



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEMPTOMLARIN VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜLDEN EREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEMPTOMLARIN VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜLDEN EREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

(Jüri Üyesi)

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

(Jüri Üyesi)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

GÜLDEN EREN

TEŞEKKÜR

*Fikir ve önerileri ile tezimi başından sonuna kadar yönlendiren
Danışman Hocam Dr.Öğr. Üyesi Özden DEDELİ'ye,*

*Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı bilimsel katkılardan dolayı
Sayın Hocam Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e*

*Bilimsel katkı ve önerileri için
Sayın Hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ'a*

*Veri toplamam sürecinde bilimsel bir çalışma ortamı sağlayan
Sayın Hocam Doç. Dr. Ender HÜR'e*

Araştırmaya katılan tüm hastalar ve ailelerine,

Sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli eşime

TEŞEKKÜR EDERİM.

Gülden EREN

Manisa-2019

İÇİNDEKİLER

1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1.	Amaç	5
4.	GENEL BİLGİLER	6
4.1.	SON DÖNEM BÖBREK YETERSİZLİĞİ	7
4.1.1	Son Dönem Böbrek Yetersizliği Klinik Belirti ve Bulguları	10
4.1.1.1	Sıvı Elektrolit Bozuklukları	10
4.1.1.2.	Sinir Sistemi	11
4.1.1.3.	Gastrointestinal Sistem	11
4.1.1.4.	Hematopoetik ve İmmün Sistem	11
4.1.1.5.	Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi	12
4.1.1.6	Dermatolojik Sistem	12
4.1.1.7.	Endokrin ve Metabolik Sistem	12
4.1.1.8	Kemik Hastalıkları	13
4.1.1.9	Diğer	13
4.1.2.	Son Dönem Böbrek Yetersizliğinde Tedavi	13
4.1.2.1.	Renal Transplantasyon	14
4.1.2.2.	Periton Diyalizi	15
4.1.2.3.	Hemodiyaliz	15

4.2.	HEMODİYALİZDE SEMPTOMLAR	17
4.2.1.	Yorgunluk	18
4.2.2.	Ağrı	18
4.2.3	Huzursuz Bacak Sendromu	18
4.2.4.	Uyku Bozukluğu	19
4.2.5.	Ruhsal Sorunlar	20
4.3.	HEMODİYALİZDE SEMPTOM YÖNETİMİ	20
4.4.	YAŞAM KALİTESİ	29
4.4.1.	Hemodiyaliz ve Yaşam Kalitesi	29
4.4.2.	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi	31
4.5.	Araştırmanın Önemi	33
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	35
5.1.	Araştırmanın Tipi	35
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	35
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35
5.4.	Araştırmanın Soruları	36
5.5.	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	37
5.6.	Veri Toplama Araçları	37
5.6.1.	Hasta Tanıtım Formu	37
5.6.2.	Diyaliz Semptom İndeksi	37
5.6.3.	Nottingham Sağlık Profili	38
5.7.	Veri Toplama Yöntemi	38
5.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	39
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	39

5.10.	Araştırmanın Etik Yönü	39
6.	BULGULAR	40
6.1.	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	40
6.2.	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Diyaliz Sempomları ve Sıklıkları	43
6.3.	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Nottingham Sağlık Profili'nden Aldıkları Puanlar	46
6.4.	Hastaların Nottingham Sağlık Profili ile Diyaliz Semptom İndeksinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	47
7.	TARTIŞMA	48
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	57
9.	KAYNAKLAR	58
10.	EKLER	77
	EK-1 Anket Formu	78
	EK-2 Diyaliz Semptom İndeksi'nin Yazar İzni	83
	EK-3 Nottingham Sağlık Profili Ölçeği'nin Yazar İzni	84
	Ek-4 Etik Kurul Formu	85
	Ek-5 Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni	87
	Ek-6 Özel Nefronege Diyaliz Merkezi İzni	89
11.	YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI	90
	ORJİNALLİK RAPORU	
12.	ÖZGEÇMİŞ	91

TABLolar VE ŐEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tŕrkiye’de 2017 yılsonu itibariyle ilk HD başlayan hastaların etyolojik nedenlere gŕre dağılımları	8
Şekil 2.Tŕrkiye’de 2017 yılsonu itibariyle renal replasman tedavisi alan hasta sayılarının yıllar içinde değişimi	9
Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarında Semptom Yŕnetimi ve Hemşirelik Girişimleri	22
Tablo 2. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	40
Tablo 3. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Durumları İle İlgili Özellikleri	41
Tablo 4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Laboratuvar Bulguları	42
Tablo 5. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Diyaliz Sempomları ve Sıklıkları	43
Tablo 6. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Diyaliz Sempomlardan Etkilenme Dŕzeyleri	44
Tablo 7. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Nottingham Sağlık Profili’nden Aldıkları Puanlar	46
Tablo 8. Hastaların Nottingham Sağlık Profili ile Diyaliz Semptom İndeksiden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	47

KISALTMALAR

Aletli Periton Diyalizi	APD
Diyabetes Mellitüs	DM
Diyaliz Semptom İndeksi	DSİ
Glomerüler Filtrasyon Hızı	GFH
Huzursuz Bacak Sendromu	HBS
Hemodiyaliz	HD
Hipertansiyon	HT
Kronik Böbrek Yetersizliği	KBY
Nottingham Sağlık Profili	NHP
Paratiroid Hormonu	PTH
Panel Reaktif Antikor	PRA
Renal Replasman Tedavisi	RRT
Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi	SAPD
Son Dönem Böbrek Yetersizliği	SDBY
Türk Nefroloji Derneği	TND
Tiroid Uyarıcı Hormon	TSH
Ultrafiltrasyon	UF
Ultrafiltrasyon Hızı	UFR
Dünya Sağlık Örgütü	WHO

Başlık: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: Gülten EREN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptomların ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, iki devlet hastanesi, bir özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan 170 hasta ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) ve Nottingham Sağlık Profili (NHP) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve korelasyon analizi yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $52,32 \pm 11,69$ (23-65) yıl olup büyük çoğunluğu (%54,7) erkek idi. Hastalar tarafından en sık deneyimlenen semptomların yorgun hissetme veya enerjide azalma (%75,3), cinsel ilgide azalma (%65,9), cinsel doyum almada azalma (%65,3) ve sinirli hissetme (%62,4) olduğu görüldü. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Nottingham Sağlık Profili'nin alt bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları sırası ile enerji düzeyi $36,07 \pm 40,39$; ağrı $9,4 \pm 20,82$; emosyonel reaksiyonlar $29,53 \pm 30,44$; uyku $26,06 \pm 34,94$; sosyal izolasyon $22,30 \pm 26,84$; fiziksel aktivite $30,74 \pm 31,67$ 'dir. DSİ ve NHP'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Sonuçlar: Araştırma sonuçları, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşamlarında en sık etkilenen alanın enerji ve fizik aktivite olduğunu, diyaliz semptomları arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, psikolojik iyi oluş, sosyal iyi oluş, belirti ve semptomlar, renal diyaliz

Title: Assessment of symptoms and quality of life in patients with hemodialysis

Student name: Gulden EREN

Supervisor: Ozden DEDELI CAYDAM, RN, MSc, PhD.

Department: Nursing Department

2. SUMMARY

Aim: The purpose of this study was to assess symptoms and quality of life in patients with hemodialysis

Materials and Methods: This study which was descriptive and cross sectional was conducted with 170 patients with hemodialysis at the hemodialysis units in two state hospitals and a private hospital. The data were collected by means of patient information form, and Dialysis Symptom Index and Nottingham Health Profile. Descriptive and correlation were used in statistical analysis.

Results: The average ages of patients were 52.32 ± 11.69 (23-65) years and %54.7 was male. The most common symptoms experienced by patients were feeling tired or lack of energy about 75.3%, decreased interest in sex 65.9%, difficulty becoming sexually aroused about 65.3% and feeling nervous about 62.4%. It was found that the subscales scores of Nottingham Health Profile were 36.07 ± 40.39 for energy level, 9.4 ± 20.82 for pain, 29.53 ± 30.44 for emotional reaction, 26.06 ± 34.94 for sleep, 22.30 ± 26.84 for social isolation and 30.74 ± 31.67 for physical mobility, respectively. A positive correlation was defined between Dialysis Symptom Index and Nottingham Health Profile.

Conclusion: The results of this study indicated that energy and physical activity were the most affected area in the lives of the patients who underwent hemodialysis treatment and their quality of life was adversely affected as the dialysis symptoms increased.

Key words: Acute kidney injury, psychological well being, social well being, signs and symptoms, renal dialysis

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetersizliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize olan nefrolojik bir sendromdur (Chaudhry 2012; Süleymanlar ve ark. 2016). Tüm dünyada ve ülkemizde de yaygın bir sağlık sorunu olup görülme sıklığı giderek artmaktadır. Kronik böbrek yetersizliğinin tüm dünyada prevalans ve insidansı farklılık göstermesine rağmen dünya nüfusunun %10'unu etkilediği, son dönem böbrek yetersizliği bulunan 1,1 milyondan fazla bireyin de diyaliz tedavisi gereksinimi olduğu tahmin edilmektedir (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017). Türk Nefroloji Derneği'nin 2018'da yayınladığı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu'na göre ülkemizde yaklaşık 77311 hasta renal replasman tedavisi almakta olup hemodiyaliz (HD) tedavisi alan toplam hasta sayısı 58635'dir. Son Dönem Böbrek Yetersizliği (SDBY) hastalarının yaklaşık %76'ünde uygulanan ve ülkemizde en çok tercih edilen Renal Replasman Tedavi (RRT) yöntemi olan hemodiyaliz, uzun süreli bir tedavi şeklidir (Süleymanlar ve ark. 2016). Diyalize başlayan hastaların yarıya yakınının beş yıl içinde kaybedildiği bildirilmektedir. Böbrek nakli yaşam süresini anlamlı olarak iyileştirmekte, ancak hiçbir zaman sağlıklı kişiler düzeyine ulaştıramamaktadır. Yüksek morbidite oranları, hastaların aile ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilenmesi, ekonomik üretkenliklerinin azalması nedeni ile KBY yaşam kalitesini de azaltan önemli bir sağlık sorunudur (Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017).

Kronik böbrek yetersizliğindeki semptomlar, protein yıkım ürünlerinin kanda artması, sıvı elektrolit ve asit baz dengesindeki bozuklukların tüm vücut sistemleri üzerinde meydana getirdiği ciddi etkiler sonucunda gelişmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı 2014). KBY, son dönem böbrek yetersizliğine ilerlediğinde en çok tercih

edilen yöntem hemodiyalizdir. Hemodiyaliz uygulamasının amacı ise hastanın sıvı ve elektrolit dengesizliğini düzeltmek, üremiye bağlı oluşabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonları önlemek, yaşam süresini uzatmaktır (Alemdar ve Çınar-Pakyüz 2015). Hemodiyaliz tedavisindeki gelişmelere rağmen hastalarında görülen semptomlar, yaşamlarının tüm boyutlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Dedeli-Çaydam ve Çınar Pakyüz 2016; Akgöz ve Arslan 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda konstipasyon, bulantı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, bacaklarda şişme, sersemlik, baş dönmesi, huzursuz bacak sendromu, öksürme, ağız kuruluğu, ciltte kuruluk, kaşıntı, konsantrasyon güçlüğü, uyku problemleri, göğüs, sırt ağrıları huzursuzluk, sinirlilik, cinsel işlev bozukluğu gibi fiziksel ve psikolojik birçok semptom görülmektedir (Murtagh ve ark. 2007; Abdel-Kader ve ark. 2009; Claxton ve ark. 2010; Scherer ve ark. 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomları beslenme durumu ve beslenme parametreleri, kullanılan ilaçların yan etkileri, renal replasman tedavi şekli, eşlik eden başka hastalıklar, hastanın bireysel ve sosyodemografik özelliklerine göre değişiklikler gösterebilmektedir (Akgöz ve Arslan 2017).

Hastalık ve uygulanan diyaliz tedavisi, bireylerin yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönden birçok problem ve semptomun gelişmesine neden olurken hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir (Yong ve ark. 2009; Davison ve Jhangari 2010; Weisbord ve ark. 2014). Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken, yaşam tarzına bağlı birçok fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar ile de baş etmek zorunda olabileceklerdir. Bireylerin genel iyilik hali ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bilinen KBY ve hemodiyaliz tedavisinin yönetiminde hemşirelik bakımı oldukça önem kazanmaktadır. Hemşirelik bakım süreci hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda bireyselliğinin sürdürülmesi bağımsızlığının azaltılması öz bakım aktivitelerinin sürdürülmesi fonksiyonel ve psikososyal sağlığın geliştirilmesine odaklanmaktadır. Bu neden ile hemşireler, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini geçerli ve güvenilir ölçekler kullanarak değerlendirmeleri gerekmektedir. Böylece hemşireler hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomlarını belirleyerek, semptom yönetimine odaklı girişimlerde bulunabilmeli, hemodiyaliz tedavisine bağlı gelişebilecek komplikasyonları

azaltarak, hastaların yaşam kalitelerini arttırabilmelidirler (Durmaz-Akyol 2016; Akgöz ve Arslan 2017; Topbaş ve Bingöl 2017).

3.1. AMAÇ

Bu çalışmada amaç, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptomların ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.



4.GENEL BİLGİLER

Kronik hastalık “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar ” olarak kronik durum ise “birkaç yıl veya ömür boyu sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunları” olarak tanımlamaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de beklenen yaşam süresinin uzaması hem genel nüfusun artmasına hem de yaşlı birey sayısının giderek artması ile sonuçlanırken kronik hastalıkların da sıklığının artmasına neden olmuştur (Türkiye Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025). Kronik hastalıklar bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sağlığını bozan, bir ya da birden fazla vücut sistemini etkileyen, yıllarca bakım ve tedavi gerektiren uzun süreli hastalıklardır. Dolayısı ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ülkeler için büyük finansal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Buna ilave olarak kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyler ve ailelerine fonksiyonel, sosyal, maddi ve psikolojik olarak da bakım yüküne neden olmaktadır (Akı ve Yeniçerioğlu 2008; Kara 2012; Kaya Akı ve Demir Dikmen 2012; Özdemir ve Taşçı 2013; Dedeli Çaydam ve Çınar-Pakyüz 2016).

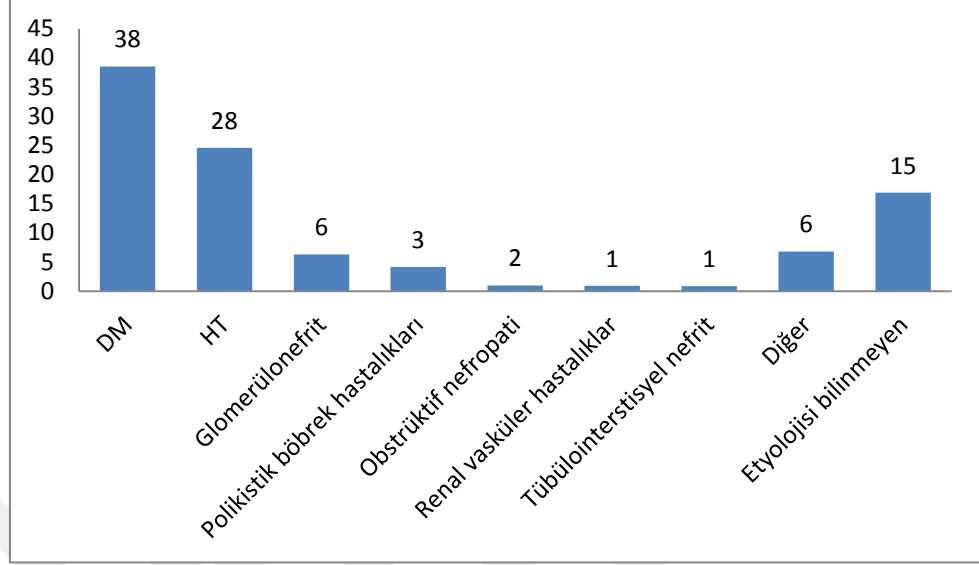
Kronik böbrek yetersizliği, çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize olan nefrolojik bir sendromdur (Süleymanlar ve ark. 2013). Glomerüler filtrasyon değeri (GFD) <15ml/dakika’ya inmesi klinik olarak son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) olarak tanımlanmaktadır. SDBY’nde böbrek kapillerinde azalma ve glomerüllerde skar dokusu meydana gelmiştir. Böbrek fonksiyonlarının ileri derecede azalması sonucunda homeostaz ve bireyin yaşamı kendi böbrekleri ile devam edemeyeceği için yoğun tıbbi yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için böbrek fonksiyonlarının dışarıdan yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla diyaliz veya böbrek nakli uygulanmaktadır. SDBY hastalarında en sık kullanılan tedavi şekli olan hemodiyalizdir (Süleymanlar ve ark.

2013; Leung ve ark. 2013; Karadakovan ve Kaymakçı 2014; Dedeli Çaydam ve Çınar Pakyüz 2016). Hemodiyaliz böbrek yetersizliği olan birçok hasta için yaşam süresini uzatmakla birlikte çeşitli komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Hemodiyaliz teknolojisi ve tedavisindeki gelişmelere rağmen hastalarda görülen semptomlar, yaşamlarının tüm boyutlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu hasta grubu, hem semptom tanılama ve kontrolü hem de ileri bakım planlamalarını içeren düzenlemelere ihtiyaç duymaktadır (Durmaz Akyol 2013; Dedeli-Çaydam ve Çınar Pakyüz 2016; Akgöz ve Arslan 2017). Bu bölümde SDBY, hemodiyaliz tedavisi, semptomlar, semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkileri aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir.

4.1. SON DÖNEM BÖBREK YETERSİZLİĞİ

Böbrek fonksiyonlarının ileri derecede azalması (glomerüler filtrasyon hızının %15'in altına düşmesi) sonucu homeostazın ve yaşamın kişinin kendi böbrekleri ve yoğun tıbbi yardım ile sağlanamayacak duruma gelmesine son dönem böbrek hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Son Dönem Böbrek Yetersizliği her milyonda 200-300 kişiyi etkilemektedir (USRDS 2017; Süleymanlar ve ark. 2016). İyileşemeyen Akut Böbrek Yetersizliği, Kronik Böbrek Yetmezliği'ne progresyon göstermektedir (Leung ve ark. 2013). SDBY diğer nedenleri Şekil 1'de gösterilmiştir (Registry 2017; Seyahi 2018).

