

T.C.
HASAN KALYONCU
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



NEFROLOJİ KLİNİĞİNDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI
TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA YILDIRIM

Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NEFROLOJİ KLİNİĞİNDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI
TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatma YILDIRIM

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üye. Zerrin ÇİĞDEM

GAZİANTEP

2018

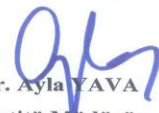
T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Fatma YILDIRIM tarafından hazırlanan “Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez, 05.07.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>imzası:</u>
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr.Üye. Zerrin ÇİĞDEM Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Dr. Öğr.Üye. Ayşe KARAKOÇ Marmara Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr.Üye. Çiğdem KÖÇKAR Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimiimde ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile her an yanımda hissettiğim ve her türlü manevi desteğini esirgemeyen çok değerli danışman hocam Sayın **Dr. Öğr.Üye. Zerrin ÇİĞDEM**'e,

Yüksek lisans eğitimiim süresince bilgileriyle her zaman yol gösterici ve yardımcı olan, değerli hocalarım Sayın **Prof. Dr. Ayla YAVA** ve Sayın **Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ**' a,

Her zaman destek ve sevgisini hissettiğim, ilgi ve desteğiyle hep yanımda olup maddi ve manevi anlamda beni yalnız bırakmayan sevgili aileme sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Fatma YILDIRIM
Gaziantep-2018

ÖZET

Fatma Yıldırım, Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans, Gaziantep, 2018. Bu araştırma, 8-12 yaş arası KBH tanısı konan çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek ve sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacı ile planlandı. Araştırma 19 Nisan – 17 Ekim 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesine başvuran, 8-12 yaş grubu olan 46 çocuk ile yürütüldü. Araştırmada Çocuk ve Aileye Yönelik Bilgi Formu, ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu kullanıldı. Elde edilen veriler SPSS Windows 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Araştırmaya katılan çocukların %52.5'sinin kız, yaş ortalamasının 9.81 ± 1.31 yıl, %58.7'sinin ilçe merkezinde yaşadığı ve %58.7'sinin sağlık güvencesine sahip olduğu belirlendi. Çocukların %73.9'unun diyaliz tedavisine devam ettiği, %88.4'ünün düzenli olarak okula gitmediği gözlemlendi. Çocukların KBH tanısı konulma yaş ortalaması 7.47 ± 2.37 olarak bulundu. Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Fiziksel İşlevsellik puan ortalamasının 49.18 ± 16.51 , Duygusal İşlevsellik puan ortalamasının 50.21 ± 19.85 , Sosyal İşlevsellik puan ortalamasının 55.76 ± 16.49 olduğu belirlendi. Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu puan alanları ortalamaları ile cinsiyet, yaş, BKİ, KBH tanısı konma yaşı, diyalize girme, diyalize girme süresi, ilaç tedavisinde aksama, okula gitme, okula devam etme durumları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p > 0.05$). Araştırmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu ölçek toplam puanı ile KBH tanısı konma süresi arasında istatistiksek olarak anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p < 0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda; KBH tanısı konma süresi bir yıldan fazla olan çocukların yaşam kalitelerinin bozulduğu düşüncesine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Yaşları, Kronik Böbrek Hastalığı, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Fatma Yıldırım, Evaluation of Life Quality of the Children Who are Followed With Diagnose of Chronic Kidney Disease at Nephrology Clinic, Hasan Kalyoncu University, Health Sciences İnstitiyc, Department of Nursing Master with Thesis, Gaziantep 2018. This investigation has been planned to evaluate the life quality of children between 8-12 years old, who has CKD and to determine the relationship with socio-demographic variables. This investigation was conducted with 46 children aged between 8-12 years who applied to Gaziantep University Şahinbey Practice and Research Hospital on 19 April-17 October the information Form for Children and Families and ÇİYKÖ 8-12 years old child form were used in this investigation. The obtained data were analyzed using SPSS Windows 22.0 packaged software. It was determined that 52.5 % of the children participating in the investigation are girls, the average age is 9.81 ± 1.31 year, 58.7% of them live in country and 58.7% of them have health insurance it was observed that 73.9% of the children are continuing to dialysis therapy, 88.4% don't go to school regularly. The children's average age of the diagnose of CKD was found 7.47 ± 2.37 . In the study, it was found that ÇİYKÖ 8-12 years old child form physical functionality average score is 49.18 ± 16.51 , emotional functionality average score is 50.21 ± 19.85 , social functionality average score is 55.76 ± 16.49 . In the study, it wasn't observed that there is statistically significant relationship among average point scores of ÇİYKÖ 8-12 years old child form and gender age BKI, age of diagnosing CKD, going into dialysis, time of going into dialysis, disruption of medication treatment, going to school, continuing to go to school conditions ($p > 0.05$). In the study, it was observed that there is statistically significant relationship between scale total score of ÇİYKÖ 8-12 years old child form and CKD diagnosis period ($p > 0.05$). In accordance with these results, it was concluded that the quality of life of children with a diagnosis of CKD is over one year was destroyed.

Key words: Childhood Ages, Chronic Kidney Disease, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜRLER.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	VI
TABLO DİZİNİ	VII
SEMBOLLER/KISALTMALARLIŞTESİ.....	IX
GİRİŞ	1
1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	4
2.1.2. KBH'nın Nedenleri	4
2.1.3. KBH'nın Klinik Özellikleri.....	5
2.1.4. KBH'nın Tedavisi	6
2.2. Yaşam Kalitesi	9
2.3. KBH ve Yaşam Kalitesi	10
2.4.KBH olan çocuk ve ailenin Hemşirelik girişimleri	11
2.4.1.KBH olan çocuğun bakımı	11
2.4.2.KBH olan çocuğun ailesinin bakımı	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırma Soruları	13
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı	13
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	13
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.5. Veri Toplama Gereçleri.....	14
3.5.1. Çocuk ve Aileye Yönelik Bilgi Formu (Ek 5a).....	14
3.5.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu (Ek 5b)	15
3.6. Araştırmanın Uygulanması	15
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	16
4. BULGULAR	1
4.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	18

4.2. Çocuğun Fiziksel ve Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular	19
4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	21
5.TARTIŞMA	28
5.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması	28
5.2. Çocuğun Fiziksel Ve Hastalık Bilgilerinin Tartışılması	29
5.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasının Tartışılması	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	28
6.1. SONUÇLAR	33
6.3.SINIRLILIKLAR	34
KAYNAKLAR	35
EKLER.....	40
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	
Ek 3. Etik Kurul Kararı	
Ek 4. Kurum İzni	
Ek 5. Veri Toplama Formu	
Ek 6. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu	
Ek 7. İntihal Raporu	
Ek 8. Kısa Özgeçmiş	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmamın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

07.06.2018

Fatma YILDIRIM

Fatma

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=46).....	18
Tablo 4.2. Çocuk ve Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları Değerleri (n=46).....	19
Tablo 4.3. Çocuğun Fiziksel Ölçüm Ortalamaları Değerleri (n=46).....	19
Tablo 4.4. Çocuğun Hastalık Süreci ve Okul Devam Etmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=46).....	20
Tablo 4.5. Çocuğun Hastalık Sürecine İlişkin Ortalama Değerleri (n=46).....	21
Tablo 4.6. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=46).....	21
Tablo 4.7. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puanlama Alanları Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=46).....	22
Tablo 4.8. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile Cinsiyet Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....	22
Tablo 4.9. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (n=46).....	23
Tablo 4.10. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile BKİ'nin Karşılaştırılması (n=46).....	23
Tablo 4.11. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle KBH Tanısı Konma Yaşının Karşılaştırılması (n=46).....	24
Tablo 4.12. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle KBH Tanısı Konma Süresinin Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....	24
Tablo 4.13. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Diyalize Girme Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....	25
Tablo 4.14. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Diyalize Girme Süresinin Karşılaştırılması (n=46).....	25
Tablo 4.15. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle İlaç Tedavisinde Aksama Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....	26
Tablo 4.16. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Okula Gitme Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....	26

Tablo 4.17. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Okula Devam Durumlarının Karşılaştırılması (n=46).....27



SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birlesik Devletleri

APD : Aletli Periton Diyalizi

BKİ : Beden Kütle İndeksi

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

DM : Diabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puan

GFH : Glomerüler Filtrasyon Hızı

Hb : Hemoglobin

HD : Hemodiyaliz

İYE : İdrar Yolu Enfeksiyonu

KBH : Kronik Böbrek Hastalığı

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

ÖTP: Ölçek Toplam Puan

PD : Periton Diyalizi

PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puan

RRT: Renal Replasman Tedavisi

SAPD : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SİYK : Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

TND : Türk Nefroloji Derneği

USRDS: United States Renal Data System

YK : Yaşam Kalitesi

YKÖ : Yaşam Kalitesi Ölçekleri

GİRİŞ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), böbrek fonksiyonlarında ya da Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) önemli bir azalma sonucu ortaya çıkan, böbreğin metabolik artık ürünlerin atılımını sağlama, vücut sıvı-elektrolit dengesini koruma, kan basıncını düzenleme ve hormon üretimi gibi normal görevlerini yerine getirmesini engelleyen yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını olumsuz olarak etkileyen, yüksek tanı ve tedavi maliyeti ile topluma ve aileye yük getiren, farkındalığı ve erken tanısı düşük olan, önlenilen veya geciktirilebilen önemli bir hastalıktır. Çocukluk yaş dönemlerinde KBH yetişkinler kadar sık görülmemekle birlikte, dünya genelinde görülme sıklığında artış dikkati çekmektedir. Çocukluk çağlarında ortaya çıkan KBH kısmen önlenilen ve kısmen de tedavi edilebilen bir hastalıktır. Hastalığın kendisi ve neden olduğu komplikasyonlar, tedavi sürecini uzatmakta, zorlaştırmakta, maliyeti arttırmakta ve tüm bunların sonucunda da çocuğun geleceğini olumsuz etkileyen ciddi bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır (1,2,3).

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY); Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma sonucu, nefron kaybına bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının vücut homeostazisini sağlayamayacak derecede kalıcı ve geri dönüşümsüz olarak bozulmasıdır. Böbreklerin vücudun gereksinimlerini hiçbir şekilde karşılayamaması sonucu ağır bir tablo olarak ortaya çıkan döneme ise Son Dönem Böbrek Yetersizliği (SDBY) denir. Bu dönemdeki hastaların yaşatılabilmesi için Renal Replasman Tedavileri (RRT) olarak isimlendirilen Hemodiyaliz (HD), Periton Diyalizi (PD) ve Böbrek Transplantasyonu gibi tedavi yöntemlerinden birinin uygulanması zorunludur. Böbrek naklinin hem çocuk hem de erişkin hastalar için en uygun Renal Replasman Tedavileri (RRT) olduğu belirtilmektedir (4,5,6).

Yaşam kalitesi (YK), farklı bir ifade ile “iyi olma hali” bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler ortamında mutlu, yaşamdan hoşnut olmasını içermektedir. Literatürde YK ile ilgili ilk çalışmaların 1960’lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yapılmaya başlandığı ve sağlıkla ilgili verilerin, klinik çalışmaların, yeni tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) kavramının önem kazandığı görülmektedir. Günümüzde SİYK ölçekleri hastalıkların birey üzerindeki etkilerini anlamada sıklıkla kullanılmakta, bireyin kendisini nasıl hissettiğini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptığını, hastalık durumu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiğini değerlendirme olanağı sağlamaktadır.

