2.Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi (1308-1340).
- Arık N, Ates K, Süleymanlar G, Tonbul H.Z, Türk S, Yıldız A, 2009. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Sti., Ankara.
- Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M, 2012. Self-Care Ability İn Hemodialysis Patients. Journal Of Caring Sciences. 1: 31-35
- Atasoy İ, Çolak, Akdeniz Y, Tanrısev, Özyurt B, 2013. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi. Tepecik Eğit Hast Derg 2013; 23 (3): 133-141
- Aydın M, 2002. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri. İçinde Türkmen F.(Ed). Hemodiyaliz Seminerleri81. Baskı). Deniz Ofset Matbacılık, 11-37, İstanbul.
- Aydın Z, 1998. SAPD Hemşireler için El Kitabı. Eczası Başı-Baxter, İstanbul.
- Aydın Z, 2021. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi. Erişim Adresi: https://nefroloji.org.tr/folders/file/surekli_ayaktan_periton_diyalizi.pdf
- Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B, 2016. Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi. 8 (15).
- Barutçu D, Arıkan H, Alışır Ecder S, Çiftçi H, 2017. Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 26 (2): 171-176

- Başaran S, Güzel R, Sarpel T, 2005. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma, 20 (1): 55-63.
- Boz E, Topbaş E, 2021. Ev Hemodiyalizinde Yaşanan Uyku Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 16(2): 67-72. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.34>
- Bülbül E, 2010. Hasta, Hasta Yakınları ve Sağlık Profesyonelleri Gözü ile Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Büyüköztürk Ş, 2002. Veri Analizi El Kitabı. Pegem A Yayıncılık. Ankara.
- Çamsar, T, 2001. Diyaliz Yeterliliği, Akpolat T., Utaş C.,(eds) Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı (3. Baskı), İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş, 110-116.
- Çamsarı T, 2021. Diyaliz Yeterliliği. Erişim Adresi: https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/diyaliz_yeterliliği.pdf (Erişim Tarihi: 07.06.2021)
- Çetin Ş, Çiğdem Z, Özsoy H, 2018. Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Erişim Yolları ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri. 10 (2): 144-152.
- Chang W, Hung K, 2001. Chronic fatigue in long-term peritoneal dialysis patients. Am J. Nephrol, 21: 479-485.
- Chow SK, Y, Tam BML, 2014. Is The Kidney Disease Quality Of Life-36 (KDQOL-36) A Valid Instrument For Chinese Dialysis Patients?. BMC nephrology, 15 (1): 199.
- Çoşkun NZ, 2019. Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarımızın Değerlendirilmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Konya.
- Danış M.Z, 2009. Kurumlarda Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Bunu Etkileyen Faktörler: Ankara Örneğinde Bir Alan Araştırması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Değirmenci Saltürk AG, 2006. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi ,Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, İstanbul
- Dilbaz N, 1996. Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, Psycho Med, 2: 1, 20-24

- Doğan İ, Uçar E, Ünal Kaya N, Ateş K, 2020. Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması. Nefroloji Hemşireliği Dergisi; 15 (1): 1-9 DOI: 10.47565/ndthdt.0
- Durmaz Akyol A, Karadakovan A, 2002. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi; 41 (2):97-102.
- Durmaz Akyol A, Mertbilek A, Kara L, Karadeniz D, 2015. Arteriovenöz Fistül Kanülasyon İşlemi Sırasında Kullanılan Giriş Tekniklerinin Ağrı Düzeyine Olan Etkisinin Saptanması. Nefroloji Hemşireliği Dergisi; EÜ Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, İzmir, EÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi , İzmir
- Enç N, Alkan Öz H, 2014. Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde N. Enç, (Ed.). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi 50.Yıl Yayınları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 226-241.
- Esen B, Sağlam GE, Atay AE, 2015. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete Ve Depresyonun Varlığı Ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 24(3): 270-277.
- Erdoğan A, Turfaner Sipahioğlu N, Erginöz E, Apaydın B ve Sipahioğlu F, 2013. Stapler Hemoroidektominin Yaşam Kalitesine Etkisinin SF-36 Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Ulusal Cer Derg 2013; 29: 59-62 DOI: 10.5152/UCD.37
- Erdöl ŞH, 2012. Uyku. İçinde Atabek A. T., Karadağ A. (Ed), Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul, 1. Baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık. 1096-105.
- Erek E, Süleymanlar G, 2005. Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları. İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar G., Ünal S., (Ed.), Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, (1213-1228).
- Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak M.R, Seyahi N, Sifil A, 2007. Türkiye’de 2007 Yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları,200
- Erol N, 2010. Diyaliz Tedavisine Başlamayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları İle Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