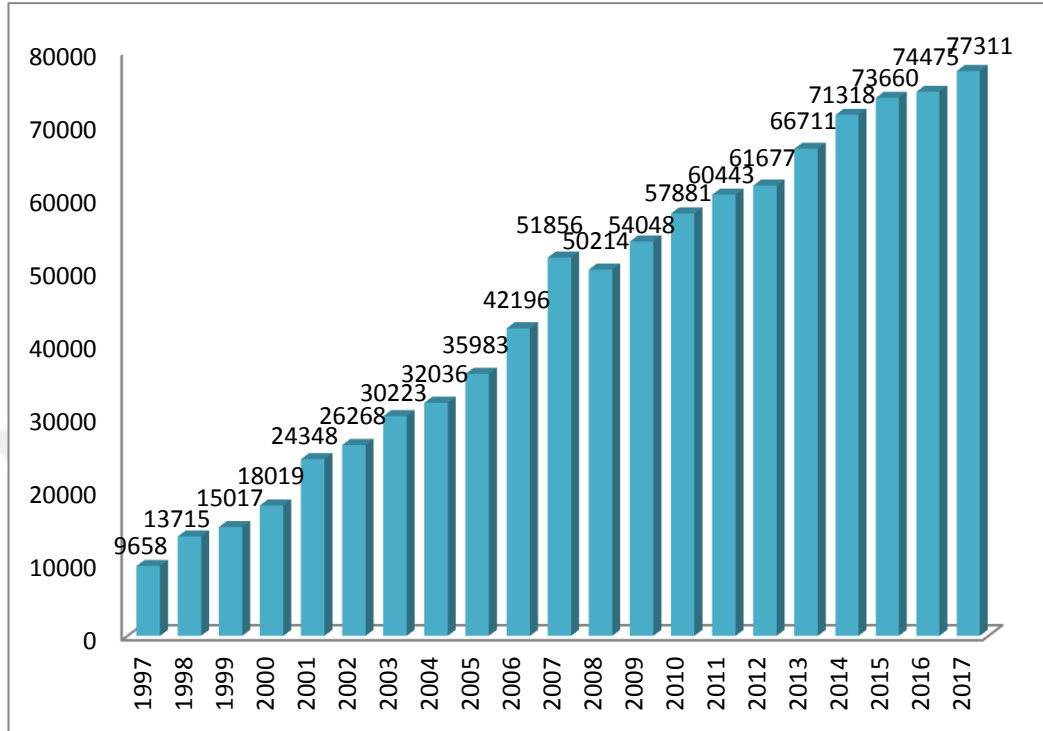
Şekil 1. Türkiye’de 2017 yılsonu itibariyle ilk HD başlayan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı



TND Registry 2018

Türk Nefroloji Derneği (TND) ve Ulusal Kayıt ve İstatistik (Registry) Raporları 1990 yılından beri ülkemizdeki nefroloji, diyaliz ve transplantasyon ile ilgili kayıtları tutumaktadır. Ülkemizde SDBY’li hastaların yaklaşık %4,71’i periton diyalizi, %19,17’si transplantasyon ve %76,12’si hemodiyaliz ile tedavi edilmektedir (Seyahi ve ark. 2018; Registry 2018). TND Ulusal Kayıt ve İstatistik (Registry) 2018 faaliyet raporlarına göre 2017 yılı içinde ülkemizde toplam HD hasta sayısı 77311 olup yıllık artış eğilimi devam etmektedir (Seyahi 2018) (Şekil 2).

Şekil 2. Türkiye’de 2017 yılsonu itibariyle renal replasman tedavisi alan hasta sayılarının yıllar içinde değişimi



Seyahi 2018

Son Dönem Böbrek Yetersizliği’nde böbrek kapillerinde azalma ve glomerüllerde skar dokusu meydana gelmiştir. İdrar miktarında azalma, üremik semptomlarda şiddetlenme ve bunlara bağlı olarak tüm organ ve sistemlerle ilgili komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için böbrek fonksiyonlarının bir şekilde dışarıdan yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla diyaliz veya böbrek nakli uygulanmaktadır. Kronik hastalıkların birçoğu için tedavi kararı ve planlaması çok önemli bir konu iken böbrek yetmezliği olan hastalar için bu konu ayrıca bir önemlilik arz etmektedir. Diyaliz gibi ileri tıbbi tedaviler, tüm hastanın yaşamı boyunca ölümüne kadar uygulanmasına rağmen, hasta ve ailesinin tedavinin başlatılması, durdurulması kararları hakkında ne bilgisi ne de kararı yoktur. Böbrek yetersizliği olan birçok birey ve ailelerinin bu kararları verebilmeleri için gerekli bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. İleri tıbbi tedaviler başladığında birçok hasta yaşam kontrollerini tamamen kaybettiklerini düşünebilmektedirler (Süleymanlar ve ark. 2005; Aksoy 2009). Hemodiyalize giren birçok hasta, böbrek yetersizliklerine

ilave olarak diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları gibi diğer birçok kronik sağlık sorununa sahiptir. Bu komorbid durumlar “diyaliz uygulaması hastaya yarar sağlıyor mu?” veya “hastaların yaşam kalitelerini azaltıyor mu?” sorularına neden olmaktadır (Noble 2008; Claxton ve ark. 2010; Weisborg ve ark. 2014).

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastaya bakım veren hemşirelerin bu süreçte birçok profesyonel özelliklerini ortaya koymaları gerekmektedir. Hastaların semptom yönetimi ve bakım gereksinimleri için düzenleme aşamalarına yardımcı olmak için hemşirelerin farklı rol, görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlayan semptom yönetimi ve palyatif bakım uygulamaları günümüzde tartışılmaktadır. Hemşireler hasta, ailesi ve sağlık bakım ekibi arasında iletişimi sürdürebilir ve uygulamaları ile hasta ve ailelerini destekleyebilir (Noble 2008; Claxton ve ark. 2010; Weisborg ve ark. 2014).

4.1.1. Son Dönem Böbrek Yetersizliğinin Klinik Belirti ve Bulguları

Son Dönem Böbrek Yetersizliği’nde idrar miktarının azalması ve kanda yükselen üre düzeyi birçok organ ve sistemi etkilemektedir. Üremik semptomlar ve klinik belirti bulgular sistemlere göre aşağıda sınıflandırılmıştır.

4.1.1.1 Sıvı Elektrolit Asit Baz Bozuklukları

Bulantı kusma nedeni ile hiponatremi, dehidratasyon ve hipovolemi; oligüri nedeniyle hiperpotasemi, hipokalsemi ve hipermagnezemi; proteinüri ve su sodyum retansiyonuna bağlı sodyum (Na) atılımı azalınca hipervolemi ve ödem; yetmezlik ilerledikçe ödem nedeni ile hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği; nefron kaybı ile asit baz metabolizmasının bozulmasına bağlı olarak kan pH’sında, PCO₂ ve plazma bikarbonat miktarında düşme, metabolik asidoz, bu duruma bağlı serum fosfat (hiperfosfatemi) ve sülfat konsantrasyonlarında yükselme olmaktadır (Tanrıverdi ve ark. 2010; Sezen 2013).

4.1.1.2 Sinir Sistemi

Sinir sistemi ile ilgili erken dönemde mental konsantrasyon yeteneğinde bozulma ve unutkanlık, üremik belirtiler ilerledikçe hastalarda baş dönmesi, sersemlik, irritabilite, geceleri uykusuzluk ya da uykuya eğilim, isteksizlik, halsizlik, demans, davranış bozuklukları, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, afazi, stupor, konvülsiyon, polinöropati, miyopati, kramp, kaslarda fasikülasyonlar, flepping tremor, tik, ayaklarda yanma, ayaklarda kasılma, huzursuz bacak sendromu, myklonus, mesane atonisi, terleme fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar görülmektedir (Tanrıverdi 2010; Süleymanlar 2013).

4.1.1.3. Gastrointestinal Sistem

Son dönem böbrek yetersizliğinde gastrointestinal sistem ile ilgili en erken yakınma iştahsızlıktır. Üre (BUN) değeri yükseldikçe bulantı ve kusma, ağızda üre kokusu, ağız mukoz membranda kuruluk, tükürükte amonyak konsantrasyonunda artma nedeniyle, metalik tat hissi, ağızda amonyak kokusu, hıçkırık, konstipasyon, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, özefajit, enterit, pankreatit, kronik hepatit, kolit, ileus, mukozal ülserler, mide mukosunda ödem, hemorajik lezyonlar nedeniyle, kanlı kusma, diyare ya da gastrointestinal kanama, karında şişlik ve asit görülmektedir (Kaptan ve Dedeli 2012)

4.1.1.4. Hematopoetik ve İmmün Sistem

Son dönem böbrek yetersizliğinde görülen en önemli sorunlarından biri anemidir. Anemi, eritropoetin eksikliği, üremik toksinlerin etkisiyle, eritrositlerin yaşam süresinin kısalması, hematopoetik inhibitörlerin varlığı, hemoliz, kanama veya kan kaybı, demir eksikliği gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Klinik olarak normokrom normositer anemi veya mikrositik anemi (aliminyuma bağlı) görülmektedir. Üremik toksinler, lökosit fonksiyon bozukluğunda enfeksiyonlara direncin azalma, trombosit fonksiyon bozukluğunda kanamaya eğilim, koagülasyon bozuklukları, lenfopeni, splenomegali, kanser, immün sistemin baskılanması, aşıyla sağlanan immünitede azalma, tüberkülin deri testi gibi tanısal testlerde bozulma gelişebilmektedir (Arık ve ark. 2009).

4.1.1.5. Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarında en sık karşılaşılan kardiyovasküler komplikasyon hipertansiyondur. Hipertansiyon (HT) genellikle sodyum retansiyonuna bağlı volüm artışından ya da renin sekresyonunda artışına bağlı vazokonstriksiyon oluşması nedeni ile gelişebilmektedir. Sol ventrikül hipertrofisi ve miyokard disfonksiyonu, hızlanmış ateroskleroz, kardiyomiyopati, kapak hastalığı, hiperpotasemi nedeniyle aritmiler, ürenin seröz zarlarda toplanması nedeniyle perikardit, perikarditte olası hemorajik effüzyon sonrası perikardiyal tamponat, üremik plörit, plevral effüzyon, volüm artışı nedeniyle konjestif kalp yetmezliği ve akciğer ödemi, asidoz nedeniyle Kusmaull Solunum, Cheynes-Stokes solunum gelişebilmektedir (Akpolat ve ark. 2007; Süleymanlar 2013).

4.1.1.6. Dermatolojik Sistem

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda en sık görülen dermatolojik semptom üremik pruritus, hastalarda ciddi psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Hastalarda görülen deri bulguları, vücuttan atılmayan toksik maddeler, hastaların kullandığı ilaçlar, bozulan immün sistem ve metabolik anormalliklere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Anemiye bağlı solukluk, hemostatik sistemin bozulması ile ekimoz, hematoma, trombotik olaylar, ürokrom pigmentinin artması ile hiperpigmentasyon, üre kristallerinin cildi tahriş etmesi ile kaşıntı, üremik döküntü, bozulan immün sistem ile çeşitli enfeksiyonlara yatkınlık ve yaraların geç iyileşmesi, saç ve vücut kıllarında dökülme, terlemede bozukluk, kserozis, ülserasyonlar, nekroz, yarım tırnak, lunula yokluğu, dikey sırtlanma, sarı tırnak, splinter hemoraji gibi tırnak patolojileri sık görülmektedir (Güder ve ark. 2011; Göküstün 2014; Kavurmacı ve Tan 2015) .

4.1.1.7. Endokrin ve Metabolik Sistem

Üremide endokrin bozukluklar, karbonhidrat metabolizması, tiroid, büyüme ve üreme fonksiyonlarındaki bozukluklar olarak gelişmektedir. Üremik durumda insülin salınımı bozulur, insülin direnci, glikoz intoleransı, karbonhidrat intoleransı, lipoprotein yıkımının yetersizliğiyle hiperlipidemi, ürik asit artışıyla hiperürisemi, gut ve pseudogut; fosfor atılımının azalmasıyla hiperfosfatemi, hipokalsemi serum

fosfor ve kalsiyum dengesinde bozulmaya bağılı hiperparatiroidizm ve tiroid uyarıcı hormon (TSH)'da salınması baskılanmıştır. SDBY olan hastalarda beslenme ile yetersiz protein alınması, protein atılımının fazla olması ve iştahsızlık, malnütrisyonla neden olmaktadır. SDBY olan hastalarda hormonal değışikliklere bağılı olarak kadınlarda; menstrüal anomaliler, amenore, galaktore, infertilite, gebeliklerin terme ulaşmaması, erkeklerde; azalmış lipido, erektil disfonksiyon, impotans, infertilite, jinekomasti görülebilmektedir (Holley 2004; Levin ve ark. 2008; Arık ve ark. 2009;Golan ve ark. 2009; Demir ve ark. 2009).

4.1.1.8. Kemik Hastalıkları

Son dönem böbrek yetersizliğı olan hastalarda PTH'nın aşırı yapımı, vitamin D sentezinin azalması, kronik metabolik asidozun varlığı, kalsiyum ve fosfor metabolizması değışiklikleri çeşitli kemik sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır. SDBY'ne bağılı olarak en sık karşımıza çıkan kemik hastalığı renal osteodistrofidir. Ayrıca hastalarda osteitis fibroza sistika, osteomalazi, osteoskleroz, çocuklarda kemik büyümesinde bozulma, amiloidoz, yavaş iyileşen spontan kırıklar, kemik ağrıları, artrit, eklemlerde şişlik ve ağrı gelişebilmektedir (Demir ve ark. 2011; Bover ve Cozzolino 2011).

4.1.1.9. Diğer

Susuzluk, kilo kaybı, üremik ağız kokusu, hipotermi ve pirojen reaksiyon, noktüri, myopati, carpal tünel sendromu, yumuşak doku kalsifikasyonları gibi klinik belirti ve bulgular da görülebilmektedir (Arık 2009; Tanrıverdi 2010; Sever ve ark. 2011; Karadakovan ve Kaymakçı 2015).

4.1.2. Son Dönem Böbrek Yetersizliğinde Tedavi

Böbrek fonksiyonlarının azalması sonucu atık ürünlerin birikerek yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığı, GFH'nın <15 ml/dk altına indiğı, üremik belirti ve bulguların kontrol edilemediğı SDBY evresinde böbrek fonksiyonlarını yerine koyma tedavisi olan renal replasman tedavilerine (RRT) ihtiyaç duyulmaktadır. Bu replasman tedavileri, renal transplantasyon, periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere 3 çeşittir. RRT tipi her hastaya özel olarak seçilmelidir. Tıbbi, sosyal, psikoloji ve ekonomik durumlar göz önünde bulundurularak, hasta ve yakınları

bilgilendirilip, hekimin önerisi doğrultusunda hastanın kararı dikkate alınarak seçilmelidir. Tedavilerin amacı hastaların yaşam süresini uzatmakla birlikte, yaşam kalitesinin en iyi düzeyde tutulmasını hedeflemektir (Seyahi ve ark. 2017; Sever ve ark. 2011; Süleymanlar 2013; Sezen 2013).

4.1.2.1. Renal Transplantasyon

Son dönem böbrek yetersizliği geliştiğinde RRT tedavisi uygulanmaz ise böbrek yetersizliği bireyin yaşamını tehdit edebilmektedir. Sağkalım, yaşam kalitesi ve maliyet göz önüne alındığında böbrek transplantasyonu en uygun, seçkin tedavi seçeneği olarak görülmekle birlikte, organ kaynaklarının kısıtlı olması nedeniyle yeterince yaygınlaşmamaktadır. Böbrek yetersizliğinin erken evrelerinden itibaren izlenen hastalara, uygun donör bulunabilir ise diyaliz tedavisine başlamadan önce detransplantasyon yapılabilir. Bu işleme preemtif transplantasyon denir. Herhangi bir diyaliz tedavisine başladıktan sonra hastalara canlı veya kadaverik transplantasyon yapılabilir (Akpolat ve ark. 2007; Arık ve ark. 2009).

Hastanın renal transplantasyon için uygunluğu belirlendikten sonra, alıcı ile verici arasında başta kan grubu olmak üzere, doku grubu çalışması, cross-match uygulaması ve panel reaktif antikor yüzdesi (PRA) uyumuna bakılarak renal transplantasyon karar verilmektedir. Gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra vericiden alınan böbrek, alıcının iliak fossasına retroperitoneal olarak yerleştirilerek ve renal arter, ven ve üreterine uygun teknikle anastomozu yapılmaktadır (Akpolat ve ark. 2007; Arık ve ark. 2009).

Renal transplantasyon sonrası en önemli sorun rejeksiyon görülmesidir. Alıcıya transplantasyondan sonra spesifik ve nonspesifik immunsupresyon tedavileri uygulanmaya başlanmaktadır. Günümüzde transplantasyon alanında kazanılan deneyimler, ilerlemeler, özellikle immünsupresiflerin gelişmesi, fırsatçı infeksiyonlardan koruyucu kemoprofilaksinin uygulanır olması ile birlikte renal transplantasyon başarı oranı yükselmiş, sorunları da azaltmıştır (Sinangil ve Ecdar 2016).

4.1.2.2. Periton Diyalizi

Periton, karın boşluğunda bulunan, barsakları ve iç organları örten visseral zar, karın boşluğunun duvarlarını örten pariyetal zardan oluşan seröz bir zardır. Periton diyalizi, karın boşluğuna küçük bir ameliyatla yerleştirilen, ince, yumuşak silikondan yapılmış kalıcı bir katater aracılığı ile periton boşluğu ve periton zarlarından yararlanılarak gerçekleştirilen bir diyaliz yöntemidir. Periton diyalizindeki amaç, peritoneal kapiller kan ile karın boşluğuna doldurulan diyalizat arasında yarı geçirgen periton membranı aracılığıyla solüt ve sıvı değişiminin sağlanıp, yeterli üremik toksin ve sıvı atılımının sağlanmasıdır (Aksoy 2009).

Periton diyalizi tekniği basit olup belirli aralıklarla tekrarlanan solüsyon değişim işlemlerinden oluşmaktadır. Bir değişim işlemi birbirini izleyen infüzyon, bekletme ve drenaj basamaklarıdır. Periton diyalizinin değişim işleminin yapılma şekline, bekletme ve diyaliz sürelerine göre sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. SAPD, en yaygın uygulanan periton diyalizi yöntemi olup, hastalar 2000-2500 ml periton diyalizi çözeltisini (diyalizat) periton boşluğuna verip, 4-6 saat bekledikten boşaltılıp peşinden yeni bir diyalizat verilerek günde 4-5 kez değişim işlemini manuel kendileri yaparlar. APD, makina yardımıyla, kişi uyurken gece boyunca (8-10 saat) karın boşluğuna diyalizat sıvısı verir, bekletir ve boşaltır (Arık ve ark. 2009).