YK, çocuk ve ergenlerde ilk kez 1986 yılında ağır yanığı olan 12 çocukta değerlendirilmiş, daha sonra bu çalışmayı 1987 yılında anal atrezi ameliyatı, 1988 yılında SDBY tedavisi olan çocukların kendi durumları hakkındaki görüşlerinin önemini vurgulayan iki makale izlemiş ve çocuklarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar başlamıştır (7,8).

Çocuklarda YK'nın değerlendirilmesinde genel ve hastalığa özgü ölçekler kullanılmaktadır. Genel ölçekler toplum sağlığı alanında çocukların genel sağlık düzeyinin belirlenmesi ve kaynak oluşturmanın planlaması için geliştirilmiştir. Hastalığa özgü YK ölçekleri kronik hastalığı olan çocuklarda yeni tedavi yöntemlerinin uygulanmasını, uygun tedavinin seçilmesini, tedavinin değerlendirilmesini hastalığa özgü ölçütlerle yapılmasını içermektedir. Çocuğun sürekli bir büyüme gelişme süreci göstermesi nedeniyle YK'nın değerlendirilmesi için kullanılan ölçekler hem erişkinlerinkinden hem de kendi içinde değişik yaş dönemlerinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle herhangi bir ölçek uygulanmadan önce çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel dönem ve özellikleri açısından uygun olup olmadığı mutlaka göz önüne alınmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün temel değerlendirme başlıkları olarak önerdiği fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevsellik dışında, bilişsel işlevsellik, bağımsız karar verebilme ve vücut algısı gibi bazı değerlendirme başlıkları da dahil edilebilmektedir.

Kronik hastalığı olan ve büyüme-gelişme sürecinden dolayı bağımlı olma özelliği gösteren bir çocuğa yaklaşım, erişkin hastalara yaklaşımdan oldukça farklılık göstermektedir. Yetişkin hastalar izlem ve tedavilerinin sorumluluğunu kendileri üstlenirken, çocuk hastaların kendi bakım ve izlenimlerinde ailelerinin ve sağlık personelinin desteğine gereksinim duyarlar.

Ülkemizde KBH olan çocukların YK'larını etkileyen faktörleri inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Yapılan çalışmalarda ise SDBY tanısı ile izlenen çocukların YK'sında belirgin düşüklük olduğu belirtilmiştir. RRT tedavisi olarak diyaliz tedavisi uygulanan çocuk grubu hastaların YK'sı en düşük grubu oluşturdukları açıklanmıştır (9).

1.2. Araştırmanın Amacı

KBH çocuk bireylerin yaşam kalitesini düşüren önemli hastalıklardan biridir (10). KBH olan çocuklar, yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşan, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunan, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve hastalıklarıyla ilişkili olarak fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan olumsuz şekilde etkilenmekte ve hastalıkları ilerledikçe çocukların YK'ları da bozulmaktadır. Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma

Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nefroloji Kliniği tarafından izlenen 8-12 yaş arası KBH tanısı konan çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

KBH, glomerüler filtrasyonun azalması sonucu böbreğin sıvı-elektrolit dengesini düzenlemede, metabolik ve endokrin fonksiyonlarının devamını sağlamada ortaya çıkan ilerleyici ve kronik bir bozukluktur. GFH'nin düzeyine bakılmaksızın böbreğin 3 aydan uzun süren yapısal veya işlevsel bozukluklarının kan, idrar ve görüntüleme yöntemleri ile saptanması da KBH olarak kabul edilmektedir. KBH, yaşam boyunca izlem gerektirmekte, sık hastane yatışlarına neden olmaktadır (11).

KBY veya SDBH ise, KBH tanısı olan bir bireyin GFH'nin 15 ml/dk altına inme durumunda ortaya çıkan klinik ve işlevsel durumdur. KBH sürecinde gittikçe artan oranlarda böbrek kütlelerinde azalma ve kademeli olarak nefron kaybında ilerleme ortaya çıkmakta, sonuçta böbrek fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır. Bu süreç kendi içinde National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NFK/KDOQ) kılavuzuna göre beş aşamada evrelendirilmektedir.

1.Evre; Normal ya da artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı vardır ve $GFH \geq 90$ 'dır.

2.Evre; Hafif azalmış GFH ile birlikte böbrek hasarı vardır ve GFH 60-89'dur.

3.Evre; Orta derecede böbrek yetmezliği vardır ve GFH 30-59'dur.

4.Evre; Şiddetli böbrek yetmezliği vardır ve GFH 15-29'dur.

5.Evre; SDBY vardır ve $GFH < 15$ 'dir (12,13,14,15).

2.1.1. KBH'nın Epidemiyolojisi

KBH'nın epidemiyolojisi ile ilgili hastalığın erken evrelerinde tanı konulamaması nedeni ile kısıtlıdır. Kronik hastalıklar arasında yer alan KBH; dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur ve görülme hızında artış olan hastalıktır. ABD'de, United States Renal Data System (USRDS) 2015 verilerine göre 0-19 yaş grubunda SDBY prevalansı milyonda nüfus başına 1.981, insidansı ise 363 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de çocuk hastaların da dahil edildiği 2016 yılı Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektiren SDBY prevalansı milyonda nüfus başına 933.1, insidansı ise 139.9 olarak açıklanmıştır (16).

2.1.2. KBH'nın Nedenleri

Ülkemizde KBH vakası ve sebeplerine yönelik araştırma sayısı sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda da toplanan verilerin güvenilirliği tartışılır. Türk Nefroloji Derneğinin KBY

ile ilgili yaptığı çalışmada elde edilen veriler, en güvenilir verilerdir. Bu verilere göre ülkemizde kronik böbrek yetersizliği yaygınlığı milyon nüfus başına 390.dir (bu oran son dönem böbrek yetmezliği için 276). Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği prevalansı diğer ülkelerle kıyaslandığında düşük görülmekle birlikte yazarların kişisel fikirlerine göre bu düşüklüğün en önemli nedeni veri toplamadaki yetersizlik olarak bildirilmiştir (17). KBY nedeni birden fazla sebepten olur. Bu nedenlerin oranları ülkelere göre değişiyor. En sık görülen nedenleri arasında en önemlileri kronik glomerülonefrit, diyabet, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstruktif üropati ve interstisiyel nefritler yer alır (18,19,20).

Renal replasman programlarının planlanması ve sürdürülmesi için insidans ve prevalansı ile ilgili değişikliklerin sürekli ve düzenli takip edilmesi yönünden önemli diyebiliriz. Sık görülen hastalıkları belirtmek ve vurgulamak, tedavi kalitesini arttırmak, önlenabilir hastalıkları belirlemek ve SDBY'ne gidişi yavaşlatılması için önemlidir. Türkiyede çocukluk döneminde KBH'nin gerçek insidans ve prevalansı bilinmiyor (21).

2.1.3. KBH'nin Klinik Özellikleri

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı yakından tutarlı bir ilişkisi vardır. Kronik böbrek yetmezliğinden dolayı organ veya sistemlerin etkilenmeyen yok denilemez. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabiliyor. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizlik denilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlamaktadır (Tablo 2.). Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakika olunca son dönem böbrek yetmezliğinden bahsediliyor. Hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duymaktadır.

Böbreğin ilk olarak bozulan fonksiyonlarından birisi idrarı yoğunlaştırma yeteneği azalmaktadır; diurnal ritm bozularak ve hastalarda da noktüri başlamaktadır. KBY olan hastalarda son dönem böbrek yetmezliğine dek su, sodyum ve potasyum dengesi normal koşullarda korunmakta yalnız alt ve üst sınır limitleri azalmış olmaktadır. Örneğin; sağlıklı insan kısa süre içerisinde 3 litre sıvı alıp kısa zamanda bu sıvıyı vücuttan atabilirken bu miktar sıvı alımı KBY olan bir hastada hipervolemiye sebep olabilir. Tuzsuz diyetle sağlıklı insanın idrarla tuz kaybı birkaç günde ihmal edilebilir noktaya geliyorsa KBY olan hasta tuz kaybetmeye devam eder ve kısa zamanda hiponatremi gelişebiliyor (22,23).

2.1.4. KBH'nın Tedavisi

Kronik böbrek hastalığı olan çocuk hastalarda ilk olarak konservatif tedavi uygulanır. Konservatif tedavi daha terminal döneme girmemiş hastalarda uygulanmaktadır. Konservatif tedavinin en önemli kısmı diyetinin düzenlenmesi gerekmektedir (24).

A. Diyet

Kronik Böbrek hastalığında diyet tedavisinin amaçları, büyüme için yeterli enerji ve protein sağlamak, renal osteodistrofiyi önlemek, sıvı ve elektrolit dengesizliklerini azaltmak için tercih edilir.

Büyüme için çocuğun gerekli enerji alması gerekmektedir. Süt çocuğu döneminde diyet tedavisi daha fazla önemli olup enerji gereksiniminin çok yüksek olduğu ve hızlı büyümenin olduğu bu dönemdedir. Ayrıca bu dönemde oluşan büyüme geriliği tam olarak düzeltilemiyor.

Çocuğun aldığı sıvı miktarı, bir gün önce çıkarılan idrar hacmi ve insensible kayıplar dikkate alınarak hesaplanmaktadır. Çocuğun ödem, hipertansiyon ya da konjestif kalp yetmezliği olmadığı sürece sodyum ve su genellikle kısıtlı olmamaktadır. Potasyum kısıtlanmaz, kreatinin klerens sınırda kaldığı(30-35 ml/dk ya da) sürece kabul edilir. Potasyum kısıtlaması oligüri ya da anüri varsa yapılmaktadır. Serumdaki konsantrasyonları artınca tüm minerallerin diyetle alım kısıtlanıyor. Ancak hasta oral alamıyorsa, akut böbrek yetmezliğindeki gibi nazogastrik tüple beslenmektedir. Nazogastrik tüple beslenen çocuklara veya protein ve fosfat kısıtlaması yapılan çocuklara vitamin ve eser elementler veriliyor (10).

B. Renal Osteodistrofi:

İnek sütünde anne sütüne oranla daha az fosfor bulunmaktadır. İnek sütüyle beslenen bebekler için fosfordan düşük özel mamalar kullanılır. Fosfor alımı diyetle kısıtlanabilmektedir. Diyetle alınan fosforu bağlayan ve gastrointestinal sistemden emilimini azaltan ilaçlar oral yolla alınıp, özellikle fosfor düzeyini azaltmak için kullanılır (10).

C. Metabolik Asidoz:

KBH da erken döneminde farmakolojik tedavi başlamaktadır. Diyetle protein alımı kısıtlanıp metabolik asidoz oluşumunu önlemektir. Asidoz tablosu, sodyum bikarbonat ya da sodyum ve potasyum sitrat içeren alkale ilaçlar(örn: shohl solüsyonu, Bicitra, Polycitra)verileri düzeltiliyor. Kalsiyum düzeyi yükseldikten sonra düzeltilmesi daha

uygun olup metabolik asidozu önler. Sonuç olarak; asidozun hızlı düzeltilmesi, hipokalsemik bir çocukta tetanileri başlamasına neden olabilir (10).

D. Anemi:

Anemi böbreklerde eritropotein yapımının azalması sonucu oluşur. KBH'lı çocuğun diyet tedavisiyle yeterli folik asit, B12 vitamini ve demir alması sağlanmaktadır. Özellikle diyet, proteinden kısıtlı olduğu için bunu uygulamak zordur. Tedavide genellikle ferrosülfat verilerek demir eksikliği düzeltilebiliyor. Demir emilimini arttırmak için askorbik asit alınıp ve birlikte demirden zengin yiyeceklerle sağlanır. Anemiye düzelmek ve sık kan tranfüzyonu yapılmasını önlemek için çocuğa sentetik eritropoetin verilmelidir. Ek olarak demir ilaçlarını enjekte edilebilen çeşidinde kullanılabilir (10).