- Eşit Üstün M, Karadeniz G, 2006. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (1): 33-43
- Fadıloğlu Ç, Akyol Durmaz A, Kaya B, 1995. Hemodiyalize Giren Hastaların Sosyal Destek Ağının İncelenmesi Çınar Dergisi, İzmir, 15-21.
- Fidan S, Üzüm N, Cansız M, Erkut M, Coşar AM, 2020. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Hastalarda Üst Gastrointestinal Sisteme Ait Endoskopik Ve Histolojik Bulguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Trabzon.
- Gençtoyg G, 2017. Tuz ve Böbrek Yetmezliği. Nefroloji BD, Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Antalya. Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics. 10 (2):73-83.
- Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıklı CH, Taşçı İ, Ceylan S, 2008. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 50: 172-179.
- Güney İ, Altıntepe L, Türk S, Atalay H, Tonbul HZ, Yeksan M, 2005. Konya İli Ve İlçelerinde Hemodiyalize Giren Hastaların Demografik, Klinik Ve Laboratuvar Özellikleri İle Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14 (1): 26-31.
- Gülekon A, 2012. Yaşlılarda Sık Karşılaşılan Deri Sorunları ve Önlemler. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. Ankara. 74-7. ISBN: 978-605-5867-64-5
- Gökalp C, 2021. Farklı Diyaliz Modalitelerinin Hasta Yakını Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri. Ege Tıp Dergisi , 60 (1): 32-38 . DOI: 10.19161/etd.887292
- Gökalp K , Arpacı R, 2021. Diyaliz Hastalarının Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Science and Health , 2 (1): 22-30 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/tfsd/issue/60096/804153>
- Gökçe S , Kahraman A, 2021. Neuman Sistemler Modeline Göre Hemodiyaliz Hastasının Hemşirelik Bakım Planı Örneği / Sample of Nursing Care Plan of a Hemodialysis According to the Neuman Systems Model. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 16 (2): 73-86.
- Görgen Ö, Topbaş E, Bingöl G, 2018. Türkiye’de Hemşirelik Müfredat Programında Diyaliz Hemşireliği Ders İçeriklerinin ve Bu Dersi Alan Öğrenci Görüşlerinin İncelenmesi. Türk

Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2(13)

Güngör Tolasa A, Akyol A, 2017. Diyaliz Hastalarında Aromaterapi Kullanımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 12 (2): 84-90

Hasbal NB, Koç Y, Ahbap E, 2019. Periton Diyalizinde Yeterlilik. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 6-10.

Heaf JG, Lokkegaard H, Madsen M, 2002. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis. Nephrol Dial Transplant . 17 (1):112–7.

Indra V, 2018. Hemşirelik Kuramları: Bir İnceleme. Int. Nur'daki İlerlemeler J. Yönetmek. 6 (3): 271-274. doi: 10.5958/2454-2652.2018.00061.6

Işık Ö, Aydınlioğlu HM, Koç S, Gündoğdu O, Korkmaz G, Ay A, 2012. Afet Yönetimi Ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. Okmeydanı Tıp Dergisi, 28(Ek sayı 2): 82-123

Kacaroglu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, 2014. Hemodiyaliz Hasta Eğitiminde; Roy Adaptasyon Modeli. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 23-24

Kalender B, 2001. Hemodiyaliz hastalarında beslenme durumu, diyaliz yeterliliği ve mortalite. Sendrom, 19-23, Haziran.