Periton diyalizin hastanın kendi yapacağı bir tedavi yöntemi olması nedeniyle, tedavinin başarılı bir şekilde yürütülmesi için hasta seçiminde; hastanın uyumu, tedaviye istekli olması, hijyenik şartları, yakınlarının desteği gibi çoğu faktörlere de dikkat edilmelidir. Hasta eğitiminde amaç; fiziksel, emosyonel ve sosyal anlamda, hastalığa, tedaviye ve yaşama adaptasyonlarını tümüyle sağlayıp yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik olmalıdır (Karaca ve ark. 2012; Ataman 2013; Kazancıoğlu 2013).

4.1.2.3. Hemodiyaliz

Kronik böbrek yetersizliğindeki semptomlar, protein yıkım ürünlerinin kanda artması, sıvı elektrolit ve asit baz dengesindeki bozuklukların tüm vücut sistemleri

üzerinde meydana getirdiği ciddi etkiler sonucunda gelişmektedir. SDBY’nde en çok tercih edilen yöntem hemodiyalizdir (Karadakovan ve Kaymakçı 2014).

Hemodiyaliz tedavisinde hastanın kanının vücut dışında bir makine aracılığı ile yarı geçirgen bir membrandan geçerek, uygun diyalizat solüsyonlarıyla ters yönde akımla birbirleriyle karşılaştırılarak, kanda biriken metabolik atıklar temizlenir, bozulmuş sıvı elektrolit ve asit baz dengesi normalleştirilmeye çalışılır, vücuttaki fazla sıvı da uzaklaştırılmaktadır (Arık ve Dilek 2008; Arık ve ark. 2009). Hemodiyaliz uygulamasının amacı ise hastanın sıvı ve elektrolit dengesizliğini düzeltmek, üremiye bağlı oluşabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonları önlemek, yaşam süresini uzatmaktır (Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015).

Hemodiyaliz tedavisindeki gelişmelere rağmen hastalarında görülen semptomlar, yaşamlarının tüm boyutlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Dedeli Çaydam ve Çınar Pakyüz 2016; Akgöz ve Arslan 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda konstipasyon, bulantı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, bacaklarda şişme, sersemlik, baş dönmesi, huzursuz bacak sendromu, öksürme, ağız kuruluğu, ciltte kuruluk, kaşıntı, konsantrasyon güçlüğü, uyku problemleri, göğüs, sırt ağrıları huzursuzluk, sinirlilik, cinsel işlev bozukluğu gibi fiziksel ve psikolojik birçok semptom görülmektedir (Murtagh ve ark. 2007; Abdel-Kader ve ark. 2009). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomları beslenme durumu ve beslenme parametreleri, kullanılan ilaçların yan etkileri, renal replasman tedavi şekli, eşlik eden başka hastalıklar, hastanın bireysel ve sosyodemografik özelliklerine göre değişiklikler gösterebilmektedir (Akgöz ve Arslan 2017).

4.2. HEMODİYALİZDE SEMPTOMLAR

Semptom, bireyin günlük yaşantısında sıklıkla karşılaştığı süresi ve derecesi farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur. Bireyin biyopsikososyal fonksiyonları, duyuları ya da bilişsel durumundaki değişiklikleri yansıtan, deneyimsel, dinamik, çok boyutlu, karmaşık, pozitif ve negatif sonuçları içeren subjektif bir fenomendir. Tıp terimi olarak semptom, hastalıklar sırasında ortaya çıkan öznel olarak hissedilen belirtilerdir. Semptomların yerleşimi, şiddeti (yoğunluğu, düzeyi), sıklığı, süresi, ortaya çıkan durum, azaltan ya da arttıran faktörler, eşlik eden durumlar ve günlük yaşama etkisi gibi özellikleri bulunmaktadır (Gapstur 2007; Feldman ve ark. 2013;).

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastaların yaşadığı semptomlar hastanın yaşına, cinsiyetine, evresine, tedavisine, öğrenim durumu ve başka bir hastalığın varlığına göre değişkenlik göstermektedir. Diyaliz hastalarında nadiren tek bir semptom vardır, daha çok birbiriyle sinerjik ilişkili içinde olurlar, bu ilişki mortalite ve morbidite oranını arttırabilmektedir (Kim ve ark. 2008; Kim ve Evangelista 2010; Davison ve Jhangri 2010; Özdemir 2011; Göriş ve ark. 2016).

Tedaviden kaynaklı semptomlar hastaların yaşam kalitesini etkileyerek, tedavi sürecinin de kesintiye uğramasına yol açmaktadır. Hastanın bakımında semptomların azaltılması veya kontrol altına alınması esas alınmaktadır. Semptomların kontrol altına alınmasıyla hastanın çevresiyle uyumu artacağı gibi tedavinin de etkinliği ve yaşam kaliteleri de artmaktadır (Murtagh ve ark. 2007).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyaliz semptomları aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

4.2.1. Yorgunluk

Son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yorgunluk önemli bir semptomdur ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Yurtsever ve Bedük 2003). Hastalar da kas zayıflığı, atık ürünlerin birikmesi, hemapoetik, metabolik ve endokrin sistem fonksiyonlarının yerine getirilememesi, inflamauar süreçlerinde hastalar kendilerini yorgun hissetmekte, biyolojik ve duygusal sorunlar ortaya çıkmakta, sosyal ilişkiler ve mesleki yaşam olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Yorulmaz ve ark. 2011). Yorgunluk bireyin diğer insanlarla ilişkilerini, öz bakım gücünü, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Davison ve ark. 2007; Azak ve Altundağ Dünder 2012).

4.2.2. Ağrı

Ağrı SDBY nedeni ile hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sık bildirilen yaygın bir semptomdur (Özyiğit ve ark. 2016). Ağrı, osteoartrit, iskemik hastalıklar, periferik nöropati, üremi, sıvı elektrolit dengesizlikleri ve diyaliz ajanları nedeniyle vücudun farklı bölgelerinde ortaya çıkabilmektedir. HD tedavisi alan hastalarınla sıklıkla bel ağrısı, kemik ve eklem ağrısı, kas krampları, baş ağrısı, mide ağrısı ve göğüs ağrısı yaşadıkları belirtilmektedir. Ağrıya bağlı hastalarda, fiziksel ve sosyal aktivitelerde bozulma, özbakım gücünde azalma, dikkat ve hafızada zayıflama, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi birçok olumsuz etki meydana gelebilmektedir. Yaşanan ağrı hissinin, tedaviye uyumu azalttığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (Davison 2003; Davison 2005; Davison 2007; Davison ve Jhangari 2010; Yeşil ve ark. 2015; Kılıç-Akça ve Arslan 2015).

4.2.3. Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), genetik çevresel, medikal faktörlere bağlı olarak değişen, geceleri uykuda ve istirahat halinde bacaklarda parestezi ve yanma hissi ile kendini gösteren, ekstermitelerde (genellikle bacaklar) istemsiz hareket ettirme yeteneği ile karakterize bir hastalıktır. Semptomların istirahat halinde ortaya çıkması, sıklığı ve şiddetini giderek artması, gece uykuda daha belirgin olması

nedeniyle hastaların uyku ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Bedir ve ark. 2013; Hüzmeli ve ark. 2014).

Epidemiyolojik çalışmalara göre HBS toplumda %1-15, hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda %6-60 arası gibi normal popülasyondan sık görülmektedir. HBS nedenleri arasında en sık demir eksikliği anemisi, üremi, alüminyum birikimi, vitamin eksikliği, malnütrisyon, hiperparatiroidizm, diyabet, nörolojik nedenler ve bazı ilaçların kullanımı olduğu belirtilmektedir (Çölbay ve ark. 2007; Yüksel ve ark. 2009).

Uykuda görülen periyodik bacak hareketleri hastaların gece uykuya dalmada zorlanmalarına, kısa süreli de olsa uyanmaya neden olarak ve uyku kalitelerini de olumsuz etkilemektedir. Kalitesiz ve yetersiz uyku sonucunda hastalarda yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe ve yaşam kalitelerinde azalma görülebilmektedir. HBS tedavisinde altta yatan nedenler tedavi edilse de yakınmalar devam edebilmektedir. Hafif yakınmalarda masaj, sıcak ve soğuk uygulamalar, egzersiz, tetikleyen ilaç ve kafein tüketiminde uzak durma gibi uygulamalar ile HBS azaltılabilmektedir (Durmaz Akyol ve ark. 2017).

4.2.4. Uyku Bozukluğu

Son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle diyaliz tedavisi alan hastalar çeşitli nedenlerden dolayı uyku sorunları yaşamaktadır. Bunlar eşlik eden hastalıklar (konjestif kalp yetmezliği, demans), uyku apnesi, ilaçlar, biyokimyasal ve metabolik değişiklikler, yaşam tarzı değişiklikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar ve diyalizin yan etkileridir. Hastalar çoğunlukla yatağa yattıktan sonra uykuya dalmada güçlük, uyuduktan sonra sık uyanma ve bacaklarındaki huzursuzluktan uyuyamadıklarını belirtmektedir. Geceleri yeterli ve etkin uyuyamadıklarını için gündüz kendilerini yorgun hissettiklerini ve kısa uyuklamalar yaptıkları sıkça belirtilmektedir. Uyku sorunları hemodiyaliz hastalarının performans yeteneğinin azalmasına, günlük yaşam aktivitesinin etkilenmesine, enerji seviyesinin azalmasına, özbakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilere neden olmaktadır (Elder ve ark. 2008; Çölbay ve ark. 2007; Hüzmeli ve ark. 2014; Durmaz Akyol ve ark. 2017; Scherer ve ark. 2017).

4.2.5. Ruhsal Sorunlar

Kronik hastalıklar hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, çaresizlik, huzursuzluk, sinirlilik, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği, yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda, gerek hastalık gerekse diyaliz tedavisinden kaynaklı; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlar görülebilmektedir (Küçük 2005; Yavuz ve ark. 2012; Özdemir ve Taşcı 2013; Zengin ve Yıldırım 2017) .

Yapılan çalışmalarda SDBY nedeni ile hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ruhsal ve sosyal sorunların, yaşam süresini ve yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Bahar ve ark. 2007; Güler ve ark. 2007; Abdel-Kader ve ark. 2009). Semptom yönetiminde hastalarla düzenli görüşmelerin yapılması, anksiyete ve depresyon açısından izlenmesi, hasta ve ailesinin baş etme becerilerinin geliştirilmesi, hastalığa uyumlarının sağlanması ve uygun sosyal desteğin sağlanması önerilmektedir (Sağduyu ve ark. 2006; Özçetin ve ark. 2009).

4.3. HEMODİYALİZDE SEMPTOM YÖNETİMİ

Hemodiyaliz hastaları çeşitli fiziksel, duygusal ve psikososyal bozulmalar, yaşam tarzı değişiklikleri, tedavi ile ilişkili yan etkiler ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle birçok semptom yaşamaktadırlar. Hastalar yaşadıkları semptomlara bağlı olarak, günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanır, eğlence ve sosyal aktivitelere katılmaları azalır, bağımsızlıklarını kaybedebilir, erken emeklilik, ekonomik problemler, rol değişimleri, aile yaşamında bozulmalar, beden imajında ve benlik saygısında değişimler yaşayabilmektedirler (Tezel ve ark. 2011; Önsöz ve Yeşilbalkan-Usta 2013; Davison ve Jassal 2016; Akgöz ve Arslan 2017).

Yapılan çalışmalarda hastaların yaşadıkları semptomların farkındalığından ve semptom yükünün büyüklüğünden habersiz oldukları belirtilmiştir. Bu durum da semptom değerlendirilmesi ve yönetimine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Weisbord ve ark. 2004; Davison 2010; O’connor ve Corcoran 2012; Feldman ve ark. 2013; Davison ve Jassal 2016). Semptom değerlendirmesinde önce semptomu tahmin etmek, belirlemek ve hafifletmek üzerine odaklanılmalıdır. Semptom kontrolüne ilişkin üç alanda engel tespit edilmiştir. Hastaların ve yakınlarının semptomların bilinçsizliği, semptomları tedavi etmek için sorumluluğu konusunda belirsizliği, semptom yönetimi güçlüğüdür (Claxton 2010; Castro ve ark. 2013; Weisbord ve ark. 2014; Johnston 2016).

Semptom yönetiminin önündeki engelleri kaldırmada hedef semptom yükünün iyileştirilmesi, hastalar için palyatif bakıma yönelik tutumları, semptom algıları ve algılarına yönelik uygun bakımın bilinmesidir. Hemodiyaliz hastalarının bakımını üstlenen sağlık profesyonellerinin amacı; üremiden, metabolik endokrin sorunlardan, hemodiyaliz komplikasyonlarından ve görülen semptomlardan kaynaklanan problemleri en aza indirmek, sunulan tedavinin kalitesini arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır (Weisbord ve ark. 2007; Yong ve ark. 2009; Sungur ve ark. 2010; Gökdoğan 2010; O’Connor ve Corcoran 2012; Durmaz Akyol 2013; Johnston 2016; Scherer ve ark. 2017; Akgöz ve Arslan 2017).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en sık görülen semptomlar; halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, konstipasyon, bulantı, kusma, kas krampları, ağrı, uykusuzluk, seksüel sorunlar, stres, anksiyete ve depresyon olarak tanımlanmaktadır. Bu semptomların varlığının kanıtlanmasına rağmen, semptomların yeterince tanınmadığı ve uygun semptom yönetimine gidilemediği için hastaların semptom yükünün yükseldiği ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (Claxton ve ark. 2010; Önsöz ve Yeşilbalkan-Usta 2013; Kaplan 2016; Cox ve ark. 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptomlar ve semptom yönetimi ile ilgili hemşirelik girişimleri Tablo 1’de tanımlanmıştır (Biol 2011; Kaptan ve Dedeli 2012; Durmaz Akyol 2013; Göriş ve Bilgi 2015; Kavurmacı ve Tan 2015; Tuna ve ark. 2015; Dedeli Çaydam ve Çınar Pakyüz 2016; Murtagh ve Thomas 2016; Ovayolu 2016; Topbaş ve Bingöl 2017).

Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarında Semptomlar ve Hemşirelik Girişimleri

Semptomlar	Nedenleri	Amaç	Tedavi ve Hemşirelik Girişimleri
Yorgunluk Enerji kaybı	Hemoglobin ↓ Üremik toksinler	Hastanın günlük aktivitelerini sınırlılıkları içerisinde sürdürebilmesi	Hastada yorgunluğa neden faktörler (anemi, sıvı elektrolit dengesizliği, depresyon, üremi, uykusuzluk vb) değerlendirilir, Hastanın laboratuvar bulguları (eritrosit, hemoglobin, hematokrit) anemi yönünde gözlenir, Hekim istemi ile hastaya eritropoetin replasmanı, demir desteği, kan transfüzyonu vb uygulanarak hemoglobin normal düzeyde sürdürülmeye çalışılır Kısıtlama yoksa beslenmesinde kalori ve protein artırılır, Diyaliz tedavisinden sonra dinlenmesi

			sağlanır, Yeterli uyku ve dinlenmesi sağlanır, Stresle baş etme yöntemleri ve psikolojik danışmanlık için hastaya danışmanlık verilir, Etkin diyaliz yapılması sağlanır.
Kaşıntı	Üremi Cilt kuruluğu İlaçlar Elektrolit bozuklukları Derideki mast hücrelerin proliferasyonu	Hastanın deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi Kaşıntının önlenmesi ve giderilmesi	Kaşıntıya neden olan faktörler belirlenir, Cilt lezyon, yara, kuruluk ve pullanma yönünden değerlendirilir, Cilde nemlendirici, besleyici ya da antihistaminik kremler uygulanır, Tırnaklar kısa ve düz kesilmeli, kaşımanın riskleri anlatılır, Tırmalanmış, deri bütünlüğü bozulmuş cilt enfeksiyon yönünden gözlemlenir, Hastaya dar, yünlü ve sentetik kıyafetlerden kaçınması, yumuşak, pamuklu giysiler

			kullanması önerilir, Kıyafetleri yıkarken parfüm içermeyen deterjanların kullanılması, yumuşatıcı kullanımını en aza indirmesi önerilir, Acı, ekşi, baharatlı yiyecekler kaşıntıyı arttıracığından bu yiyeceklerden uzak durması önerilir, Kaşıntının tedavisinde kullanılan aromaterapi, akupunktur, akupres gibi nonfarmakolojik yöntemler ve bunların nasıl uygulandığı konusunda hasta bilgilendirilir, Etkin diyaliz yapılması sağlanır.
Konstipasyon	Sıvı kısıtlaması Hareket azlığı İlaçların yan etkisi Komorbid hastalıklar	Hastanın en az günde 1 kere barsak boşaltımının olması	Hastanın önceki barsak alışkanlıkları değerlendirilir, Sıvı alımı planlanır, Lifli ve laksatif özelliği olan besinlerin tüketilmesi sağlanır, Hekim istemine uygun

			laksatif ilaçlar verilir.
Bulanti- kusma	Üremi Mide hareketlerinde azalma	Hastanın bulantı kusmanının azaldığını ya da geçtiğini ifade etmesi	Hastanın az ve sık aralıklarla yavaş yemesi önerilir, Yemek sonrası semi fowler pozisyonunda oturup dinlenmesi ve en az 2 saat düz yatmaması önerilir, Yemekle birlikte sıvı tüketiminin kısıtlanması önerilir, Sıcak ve ılık yiyecek içeceklerin bulantıyı arttırabileceği açıklanır, Diyaliz ünitesinin temiz ve havalandırılmış olması sağlanır, Etkin diyaliz yapılması sağlanır.
Kas krampları	Hipovolemi Hiponatremi Aşırı UFR Karnitin ve C vitamini eksikliği Artmış serum leptin düzeyi	UFR'nin doğru hesaplanması Hastaya önerilen sıvı alımı konusunda eğitim verilmesi	İnterdiyalitik kilo alımının az olması hakkında bilgilendirilir, Hipotansiyon önlenir, Trendelenburg pozisyonu verilir, Plazma ozmolaritesini arttırılır, Karnitin, C ve E