E. Hipertansiyon:

Hipertansiyonu tedavi etmek için oligürik hastalarda sodyum ve sıvı kısıtlaması yapılabilir. Ek olarak antihipertansif ilaçlar verilebilir. Diüretikler önerilerek sodyum ve sıvı dengesini düzenlemek ve ödemi önlemek için kullanılır. Diüretikler, antihipertansif ilaçlarla birlikte diürezisi sağlamak için Thiazide ya da furosemide gibi ilaçlar kullanılıyor. Böbrekler işlevlerini tam olarak yapmadıkları için toksisiteyi önlemek amacı ile ilaç dozları dikkatli olarak hesaplanması gerekmektedir (10).

F. Büyüme-gelişme geriliği:

KBH'nın çocukların %36'sında büyüme gelişme geriliği görülmesine sebep olmaktadır (1). Kronik böbrek yetmezliğinde büyüme ve gelişme geriliği en önemli sonuçlarından biri olmaktadır. Bunun için öneriler; yeterli diyaliz, beslenmenin artırılması, renal osteodistrofinin önlenmesi, metabolik asidozun düzeltilmesi ve büyüme hormonu kullanılması büyüme ve gelişme geriliğini önlemektir. Tedavisi büyüme hormonu ile olan çocukların büyümesinin önemli oranda hızlandığı belirlendi (25,10).

KBH'nın hastalarda ilerleyen zaman içerisinde böbrek fonksiyonlarının giderek işlevinin azalması ile sağlıklı bir fizyolojik dengesini giderek kaybeder, ağır bir klinik tablo ortaya çıkarır. KBY tedavisinde sadece ilaç kullanmak yeterli olmamaktadır. Bundan dolayı, böbreğin fonksiyonlarını yerine getirebilecek, başka metotlara gereksinim vardır.

Bu nedenle uygulanan iki tedavi yöntemi vardır:

- 1- Diyaliz
- 2- Renal transplantasyon (26,10).

2.1.4.1.Renal Replasman Tedavileri

Son Dönem Böbrek Yetmezliği'nde böbrek fonksiyonları, en üst düzeyde verilen tıbbi tedaviye karşın hastanın vücut dengesini ve yaşamını sürdürmesini sağlamaya yetmeyecek derecede bozulur. SDBY olan hastaların hayatta kalabilmesi veya çocukluk çağında böbrek fonksiyonlarının yerine koyma tedavisi renal replasman tedavileri mümkün olabiliyor. Çocuklarda tedavinin amacı organ ve sistemleri metabolik yan etkilerden korumak, normal büyüme-gelişmeyi sağlamak, mortalite ve morbiditeyi azaltmak, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini SDBY olan çocukta arttırmaktadır. Renal replasman tedavileri hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonu olmaktadır. Duruma göre hastalar her üç tedaviden de yararlanmak durumunda kalabiliyor. SDBY olan çocuklar için Böbrek nakli en ideal tedavi yöntemi olur. Lakin böbrek nakli yapıncaya kadar geçen dönemde birçok hasta diyaliz tedavisine gereksinim duyarlar (10,27).

Diyaliz

Böbrek hastalarında diyaliz yaşam kalitesini iyileştiren, yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir (28,29).

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı solüt değişimini temel alan bir tedavi yöntemidir. Bir başka söyleyişle, bir A solüsyonunun solüt (çözülmüş madde) içeriğini, bu solüsyonu yarı geçirgen bir membran vasıtasıyla bir B solüsyonu ile karşılaştırarak değiştiren bir işlemlerdir.

Diyaliz tedavisi **periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere** iki şekli sürdürülmektedir (26).

Periton diyalizi; Periton diyaliz böbreğin bazı işlevlerini sürdürdüğü KBH hastalarında uygulanan bir tedavi yöntemidir. Yarı geçirgen bir zarın kullanılması ile periton gerçekleşir. Periton cihazını uygulamak kolay olduğu için hastalar ayakta ve kendi kendilerine bu uygulamayı gerçekleştirir. Diyaliz merkezi bulunmayan yaşadığı yerde hastalarda çok işlevsel olan bu yöntem, belli bir diyaliz merkezine bağlı kalmak istemeyen hareketli ve genç hastalarımızda uygulanır (30,31).

Periton diyalizinin hemodiyalize eşdeğerdir. Periton diyaliz hemodiyalize göre daha iyi yaşam niteliği sağladığı ve bilişsel işlevleri daha iyi koruduğu bildirilir (32).

Hemodiyaliz; Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'nde uygulanmakta olan kanda biriken metabolik artık ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir membran aracılığı ve makine yardımı ile diyaliz solüsyonuna ozmoz, difüzyon ve

ultrafiltrasyon ilkeleri doğrultusunda geçmesi ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi yerine koyma tedavisidir. Yaşam kurtaran bir tedavi yöntemi olan hemodiyaliz, birlikte hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. HD tedavisinin yeterli oranda sağlanabilmesi için hastalara uygun bir vasküler erişim yolu gerekiyor. Bu nedenle, HD tedavisi alan bireyin yaşam süresi ve kalitesi vasküler erişim yolu ile ilişkili oluyor.

Transplantasyon gerçekleşmesi süresince, diyaliz tedavisi görmekte olup, en sık uygulanan yöntem ise HD tedavisi hastalarda uygulanır. Avrupa ülkeleri arasında Türkiye, HD tedavisi alan hasta grubunun en fazla olan beşinci ülke olmaktadır (33,34).

KBH hastalığının olması ve düzenli diyaliz tedavisinin meydana geldiği zorluklar hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz etkiler (35). YK'nın artırılmasında HD hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemli olmaktadır.

Hastaların hemodiyaliz makinasına bağımlı olmanın yanında hastalığın ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına sebep oluyor (35,36,37).

Renal Transplantasyon

Renal replasman tedavilerinden transplantasyon ise temel olarak böbrek fonksiyonlarını normalize etme yeteneği ve psiko-sosyal açı ile tıbbi açıdan son dönem böbrek hastalarında en önemli tedavi alternatiflerindedir. Şuanda yeni immünsüpresif ajanların kullanıma girmesi ve transplantasyon becerilerinin artması ile daha fazla transplantasyon hastası kabul edilerek tedavi yapılmaktadır (3,10).

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi çok yönlü sağlık değerlendirmesinde kişinin fiziksel sağlığı, fiziksel, sosyolojik ve psikolojik yönlerden fonksiyonelliği ve yaşam kalitesi ölçülmesidir. Böyle değerlendirmede yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal yönlerinin de değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Çoğu insana göre yaşam kalitesi mutlulukla eş anlamlı olarak kabul edebiliyor. Fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin temelini temsil eden günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneğinin iyilik hali diyebiliriz. Kavramsal olarak YK birçok durumun içerisinde yer alıyor. Bu durumlar genellikle rahatlık, psikolojik iyi olma, hareketlilik, özerklik, doyum, uyum, işlevsellik, kendi ile barışık olma, öz-

farkındalık, sosyal ilişkisellik, iyimserlik ve keyifli bir yaşam sürme olarak da değerlendirilmektedir (38). Yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkisi ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel YK'nin bir parçasıdır. Hastalığı ve uygulanan tedavilerin kişi için fonksiyonel etkilerini nasıl düşündüğü arasında bir bağlantı vardır (39,40,41,42).

Hastalıklarda çocukluk çağının epidemiyolojik özelliklerin değişmesiyle birlikte yaşam kalitesi ölçme gerekliliği ve yöntem arayışları ortaya çıkmaktadır. Yaşam kalitesinin çocuklarda değerlendirilmede genel ve hastalığa özgü ölçekler kullanılmaktadır. Çocukların genel sağlık düzeyinin belirlenmesi için genel ölçekler geniş toplum örneklemelerinde gelişmiştir. Yaşam kalitesinin belirlenmesi için hastalık grubundaki çocukların başka bir hastalık grubundaki çocuklarla karşılaştırma yapmak uygun olmamaktadır. Bunu tercih etmektense sağlıklı popülasyonla karşılaştırma yaparak değerlendirilmelidir. Hastalığın ciddiyeti veya tedavilerden bağımsız olarak uygulanabilecek YK ölçekler geniş değerlendirmeyi sağlayan araçlar diyebiliriz (43,40,44).

2.3. KBH ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi KBH olan çocuğu olumsuz etkileyen başa çıkma yöntemleri (kaçınmacı başa çıkma) daha fazla kullanılmaktadır. Bu yüzden uzun süreli KBH'nin oluşturduğu stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygularla başa çıkabilmek ve yaşam kalitesini artırmak için aktif başa çıkma yöntemi daha fazla kullanılması gerekiyor. Türkiye'de çocukların yaşam kalitelerini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır (41,45).

Kronik hastalıklardan dolayı dünyada çocuk nüfusunun yaklaşık % 10–20 arasında değişen bir bölümü sıkıntı çekiyor. Çocukların bu hastalıklar beraberinde birçok sorunla karşı karşıya kalmasına sebep oluyor. Kronik rahatsızlığı olan çocuklar ve ergenler bu yüzden psikolojik uyum açısından yüksek risk grubunda olur. Bütün bu sorunlar uzun süreli hastalıklara sahip olan çocuklarda uyuma yönelik olumsuz etkenler yaşam kalitesini etkiler (41).

Kronik hastalığı olan çocukların yaşam kalitelerini artırmak için dolaylı olarak kullanılan yöntemlerden birisi oyun terapisi ve filial terapisi olmaktadır. Oyun terapi becerilerinin çocuk merkezli yerlerde ebeveynlere öğretilmesi olarak öğretilen filial terapi, destek grup formatında ve haftalık oyun seansları ile gerçekleştiriliyor. Filial terapinin kullanıldığı bir deneysel çalışmada (Tew, Landreth, Joiner ve Solt, 2002) uygulanan programın etkisi hasta çocuklarını kabul etme düzeylerini artırdığı ve stres düzeylerini azalttığını ebeveynlerin üzerinde etkili olmuştur. Sonuç olarak; çocukların davranış

problemleri kaygı ve depresyonları azalmaktadır. Buna benzer bir çalışma da Glazer-Waldman, Zimerman, Landreth ve Douglas (1992) tarafından yapılmış. Çalışmada, kronik hastalığı olan çocukların uygulanan filial terapi eğitimi programının ebeveynlerin çocuklarının tedavi sürecindeki anksiyete tepkilerini daha doğru bir şekilde değerlendirmelerine yardımcı olduğunu ve çocuklarıyla olan iletişimlerine olumlu yönde sağlamaktadır.

KBH' nın çocuklarda hastalığın getirdiği öfke, kaygı, depresyon gibi etmenler tedavi sürecini olumsuz etkilemekte ve yaşam kaliteleri düşürmektedir. Aynı zamanda psikolojik açıdanda yaşam kalitesini düşürmektedir. Çocukların da Destek Eğitimi programına katılarak kendilerini daha iyi ifade etmelerine yardımcı olacak sanat eğitimi, oyun terapisi ve stresle başa çıkma eğitimi öne çıkıyor. Bu tarz çalışma çocuklar da daha olumlu başa çıkma özellikleri geliştirilip, kendilerini daha iyi ifade ederek olumsuz duyguların esiri olmayıp kendi kendilerine baş etmeleri bekleniyor. Sonuç olarak; deney grubuna katılan çocuklarda yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileneceği beklenilmektedir (46,47,48).