Kara B, 2007. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gülhane Tıp Dergisi, 49: 132-136

Kara B, 2016. Ev Hemodiyalizine Yönelik İnançlar Ve Deneyimler: Güncel Kanıtların Gözden Geçirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 25 (Ek / Suppl 1): 17-23. doi: 10.5262/tnedt.03

Karadakovan A, Kaymakçı Ş, 2014. Üriner Sistem Hastalıkları. İçinde A. Karadakovan, F. E. Aslan (Eds.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım. (3. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 859-916.

Karamanoğlu EA, 1999. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kavurmacı M, Tan M, 2014. Üremik Kaşıntı ve Aromaterapi Uygulaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (1): 674-82.

- Kazancı G, 2008. Kronik Periton Diyalizi. D. Harris, G. Elder, L. Kairaitis ve G. Rangan (Yay. haz.).Klinik Diyalizin Temel İlkeleri İçinde (s. 168-169).İstanbul: Nobel Tıp Kıtabevleri.
- Keskin B, 2015. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Keskinoğlu P, Çolakoglu S, 2016. Ölçeklerin Farklı Uygulama Yöntemlerine Göre Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi, 26 (1):58-62 Klinik Araştırma doi:10.5222/terh.058
- Kılıç Akça N, 2019. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sık Karşılaşılan Cilt Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 4 (1): 26-32
- Kıran F, 2016. Hemodiyaliz Hastaların Hayat Kalitesine Etkilerinin Ölçülmesi. Yüksek lisans tezi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Kim JY, Kim B, Park KS, Choi JY, Seo JJ, Park SH, Kim YL, 2013. Health-Related Quality Of Life With KDQOL-36 And Its Association With Self-Efficacy And Treatment Satisfaction In Korean Dialysis Patients. Quality of Life Research, 22 (4): 753-758.
- Koçer ZM, 2006. Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaların Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisan Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A, 1999. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 12: 102-106.
- Koltarla S, 2008. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Yüksek lisans tezi, Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Kurbun H, 2018. Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
- Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R, 2006. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Geriatriye Kullanımı. Sağlıkta Birlik. 1 (2):21-26

- Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Durmaz Akyol A, Ünal B, 2004. Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20 (1): 33-46
- Küçük L, 2005. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14 (4): 166-170.
- Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, Gillespie BW, Akizawa T, Greenwood RN, Andreucci VE, Akiba T, Held PJ, Port FK, 2007. Factors Associated With Health-Related Quality Of Life Among Hemodialysis Patients In The DOPPS. Qual Life Res, 16 (4): 545-557.
- Manavalan M, Majumdar A, Kumar KH, Priyamvada PS, 2017. Assessment Of Health-Related Quality Of Life And Its Determinants In Patients With Chronic Kidney Disease. Indian Journal of Nephrology, 27 (1): 37.
- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, 1999. Health-Related Quality Of Life In Dialysis Patients. A Report From An Italian Study Using The SF-36 Health Survey. Nephrol dial Transplant. 14: 1503-10.
- Morsch CM, Gonçalves LB, Barros E, 2005. Health-Related Quality Of Life Among Haemodialysis Patients-Relationship With Clinical Indicators, Morbidity And Mortality. J Clin Nurs, 15 (4): 498-504.
- Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö, 2002. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (2): 62-64
- National Kidney Foundation. 2020. Global Facts: About Kidney Disease. Retrieved from <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-aboutkidney-disease>
- Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan MR, 2009. Comparison Of Outcome And Quality Of Life: Haemodialysis Versus Peritoneal Dialysis Patients. Singapore Med J;50 (2):185-92.
- Nurol A, Dilek M, 2006. Nefropatik Kronik Böbrek Yetmezliği: Önlenebilir mi?, Roshe Yayınları, 2-20.
- Ok E, Işıl Ö, 2019. Kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10 (3): 181-189. <https://dx.doi.org/10.14744/phd.2019.35119>

- Owen WF, 1998. Status Of Hemodialysis Adequacy In The United States. Does It Account For Improved Patient Survival. American Journal of Kidney Diseases. 32:39-43
- Özçetin A, Biricik Bahçebaşı Z, Cinemre H, Ataoğlu A, 2009. Diyaliz Uygılanan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirtiler Dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 10:142-150
- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L, 2003. “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Sosyal Yönleri” Türk Psikiyatri Dergisi. 14(1): 72-80
- Özdemir Ü, Taşcı S. 2013. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1 (1): 57-72.
- Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö, 2003. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmes. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 12 (2): 113-116
- Özkan Tuncay F. Kars Fertelli T, 2020. Care Dependency And Related Factors In Patients With Chronic Renal Failure. Kocaeli Med J. 9 (1): 32-40
- Özsoy F, Kulu M. 2020. Hemodiyaliz Hastalarında Bedensel Duyumları Büyütme Ve Somatizasyon. Konuralp Medical Journal, 12 (2):276-281. <https://dx.doi.org/10.18521/ktd.515659>
- Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E, 2016. Hemodiyaliz hastalarında ağrı. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi; 25 (1): 88-94
- Pehlivan F, Yüksel Ş, Ahsen A, Coşkun K, Güzel H, Mayda H. 2016. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Mizaç Ve Karakter Özellikleri Ve Yaşam Kalitesi. Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi. 3:13-16.
- Perim A, 2007. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trakya.
- Philippe H, Scheure JM, Below R ve GuhaSapir D, 2007. Annual disaster statistical review: numbers and trends. Jacoffset Printers, Melin: Brussels.
- Pınar R, 2006. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı. Sağlıkta Birikim, 1 (2): 71-76.
- Rippe B, 2007. Peritoneal Dialysis: Principles, Tecniques And Adequacy. İn: Comprehensive Clinical Nephrology Eds: Feehally J, Floege J, Johnson R, Philedelphia. 979-1000

- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, 2017. Böbrek Yetmezliği Tedavisinde Kullanılan Periton Diyalizi Ve Hemodiyaliz Yönteminin Dolaylı Maliyetlerinin Analizi. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Saltürk AG, Değirmenci A, 2006. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi, Uzmanlık tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İı.Dahiliye Kliniği, İstanbul.
- Sav T, Utaş C, 2005. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Semptom ve Bulguları. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 1 (21):21-3
- Selçuk NY, 2015. Hemodiyaliz Hastalarında Diyaliz Yeterliliği ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics. 8 (3):6-11
- Sevinç M, Ortaboz M, Ünsal A, 2019. Periton diyalizi fizyolojisi ve yöntemleri. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-5.
- Seyahi N, Özcan ŞG, 2020. Kronik böbrek hastalığı tanımlaması, evrelemesi ve epidemiyolojisi. Kalender Gönüllü B, editör. Kronik Böbrek Hastalığına Güncel Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-6.
- Sezen A, 2014. Diyaliz Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevleri Yayınları, İstanbul, 122-123
- Sinangil A, Atan Uçar Z, Ünsal A, 2019. Peritoneal membran geçirgenliğinin önemi ve değerlendirilmesi. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 11-4.
- Slinin Y, Greer N, Ishani A, MacDonald R, Olson C, Rutks I, Wilt TJ, 2015. Timing Of Dialysis Initiation, Duration And Frequency Of Hemodialysis Sessions, And Membrane Flux: A Systematic Review For a KDOQI clinical practice guideline. American Journal of Kidney Diseases, 66 (5): 823-836.
- Soylu G, 2018. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Soyöz M, Kılıçaslan Ayna T, Çerçi Gürbüz B, Güleç D, Kılıçoğlu M, Yüksel C, Pirim İ, 2017. Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastalarda Anti-HLA Antikorlarının Tanımlanması.

- Araştırma. Doku Tipleme Laboratuvarı, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir. SDÜ Tıp Fak Dergisi, 24 (2):41-45
- Sungur C, Akpolat T, 2007. Böbreklerin Temel Fonksiyonları ve Düzenlenmesi. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), Nefroloji El Kitabı, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, (1-15).
- Süleymanlar G, Ateş K, Seyhani N, 2016. Türkiye’de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Registry. T.C Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- Süleymanlar G, 2009. Kronik Böbrek Yetmezliği Ve Hastalığı. İçinde: Hemodiyaliz. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Z, Türk S, Yıldız A, Güneş Tıp Kitabevleri Ankara,s. 1-25.
- Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S, 2013. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, 2020. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. ISBN 978 - 605 - 62465 - 0 – 0, Ankara
- Şen A, Sever A, Karakoç A, 2004. Periton Diyalizi Uygulamaları Eczacıbaşı-Baxter
- Taner Gürsoy Ş, Türk Soyer M, Çiçeklioğlu M, 2005. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Hemodiyaliz Hastalarında Sağkalım Çözümlemesi, Ege Tıp Dergisi. 44 (3) : 155 – 160.
- Tanrıverdi, HM, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ, 2010. Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi; 2(2): 27-32
- Tarhan MZ, 2013. Sorularla Diyaliz. Nobel Tıp Kitabevleri Yayınları. Ağustos, İstanbul, 32-33
- Tatar E, Ok E, 2019. Ev hemodiyalizi ve hemodiyaliz teknolojisinde yenilikler. Ersoy FF, editör. Nefrolojide Yeni Tedaviler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 60-4.
- Tayaz E, Koç A, 2020. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi Ve Hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23 (1): 147-156. DOI: 10.17049/ataunihem.441384
- Theofilou P, 2012. Quality of Life And Mental Health In Hemodialysis And Peritoneal Dialysis Patients: The Role Of Health Beliefs. Int Urol Nephrol. 44:245–253. DOI 10.1007/s11255-011-9975-0.

- Timmers L, Thong MSY, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, Weinman J, Kaptein AA, 2008. Illness Perception; 23:679-690.
- Toto RB, 2003. Hypertensive nephrosclerosis in African Americans. Kidney Int. 64:2331.
- Töyer Şahin N, 2020. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk İle Ünlük Yaşam Aktivitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Tuğla Ö, Çınar S, 2006. Kronik Periton Diyalizi Hastalarında Diyaliz Yeterliliğinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Kasım-Şubat:15-22
- Türkmen F, 2002. Diyaliz Yeterliliği, Türkmen F.(ed), Hemodiyaliz Seminerleri (1. Baskı) İstanbul, Deniz Ofset Matbaacılık, 91-100.
- Untas A, Thumma J, Rascl N, Rayner H, Mapes D, Lopes AA, Fukuhara S, Akizawa T, Morgenstern H, Robinson BM, Pisoni RL, Combe C, 2011. The Associations of Social Support and Other Psychosocial Factors with Mortality and Quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study: Clin J Am Soc Nephrol 6:142-152
- Ulusal Böbrek Vakfı. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri. <https://www.kidney.org/>, 2019
- Uysal C, Karataş C, 2017. Kronik Böbrek Yetersizliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4 (2): 49 -61.
- Vadakedath S, Kandi V, 2017. Dialysis: a review of the mechanisms underlying complications in the management of chronic renal failure. Cureus,9 (8):e1603
- Valderrabano F, 2001. Quality Of Life İn End-Stage Renal Disease Patients. Am J Kidney Dis, 38 (3): 443-464.
- Van de Luitgaarden MWM, Noordzij M, Stel VS, et al. 2011. Effects of comorbid and demographic factors on dialysis modality choice and related patient survival in Europe. Nephrol Dial Transplant. 26 (9):2940-7.
- Varol E, Karaca Sivrikaya S, 2018. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. Düzce Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. (2): 89-96

- Verep U, 2020. Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı Ölçeği'nin Geçerliği, Güvenirliği Ve Duyarlılığının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Vural A, 2002. Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. İçinde: Koçer İH, Erikçi S, Baykal Y (eds), İç Hastalıkları Günleri III. GATA Basımevi, Ankara. 339-358
- Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P, 2017. Chronic Kidney Disease. The Lancet, 389 (10075), 1238-1252.
- Weiner DE, 2007. Causes and Consequences of Chronic Kidney Disease: Implications for Managed Health Care. Journal of Managed Care Pharmacy, 13 (3)(suplement), (1-9).
- Who.int [Internet]. World Health Organization (WHO). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Introducing the WOQOL Instruments [Update: 2017; Cited:06.6.2021]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqolqualityoflife/en/>.
- Yaşam kalitesini etkileyen faktörler. (20.06.2021). Erişim adresi: https://www.nefroloji.org.tr/pdf/kisokulu2015_2/26_Kubra-Kaynar.pdf
- Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A, 2012. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. Turkish Medical Journal:6 (1)
- Yıldırım NK, Okanlı A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S, 2013. Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete Ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok merkezli bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 14 (3): 252-9.
- Yıldız AU, 2010. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak
- Yurtsever S, Bedük T, 2003. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. Hemsirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi, 5 (2): 3-12.
- Yüksel S, Dinçer Y, 2021. Kronik böbrek hastalığında idrar epidermal büyüme faktörü düzeyleri. Pekpak M, editör. Temel Bilimler ve Böbrek. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 10-3.
- Zawada ET, 2003. "Indications for Dialysis", Little, Brown and Company, Boston.3-9.

6. EKLER

EK 1. Katılımcı Bilgi Formu

HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
2. Yaşınız:
 - a) 30 yaş ve altı
 - b) 31-40 yaş arası
 - c) 41-50 yaş arası
 - d) 51 yaş ve üzeri
3. Medeni Haliniz:
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Diğer
4. Çocuk Sayınız:
 - a) Yok
 - b) 1 çocuk
 - c) 2 çocuk
 - d) 3 çocuk ve üzeri
5. Aile Tipiniz:
 - a) Çekirdek Aile
 - b) Geniş Aile
 - c) Diğer
6. Eğitim Durumunuz:
 - a) Okuma yazma bilmiyor
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Lisans mezunu
7. Kaç Yıldır Diyaliz Tedavisi Alıyor
 - a) 0-1 yıl
 - b) 1-3 yıl

c) 3-10 yıl

d) 10-

8. Haftalık Diyalize Girme Sıklığı

a) Haftada 1 kere

b) Haftada 2 kere

c) Haftada 3 kere

d) Haftada 3 üzeri

9. Damar Erşim Yolu

a) Kalıcı Tünelli Katater

b) Geçici Tünelsiz Kateter

c) Arterio-Venöz Fistül

d) Arterio-Venöz Greft

10. Ailede diyaliz tedavisi alan başka biri var mı?

a) Evet

☐ 1.derece yakını

☐ 2. Derece yakını

☐ Uzaktan akrabası

b) Hayır

11. Kronik böbrek yetmezliğinin nedenini biliyor musunuz?

a) Evet

☐ DM

☐ HT

☐ FMF

☐ KALITSAL

☐ DİĞER

b) Hayır

12. Daha önce nakil oldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

13. Nakil olmayı düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

EK 2. Short From-36 Ölçeği

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

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

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

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

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

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

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

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

- | | | | |
|--|-------------------|---------------------|--------------------------|
| a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb | Evet, çok kısıtlı | Evet, biraz kısıtlı | Hayır, hiç kısıtlı değil |
| b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb | | | |
| c)Ağır kaldırma ve yük taşıma | | | |
| d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma | | | |
| e)Tek bir merdiven basamağını çıkma | | | |

- f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme
- g)İki kilometreden çok yürüme
- h)Bir kilometre yürüme
- i)100 metre yürüme
- j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme

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

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

- a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?
- b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?
- c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?
- d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)

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

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

- a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?
- b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?
- c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?

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

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi

Çok az

Orta derecede

Epeyce

Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç olmadı

Çok az

Az

Orta derecede

Çok

Pek çok

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

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi

Biraz etkiledi

Orta derecede etkiledi

Epey etkiledi

Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

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

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
------------------	-------------------	--------------	--------------------	-------------------

a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum

b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım

c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum

d)Sağlığım mükemmel

DUYGULARINIZ

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

Sürekli	Çoğu	Epey	Bazen	Ara	Hiç bir
	zaman			sıra	zaman

- a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?
- b)Çok sinirli biri mi oldunuz?
- c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?
- d)Kendinizi sakın ve barışçı hissettiniz mi?
- e)Çok enerjik oldunuz mu?
- f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?
- g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?
- h)Mutlu bir insan oldunuz mu?
- i)Yorgunluk hissettiniz mi?
- j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?
(arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)

Yorum:

EK 3. Kurum İzni ve Yazısı

BİTLİS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü ile Elif TOGAY arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Kurum/Kuruluşlar:

Güroymak Devlet Hastanesi

Bitlis Devlet Hastanesi

Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: Diyaliz Hastalarında Short Form 36 Ölçeği Kullanılarak Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Bu Çalışmayı Yürütecek Kişi / Kişiler: Elif TOGAY

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol; Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen tüm hizmetlerin ve üretilen hizmetlere ilişkin istatistik verilerinin kullanımı ile ilgili kurum personeli ve /veya kuruma başvuran özel ve/veya tüzel kişi/kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kuralı bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak olan bilimsel çalışma proje aşamasında İken Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Müdürlük personelinin de destek alınması gerekiyorsa bunun için de ayrıca Müdürlük onayı alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Müdürlük ilgili birimi tarafından veri analiz çalışmaları değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir.
- Çalışma yapacak olan kişi "e" ve "f" maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her türlü ilaç uygulaması ve/veya girişim için hem hastanın kendisi ya da yasal vasisinden hem de etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri; sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- Kullanılan tüm veriler 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün Süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü Kurumumuzda 2 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç Tarihi:20/02/2021
Bitiş Tarihi:20/04/2021

EK 4. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.03.2021-E.6266



T.C.
BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : E-66073261-050.02-6266
Konu : Etik Kurulu Kararı

Elif TOGAY

İlgi : 16.02.2021 tarih ve 4315 evrak kayıt numaralı dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçeniz gereği, "Diyaliz Hastalarında Short Form 36 Ölçeği Kullanılarak Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" adlı çalışmanız Üniversitemiz Etik İlkeleri ve Etik Kurulumun 02.03.2021 tarih ve 21/2-VI sayılı kararıyla uygun görülmüştür.
Bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Murat AYGÜN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Dağıtım:
Elif TOGAY
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BEZE4E4Y9* Pin Kodu : 74602

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bitlis-eren-universitesi-ebys>

Adres: Rakıva Yerleşkesi Baş Minare Mah. Ahmet Eren Bulvarı 13000 Merkez/BİTLİS

Telefon: 0 (434) 222 09 59 Faks: 0 (434) 222 01 01

e-Posta: yazisleri@ben.edu.tr Web: <http://www.ben.edu.tr>

Kap Adresi: ben@hs01.kap.tr

Bilgi için: Doç. KÜŞÇÜ

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 5076065372



ÖZGEÇMİŞ

Elif TOGAY