			vitamini verilir, Kan akım hızı yavaşlatılır, UFR azaltılır, Lokal sıcak uygulama ve masaj yapılır, Bacak bölgesindeki kramplar için germe hareketi yapılır.
Ağrı Bel ağrısı, kemik ve eklem ağrısı Baş ağrısı Göğüs ağrısı Mide ağrısı	Üremi Kas iskelet sisteminde görülen değişiklikler Periferik nöropati Periferik vasküler hastalıklar	Hastanın ağrısının azaldığını ya da geçtiğini ifade etmesi	Ağrının yeri, süresi, şiddeti değerlendirilir, Ağrının duyuşsal, bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutları değerlendirilir, Ağrılı bölgeye masaj, tens, yoga, aromaterapi, sıcak ve soğuk uygulamalar yapılır, Pasif egzersiz ve uygun pozisyon verilir, Hastanın hareketleri kısıtlanarak dinlenmesi sağlanır, Hekim istemine göre hastaya parasetamol verilir,
Uyku	Hemoglobinin	Hastanın yeterli uyuduğu ve	Hastanın uyku alışkanlıkları

bozukluğu	düşük olması	dinlendiğini ifade etmesi	değerlendirilir,
Uykuya dalmada zorlanma	Üremi Ağrı, kramp		Uyanmasına neden olan ve uyumasını engelleyen etkenler belirlenir,
Uykuyu sürdürmede zorlanma	Periferik nöropatinin varlığı Diyet kısıtlılıkları Yaşamda kısıtlamalar		Hastanın gündüz uyuması engellenir, Yatmadan önce kafeinli içecekler içmemesi, fazla sıvı almaması sağlanır, Yatmadan önce ağır yemek yememesi önerilir, Uyku tutmayınca kendini zorlamaması açıklanır, Uyku öncesi gevşeme egzersizleri, ılık bir banyo yapması önerilir, Hekim istemine göre uyku ilaçları verilebilir.
Stres Anksiyete Depresyon	Tedaviye bağımlılık Kontrol kaybı İş kaybı Uzun dönem sağlık durumu Finansal	Hastada stres, anksiyete, depresyona neden olan faktörleri tanımlaması Stres ile baş etme yöntemleri geliştirebilmesi	Hasta ve ailesiyle güvenli iletişim kurulur, Hastanın fiziksel olarak kendini iyi hissetmesini sağlamak ve kendine olan güveni arttırmak için uygun hemşirelik girişimi planlanır, Hastaya zaman ayırmak,

	durumlar		etkili ve rahat bir iletişim ortamı oluşturulur, Hastanın hastalık, tedavi ve komplikasyonlar hakkında ne kadar bildiği ve bilmek istediklerini planlanır, Üzüntü, korku ve anksiyete durumlarının olağan olduğunu ve yaygın olarak görüldüğünü açıklanır, Hastaya baş etme yöntemleri öğretilir, Hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu sosyal hizmet alanları belirlenir. Hemşireler hastanın psikolojik durum ve iyilik halini periyodik aralıklarla sorgulamalı ve gerekli ölçümlerle değerlendirmelidir.
Cinsel yaşamda değişiklik	Üreminin endokrin sisteme etkisi Yorgunluk	Hastanın kısıtlılıkları içerisinde cinsel yaşamını sürdürebilmesi	Açık, içten, güvenli ve rahat iletişim kurulacağı ortamı hazırlanır, Hastanın cinsel sağlığının değerlendirilir ve sorun belirlenir,

			Hastanın cinsel konularda açıkça konuşabileceği, soru sorabileceği bir ortam sağlanır, Hastayı cinsel fonksiyon değişikliklerini ve üzerindeki etkilerini ifade etmesine izin verilir, Hasta ve partnerini gerekli ise ilgili uzmanlara yönlendirilir.
--	--	--	---

4.4. YAŞAM KALİTESİ

4.4.1. Hemodiyaliz ve Yaşam Kalitesi

Kronik böbrek hastalığı olan özellikle de diyaliz tedavisi alan hastaların diğer kronik hastalık tanısı olan bireyler ile kıyaslandığında daha düşük yaşam kalitelerine sahip oldukları bilinmektedir. Bununla birlikte yaşam kalitesi, hastanede ya da hemodiyaliz merkezlerinde tedavisi alan son dönem böbrek hastalarının mortalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Son dönem böbrek hastalarında en sık uygulanan RRT hemodiyaliz bireylerin yaşam süresini uzatmakla birlikte birçok semptomlar ve komplikasyonlara neden olabilmektedir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, hastalığın semptomları ve diyalizin komplikasyonları ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, bireysel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda olduklarından, HD tedavisi hastaların fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik olarak yaşamlarının tüm alanlarını,

vücudunun tüm sistemlerini ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (Kara 2012; Kayhan ve Keleş 2015; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015; Durmaz Akyol 2016).

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamak zorunda kaldıklarını öğrenmeye başladıklarında, birçok psikolojik ve fiziksel faktörlerin etkisinde kalabilecekleri gibi yeni yaşam tarzına bağlı psikolojik ve fiziksel sorunlar da gelişebilmektedir. Tüm bunlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Acaray ve Pınar 2004; Abdel-Kader 2009; Kara 2012; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesinin objektif göstergelerinin; hastanın fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizliği, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsadığı; subjektif göstergelerinin ise; duygusal iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve yaşam doyumu gibi konuları içerdiği belirtilmektedir (Korkut 2007; Özçetin ve ark. 2009; Alemdar ve Çınar-Pakyüz 2015; Akyol 2016). KBY ve hemodiyaliz tedavisinde semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinin hastaların yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Birçok hastalıkta da tedavi uyumunun ve semptom yönetiminin yaşam kalitesini olumlu etkilediği bildirilmektedir. KBY’de tedavi ve bakımı planlayan, hemodiyaliz tedavisini yürüten ekibin hasta ve yakınlarına bakım, tedavi ve semptom yönetimi hakkında bilgi vermesi, gerektiğinde bakım ve tedaviyi değerlendirerek semptomları ve değişimleri belirlemesi gerekmektedir (Kara 2007; Arslan ve ark. 2011; Rebollo-Rubio ve ark. 2015; Durmaz Akyol 2016). Bilindiği üzere nefroloji ve diyaliz hemşirelerinden hastaların semptomlarını tanılama, yönetme, bakımı planlama, aile/bakım vericilerin gereksinimlerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri beklenmektedir. Bu nedenle nefroloji ve diyaliz hemşireleri hasta ve ailesine bakım verirken bakım öncesi objektif ve subjektif verileri toplamalı, verilerin doğruluğundan emin olmalı, bakım verdiği hastaların bireysel özelliklerini göz önünde bulundurularak hasta odaklı bir yaklaşım ile bakımı planlanmalı, hastalık ve semptom yönetiminde meslektaşları ve diyaliz ekibi ile iş birliği içinde çalışmalıdır (Ovayolu 2016). Yapılan birçok çalışma, hemşirelerin hemodiyaliz semptomlarının yönetiminde önemli bir yeri olduğunu ve hemşirelik girişimlerinin semptomları azalttığını göstermiştir (Ovayolu ve ark. 2007; Kara 2007; Zengin ve Ören 2015; Balım ve Çınar Pakyüz 2016). Hemodiyaliz

semptomlarının kontrol altına alınmasının hastaların yaşam kalitelerini de olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (Özdemir ve ark. 2013; Zyga ve ark. 2015; Duran ve Güngör 2015).

4.4.2. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi

Sağlık; "bireyin yalnızca sakatlık ve hastalığın yokluğu değil, bedensel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak olumlu tanımlamasından sonra yaşam kalitesi de; "bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde, amaçları, beklentileri ve standartları doğrultusunda kendi yaşamını nasıl algıladığı" olarak yaşam kalitesi ise "bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 2006). Son yıllarda sağlık alanında yaşam kalitesi kavramına sık rastlanılmaktadır. Yaşam kalitesi kavramına birçok açıdan bakılabildiği için evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımla bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, sosyal iyilik, yaşamdan duyulan memnuniyet, mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi, bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimleri olarak da tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle sağlıkta yaşam kalitesi, bir hastalığın ve hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanış şeklidir (Öksüz ve Malhan 2005; Arslan ve ark. 2011; Atasoy ve ark. 2013).

Sağlıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi "hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi" olarak kabul görmektedir. Birey kendi yaşamı ile ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşünü tanımlamaktadır. Burada fiziksel durum; mobilite, fiziksel aktivite derecesi, ağrı ve hastalık veya tedaviye bağlı fiziksel semptomları, psikolojik durum; bilişsel fonksiyonlar, duygusal durumlar (stres, anksiyete ve depresyon), genel sağlık anlayışı, kendini iyi hissetme hali, sosyal durum ise; aile, yakın arkadaş çevresi, iş ve toplumda bireylerle geçinme yeteneği ve sosyal ilişkilerde memnuniyeti göstermektedir. Yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum alması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumunun yeterli düzeyde olması, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi

olarak da tanımlanabilmektedir (Mollaoğlu 2011; Kara 2012; Özdemir ve Taşçı 2013; Krespi ve Küntüz 2017).

Sağlık alanında yapılan akademik çalışma ve araştırmalarda yaşam kalitesine olan ilginin arttığını görülmektedir. Bunun nedeni de teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde birçok hastalık erken tanımlanabilmekte ve tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak bireylerin yaşam süresi uzamış, uzayan yaşam süresi sonucunda bireyler kronik hastalıklar ile birlikte daha uzun yaşamak zorunda kalmıştır. Gelişen sağlık bakım hizmetleri yaşama yıllar yıllara sağlık eklerken kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumları, tıbbi tedavilerin başarısı ve etkilerinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin önemli bir gösterge olduğu belirlenmiştir (Müezzinoğlu 2005; Arslan ve Ağırbaş 2017).

4.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hemodiyaliz tedavisinde ve KBY gibi kronik hastalıklarda hastalık ve tedavinin günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel durum ve genel iyilik hali üzerine etkisini, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için yaşam kalitesinin ölçümü sıklıkla kullanılmaktadır (Arslan ve Ağırbaş 2017). SDBY'nin hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel durumunu nasıl etkilediğini subjektif bir şekilde değerlendirebilmek için yaşam kalitesinin standardize bir şekilde ölçülmesi önerilmektedir. Yaşam kalitesi bakım sonuçlarını değerlendirme bir gösterge olmakla birlikte, bireyin, hastalığını ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile de ilişkilidir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar hem hastalığın hem de hemodiyalizin semptomları ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda kalmaktadırlar. Hemodiyaliz hastalarının sıklıkla deneyimlediği semptomlarla birlikte, sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar ve fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede güçlüklerde ortaya çıkmaktadır (Kara 2007; Kayhan ve Keleş 2015; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015; Arslan ve Ağırbaş 2017).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunları, hemodiyalizin neden olduğu semptomlar gibi faktörlerin yaşam kalitelerini azalttığı bildirilmektedir (Drayer ve ark. 2006; Abdel-Kader ve ark. 2009; Durmaz Akyol 2016; Arslan ve ark. 2011; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015; Kayhan ve Keleş 2015). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hemodiyalizin neden olduğu semptomların belirlenmesi hemodiyaliz tedavisinin planlanması ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önemler alınması önemlidir (Topbaş ve Bingöl 2017).

Literatürde hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yürütülen araştırmalar genellikle öz bakım gücü, öz yeterlilik, yeti yitimi, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri (Beşer

ve ark. 2010; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015; Durmaz Akyol 2016; Bahar 2011; Birmele ve ark. 2012; Arslan 2011; Erdenen ve ark. 2010; Kıyak ve Ergüney 2002; Muz ve Eğlence 2013), duygusal ve psikososyal sorunlar (Duran ve Güngör 2015; Topbaş ve Bingöl 2017; Zengin ve Yıldırım 2017), anksiyete, depresyon (Çelik ve Acar 2007; Bahar ve ark. 2007; Erdenen ve ark. 2010; Demirbilek ve ark. 2010; Cohen ve ark. 2016), umutsuzluk ve sosyal desteği (Tan ve ark. 2005; Çınar 2009; Başaran ve ark. 2016; Atik ve ark. 2015) ve semptomları (Akgöz ve Arslan 2017) değerlendirmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini bir arada değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (Drayer ve ark. 2006; Abdel-Kader ve ark. 2009; Delmas ve ark. 2018). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimlediği semptomlar ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşamını olumsuz etkileyen duygusal, sosyal, psikolojik ve fiziksel semptomların azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin, hastanın bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak, hasta odaklı bir yaklaşım ile planlanması ve uygulanmasında yol göstereceği düşünülmektedir. Hem SDBY hem de hemodiyalizin neden olduğu çoklu semptomların yönetilmesi ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılması için hastaya yönelik bireyselleştirilmiş sağlık bakım hizmetlerinin planlanmasında kanıta dayalı bilimsel veriler sağlayabilir. Araştırmadan elde edilen bilimsel veriler doğrultusunda hemodiyaliz tedavisi alan hastaların fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal sağlığı içeren genel iyilik durumlarını geliştiren, hastalık ve hemodiyaliz semptomlarını önleyen, baş etme becerilerini geliştiren ve stresi azaltan önerilerin literatüre eklenmesi planlanmaktadır.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Bu araştırma Aralık 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi ve Özel Nefrone Diyaliz Merkezi hemodiyaliz ünitelerinde yürütüldü.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi ve Özel Nefrone Diyaliz Merkezi hemodiyaliz ünitelerinde, hemodiyaliz tedavisi alan hastalar oluşturdu. Evrenin tamamına çalışmanın sınırlılıkları dahilinde ulaşılması planlandığından her hangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi. Bu kurumlarda bir yılda hemodiyaliz tedavisi alan hasta sayısının toplam 420 olduğu belirlendi (N=420). Ülkemizde SDBY olan hastaların %77,3'ünün hemodiyaliz tedavisine alındığı bildirilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2016). Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olması ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek büyüklükte bir örnek büyüklüğüne karar vermek için %77,3 sıklık, %5 göz

yumulabilir hata payı ve %95 güven düzeyinde örnekleme alınacak hasta sayısı hesaplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 170 hasta ile çalışmanın yürütülmesine karar verildi (n=170).

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Bir yıldır kronik hemodiyaliz tedavisi alan,
- Haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi alan,
- 18-65 yaş arası olan,
- Kanser tanısı olmayan,
- HBV, HCV ve/veya HIV tanısı olmayan,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel, ruhsal ve zihinsel engeli olmayan,
- Soru formlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olan,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardı.

5.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda görülen semptomlar nelerdir?

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi nasıldır?

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomları yaşam kalitelerini etkiler mi?

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler: Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Diyaliz Semptom İndeksi'nden aldıkları puanlar

Bağımlı Değişkenler: Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Nottingham Sağlık Profili'nden aldıkları puanlar

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, hasta tanıtım formu, Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) ve Nottingham Sağlık Profili'nden oluşan bir anket formu ile toplandı (Ek-1)

5.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların sosyodemografik değişkenleri ve hastalıkla ilgili bilgilerinin bulunduğu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 20 soruluk bir anket formudur (Önsöz ve Usta-Yeşilbalkan 2013; Alemdar ve Çınar-Pakyüz 2015; Durmaz-Akyol 2016; Akgöz ve Arslan 2017).

5.6.2. Diyaliz Semptom İndeksi

Diyaliz semptom indeksi (DSİ) Weisboard ve ark. (2004)'nın semptomlarla ilişkili yaşanan sıkıntı düzeyini ölçmek amacıyla hemodiyaliz hastalarında geliştirilmiştir. Son yedi gün içerisinde yaşanan semptomlar evet-hayır olarak yanıtlanmaktadır. Semptoma evet yanıtı verildiğinde bu semptomun hastanın yaşamını ne kadar etkilediğini değerlendirmek için 5'li likert olarak 1= hiç, 2= biraz, 3 = bazen, 4= çok az, 5= çok fazla şeklinde puanlanmaktadır. Elde edilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde edilmektedir. İndeksten alınabilecek puan 0 ile 150 arasında değişmektedir. 0 değeri semptomun olmadığını göstermektedir. Cevaplara verilen toplam puanların 150 puana doğru artış göstermesi sözü geçen semptomun etkisinin yükseldiğini göstermektedir (Weisboard 2004). DSİ'nin Türk

toplumu için geçerlik ve güvenirliği Önsöz ve Usta-Yeşilbalkan (2013) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,89 olduğu bildirilmiştir. DSI'nın araştırmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta alındı (Ek-2). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,85 olarak bulundu.

5.6.3. Nottingham Sağlık Profili

Nottingham Sağlık Profili (NHP) bireyin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir. Birey tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemleri değerlendiren altı alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar: Enerji düzeyi (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde)dir. Toplam 38 sorudan olan ankette sorular evet veya hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Her bir bölüm 0-100 arası puanlanmaktadır. 0 puan en iyi sağlık durumunu, 100 puan ise en kötü sağlık durumunu göstermektedir. NSP'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği Küçükdeveci ve ark (2000) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,56 ile 0,83 arasında olduğu bildirilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde NSP'nin kullanılması önerilmektedir (Kara 2012; Mollaoğlu 2013). Literatürde, NSP, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalarda kullanılmıştır (Mroz ve Marczewski 1999; Chuku ve ark. 2010). NSP'nin araştırmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta alındı (Ek-3). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,93 olarak bulundu.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırma dahil olma kriterlerine uygun hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Her bir görüşme yaklaşık olarak 15 dakika sürdü.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, bilgisayar programına girildikten sonra tanımlayıcı istatistiksel analizler ve korelasyon analizleri yapıldı. Bulgular, sayısal ve yüzdelik dağılım, ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Anlamlılık $\alpha = 0,05$ güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Manisa merkezde hemodiyaliz ünitesi bulunan iki devlet, bir üniversite ve iki de özel hemodiyaliz merkezi bulunmaktadır. Üniversite hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde kronik hasta sayısının yetersiz olması, bir özel diyaliz merkezinin izin vermemesi nedeni ile araştırma iki devlet hastanesi ve bir özel diyaliz merkezi olmak üzere toplam üç sağlık kuruluşunda yürütüldü. Araştırmanın izin alınabilen üç kurumdaki hemodiyaliz ünitelerinden sağlık bakım hizmeti alan hastalar ile yürütülmüş olması nedeni ile bulgular toplumdaki tüm hemodiyaliz tedavisi alan hastalara genellenemez.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmaya başlamadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Ek-4) ve Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-5) ve Özel Nefronege Diyaliz Merkezi'nden (Ek-6) ilgili izinler alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

6. BULGULAR

6.1. HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 2. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=170)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	77	45,3
Erkek	93	54,7
Medeni durumu		
Evli	121	71,2
Bekar	49	28,8
Eğitim durumu		
Okur-yazar	23	13,5
İlkokul	105	61,8
Ortaokul	27	15,9
Lise	13	7,6
Fakülte /Yüksekokul	2	1,2
Çalışma durumu		
Evet	17	10
Hayır	153	90
Sosyal güvencesi		
Var	119	70
Yok	51	30
Gelir durumu		
Gelir giderden az	112	65,9
Gelir gidere denk	57	33,5
Gelir giderden fazla	1	0,6

Araştırmaya katılan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaş ortalaması 52,32±11,69 yıl olup büyük çoğunluğu (%54,7) erkek idi. Araştırmaya katılan

hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 2 'de gösterildi.