2.4.KBH olan çocuk ve ailenin Hemşirelik girişimleri

- Çocuğun vücut ağırlığını her gün izlemek
- Yaşam bulgularını izlemek
- Önerilen biçimde tedavilerini uygulamak (diüretik, ek demir, antihipertansif vb)
- Serum elektrolit değerlerini izlemek
- Aldığı çıkardığı izlemi yapmak
- Demir ve folik asitten zengin diyet vermek
- Eğer önerilmişse kan transfüzyonu yapmak
- Önerilen biçimde sıvıyı kısıtlamak
- Yeterli enerji alması sağlamak
- Beden imajına ilişkin destekleyici yaklaşımlar uygulamak
- Eğitimleri gözden geçirmek (49,10,50).

2.4.1.KBH olan çocuğun bakımı

KBH çocuklar için stres sebebidir. KBH çocuklar da tedavisi sürekli acı veren işlemler, yan etkiler, sürekli hastanede yatma-kalma, diyetin ilerleyerek daha kısıtlı ve yoğun hale gelip, ihtiyacına uygun yiyecekler hazırlamada zorlanma, bütün tedavilerin uygulanmasına karşın ölümcül bir gitmek söz konusu olması hem çocuk hem de aile için

yoğun stres yaratabilmektedir. KBH çocuğa bu tarz sorunlarla nasıl baş edebileceği öğretilmeli ve yol gösterilmelidir (27).

2.4.2.KBH olan çocuğun ailesinin bakımı

KBH olan aile yaşamını maddi, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkilemektedir. Çocuğun hastalığı sık aralıklarla hastaneye yatma, tedavi ilaç masrafları nedeni ailenin ekonomik durumunu zayıflatıyor. Hatta ailesinden birinin çocuğun bakımından dolayı işinden ayrılmak zorunda kalabiliyor ve aile de gelir kaybına sebep olmaktadır (6).

Aynı zamanda KBH , çocuğun ve ailenin sağlıklı şekilde sosyalleşme ihtimalini azaltıyor. Çocuk sık sık çevrede korku ve anksiyete yaşanmasına sebep oluyor. Bundan dolayı çevresindekilerin ön yargılı olmaları ve acıma duyguları ile karşılaşabiliyor. İnsanların bu tepkileri, çocuk ve ailede hastalığından çok bu olaylara daha fazla üzüntülere yol açmaktadır. Genellikle toplumdaki diğer ebeveynler ve çocuklar, KBH hastalığı olan çocukla nasıl bir ilişki kuracaklarını bilmediklerinden dolayı kendilerini rahatsız hissetmeleri normaldir. Bunun temel sebebine baktığımızda, çocuğun hastalığının bulaşıcı olduğu konusundaki gerçek dışı korkuları veya çocuğa ne söylediklerini bilmemelerinden kaynaklanmaktadır. Stres altında olan aileler için uygun olan sosyal destek sistemleri yararlı olabilmektedir. Çocuğa KBH hastalık tanısı konduğu zaman aile bireyleri, çocuğun fiziksel yetersizliği ve kendi suçluluk duyguları nedeni ile yas yaşayabiliyorlar. Şayet aile yas problemini çözemez ise, çocuğun hastalığı ilerledikçe aile bireyleri arasında anlaşmazlıklar, sıkıntılar vb. gibi sorunlar görülebiliyor (10,51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır.

- KBH olan 8-12 arası çocukların yaşam kaliteleri nasıldır?
- Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?
- Çocukların hastalık ve tedavilerine ilişkin özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nefroloji Polikliniği ile Genel Pediatri Servisi'nde, tanımlayıcı olarak 19 Nisan – 17 Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2001 yılından itibaren Çocuk Acil, Yoğun Bakım, Alerji, Endokrinoloji, Kardiyoloji, Nefroloji, Nöroloji, Onkoloji, Hematoloji, Gastroenteroloji, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve poliklinikler ile birlikte hizmet vermektedir.

Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, 2000 yılında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kurulan ilk Çocuk Nefroloji ünitelerinden birisidir ve 2008 yılında yan dal uzmanlık eğitimi vermeye başlamıştır. Ünite 2010 yılında böbrek nakil merkezinin açılmasıyla birlikte Çocuk Nefroloji Kliniği, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin en gelişmiş birimi haline gelmiştir. Çocuk Nefroloji Polikliniği'nde her gün idrar yolu enfeksiyonu, akut-kronik böbrek yetmezliği, böbreğin genetik hastalıkları, doğuştan böbrek anormallikleri, glomerulonefritler, taş, işeme bozuklukları, idrar kaçırma vb gibi oldukça geniş bir hastalık grubuna hizmet verilmektedir. Ünite hemodiyaliz, periton diyalizi, tanı amaçlı böbrek biyopsisi ve her türlü tıbbi girişim yapılabilmektedir. Yatırırlararak tedavi gerektiren hastalar Genel Pediatri, Yenidoğan ve Çocuk Acil servislerinde takip ve tedavi edilmektedirler.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu 04.04.2017 tarih ve 2017-03 sayılı onayı ile kabul edildi (Ek 1). Araştırmanın yapılmasında etik ve yasal bir sorun olmaması amacıyla Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu Komisyonu'ndan etik kurul izni 04.04.2017 tarih ve 2017-03 sayılı onayı ile kabul edildi (Ek 2; Ek 3) ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden

yazılı kurum izni (Ek 4) alındı. Bilgilendirme formu ile çocuk ve ebeveynlerden sözlü ve yazılı onay alındı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 17 Nisan 2017 - 17 Ekim 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Çocuk Nefroloji Polikliniği ve Genel Pediatri Servisi'nde KBH tanısı ile kontrol ve tedavi amacıyla izlenen ya da yatırılan, 8-12 yaş grubunda olan çocuklar oluşturmuştur. Çalışmada örneklem grubunu belirlemek için herhangi bir örneklem belirleme yöntemi kullanılmamış, örneklem seçim kriterlerine uyan evrendeki tüm çocuklara ulaşılmaya çalışıldı. Üç çocuk türkçe bilmediği için, altı çocuk ve ailesine ulaşılama nedeniyle dokuz çocuk örneklem grubu dışında kalmıştır. Toplam 55 çocuk ve ebeveyn, örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 46 çocuk ve ebeveyni örneklem grubunu oluşturdu.

Örneklem Seçim Kriterleri;

- 8-12 yaş arasında olan,
- Türkçe bilen,
- İletişim sorunu olmayan,
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden çocuk ve ailesi olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Gereçleri

Araştırma verilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Çocuk ve Aileye Yönelik Bilgi Formu ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu kullanılmıştır.

3.5.1. Çocuk ve Aileye Yönelik Bilgi Formu (Ek 5a)

Araştırmacı tarafından geliştirilen, çocuk ve ailenin sosyo-demografik, çocuğun fiziksel ve hastalığına ilişkin bilgileri içeren toplam 24 sorudan (cinsiyet, yaş, anne-baba yaşı, eğitim ve çalışma durumu, yerleşim yeri, aile tipi, ailenin gelir düzeyi, sağlık güvencesi, çocuğun boy uzunluğu, vücut ağırlığı, Beden Kitle İndeksi (BKİ), KBY Hastalığı tanısı konma yaşı, hastalık süresi, diyaliz tedavisi olma durumu, ilaç tedavisine uyumu, okula devam durumu) oluştu.

3.5.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu (Ek 5b)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu; hem sağlıklı hem de hasta çocuk için kullanımı uygun, okul ve hastane ortamında uygulanabilen 23 maddeden oluşan genel yaşam kalitesi ölçeğidir. Varni ve arkadaşları tarafından 1999 (52) yılında geliştirilmiş, Çakın Memik ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (46).

Ölçek DSÖ tarafından tanımlanan ve sağlıklı olma halinin özelliklerinden olan fiziksel sağlık, duygusal ve sosyal işlevsellik alanlarıyla birlikte çocuğun okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Ölçek maddeleri 4 grup altında toplanmış olup, bu gruplar fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliğinden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması 3 alanda yapılmaktadır. Öncelikle tüm ölçek maddelerinden elde edilen ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlıkla ilgili maddelerden elde edilen fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren maddelerin puanlarından elde edilen psiko-sosyal sağlık toplam puanı (PSTP) olarak hesaplanmaktadır (46). Ölçeğin maddeleri 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 0=100, nadiren olarak işaretlenmişse 1=75, bazen olarak işaretlenmişse 2=50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 3=25, hemen hemen her zaman olarak işaretlenmişse 4=0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçek maddelerinin yarısından fazlasının boş bırakılması durumunda değerlendirme yapılmamaktadır. ÖTP arttıkça çocuğun sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin iyi olduğu algılanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (46).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Çocuk/anne-baba ile yapılan yüz yüze görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırma verilerinin gizliliği, gönüllü olarak katılım hakkında sözel açıklama yapıp yazılı onam alındı (Ek 6). Araştırmacının bizzat kendisi tarafından, Çocuk ve Aileye Yönelik Bilgi Formu çocuğun ebeveyninden, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu ise çocuğun kendisinden doldurulmuştur. Uygulama sırasında anlaşılmayan ifadeler araştırmacı tarafından hem ebeveyne hem de çocuğa açıklanmıştır. Ayrıca çocukların boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları araştırmacı tarafından tekniğine uygun şekilde ölçülmüş daha sonra BKİ hesaplanmıştır. Çocukların BKİ'leri Sağlık

Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı web sayfasından hesaplandı (53).

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile test edilmiş, normal dağılım g¼stermeyen verilerin 2 grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve 2 den fazla grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin g¼venirlięi Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve y¼zdelik değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanılmış ve $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Yaşları 8-12 arasında olan KBY tanısı konan çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği'nde izlenen, çalışmaya gönüllü olarak katılan toplam 46 çocuk ve ebeveyni ile gerçekleştirildi. Araştırmada elde edilen veriler tablolar halinde aşağıda belirtilen başlıklar şeklinde sunulmuştur.

4.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,

4.2. Çocuğun Fiziksel ve Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular,

4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular



4.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma grubuna giren çocuk ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri ve yaş ortalamaları tablo halinde verilmiştir.

Tablo 4.1. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=46)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	24	52.2
Erkek	22	47.8
Yerleşim yeri		
İl merkezi	13	28.3
İlçe merkezi	27	58.7
Köy	6	13.0
Aile tipi		
Çekirdek aile	24	52.2
Geniş aile	22	47.8
Annenin eğitim durumu		
Okur yazar değil	--	--
Okur yazar	15	32.6
İlkokul	18	39.1
Ortaokul	8	17.4
Lise	5	10.9
Üniversite	--	--
Babanın eğitim durumu		
Okur yazar değil	3	6.5
Okur yazar	--	--
İlkokul	26	56.5
Ortaokul	9	19.6
Lise	6	13.0
Üniversite	2	4.3
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	--	--
Çalışmıyor	46	100.0
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor	43	93.5
Çalışmıyor	3	6.5
Ailenin gelir düzeyi		
Gelir giderden yüksek	3	6.5
Gelir gidere eşit	11	23.9
Gelir giderden düşük	32	69.6
Sağlık güvencesi		
Var	27	58.7
Yok	19	41.3

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan çocuk ve ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, çocukların %52.5'sinin (n=24) kız, %47.8'inin (n=22) erkek olduğu görüldü. Çocuk ve ailelerinin %58.7'sinin (n=27) ilçe merkezinde yaşadığı, %52.2'sinin (n=24) çekirdek aile olduğu gözlemlendi. Ebeveynlerin yaş ve çalışma durumları sorgulandığında, annelerin %39.1'inin (n=18) ilkokul mezunu olduğu ve tamamının (%100.0; n=46) çalışmadığı belirlenirken, babaların yarısından fazlasının (%56.5; n=26) ilkokul mezunu olduğu ve %93.5'inin (n=43) çalıştığı görüldü. Araştırmaya katılan çocuk ve ailelerin %69.6'sının (n=32) gelirinin giderden düşük olduğu ve %58.7'sinin (n=27) sağlık güvencesine sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Çocuk ve Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları Değerleri (n=46)

	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma
Çocuğun yaşı	7.65	12.69	9.81	1.31
Annenin Yaşı	24.00	52.00	38.95	8.50
Babanın yaşı	30.00	64.00	44.39	8.57

Araştırma kapsamına giren çocukların yaş sınırlarının 7.65 - 12.69 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalamasının 9.81 ± 1.31 olduğu bulundu. Annelerin yaşlarının 24.00 – 52.00 yıl arasında olduğu ve yaş ortalamasının 38.95 ± 8.50 olduğu, babaların ise yaş sınırlarının 30.00 – 64.00 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 44.39 ± 8.57 olduğu belirlendi (Tablo 4.2.).