Tablo 3. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Durumları İle İlgili Özellikleri (n=170)

Özellikler	Sayı	%
Hemodiyaliz tedavi süresi		
1-5 yıl	82	48,2
6-10 yıl	56	32,9
11 yıl ve üzeri	32	18,8
Kronik böbrek yetersizliği nedeni		
Diyabet	44	25,9
Hipertansiyon	37	21,8
Kronik glomerülonefrit	33	19,4
Kronik pyelonefrit	6	3,5
Diğer ürolojik hastalıklar (taş, tümör, VUR)	7	4,1
Diğer (Belli olmayan)	27	15,9
Diyabet ve Hipertansiyon	16	9,4
Diyaliz seanslarını aksatma		
Oldu	8	4,7
Olmadı	162	95,3

Araştırmaya katılan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların büyük çoğunluğunda (%25,9) kronik böbrek yetersizliği etyolojisi diyabet (%25,9) olduğu belirlendi. Diyaliz tedavisi alma süresi 1-5 yıl arasında (%48,2) olduğu hastaların büyük çoğunluğunun (%95,3) diyaliz seanslarını aksatmadığı belirlendi (Tablo 3). İki diyaliz seansı arasında alınan kilo ortalaması 2,4 kg olduğu bulundu. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların laboratuvar bulguları ve hemodiyaliz ile ilgili değerleri Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Laboratuvar Bulguları (n=170)

Değişkenler	Sayı	%
Kan glukozu		
<130 mg/dl	120	70,6
>130 mg/dl	50	35,3
Hemoglobin		
<11 g/dl	58	34,1
>11 g/dl	112	65,9
Hemotokrit		
<25	3	1,8
>25	167	98,2
Kt/V		
<1,2 eKt/V	9	5,3
>1,2 eKt/V	161	94,7
URR		
<%65	170	100
>%65		
Diyaliz öncesi BUN		
<55 mg/dl	170	100
Diyaliz sonrası BUN		
>14 mg/dl	167	98,2
Diyaliz öncesi kreatin		
>7,3mg/dl	98	57,6
Diyaliz sonrası kreatin		
<2,3mg/dl	75	44,1
Diyaliz öncesi Potasyum		
>5,5 mmol/L	50	29,4
Diyaliz sonrası Potasyum		
<3 mmol/L	17	10
Kalsiyum		
<8,4 mg/dl	59	34,7
>8,4 mg/dl	111	65,3
Fosfor		
<5,5 mg/dl	130	76,5
>5,5 mg/dl	40	23,5
Kan basıncı		
Sistolik		
≤140 mmHg	141	82,9
>140 mmHg	29	17,1
Diastolik		
≤90 mmHg	159	93,5
>90 mmHg	11	6,5

Not: Tablodaki hedef değerler Türk Nefroloji Derneği'nin kronik hemodiyaliz hastası takip ve tedavi rehberi 2011'e göre sınıflandırılmıştır (Sever ve ark. 2011)

6.2. HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN DENEYİMLEDİKLERİ DİYALİZ SEMPTOMLARI VE SIKLIKLARI

Tablo 5. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlar ve sıklıkları (n=170)

Semptomlar	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Kabızlık	67	39,4	103	60,6
Bulantı	65	38,2	105	61,8
Kusma	46	27,1	124	72,9
İshal	29	17,1	141	82,9
İştahta azalma	67	39,4	103	60,6
Kas krampları	99	58,2	71	41,8
Bacaklarda şişlik	37	21,8	133	78,2
Nefes darlığı	54	31,8	116	68,2
Sersemlik, baş dönmesi	89	52,4	81	47,6
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	29	17,1	141	82,9
Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	64	37,6	106	62,4
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	128	75,3	42	24,7
Öksürme	50	29,4	120	70,6
Ağız kuruluğu	99	58,2	71	41,8
Kemik veya eklem ağrısı	83	48,8	87	51,2
Göğüs ağrısı	33	19,4	137	80,6
Baş ağrısı	75	44,1	95	55,9
Kas ağrısı	29	17,1	141	82,9
Konsantre olmada zorluk	66	38,8	104	61,2
Deride kuruluk	60	35,3	110	64,7
Kaşıntı	84	49,4	86	50,6
Endişelenme	86	50,6	84	49,4
Sinirli hissetme	106	62,4	59	34,7
Üzgün hissetme	84	49,4	86	50,6
Uykuyu sürdürmede zorlanma	56	32,9	114	67,1
Rahatsız hissetme	78	45,8	92	54,1
Uykuya dalmada zorlanma	63	37,1	107	62,9
Kaygılı hissetme	63	37,1	107	62,9
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	112	65,9	58	34,1
Cinsel doyum almada zorlanma	111	65,3	64	37,6

Tablo 6. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlardan etkilenme düzeyleri (n=170)

Semptomlar	Hiç		Biraz		Bazen		Çok		Çok fazla	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kabızlık	103	60,6	15	8,2	41	24,1	12	7,1	-	-
Bulantı	105	61,8	18	10,6	40	23,5	7	4,1	-	-
Kusma	124	72,9	12	7,1	29	17,1	5	2,9	-	-
İshal	141	82,9	8	4,7	20	11,8	1	0,6	-	-
İştahta azalma	103	60,6	27	15,9	23	13,5	15	8,8	2	1,2
Kas krampları	71	41,8	12	7,1	63	37,1	22	12,9	2	1,2
Bacaklarda şişlik	133	78,2	14	8,2	16	9,4	5	2,9	2	1,2
Nefes darlığı	116	68,2	21	12,4	19	11,2	14	8,2	-	-
Sersemlik, baş dönmesi	81	47,6	31	18,2	47	27,6	11	6,5	-	-
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	141	82,9	15	8,8	7	4,1	6	3,5	1	0,6
Ayaklarda uyuşukluk ve karıncalanma	106	62,4	30	17,6	16	9,4	18	10,6	-	-
Yorgun hissetme ve enerjide azalma	42	24,7	36	21,2	42	24,7	47	27,6	3	1,8
Öksürme	120	70,6	19	11,2	22	12,9	9	5,3	-	-
Ağız kuruluğu	71	41,8	24	14,1	36	21,2	36	21,2	3	1,8
Kemik veya eklem ağrısı	87	51,2	22	12,9	24	14,1	35	20,6	2	1,2
Göğüs ağrısı	137	80,6	12	7,1	16	9,4	4	2,4	1	0,6
Baş ağrısı	95	55,9	22	12,9	37	21,8	16	9,4	-	-
Kas ağrısı	141	82,9	11	6,5	12	7,1	6	3,5	-	-
Konsantre olmada zorluk	104	61,2	30	17,6	27	15,9	9	5,3	-	-
Deride kuruluk	110	64,7	32	18,8	10	5,9	17	10	1	0,6
Kaşıntı	86	50,6	21	12,4	29	17,1	33	19,4	1	0,6
Endişelenme	84	49,4	40	23,5	23	13,5	23	13,5	-	-
Sinirli hissetme	59	34,7	24	14,1	43	25,3	42	24,7	2	1,2
Üzgün hissetme	86	50,6	36	21,2	38	22,4	9	5,3	1	0,6
Uykuyu sürdürmede zorlanma	114	67,1	13	7,6	11	6,5	32	18,8	-	-

Tablo 6. Devamı Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlardan etkilenme düzeyleri (n=170)

Rahatsız hissetme	92	54,1	37	21,8	21	12,4	19	11,2	1	0,6
Uykuya dalmada	107	62,9	18	10,6	15	8,8	29	17,1	1	0,6
zorlanma										
Kaygılı hissetme	107	62,9	30	17,6	18	10,6	15	8,8	-	-
Cinsel ilişkiye ilgide	58	34,1	21	12,4	21	12,4	66	38,8	4	2,4
azalma										
Cinsel doyum almada	64	37,6	17	10	21	12,4	64	37,6	4	2,4
zorlanma										

Araştırmaya katılan hastalarda en sık görülen semptomların yorgun hissetme veya enerjide azalma (%75,3), cinsel ilgide azalma (%65,9), cinsel doyumda azalma (%65,3), sinirlilik (%62,4) olarak sıralandığı, en az görülen semptomların ise kas ağrısı (%17,1), bacakları hareketsiz tutmada zorlanma (%17,1), ishal (17,1), olduğu belirlendi (Tablo 5).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların DSİ puanlarının $54,97 \pm 14,40$ (32-96) olduğu bulundu.

Tablo 6’da hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlardan etkilenme düzeyleri gösterildi.

6.3. HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİNDEN ALDIKLARI PUANLAR

Tablo 7. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Nottingham Sağlık Profilinden Aldıkları Puanlar (n=170)

Nottingham Sağlık Profili	Ort±SS*	Min-Maks. Puan
Enerji	36,07±40,39	0-100
Ağrı	9,4±20,82	0-100
Emosyonel reaksiyonlar	29,53±30,44	0-100
Uyku	26,06±34,94	0-100
Sosyal izolasyon	22,30±26,84	0-100
Fiziksel aktivite	30,74±31,67	0-100

*Ort±SS=Ortalama±Standart Sapma

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerini Nottingham Sağlık Profili ile değerlendirdiğimiz çalışmamızda hastaların NSP'nin alt bölümlerinde aldıkları puanlar sırası ile enerji düzeyi 36,07±40,39; ağrı 9,4±20,82; emosyonel reaksiyonlar 29,53±30,44; uyku 26,06±34,94; sosyal izolasyon 22,30±26,84; fiziksel aktivite 30,74±31,67 olarak bulundu (Tablo 7).

6.4. HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ İLE DİYALİZ SEMPTOM İNDEKSİ'NDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 8. Hastaların Nottingham Sağlık Profili ile Diyaliz Semptom İndeksi'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar (n=170)

Nottingham Sağlık Profili	Diyaliz Semptom İndeksi	
	r	p
Enerji	0,65	0,001**
Ağrı	0,46	0,001**
Emosyonel reaksiyonlar	0,65	0,001**
Uyku	0,56	0,001**
Sosyal izolasyon	0,39	0,001**
Fiziksel aktivite	0,59	0,001**

Not=*p<0,05; **p<0,01

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Nottingham Sağlık Profili ile Diyaliz Semptom İndeksi'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 8'de belirtildi. Hastaların Nottingham Sağlık Profili'nin alt bölümleri ile Diyaliz Semptom İndeksi'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$).

7. TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetersizliği tanı ve tedavideki ilerlemelere rağmen morbidite ve mortalitesi yüksek olması nedeni ile halen önemini korumaktadır. SDBY’li hastalarının yaklaşık %77,3’ünde uygulanan ve ülkemizde en çok tercih edilen Renal Replasman Tedavi (RRT) yöntemi olan hemodiyalizdir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların büyük çoğunluğunun 45-64 yaş arası ve erkek hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (TND Registry 2017). Çalışmamıza katılan hastaların sosyodemografik durumları değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun erkek ve orta yaş grubunda olduğu belirlendi. Ülkemizde hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yapılan çalışmalarla da karşılaştırıldığında, hastalarımızın özelliklerinin literatür ile benzer olduğu söylenebilir (Akgöz ve Arslan 2017; Seyahi ve ark. 2018). Son dönem böbrek yetmezliği ile renal replasman tedavisi uygulanan hastaların etyolojik dağılımı ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde SDBY gelişimi için en önemli etyolojiler diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefritler olarak tanımlanmış ve hastaların büyük çoğunluğunun hemodiyaliz süresinin beş yılın altında olduğu belirtilmiştir (Süleymanlar ve ark. 2017). Araştırmamıza katılan hastaların hastaların SDBY gelişimi etyolojileri ve diyaliz sürelerinin TND Registry (2017) ile paralel olduğu görüldü.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomları ve yaşam kalitelerini değerlendirildiğimiz çalışmamızda en sık görülen semptomların yorgun hissetme veya enerjide azalma, cinsel ilgide azalma, cinsel doyumda azalma, sinirlilik olarak sıralandığı ve hastaların yaşam kalitelerinde en sık etkilenen alanın enerji ve fizik aktivite olduğu bulundu. Buna ilave olarak semptomlar arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının olumsuz etkilendiği görüldü. Bu bulgumuz literatürde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomların ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çalışma (Abdel-Kader ve ark. 2009; Davison ve Jhangri 2010; Zahra ve ark. 2016) sonuçları ile paraleldi. Diğer bulgularımız hemodiyaliz tedavisi alan

hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini ayrı değerlendiren çalışma sonuçları ile tartışıldı.

Kronik böbrek yetersizliğinde hem hastalık hem de hemodiyaliz uygulaması nedeniyle; diyet ve sıvı kısıtlamaları, bağımlılığın artması, ölüm tehditi, aile içindeki rollerin değişmesi, ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma, beden imajının olumsuz etkilenmesi sonucunda meydana gelen fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik değişiklikler hastalarda çeşitli semptomların gelişmesine neden olmaktadır (Davison ve ark. 2006; Danquah ve ark. 2010; Zamanian ve Kharameh 2015; Alemdar ve Pakyüz Çınar 2015; Davison ve Jassal 2016). Çalışmamızda hastalar tarafından en sık deneyimlenen semptomun yorgun hissetme veya enerjide azalma (%75,3) olduğu bulundu. Özdemir'in (2011) in çalışmasında hastaların (n=300) en sık yaşadığı semptomun yorgun hissetme veya enerjide azalma (%56), Akgöz ve Arslan'ın (2016) yaptıkları çalışmalarında hastaların (n=105) %74,3 yorgun hissetme veya enerjide azalma deneyimlediği, Kaplan'ın (2016) çalışmasında (n=596) da hastaların en sık yaşadıkları semptomların yorgun hissetme veya enerjide azalma olduğu bildirilmiştir. Çınar ve ark (2009) çalışmasında ise hastaların (n=224) büyük çoğunluğunun mesleki sınırlama ve yorgunluk deneyimlediği vurgulanmıştır. Birçok çalışmada kas zayıflığı, anemi, elektrolit dengesizlikleri, metabolik değişiklikler, kardiyovasküler değişiklikler, yaşam tarzı değişiklikleri ve psikolojik değişiklikler gibi birçok faktör yorgunluğun artmasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Yurtsever ve Bedük 2003; Davison ve ark. 2016; Yorulmaz ve ark. 2011; Azak ve Altundağ Dündar 2012). Caplin ve ark (2011) araştırmasında HD tedavisi alan hastaların diyaliz sonrası en sık deneyimledikleri semptomların yorgunluk ve hipotansiyon olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda yorgunluk fazla görülmesine rağmen hastaların büyük çoğunluğu (%75,9) her zaman yorgun olmadıklarını özellikle de diyalizden sonra yorgun olduklarını ifade ettiler. Bu durum diyaliz öncesi alınan aşırı sıvı fazlalığının kan basıncını yükseltmesi, kalbin yükünü arttırması ve diyaliz tedavisi sırasında fazla sıvının dört saat gibi kısa bir sürede çekilmesi ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan hastaların en sık deneyimlediği diğer semptomların cinsel ilgide azalma (%65,9) ve cinsel doyum almada azalma (%65,3) olduğu bulundu. Bu

bulgu hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda diyaliz semptomlarını değerlendiren diğer araştırma bulguları ile karşılaştırıldığında literatürden farklı olduğu görüldü. Bir çalışmada yorgunluk ve enerjide azalmadan sonra en sık deneyimlenen semptomların kemik veya eklem ağrısı (%48,7), baş ağrısı (%43) olduğu bildirilmiştir (Özdemir 2011). Başka bir çalışmada yorgun hissetme veya enerjide azalmadan sonra hastaların en sık deneyimlediği semptomların, sırası ile ayaklarda uyuşma karıncalanma ve uykuya dalmada zorlanma olduğu bildirilmiştir (Kaplan 2016). Akgöz ve Arslan (2016) alışmalarında ise cinsel ilişkiye ilgide azalma ve doyum almada azalma semptomlarının daha düşük sırada olduğunu (%32-%36) bildirmişlerdir. Öte yandan birçok çalışmada kronik böbrek hastalığı olan bireylerde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Soykan ve ark. 2005; Ali ve ark. 2005; Bahar ve ark. 2007; Doss 2012; Görüş ve ark. 2016). Çalışmamızda cinsel ilgide azalma ve cinsel doyum almada azalma semptomlarını hastaların öncelikli semptomlarda belirtebilmesi; veri toplayan araştırmacının primer bakım veren hemşireleri olması, uygun zamanda ve ortamda iletişimi başlatması, iletişime açık olması, bireyin cinsel yaşamını etkileyebilecek (bireyin yaşını, cinsiyetini, cinsel uygulamalarını, davranışlarını, değerlerini ve inanışlarını, cinsel yönelimini, yaşam tarzını vb.) bilgilere bakım süreci içerisinde sahip olması, bakım sorunlarını ele alan diyaliz hemşiresinin bu sorunlara da çözüm bulacağını düşünerek hastaların yalın, açık ve sade bir şekilde sorununu ifade etmesi ile açıklanabilir. Araştırma bulgularımızın hemodiyaliz hastalarında yalnızca cinsel sağlığı ve semptomları değerlendiren yurt dışı çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu görüldü (Weisbord ve ark 2007; Feldman ve ark. 2013; Weisbord ve ark. 2014). Diyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yaşamlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %65'inin cinsel yaşantılarından memnun olmadığını, %40'ının ise cinsel ilişkinin artık hiç ilgilerini çekmediğini, %25'inin ise cinsel işlev bozukluğu tanımladığı bildirilmiştir (Milde ve ark. 1996). Hemodiyaliz tedavisi alan kadın hastaların cinsel yaşamlarını değerlendiren başka bir çalışmada hastaların %55,7'si hiç cinsel yaşantıları olmadığı gerekçesi ile çalışmaya katılmayı reddetmiş, çalışmaya katılan 138 hastanın sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde cinsel işlev bozuklukları deneyimledikleri gösterilmiştir (Peng ve ark. 2005). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluklarının fizyopatolojisi multifaktöriyeldir.

Anemi, çoklu ilaç kullanımı, hormonal değişimler, damarsal patolojiler, somatik nöropati ve psikolojik faktörler gibi birçok etken yer almaktadır (Demir ve ark. 2009; Sarı ve Usta 2017). Cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenleri olan çok yönlü bir sağlık sorunudur. Cinsellik bütüncül sağlık bakım kavramının da önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Gölbaşı ve Evcili 2013; Göriş ve Bilgin 2015). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar ve hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için cinsellik yaşam kalitesini azaltan en önemli stresörlerden biri olmasına karşın bu hastalardaki cinsel bozukluklar çok sınırlı bir şekilde değerlendirilmektedir (Sağduyu ve ark. 2006; Bahar ve ark. 2007; Son ve ark. 2009; Yılmaz ve ark. 2009; Balaban ve ark. 2017). Literatürde cinsellik ile sorun yaşayan hastaların yalnızca %22'sinin doktoru ile bu konuyu konuştuğu belirtilmektedir (Soykan 2004). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile en uzun süre vakit geçiren ve onları doğru bir biçimde gözlemleyebilen hemşirelerin de çok azının bu konuda değerlendirme yapabildiği ve uygun girişimlerde bulunabildiği vurgulanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin cinsellik hakkında bilgi eksikliği, cinselliğe dair tutucu yaklaşımlar, cinsel konular konuşamama, cinselliğin tabu olarak görülmesi, utanma, önemsememe, iş yoğunluğu, hastanın diğer hastalıkları ve semptomlarının yönetimine odaklanma, hastalığın ve tedavi sürecinin bireyin cinselliğinden çok daha önemli olduğuna ve hastalığın yaşamı tehdit edici olduğuna yönelik algıları cinselliğin ihmal edilmesine neden olmaktadır (Karadeniz ve ark. 2005; Demir ve ark. 2009; Yılmaz ve Özeltin 2010; Bahar ve ark. 2007; Gölbaşı ve Evcili 2013; Göriş ve Bilgin 2015; Balaban ve ark. 2017).

Yapılan bir çalışmada (n=300) hemodiyaliz tedavisi alan hastaları %36,3'sının (Özdemir 2011) bir başka çalışmada ise (n=135) hastaların %54,3'ü kendilerini sınırlı hissettiklerini belirtmişlerdir (Akgöz ve Arslan 2017). Bu bulguların aksine araştırmamızda hastaların %62,4'ü sınırlı hissettiklerini belirttiler. Bu deneyim araştırmaya katılan hastaların diyaliz semptomları içerisinde de dördüncü sırada yer aldı. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların (n=100) semptomlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yorgunluktan sonra deneyimledikleri ikinci semptomun sınırlı hissetmek ve huzursuzluk olduğu (Zahra ve ark. 2016) bir başka çalışmada (n=146) ise yine yorgunluktan sonra deneyimlenen ikinci semptomun sınırlı hissetmek olduğu gösterilmiştir (Son ve ark. 2009). Krespi ve ark. (2008)

alışmasında HD tedavisi alan hastaların kendilerini “kızgın, kolay sinirlenen, bıkkın, aşırı duyarlı, hırçın ve depresif” olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın süresi, hastalığa yüklenen anlamlar, öfke, korku ve belirsizlik yaşantısı ile baş etme sürecinde bireylerin bencil ve daha az anlayışlı olabileceği vurgulanmaktadır (Krespi ve ark. 2008; Krespi ve ark. 2009; Öztürk ve ark. 2009). Literatürde yapılan diğer çalışmada da hemodiyaliz hastaları tarafından deneyimlenen “sinirlilik” anksiyete belirti bulguları içerisinde tanımlanmıştır (Cohen ve ark. 2016; Wang ve Chen 2012). Bizim çalışmamızda hastalar sinirli olma durumlarını diyabetlerinin olması ile ilişkilendirmişlerdir.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların beslenme alışkanlıklarındaki ve beden imajındaki değişiklikler, yaşamını sağlık personeline ve bir makinaya bağımlı olarak sürdürme gibi kısıtlı bir yaşamının olması hastalık ve RTT sürecinde gelişen fizyolojik, ekonomik, psikososyal sorunlar ve semptomların hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitelerini de azalttığı literatürde vurgulanmıştır (Acaray ve Pınar 2004; Weisbord ve ark. 2005; Abdel-Kader ve ark. 2009; Zahra ve ark. 2016; Davison ve Jhangri 2010; Akın ve ark. 2010; Birmelé ve ark. 2012; Aghakhani ve ark. 2012; Atasoy ve ark. 2013; Nişel ve ark. 2016). Çalışmamıza katılan hastaların yaşamlarında en sık etkilenen alanın enerji ve fizik aktivite olduğu bulundu. HD tedavisine yeni başlayan (n=226) hastalar ile yürütölen bir çalışmada fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesinin en önemli göstergesi olduğunu belirtilmiştir (Kutner ve ark. 2000). Yapılan diğer çalışmalarda da hastalarda en sık görölen ve yoğun olarak deneyimlenen semptomlardan biri olan yorgunluğun bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırıp yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği vurgulanmıştır (Davison ve ark. 2006; Yorulmaz ve ark. 2011). Krespi ve ark. (2009) çalışmasında hastaların yorgunluk, güç kaybı ve halsizlik yaşadıklarını, daha önce yapabildiklerini artık yapamadıklarını, sık sık dinlenmek zorunda kaldıklarını ve kısa sürede yorulduklarını ifade ettiklerini belirtilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların fizik aktivite düzeylerinin azaldığı, bağımlılıklarının arttığı ve fonksiyonel sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği birçok çalışmada belirtilmiştir (Brenner ve Brohart 2008; Akın ve ark. 2010). Çalışmamızda diyaliz semptomlarının hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından enerji ve fizik aktiviteyi olumsuz etkilediği bulundu. Yapılan çalışmalarda da yorgunluk, enerjide azalma, deride kuruluk, kaşıntı, kemik

ve eklem ağrısı (Weisbord ve ark. 2005), ağız kuruluğu, iştahsızlık ve huzursuz bacak sendromu (Curtin ve ark. 2002) semptomlarının hastaların yaşam kalitelerinin tüm boyutlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hastalığın kendisi, diyaliz ünitesinde geçirilen zamanın uzun olması, ailesi ve sağlık personelleri ile yeterli iletişim kurulamaması, tedaviye karşı öfke duygusu hissetmesi, dış görünümündeki değişiklikler, sosyal rol ve iş kayıpları, hobilerindeki kısıtlanmalar nedeni ile hastalar yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Okanlı ve ark. 2008; Karabulutlu ve Okanlı 2011; Atik ve ark. 2015; Topbaş ve Bingöl 2017; Zengin ve Yıldırım 2017). Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenen diğer bir alt boyutun sosyal izolasyon boyutu olduğu bulundu. Bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %59'u arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %33,3'ü rol ve sorumluluklarını yeterince yerine getiremediğini, %1,7'si eş ve çocukları tarafından terk edildiğini belirtmiştir (Mutlu 2007). De Nour (1982) çalışmasında ise hastaların %50'si sosyal yaşamlarının olmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda diyaliz semptomlarının yaşam kalitesinin sosyal boyutunu olumsuz etkilediği belirlendi. Bu durum, çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun erkek, çalışma yaşamından ayrılmış ve geliri giderden fazla olan hastalardan oluşması bu bağlamda da hastaların önceden kendilerini iş ve meslekleri, ilişkileri ve hobileri ile tanımlarken hastalık tanısı sonrası hastalık ve HD tedavi süreci ile tanımlamaları ile açıklanabilir. Hastalık tanısı ile hasta ve aileleri için yeni bir dönem başlamakta ve bu yeni dönemle birlikte birey ve ailelerinin sosyal çevreleri de yeni bir değişim sürecine girmektedir. Zahra ve ark (2016) çalışmasında diyaliz semptomlarının hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda (n=100) en çok sosyal fonksiyonlarını etkilediğini bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda da diyaliz semptomların sayısının fazla olmasının hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal iyilik halini olumsuz etkilediği (Curtin ve ark. 2002; Weisbord 2005; Kimmel ve Patel 2006; Zahra ve ark 2016; Davison ve Jhangri 2010) ve yaşam kalitesini azalttığı vurgulanmıştır (Zahra ve ark 2016; Davison ve Jhangri 2010). Akın ve ark. (2010) Fonksiyonel Performans Envanteri-Kısa Formu (FPI) kullanarak hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda (n=188) yürüttüğü çalışmasında sosyal aktivite boyutunun en olumsuz etkilenen alt boyut olduğunu, Özgür ve ark. (2003) ise hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda (n=62) yaşam

kalitesinin psikolojik ve sosyal boyutlarının bozulduğunu vurgulamıştır. Bir başka çalışmada HD tedavisi alan ve almayan KBY'li hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş olup HD tedavisi alan hastaların sosyal fonksiyon puanlarının HD tedavisi alan hastalardan düşük olduğu gösterilmiştir (Atasoy ve ark. 2013). Araştırmalarda hastalık ve diyaliz süresi arttıkça sosyal iyilik halinin azaldığı belirtilmektedir (Yetişkin 2008; Erdenen ve ark. 2010; Atasoy ve ark. 2013; Krespi ve Küntüz 2017).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hastalık ve tedavi süreci ile ilgili birçok emosyonel reaksiyon da gelişebilmektedir. Hastanın birey olarak hastalığa karşı gösterdiği emosyonel reaksiyonların ve psikososyal zorlanmanın yaşam kalitesini belirleyen unsurlardan olduğu bilinmektedir (Krepsi ve ark. 2009; Kim ve Evangelista 2010; Karabulutlu ve Okanlı 2011; Zengin ve Yıldırım 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda gelişen yeti yitimlerinin emosyonel reaksiyonlara neden olduğu belirtilmektedir (Yavuz ve ark. 2012; Topbaş ve Bingöl 2017; Zengin ve Yıldırım 2017). Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenen başka bir alt boyutun emosyonel reaksiyon alt boyutu olduğu bulundu. Bir çalışmada HD tedavisi alan ve almayan KBY'li hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş olup HD tedavisi alan hastaların emosyonel rol gücü kısıtlamaları ve mental sağlık puanlarının HD tedavisi alan hastalardan düşük olduğu gösterilmiştir (Atasoy ve ark. 2013). Diğer çalışmalarda hastalık ve diyaliz süresi arttıkça emosyonel iyilik halinin azaldığı belirtilmektedir (Yetişkin 2008; Erdenen ve ark. 2010; Atasoy ve ark. 2013; Krespi ve Küntüz 2017). Çalışmamızda diyaliz semptomlarının yaşam kalitesinin emosyonel reaksiyon alt boyutunu olumsuz etkilediği belirlendi. Davison ve ark (2010) çalışmalarında yorgunluk, genel iyilik halinde azalma ve iştahsızlık semptomlarının emosyonel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğini göstermiştir. Yapılan çalışmalarda diyaliz semptomların sayısının fazla olmasının hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda emosyonel sağlığı olumsuz etkilediği, yaşam kalitesini azalttığı vurgulanmıştır (Curtin ve ark. 2002; Weisbord 2005; Kimmel ve Patel 2006).

Literatürde yeterli sosyal ve emosyonel desteği olmayan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hastalığın etkilerinden daha çok zarar gördüğü vurgulanmaktadır (Çınar 2009; Atik ve ark. 2015). Yine yeterli sosyal desteği olan hastaların

emosyonel iyilik ve yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği gösterilmiştir (Alexopoulou ve ark. 2016; Krespi ve Küntüz 2017). Yapılan çalışmalarda SDBY'li hastalarda hemodiyaliz tedavisi sonucunda yaşanan emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyonun, yaşam süresini ve yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Bahar ve ark. 2007; Timmers ve ark. 2008; Abdel-Kader ve ark. 2009; Zahra ve ark. 2016; İbrahim ve ark. 2011; Alexopoulou ve ark. 2016). Hastalığın ve RTT'nin getirdiği emosyonel reaksiyonlar ve sosyal sorunların öfke, kaygı, mutsuzluk ve korku gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olduğu bu duygusal değişimlerin de hastalık deneyimlerinin önemli bir parçası olduğu vurgulanmaktadır (Çelik ve Acar 2007; Güler ve ark. 2007; Okanlı ve ark. 2008; Krespi ve ark. 2008; Öztürk ve ark. 2009; Jansen ve ark. 2010; İbrahim ve ark. 2011).

Araştırmaya katılan hastalar uykuyu sürdürmede zorlanma (%32,9) ve uykuya dalmada zorlanma (%37,1) gibi diyaliz semptomlarını daha düşük düzeyde deneyimlese de hastaların yaşam kalitesinin uyku alt boyutunun olumsuz etkilendiği görüldü. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda uyku kalitesinin düşük olduğu birçok literatürde de belirtilmiştir. Iliescu ve ark (2003) çalışmasında (n=63) hastaların %71'inin, Neda ve ark (2005) çalışmasında (n=81) %67,7'sinin, Çölbay ve ark (2007) çalışmasında (n=94) hastaların %69,1'inin, Hüzmeli ve ark (2014) çalışmasında (n=112) ise hastaların %61,6'sının uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmiştir. Buna ilave olarak kötü uyku kalitesinin hastalarda yorgunluk ve enerji düzeyinde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık (Çölbay ve ark. 2007) ve genel yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Parvan ve ark. 2013; Eslami ve ark. 2014; Maung ve ark. 2016). Çalışmamızda diyaliz semptomlarının yaşam kalitesinin uyku alt boyutunu olumsuz etkilediği bulundu. Literatürde de yorgunluk, depresyon, huzursuz bacak sendromu (Unruh ve ark. 2006; Çölbay ve ark. 2007; Hüzmeli ve ark. 2014; Joshwa ve ark. 2012; Scherer ve ark. 2017; Akyol ve ark. 2017), eklem ve kemik ağrıları (Uzun ve ark. 2003; Kim ve ark. 2008; Durmaz Akyol ve ark. 2017), endişe, emosyonel sorunlar (Uzun ve ark. 2003; Durmaz Akyol ve ark. 2017), karın ağrısı, dispne, yorgunluk, kas krampları, kaşıntı ve bulantı (Musci ve ark. 2004; Merlino ve ark. 2008; Scherer ve ark. 2017) semptomlarının hastaların uyku kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda komorbid durumların (diyabet, nöropati vb), hastalığın geç komplikasyonlarının (renal osteodistrofi), diyaliz prosedürleri ve tekniğinin (cerrahi girişim, damar yolu uygulamaları vb), hastalık ve tedavinin fiziksel etkilerinin ağrıya neden olduğu bilinmektedir (Murtagh ve ark. 2007). Ağrı, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda oldukça sık görülen ve hastanın fiziksel yeterlilik, mental durum ve sosyal aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azaltan semptomlardan biridir (Davison 2005; Davison 2007; Calls ve ark. 2009; Davison ve Jhangri 2010; Davison 2010). Yapılan araştırmalarda hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ağrı sıklığının %19,6 ile %53,3 arasında değiştiği (Jablonski 2007; Golan ve ark. 2009; Hsu ve ark. 2014) başka bir çalışmada ise hastalarının %50'sinin kronik ağrısı olduğu, %55'inin de şiddetli düzeyde ağrı deneyimledikleri bildirilmiştir (Davison 2003). Çalışmamıza katılan hastaların kemik ve eklem ağrısı (%48,8), baş ağrısı (%44,1) ve göğüs ağrısı (%19,4) semptomlarını diğer diyaliz semptomlarına göre daha düşük düzeyde deneyimlemekte idi. Özdemir'in (2011) çalışmasında (n=300) ise kemik ve eklem ağrısının (%48,7) diyaliz semptomları içerisinde ikinci sırada, Akgöz ve Arslan'ın (2017) çalışmasında (n=105) ise baş ağrısı (%62,9), kemik ve eklem ağrısı (%61) hastaların diyaliz semptomları içerisinde ikinci ve üçüncü sırada yer aldığı yer aldığı gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %96'sının diyaliz işlemi sırasında ağrı deneyimlediği, bu ağrıların sırası ile baş (%26,4), karın (%19,4) alt ekstremitelerde (%18,8) olduğu bildirilmiştir (Özyiğit ve ark. 2016). Çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalitesinin ağrı alt boyutunun diğer alt boyutlara göre daha az etkilendiği görüldü. Bu durum ağrı ile ilgili semptomların diğer diyaliz semptomlarına göre daha az sıklıkta deneyimlemesi ile açıklanabilir. Zyga ve ark (2015) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ağrının yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiği çalışmasında ağrı öz etkililiği düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiğini göstermiştir. Yapılan bir çalışmada ağrı, yorgunluk, genel iyilik halinde azalma ve depresyonun genel yaşam kalitesini etkileyen en önemli belirteçlerinden olduğu (Davison ve Jhangri 2010) semptomlar arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının olumsuz etkilendiği (Davison 2010) bildirmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, hemodiyaliz tedavisi alan hastalar tarafından deneyimlenen ilk üç semptomun yorgun hissetme veya enerjide azalma, cinsel ilgide azalma ve cinsel doyumda azalma olduğu, hastaların yaşamlarında en sık etkilenen alanın enerji ve fizik aktivite olduğunu, diyaliz semptomları arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini gösterdi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda başarılı bir semptom yönetimi için hastaların deneyimledikleri ve öncelikli olan semptomların belirlenerek tedavi ve bakımında öncelik verilmesi,
- Cinselliğin de semptom yönetiminin önemli bir parçası olarak kabul edilerek, hastanın cinsellik ile ilgili sorunlarının bu alanda uzman sağlık profesyonelleri ile görüşülerek uygun girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4(6): 1057–106

Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8: 1-11.

Aghakhani N, Samadzadeh S, Mafi TM, Rahbar N. The impact of education on nutrition on the quality of life in patients on hemodialysis: a comparative study from teaching hospitals. Saudi J Kidney Dis Transpl 2012; 23: 26-30.

Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017;1(12):20-8.

Akın S, Taşköprü İ, Özdiilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2010; 7(3):16-25.

Akpolat T ve ark. Nefroloji El Kitabı. 4. Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul; 2007.

Aksoy T. Periton diyalizinin anatomi ve fizyolojisi. İn: fErtürk J, Korkmaz R, Şentürk S(Eds). Periton Diyalizi El Kitabı.2. Baskı, Eczacıbaşı Baxer, Ankara. 2009, s: 16-19.

Alemdar H, Çınar-Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015; 2(2):19-30.

Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. Mater Sociomed 2016; 28(5): 338-42.

Ali ME, Abdel-Hafez HZ, Mahran AM, Mohamed HZ, Mohamed ER, El-ShazlyAM, Gadallah AM, Abbas MA. Erectile dysfunction in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis in Egypt. Int J Impot Res 2005; 17:180-185.