4.2. Çocuğun Fiziksel ve Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocuğun boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ ölçümleri ile KBY tanısı konma yaşı, hastalık süresi, diyaliz tedavisi olma durumu, ilaç tedavisine uyumu, okula devam durumuna yönelik özellikler tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.3. Çocuğun Fiziksel Ölçüm Ortalamaları Değerleri (n=46)

Fiziksel Ölçüm	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma
Vücut ağırlığı (kg)	17.00	50.00	31.90	6.82
Boy uzunluğu (cm)	78.00	140.00	109.30	13.43
BKİ	11.20	39.00	26.98	6.12

Araştırmaya katılan hastaların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerleri incelendiğinde, vücut ağırlığı ortalamasının 26.98 ± 6.12 kg, boy uzunluğu ortalamasının 109.30 ± 13.43 cm ve BKİ değeri ortalamasının 7.47 ± 2.37 olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Çocuğun Hastalık Süreci ve Okul Devam Etmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=46)

Özellikler	n	%
Diyaliz tedavisi olma		
Evet	34	73.9
Hayır	12	26.1
Diyaliz tedavi şekli (n=34)		
Periton diyalizi	20	58.8
Hemo-diyaliz	14	41.2
İlaç tedavisinde aksama		
Evet	40	87.0
Hayır	6	13.0
İlaç tedavisi izlemi		
Çocuğun kendisi	13	28.3
Ebeveyn	33	71.7
Okula gitme durumu		
Evet	42	91.3
Hayır	4	8.7
Okula devam durumu		
Düzenli	4	9.3
Düzensiz	38	88.4
Ayrıldı	1	2.3

Tablo 4.4. incelendiğinde çocukların %73.9'unun (n=34) diyaliz tedavisi olduğu ve diyaliz tedavisi olanların % 58.8'ine (n=20) periton diyalizi uygulandığı gözlemlendi. Araştırmaya katılan çocuk/ebeveynler %87.0 oranında (n=40) ilaç tedavisinde aksamalar olduğunu ve ilaç tedavisini %71.7 oranında (n=33) ebeveynlerin izlediği belirlendi. Araştırma kapsamına giren çocukların %91.3'ünün (n=42) okula devam ettiği ancak, %88.4'ünün (n=38) düzenli olarak devam etmediği görüldü.

Tablo 4.5. Çocuğun Hastalık Sürecine İlişkin Ortalama Değerleri (n=46)

Hastalık Süreci	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma
KBY tanısı konulma yaşı (yıl)	1.00	10.00	7.47	2.37
KBY tanısı konulma süresi (ay)	1.00	120.00	41.52	37.92
Diyaliz tedavisi olma süresi (ay)	1.00	48.00	21.97	15.53

Tablo 4.5.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan çocukların KBY tanısı konulma yaşının ortalama 7.47 ± 2.37 yıl olduğu, KBY tanısının ortalama olarak 41.52 ± 37.92 ay önce konulduğu ve diyaliz tedavisi olma sürelerinin ise ortalama 21.97 ± 15.53 ay olduğu bulundu.

4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu'na ilişkin ölçek toplam ve alt boyutlarına yönelik puan ortalamaları ile Cronbach alfa değerleri verilmiş, ayrıca, ölçek puanları ile çocuğun sosyo-demografik özellikleri, fiziksel ölçümleri, hastalık süreci ve okul devam etme durumları karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.6. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=46)

Ölçek Maddeleri	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma	Cronbach alfa
Fiziksel İşlevsellik	3.13	78.13	49.18	16.51	0.914
Duygusal İşlevsellik	.00	85.00	50.21	19.85	0.920
Sosyal İşlevsellik	15.00	80.00	55.76	16.49	0.868
Okul İşlevselliği	20.00	65.00	46.08	11.87	0.833

Tablo 4.6.'de görüldüğü gibi çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu'nun alt maddelerinden olan Fiziksel İşlevsellik puan ortalaması 49.18 ± 16.51 , Cronbach Alfa

değeri 0.914; Duygusal İşlevsellik puan ortalaması 50.21 ± 19.85 , Cronbach Alfa değeri 0.920; Sosyal İşlevsellik puan ortalaması 55.76 ± 16.49 , Cronbach Alfa değeri 0.868 olarak; Okul İşlevselliği puan ortalaması 46.08 ± 11.87 , Cronbach Alfa değeri 0.833 olarak bulundu.

Tablo 4.7. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puanlama Alanları Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma	Cronbach alfa
FSTP	3.13	78.13	49.18	16.51	0.914
PSTP	3.30	14.00	10.08	2.83	0.933
ÖTP	16.30	71.74	50.16	14.17	0.953

Tablo 4.7.'de ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği'nin 3 alanda yapılan puanlama ortalamaları ve Cronbach Alfa değerleri görülmektedir. Ölçeğin 3 alanı; tüm ölçek maddelerinden elde edilen **ölçek toplam puanı (ÖTP)**, fiziksel sağlıkla ilgili maddelerden elde edilen **fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP)** ve duygusal, sosyal, okul işlevselliğini değerlendiren maddelerin puanlarından elde edilen **psiko-sosyal sağlık toplam puanı (PSTP)** olarak hesaplanmaktadır. Tablo incelendiğinde **FSTP** ortalaması 49.18 ± 16.51 , Cronbach Alfa değeri 0.914; **PSTP** ortalaması 10.08 ± 2.83 , Cronbach Alfa değeri 0.933; **ÖTP** ortalaması 50.16 ± 14.17 , Cronbach Alfa değeri 0.953 olarak bulundu.

Tablo 4.8. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile Cinsiyet Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	Kız (n=24)	Erkek (n=22)	Z	P
ÖTP	49.14 ± 13.94	51.28 ± 14.67	-0.595	0.552
FSTP	48.31 ± 15.31	50.14 ± 18.05	-0.784	0.433
PSTP	10.29 ± 2.92	9.86 ± 2.78	-0.584	0.559

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (z:-0.595, p>0.05; z:-0.784, p>0.05; z:-0.584, p>0.05)(Tablo4.8.).

Tablo 4.9. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	8-10 (n=28)	10 ve üzeri (n=18)	Z	P
ÖTP	51.01 ± 13.44	48.85 ± 15.55	-0.552	0.581
FSTP	50.45 ± 14.53	47.22 ± 19.5	-0.271	0.786
PSTP	9.77 ± 3.14	10.56 ± 2.27	-0.643	0.520

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (z:-0.552, p>0.05; z:-0.271, p>0.05; z:-0.643, p>0.05)(Tablo4.9.).

Tablo 4.10. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları ile BKİ'nin Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	Zayıf (n=6)	Normal (n=7)	Fazla kilolu (n=21)	Obez (n=12)	X ²	P
ÖTP	40.58 ± 20.49	39.91 ± 18.97	52.17 ± 10.62	57.43 ± 6.9	6.850	0.077
FSTP	40.1 ± 20.96	40.18 ± 23.21	50.3 ± 12.88	57.03 ± 12.44	4.524	0.210
PSTP	10.93 ± 2.00	11.44 ± 1.16	9.65 ± 3.28	9.63 ± 2.90	1.709	0.479

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile BKİ'nin karşılaştırıldığında, **ÖTP** ortalaması ile BKİ'nin arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulundu. **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi ($X^2:6.850$, $p>0.05$; $X^2:4.524$, $p>0.05$; $X^2:1.709$, $p>0.05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle KBH Tanısı Konma Yaşının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	<5 yaş (n=5)	≥ 5 yaş (n=41)	Z	P
ÖTP	56.09 ± 11.42	49.44 ± 14.43	-0.990	0.322
FSTP	58.13 ± 11.82	48.09 ± 16.78	-1.152	0,249
PSTP	11.1200 ± 2.44	9.9610 ± 2.87	-0.690	0.490

Tablo 4.11.'de görüldüğü gibi çalışma kapsamına alınan çocuklar KBY tanısı konma yaşı açısından 5 yaş altı ve 5 yaş üstü olarak sınıflandırıldı. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile KBY tanısı konma yaşı karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi ($z:-0.990$, $p>0.05$; $z:-1.152$, $p>0.05$; $z:-0.690$, $p>0.05$).

Tablo 4.12. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle KBH Tanısı Konma Süresinin Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	0-12 ay (n=15)	13-48 ay (n=19)	49-96 ay (n=8)	≥ 97 ay (n=4)	X ²	P
ÖTP	54.86 ± 12.05	51.09 ± 15.46	42.66 ± 14.88	43.21 ± 7.55	7.940	0.047
FSTP	52.92 ± 15.19	50.66 ± 18.59	44.14 ± 14.98	38.28±10.33	5.254	0.154
PSTP	9.56± 2.78	9.77 ± 3,15	10.85 ± 2.45	11.97± .46	2,432	0,488

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile KBY tanısı konma süresi karşılaştırıldığında, **ÖTP** ortalaması ile KBY tanısı konma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Yapılan ileri analizde bu farkın hastalık tanısı konulalı 49-96 ay ve 97 ay üzeri olanlar ile 0-12 ay olanlar arasında olduğu

saptandı ($X^2:-7.940$, $p<0.05$). **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi ($X^2:-5.254$, $p>0.05$; $X^2:-2.432$, $p>0.05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Diyalize Girme Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	Evet (n=34)	Hayır (n=12)	Z	P
ÖTP	48.15 ± 14.74	55.89 ± 11.05	-1.867	0.062
FSTP	46.97 ± 16.95	55.47 ± 13.98	-1.520	0.129
PSTP	10.45 ± 2.59	9.05 ± 3.31	-1.191	0.234

ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile diyalize girme durumları **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (z:-1.867, $p>0.05$; z:-1.520, $p>0.05$; z:-1.191, $p>0.05$) (Tablo4.13.).

Tablo 4.14. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Diyalize Girme Süresinin Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Puan Alanları	<6 ay (n=8)	6 -12 ay (n=6)	13-23 ay (n=9)	≥ 24 ay (n=11)	X ²	P
ÖTP	55.16± 6.09	38.04 ± 19.04	46.98 ± 14.25	49.51 ± 9.38	5.032	0.169
FSTP	53.52± 8.02	36.46 ± 21.44	45.14 ± 18.43	49.43±10.44	3.009	0.390
PSTP	9.87± 3,70	10.30 ± 2,38	11.20 ± 1,62	10.33± .62	0.412	0,938

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile diyalize başlama süresi karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi ($X^2:5.032$, $p>0.05$; $X^2:3.009$, $p>0.05$; $X^2:0.412$, $p>0.05$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.15. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle İlaç Tedavisinde Aksama Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Alanları	Puan	Evet (n=40)	Hayır (n=6)	Z	P
ÖTP		52.04 ± 12.66	37.68 ± 18.53	-1.781	0.075
FSTP		50.86 ± 15.74	38.02 ± 18.69	-1.572	0.116
PSTP		9.96 ± 2.93	10.93 ± 2.00	-0.327	0.744

ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile ilaç tedavisinde aksama durumları karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (z:-1.781, p>0.05; z:-1.572, p>0.05; z:-0.327, p>0.05)(Tablo 4.15.).

Tablo 4.16. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Okula Gitme Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Alanları	Puan	Evet (n=42)	Hayır (n=4)	Z	P
ÖTP		50.34 ± 13.54	48.37 ± 22.43	-0.254	0.800
FSTP		49.93 ± 15.27	41.41 ± 28.57	-0.470	0.639
PSTP		10.07 ± 2.93	10.22 ± 1.65	-0.391	0.696

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile okula gitme durumları karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (z:-0.254, p>0.05; z:-0.470, p>0.05; z:-0.391, p>0.05)(Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Puan Alanları Ortalamaları İle Okula Devam Durumlarının Karşılaştırılması (n=46)

ÇİYKÖ Alanları	Puan	Düzenli (n=4)	Düzensiz+ayrıldım (n=39)	Z	P
ÖTP		46.2 ± 19.56	49.92 ± 13.94	-0.209	0.834
FSTP		49.22 ± 24.66	48.8 ± 16.12	-0.042	0.966
PSTP		9.90 ± 1.64	10.09 ± 3.05	-0.752	0.452

ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları ortalamaları ile okula devam durumları karşılaştırıldığında **ÖTP**, **FSTP** ve **PSTP** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (z:-0.209, p>0.05; z:-0.042, p>0.05; z:-0.752, p>0.05) (Tablo 4.17.).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Çocuk Nefroloji Polikliniği ve Genel Pediatri Servisi'nde 8-12 yaş arası KBH tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek ve sosyo-demografik dekişkenlerle ilişkisinin belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen veriler aşağıda belirtildiği gibi bulgular bölümünde sunulan sıraya göre tartışılmıştır.

5.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması

5.2. Çocuğun Fiziksel ve Hastalık Bilgilerinin Tartışılması

5.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasının Tartışılması

5.1. Çocuk ve Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması

KBH olan 8-12 yaş çocuklarda sağlık düzeyini etkileyen faktörlere baktığımızda; toplumların sosyo-ekonomik gelişimi, kültür seviyesi, yerleşim yerleri, çevresel faktörleri, ailenin eğitim düzeyi, ailenin gelir ve yaşam koşulları çok önemlidir (10).

Araştırmaya katılan çocukların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %52.5'sinin kız olduğu, %58.7'sinin ilçe merkezinde ve %52.2'sinin çekirdek ailede yaşadığı gözlemlendi. Annelerin %71.7'sinin okuryazar/ilkokul, babaların %56.5'sinin ilkokul mezunu oldukları, annelerin tamamının çalışmadığı, babaların %93.5'inin çalıştığı, ekonomik durumları sorgulandığında %69.6'sının gelirinin giderden düşük olduğu ve sağlık güvencesi olan aile oranının %58.7 olduğu gözlemlendi (Tablo 4.1.).

Çalışma kapsamına giren çocukların yaş ortalamaları 9.81 ± 1.31 , annelerin 38.95 ± 8.50 ve babaların 44.39 ± 8.57 yıl olduğu bulundu (Tablo 4.2.).

Buyan ve ark'nın (54) KBH tanısı konan 211 çocuğun yaşam kalitesini inceledikleri çok merkezli (İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya ve Samsun) çalışmalarında; Olguların %50.71'inin kız ve yaş ortalamasının 13.7 ± 3.5 yıl olduğu açıklanmıştır.

Kul ve ark (55) İstanbul'da KBH olan 55 çocuk ve adolesanda hastalığın değişik evrelerine göre yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada yaş ortalamasının çocuklarda 151.4 ay, annelerde 40.4 ve babalarda 42.0 yıl olduğu belirtilmiştir (3).

Gaziantep ilinde; KBH, son dönem böbrek yetmezliği ve böbrek nakli olan 8-18 yaş arası, toplam 44 çocuğun yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, olguların %52.3'ünün kız ve yaş ortalamasını 12.52 ± 3.04 yıl olduğunu, annelerin %81.8'inin, babaların ise %59.1'inin ilkokul mezunu olduklarını açıklamıştır.

Dotis ve ark'nın (56) Yunanistan'da 8-18 yaş arası 55 çocuk ve adölesanla yaptıkları çalışmada olguların %50.9'unun kız ve yaş ortalamasının 13.14 ± 3.99 yıl olduğu, %67.27'sinin kentsel bölgede yaşadığı ve %56.36'sının sosyo ekonomik durumunun iyi olduğu açıklanmıştır.

Bu çalışma ile ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalar arasında araştırma grubunun cinsiyetleri arasında benzerlik var iken, yaş ortalamaları arasında farklılık olduğu gözlenmiştir. Yapılan literatür incelemesinde çocukluk dönemi KBH'nın cinsiyetler arasında fark göstermediği görülmüştür. Yaş ortalamalarındaki farklılık diğer çalışma gruplarının ergen yaş grubunu da kapsamasından kaynaklanmaktadır (56).

5.2. Çocuğun Fiziksel Ve Hastalık Bilgilerinin Tartışılması

KBH olan çocukların; tekrarlayan hastane yatışları ve sık ayaktan izlem nedeniyle bağımsızlıkları kısıtlanmakta, özellikle büyüme-gelişmenin geri kalması, okul-arkadaş-sosyal ilişkilerinde bozulma, akademik başarıda düşüş ve tedaviye uyum güçlükleri görülmektedir (10). Araştırmada çocukların büyüme ölçümleri değerlendirilmiş ve vücut ağırlığı ortalaması 31.90 ± 6.82 kg, boy uzunluğu ortalaması 109.30 ± 13.43 cm ve BKİ ortalaması 26.98 ± 6.12 olarak bulundu (Tablo 4.3.).

Kavaz A'nın (57) Ankara ilinde KBH, SDBY ve böbrek transplantasyonu tanıları ile izlenen 68 çocuk ile yaptığı çalışmada, çocukların %38.23'ünün zayıf, %44.11'sinin kısa boylu ve BKİ'nin 17.13 olduğu belirtilmiştir.

Beyazıt ve ark (58) KBH tanısı almış 1-16 yaş arası çocuklarda yaptıkları çalışmada, hastaların tanı konduğu sırada %70'inin boy uzunluğunun ve %64'ünün vücut ağırlığının 3. persantilin altında olduğunu açıklamışlardır. Soylemezoğlu (59) Türkiye'de çok merkezli 5-18 yaş arası toplam 3622 çocuk ile KBH'nın prevalansını belirlemek ve değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; olguların %75'inde BKİ'nin normal sınırlar içinde, %24.3'ün de büyüme geriliği görüldüğü bildirilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma grubundaki çocukların özellikle boy uzunluklarının yaş gruplarına göre oldukça kısa olduğu ve bu durumda hem literatür hem de Kavaz (57) ve Beyazıt ve ark'nın (58) araştırma sonuçları ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan çocukların %73.9'unun diyaliz tedavisi olduğu ve diyaliz tedavisi olanların %58.8'ine periton diyalizi uygulandığı, %87.0'sinin ilaç tedavisinde aksamalar olduğu ve çocukların sadece %9.3'ünün okula düzenli olarak devam ettiği gözlemlendi (Tablo 4.2.2).

Şahan'nın (60) KBY olan adölesanlarla yaptığı çalışmada; olguların %64.3'ünün diyaliz, %21.4'ünün periton diyalizi olduğu, %59.5'inin okula devam etmediği belirtilmiştir.

Evgin ve Erdem(9) KBH tanısıyla izlenen çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, olguların %46.15'inin diyaliz tedavisi gördüğünü ve bu çocukların %53.6'sının okula gitmediklerini bildirmişlerdir.

Dotis ve ark'nın (56) çalışmasında periton diyaliz tedavisi alma oranı %25.45 olarak açıklanmıştır. Çocukların diyaliz tedavisi olmaları açısından çalışma bulguları ile Şahan'nın (60) ve Evgin ve Erdem (9) sonuçları benzerlik gösterirken, Dotis'in (56) bulgularından farklı olduğu gözlenmiştir. Ülkelerin farklı olmasını ve dolayısıyla farklı tedavi şemalarının uygulanması neden olabilir. Okula devam etme oranlarının yaş gruplarının benzer olmamasından kaynaklandığı, yaş grubu azaldıkça okula devam durumlarının da olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmada çocuklara KBH tanısı konulma yaş ortalaması 7.47 ± 2.37 yaş, KBH tanısının ortalama 41.52 ± 37.92 ay önce konulduğu ve diyaliz tedavisi olma sürelerinin ise ortalama 21.97 ± 15.53 ay olduğu bulundu (Tablo 4.5.). Beyazıt ve ark (58) yaptıkları çalışmada, çocukların tanı sonrası ortalama izlem süresinin $20,1\pm 13,6$ ay olduğunu bildirmişlerdir. Evgin ve Erdem (9) diyaliz tedavisi gören çocukların KBH tanı süresinin %46.4 oranında 5 yıldan fazla olduğunu açıklamışlardır.

5.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu İle Çocuğa Ait Özelliklerin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Tüm yaş gruplarında çocuğun hastalığı algılayışı yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. KBH olan çocuklar yaşam tarzlarındaki değişikliklere bağlı olarak fiziksel komplikasyonla ve psiko-sosyal problemler yaşarlar, YK'leri etkilenebilir. Bununla birlikte, genel olarak çocuk nefroloji hastalarında YK'yı inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar çocuklarda kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri genel ölçekler ve hastalığa bağlı ölçekler olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır. Bu araştırmada kullanılan "Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)" genel ölçekler altında yer almaktadır.

Çalışmada **FSTP** ortalaması 49.18 ± 16.51 Cronbach alfa 0.914; **PSTP** ortalaması 10.08 ± 2.83 Cronbach alfa 0.933 ve **ÖTP** ortalaması 50.16 ± 14.17 Cronbach alfa 0.953 olarak bulundu (Tablo 4.7.).

Bu sonuca göre, çalışmada ölçek iç tutarlılığı (Cronbach alfa) yüksek olarak değerlendirildi.

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu puan alanları ortalamaları ile cinsiyet, yaş, BKİ, KBH tanısı konma yaşı, diyalize girme, diyalize girme süresi, ilaç tedavisinde aksama, okula gitme, okula devam etme durumları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına giren çocukların ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği ÖTP, FSTP ve PSTP ortalama değerlerinin cinsiyet ve yaş gruplarında birbirine oldukça yakın olduğu gözlemlendi (Tablo 4.8. ve Tablo 4.9.).

Ülkemizde yapılan farklı iki çalışmada çocuk grubunun yaş özellikleri ile YK'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı açıklandı (Buyan ve ark.; Kul ve ark)(40,19).

Mekahli ve ark'nın (61) İngiltere'de KBH tanısı olan çocuklarla yapmış oldukları kohort tipi araştırmada; izlenen çocukların cinsiyetleri ile YK'leri arasında istatistik olarak anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışma bulguları ile yapılan çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği, yaş ve cinsiyetin çocukların YK'lerini etkilemediği düşünüldü.

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları BKİ grupları arasında istatistiksel olarak fark olmamasına karşın, çocukların BKİ'leri arttıkça ÖTP ve FSTP ortalamalarının arttığı, PSTP ortalamasında ise nispeten azalma olduğu gözlenmiştir. Çocukların KBH tanısı konma yaşı ile ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği puan alanları karşılaştırıldığında; üç alt grup puan ortalamalarının 5 yaşın altındaki çocuklarda daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.10. ve Tablo 4.11.).

Araştırmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu ÖTP ile KBH tanısı konma süresi arasında istatistiksek olarak anlamlı fark bulundu. Farklılığın 0-12 ay grubu ile 49-96 ay ve 97 ay'dan büyük gruplar arasında olduğu gözlenmiştir. Hastalık tanısı konma süresi arttıkça YK'nın azaldığı görüldü (Tablo 4.12.).

Yılmaz (3) yaptığı çalışmada KBH olan çocukların tanı konma süresi ortalama 4.9 ± 3.6 yıl olarak açıklanmış ve hastalık süresi ile YK ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

İki çalışma arasındaki farklılığın çalışma yaş gruplarının benzer olmamasından kaynaklandığını, bu çalışmanın sonucuna göre de tanı konma süresi bir yıldan uzun olan çocukların yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın, diyaliz tedavisi olmayan gruptaki çocukların ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu dikkat çekici olarak değerlendirildi. Diyaliz tedavisi olanların ise tedavi süresi 6 aydan az olanlarda benzer şekilde alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.13.ve Tablo 4.14.).

Yılmaz çalışmasında (3) YK puan ortalamalarının en yüksek transplantasyon hastalarında ve diyaliz tedavisi olmayanlarda bulunduğunu, en düşük ise periton diyalizi ve hemodiyaliz uygulananlarda görüldüğünü açıklamıştır.

Diyaliz tedavisinin çocuğun yaşamına fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kısıtlılık getirdiği ve YK'yı olumsuz olarak etkilediği belirtilebilir.

Çalışmada çocukların büyük çoğunluğunun okula gittiği ancak, okula gidenlerin tamamına yakınının düzensiz olarak gittiği gözlemlendi. Vakaların okula gitme ve okula devam etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların YK puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulundu (Tablo 4.16. ve Tablo 4.17.).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

KBH tanısı ile izlenen çocuklarda YK'nın değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada araştırma sorularına bulunan yanıtlar aşağıda belirtildiği gibidir.

KBH olan 8-12 arası çocukların yaşam kaliteleri nasıldır?

KBH olan 8-12 yaş aralığındaki çocukların yaş ortalamaları 9.81 ± 1.31 'tir.

Araştırmadaki 46 çocuğun 24 kız, 22 erkektir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışmada KBH olan 8-12 arası çocukların yaşam kalitelerinin ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu **ÖTP** ortalamasına göre orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışma kapsamına giren çocukların sosyo-demografik özelliklerinin yaşam kalitelerini etkilemediği görüşüne varılmıştır.

Çocukların hastalık ve tedavilerine ilişkin özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu puan alan ortalamaları ile KBH tanısı konma yaşı, diyaliz tedavisi olma durumu, diyaliz tedavisi olma süresi, ilaç tedavisinde aksama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Çalışmada ÇİYKÖ 8-12 Yaş Çocuk Formu Ölçeği **ÖTP** ortalaması ile KBH tanısı konma süresi istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş ($P < 0.05$), yapılan ileri analizde bu farkın hastalık tanısı konma süresi 49-96 ay ve 97 ay üzeri olanlar ile 0-12 ay olanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışma kapsamına giren çocukların hastalık ve tedavilerine ilişkin özelliklerinden sadece KBH tanısı konma süresinin yaşam kalitelerini etkilediği görüşüne varılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

KBH tedavi ve bakımı ömür boyu devam eden, hem çocuğu hem de ailesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklardan biridir. Çalışmada hastalık tanısı konma süresi arttıkça çocukların YK'nin azaldığı gözlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda;

KBH olan çocuk ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalı ve aile merkezli bakım verilmelidir.

Çocuğun ve ailenin hastalık süresince güçlü ve zayıf yönleri, baş etme davranışları çocuk-aile ilişkileri ve ulaşılabilecek kaynaklar değerlendirilmelidir.

Çocuğun bağımsızlığı desteklenmeli ve kendine bakım ile ilgili uygulamalarda yeterli duruma gelmesi sağlanmalıdır.

6.3.SINIRLILIKLAR

Araştırmaya, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nefroloji Polikliniği ile Genel Pediatri Servisi'nde olan 8-12 yaş arasında hasta olan çocukların alınması, bir tez çalışması olması nedeniyle süre kısıtlılığının olması nedenleri ile elde edilen sonuçlar genellenemez.



KAYNAKLAR

- 1) Metin S., Kızıltan G. (2013). Çocuklarda kronik böbrek yetmezliği, beslenme ile ilgili risk faktörleri ve tıbbi beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri J Nephrol ;8(2):53-63.
- 2) Ağkaya-Alahan N., Aylaz R., Yetiş G. (2015). Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü . Sağlık Bilimleri Dergisi; 4 (2): 1-5.
- 3) Yılmaz A.F. (2015). Gaziantep üniversitesi tıp fakültesinden takipli kronik böbrek hastalığı, son dönem böbrek yetmezliği ve böbrek nakli olan çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Gaün Tıp Fakültesi, Gaziantep.
- 4) Kızıлтаş A. (2012). Kronik böbrek yetersizliği olan çocuklarda vücut kompozisyon monitörü ile belirlenen sıvı yükünün diyaliz öncesi ve sonrası kalp üzerine etkilerinin bnp düzeyleri ve doku doppler ile değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- 5) Beyazıt N., Uluca Ü., Ece A. (2016). Kronik böbrek hastalığı bulunan çocukların başvuru anındaki klinik ve laboratuvar özellikleri. Tıp Araştırmaları Arşivi; 1 (1): 6-10.
- 6) Evgin D., Erdem E., Bayat M., Poyrazoğlu H.M., Dursun J. (2013). Periton diyalizi uygulanan çocukların ve annelerinin yaşadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences) 22(1) 7-17.
- 7) Begül Yağcı-Küpeli, Küpeli S. (2015). Çocukluk çağı kanserleri ve yaşam kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; 24(3):368-389.
- 8) P Henning, L Tomlinson, S P A Rigden, G B Haycock, C Chantler (1988). Long term outcome of treatment of end stage renal failure. *Archives of Disease in Childhood*, 63, 35-40.
- 9) Evgin D.ve Erdem E. (2017). Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. Bozok Tıp Dergisi; 7(4):8-16.
- 10) Çavuşoğlu H. (2013). Çocuk Hastalıkları Hemşireliği kitabı. Onuncu Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi,Merdiven Ajans ISBN:975-94996-3-0 975-949996-5-7. 310-311.
- 11) Sevcan A., Bakkaloğlu E., Gögen S., Kapusuz A. (2018). Nefrolojik hastalıklarda fiziksel aktivite. Özmert E.N., Karaduman A.A., Kanbur N. (Ed.), *Çocuk ve ergen için kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.Syf 80.

- 12) Topbaş E. (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 53.
- 13) Uzun Ş., Kara B., İşcan B. (2003). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*; 12 (1) 61-66.
- 14) Öztürk A., Altuntaş Y., Özsan M., Gündüz E. (2009). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*; 31(2):119-125.
- 15) Lopes M., Ferraro A., Koch V.H. (2014). Health-related quality of life of children and adolescents with ckd stages 4–5 and their caregivers. *Pediatr Nephrol*; 29:1239–1247.
- 16) Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon registry 2016 T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu Ankara – 2017..
- 17) Tanrıverdi M.H., Karadağ A., Hatipoğlu E.Ş. (2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*; 2(2):27-32.
- 18) Nadir I. Topçu S., Gültekin F., Yöner Ö. (2002). Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 24 (2): 62 – 64.
- 19) Yıldız E.(2008). *Kronik böbrek yetmezliği ve beslenme*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.Syf 7.
- 20) Kul M. Ve Ark. (2013). Quality of life in children and adolescents with chronic kidney disease: a comparative study between different disease stages and treatment modalities. *The Turkish Journal of Pediatrics*; 55: 493-499.
- 21) Alpay H., Yıldız N., Özçay S. (2002). Kronik böbrek yetersizliğinde etyolojik değerlendirme. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi* ;11(3):144-148.
- 22) (Yalçın A.U., Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği, [Www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Kronik Böbrek Yetmezligi.Pdf](http://www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Kronik_Böbrek_Yetmezligi.Pdf)) (01.03.2018)
- 23) Balakışiev M. (2015). Hemodiyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda biyosentetik greft ile oluşturulmuş arteriovenöz fistüllerin orta dönem sonuçlarının retrospektif analizi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir*.
- 24) Conk Z., Başbakkal Z., Bal-Yılmaz H., Bolışık B. (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitapevi.598.

- 25) Öztürk D. (2009). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yumurta ve yumurta akı tüketimlerinin bazı biyokimyasal ve hematolojik bulgular üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Başkent Üniversitesi, Ankara.
- 26) Bulantekin Ö. (2008). Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- 27) Sarıkaya-Karabudak S., Yıldırım B. (2011). Kronik böbrek yetmezliği olan çocuk hastanın hemşirelik bakımında eleştirel düşünme. Elektronik Meslek Yüksekokulları Dergisi;100.
- 28) İnal R., Taze S.S., Yayla R. (2018). Ulusal böbrek nakli bekleme listesinde olan hastaların duyu durumlarının değerlendirilmesi. Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi:1 (13).
- 29) Şentürk A.,Levent B.A.,Tamam L. (2000). Hemodiyalize giren böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi;17(3):163-172.
- 30) (Sarı Ö. (2015). Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği, *Beu. Sbe. Derg.* Cilt:4 Sayı:2.
- 31) Çetinkaya S., Nur N., Ayvaz A. ,Özdemir D. (2008). Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- 32) (Özçürümez G., Tanrıverdi N., Zileli L. (2003). Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psiko-sosyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi; 14(1):72-80.
- 33) Kaya- Akı M., Demir- Dikmen Y. (2012). Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2 (3): 24-28.
- 34) Çetin Ş. (2015). Kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yollarının kullanım süresi ve bu süreyi etkileyen faktörler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2.Sayı:51.
- 35) Başarır S., Pakyüz S.Ç. (2015). Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi :20.
- 36) Yankın Ö., Baştürk M.,Aslan S.S.,Utaş C. (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 7(4).
- 37) Güler Ö., Yüksel Ş., Acartürk G., Emül H. M.,Özbulut Ö., Çölbay M., Uslan İ., Karaman Ö., Geçici Ö. (2007). Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek

- yetmezliği hastalarında psiko-sosyal değerlendirme, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8:173-178.
- 38) (Buyan N., Türkmen M.İ., Bilge I. Ve Ark. (2010). Quality of life in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 25:1487–1496.
- 39) Durualp E., Kara F.N., Yılmaz V., Alaybeyoğlu K. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; 63(2).
- 40) Yağcı-Küpeli B., Küpeli F. (2015). Çocukluk çağı kanserleri ve yaşam kalitesi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*; 24(3):368-389.
- 41) Özbay Y., İlhan T. (2013). Kronik hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesi ve başa çıkma: yarı-deneysel bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*; 1.Sayı Cilt 945-962.
- 42) Kalantar-Zadeh K, Unruh M. (2005). Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol*; 37:367-378.
- 43) Özcan Y., Utaş C., Oymak O., Baştürk M., Aslan S.S. (1999). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda eritropoietin kullanımının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Cilt 9: Sayı 2*.
- 44) Özcan Y., Baştürk M., Aslan S.S., Utaş C. (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*; 7(4).
- 45) Güney İ. (2007). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin mortalite üzerine etkisi, *Selçuk Üniversitesi, Konya*.
- 46) Çakın- Memik N., Ağaoğlu B., Coşkun A., Karakaya I. (2008). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 15 (2).
- 47) Aydemir Ç., Kasım İ., Cebeci S., Göka E., Tüzer V. (2000). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi* 10 (2): 29-39.
- 48) Acaray A., Pınar R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 8 (1).
- 49) Yavaş-Çelik M. (2017).. Çocuklarda kronik böbrek hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*:27(3):24.

- 50) Uysal H., Karataş C. (2017). Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi ; 4(2), 49-61.
- 51) Karakavak G., Çırak Y. (2006). Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: 7 Sayı:12s. 95- 112.
- 52) Varni J.W., Seid M., Rode C.A. The Pedsq, (1999). Measurement Model For The Pediatric Quality Of Life Inventory. *Med Care*;37-126-139.
- 53) (<https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Beslenmehareket-Hesaplamalar/Beslenmehareket-Cocuk-Beden-Kitle-Indeksi.Html>)(10.03.2018).
- 54) Buyan N., Türkmen M.İ., Bilge I. Ve Ark. (2010). Quality of life in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 25:1487–1496.
- 55) Kul M. Ve Ark. (2013). Quality of life in children and adolescents with chronic kidney disease: a comparative study between different disease stages and treatment modalities. *The Turkish Journal of Pediatrics*; 55: 493-499.
- 56) Dotis J. Ve Ark. (2016). Quality of life in children with chronic kidney disease; 31:2309–2316.
- 57) Kavaz A. (2012). Kronik böbrek hastalığı, son dönem böbrek yetmezliği ve böbrek nakli olan çocukların uzun dönem komplikasyonlarının belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.
- 58) Beyazıt N., Uluca Ü., Ece A. (2016). Kronik böbrek hastalığı bulunan çocukların başvuru anındaki klinik ve laboratuvar özellikleri. *Tıp Araştırmaları Arşivi*; 1 (1): 6-10.
- 59) Soylemezoglu O. (2012). Chronic renal disease in children aged 5–18 years: a population-based survey in turkey, the credit-c study. *Nephrol Dial Transplant*: 27 (3):146-151.
- 60) Şahan E. (2010). Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü. Başkent Üniversitesi. Ankara.
- 61) Mekahli D., Ledermann S., Gullett A., Rees L. (2014). Evaluation of quality of life by young adult survivors of severe chronic kidney disease in infancy. *Pediatr Nephrol* ; 29:1387–1393.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/009


Karar tarihi : 21.03.2017


Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 21.03.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101002 Sibel ERGÜL BOSTANCI	Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi
154101090 Şevket CENGİZHAN	Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi
154101082 Aslıhan KORKMAZ	Trakeostomili Hastaların Sosyal İzolasyon Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi
154101067 Semra YILDIRIM	Gaziantep ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerde Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımının İncelenmesi
154101056 Fatma YILDIRIM	Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
154101064 Abdurrahman OKUTAN	Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Bireysel Dayanıklılığın İncelenmesi
154101064 Mustafa GÖKSULAR	Hemşirelerin Çocuk Hakları Konusunda Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
164101004 İnci ARPACI	Diyabet Okulunun Diyabetli Bireylerin Öz Etkililik Algısına Etkisi
164101009 Mutlu Erdi BİLECEN	Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimleri Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi
164101043 Nadide Seda KARAATA	Gebelikte Yapılan Uyku Eğitiminin Doğum Sonu Uyku Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi

Oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)



Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)




Prof. Dr. Zehin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Aylin FLİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreter


Doç. Dr. Tülay ÖRTABAĞ
Üye

ASLI GİBİDİR


T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

04.04.2017

Sayın Fatma YILDIRIM

“Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmanız 04.04.2017 tarih ve 2017-03 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

2017/03 Sayı ve 04.04.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 3. Sayfasıdır.
(Fatma YILDIRIM)



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

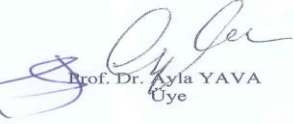

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye



Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye


Prof. Dr. Nermin ÖLGÜN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye


Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye


Güven HOS
T.C. Hasani Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri



ASLİGİBİDİR

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2017/03
Karar Tarihi : 04.04.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın "*...Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi ...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şevket CENGİZHAN'ın "*...Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aşlıhan KORKMAZ'ın "*...Trakeostomili Hastaların Sosyal İzolasyon Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Semra YILDIRIM'ın "*...Gaziantep İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerde Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımının İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fatma YILDIRIM'ın "*...Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdurrahman OKUTAN'ın "*...Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa GÖKSULAR'ın "*...Hemşirelerin Çocuk Hakları Konusunda Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Asiya UZUN'un "*...Serebral Palsili Çocuklarda Fizyolojik Lordozu Destekleyen Alt Gövde Desteğinin Gözde Stabilizasyonu ve Üst Ekstremité Fonksiyonelliği Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sedat YİĞİT'in "*...Kronik Venöz Yetmezlik Tanılı Hastalarda Egzersiz Eğitiminin Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aslan DOĞAN'ın "*...KOAHLı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Güzide ŞENDAĞ'ın "*...Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Akdeniz Diyet Kalite İndeksi ile Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "*...Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kadir SEVİN'in "*...Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/04/2017-E.8604



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/663.08/E. 8604 27/04/2017
Konu :Fatma YILDIRIM tarafından Yrd.Doç.Dr.Zerrin ÇİĞDEM danışmanlığında
Araştırma yapmak istediği.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi :a) 11/04/2017 tarihli, 53 sayılı ve "Fatma YILDIRIM tarafından Yrd.Doç.Dr.Zerrin
ÇİĞDEM danışmanlığında Araştırma yapmak istediği." konulu yazı
b) 27/04/2017 tarihli, 23492 sayılı ve "Bilimsel araştırma talebi." konulu yazı

İlgi yazınıza istinaden Enstitünüz hemşirelik anabilim dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Fatma YILDIRIM tarafından Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM danışmanlığında ve tez araştırması kapsamında "Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel araştırmanın 17.04.2017-17.10.2017 tarihleri arasında Hastanemiz Çocuk Nefroloji Kliniğinde yapılması uygun mütalaa edilmiş olup, Anabilim Dalı Başkanının yazısı ilgi (b) de ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr.Murat Taner GÜLŞEN
Başhekim

EKLER :
1 Sayfa

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.136.124/enVision/Dogrula/SU3M5MC>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel. : 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağ:<http://www.gantep.edu.tr/>



Dr. Zağçe 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/020/23492
Konu :Bilimsel araştırma talebi.

27/04/2017

**ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİK
MAKAMINA**

İlgi :14/04/2017 tarihli, 21243 sayılı ve "Bilimsel araştırma talebi." konulu yazı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ilgi yazısına istinaden, hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Fatma YILDIRIM tarafından Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM danışmanlığında ve tez araştırması kapsamında " Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel bir araştırma yapılması planlandığı ve bu araştırmanın 17.04.2017-17.10.2017 tarihleri arasında Çocuk Nefroloji Kliniğinde yapılması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim

Prof.Dr. Metin KILINÇ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı Başkanı

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.136.124/enVision/Dogrula/6E3M471>

Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE

Tel: 0 (342) 360 12 00

Faks: 0 (342) 360 10 13

Ayrıntılı bilgi için irtibat:

E-Posta: bilgi@gantep.edu.tr

Elektronik ağ:<http://www.gantep.edu.tr/>

/ 1

Ek 5a

ÇOCUK VE AİLEYE YÖNELİK BİLGİ FORMU

Tarih:

- 1) Cinsiyet : a)Kız b)Erkek
- 2) Yaş (GÜN-AY-YIL) :.....
- 3) Annenin yaşı :.....
- 4) Babanın yaşı :.....
- 5) Annenin Eğitim Durumu:
 - a)Okur yazar b)Okur yazar değil c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
 - f)Üniversite
- 6) Babanın Eğitim Durumu:
 - a)Okur yazar b)Okur yazar değil c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
 - f)Üniversite
- 7) Annenin Çalışma Durumu:a)Çalışıyor b)Çalışmıyor
- 8) Babanın Çalışma Durumu :a)Çalışıyor b)Çalışmıyor
- 9) Yerleşim yeri :a)İl merkez b)İlçe merkez c)Köy
- 10) Aile tipi :a)Çekirdek Aile b)Geniş Aile
- 11) Ailenin Gelir Düzeyi :
 - a)Gelirler gidenden düşük b)Gelirler giderlere eşit c)Gelirler giderden yüksek
- 12) Annenin Çalışma Durumu:a)Çalışıyor b)Çalışmıyor
- 13) Boy uzunluğu :.....cm
- 14) Vücut ağırlığı :..... kg
- 15) Beden Kitle İndeksi :.....
- 16) Kaç Yaşında KBY Hastalığı Tanısı Kondu?.....
- 17) Kaç Yıldır KBY Hastası? (Ay/Yıl)
- 18) Diyalize Girme Durumu:a)Evet b) Hayır
- 19) Evet ise : a)Peritondiyaliz b)Hemodiyaliz
- 20) Kaç Yıldır Diyalize Giriyorsun (Ay/Yıl) :
- 21) İlaç Tedavisinde Aksamalar Oluyor mu?: a)Evet b) Hayır
- 22) İlaç Tedavisini Kim Takip Ediyor? A)Kendim b)Diğer:.....
- 23) Okula Gidiyor Musun?:a) Evet b) Hayır
- 24) Okula Devam Durumu: a)Düzenli b) Düzensiz c)Ara verdim
- d)Ayrıldım

Ek 5b

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇIYKÖ) 8-12 Yaş Çocuk Formu

Tarih:.....

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtir misin?

Eğer senin için	hiçbir zaman	sorun değilse	0
Eğer senin için	nadiren	sorun oluyorsa	1
Eğer senin için	bazen	sorun oluyorsa	2
Eğer senin için	sıklıkla	sorun oluyorsa	3
Eğer senin için	hemen her zaman	sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevap yoktur.

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evde günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygulanım ile ilgili sorunlar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkalarıyla ilgili sorunlar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ‘Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi’ yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hakkında geri bildirimde bulunma imkanı sağlanması amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

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

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

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Fatma YILDIRIM

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:07/06/2018

Tez Başlığı / Konusu: **NEFROLOJİ KLİNİĞİNDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 35 sayfalık kısmına ilişkin, 07/06/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil %23 'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

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

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; 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.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Fatma YILDIRIM
Öğrenci No: 154101056
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Programı: Hemşirelik Yüksek Lisans
Statüsü: X Y.Lisans Doktora

Tarih ve İmza

Fatma

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Zerrin Çiğdem
DR. Öğr. Üye. Zerrin ÇİGDEM

KISAÖZGEÇMİŞ**1. Adı Soyadı: Fatma YILDIRIM****2. İletişim Bilgileri****Telefon: 05059494585****Mail: fatmayildirim2780@gmail.com****2. Doğum Tarihi: 03.04.1994****3. Ünvanı: Yüksek Lisans Öğrencisi****4. Öğrenim Durumu:**

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	2011- 2015
Yüksek Lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015- 2018