Arık N, Dilek M. Nefroloji. 2. Baskı. Karakter Color A.Ş. İstanbul. 2008:336-74.

Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ankara.2009: 1-24

Arslan TD, Ağırbaş İ. Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. Sağ. Perf. Kal. Derg 2017; (13): 99-126.

Arslan YS, Sivrikaya SK, Erdem N, Akyol AD. Hemodiyaliz hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2011; 8(1): 32.

Ataman R. Periton diyalizi hasta seçimi. İçinde: Ersoy FF, ed. Periton Diyalizi Başvuru. Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., Ankara; 2013, s.37-47.

Atasoy İ, Çolak H, Akdeniz Y, Tanrısev M, Özyurt B. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2013;(3):133-141.

Atik D, Atik C, Asaf R, Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin sosyal görünüş kaygısına etkisi. Medicine Science 2015;4(2):2210-23.

Azak A, Altundağ Dünder S. Kronik hemodiyaliz yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(6):1623-1629.

Bahar A, Savaş HA, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8(4):287-92.

Balaban ÖD, Aydın E, Keyvan A, Yazar MS, Tuna Ö, Devrimci Özgüven H. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikiyatrik komorbidite, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi: Bir vaka kontrol çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2017; 54(2): 137-142.

Balım S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşirliği Dergisi 2016;1:34-42.

Başaran D, Altun Şahin Ö, Kaban F, Ecdar T. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016;1:9-16.

Bedir M, Güneş AJ, Cilan H, Doğan Ö, Akarsu EO, Özben S. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem kronik böbrek yetmezliği hastalarında huzursuz bacaklar sendromu. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2013; 3(2):62-67.

Beşer E, Kara S, Dicleli T, Günay O. Kayseri ilindeki hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010; 8: 83-94.

Birol L. Hemşirelik Süreci. 10. Baskı. Akademisyen Kitapevi., Ankara; 2011, s:470-478.

Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. Psychosomatics 2012; 53: 30-37.

Bover J, Cozzolino M. Mineral and bone disorders in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: new insights into vitamin D receptor activation 2011. Kidney International Supplements 2011; 1(4): 122-129.

Brenner I, Brohart K. Weekly energy expenditure and quality of life in hemodialysis patients. CANNT J 2008; 18(4):36-40.

Calls J, Calero RM, Sanchez HD, Navarro GM, Amer JF, Tura D, Torrihos J. An evaluation of pain in haemodialysis patients using different validated measurement scales. Nefrologia 2009; 29: 236-43.

Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of haemodialysis-associated symptoms. Nephrol Dial Transplant 2011;26: 2656-63.

Castro CD, Murphy L, Battistella M. Pain assessment and management in hemodialysis patients. The CANNT Journal 2013; 23(3):29-34.

Chaudhry S. Chronic Kidney Disease (CKD). Lancet 2012;379(9811):165-80

Chuku CL, Valdez JR, Ajonuma LC. Is Nottingham Health Profile a reliable tool to measure quality of life of Filipinos with chronic kidney diseases undergoing hemodialysis. East Afr J Public Health 2010;7(4):286-8.

Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. Journal of Pain and Symptom Management 2010;39(2): 211-218.

O'Connor NR ve Corcoran AM. End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. Am Fam Physician 2012;85(7):705-710.

Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2016; 11: 2250–55.

Cox KJ, Parshall MB, Hernandez SHA, Parvez SZ, Unruh ML. Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: A qualitative study. Hemodialysis International 2017; 21: 524–533.

Cinar S, Barlas GU, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pak J Med Sci 2009;25(3):12-8.

Çınar S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009;1(1):12-8.

Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BA, Schatell D. Hemodialysis patients' symptom experiences: effects on physical and mental functioning. Nephrol Nurs J 2002; 29(6):562-98.

Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(1):23-27.

Çölbay M, Yüksel Ş, Fidan F, Acartürk G, Karaman O, Unlu M. Hemodiyaliz hastalarının Pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi Tuberkuloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(2): 167-73.

Çölbay M, Yuksel Ş, Acarturk G, Uslan İ, Karaman O. Huzursuz bacak sendromlu hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesi. Genel Tıp Derg 2007;17(1):35-41.

Danquah FV, Wasserman J, Meininger J, Bergstrom N: Quality of life measures for patients on hemodialysis: A review of psychometric properties. Nephrol Nurs J 2010;37:255-269.

Davison SN. Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity, and management. Am J Kidney Dis 2003;42:1239-47.

Davison SN. Chronic pain in end-stage renal disease. Adv Chronic Kidney Dis 2005;12:326-334 10.

Davison SN, Jhangri GS, Johnson JA. Cross-sectional validity of a modified Edmonton symptom assessment system (ESAS) in dialysis patients: A simple assesment of symptom burden. Kidney International 2006; 69: 1621-1625.

Davison SN. The prevalence and management of chronic pain in end stage renal disease. Journal of Palliative Medicine 2007; 10(6):1277–1287.

Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. Journal of Pain and Symptom Management 2010; 39(3): 477-485.

Davison SN. End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2010;5:195-204.

Davison SN, Jassal SV. Supportive Care: Integration of Patient-Centered Kidney Care to Manage Symptoms and Geriatric Syndromes. Clin J Am Soc Nephrol 2016; doi: 10.2215/CJN.01050116.

Dedeli Çaydam Ö, Çınar-Pakyüz S. Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016;1(1):61-73.

Delmas P, Cohen C, Loisele CM, Antonini M, Pasquier J, Burnier M. Symptoms and quality of life from patients undergoing hemodialysis in Switzerland. Clinical Nursing Studies 2018;6(2):63-72.

De Nour AK. Psychological adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. J Psychosom Res 1982;26:11-22.

Demirbilek H, Cİğerli Ö, Yakupoğlu Ü ve ark. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona psikososyal bakış açısı. Göztepe Tıp Dergisi 2010;25(4):177-81.

Demir M, Aslan Ö, Demir Z, Barış N, Çuhadar S, Köseoğlu MH. Kronik böbrek hastalığında parathormon, kalsiyum ve fosfor düzeyleri. Türkiye Klinikleri Nephrol 2011;6(1):12-6.

Demir Ö, Cihan A, Seçil M, Çelik A, Demir T, Çömlekçi A, Esen AA. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan non-diyabetik hastalarda erektil ve cinsel fonksiyon bozukluğu için risk faktörleri. Turkish Journal of Urology 2009;35(4):310-15.

Doss F, Polaschek N. Assessing sexual dysfunction in people living on dialysis in a New Zealand renal service. Ren Soc Aust J 2012; 8:104-108.

Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, Shear KM, Rollman BL. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. General Hospital Psychiatry 2006; 28:306– 12.

Duran S, Güngör E. Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015;41(2):59-63.

Durmaz Akyol A. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1):31-41.

Durmaz Akyol A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016; 1: 21.

Durmaz Akyol A, Yurdusever S, Temizkan Kırkayak A, Sifil HM, Ecder T. Hemodiyaliz hastalarının uyku sorunlarına etki eden faktörlerin incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017;2(1):31-41.

Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara S, Kurokawa K, Rayner HC, Furniss AL, Port FK, Saran R. Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(3):998-1004.

Erdenen F, Çürük Ş, Karşıdağ Ç ve ark. Hemodiyaliz hastalarında yeti yitimi, anksiyete ve depresyon. *Nobel Med* 2010; 6(1): 39-44.

Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi RRM, Reza Masoudi R. Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(7): e17155.

Feldman R, Berman N, Reid MC, Roberts J, Shengelia R, Chritianer K, Eiss B, Adelman RD. Improving symptom management in hemodialysis patients: Identifying barriers and future directions. *Journal of Palliative Medicine* 2013; 16(12); 1528-1533.

Gapstur RL. Symptom Burden: A Concept Analysis and Implications for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(3):673-80.

Golan E, Haggiag I, Os P, Bernheim J: Calcium, parathyroid hormone, and vitamin D. Major determinants of chronic pain in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1374-80.

Gökdoğan F. Diyaliz hastalarında semptom yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2010;16-24.

Göküstün D. Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ile 25 hidroksi vitamin D arasındaki ilişki. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. E Tural).

Gölbaşı Z ve Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(3):182-89.

Göriş S, Ceyhan Ö, Taşçı S, Doğan N. Do symptoms related to hemodialysis affect marital adjustment? *Sex Disabil* 2016; 34: 63–73.

Göriş S, Bilgi N. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;68-74.

Güder S, Karaca Ş, Kulaç M, Yüksel Ş, Güder H. Afyonkarahisar ve çevresinde diyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda deri bulguları. Türkdem 2011; 46:181-5.

Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, Usan İ, Karaman Ö, Geçici Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:173-178

Holley HL. The hypothalamic-pituitary axis in men and women with chronic kidney disease. Advances in Chronic Kidney Disease 2004;11(4): 337-341.

Hsu HJ, Yen CH, Hsu KH, Wu IW, Lee CC, Hung MJ, Sun CY, Chou CC, Chen YC, Hsieh MF, Chen YC, Hsu CY, Tsai CJ, Wu MS. Factors associated with chronic musculoskeletal pain in patients with chronic kidney disease. BMC Nephrology 2014;15:1-9

Hüzmeli C, Candan F, Koçkara AŞ, Akkaya L, Kayataş M. Hemodiyaliz hastalarında uyku kalite bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu arasındaki ilişki. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36:466-473.

Ibrahim N, Chiew-Tong NK, Desa A. Illness perception and health-related quality of life among haemodialysis patients. Pertanika J Soc Sci Human 2011;19(9):173-81.

Iliescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2003; 18(1):126-32.

Jablonski A. The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. Nephrology Nursing Journal 2007;34:29-37

Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten EW et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. BMC Nephrology 2010;11:35-45.

Johnston S. Symptom management in patients with stage 5 ckd opting for conservative management. Health Care 2016;4(72):1-8.

Joshwa B, Khakha DC, Mahajan S. Fatigue and depression and sleep problems among hemodialysis patients in a Tertiary Care Center. Saudi J Kidney Dis Transpl 2012;23(4):729-35.

Kaplan A. Hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne uyumu ve yaşadıkları semptomların belirlenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Songül Görüş).

Kaptan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Tıp Kitabevi., İstanbul; 2012, s: 341-344.

Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 132-36.

Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: yaşam kalitesi. TAF Prev Med Bull 2012; 11(5): 631-38.

Karabulutlu Yılmaz E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4):25-31.

Karaca S, Çınar S, Bicik Bahçebaşı Z. Hastaların perspektifinden: periton diyalizinin yaşama ve ruhsal belirtilere etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2(4): 169-74.

Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner Sistem Hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 877-887.

Karadeniz G, Altıparmak S, Marul G, Muslu H. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yaşama ilişkin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (2) : 29-36.

Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18-1.

Kayhan F, Keleş M. Hemodiyaliz hastalarında ilaç uyumu ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics 2015;8(3):87-90.

Kazancıoğlu R. Periton diyalizinde hasta eğitimi ve periton diyalizi hemşiresinin rolü. In: Ersoy F (Ed) Periton Diyalizi Başvuru Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri. 2013;299-314.

Kılıç Akça N, Arslan D. Hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş altı bireylerde ağrı ve başatma yöntemleri. . Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2015; 24(3):278-282.

Kıyak E, Ergüney S. Hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(1): 38-44.

Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. Nephrology Nursing Journal 2010; 37(3): 271-81.

Kim JM, Kwon HM, Lim CS, Kim YS, Lee SJ, Nam H. Restless legs syndrome in patients on hemodialysis: symptom severity and risk factors. J Clin Neurol 2008; 4: 153-7.

Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. Semin Nephrol 2006; 26: 68-79.

Korkut Y. Ferrans ve Powers'ın diyaliz hastaları için yaşam kalitesi endeksinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44(1):14-8.

Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2005;14 (4) 166-70.

Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(4):365-372.

Krespi RM, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Hemodiyaliz hastalarında yaşam değerlendirme anketinin geliştirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1):56-67.

Krespi RM, Küntüz İS. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal faktörlerin duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesine etkileri. Türkiye Klinikleri J Intern Med 2017;2(1):1-10.

Kutner NG, Zhang R, McClellan WM. Patient-reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. Nephrol Nurs J 2000; 27: 357-367.

Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. Int J Rehabil Res 2000;23(1):31-8.

Leung KC, Tonelli M, James MT. Chronic kidney disease following acute kidney injury-risk and outcomes. Nat Rev Nephrol 2013; 9:77-85

Levin A, Hemmelgarn B, Culleton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka M ve diğerleri. Guidelines for the Management of Chronic Kidney Disease. CMAJ 2008; 179(11) 1154-1162.

Maung SC, El Sara A, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. World J Nephrol 2016; 5(3): 224–232.

Merlino G, Gigli GL, Valente M. Sleep disturbances in dialysis patients. J Nephrol 2008; 21 Suppl 13:66-70.

Milde FK, Hart LK, Fearing MO. Sexuality and fertility concerns of dialysis patients.

ANNA J 1996; 23:307-313.

Mollaoğlu M. Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. Prev Med Bull 2011;10(2):181-186.

Mollaoğlu M. Quality of life in patients undergoing hemodialysis. <http://dx.doi.org/10.5772/45929>. Chapter from the book Hemodialysis. 2013. Downloaded from: <http://www.intechopen.com/books/hemodialysis>.

Mroz A, Marczewski K. Quality of life for Lublin and Copenhagen hemodialysis (HD) patients-comparison study. *Med Sci Monit* 1999; 5(6): 1175-8.

Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Tompa G, Barotfi S, Marton A, Novak M. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(7):1815-22.

Murtagh EM, Thomas N. Diyaliz dışı seçenekler ve palyatif bakımın rolü. Çeviren: Yıldız H. Çeviri Editörü: Karakovan A. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. Dördüncü basımdan çeviri. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara; 2016, s:308-320.

Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14(1): 82-99.

Mutlu E. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007

Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bil Derg* 2013;2(1): 15-21.

Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005. Sayı:1:25-29.

Nişel RN, Çınar A, Ekizler H. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin uluslararası mukayeseli analizi. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bölümler Dergisi* 2016. 38(1):249-259.

Noble H. Supportive and palliative care for the patients with end stage renal disease *Br J Nurs* 2008;17(8):498-504.

O'connor NR, Corcoran AM. End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. *Amerikan Family Physician* 2012; 85(7): 705-10.

Okanlı A, Erdem N, Yılmaz Karabulutlu E. Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:156-61.

Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E. Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(4): 94-100.

Ovayolu N. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. In: Ovayolu N, Ovayolu Ö, eds. *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi., Adana; 2016, pp,373-378.

Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. *Başkent Üniversitesi*. Ankara, 2005.

Önsöz BH, Yeşilbalkan-Usta Ö. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Dialysis Symptom Index in chronic hemodialysis patients. *Turk Neph Dial Transpl* 2013; 22 (1): 60-7.

Özçetin A, Bicik Bahçebaşı Z, Bahçe başı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:142-150.

Özdemir Ç. Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2011; Ankara (Danışman: Doç. Dr. S. Kav).

Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;1(1):57-72.

Özdemir G, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *International Journal of Nursing Practice* 2013; 19(3): 265-273.

Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2003; 12 (2):113-116.

Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2009;31(2):119-125.

Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E. Hemodiyaliz hastalarında ağrı. Türk Nefroloji Diyaliz Transplantasyon 2016; 25(1):88-94.

Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. Quality of sleep and is relationship to quality of life in hemodialysis patients. Journal of Caring Sciences 2013;2(4): 295-304.

Peng YS, Chiang CK, Kao TW, Hung KY, Lu CS, Chiang SS, Yang CS, Huang YC,

Wu KD, Wu MS, Lien YR, Yang CC, Tsai DM, Chen PY, Liao CS, Tsai TJ, Chen WY. Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: A multicenter study. Kidney Int 2005; 68:760-765.

Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco JJ. Review of studies on health related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease in Spain. Nefrologia 2015; 35(1): 92-109.

Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(1):22-31.

Sarı E ve Usta MF. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda erektil disfonksiyon ve hiperhomosisteinemi ilişkisi. Androl Bul 2017; 19(2):33–9.

Scherer JS, Combs SA, Brennan F. Sleep disorders, restless legs syndrome, and uremic pruritus: diagnosis and treatment of common symptoms in dialysis patients. Am J Kidney Dis 2017; 69(1): 117-128.

Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G. Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk nefroloji derneği kayıt sistemi 2016 yılı özet raporu. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2018;27(2):133-39.

Seyahi N. Türk Nefroloji Derneği 2017 yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2018. Erişim adresi: <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>

Sever MŞ, Ok E, Başcı A. Kronik hemodiyaliz hastası- takip ve tedavi rehberi. Ömür Matbaacılık A ., İstanbul; 2011, s:35-200.

Sezen A. Diyaliz El Kitabı. Nobel Kitabevi., İstanbul; 2013.

Sinangil A, Ecder T. Böbrek transplantasyonu endikasyonları. Türkiye Klinikleri Journal of Radyoloji Özel Dergisi 2016;9(3):83-6.

Son YJ, Choi KS, Park YR, Bae JS, Lee JB. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. Am J Nephrol 2009; 29: 36–42.

Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. International Journal of Impotence Research 2004;16, 531-34.

Soykan A, Boztas H, Kutlay S, Ince E, Nergizoglu G, Dilekoz AY, Berksun O. Do

sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey. Int J Impot Res 2005; 17:359-363.

Sungur G, Tekinsoy P, Ceyhan Ö, Taşçı S, Şahin S, Görüş s. Hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2010: 28-33

Süleymanlar G, Serdengeçti K, Erek E. Türkiye’de son dönem böbrek yetmezliğinin epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 2005;1(21):1-8

Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı. İçinde: Ersoy FF, ed. Periton Diyalizi Başvuru. Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara; 2013, s.1-19.

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2015. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2016. Erişim adresi: http://www.tsn.org.tr/folders/file/2015_REGISTRY_kontrol_v2.pdf

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2017. Erişim adresi: <http://www.tsn.org.tr/folder/file2016/Registry.pdf>

Tan M, Okanlı A, Karabulut E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(2):32-9.

Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Derleme. Kronik böbrek yetmezliği, Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):27-32.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2014-2017 Erişim adresi: http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 Erişim adresi: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf?ua=1

Tezel A, Karabulutlu E, Şahin Ö. Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. JRMS 2011; 16(5): 666-673.

Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M ve ark. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. Psychol Health 2008;23(6):679-90.

Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017;1(12):36-42.

Tuna S, Çınar-Pakyüz S, Çaydam-Dedeli Ö. Sistematik derleme: Hemodiyalizdeki hipotansiyonun önlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015; 2(2):63-79.

United States Renal Data System (USRDS). Incidence, Prevalence, Patient Characteristics, and Treatment Modalities 2017 69(3):261-300.

Unruh ML, Buysse DJ, Dew MA, Evans VI, Wu AW, Fink NE, Powe NR, Meyer KB, for the Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1: 802– 10.

Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003;12 (1) 61-66

Wang JL, Chen CK. The psychological impact of hemodialysis on patients with chronic renal failure. 2012. <http://cdn.intechopen.com/pdfs/37101.pdf>

Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: The Dialysis Symptom Index. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27 (3): 226-40.

Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, Switzer GE. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 2487–94.

Weisbord SD, Fried LF, Mor MK, Resnick AL, Unruh ML, Palevsky PM, Levenson DJ, Cooksey SH, Fine MJ, Kimmel PL, Arnold RM. Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2007;2: 960-967

Weisbord SD, Mor MK, Sevik MA, Shields AM, Rollman BL, Palevsky PM, Arnold RM, Green JA, Fine MJ. Associations of depressive symptoms and pain with dialysis adherence, health resource utilization, and mortality in patients receiving

chronic hemodialysis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2014; 9(9): 1594-1602.

WHO (World Health Organization) (2006). Constitution of The World Health Organization. Erişim Adresi: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Erişim Tarihi: 03.03.2017.

Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. Türk Tıp Dergisi 2012;6(1): 33-37.

Yeniçerioğlu Y. Kronik hastalıklar epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Sayısı 2008;1(2):1-5

Yeşil S, Karşlı B, Kayacan N, Süleymanlar G, Ersoy F. Hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ağrı değerlendirmesi. Ağrı 2015; 27(4):197-204.

Yetişkin Ş. Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul, 2008.

Yılmaz A, Göker C, Koçak OM, Aygör B, Şentürk V, Nergizoğlu G, Soykan A, Kumbasar H. Sexual functioning in hemodialysis patients and their spouses: Results of a prospective study from Turkey. Turk J Med Sci 2009;39(3): 405-414.

Yılmaz M, Özaltın G. Periton diyalizi tedavisi olan bireylerin cinsel sorunlar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5(14): 97-112.

Yong DSP, Kwok AOL, Wong DML. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. Palliative Medicine 2009; 23: 111–119.

Yorulmaz H, Karahaliloğlu N, Kürtünlü Ş, Türkyılmaz Ç, Hacıoğlu N. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yorgunluğa etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 2011;48: 59-65.

Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;2:1-7.

Yüksel Ş, Yılmaz M, Demir M, Ertürk J, Acartürk G, Koyuncuoğlu HR, Sezer MT. Diyaliz hastalarında huzursuz bacak sendromu ve ilişkili faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(2):344-52.

Zahra TK, Shadi Z, azam V, Ali M. Physical and emotional symptoms and quality of life in hemodialysis patients. Payes 2016; 15(2):193-200.

Zamanian H, Kharameh ZT. Translation and psychometric properties of the persian version of the dialysis symptom index in hemodialysis patients. Nephro Urol Mon 2015; 7(1): e23152.

Zengin N ve Ören B. Hemodiyaliz hastalarının tuzdan kısıtlı diyetle uyumlarının incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015; 2(2):39-49.

Zengin O ve Yıldırım B. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. Turk Neph Dial Transpl 2017; 26 (1): 67-73.

Zyga S, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, Panoutsopoulos G. Management of pain and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Pain Management Nursing 2015; 16(5):712-720.

10. EKLER

Ek-1 Anket formu

Ek-2 Diyaliz Semptom İndeksi'nin Yazar İzni

Ek-3 Nottingham Sağlık Profili Ölçeği'nin Yazar İzni

Ek-4 Etik Kurul Formu

Ek-5 Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

Ek-6 Özel Nefronege Diyaliz Merkezi İzni

EK-1 Anket Formu

Merhaba,
Hemodiyaliz tedavisi olan hastaların hemodiyaliz semptomları yaşam kalitelerini değerlendiren bir çalışma yürütmekteyim. Aşağıda sizin bazı özellikleriniz, hastalığınız nedeni ile yaşadığınız fiziksel, sosyal, psikolojik güçlükler, günlük yaşamınızın etkilenme durumunu değerlendirmek için bazı sorular yer almaktadır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur. Önemli olan sizin kişisel görüşlerinizdir. Lütfen, ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan yanıtta yer alan kutucuğu veya ()'i işaretleyiniz. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.
Hemş. Gülden EREN

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN SEMPTOMLARININ VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3) Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

4) Eğitim durumunuz:

- ☐ Okur yazar
- ☐ İlkokulu
- ☐ Orta okul
- ☐ Lise
- ☐ Fakülte/Yüksek okul
- ☐ Lisans üstü

5) Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır.

6) Çalışıyorsanız iş/mesleğiniz:.....

7) Sosyal güvenceniz:

- ☐ Var
- ☐ Yok

8) Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere denk
- ☐ Gelir giderden fazla

9) Kaç yıldır diyaliz tedavisi alıyorsunuz?

- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 Yıl
- ☐ 11 yıl ve üzeri

10) Kronik böbrek yetersizliğine neden olan hastalığınız nedir?

- ☐ Diyabet
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Kronik glomerülonefrit
- ☐ Kronik pyelonefrit
- ☐ Diğer ürolojik hastalıklar (taş, tümör, VUR)
- ☐ Diğer

11) Diyaliz seansınız hiç aksattığınız oldu mu?

- ☐ Oldu
- ☐ Olmadı

12) Diyaliz seansınızı aksatma nedeninizi belirtiniz.....

Laboratuvar değerleri (Kan)	
Kan Glikozu	
Htc	
Hb	
Kt/V	
URR	

Hemodiyaliz ile ilgili değerler		
	DÖ	DS
BUN		
Kreatinin		
Na		
K		
Fosfor		
Ca		
Kan basıncı	/.....	/.....

İki diyaliz seansı arasında alınan kilo (İnterdiyalitik sıvı alımı):.....

Diyaliz Semptom İndeksi

Aşağıda 30 tane rahatsızlık belirtilmiştir. Son bir hafta içinde sizde olan rahatsızlık için “EVET” seçeneğini işaretleyiniz. “EVET” seçeneğini işaretlediyseniz bu rahatsızlığın sizi ne kadar etkilediğini, seçeneklerden size uygun olan yanıtı daire içine alarak belirtiniz. Eğer bu rahatsızlıklar sizde görülmediyse “HAYIR” seçeneğini işaretleyiniz.

Semptomlar	Semptomların varlığı		Semptomların sıklığı				
	Evet	Hayır	Hiç	Biraz	Bazen	Çok	Çok fazla
Kabızlık							
Bulantı							
Kusma							
İshal							
İştahta azalma							
Kas krampları							
Bacaklarda şişlik							
Nefes darlığı							
Sersemlik baş dönmesi							
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma							
Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma							
Yorgun hissetme veya enerjide azalma							
Öksürme							
Ağız kuruluğu							
Kemik veya eklem ağrısı							

Semptomlar	Semptomların varlığı		Semptomların sıklığı				
	Evet	Hayır	Hiç	Biraz	Bazen	Çok	Çok fazla
Göğüs Ağrısı							
Baş ağrısı							
Kas ağrısı							
Konsantre olmada zorluk							
Deride kuruluk							
Kaşıntı							
Endişelenme							
Sinirli hissetme							
Üzgün hissetme							
Uykuyu sürdürmede zorlanma							
Rahatsız hissetme							
Uykuya dalmada zorlanma							
Kaygılı hissetme							
Cinsel ilişkiye ilgide azalma							
Cinsel doyum almada zorlanma							

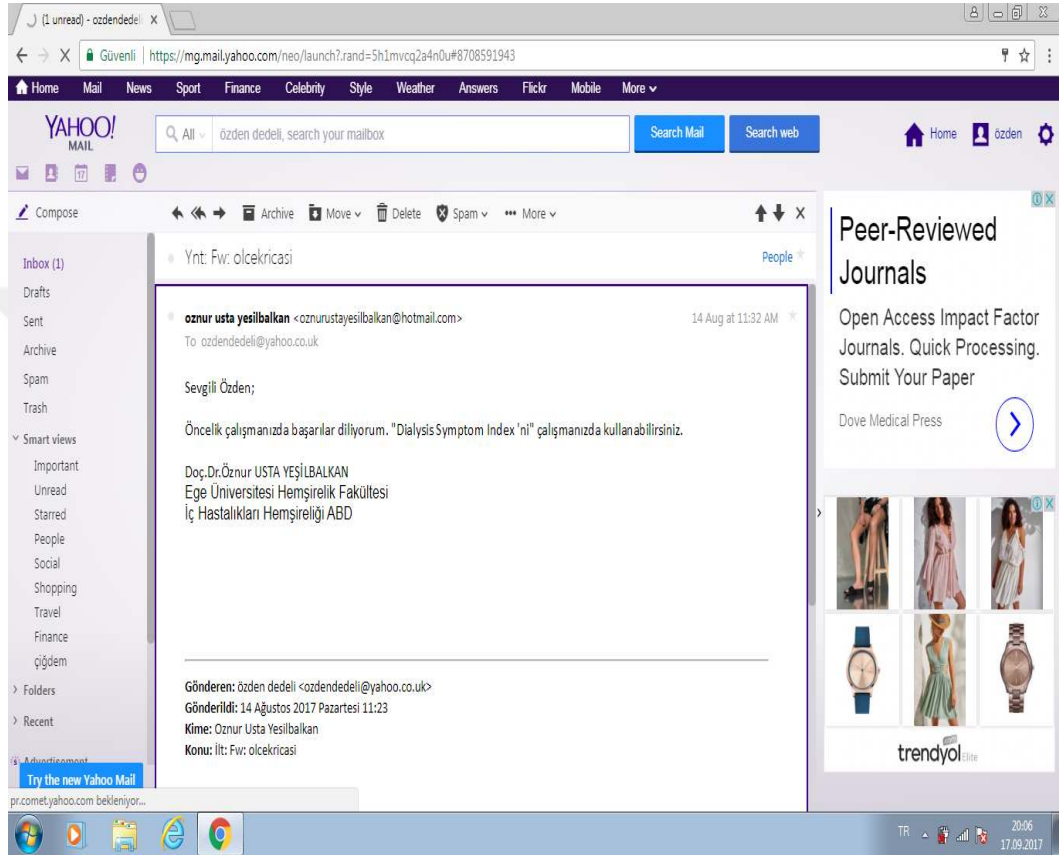
Yukarıda belirtilmemiş, sizin geçen hafta yaşadığınız başka semptom(lar) var mı?
 Belirtiniz.....

Nottingham Sağlık Profili

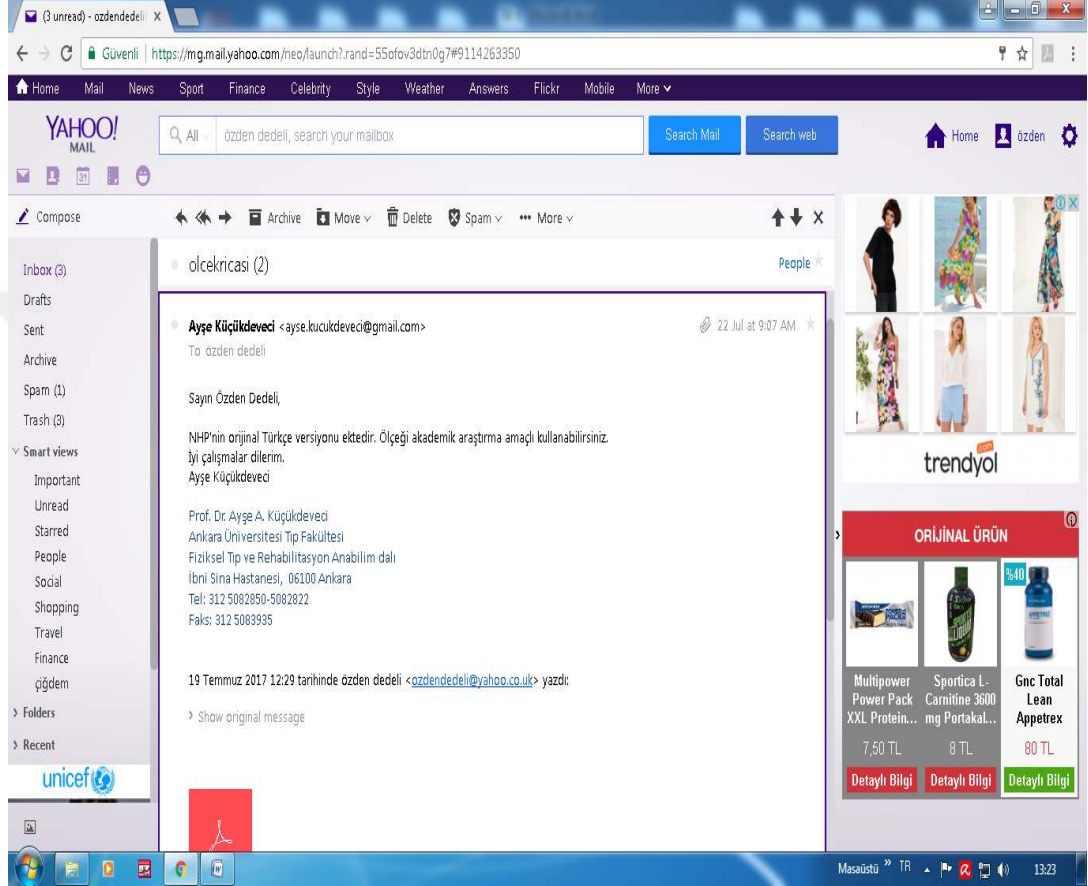
Aşağıda bireylerin günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri bazı sorunlar verilmiştir. Listeye bakıp son bir hafta içinde sizde olan sorunlar için “EVET” seçeneğini olmayan sorunlar için “HAYIR” seçeneğini işaretleyiniz.

Enerji	Evet	Hayır
Enerjim kısa sürede tükeniyor		
Her şey çaba harcamamı gerektiriyor		
Her zaman yorgunum		
Ağrı		
Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor		
Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor		
Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor		
Oturduğum zaman ağrım oluyor		
Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor		
Geceleri ağrım var		
Dayanılmaz ağrılarım var		
Sürekli ağrılar içindeyim		
Duygusal Reaksiyonlar		
Günler çok ağır geçiyor		
Kendimi sinirli hissediyorum		
Eğlenmenin ve hoşça vakit geçirmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum		
Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum		
Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor		
Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum		
Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor		
Sanki kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissediyorum		
Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum		
Uyku		
Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum		
Uykuya dalmam uzun sürüyor		
Geceleri kötü uyuyorum		
Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum		
Gecenin büyük bir kısmında uyanık olarak yatıyorum		
Sosyal İzolasyon		
İnsanlarla geçinmek güç geliyor		
İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum		
Kendimi yakın hissedeceğim kimsenin olmadığını düşünüyorum		
Kendimi yalnız hissediyorum		
İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum		
Fiziksel Hareketlilik		
Bir şeye uzanmak çok zor geliyor		
Eğilirken zorlanıyorum		
Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük çekiyorum		
Uzun süre ayakta duramıyorum		
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum		
Giyinirken zorlanıyorum		
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum		
Kesinlikle yürüyemiyorum		

EK-2 Diyaliz Semptom İndeksi'nin Yazar İzni

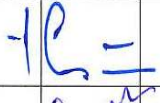
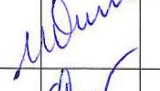
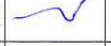
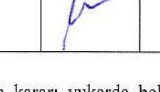
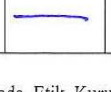


Ek-3 Nottingham Sağlık Profili Ölçeği'nin Yazar İzni



Ek-4 Etik Kurul Formu

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	11 / 10 / 2017 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM - Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Gülden EREN						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	27 / 09 / 2017 / Tarih ve 43606 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		☐	☒
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD		☐	☐
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	İhsan AVCI Sivil Üye		☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun “İzleme – Denetleme” Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/11/2018-E.99857



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Gülden Eren'in tez konusu.

SBE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 20.11.2018 tarih ve 42/29 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 181380002 numaralı öğrencisi **Gülden EREN**'in tez konusunun, etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158
E-Posta:saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:Ayşe Ertik
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek-5 Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
-MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 76379986-774.01.99
Konu : Gülden EREN/Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 16/11/2017 tarihli ve 65182228-799-1709 sayılı yazı
b) 15/11/2017 tarihli ve 94213349-604.02-5040 sayılı yazı

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Gülden EREN'in, aynı fakültede öğretim görevlisi olan Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM danışmanlığında "*Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*" adlı araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Aralık 2017- Kasım 2018 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2018 yılı Aralık ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Bilgi için:GÖL SAKARYA OFLU

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c9504d9f-7d6f-4aa2-be18-51c0fe58f76b kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:

Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği

Sn. Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM (Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi
Yunusemre/MANİSA)

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e950439f-7d6f-4aa2-be18-51c0fe58f76b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6 Özel Nefronege Diyaliz Merkezi İzin Formu

İLGİLİ MAKAM'A

06.11.2017 tarihinde 41445344-100E.87630 sayılı yazınızda adı geçen öğrenciniz Gülden Eren' in " Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasına ilişkin diyaliz merkezimizde araştırma ve anket yapmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.


İsmail EREN SETİNDAG
Sertifika No: 5730

14.11.2017

NEFRONEGE PETROLÇİ MERKEZİ A.Ş.
Dr. Ali ASUT PAZARI
Hemodiyaliz Merkezi Sorumlusu
Dip No/Tes No 544-52848
Sertifika No 423

11. YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptomların Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Tezime ilişkin 30/11/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallık raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 18'dir.

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

Adı Soyadı : Gülden EREN
Öğrenci No : 181380002
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği
Programı : Yüksek Lisans

Tarih ve İmza

05.02.2019

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Öğr. Üyesi DEDEKİ GAYDAM

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallık Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süzülmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

12.ÖZGEÇMİŞ

Adı	GÜLDEN	Soyadı	EREN
Doğum Yeri	AKHİSAR	Doğum Tarihi	01.01.1984
Uyruğu	T.C.	Tel	05365015544
E-mail	gulden.45@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Lisans	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu	2005
Lise	Akhisar Lisesi	2001

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Diyaliz Hemşiresi	Ege-sa Özel Diyaliz Merkezi	2005-2007
Yoğun Bakım Hemşiresi	Ege Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	2007-2012
Nefroloji Servis Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi	2012-2014
Diyaliz Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi& Manisa Şehir Hastanesi	2014-.....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	67	64	58
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Word	İyi
MS Powerpoint	İyi
MS Excel	İyi
SPSS for Windows	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz