

24363

T. C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİALİZE GİREN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN SAPTANMASI VE
BİLGİLENDİRİCİ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİNE OLAN
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Asiye Durmaz AKYOL

Danışman Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Kâmile ERGİN

İZMİR - 1992

Ö N S Ö Z

Araştırmanın yürütülmesinde değerli katkıları olan rehber öğretim üyesi Doç.Dr.Kamile ERGİN'e, araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Ali BAŞCI'ya, araştırmanın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Uzm.Dr.Fehmi AKÇİÇEK'e ve Prof.Dr.Evert MEES'e, istatistiksel değerlendirmeler aşamasında destek veren Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği Bilimleri Bölümü yönetimine ve Ar.Gör. Timur KÖSE'ye, kitapçığın basımında büyük destek veren eşim Hakan AKYOL'a teşekkür ederim.

Ar.Gör.Asiye DURMAZ AKYOL

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No</u>
Ö N S Ö Z	ii
İ Ç İ N D E K İ L E R	iii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
BÖLÜM I	
G İ R İ Ş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	5
1.2. Genel Bilgiler	6
1.2.1. Hemodializ İle İlgili Kuramsal Bilgi	6
1.2.1.1. Hemodializ ve Tarihçesi	6
1.2.1.2. Hemodializ'e Ait Teknik Bilgiler	7
1.2.1.3. Hemodializ Programının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	15
1.2.1.4. Kronik Hemodializ Tedavisine Alınacak Hastalarda Aranacak Özellikler	16
1.2.2. Kronik Hemodializ Tedavisi Olan Hastaların Bakımı	18
1.2.3. Kronik Hemodializ Tedavisinin Komplikasyonları	22

	<u>Sayfa No</u>
1.2.4. Kronik Dializin Psikososyal Yönleri . . .	27
1.2.4.1. Hemodializde Hayata Adaptasyon . . .	27
1.2.4.2. Bağımsızlık Kaybı	29
1.2.4.3. Vücut Fonksiyonlarında Ortaya Çıkan Değişiklikler ve Kayıplar	29
1.2.4.4. Sosyal Yaşamdaki Değişiklikler ve Kayıplar	30
1.2.4.5. Hastanın ve Ailenin Gösterdiği Tepkiler	30
1.2.5. Yaşam Kalitesi	32
1.2.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması . . .	32
1.2.5.2. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları . . .	35
1.2.5.2.1. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri (Fiziksel İyilik Hali Göstergeleri)	37
1.2.5.2.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri (Psikolojik İyilik Hali Göstergeleri)	40
1.2.6. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi	44
1.3. Hipotezler	50
1.4. Sınırlamalar	50
1.5. Tanımlar	51
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	52
2.1. Araştırmanın Tipi	52
2.2. Araştırmanın Yeri	52

	<u>Sayfa No</u>
2.3. Araştırmanın Evreni	52
2.4. Örnek Sayısı ve Örnek Büyüklüğü	53
2.5. Veri Toplamı	53
2.6. Anket Formunun Uygulanması	57
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	58
2.8. Süre ve Olanaklar	61
 BÖLÜM III	
B U L G U L A R	62
3.1. Deneklerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	62
3.2. Deneklerin Hastalıklarına İlişkin Veriler	69
3.3. Deneklerin Eğitim Verilmeden Önce Yaşam Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi (Pre-Test).	77
3.4. Deneklerin Eğitim Öncesi Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi	91
3.5. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Yaşam Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi (Post-Test)	96
3.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .	108
 BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE SONUÇ	112

	<u>Sayfa No</u>
4.1. Tartışma	112
4.1.1. Deneklere İlişkin Sosyo-Demografik Verilerin İncelenmesi	112
4.1.2. Deneklerle İlgili Hastalığa İlişkin Verilerin İncelenmesi	115
4.1.3. Deneklerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi	118
4.1.3.1. Deneklerin Eğitim Verilmeden Önce Yaşam Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtların İncelenmesi (Pre-Test). .	118
4.1.3.2. Deneklerin Eğitim Öncesi Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi	123
4.1.3.3. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Yaşam Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtların İncelenmesi (Post-Test) .	125
4.1.3.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	126
4.2. Sonuç.	129
4.2.1. Öneriler	133
Ö Z E T	136
S U M M A R Y	139
K A Y N A K L A R	142

E K L E R

EK I - Hasta Tanıtım Formu.	153
EK II - Hastaların Yaşam Kalitesini Saptama Anketi (Fiziksel İyilik Hali'ni Saptama Formu)	158
EK III - Psikolojik İyilik Hali'ni Saptama Formu	161
EK IV - Hemodializ Hastasının El Kitabı . .	163
Ö Z G E Ç M İ Ş	164

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Deneklerin Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı	62
2. Deneklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	63
3. Deneklerin Cinsiyete Göre Dağılımı	63
4. Deneklerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	64
5. Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	64
6. Deneklerin Mesleklerine Göre Dağılımı	65
7. Deneklerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	66
8. Çalışmayan Deneklerin Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı	66
9. Deneklerin Aile Tiplerine Göre Dağılımı	67
10. Deneklerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	67
11. Deneklerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı	68

Tablo NoSayfa No

12. Deneklerin Hemodialize Başlama Sürelerine Göre Dağılımı	69
13. Deneklerin Hemodialize Giriş Sayısı ve Sürelerine Göre Dağılımı	70
14. Deneklerin Hemodialize Gelip Gitmede Kullandıkları Araca Göre Dağılımı . .	71
15. Deneklerin Ailelerinde Böbrek Hastası Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı. .	72
16. Deneklerin Hastalıkları İle Baş Etmede Yardımcı Olan Kişilerin Dağılımı.	72
17. Deneklerin Hastalıkları Konusunda Önceden Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	73
18. Deneklerin İlk Tanılarına Göre Dağılımı.	74
19. Deneklerin H.D. Tedavisi Dışında Kullandıkları İlaç Türlerine ve Sayılarına Göre Dağılımı	75
20. Deneklerde Sistemik Muayene Bulgularına Göre Hastalık Komplikasyonlarının Dağılımı	76
21. Deneklerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapmada Güçlük İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı . . .	78

22. Deneklerin Hastalık Semptomları İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	81
23. Deneklerin Karnofsky İndeksi'ne Göre Fonksiyonel Yeterliliğini Değerlendirme Puanlarının Dağılımı. .	84
24. Deneklerin Psikolojik İyilik Hali İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	86
25. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesine Göre Karşılaştırılması	89
26. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (Pre-Test) .	90
27. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Cinsiyeye Göre Dağılımı	91
28. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	92
29. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	93

30. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Hemodialize Başlama Süresine Göre Dağılımı	94
31. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Dialize Haftada Giriş Sıklığı ve Süresine Göre Dağılımı . .	95
32. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapmada Güçlük ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	97
33. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Hastalık Semptomları ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	100
34. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Karnofsky İndeksi'ne Göre Fonksiyonel Yeterliliğini Değerlendirme Puanlarının Dağılımı	103
35. Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Psikolojik İyilik Hali ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	105
36. Deney Grubundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması	108

Tablo NoSayfa No

37. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Pre-Test ve Post-Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	109
38. Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması	110
39. Deney ve Kontrol Grubu Deneklerin Post-Test Puan Ortalamalarının Dağılımı.	111

ŞEKİLLER DİZİNİSekil NoSayfa No

1. A-V Fistül	12
2. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler	34
3. Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki İlişki Modeli	47

BÖLÜM I

G İ R İ Ő

Tüm Dünya'da olduğu gibi yurdumuzda da terminal üremi ile sonlanan kronik böbrek hastalıkları oldukça fazladır (80). Kronik ve terminal böbrek yetmezliği olan hastaların yaşayabilmeleri için (hemodializ veya periton) dializ ya da transplantasyon yapılması gerekir, aksi halde ölümlle sonuçlanır (77).

European Dialysis and Transplant Association (EDTA)'nın bildirdiğine göre 31.12.1978 tarihinde Avrupa'da tedavi gören hasta sayısı 139.732'dir. Bunların % 65'ine hemodializ (H.D.), % 77'sine periton dializ (P.D.) ve % 27.3'üne transplantasyon uygulanmıştır. 33 değişik Avrupa ülkesindeki dializ merkez sayısının bu tarihte 2154 olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de 31.12.1984 tarihinde dializ merkez sayısı 16, 1988 tarihinde 28 iken bu sayı 1990 tarihinde 67'ye ulaşmıştır (77).

European Dialysis and Transplant Association (EDTA)'nın verdiği bilgilere göre hemodializ merkezlerinde 3 yıllık yaşama oranı % 80, beş yıllık % 66, on

yıllık % 53'tür (24, 37). Türkiye'deki hemodializ merkezlerinde ise bir yıllık yaşama oranı % 65.6, iki yıllık yaşama oranı % 50.7, beş yıllık yaşama oranı % 31.5'tir (26).

Kronik hemodializ tedavisi gören hastalarda yıllık mortalite oranı ortalama % 8'dir. Böbrek hastalığı dışında başka bir hastalığı olmayan genç hastalarda mortalite oranı düşüktür. Buna karşılık diabetlilerde, yaşlı hastalarda mortalite oranı genel ortalamadan daha yüksektir (16). Ölümlerin yarısından fazlası kardiovasküler nedenlerle olmaktadır. Kronik hemodializ hastalarında ölüm nedenleri arasında enfeksiyon ikinci sırayı almaktadır (16, 26, 37).

Dialize alınan hastaların yaşam sürelerine etki eden önemli faktörler seçilen dializ metodu, hastanın tedaviye başlama yaşı ve mevcut primer böbrek hastalığıdır (22, 24, 37, 72).

Teknoloji ve cerrahi alanında meydana gelen gelişmeler dializ tedavisinin seçilmesini kolaylaştırmış, sık ve tekrarlı yapılmasına izin vermiştir (2, 9, 58).

Bugün için rutin hale gelmiş olan dializ uygulaması ile yaşam uzatılabilmesine karşın böbrek hastalığı düzelmez. Üreminin meydana getirdiği problemlerin bir çoğu düzenli hemodializ tedavisinden sonra kaybolur. Ancak bu kez de düzenli hemodialize bağlı olan problem ve komplikasyonlar ortaya çıkar (80). Kanda

belirli oranlarda bulunması gerekli olan maddelerin artışı, diet, sıvı ve hareket kısıtlaması, belli ilaçları kullanma zorunluluğu, tedavi nedeniyle yeni bir ortama girme, sürekli ölüm tehdidi altında olma, korku ve güvensizlik duygularının açığa çıkmasına neden olur. Kronik bir hastalığın ve düzenli hemodiyaliz ortaya çıkardığı sosyal, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin adaptasyonunu güçleştirir ve yaşam kalitelerini azaltır (1, 20, 29, 70).

Kronik hemodiyaliz tedavisinde en önemli amaç; son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerinin (en az düzeyde bile olsa) yükseltilmesini sağlamaktır. Kronik dializde yaşam kalitesini geliştirici çalışmalar çok yönlüdür. Genel olarak bu çalışmalar fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali bölümlerini kapsamaktadır (32, 66, 75).

Hastalığın kronik olması, bu hastaların hastalığa olan uyumunu geciktirir. Hastalığın aktif döneminde sağlık bakım alanında uzman olan kişilerin hasta ve ailesine anlayabileceği bir dilde eğitim vermesi hastalığa uyumu kolaylaştırır ve hastalığın kolay kabullenilmesini sağlar (4, 51). Bu nedenle hasta ve ailesine hemodiyaliz amacını, nasıl çalıştığı, yapılması veya yapılmaması gerekenler, hemodiyalize adaptasyonun nasıl olacağı konularında anlayabilecekleri bir dil ile bilgi verilmelidir.

Hasta eğitimi; profesyonel hemşirenin sorumlulu-

ğudur. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Sağlık eğitiminin amacı, hastayı en sağlıklı biçimde hayatını yaşaması için eğitmek ve böylece hastanın maksimum sağlık potansiyelini kurması için çabalamasını sağlamaktır (17, 53, 73).

Amerikan Hemşireler Birliği hasta eğitimi için hemşirenin sorumluluklarını tanımlamışlardır. Bu eğitim sorumlulukları hemşirenin her uygulamasında vardır ve şunları kapsar (17) :

1- Hastalara aldıkları tedavi hakkında bilgi sağlamak,

2- Hastaların kendi kendine bakım yeteneklerini arttırmak için yeni beceriler öğrenmesine yardım etmek,

3- Hastaların, hastalık nedeniyle bozulan yaşam şekline uyum sağlamasına yardım etmek.

Sağlık kalitesinin belirlenmesi için hastane sayısı, doktor sayısı, hemşire sayısı, sosyal servisler yeterli ise sağlık kalitesi vardır, yetersizse yoktur biçiminde bir yorumlama diğer alternatifleri dışarıda bırakmaktadır. Böyle olsa bile insanlar en iyinin üzerinde kalite beklerler. Yalnızca iyi bir hava, iyi bir hastane değil, aynı zamanda elverişli eğitimsel kolaylıklar ve kendilerini geliştirebilecekleri işleri de isterler (79).

Bu açıklamalar doğrultusunda kronik hemodiyaliz

tedavisi olan hastalarda sağlık eğitimi ve rehabilitasyon programı uygulaması kaçınılmazdır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de hemodializle yaşamlarını sürdürmek zorunda kalan terminal üremi evresindeki hastaların sayılarında artma olmuştur. Yaşamını bir makinaya bağlı olarak sürdürmek bireyi çeşitli yönlerden etkilemektedir. Makinaya bağlı olarak yaşamak, bireylerin yaşamdaki uyumlarını bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bunlar yaşam kalitesinde farklılaşmalara yol açmaktadır.

Hemodializ uygulanan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelere oldukça önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, planlanmış sağlık eğitimi bir gereksinim olarak görülüp bu araştırma planlanmıştır.

Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanan araştırmanın amaçları şunlardır :

1- Hemodializ uygulanan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelemek,

2- Hemodializ uygulanan hastaların yaşam kalitesini belirlemek,

3- Fiziksel ve psikososyal etkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek,

4- Verilen planlı sağlık eğitiminin, deney ve kontrol grubundaki deneklerin yaşam kalitesine olan etkisini inceleyerek karşılaştırmak.

1.2. GENEL BİLGİLER

1.2.1. HEMODİALİZ İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİ

1.2.1.1. HEMODİALİZ VE TARİHÇESİ

Kanda birikmiş olan maddelerin yarı-geçirgen zar vasıtası ile dializ sıvısına geçmesi olarak tanımlanan hemodializ 90 yıllık bir geçmişe sahiptir. İlk kez 1913 yılında dializi tanımlayan Abel, Rowntree ve Turner "yapay böbrek" terimini kullanmışlardır (77).

İlk kez Hollanda'da 1944 yılında Wilhelm Kolff dializle bir üremik hastayı tedavi etmiştir. 1950 yılında da Boston'da Walter, Meller, Thorn, Smith, Callah akut böbrek yetmezliği için H.D. kullanmışlardır.

İlk dializ, böbrek yetmezliğinin akut döneminde hastayı korumak için yapılmıştır. Kliniksel remisyonun sürdürülmesi daha ileri dönemlerde sağlanmış ve pek çok hasta yapay böbrekle yaşamlarını sürdürmeye

başlamıştır.

1944 ve 1974 yılları arasında yapay böbreğin çeşitleri geliştirilmiş ve ilerlemelerle bu gelişimin devamlılığı sağlanmıştır. Yapay böbreğin başlıca üç biçimi ortaya çıkarılmış; Koil, hollow-fiber ve plate tipi en çok kullanılır hale gelmiştir (20).

1963 yılında Merril ve arkadaşları tarafından ev hemodializ fikri ortaya atılmıştır.

1965 yılında Brescio ve Cimino subkutan arterio-venöz (A-V) fistülü tanımlamışlardır. 1969 yılında da A-V fistülü için damarları uygun olmayanlara greftler kullanılmıştır (12, 20, 77).

1.2.1.2. HEMODİALİZ'E AİT TEKNİK BİLGİLER

Hemodializ'e ait teknik bilgiler; dializ makinası ya da sisteme yönelik teknik bilgiler ile hastaya yönelik teknik bilgiler olmak üzere başlıca iki grupta incelenmiştir.

A- DİALİZ MAKİNASINA (SİSTEME) YÖNELİK TEKNİK BİLGİLER :

Dializ makinasına yönelik teknik bilgiler başlıca üç kısımdan oluşmaktadır (16, 20, 38, 67, 77). Bu bölümler aşağıda belirtilmiştir :

1- Suni böbrek veya dializerler, 2- Dializat taşıyıcı sistem, 3- Monitör cihazları.

1- Suni Böbrek veya Dializerler : Suni böbrek veya dializerler koil tipi, paralel plate ve hollow-fiber olarak üç formda geliştirilmişlerdir. Hollow-fiber günümüzde en çok kullanılan dializ tipidir (20).

Dializerler hastanın kanında birikime uğramış solüt maddelerin dializ sıvısına geçmesini sağlayan yarı-geçirgen membranlardır. Bu membranlarda solütlerin taşınması ozmozis, diffüzyon ve ultrafiltrasyon yolu ile olmaktadır. Diffüzyonla küçük molekül solütler, ultrafiltrasyon ile sıvı ve büyük molekül ağırlıklı solütler taşınır (18, 20, 38, 42, 77).

Etkili bir H.D. yapabilmek için dializerlerin bazı özellikleri içermesi gerekir. Bu özellikler şunlardır (18, 20, 77) ;

- 1-)Dializerler toksik olmayan maddelerden yapılmış olmalı,
- 2-)Dializerler için kan volümü düşük olmalı,
- 3-)Dializ sonu rezidüel kan volümü düşük olmalı,
- 4-)Ultrafiltrasyon hızı yüksek olmalı,
- 5-)Kan akımına düşük direnç taşınmalı,
- 6-)Tromboz yapma eğilimi az olmalı,
- 7-)Uygulaması kolay, disposabl olmalı,
- 8-)Maliyeti düşük olmalıdır.

2- Dializatı Taşıyıcı Sistem : Dializatı taşıyıcı sistem; dializat sıvısı ve dializat taşıyıcı sistem olarak başlıca iki bölümden oluşur.

Dializat Sıvısı ; normal ekstrasellüler sıvıya benze-

yen steril olmayan elektrolit çözeltilisidir. Dializat sıvısı içinde, üremik hastaların kanında birikime uğrayan solütlerin hiçbiri bulunmamaktadır. Dializat sıvısının elektrolit içeriği dializ arası çıkabilecek bozuklukları düzeltecek şekilde hazırlanır (12, 20, 77). Dializat sıvısı, artık maddelerin atılımını kolaylaştıracak; kanda yükselmiş üre, kreatinin gibi metabolize ürünlerin atılımını sağlayacak, kandaki önemli maddelerin atılmasını önleyecek şekilde hazırlanmalıdır (20).

Dializat konsantrasyonu kimyasal olarak saf sodyumları içerir. Konsantre şekildeki dializatlari dilüe etmek için yumuşatılmış su ve deiyonize ile işlenmiş su kullanılmaktadır. Dializat sıvısının hazırlanmasında musluk suyunun kullanılması uygun değildir. Musluk suyunda değişik konsantrasyonlarda mineral ve organik solüt olduğundan tehlikeli tablolar oluşturur (Sert su sendromu). Örneğin; yüksek Ca konsantrasyonu hiperkalemiye, şehir sularının dezenfeksiyonunda kullanılan oksidan maddelerin içindeki klor ve türevleri akut hemolize, nitrit ve nitratlar medhemoglobin, alüminyum birikerek ansefalopatiye, pirojen maddeler febril reaksiyona yol açmaktadır (10, 12). Dializattaki önemli iyon konsantrasyonları aşağıda belirtilmiştir.

<u>İyon</u>	<u>Sınır</u>	<u>Maksimum Sınırlar</u>
Na ⁺	132 mEq/L.	130-135 mEq/L.
K ⁺	0	0-4 mEq/L.
Ca ⁺	3.5 mEq/L.	2.5-4.0 mEq/L.
Mg ⁺	1.5 mEq/L.	1.0-1.5 mEq/L.
Glikoz	--	---

Dializati Taşıyan Sistem : Bu sistemler piyasada bulunan konsantre dializati saf su ile dilüe ederek vücut ısısına kadar ısıtan sistemlerdir. Tank sistemi, orantılı karıştırıcı sistem ve kapalı dolaşım sistemi olarak başlıca üç tip dializat taşıyan sistem bulunmaktadır (77). Bu sistemlerden şu anda en yaygın olanı orantılı karıştırıcı sistemdir.

3- Monitör Cihazları : H.D. araçlarında kullanılan monitörler kan ve dializat içeriğini devamlı kontrol etmekte ve oluşabilecek değişikliklere karşı duyarlı aletlerden oluşmaktadır (20, 77). H.D. araçlarında kan dolaşımını kontrol eden cihazlar ve dializat dolaşımını kontrol eden cihazlar olmak üzere iki tip kontrol cihazı bulunmaktadır. Dializat dolaşımını kontrol eden başlıca cihazlar şunlardır (18, 77) :

- Dializat osmolaritesini ölçen kontrol bölümü (kondaktivite)
- Dializat ısısını kontrol eden bölüm (termometre)
- Dializat akımını kontrol eden bölüm (flowmetre)
- Dializat dolaşım basıncını kontrol eden bölüm (manometre).

B- HASTAYA YÖNELİK TEKNİK BİLGİLER (H.D. İÇİN CERRAHİ İŞLEMLER, SİRKÜLASYON GİRİŞİ) :

Hemodializde kanın dializi için damarsal yapının geliştirilmesi yoluyla sirkülasyon girişi sağlan-

maktadır. Başlıca iki tip sirkülasyon girişi vardır (43, 77) :

1- Eksternal Shunt (A-V Shunt), 2- İnternal Shunt (A-V Fistül).

1- A-V Shunt (Eksternal Shunt) : Eksternal shunt daha çok acil durumlarda ve daimi olmayan hallerde tercih edilir. Hemodializi gerektiren akut hastalara en sık uygulanan yöntemdir. Bu amaçla alt veya üst ekstremiteler kullanılabilir. Hastalarda yara enfeksiyonunun yüksek olması, yürümeyi engellemesi gibi dezavantajları yüzünden alt ekstremitelere yerine üst ekstremitenin kullanılması tercih edilmektedir (20, 43, 48, 77).

Cerrahi işlemi takiben hastaya hemen kanül bakımı yapılmalıdır ve hasta travmalardan korunmalıdır. Düzenli pansuman aseptik tekniklere uyularak yapılmalıdır. A-V kanülün olduğu koldan kan alınmamalı ve tansiyon ölçülmemelidir. Dolaşım kontrolü, hasta yerine ilk geldiği zaman, gün boyunca 2 ile 3 saatte bir ve yatma zamanı mutlaka yapılmalıdır. Hastalar fazla sıkı giysiler giymemeli, ekstremitelerin ısınmasından kaçınılmalı, kanül klembi her zaman kapalı olmalı, hafif veya ağır objeleri kaldırmamalıdır. Banyo ve yüzme kanül ile birlikte yapılabilir fakat ekstremitenin uzun süre su altında olmasından kaçınılmalıdır. Gözenekleri olmayan materyaller ile bölgenin uzun süre kapatılması deride maserasyonlar meydana getirebilir (10, 20).

Kanül yaşamı ortalama 7 ile 10 aydır. Kanülün başlıca komplikasyonları; lokal veya sistemik enfeksiyonlar, trombozis, enfeksiyon, kanama, hematoma, pıhtılaşma ve deri problemleri (örneğin; dermatit, erozyon gibi)'dir (3, 10, 12, 14, 20, 43, 57).

2- A-V Fistül (İnternal Shunt) : Uzun süreli dializ programına alınacak ve böbrek transplantasyonu yapılacak hastalara subkutan arterio-venöz anastomoz (A-V fistül) yapılması gereklidir ve genel olarak kullanılan kolda radial arter ile sefalik ven arasına açılır (Şekil 1) (10, 12, 20, 77).



ŞEKİL 1 : A-V Fistül

A-V fistül ile yüzeysel venlere arteriel kanın karışması ile artan intravenöz basınç ve akım hızıyla venler genişler. Böylece H.D. için iki geniş iğnenin aynı anda girebileceği genişlikteki venler elde edilmiş olur (10, 20, 77). Fistül oluşmadan kullanılmamalı, en az üç hafta (yaklaşık 21 gün) beklenilmelidir. Mümkünse bu süre içinde bu koldan dializ yapılmamalıdır. Genç ve damar problemi olmayan hastalarda fistül gelişimi bu süre içinde veya daha önce de olurken yaşlı ki-

şilerde, damar hastalığı olan özellikle diabetli yaşlı hastalarda fistülün yeterli gelişmesi haftalar veya aylar sonra meydana gelir (10, 12, 16, 20, 24, 71, 77).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı kesinleşmiş olan ve önceden takip edilen hastalarda fistül açılmaya karar verildikten sonra hasta ve ailesine, fistül ve işlem hakkında bilgi verilmeli, özellikle hemşire konuyu destekleyici açıklamalarda bulunmalıdır (10). A-V fistülü ilk açılan hastanın bilmesi ve uyması gereken temel bazı ilkeler vardır (10, 71, 77) :

a- Hasta fistül açıldıktan sonra kolunu elevasyonda tutmalı, kolunu başının altına alıp uyumaktan kaçınmalıdır. Kolun tamamen kullanılmasına bir ile iki hafta sonra izin verilir. Bu arada hastaya rahatsızlık hissederek, huzursuz olursa ilk 12-24 saat içinde oral sakinleştirici ilaçlar verilebilir.

b- Hastaya fistülü geliştirici egzersizler (gazlı bezi rulo yapma, top sıkma, el ve parmağı hareket ettiren egzersizler gibi) öğretilir.

c- Hastaya fistülün nasıl çalıştığı anlatılır ve bu kontrolü nasıl yapacağı öğretilir. Fistül üzerinden (elimizi fistül üzerine koyduğumuzda) venöz duvarın etrafa yaptığı basıncın çıkardığı thrill sesi duyulur. Bu thrill sesi kan akımının olduğunu gösterir. Thrill sesi yoksa veya alınamıyorsa fistülün çalışmadığı düşünülmesi ve hasta en yakın dializ merkezine başvurmalıdır.

d- Hasta fistüllu kolundan kan aldırmamalı, serum taktırmamalı, kolunu sıkan giysiler giymemeli, saat takmamalı, ağır eşya taşımamalı, tansiyonunu fistüllu kolundan ölçtürmemelidir.

Bir fistülün yaşam süresi ortalama 3 ile 4 yıldır (20). A-V fistülde gelişebilecek en önemli komplikasyonlar; enfeksiyon, hemoraji, hematom, tromboz, elin iskemisi, gelişen venin yetmezliğidir (10, 20, 43).

H.D.'e giren hastaların büyük çoğunluğunda A-V fistül iyi tolere edilir. Ancak uzun süre dialize giren ve sık sık enfeksiyon tekrarlayan bazı hastalarda fistül için gerekli olan bu damarlar hasara uğrayabilir. Bunun yanında şiddetli damar hastalıkları, damarların ağır kalsifikasyonu, anatomik şekil bozukluğu da damarları uygunsuz hale getirebilir.

Günümüzde; bu hastalar için fistül çeşitleri geliştirilmiştir. Vasküler girişimlerde çeşitli greftler veya protezler kullanılmaktadır. Bunlar insan, hayvan veya sentetik materyalden yapılmış olup arter ve ven arasına kolaylıkla takılabilir. En önemli sentetik greftler teflon veya polietifloretilendir (PTTE) (20, 43, 77).

d- Hasta fistüllu kolundan kan aldırmamalı, serum taktırmamalı, kolunu sıkan giysiler giymemeli, saat takmamalı, ağır eşya taşımamalı, tansiyonunu fistüllu kolundan ölçtürmemelidir.

Bir fistülün yaşam süresi ortalama 3 ile 4 yıldır (20). A-V fistülde gelişebilecek en önemli komplikasyonlar; enfeksiyon, hemoraji, hematom, tromboz, elin iskemisi, gelişen venin yetmezliğidir (10, 20, 43).

H.D.'e giren hastaların büyük çoğunluğunda A-V fistül iyi tolere edilir. Ancak uzun süre dialize giren ve sık sık enfeksiyon tekrarlayan bazı hastalarda fistül için gerekli olan bu damarlar hasara uğrayabilir. Bunun yanında şiddetli damar hastalıkları, damarların ağır kalsifikasyonu, anatomik şekil bozukluğu da damarları uygunsuz hale getirebilir.

Günümüzde; bu hastalar için fistül çeşitleri geliştirilmiştir. Vasküler girişimlerde çeşitli greftler veya protezler kullanılmaktadır. Bunlar insan, hayvan veya sentetik materyalden yapılmış olup arter ve ven arasına kolaylıkla takılabilir. En önemli sentetik greftler teflon veya polietifloretilendir (PTTE) (20, 43, 77).

bulunmalıdır.

- Hastanın yaşam kalitesi, sosyal ve iş yaşamı iyi olmalıdır.

Son yıllarda H.D. etkinliğini belirlemek için; hastalarda mortalite oranı, kan üre azotu, protein katabolizma oranı ve dializ sayısı arasındaki ilişki gibi parametrelerden yararlanılmaktadır (12, 14, 16, 77).

1.2.1.4. KRONİK HEMODİALİZ TEDAVİSİNE ALINACAK HASTALARDA ARANAN ÖZELLİKLER

Kronik H.D. programına alınacak hastaların seçilme kriterleri medikal özellikler ve non-medikal özellikler olarak başlıca iki grupta incelenebilir.

1- Medikal Özellikler :

a- H.D. endikasyonlarını taşımalarıdır.

b- Yaş - H.D.'e girecek hastalarda yaş sınırlayıcı bir faktör olmamakla beraber göz önüne alınmalıdır. Özel durumlar dışında, H.D.'e alınacak hastaların 20-55 yaşları arasında olması tercih edilir. 12 yaşın altında ve 65 yaşın üzerindeki hastalar alınmamalıdır. Kronik H.D. tedavisine puberteden önce alınan hastalarda fiziksel ve emosyonel gelişme geriliği, 65 yaşın üzerinde ise sistemik hastalıklara bağlı kronik böbrek yetmezliği ve serebral bozukluk sorun yaratacağından aileye ve hastaya çok yük getirecektir (10, 20, 38).

bulunmalıdır.

- Hastanın yaşam kalitesi, sosyal ve iş yaşamı iyi olmalıdır.

Son yıllarda H.D. etkinliğini belirlemek için; hastalarda mortalite oranı, kan üre azotu, protein katabolizma oranı ve dializ sayısı arasındaki ilişki gibi parametrelerden yararlanılmaktadır (12, 14, 16, 77).

1.2.1.4. KRONİK HEMODİALİZ TEDAVİSİNE ALINACAK HASTALARDA ARANAN ÖZELLİKLER

Kronik H.D. programına alınacak hastaların seçilme kriterleri medikal özellikler ve non-medikal özellikler olarak başlıca iki grupta incelenebilir.

1- Medikal Özellikler :

a- H.D. endikasyonlarını taşımalarıdır.

b- Yaş - H.D.'e girecek hastalarda yaş sınırlayıcı bir faktör olmamakla beraber göz önüne alınmalıdır. Özel durumlar dışında, H.D.'e alınacak hastaların 20-55 yaşları arasında olması tercih edilir. 12 yaşın altında ve 65 yaşın üzerindeki hastalar alınmamalıdır. Kronik H.D. tedavisine puberteden önce alınan hastalarda fiziksel ve emosyonel gelişme geriliği, 65 yaşın üzerinde ise sistemik hastalıklara bağlı kronik böbrek yetmezliği ve serebral bozukluk sorun yaratacağından aileye ve hastaya çok yük getirecektir (10, 20, 38).

1.2.2. KRONİK HEMODİALİZ TEDAVİSİ OLAN HASTALARIN BAKIMI

Dializat ve dializer hazırlığı tamamlandıktan sonra hasta H.D. makinasına alınmaya hazırdır. H.D. sırasında hasta bakımı şunları içermektedir (20) :

1- H.D. öncesi hazırlık, 2- H.D. başlatma, 3- H.D. monitörize etme, 4- H.D. bitirme, 5- H.D. sonrası gözlem.

1- H.D. Öncesi Hazırlık : Hastanın kilosunu, kan basıncı (ayakta veya otururken), ısı, nabız, solunumu alınıp kayıt edilir. Dializ araları kilo ağırlığı 1.5 kg.'dan fazla olmamalıdır.

2- H.D. Başlatma : Fistüllü olan ekstremitelere antiseptik bir solüsyonla iyice temizlenir veya (shunt varsa) shunta uygun pozisyon verilir. Aseptik tekniklerin kullanılmasına özen gösterilir. Fistül temizliği yapıldıktan sonra girilecek bölge tespit edilir ve fistül iğneleri ile girilir. İki ayrı fistül iğnesinden biri artere diğeri vene takılır. Dializ başlamadan önce hastanın hematokrit, hemoglobin, kan-üre azotu, serum potasyum düzeyi, pıhtılaşma zamanını değerlendirmek için kan alınır. Kan kayıplarının olmamasına dikkat edilir. Belirtilen miktarlarda heparin dializ başlamadan önce yapılır.

Hipovoleminin oluşmaması için makinanın pompası yavaş yavaş arttırılır. Dialize başlandığında ani vo-

lüm azalması; hipotansiyon, göğüs ağrısı ve serebral anoksiye neden olabilir. Kan basıncı, dializer kanla dolmadan önce ve kanla dolduktan sonra 15 dk. ile 30 dk.'da bir ölçülür. Deri üzerinde ve ven duvarında skar oluşmaması için giriş bölgeleri değiştirilir.

3- H.D. Sırasında Hastanın Takip Edilmesi : H.D. sırasında anormal fizyolojik değişiklikler yönünden hasta izlenmelidir. Kan basıncı, nabız, solunum, ısı, kilo, pıhtılaşma zamanı, klinik olarak iyilik hali takip edilir. Acil ilaçlar, oksijen ve aspirasyon cihazı her zaman hazır olmalıdır.

Hastanın konforu sağlanır. Yatak içinde hastanın arkası yastıklarla desteklenir veya hasta tarafından ayarlanabilen koltuklar kullanılabilir ve hasta bazı uğraşılarda bulunmaya teşvik edilir (radyo dinlemek, kitap okumak, televizyon seyretmek gibi).

Dializ sırasında meydana gelebilecek teknik problemlere karşı hazırlıklı olunmalıdır. Teknik problemler; genellikle kan detektörlerinde hava embolisi, dializerde pıhtılaşma, dializat içeriğinde değişiklikler gibi sorunları içerir. Monitör ve alarm sistemi hasta-makina ilişkisi ile ilgili önemli bilgiler verir. Özellikle de deneyimli personelin çalışmalarında bu bilgiler son derece önemlidir.

Dializerde kan sızıntısı çoksa dializ sonlandırılmalıdır. Koil patlamaları genellikle venöz basıncın artması sonucu meydana gelir.

Venöz yol monitörleri hastayı hava embolilerine karşı korumak için hava alarm detektörlerini içerir.

Dializer içinde pıhtılaşma yetersiz heparin, düşük kan akımı ve düşük ısıli dializatın kullanılmasının sonucudur. Heparinizasyon saatte bir Lee-White bakılarak yapılmalıdır. Akut kanamalar hastanın heparinizasyonu sırasında ortaya çıkmaktadır.

Dializat içeriğinde değişmeler klorid testi veya kondaktivite ölçülmesiyle belirlenir. Bu ölçüm yapılmazsa (dializat konsantrasyonu, düşük veya sıfır olabilir) hemoliz meydana gelebilir. Tüp içindeki kana bakıldığında yaban mersini gibi bir görünüm aldığı görülür. Dializat ısısının normalden fazla olması da hemoliz nedenidir. Dializat akım hızı yavaş olursa dializ etkisiz olur, dializat boşa atıldığı için pahalıya neden olur.

Kan basınç monitörü arteriel ve venöz kan yolundaki basınçları belirtir. Akım hızı, su ve atıkların etkili şekilde uzaklaştırıldığını gösterir. Kan volümü ve basıncın çok yüksek olmasından kaçınılmalıdır.

Dializat içinde glukoz olması osmotik basıncı arttırır. Dializat içinde yüksek oranlarda glukoz olması ise hiperosmolar komaya neden olur. Vücutta total sıvı miktarı artar.

Makinanın alarm sistemlerinden biri çalıştığı zaman, görevli kişi alarmın nereden geldiğini incele-

dikten sonra alarmı kapatmalı ve H.D. işlemine arızayı saptadıktan sonra devam etmelidir. Bu amaçla özellikle ven setine bakılmalı, hava kabarcıkları varsa dializ sonlandırılmalıdır (20).

4- H.D. Sonlandırılması : H.D. sonlandırılması için önce kan akımı kesilir. Daha sonra arter iğnesi çıkarılır. Kan örneği alındıktan sonra tuzlu solüsyon veya hava ile kan hastaya geri verilmeye başlanır. Hava ile yıkama hava embolisi tehlikesini ortaya çıkarmaktadır. Setlerdeki tüm kan, hasta vücuduna geri verildikten sonra ven iğnesi çıkarılır. Bu arada fistülde bir müddet kanama olabilir. Bu nedenle bir süre (yaklaşık 4-5 dk.) basınçlı pansuman uygulanır. Bu arada kan kayıplarının çok az olmasına özen gösterilmeli, aseptik tekniklere uyulmalıdır. Setler çıkarılır yerine yenisi takılır bu arada makina otomatik yıkamaya alınır. Makina bir sonraki hastaya hazırlanır. Hasta kolu gazlı tamponlarla kapatılıp bandajlanır (20, 67).

5- H.D. Sonrası Gözlemler : Dializin sonunda hastanın kan basıncı düşer, kilosu azalır, ısısı artar. Baş ağrısı, bulantı-kusma, halsizlik ve baş dönmesi yoksa hasta ayağa kaldırılır. Kilosu tartılır, tansiyonu ölçülür. Tüm sonuçlar hasta gözlem formuna kayıt edilir (20, 38, 67).

1.2.3. KRONİK HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN KOMPLİKASYONLARI

Kronik diyaliz programında tıbbi tedavinin temel amaçları; vücut sıvı elektrolit dengesini sağlamak, diet ve sıvı kısıtlamasını düzenlemek, hastayı enfeksiyonlardan korumak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (20).

Hemodiyaliz, yaşamı uzatmasına karşın ne böbrek hastalığının doğal seyrini tamamlar ne de üremiyi tam olarak kontrol altına alabilir. Ortaya çıkan problem ve komplikasyonlar kişiseldir (8). Hemodiyalizde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar genel olarak başlıca iki grupta incelenebilir : A- Akut (erken) komplikasyonlar, B- Kronik (geç) komplikasyonlar.

A- Akut Komplikasyonlar :

- Diyaliz Disequilibrium Sendromu ; kanda yükselmiş olan ürenin aniden düşürülmesi sonucu meydana gelir. Hastada baş ağrısı, bulantı-kusma, huzursuzluk, adale krampları, konfüzyon, beyin kanaması, hipertansiyon, senkop, kardiyak aritmiler, ileri derecede konvülsiyonlar görülebilir. Bu sendromdan korunmak ve tedavi olmak için; yüksek üreli hastalarda üre birden bire düşürülmemeli, başlangıçta kısa süreli ve sık diyaliz tercih edilmeli, şüpheli durumlarda IV hipertotik tuz ve glikoz verilmelidir. Konvülsiyon varsa Diazem veya barbitüratlardan yararlanılmalıdır (12, 19, 20, 23, 77).

- En sık görülen bir başka komplikasyon da **hipotansiyon**dur. Hastaların % 20-55'inde görülür. En sık nedeni ultrafiltrasyon yoluyla fazla sıvı çekilmesidir. Daha çok hemodializ sonuna doğru meydana gelir (77). Hipotansiyondan korunmak için; iki dializ arasında fazla kilo almayı önleyerek her dializde hastadan fazla sıvı ve tuz çekimine sebep olmamak, sodyumlu dializat kullanmak, tuz alımını kontrol etmek, asetat yerine bikarbonat dializini tercih etmek, dializ sırasında hastaya I.V. az veya çok tuzlu perfüzyonlarda bulunmak, hipotansiyona eğilimli olan hastalarda geniş yüzeyli dializerlerden kaçınmak gibi önlemler sayılabilir (23).

- Kas kramplarına; daha çok ekstrasellüler volümün azaltılmasına bağlı olarak hipoosmolaritenin meydana gelmesi yol açar. Kramplar dializin sonuna doğru 3-10 dk. sürer ve ağrılı olarak meydana gelir (23). Acil olarak kas çözücülere krambın önlenmesinde ihtiyaç vardır, fazla sodyum çekilmemelidir ve ayrıca hastalara kinidin sülfat 300 mg. tablet şeklinde verilebilir (71).

- Kaşıntı; çok sık rastlanan ve rahatsızlık veren bir semptomdur (10, 16, 23, 38, 71, 77). Böbrek hastalığı olan kişilerde kaşıntı kontrol edilemeyen üreminin sonucunda meydana gelir. Ürenin toksik etkisi, safra tuzlarının ciltte birikmesi, psikolojik nedenler, demir preparatlarının fazla kullanılması, hiperparatro-

idi kaşıntıya neden olabilir. Hastalara; sauna ile vücut yüzeyinde birikenleri atmak ve banyo yağı deri kuruluğunu azaltmak şeklinde yardımcı olabilir (20, 23, 71, 77).

B- Kronik Komplikasyonlar :

- Hipertansiyon en önemli problemlerden biridir. Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyonun etyolojisi tam olarak anlaşılammakla beraber muhtemelen aşırı volüme bağlıdır (20, 23). İki dializ arasında hipertansiyonun nedeni su ve tuzun birikmesi iken düzenli dializ yapılmaya başladıktan sonra sıvının atılmasıyla normal hale gelir. Hipertansiyonun tedavisinde diette sıvı ve tuz alımının kontrol edilmesi temel adımdır. Eğer sıvı ve tuz kontrolüne rağmen hipertansiyon kontrol edilemiyorsa ilaç tedavisine baş vurulur. B blokerler ve renin anjiotensin bloke edici ajanlar vefrakter hipertansiyonun tedavisinde kullanılan temel ilaçlardır (14, 16, 23, 71).

- Anemi; son dönem böbrek yetmezlikli hastaların büyük çoğunluğunda problem yaratmaktadır. Bu hastalarda anemiye tedavi etmek ve dializ ile kontrol altına alabilmek oldukça güçtür. Hematokrit değeri % 20-30 arasında olan bu hastalar genellikle transfüzyona bağımlıdırlar (14, 20, 28, 33, 71).

Aneminin pek çok nedeni vardır. Bunlardan ilki eritropoitenin yetersiz yapılmasıdır. Böbrek dokusunda meydana gelen hasar ve yetmezlik sonucu hormon yapı-

mı azalır. Kırmızı kan hücrelerinin yeterince yapılamaması sonucu da anemi ortaya çıkar. Üremi toksinlerinin birikerek kemik iliğinde eritrositlerin yapımını engellemesi, kırmızı kan hücrelerinin ömrünün azalması, dializde tekrarlayan kan kayıpları ve teknik arızaların meydana getirdiği kan kayıpları diğer nedenler arasındadır (14, 16, 33, 42, 69).

Aneminin tedavisinde temel ilkeler; yeterli dializ, dializ sıvısından hemolitik ajanların uzaklaştırılması, dializle olan kan kayıplarının en aza indirilmesidir (14, 26, 33, 42, 69). Dializ hastalarında eritropoietin preparatları anemi tedavisinde etkili sonuçlar vermiştir (14, 69, 77). Son zamanlarda dializ hastalarında yapılan çalışmalarda fiziksel egzersiz programlarının (yürüme, jogging, bisiklete binme, vd.) eritrosit yapımında yardımcı olabileceği belirtilmektedir (14).

- Böbrek osteodistrofisinin patolojisinde; sekonder hiperparatroidizm ve D vitamini metabolizmasındaki bozukluk en önemli faktörlerdir (16, 20). Renal osteodistrofisi olan hastalar genellikle kemik ağrılarından şikayet ederler. Ağrı sık olarak belde, kalça eklemінде, dizler ve bacaklardadır. Spontan hasta kırıkları göğüs ağrısına neden olur. Metastatik kalsifikasyon veya yumuşak doku kalsifikasyonu üremik hastalarda sık olarak görülür. Yumuşak doku kalsifikasyonu, damar duvarında, deri altı dokusunda, periartiküler bölgede,

konjonktivada (kırmızı göz sendromu), korneada (band keropati), deride (şiddetli kaşıntı), iç organlarda olabilir. Renal osteodistrofinin ciddi komplikasyonlarından biri olan myopati, proksimal adalelerde şiddetli halsizliğe ve anormal yürüyüşe (penguen yürüyüşe) yol açar (14, 16, 42).

- Kronik hemodializ tedavisi olan hastalarda görülen en önemli gastro-intestinal komplikasyonlar **gastrik ülser ve hepatit**'dir (14, 16, 21, 24, 43, 71). Bu hastalarda hepatitin nedeni kan transfüzyon ihtiyaçlarının fazla olmasındandır. Hepatitten korunmak için antijeni pozitif olanlara ayrı ünite de dializ yapılmalı ve makineleri ayrılmalı, çalışanlar eldiven kullanmalı, hasta ve çalışanlar koruyucu olarak aşı yaptırmalıdır (16, 20, 21, 44, 71).

- Dializ hastalarında önemli problemlerden bir diğeri **beslenme sorunlarıdır** (14, 42, 77). Bu problemlerin nedenleri kalori alımının azalması, anormal vücut durumu, anormal serum protein-konsantrasyonları ve şişmanlıktır (14). Dialize giren hastalarda üreminin komplikasyonlarından korunma ve serum biokimyasındaki değişiklikleri düzenlemede diet tedavisine baş vurulur. Diet tedavisinin amaçları; protein katabolizmasını en az düzeye indirmek, dehidratasyon, ödem ve asidozisi önlemek, elektrolit kaybına engel olmak, komplikasyonları kontrol altına almak ve ağırlık kaybını önlemektir (42).

1.2.4. KRONİK DİALİZİN PSİKOSOSYAL YÖNLERİ

Kronik dializ hastası ömrü boyunca suni böbrek makinasına bağımlı olmak durumundadır. Ortaya çıkacak tıbbi, sosyal ve emosyonel komplikasyonlar hastanın ve ailesinin her zaman için krizle karşı karşıya kalmasına elverişli bir durum yaratır. Bu baskılar karşısında hastaların, ailelerin ve tıp personelinin tutum ve davranışları gerçekleştirdikleri mücadelenin şekli; hastanın yalnızca uygulamaya uyum sağlamasını değil, bunun yanında hayatta kalmasını da etkiler. Genel olarak hastanın bağımsız bir hayat sürmesinden yana olan ve ilgilendiği önceki konularla tekrar ilgilenmesini sağlayan dializ programları ortaya çıkabilecek çeşitli psikososyal sorunların azalmasında ve hafiflemesinde önemli bir etkiye sahiptir (25, 61).

1.2.4.1. HEMODİALİZDE HAYATA ADAPTASYON

Abram, dialize ve hayatın uzatılmasına adaptasyonda 4 safha tanımlamıştır. Bunlar; toksik belirtilerin sürdüğü üremik safha, psikolojik olarak tereddütlü olunan apatiden öforiye kadar değişen anksiyete safhası, depresyonun yaygın, bağımlı olma veya olmama arasında kararsızlık gösterilen yaşama geri dönüş fazı, hastanın normal yaşantısına dönmek için çabalaması ve yeni yaşam problemlerine uyum gösterme fazıdır (20, 80).

Reichman ve Levy dializle yaşamaya adaptasyon-
da; hastaların reaksiyonlarını; balayı, hastalıktan
kurtulma ve alışkanlık periodları olarak üçe ayırmış-
lardır (20, 80).

Czackes ve De Nour hasta reaksiyonlarında fi-
ziksel durum, dializ öncesi kişiliği, ailenin reaksi-
yonları, hemodializ çalışanlarının tutumunun etkili
olduğunu belirtmişlerdir (20, 35).

Hastanın hastalığa uyumunda önemli faktörler;
fiziki durumunu emosyonel olarak kabullenme, güçlü
aile desteği, bireyin kişiliği, geçmişte stresli oldu-
ğu durumlara gösterdiği reaksiyon şeklini içermektedir
(20, 35, 80).

Hastalarda düzenli H.D. programından sonra or-
taya çıkan reaksiyonlar aşağıda belirtilmiştir (20,
80) :

<u>Reaksiyon</u>	<u>Faktörler</u>
Depresyon	Üremi Mali problemler Makinaya bağımlılık
Korku	Bilinmeyen nedenler Fiziki değişiklikler Ölüm
İnkâr (reddetme, denial)	Hastalık Tıbbi bakım ve dializi reddetme
Öfke (dargınlık)	Başkalarına bağımlılık Sıhatsız insan olma Dializi öğrenmeye başlama
Korku ve anksiyete	Hastalığın sonuçları Sosyal değişiklikler Ekonomik pozisyon Ev şartları
Regresyon (geri dönüş)	Başkalarına bağımlılık

1.2.4.2. BAĞIMSIZLIK KAYBI

Hastanın hayatındaki her alanda bazı kayıplar meydana gelmiştir ve gelmek üzeredir. Bunlardan en önemlisi bağımsızlık kaybıdır. Hasta, rahatsızlığının tedavi edilebilmesi ve yaşayabilmesi için tamamen sağlık ekibine bağımlı hale gelmiştir; genellikle kendinden başkalarının tercihlerine, kararlarına göre ayarlanan dializ programları hastanın çalışma ve eğlenme faaliyetlerini aksatır. Böyle bir hasta düzenli bir işte çalışamaz, ailesinde kendine düşen görev ve sorumluluklar çok zaman değişikliğe uğramış durumdadır. Bu değişiklikler gerilime, suçluluk ve yetersizlik duygularına yol açar. Tedavinin, ilaçların, özel diet ve dializ merkezlerine gidip gelmenin pahalı oluşu nedeni ile hasta çok zaman başkalarının ve kuruluşların yardımına muhtaçtır (35, 39, 61, 76).

1.2.4.3. VÜCUT FONKSİYONLARINDA ORTAYA ÇIKAN- DEĞİŞİKLİKLER VE KAYIPLAR

Hastanın idrar yapamaması, cinsel faaliyetlerinde kendini gösteren değişiklikler veya kayıplar, iğne yerlerinin izleri, kemik hastalıkları, nöropati, myopatiler, fiziksel durumun bozukluğunu gösteren belirtiler ve ölüm tehlikesi önemli stres kaynaklarıdır. Bunun yanında hastaların kolunda fistül veya kanül olma-

sı, kanülün ve fistülün pıhtılaşması, infeksiyon gelişmesi, kolda hareket kısıtlamasının olması hastada korku yaratır (39, 61, 76).

1.2.4.4. SOSYAL YAŞAMDAKİ DEĞİŞİKLİKLER VE KAYIPLAR

Hasta birey kendisi dışında yapılan programa alışmak zorundadır. Bu durum iş yaşantısında bölünmelere neden olmakla kalmayıp hastanın sosyal yaşamını da değiştirir. Daha önce katıldığı arkadaş toplantılarından, derneklerin ve kulüplerin çalışmalarında görev almaktan kaçınır. Toplu olarak katılım gerektiren eğlence, gezme, sanat ve kültürel faaliyetlerden uzaklaşır, bunları gereksiz gördüğünü savunur. Zaman içerisinde bu kaçış ve soyutlanma ile hasta önceki kurmuş olduğu sosyal yaşamdan farkında olmadan uzaklaşır (76).

1.2.4.5. HASTANIN VE AİLENİN GÖSTERDİĞİ TEPKİLER

Dializ yaşantısı oldukça zordur. Üreminin problemleri, gıda ve sıvı kısıtlaması, dializ tedavisinin sonunun olmaması hastalarda şiddetli üzüntü ve depresyon nedeni olur. Hasta geceleri rahat uyuyamaz, anksiyete ve korku içindedir. Hastanın hayatını tehdit eden bir durum olduğuna ve bir makinaya bağımlı olarak yaşamak zorunda bulunduğuna inanmaması bunu inkar etmesi kişinin faaliyetlerini eskisi gibi sürdürmeye çalışma-

sında yardımcı olur. Ancak bu inanmama durumu çok aşırıya kaçtığı takdirde hastanın tedaviyi reddetmesine ve sonunda ölmesine neden olabilir (20, 35, 61).

Bağımlılık veya bağımsızlığın şiddetlenmesi, sık görülen bir mücadele reaksiyonudur. Bağımlı kişiliği olan hastalar durumu daha kolay kabullenirler; ancak aşırıya kaçan bağımlılık kişinin başkalarına çok fazla ihtiyaç duyar duruma geçmesine ve rehabilitasyonun aksamasına neden olur. Kişiler hasta rolünü çok iyi bir şekilde benimseyebilir ve bunu bırakmak istemeyebilir. Bir mücadele reaksiyonu olarak bağımsızlık ise ilk başta makinaya ve hasta rolüne uyumla ilgili önemli sorunlar yaratabilir. Hasta önerilere uymayı ve makinaya girmeyi reddeder. Ancak bu çeşit reaksiyonlar daha sonra kişinin sosyal rehabilitasyonunu, kişisel sorumluluk sahibi olmasını kolaylaştırır ve diğer aile bireylerinin yükünü azaltır (61).

Kronik hastalığın yarattığı stres, aile üyelerinin tedavi gereksinimlerini karşılamada zorlanması ailenin yıpranmasına neden olur. Aile üyeleri gerçeklerden kaçan veya gereğinden fazla yardımcı rollere girebilir. Başlangıçta aile tüm zamanını hastayla geçirir ve daha önceki sosyal yaşantısına ara verir. Eşlerin vakitlerinin çoğunu ev içinde geçirmek zorunda kalması, seksüel ve maddi fedakarlık, eğlenceden yoksun olma, aile ve çocuklar arasında huzursuzluk yaratır. Daha önceden belirlenen ve uygulanan aile içi gö-

rev ve sorumluluklar değişikliğe uğrar. Bu durum aile bireylerinde depresyon, reddetme, suçluluk duygularıyla, psikosomatik rahatsızlıkları ve davranış sorunlarını ortaya çıkarır. Bu nedenle aile terapisi; aile bireyleri ve hasta için gerekli olmaktadır (4, 35, 41, 45, 60, 61, 76).

Aile terapisi; sadece hasta merkezli olmayıp tüm aile bireylerinin ilişkilerini içine alan hizmetleri kapsamaktadır. Aile bireylerinden biri ile değil tüm aile üyeleri ile tek tek görüşülmeli, her bir aile üyesinin birbirini etkilemesi önlenmelidir. Aile bir sistem gibi işlev görür. Bu nedenle hasta ile birlikte çalışan terapist veya hemşire aile özelliklerini ve tipini iyi belirlemelidir. Hemşire, aile terapisinde konuya hakim olma ve bilgi verme ile sağlık ekibindeki yerini almaktadır (55, 59).

1.2.5. YAŞAM KALİTESİ

1.2.5.1. YAŞAM KALİTESİNİN TANIMLANMASI

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel "iyi oluş"un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekono-

mik, kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır (36, 49).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, "iyi bir sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur" fikridir (5, 78).

Andrew ve Withey yaşam kalitesi kavramını "bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesimi" olarak tanımlamışlardır. Bu görüş içerisinde, ekonomik öğelerin yanı sıra sosyal öğeler de yaşam kalitesi kavramında değerlendirmeye alınmıştır. Bateson'a göre; sevgi, ait olma, kızgınlık, sorumluluk, saygı, bağımlılık, güven gibi soyutlamaları nasıl gördükleridir. Yani, yaşam kalitesi, bireyin bu görüş ve örüntüleri değerlendirışıdir. Murrel, Zautra, Norris ve arkadaşları ise yaşam kalitesini "mutluluk, doyum ve uyum" olarak tanımlamışlardır (49, 78, 79).

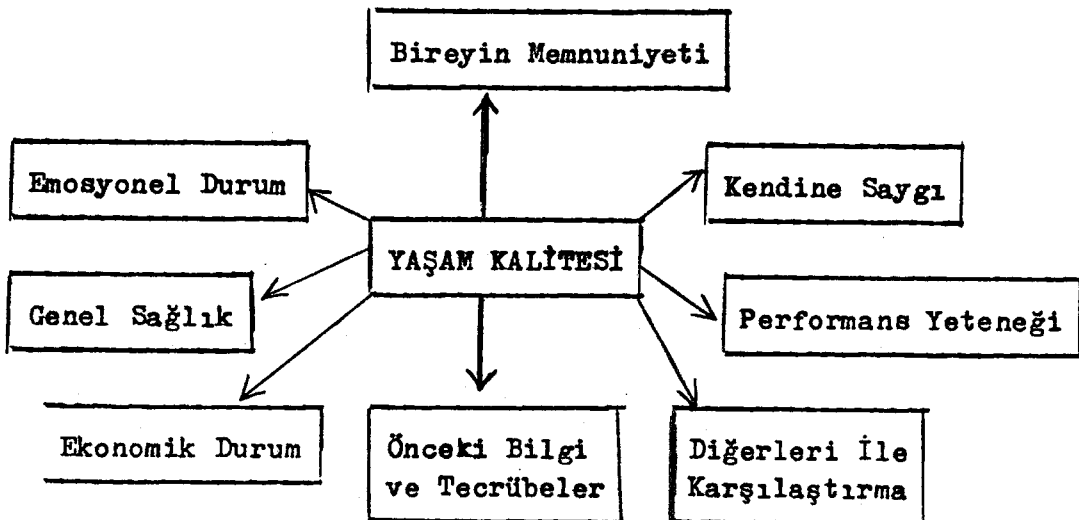
Laborde ve Powers, Cauntrilin kendine güven skalasından yola çıkarak bireylerin geçmiş, bugün ve gelecek yaşamlarından doyum bulma arasındaki ilişkiye bakarak yaşam kalitesini tanımlamışlardır (15).

Burchardt'a göre yaşam kalitesi tanımı; yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireylerle iyi ilişkiler kurması, toplumsal/vatandaşlık/medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, bireylerin kendini ge-

liştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır, şeklinde olmuştur (9).

Shin ve Jonhson (1978) yaşam kalitesi kavramının "bireylerin gereksinimlerinden doyum bulmasında gerekli kaynaklara sahip olma, istek ve arzular, kendini geliştirmesinde gerekli kaynakların uygun olması, kendisi ve diğer bireyler arasında memnun olmanın karşılaştırılması olup tüm bunların daha önceki bilgi ve tecrübelerle bağlı olduğunu" ileri sürmüştür (15).

Patterson (1975) yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu var sayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu karakteristikler genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir (15, 20). Her iki görüşün birleştirilmesi ile elde edilen yaşam kalitesi şeması Şekil 2'de gösterilmiştir.



ŞEKİL 2 : Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

Dubos'a göre yaşam kalitesi "bireyin günlük yaşam aktivitelerinden son derece memnun olmasıdır". Yaşam kalitesi içeriğinde saptanmış olan "yargı değerinin son derece bireysel olmasıdır" (15, 47).

Temel gereksinimlerin karşılanması iyilik hali için önemlidir. Bunlar karşılanmadığında birey kızmakta, korkmakta, üzülme, agresif veya depresif olmakta, diğer bireylerden kaçma yoluna gitmektedir. Maslow'un temel gereksinimler hiyerarşisi arasındaki ilişkinin bilinmesi, hemşirelik alanında ve diğer bazı alanlardaki yaklaşımlarda yol göstericidir (6, 47, 50, 54).

Özetle, toplumun sunduğu kaynak, hizmet ve kültürel olanaklarla, bireyin onlardan çıkardığı doyum, mutluluk, uyum ifadeleri ve kişisel ilişkileri değerlendirimi yaşam kalitesi kavramını belirlemektedir. Başka bir deyişle yaşam kalitesi; bireyin deneyimlediği olaylara dayanan öznel doyum, sıkıntı ifadeleridir (5, 79).

1.2.5.2. YAŞAM KALİTESİ VE YAKLAŞIMLARI

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve arttırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğün sağlanması ve sağlık çalışanları-

nın hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle ilgili tüm gelişmeleri kapsamaktadır (40).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak, yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, intellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla belirti (gösterge) içermekle birlikte sınırlı değildir (31, 34, 40, 62).

Kronik hastalıklar kapsamında ele alınan pek çok faktör vardır. Bu faktörler; fonksiyonel durum veya GYA yapmada güçlük, bilişsel yetenekler, konforun ortadan kalkması, uyum yeteneği, sosyal çevre ve kendi iradesini kullanabilme ile ilgili konuları içermektedir. Bundan dolayı bu faktörler yaşam kalitesi indeksi için değerli göstergelerdir. Bu yaşam kalitesi göstergelerini hasta kendisi belirttiği için subjektiftir. Ancak verilerin hastanın kendisinden toplanması değerlendirme yönünde büyük avantaj sağlamaktadır. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin algılayamadıkları fiziksel, mental, sosyal ve psikolojik durumlarında meydana gelen çok küçük değişiklikleri algılayabilirler (62).

Yaşam kalitesi kavramının fiziksel ve psikososyal bölümleri içine alacak şekilde açıklanması oldukça

önemlidir. Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir (11, 13, 27, 28). Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklanmaktadır ve fiziksel iyilik hali fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir (11, 13, 34, 66).

1.2.5.2.1. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri (Fiziksel İyilik Hali Göstergeleri)

Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu fiziksel gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson, insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insanın var olmadığına inanır. Bu nedenle de hemşirenin, hastanın gereksinimlerini "0" hastaya özgü olarak değerlendirmesi gerekir (65).

Yeme+içme, hareket, solunum, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, çalışma, cinselliğini ifade etme, uyku alışkanlığı gibi gereksinimler insan hayatının devamı ve sağlıklı olması için gerekli olan temel ge-

reksinimlerdir. Birey bu temel gereksinimlere ulaşamadığı zaman, bu bölümlerden biri veya birkaçı sağlıksız hale gelir, bireyin iyilik halinin bozulmasına neden olur (54).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Günlük yaşam aktivitelerinde gerekli bakım ve yardım yapılması hastaların kendilerine güven duymalarına ve iyilik hallerinin sürmesine yardımcı olur. Ancak kronik hastalığı olan bireylerde normal günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziki aktivitenin sınırlandırılması bu hastalarda en rahatsız edici durumdur. Fonksiyonel bağımlılığın olması, günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasında yardımcıya gereksinim uyandırır. Tüm bu temel insan gereksinimleri yaşam kalitesini etkilemektedir (54, 65, 75).

Kronik hastalığı olan bireylerin fiziki aktivitelerini yapmada önemli sorunları vardır. Özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki dayanıklılık isteyen aktiviteleri çok güçlükle yapmakta ya da hiç yapamamaktadırlar (7). Fiziksel güçsüzlüğe bağlı olarak aktivitelerin tek başına yapılması bir yardımcıya veya desteğe olan gereksinimi arttırmaktadır (30). Bir işe devam etme ve çalışma durumu hastalığın ve tedavinin başlamasıyla kesintiye uğramaktadır. Hastaların bir kısmı kurum izin veriyorsa part-time (yarım gün) çalışma olanağından yararlan-

maktadır. Ancak hastaların büyük çoğunluğu yeterli fiziki performans gösterememe nedeniyle işten çıkarılmakta ya da malülen emekli edilmektedir (29, 30, 34, 76). Çalışma ve gelir durumunda meydana gelen bu problemler ailenin ve hastanın ekonomik sıkıntılar yaşamamasına neden olmaktadır (7, 30).

Fiziksel iyilik halinin belirlenmesinde eşlerin seksüel aktivite ve seksüel yaşamlarında meydana gelen değişiklikleri saptamak da önemlidir. Gerek erkek, gerekse kadınlarda meydana gelen libido kaybı eşlerin kendilerine olan güveninin sarsılmasına ve aile düzenlerinin bozulmasına yol açmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre bu problemlerin daha fazla ortaya çıktığı belirtilmektedir (7, 16, 20, 35, 46, 77, 80).

Kronik hastalığı olan bireylerde en rahatsız edici olan fiziksel semptomların başında iştahsızlık, ağrı, sinirlilik, kilo kaybı ve uyumada zorluk gelmektedir. Bu semptomlardan özellikle uyumada güçlük ve gıda kısıtlaması hastaları en rahatsız edenlerdir (7, 12, 16, 20, 24, 35, 77, 80).

Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (7, 8).

1.2.5.2.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri (Psikolojik İyilik Hali Göstergeleri)

Psikolojik göstergeler yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirilmesi ile elde edilirler. Bu yaklaşımların ana amacı; davranışsal yargıların ve psikolojik büyümenin sonuçlarını göstermektir. Psikolojik göstergeler içerisinde, kaliteyi belirlemede, bireyin kendi yaşantısına ilişkin değerlendirmelerin temel etmen olduğu savunulmuştur. Yaşamın çeşitli yönlerini, onları değerlendiren kişi algılayabilir. Bu anlamda yaşam kalitesi, öznel bir doyum ya da sonuçtur. Bireyin dış çevresi ve ilişkileri hakkında duygu, gerilim ve bilişsel süreçlerini üretmesi ve kaliteye ilişkin yargılarına norma göre değil, bu iç standartlara göre yapmasından ileri gelmektedir (40, 76).

Yaşamın kaliteli ya da kalitesiz görülmesinde; öznel öğelerin nitelikleri, işleyiş tarzları ve belirleyici olma özellikleri etkili olmakta ve yaşam kalitesi algısında öznel öğelerin önemini ortaya koymaktadır. Nesnel öğelerin açıkladığı özellikler, sadece genel koşulların istatistiksel oranlarını vermektedir. Nesnel öğeler, refah düzeyi, suç oranı, hastane sayısı gibi ölçülerle bir yerin diğerine göre, bu özellikler açısından iyi ya da kötü olup olmadığını açıklamaktadır. Öznel öğelerin yaşam kalitesine olan etkileri bir ola-

yın oluşumundan sonraki yargılar, "beni çok etkiledi", "sevindim", "üzüldüm" gibi duygusal ifadelerle belirtilir. Andrew ve Mc Kennell; insanların yaşam kalitelerini tahmin ederken, olumlu ve olumsuz duygu ifadelerini ve bu duygular hakkındaki bilişlerini birleştirdiklerini belirtmişlerdir. Olumlu ve olumsuz duygular birbirini nötralize etmeyip farklı değerlendirme düzeylerini içermektedir. Yani biri olumlu, diğeri olumsuz olmak üzere iki ayrı duygusal değerlendirme alanı bulunmaktadır. Duygusal yaşantıdan sonra değerlendirme, bilişsel sistem içerisinde bir yere yerleştirme ile yapılmaktadır. Bilişsel öğeler olaylara olan tepkinin ikinci şekli olup savunma, egemenlik, yargı bildirme ve kontrol ifadelerini kapsar. Buradan yaşam kalitesinin psikolojik iyilik hali göstergelerinin olumlu duygu, olumsuz duygu ve bilişsel etmenler olarak üç temel öğesi olduğu ortaya çıkmaktadır. Bilişsel özelliğın açıklanmasında önemli bir kavram olan öz-yeterlilik bireyin mutluluk ve sıkıntısını açıklamaktadır. Öz-yeterlilik, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir belirleyicidir. Bireysel kalitelerin ölçülmesinde bireylerin değerlendirme sistemini açığa çıkarıcı bir yaklaşım şeklidir. Çünkü insan yaşadığına, algıladığına kendi anlam biçimlerini, kendiliğini, bilişsel yapısını katmaktadır (78, 79).

Bilişsel açıdan ele alındığında diğeri önemli bir yaklaşım Helson'un uyum düzeyi kuramıdır. Bu kuram

insanların deneyimlerini kendi ilk standartları ve diğer bireylerin standartları ile karşılaştırdıklarını savunmaktadır. Birey her yeni durum için dışsal veya içsel bir karşılaştırma düzeyine göre uyum kurar.

Zautra ve Reich uyum düzeyinin etkisinde bireylerin dış uyaranları pasif olarak alan kişiler olduğunu bildirmişlerdir. Mc Clelland aynı konuda; kişilerin kendi içsel amaçları doğrultusunda olayları seçebilecekleri ve çabalarını doyumu en üst düzeyde tutmak için yoğunlaştırabileceklerini savunur. Zautra ve Reich'de, dış olayları sürekli alan bireylerin yaptıkları seçim sonucu doyumsuzluğa, olayları kontrol ederek kendi etkileri ile seçenlerin ise doyuma ulaşacaklarını belirtmişlerdir (40, 79).

Campbell'a göre, insanlar doyumdan söz ettiklerinde bilişsel yaşantı, duygu ve gerilimden söz ettiklerinde günlük yaşam akışı üzerinde durmaktadırlar. Bu durum bireylerin durumlarından çok yaşadıkları olaylardan etkilendiğini göstermektedir. Yaşam olayları özneliyi olmayı belirlerken yıkıcı yaşam olayları da davranış bozukluklarını ortaya çıkarır (79).

Yaşam olayları; bir yönüyle toplumun nesnel koşullarının değişimini yansıtırken diğer yönüyle de bireyin bu değişimleri değerlendirmesi ve kendi iç standartlarına göre sıralamasına ilişkin bilgileri verir. Yaşam olaylarının sıralanmasında etkili iki etmen vardır. Birincisi, olayların hangi açıdan ele alındığıdır.

Örneğin; bir araştırmacı yalnızca krizli olayların etkisini çalışırken, diğeri olumlu olayların etkisini çalışabilir. İkincisi, araştırılacak evrenin genel nitelikleri olup bireyi etkilemesi düşünülen olayların hangi tür olaylar olacağını belirleyen sosyal statü, kültür, yerleşim özellikleri gibi değişkenleri kapsamaktadır (4, 51, 78, 79, 80).

Yaşam kalitesinin belirleyicilerinden olan psikolojik göstergeler, bir yaşantı sonrası yapılan öznel bir değerlendirme ya da bilişsel-duygusal bir sonuçtur. Kalite algısı, bireyin öznel bir değerlendirmesi olduğundan sunulan hizmet ve bu hizmetin nitelikleri (ulaşılabilirlik, güvenlik, eksikliği, fazlalığı) ortaya konulursa bütüncül bir kalite tanımına ulaşılabacaktır (79).

Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendi yaşamının çeşitli yanlarına ilişkin öznel doyum ifadeleridir. Bu nedenle bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmede bir çok alanı ele aldığı düşünülür. Bunlardan biri aile alanıdır. Bireylerin aile yaşamından duydukları doyumun yaşam kalitesi algısı üzerinde önemli bir yeri olduğu saptanmıştır (55, 79, 80). İkincisi, kendilik alanıdır. Bireyin kendi varlığı, benliği ve toplumsal var oluşu ile ilgili kişisel olayları kapsamaktadır. Bireylerin kendilerini yetersiz algılamaları olayları değerlendirmede olumsuz sonuçları öne çıkaracaktır. Olumsuz duygular taşıyan bir bireyin çevresine, ailesine ve tüm ya-

şama bakışı da farklı olacaktır. Üçüncüsü, bireyin yaşamı bir bütün olarak değerlendirmesi, tüm yaşam alanıdır. Birey aile, iş, gelir, sosyal ilişkiler ve diğer alanlar hakkında bilişlerini, duygularını birleştirerek yaşamını değerlendirir. Bu değerlendirme soyut yaşam kalitesi algılarının özelliklerini belirtmektedir (5).

Yaşam kalitesi dinamik, değişken bir kavramdır. Yani birey için olmuş, bitmiş, sabit olan bir şeyin kalite değeri yoktur. Kalite değeri, başta bir takım olaylarla değişen yaşantılar hakkındadır. Yaşam olayları değişmeyi sağladığından kalite fikrini üretmektedirler (79, 80).

1.2.6. YAŞAM KALİTESİNİN HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ

Kronik hastalığı olan bireyin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (52).

Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin durumunu iyileştirmede ya da yaşama uyumunu kolaylaştırmada yardımcı olurken şu konulara öncelik vermelidirler (56) :

1- Hastaların özel, sosyal ve mesleki problemleri ile ilgili araştırma yapmalı ve bu sonuçlara göre güçlükle karşılaştıkları konuları belirleyip danışmanlık görevini üstlenmelidirler.

2- Hastalara finansal, iş, ev, sosyal ve mesleki aktiviteleri, taşınma, ev bakımı, yemek yapımı ve rehabilitasyon hizmetleri gibi konularda karşılaştıkları problemlerde yardımcı olmak için değişik kaynakları araştırmalı ve sunmalıdır.

3- Hasta bireyin gereksinimleri ve özel yetersizliklerinde gerekli olan yardım için aile, arkadaş, akraba eğitimini yaparak destekleyici görev üstlenmelidirler.

4- Kronik hastalığı olan diğer bireyleri hasta eğitiminde kaynak olarak kullanmalı ve bu hastaların deneyim ve görüşlerini bakım verdiği hastalarla paylaşmalarını sağlamalıdır.

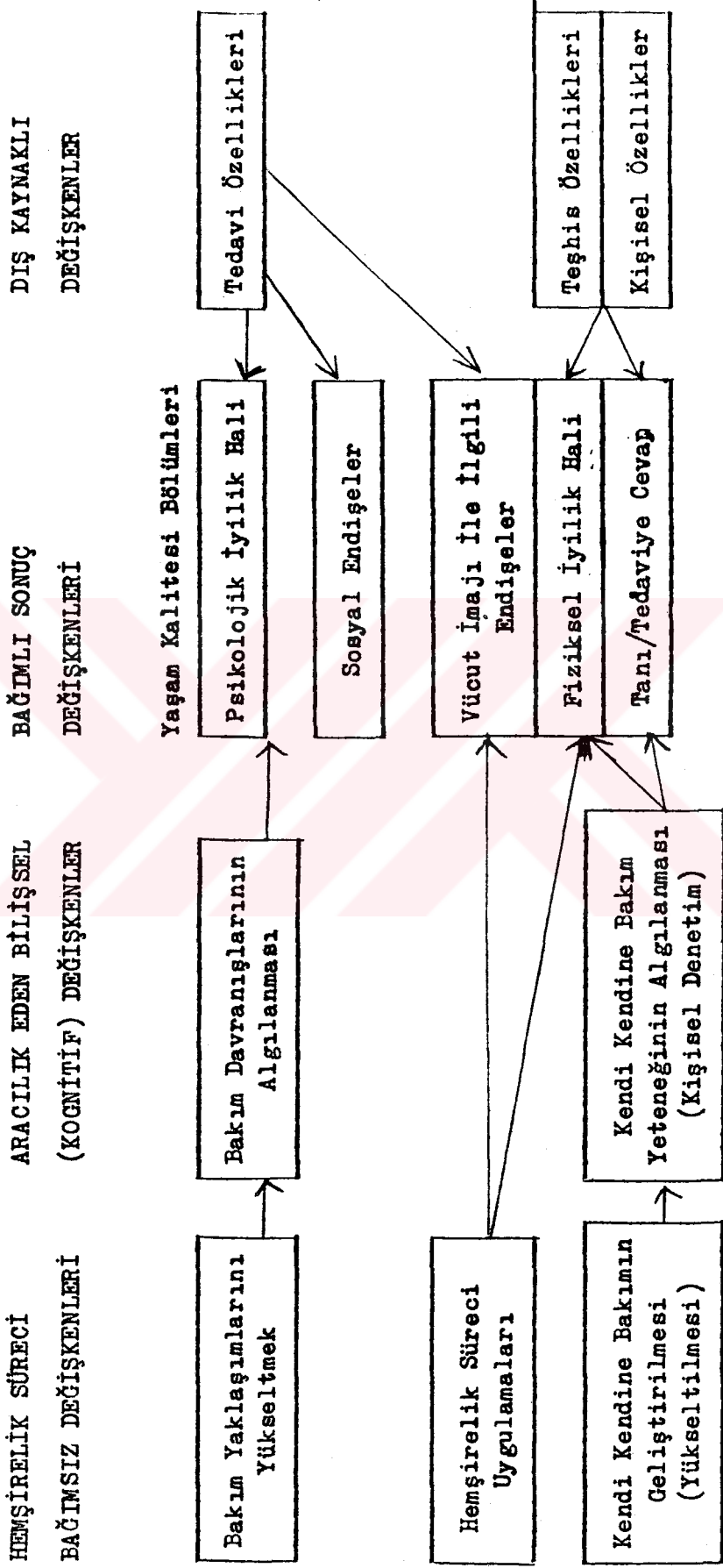
Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemeli-

dir. Düşük veya yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli olduğu, objektif ve subjektif ölçümlere ne derece önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görüşün sağlanabilmesi için yaşam kalitesi tanımlarının açık yapılması zorunludur. Bunu sağlamak için, temelde yatan değerlerin ve felsefenin belirginleşmesi gerekir. Bu konuda bir çok hemşirelik modeli ve teorisine rastlamak mümkündür (40).

Burchard ve Lewis tarafından yaşam kalitesinin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki başlıca dört adımda incelenmiştir (Şekil 3) (34) :

- 1- Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri
(Independent Nursing Process Variables)
- 2- Birleştirici (aracılık eden) bilişsel değişkenler (Mediating Cognitive Variables)
- 3- Bağımlı sonuç değişkenleri (Dependent Outcome Variables)
- 4- Dış kaynaklı değişkenler (Extraneous Variables).

Modelde belirtilen hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri; araştırmacı tarafından idare (manipüle) edilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içerir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin;



ŞEKİL 3 : Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki İlişki Modeli

hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşılabilmesi birleştirici bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır. Bilişsel değişkenler yaşam kalitesinde gerekli birleştirici değişkenlerdir. Bu yüzden bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi kişisel denetim olup kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Yine aynı şekilde hasta tarafından hemşirelik uygulamalarının farkedilmesi ve bunu memnuniyet olarak ifade etmesi, bakıma yönelik uygulanan davranışların algılanması demektir. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamaları ve etkinliklerini yerine getirme; bireyin vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik olduğundan yaşam kalitesi üzerinde etkilidir.

Bu modelde, idare edilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz-güven (öz-değer) algılamalarını arttıran bilişsel-emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Öz-değer, psikolojik iyilik durumunu yani yaşam kalitesinin çok önemli boyutlarından birini oluşturmada gerekli bir bilişsel emosyonel araçtır.

Sağlık üzerinde ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Hastalık üzerinde böyle bir denetimin var olduğunun hissedilmesi (algılanması), hastaların çaresizlik duygularının azalmasını ve iyileşmesini düzenlemektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde yapılan bu denetim fiziksel iyilik halini etkilediği kadar psikolojik iyilik halini de etkiler ve geliştirir.

Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir.

Hemşireliğin bütünleyici bir işlevi olan hastaya öğretim, bireyin yalnızca fizyo-patolojik sorununun tedavisini değil aynı zamanda bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı kapsamaktadır (53). Yaşam kalitesinin açıklanmasında ortak görüşlerin belirlenmesi; bu doğrultuda psikolojik (subjektif), fiziksel (objektif) göstergelerin iyi tanımlanması; hemşirelik uygulamalarının, hasta-hemşire ilişkilerinin ve holistik yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır (40).

1.3. HİPOTEZLER

1- Hemodialize giren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesini yükseltici etkisi yoktur.

2- Hemodialize giren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesini yükseltici etkisi vardır.

1.4. SINIRLAMALAR

Araştırmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodializ Ünitesi'nin uygulama alanı seçilmesinin nedeni; hastanenin bir eğitim kuruluşu olması, İzmir'deki ilk hemodializ Ünitesi olup diğer hemodializ ünitelerine rehberlik etmesinden dolayı burada her sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyden hasta grubu ile karşılaşılacağını ve yaşam kalitesine etkisi olan faktörlerin burada daha iyi gözlenip uygulanabileceğini düşündürmüş olmasıdır. Bunun yanında, araştırmacının daha önce burada çalışmış olması, araştırmanın yürütülmesinde kontrol gücünü arttırmış ve kolaylık sağlamıştır. Araştırmaya sadece Hemodializ Ünitesi'ne seanslı gelen (giriş saati ve günü belli olan) hastalar alınmıştır.

1.5. TANIMLAR

Hemodializ : Kanda birikmiş olan toksik maddelerin yarı geçirgen zar vasıtası ile dializ sıvısına geçmesidir (6, 39, 67, 69).

Yaşam Kalitesi : Bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun iyi olması, kişilerarası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerin tümünü kapsamaktadır (4, 26, 34, 37, 38, 48, 59, 78).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, hemodialize giren hastaların yaşam kalitelerini belirleme ve verilecek planlı eğitimin yaşam kalitesine olan etkisini saptamak üzere betimsel, analitik ve deney-kontrol çalışması olarak planlanmıştır (64, 68).

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodializ Ünitesi'nde yürütülmüştür.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodializ Ünitesi'ne gelen hastalar oluşturmuştur.

2.4. ÖRNEK SAYISI VE ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodializ Ünitesi'nde tedaviye devam eden 92 hastanın 52'si (% 56.5) oluşturmuştur. Hemodializ Ünitesi'ne gelen çocuk hastalar (17 kişi), hepatit anti-jeni müsbet olanlar (10 kişi), gözü görmeyenler (2 kişi), böbreği rejeksiyona uğramış olanlar (5 kişi), okuma-yazması olmayanlar (2 kişi), kulağı işitmeyen (1 kişi), subklavian kateteri olan (1 kişi), fistülü duran (1 kişi), geçici olan hastalar (2 kişi) özel gereksinimleri ve sorunları olacağı düşünülerek araştırma kapsamına alınmamışlardır. Bu seçimden sonra geri kalan 52 hasta 26'sı deney ve 26'sı kontrol grubu olarak ayrılmışlardır.

2.5. VERİ TOPLAMA

Bu araştırmada iki anket formundan ve planlı eğitim için bir el kitapçığından yararlanılmıştır.

1- Anket Formu (Hasta Tanıtım Formu) :

Anket formunun bu bölümü hasta hakkındaki özel tanıtıcı bilgiler; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, oturduğu yer, evde yaşayan kişi sayısı, sosyal güvence durumu, bir işte çalışıp çalışmadığı, bakımıyla ilgilenen kişi varsa akrabalık derecesi, mesleği, dialize gelip gitmede kullandığı araç, ailede

hastalık öyküsü, dialize başlama tarihi, dialize haftada kaç kez/gün geldiği, kullandığı ilaçlar, ortalama kan basıncı, giriş ve çıkış kan kimyası durumu, kuru ağırlığı, dialize giriş ve çıkış ağırlıkları, dialize ilişkin eğitim alıp almama durumu, sigara ve alkol alışkanlığının olup olmadığı gibi konuları içermektedir (EK I).

2- Anket Formu (Yaşam Kalitesini Saptama Formu) :

Hastaların yaşam kalitesini saptamak üzere hazırlanan bu bölümün oluşturulması şu aşamalarda yapılmıştır :

İlgili literatür gözden geçirilerek yaşam kalitesini belirleyen fiziksel iyilik hali, Karnofsky İndeksi ve psikolojik iyilik halini içeren toplam 52 maddeden oluşan anket formu geliştirilmiştir.

Fiziksel iyilik hali; fiziki aktiviteleri yapmada güçlük (günlük yaşam aktiviteleri) (12), hastalık semptomları (12), yemek yeme ve iştah durumu (3), seksual fonksiyon (1) ile ilgili konuları kapsayan sorulardan ve Karnofsky İndeksi'nden (11) oluşmaktadır (9, 11, 12, 15, 27, 36, 47) (EK II). Karnofsky İndeksi hastaların fonksiyonel durumlarındaki yeterliliğin hangi düzeyde olduğunu belirlemede kullanılan bir skaladır (9, 12, 15).

Psikolojik iyilik hali; genel yaşam kalitesi (1), yaşamdan doyum bulma (1), eğlenme ve boş zamanlarını değerlendirme (2), aile ve yakın çevrenin bakımın-

dan memnun olma (4), dialize girme saati ve dializden memnun olma (3), kendine ve çevresine yararlı olma (1) ve uyku (1) ile ilgili konuları kapsayan sorulardan oluşmaktadır (9, 11, 12, 15, 27, 36, 47) (EK II).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların (ESRD) yaşam kalitesini belirlemek üzere geliştirilen anket formunda, ESRD'li hastaların hemşirelik bakımına uygun olan maddeler üzerinde durulmuştur. Bu nedenle hemşirelik bakımına çok az etkisi olan geniş sosyal problemler yaşam kalitesi anket formu içine alınmamıştır (34).

Oluşturulan anket formunun yüzeysel geçerliliğini saptamak amacı ile Hemodializ Ünitesi'nde çalışan uzman hemşirelerin ve hekimin görüşleri alınmıştır. Soruların anlaşılır olduğunu belirtmişlerdir (13). Fiziksel iyilik hali ve psikolojik iyilik halini içeren anket formunun güvenilirliğini ölçmek için sınaama-yeniden sınaama yöntemi kullanılmıştır (74). ESRD tanısı konmuş araştırma örnekleme benzeyen 10 hastaya (araştırma örnekleme alınacak hasta sayısını azaltmaması düşünülerek Tepecik Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'ndeki Hemodializ Ünitesi'ndeki hastalar seçilmiştir) 5-10 gün ara ile iki kez aynı formlar uygulanmıştır. Alınan yanıtlar Pearson Product-Moment Korelasyon Tekniği (r) kullanılarak analiz edilmiştir (74). Her iki form için hesaplanan korelasyon değerinin pozitif olması anket formlarının güvenilir olduğunu göstermektedir (63).

Fiziksel İyilik Hali; günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük $r=0.95$, $p < 0.05$
hastalık semptomları $r=0.88$, $p < 0.05$
yeme, içme, iştah ve cinsel yaşam $r=0.70$,
 $p < 0.05$.

Psikolojik İyilik Hali; $r=0.91$, $p < 0.05$.

"Fiziki aktiviteleri yapmada güçlük" saptama formundaki her bir madde için Likert-tipi ölçek kullanılarak 4 seçenekli bir dizide hastalara sorulmuştur : 4-normal olarak yapabiliyorum; 3-biraz çaba ile yapabiliyorum; 2-birinin yardımı ile yapabiliyorum; 1-hiç yapamıyorum.

"Hastalık semptomları" saptama formundaki her bir maddenin ne kadar sıklıkla olduğu Likert-tipi ölçek kullanılarak 4 seçenekli bir dizide hastalara sorulmuştur : 4-hemen her zaman, 3-çok zaman, 2-bazen, 1-hemen hiç bir zaman.

"Hastaların fonksiyonel durumu"nu saptama formunda (Karnofsky İndeksi) 0 ile 10 puan arasında değerlendirme yapılmıştır. 0 puan en iyi fonksiyonel yeterlilik durumunu gösterirken 10 puan fonksiyonel yeterliliğin hiç olmadığını (ölümü) belirtmektedir.

"Psikolojik iyilik hali"ni saptama formundaki her bir maddenin ne kadar memnuniyet verici olduğu Likert-tipi ölçek kullanılarak 4 seçenekli bir dizide hastalara sorulmuştur : 4-çok memnunum, 3-memnunum, 2-bazen memnunum, 1-hiç memnun değilim.

Planlı eğitim programının yapılabilmesi için; hemodializ hastalarına yönelik bir el kitapçığı araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (EK III).

Kitapçık; üriner sistem anatomisi, böbreğin fonksiyonları, hemodializin tanımı, işlevi, dializi başlatma, takip etme, sonlandırma, dializ sonrası yapılanlar, tedavi sırasında meydana gelebilecek acil durumlar, hemodializin yan etkileri ve hemodializ hastasının kart taşımasının önemine ilişkin konuları içermektedir.

2.6. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Anket formu araştırmacı tarafından hastalar ile teke tek görüşülerek ve hasta ile ilgili olan bazı bilgiler (hastaneye geldiğinde konulan ilk tanı, böbrek hastalığı ile birlikte başka bir hastalığı olup olmadığı, hangi tür ilaçları kullandığı, H.D.'e giriş ve çıkış kan kimyası) hasta dosyasından alınmak suretiyle doldurulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan denekler; yaş, cinsiyet, dialize giriş yılı ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak deney (26 kişi) ve kontrol (26 kişi) grubu olarak eşleştirilmişlerdir. Deney ve kontrol grubu deneklerin yaş ($\chi^2=0.9$, $p>0.05$), cinsiyet ($\chi^2=0.05$, $p>0.05$), dialize giriş yılı ($\chi^2=0.56$, $p>0.05$), eğitim düzeyi

($\chi^2=1.2$, $p > 0.05$) arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki deneklere eğitim öncesi anket, hastaların H.D.'e girişinde ürenin yüksek olması nedeniyle soruları yeterince cevaplayamayacakları düşünülerek H.D.'e girdikten birbuçuk saat sonra uygulanmıştır.

Anket formundaki soruların ilk kez yanıtlanmasından sonra sadece deney grubundaki hastalara araştırmacı tarafından ortalama 40-60 dakika süren bir eğitim verilmiştir. Eğitim süresinin biraz uzun olması nedeniyle hastayı fazla yormamak için eğitim iki seansta tamamlanmış olup kitapçık hastaların kendisine verilmiştir. Eğitimi tamamlanan hastalara zaman zaman kitap içindeki bilgiler sorularak eğitimin sürekliliği sağlanmış ve eksik kalan bilgiler tamamlanmaya çalışılmıştır. Kontrol grubundaki deneklere ise eğitim kitapçığı verilmemiştir.

Planlı eğitimin bitiminden 3 hafta sonra deney ve kontrol grubunun her ikisine de anket formu ikinci kez uygulanmıştır.

2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formu; araştırmacı tarafından elde teker teker değerlendirilerek kodlanmış ve veri kodlama ka-

ğitlarına geçirilmiştir. Hata kontrolleri yapılan veriler bilgisayara verilerek dökümleri yapılmıştır.

Deneklerle ilgili tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiş, araştırmacının amaçlarına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için şu analizler yapılmıştır :

Fiziki aktiviteleri yapmada güçlük ile ilgili maddelerin her biri dört dereceli bir ölçek üzerinden işaretlenmiş olduğundan "normal olarak yapabiliyorum"a 4, "biraz çaba ile yapabiliyorum"a 3, "birinin yardımı ile yapabiliyorum"a 2, "hiç yapamıyorum"a 1 ağırlıklı puanları verilmiş ve bunlar toplandıktan sonra denek sayısına bölünerek fiziki aktiviteleri yapmada güçlük toplam puan ortalamaları elde edilmiştir.

Hastalık semptomları ile ilgili maddelerin her biri dört dereceli bir ölçek üzerinden işaretlenmiş olduğundan "hemen her zaman"a 4, "çok zaman"a 3, "bazen"e 2, "hiçbir zaman"a 1 ağırlıklı puanları verilmiş ve bunlar toplandıktan sonra denek sayısına bölünerek hastalık semptomları toplam puan ortalamaları elde edilmiştir.

Psikolojik iyilik hali ile ilgili maddelerin her biri dört dereceli bir ölçek üzerinden işaretlenmiş olduğundan "çok memnunum"a 4, "memnunum"a 3, "bazen memnunum"a 2, "hiç memnun değilim"e 1 ağırlıklı puanları verilmiş ve bunlar toplandıktan sonra denek sayısına bölünerek psikolojik iyilik hali toplam puan ortalamala-

rı elde edilmiştir.

Tüm bölümlerin her bir maddesi için seçilen yanıtların dağılımı sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

GYA'ni yapmada güçlük ve hastalık semptomları toplam puan ortalamalarının birleştirilmesiyle (toplanmasıyla) genel fiziksel iyilik hali puan ortalamaları elde edilmiştir.

Genel fiziksel iyilik hali ve psikolojik iyilik hali toplam puan ortalamalarının birleştirilmesi ile de genel yaşam kalitesi puan ortalaması elde edilmiştir.

Deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası, kontrol grubunun da eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını incelemek için, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi) yapılmıştır. Deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını incelemek içinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden (Mann-Whitney U testi) yararlanılmıştır (63, 64, 68).

Yaşam kalitesini oluşturan faktörlerin yanıtlanmasından elde edilen toplam puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle olan ilişkilerini saptayabilmek için de varyans analizi yapılmıştır (63, 64, 68).

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 1991 yılı içinde planlanmış ve 1992 yılı Mart ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. 31 Haziran - 31 Temmuz 1992 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan veriler değerlendirme çalışmaları yürütülerek araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

BÖLÜM III

B U L G U L A R

3.1. DENEKLERİN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

TABLO 1 : Deneklerin Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

OTURDUĞU YER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
İzmir İ ç i	16	61.53	17	65.38	33	63.46
İzmir D ı ş ı	10	38.47	9	34.62	19	36.54
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırma kapsamına giren deneklerin 33'ü (% 63.46) İzmir'in içindeki şehir merkezlerinde otururken, 19'u (% 36.54) İzmir'e bağlı İzmir dışı şehir merkezlerinde oturmaktadır (Tablo 1).

TABLO 2 : Deneklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUBU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
18 - 24	3	11.54	3	11.54	6	11.54
25 - 44	9	34.62	9	34.62	18	34.62
45 - 64	14	53.84	14	53.84	28	53.84
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 2'de görüldüğü gibi deneklerin % 11.54'ü 18-24 yaş grubunu, % 34.62'si 25-44 yaş grubunu, % 53.84'ü 45-64 yaş grubunu oluşturmaktadır. Deneklerin yaş ortalaması \bar{x} 24.53'tür.

TABLO 3 : Deneklerin Cinsiyete Göre Dağılımı

CİNSİYET	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
K a d ı n	9	34.62	9	34.62	18	34.62
E r k e k	17	65.38	17	65.38	34	65.38
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırma kapsamına giren deneklerin 18'i (% 34.62) kadın, 34'ü (% 65.38) erkektir (Tablo 3).

TABLO 4 : Deneklerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

MEDENİ DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
E v l i	19	73.08	22	84.62	41	78.85
B e k â r	3	11.54	4	15.38	7	13.46
Dul veya Boşanmış	4	15.38	-	---	4	7.69
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 4'de görüldüğü gibi deneklerin büyük çoğunluğu % 78.85 (41) oranla evli hastalar, % 13.46'sını (7) bekarlar, % 7.69'unu (4) dul veya boşanmış olan hastalar oluşturmaktadır.

TABLO 5 : Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Okur-yazar	4	15.38	3	11.54	7	13.46
İlkokul	11	42.31	10	38.46	21	40.38
Ortaokul/Lise	7	26.92	7	26.92	14	26.93
Fakülte/Yüksekokul	4	15.38	6	23.08	10	19.23
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırma kapsamına giren deneklerin 7'si (% 13.46) okur-yazardır. İlkokul eğitimi almış denekler % 40.38 (21) ile en yüksek orana sahip olup, denek-

lerin % 26.93'ünü (14) ortaokul-lise mezunu olanlar, % 19.23'ünü (10) fakülte/yüksekokul mezunu olanlar oluşturmaktadır (Tablo 5).

TABLO 6 : Deneklerin Mesleklerine Göre Dağılımı

MESLEKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
İşsiz	4	15.38	1	3.85	5	9.62
İşçi	4	15.38	2	7.69	6	11.54
Teknisyen, zanaatkar	-	---	3	11.54	3	5.77
Öğretmen	-	---	3	11.54	3	5.77
Emekli	2	7.69	1	3.85	3	5.77
Ev hanımı	7	26.92	7	26.91	14	26.92
Hekim	-	---	1	3.85	1	1.92
Diğerleri	9	34.63	8	30.77	17	32.69
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırmaya katılan deneklerin % 9.62'si (5) işsiz, % 11.54'ü (6) işçi, % 5.77'si (3) teknisyen, zanaatkar, % 5.77'si (3) öğretmen, % 5.77'si (3) emekli, % 26.92'si (14) ev hanımı, % 1.92'si (1) hekim, % 32.69'u (17) değişik meslek gruplarına (subay, avukat, bankacı, garson, vb.) sahiptirler (Tablo 6).

TABLO 7 : Deneklerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

ÇALIŞMA DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Çalışan	5	23.08	8	30.77	13	25.00
Çalışmayan	21	76.92	18	69.23	39	75.00
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Deneklere "halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?" sorusu yöneltildiğinde, deneklerin sadece % 25.00'i (13) çalıştığını, % 75.00'i (39) ise çalışmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

TABLO 8 : Çalışmayan Deneklerin Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı

ÇALIŞMAMA NEDENİ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Hastalık nedeni ile	11	52.38	8	44.45	19	48.72
Malulen emekli	4	19.05	4	22.23	8	20.51
Hiç çalışmadım	6	28.57	6	38.32	12	30.77
TOPLAM	21	100.00	18	100.00	39	100.00

Tablo 8'de çalışmayan deneklerin çalışmama nedenleri görülmektedir. Tabloda yer alan deneklerin % 48.72'si para getiren bir işte çalışmama nedeni olarak hastalığını, % 20.51'i malülen emekli edildiğini, % 30.77'si daha önce bir işte çalışmadıklarını belirt-

mişlerdir.

TABLO 9 : Deneklerin Aile Tiplerine Göre Dağılımı

AİLE TİPİ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Çekirdek aile	18	69.24	21	80.77	39	75.00
Geniş aile	4	15.38	4	15.38	8	15.38
Parçalanmış aile	4	15.38	1	3.85	5	9.62
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 9'da görüldüğü gibi deneklerin % 75.00 (39) gibi büyük çoğunluğu çekirdek aile yapısı gösteren ailelerde yaşamaktadırlar.

TABLO 10 : Deneklerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

GELİR DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Gelir gidere göre yüksek	3	11.54	3	11.54	6	11.54
Gelir gidere göre az	23	88.46	23	88.46	46	88.46
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Deneklere "Geleriniz giderinize göre ne durumdadır?" sorusu yöneltildiğinde deneklerin % 11.54'ü (6) gelirinin gidere göre yüksek, % 88.46'sı (46) gelirinin gidere göre az olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 10).

TABLO 11 : Deneklerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

SOSYAL GÜVENCE	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Sosyal Sigortalar Kurumu	11	42.30	13	50.00	24	46.15
Emekli Sandığı	13	50.00	12	46.15	25	48.08
Bağ-Kur	1	3.85	—	—	1	1.92
Diğer	1	3.85	1	3.85	2	3.85
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 11'de deneklerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımları gösterilmiştir. Hastaların % 3.85'inin bağlı olduğu herhangi bir sağlık kuruluşu olmayıp sosyal yardımlaşma fonundan yararlandığı, % 96.15'inin ise sosyal güvencesi olduğu ve değişik sağlık kuruluşlarından yararlandığı saptanmıştır.

3.2. DENEKLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN VERİLER

Araştırma kapsamına giren hemodializ hastalarının bu hastalıklarına ilişkin özellikleri aşağıda verilmiştir.

TABLO 12 : Deneklerin Hemodialize Başlama Sürelerine Göre Dağılımı

DİALİZE BAŞLAMA SÜRESİ (Ay olarak)	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
0 - 12	8	30.77	7	26.92	15	28.85
13 - 24	5	19.23	5	19.23	10	19.23
25 - 36	7	26.93	7	26.93	14	26.93
37 - 48	4	15.38	4	15.38	8	15.38
49 ve ↑	2	7.69	3	11.54	5	9.61
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 12'de deneklerin hemodialize giriş sürelerine göre dağılımı verilmiştir. 1 yıldır hemodialize girenler % 28.85, 2 yıldır hemodialize girenler % 19.23, 3 yıldır hemodialize girenler % 26.93, 3 yıldan fazla süredir hemodialize girenler ise % 24.99 oranındadır.

TABLO 13 : Deneklerin Hemodialize Giriş Sayısı ve Sürelerine
Göre Dağılımı

DİALİZE GİRİŞ SAYISI VE SÜRESİ (Haftada)	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
1 Kez, 4 Saat	3	11.54	3	11.54	6	11.54
2 Kez, 3 Saat	7	26.92	3	11.54	10	19.23
2 Kez, 4 Saat	9	34.62	15	57.69	24	46.15
3 Kez, 3 Saat	7	26.92	5	19.23	12	23.08
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 11.54'ü (6) haftada 1 kez 4 saat, % 19.23'ü (10) haftada 2 kez 3 saat, % 46.15'i (24) haftada 2 kez 4 saat, % 23.08'inin (12) haftada 3 kez 3 saat dialize girdikleri saptanmıştır (Tablo 13).

TABLO 14 : Deneklerin Hemodialize Gelip Gitmede Kullandıkları
Araca Göre Dağılımı

KULLANILAN ARAÇ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Otobüs	12	46.16	8	30.77	20	38.46
Dolmuş	4	15.38	4	15.38	8	15.38
Taksi	6	23.08	4	15.38	10	19.23
Kendi arabası	4	15.38	8	30.77	12	23.08
Diğer	-	---	2	7.70	2	3.85
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 38.46'sı (20) dialize otobüsle, % 15.38'i (8) dolmuşla, % 19.23'ü (10) taksiyle, % 23.08'i (12) kendi arabası ile, % 3.85'i (2) tren vb. gibi araçlara binerek dialize gelip gittiğini belirtmişlerdir (Tablo 14).

TABLO 15 : Deneklerin Ailelerinde Böbrek Hastası Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

AİLEDE BÖBREK HASTASI OLUP OLMAMA DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
V a r	7	26.92	7	26.92	14	26.92
Y o k	19	73.08	19	73.08	38	73.08
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 15'de görüldüğü gibi deneklerin 14'ü (% 26.92) ailesinde böbrek hastalığı olduğunu belirtirken, 38'i (% 73.08) ailesinde böbrek hastalığının olmadığını belirtmişlerdir.

TABLO 16 : Deneklerin Hastalıkları İle Baş Etmede Yardımcı Olan Kişilerin Dağılımı

YARDIMCI OLAN KİŞİLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Y o k	3	10.00	5	17.86	8	13.79
E ş i	16	53.34	18	64.29	34	58.63
Çocuklar	5	16.66	3	10.71	8	13.79
Anne-baba	4	13.34	2	7.14	6	10.34
Diğerleri (Kendisi)	2	6.66	-	—	2	3.45
TOPLAM	30	100.00	28	100.00	58	100.00

Araştırma kapsamına alınan deneklerin evde has-

talıkları ile baş etmede kendilerine yardımcı olan kişilerin dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir. Deneklerin % 58.63 gibi büyük çoğunluğuna hastalıkları ile baş etmede eşleri, % 13.79'una çocukları, % 10.34'üne anne-babası yardım etmektedir. Hastaların % 3.45'i kendi bakımını kendisi yapmaktadır. Kendilerine yardımcı olacak herhangi bir yakına sahip olmayan denek oranı ise % 13.79 olarak belirlenmiştir.

TABLO 17 : Deneklerin Hastalıkları Konusunda Önceden Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

EĞİTİM ALMA DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
A l a n	4	15.38	3	11.54	7	13.46
A l m a y a n	20	76.92	22	84.62	42	80.77
Kısmen alan	2	7.69	1	3.85	3	5.77
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Deneklerin hastalıkları konusunda önceden sağlık eğitimi alma durumlarına ilişkin dağılımı Tablo 17'de verilmiştir. Araştırma kapsamına giren deneklerin % 13.46'sı hastalıkları konusunda önceden bilgilene üzere sağlık eğitimi aldıklarını, % 80.77'si ise almadıklarını belirtmiştir. Hastalıkları konusunda önceden sağlık eğitimi aldığını belirten deneklerin % 40.00'ının hekim, % 60.00'ının diyetisten tarafından bilgilene-

dirildiği saptanmıştır.

TABLO 18 : Deneklerin İlk Tanılarına Göre Dağılımları

İLK TANI	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Kronik Glomerülonefrit	1	3.85	1	3.85	2	3.85
Hipertansif böbrek hastalığı	14	53.85	8	30.76	22	42.31
Pyelonefrit	1	3.85	1	3.85	2	3.85
Diabetes Mellitus	2	7.69	2	7.69	4	7.69
Diğer (Böbrek taşı, polikistik böbrek, prostat, vb.)	8	30.76	14	53.85	22	42.30
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 18'de deneklerin ilk tanılarına göre dağılımları verilmiştir. Hasta kayıtları kontrol edilerek elde edilen verilere göre deneklerin % 3.85'inin kronik glomerülonefrit, % 42.31'inin hipertansif böbrek hastalığı, % 3.85'inin pyelonefrit, % 7.69'unun diabetes mellitus, % 42.30'unun diğer (böbrek taşı, polikistik böbrek, prostat) tanısı aldığı saptanmıştır.

TABLO 19 : Deneklerin H.D. Tedavisi Dışında Kullandıkları İlaç Türlerine ve Sayılarına Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
<u>İlaç Türü</u>						
Kardiovasküler ilaçlar	14	17.72	15	18.99	29	18.35
Kalsiyum ilaçları	22	27.85	20	25.32	42	26.58
Vitaminler	18	22.78	17	21.52	35	22.15
Demir yapıcı ilaçlar	13	16.46	14	17.72	27	17.09
Anti-tbc ilaçları	1	1.27	—	—	1	0.63
GIS ilaçları	2	2.53	1	1.27	3	1.91
Diğer (analjezik, antipiretik, diüretik)	9	11.39	12	15.18	21	13.29
TOPLAM	79	100.00	79	100.00	158	100.00
<u>İlaç Sayısı</u>						
1 ilaç kullanan	1	3.85	1	3.85	2	3.84
2 ilaç kullanan	6	23.08	8	30.76	14	26.92
3 ilaç kullanan	9	34.61	9	34.61	18	34.62
4 ilaç kullanan	10	38.46	8	30.78	18	34.62
TOPLAM	26	100.00	26	100.00	52	100.00

Tablo 19'da görüldüğü gibi deneklerin % 18.35'i-nin kardiovasküler, % 26.58'inin kalsiyum, % 22.15'inin vitaminler, % 17.09'unun demir yapıcı, % 13.29'unun analjezik, antipiretik, diüretik gibi ilaçları kullandıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerden % 3.85'i bir ilaç, % 26.92'si iki ilaç, % 34.62'si üç ilaç,

% 34.62'si dört ilaç kullanmaktadır (Tablo 19).

TABLO 20 : Deneklerde Sistemik Muayene Bulgularına Göre Hastalık Komplikasyonlarının Dağılımı

KOMPLİKASYONLAR	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Myokard infarktüsü	1	2.94	10	38.46	11	18.33
Kardiovasküler problemler	9	26.47	3	11.54	12	20.00
Solunum sistemi hastalıkları	4	11.76	6	23.08	10	16.66
GIS problemleri	9	26.47	2	7.69	11	18.33
Nörolojik problemler	3	8.82	-	—	3	5.00
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	4	11.76	2	7.69	6	10.00
İnfeksiyon	2	5.89	3	11.54	5	8.34
Hematolojik problemler (Anemi hariç)	2	5.89	-	—	2	3.34
TOPLAM	34	100.00	26	100.00	60	100.00

Hastaların dosya kayıtlarından elde edilen sistemik muayene sonuçlarına göre, hastaların % 18.33'ünün myokard infarktüsü geçirdiği, % 20.00'sinde kardiovasküler sistem hastalıkları, % 16.66'sında solunum sistemi hastalıkları, % 18.33'ünde gastro-intestinal sistem problemleri, % 5.00'inde nörolojik problemler, % 10.00'unda kas-iskelet sistemi hastalıkları, % 8.34'ünde enfeksiyon problemi, % 3.34'ünde hematolojik problemleri

(anemi dışında) olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

3.3. DENEKLERİN EĞİTİM VERİLMEĞEN ÖNCE YAŞAM KALİTESİ SORULARINA VERĐİKLERİ YANITLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (PRE-TEST)

Deneklerin yaşam kalitesini belirlemek için kullanılan günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmada güçlük, hastalık semptomları, psikolojik iyilik hali ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlardan ve Karnofsky İndeksi'nden elde edilen puan ortalamaları sırasıyla Tablo 21, 22, 24, 23'de gösterilmiştir.

Deneklerin GYA'ni yapmada güçlük ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 21'de gösterilmiştir. "Kısa mesafeli bir yere yürüyerek gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 53.85'i (14) biraz çaba ile yapabiliyorum derken aynı soruyu kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si (13) normal olarak yapabiliyorum yanıtını vermişlerdir.

"Uzun mesafeli bir yere yürüyerek gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 53.85'i (14) kontrol grubundaki deneklerin ise % 34.62'si (9) biraz çaba ile yapabiliyorum yanıtını verirken, "merdivenleri yürüyerek çıkabiliyor musunuz?" sorusunu deney grubundaki deneklerin % 73.08'i (19) ile kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si aynı şekilde biraz çaba ile yapabiliyorum şeklinde yanıtlamışlardır. "Ağır bir eşyayı kaldırıp taşıyabiliyor musunuz?" sorusuna deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si (13) hiç yapamıyorum yanıtını vermişlerdir. "Kendi başınıza bir yere yürüyerek gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 73.08'i (19) kontrol grubundaki deneklerin % 65.38'i (17), "kendi kendine banyo yapabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 65.38'i (17) kontrol grubundaki deneklerin % 80.77'si (21), "kendi kendine giyinebiliyor musunuz?" sorusuna hem deney hem kontrol grubundaki deneklerin % 88.46'sı (23), "tek başına tuvalete gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 96.15'i

(25) kontrol grubundaki deneklerin % 88.46'sı (23), "tek başınıza bir yeri arayıp bulabiliyor musunuz?" sorusunu deney grubundaki deneklerin % 88.46'sı (23) kontrol grubundaki deneklerin % 73.08'i (19) normal olarak yapabiliyorum şeklinde yanıtlamışlardır. "Günlük ev işlerinizi yapabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin ve kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si (13) "hiç yapamıyorum" yanıtını vermişlerdir. "Evinizin düzenini ve yerleşimini yapabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 57.69'u (15) kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü (16) "hiç yapamıyorum" derken, "rahatlıkla okuyup yazabiliyor musunuz?" sorusunu deney grubundaki deneklerin % 65.38'i (17) kontrol grubundaki deneklerin ise % 50.00'si "biraz çaba ile yapabiliyorum" şeklinde yanıtlamışlardır.

TABLO 22 : Deneklerin Hastalık Semptomları ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

HASTALIK SEMPTOMLARI	DENEY GRUBU (N= 26)								KONTROL GRUBU (N= 26)							
	1 ⁴		3 ²		2 ³		1 ⁴		1 ⁴		3 ²		2 ³		1 ⁴	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
13- Ellerine ve ayaklarına sık sık kramp girmesi	2	7.69	3	11.54	19	73.08	2	7.69	3	11.54	7	26.92	16	61.54	-	-
14- Eklemlerde sertlik, hareketsizlik olması	3	11.54	4	15.38	10	38.46	9	34.62	2	7.69	6	23.08	8	30.77	10	38.46
15- Bir iş yaparken kolayca yorulma ve halsizlik hissetme	9	34.62	11	42.31	5	19.23	1	3.85	9	34.62	9	34.62	7	26.92	1	3.85
16- Sık sık bulantı ve kusma olması	1	3.85	4	15.38	14	53.85	7	26.92	-	-	3	11.54	16	61.54	7	26.92
17- Sık sık iştahsızlık olması	2	7.69	1	3.85	7	26.92	16	61.54	1	3.85	3	11.54	8	30.77	14	53.85
18- Sık sık kaşıntının olması	5	19.23	5	19.23	13	50.00	3	11.54	4	15.38	3	11.54	10	38.46	9	34.62
19- Fistülide ağrı, sızı hissetme	-	-	1	3.85	13	50.00	12	46.15	1	3.85	1	3.85	9	34.62	15	57.69
20- Ellerde ve ayaklarda tremor	1	3.85	6	23.08	12	46.15	7	26.92	1	3.85	5	19.23	12	46.15	8	30.77
21- Sık sık vücudunda ağrı hissetme	-	-	7	26.92	14	53.85	5	19.23	1	3.85	7	26.92	11	42.31	7	26.92
22- Nefes alıp vermede güçlük	1	3.85	8	30.77	14	53.85	3	11.54	1	3.85	3	11.54	16	61.54	6	23.08
23- Siniirlilik ve huzursuz olma	16	61.54	10	38.46	-	-	-	-	8	30.77	12	46.15	6	23.08	-	-
24- Sık sık kabız olma	2	7.69	5	19.23	11	42.31	8	30.77	2	7.69	10	38.46	3	11.54	11	42.31
25- Yenilen yemeklerden zevk alma	1	3.85	8	30.77	11	42.31	6	23.08	-	-	9	34.62	13	50.00	4	15.38
26- Gereksinimleri karşılama yiyceklerin miktarının yeterli olması	-	-	1	3.85	15	57.69	10	38.46	-	-	8	30.77	14	53.85	4	15.38
27- Şu anki kilonuzun sağlığınıza ilişkili problem yaratması	-	-	5	19.23	19	73.08	2	7.69	-	-	5	19.23	18	69.23	3	11.54
28- Cinsel yaşamınızdan memnun olma ^m	-	-	4	15.38	11	42.31	9	34.62	-	-	6	23.08	13	50.00	7	26.92

^m = Deneç grubundaki hastalardan 2'si bu soruyu yanıtlamadıklarından araştırma kapsamına alınmamışlardır.

1⁴ = Hemen her zaman 3² = Çok zaman 2³ = Bazen 1⁴ = Hiçbir zaman

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hastalık semptomlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 22'de gösterilmiştir. Deney grubundaki deneklerin % 73.08'i bazen, % 11.54'ü çok zaman; kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü bazen, % 11.54'ü hemen her zaman ellerine ve ayaklarına kramp girdiğini belirtmişlerdir. Deney grubundaki hastaların % 38.46'sı hemen hiçbir zaman eklemlerinde sertlik, hareketsizlik olmadığını belirtmişlerdir. "Bir iş yaparken kolayca yorulma ve halsizlik hissetme" ile ilişkili soruya deney grubundaki deneklerin % 34.62'si hemen her zaman, % 42.31'i çok zaman yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "bazen" bulantı ve kusması olduğunu; deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i hiçbir zaman iştahsız olmadıklarını belirtmişlerdir. "Fistüllü kolda ağrı, sızı hissetme" ile ilişkili soruya deney grubundaki deneklerin % 50.00'si bazen, % 46.15'i ise hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 46.15'inin bazen ellerinde ve ayaklarında tremor olduğu saptanmıştır. "Sık sık vücudunda ağrı hissetme" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 42.31'i bazen yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü bazen nefes alıp vermede güçlük çektiklerini;

deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü hemen her zaman, kontrol grubundaki deneklerin % 46.15'i çok zaman sınırlı ve huzursuz olduklarını belirtmişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 42.31'inin, kontrol grubundaki deneklerin ise % 38.46'sının bazen kabız oldukları saptanmıştır. "Yenilen yemeklerden zevk alma" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 42.31'i, kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si bazen; "gereksinimleri karşılamada yiyeceklerin miktarının yeterli olması" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i bazen yanıtlarını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 73.08'i, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü şu anki kilosunun sağlığına ilişkin bazen problem yarattığını belirtmişlerdir. "Cinsel yaşamdan memnun olma" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 42.31'i, kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si bazen yanıtını vermişlerdir.

TABLO 23 : Deneklerin Karnofsky Indeksi'ne Göre Fonksiyonel Yeterliliğini Değerlendirme Puanlarının Dağılımı

KARNOFSKY İNDEKSİ	PUAN	DENEY		KONTROL	
		S	%	S	%
1- Normal, şikayeti yok, hastalığın belirtileri yok.	0	-	-	-	-
2- Normal aktivitelerini yapabiliyor, hastalığın minör belirti veya bulguları var.	1	-	-	2	7.69
3- Normal aktivitelerini eforla yapıyor, hastalığın bazı belirtili ve bulguları var.	2	20	76.92	13	50.00
4- Kişisel bakımını yapabiliyor, normal aktivitelerini yapamıyor veya aktif çalışmıyor.	3	3	11.54	5	19.23
5- Ara sıra yardıma gereksinimi var, fakat gereksinimlerinin çoğunu karşılayabiliyor.	4	3	11.54	5	19.23
6- Çok fazla yardıma ve sıklıkla tıbbi bakıma gereksinimi var.	5	-	-	-	-
7- Güçsüz, özel bakım ve yardımcıya gereksinimi var.	6	-	-	1	3.85
8- Ciddi derecede halsiz olup hastanede kalma endikasyonu var.	7	-	-	-	-
9- Çok hasta, hastanede kalma gereksinimi var.	8	-	-	-	-
10- Ölüme yaklaşma.	9	-	-	-	-
11- Ölüm	10	-	-	-	-
T O P L A M		26	100.00	26	100.00

Deneklerin Karnofsky Indeksi'ne göre fonksiyonel yeterliliğini değerlendirme puanlarının dağılımı Tablo 23'de verilmiştir. Kontrol grubundaki deneklerin % 7.69'u normal aktivitelerini yapabiliyor iken, deney grubundaki deneklerin hiçbiri normal aktivitelerini yapamamaktadır. Normal aktivitelerini eforla yapan, hastalığın bazı belirti ve bulguları olan hasta oranı deney grubunda % 76.92, kontrol grubunda ise % 50.00'dir. "Kişisel bakımını yapan, normal aktivitelerini yapamayan" ve "arasıra yardıma gereksinimi olan, ancak gereksinimlerinin çoğunu karşılayabilen" hasta oranının deney grubunda % 11.54, kontrol grubunda % 19.23 olduğu saptanmıştır.

Karnofsky Indeksi'ne göre, ESRD hastalarının fonksiyonel yeterliliğini değerlendirme sonuçlarına göre deneklerin hiçbirinin 0, 5, 7, 8, 9, 10 puan almaları saptanmıştır.

TABLO 24 : Deneklerin Psikolojik İyilik Hali ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ	DENEY GRUBU (N=26)						KONTROL GRUBU (N=26)									
	4 ¹		3 ²		2 ³		1 ⁴		4 ¹		3 ²		2 ³		1 ⁴	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1- Kendinize ve çevrenizdekilere ne kadar yararlısınız?	-	-	5	19.23	15	57.69	6	23.08	-	-	2	7.69	18	69.23	6	23.08
2- Aile içindeki ilişkilerinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	1	3.85	16	61.54	8	30.77	1	3.85	-	-	16	61.54	10	38.46	-	-
3- Bir bütün olarak yaşamınızı nasıl görüyorsunuz?	-	-	3	11.54	16	61.54	7	26.92	-	-	4	15.38	18	69.23	4	15.38
4- Hastalanmadan önce, sevdiğiniz işlere, dinlenmeye, sosyal aktivitelerinizi yapmak için ne kadar vakit ayırıyorsunuz?	3	11.54	17	65.08	6	23.08	-	-	4	15.38	17	65.08	5	19.23	-	-
5- Şimdi bu işlere ne kadar vakit ayırıyorsunuz?	-	-	5	19.23	15	57.69	6	23.08	-	-	6	23.08	12	46.15	8	30.77
6- Yaşamınızdan ne kadar doyum buluyorsunuz?	-	-	3	11.54	17	65.38	6	23.08	-	-	4	15.38	17	65.38	5	19.23
7- Uyku saatleriniz sizin için ne kadar yeterlidir?	-	-	12	46.15	9	34.62	5	19.23	-	-	15	57.69	11	42.31	-	-
8- Dialize giriş saatlerinizden ne kadar memnunsunuz?	-	-	20	76.92	5	19.23	1	3.85	-	-	22	84.62	4	15.38	-	-
9- Ailenizin hastalığınızla ilgilenmesinden ne kadar memnunsunuz?	5	19.23	14	53.85	6	23.08	1	3.85	5	19.23	16	61.54	4	15.38	1	3.85
10- Ailenizin size verdiği bakımdan ne kadar memnunsunuz?	4	15.38	14	53.85	7	26.92	1	3.85	5	19.23	16	61.54	4	15.38	1	3.85
11- Aileniz dışındaki bireylerin tedaviniz ile ilgili sorular sormasından ne kadar memnunsunuz?	-	-	13	50.00	9	34.62	4	15.38	-	-	11	42.31	10	38.46	5	19.23
12- Hemodializ tedavisi olan diğer hastaları tanımaktan ne kadar memnunsunuz?	2	7.69	20	76.92	4	15.38	-	-	-	-	14	53.85	10	38.46	2	7.69
13- Hastalığınızın tedavisinde dializ makinasına girmekten ne kadar memnunsunuz?	-	-	11	42.31	7	26.92	8	30.77	-	-	14	53.85	8	30.77	4	15.38

4¹ = Hemen her zaman3² = Çok zaman1⁴ = Hiçbir zaman

Deneklerin psikolojik iyilik haline ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 24'de verilmiştir. Deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü kendisine ve çevresindekilere bazen yararlı olduklarını belirtmişlerdir. Aile içindeki ilişkileri çok zaman yeterli görme oranı deney ve kontrol grubundaki deneklerde % 61.54 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü bir bütün olarak yaşamını bazen iyi gördüklerini belirtmişlerdir. "Hastalanmadan önce, sevilen işlere, dinlenmeye, sosyal aktiviteleri yapmaya vakit ayırma" ile ilişkili soruya deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 65.08'i çok zaman yanıtını verirken; "şimdi bu işlere vakit ayırabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin ise % 46.15'i bazen yanıtını vermişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 65.38'inin yaşamlarından bazen doyum buldukları saptanmıştır. "Uyku saatlerini çok zaman yeterli görme" oranı deney grubundaki deneklerde % 46.15, kontrol grubundaki deneklerde ise % 57.69'dur. Deney grubundaki deneklerin % 76.92'si, kontrol grubundaki deneklerin % 84.62'si dialize giriş saatlerinden çok zaman memnun olduklarını belirtmişlerdir. "Ailelerin hastalıkları ile ilgilenme"ye ilişkin soruya deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "çok zaman memnunum"

yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü çok zaman ailelerin kendilerine verdikleri bakımdan memnun olduklarını belirtmişlerdir. "Aile dışındaki bireylerin tedavi ile ilgili sorularından çok zaman memnun olma" oranı deney grubundaki deneklerde % 50.00, kontrol grubundaki deneklerde % 42.31'dir. Deney grubundaki deneklerin % 76.92'si, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i dializ tedavisi olan diğer hastaları tanımaktan çok zaman memnun olduklarını belirtmişlerdir. "Hastalığın tedavisinde dializ makinasına girmekten ne kadar memnunsunuz?" sorusunu kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i, deney grubundaki deneklerin ise % 42.31'i çok zaman memnunum şeklinde yanıtlamışlardır.

TABLO 25 : Deneysel ve Kontrol Grupundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesine Göre Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		U	p
	n	\bar{x}	n	\bar{x}		
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapmada Güçlük	26	3.0417	26	3.000	0.5830	>0.05
Hastalık Semptomları	26	2.1250	26	2.1250	0.9126	>0.05
Karnofsky İndeksi	26	2.000	26	2.000	0.3847	>0.05
Genel Fiziksel İyilik Hali	26	2.4821	26	2.4821	0.4207	>0.05
Psikolojik İyilik Hali	26	2.4615	26	2.4615	0.7907	>0.05

Tablo 25'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki deneklerin günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali ve psikolojik iyilik hali eğitim öncesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($U_1 = 0.5830, p > 0.05$; $U_2 = 0.9126, p > 0.05$; $U_3 = 0.3847, p > 0.05$; $U_4 = 0.4207, p > 0.05$; $U_5 = 0.7907, p > 0.05$).

TABLO 26 : Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (Pre-Test)

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	n	\bar{x}	n	\bar{x}
YAŞAM KALİTESİ	26	2.4881	26	2.4643
$U = 0.4530$, $p > 0.05$				

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu deneklere eğitim öncesi uygulanan testin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Deney grubu deneklerin pretest puan ortalamaları 2.4881, kontrol grubu deneklerin pretest puan ortalamaları 2.4643 olarak saptanmıştır. Ancak bu iki ortalama arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=0.4530$, $p > 0.05$).

3.4. DENEKLERİN EĞİTİM ÖNCESİ YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deneklerin yaşam kalitesine etki eden etmenler aşağıda gösterilmiştir.

TABLO 27 : Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

CİNSİYET	PRE-TEST TOPLAM PUAN ORTALAMALARI			
	n	\bar{x}	Ss	
K a d ı n	18	2.4698	0.1790	
E r k e k	34	2.4435	0.1620	
<u>Varyans Kaynağı</u>	<u>Kareler Toplamı</u>	<u>Serbestlik Derecesi</u>	<u>Kareler Ortalaması</u>	<u>F Değeri</u>
Genel	1.4246	51	-	
Gruplararası	0.0084	1	0.0084	0.30
Grupiçi	1.4162	50	0.0283	

Gruplar gözönüne alınmaksızın hastaların Karnofsky İndeksi olmaksızın yaşam kalitesini içeren fiziksel, psikolojik iyilik hali sorularına verdikleri yanıtlardan aldıkları puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 27'de gösterilmiştir. Kadın deneklerin puan ortalaması 2.4698, erkek deneklerin puan

ortalaması 2.4435 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan analizde fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0.30$, $p > 0.05$).

TABLO 28 : Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

PRE-TEST TOPLAM PUAN ORTALAMALARI				
YAŞ GRUBU	n	\bar{x}	Ss	
18 - 24	6	2.3951	0.0869	
25 - 44	18	2.4892	0.2101	
45 + ↑	28	2.4407	0.1461	
<u>Varyasyon Kaynağı</u>	<u>Kareler Toplamı</u>	<u>Serbestlik Derecesi</u>	<u>Kareler Ortalaması</u>	<u>F Değeri</u>
Genel	1.4246	51	-	
Gruplararası	0.0447	2	0.0223	19.48
Grupiçi	1.3799	49	0.0282	

Tablo 28'de, deneklerin pretest puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin yaş grupları ile Karnofsky İndeksi olmaksızın yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 18-24 yaş grubunun puan ortalaması 2.3951, 25-44 yaş grubunun puan ortalaması 2.4892, 45 yaş ve üzeri yaş grubunun puan ortalaması 2.4407 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulun-

mamıdır (F=19.48, $p > 0.05$).

TABLO 29 : Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

PRE-TEST TOPLAM PUAN ORTALAMALARI				
EĞİTİM DURUMU	n	\bar{x}	Ss	
Okur-yazar	7	2.4460	0.2261	
İlkokul	21	2.4541	0.1785	
Ortaokul-Lise	14	2.4111	0.1441	
Fakülte-Yüksekokul	10	2.5146	0.1283	
Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Değeri
Genel	1.4246	51	-	
Gruplararası	0.0629	3	0.0210	8.57
Grupiçi	1.3617	48	0.0284	

Tablo 29'da, deneklerin pretest puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin eğitim düzeyleri ile Karnofsky İndeksi puan ortalamaları olmaksızın yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okur-yazar olan deneklerin puan ortalamaları 2.4460, ilkokul mezunu olan deneklerin puan ortalamaları 2.4541, ortaokul-lise mezunu olan deneklerin puan ortalamaları 2.4111, fakülte-yüksekokul mezunu olan deneklerin puan ortalamaları ise 2.5146 olarak saptanmış-

tır. Gruplar arasında yapılan analizde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=8.57, p > 0.05$).

TABLO 30 : Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Hemodialize Başlama Süresine Göre Dağılımı

PRE-TEST TOPLAM PUAN ORTALAMALARI				
DİALİZE BAŞLAMA SÜRESİ		n	\bar{x}	Ss
0 - 12	ay	15	2.4390	0.1858
13 - 24	ay	10	2.4244	0.1332
25 - 36	ay	14	2.4895	0.1760
37 - 48	ay	8	2.3841	0.1748
49 +	↑ ay	5	2.5610	0.0991
Varyans	Kareler	Serbestlik	Kareler	F
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>	<u>Değeri</u>
Genel	1.4246	51	-	
Gruplararası	0.1260	4	0.1260	1.14
Grupiçi	1.2985	47	0.0315	

Gruplar gözönüne alınmaksızın; deneklerin Karnofsky İndeksi olmaksızın yaşam kalitesi puan ortalamaları ile dialize başlama süresi karşılaştırıldığında; 0-12 ay'dır dialize giren deneklerin puan ortalamaları 2.4390, 13-24 ay'dır dialize girenlerin puan ortalamaları 2.4244, 25-36 ay'dır dialize girenlerin puan ortalamaları 2.4895, 37-48 ay'dır dialize girenlerin puan ortalamaları 2.3841, 49 ay ve daha uzun süredir dialize girenlerin puan ortalamaları 2.5610 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamlı bulunmamıştır ($F=1.14, p > 0.05$) (Tablo 30).

TABLO 31 : Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Deneklerin Pre-Test Puan Ortalamalarının Dialize Haftada Giriş Sıklığı ve Süresine Göre Dağılımı

HAFTADA GİRİŞ SIKLIĞI VE SÜRESİ		n	\bar{x}	Ss
1 Kez, 4 Saat		6	2.4919	0.0808
2 Kez, 3 Saat		10	2.4146	0.2120
2 Kez, 4 Saat		24	2.4749	0.1253
3 Kez, 3 Saat		12	2.4126	0.2268
Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Değeri
Genel	1.2300	51	-	
Gruplararası	0.0402	3	0.0134	0.54
Grupiçi	1.1898	48	0.0248	

Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin dialize haftada giriş sıklığı ve süresi ile Karnofsky İndeksi puan ortalaması katılmaksızın yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dialize haftada 1 kez-4 saat girenlerin puan ortalamaları 2.4919, dialize haftada 2 kez-3 saat girenlerin puan ortalamaları 2.4146, dialize haftada 2 kez-4 saat girenlerin puan ortalamaları 2.4749, dialize haftada 3 kez-3 saat girenlerin puan ortalamaları 2.4126 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.54, p > 0.05$) (Tablo 31).

3.5. DENEKLERİN EĞİTİM VERİLDİKTEN SONRA YAŞAM KALİTESİ SORULARINA VERDİKLERİ YANITLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (POST-TEST)

Deneklerin yaşam kalitesini belirtmede kullanılan günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmada güçlük, hastalık semptomları, psikolojik iyilik hali ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlardan ve Karnofsky İndeksi'nden elde edilen puan ortalamaları sırasıyla Tablo 32, 33, 35 ve 34'de gösterilmiştir.

TABLO 32 : Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapmada Güçlük İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	DENEY GRUBU (N= 26)						KONTROL GRUBU (N= 26)									
	1		2		3		4		1		2		3		4	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1- Kısa mesafeli yere yürüyerek gidebilme	15	57.69	10	38.46	-	-	1	3.85	18	69.23	7	26.92	1	3.85	-	-
2- Uzun mesafeli yere yürüyerek gidebilme	6	23.08	12	46.15	1	3.85	7	26.92	3	11.54	15	57.69	4	15.38	4	15.38
3- Merdivenleri yürüyerek çıkabilme	3	11.54	20	76.92	-	-	3	11.54	2	7.69	23	88.46	-	-	1	3.85
4- Ağır bir eşyayı kaldırıp taşıyabilme	1	3.85	11	42.31	2	7.69	12	46.15	1	3.85	2	7.69	3	11.54	20	76.92
5- Kendi başına bir yere gidebilme	16	61.54	3	11.54	7	26.92	-	-	16	61.54	3	11.54	7	26.92	-	-
6- Kendi kendine banyo olabilme	22	84.62	1	3.85	3	11.54	-	-	19	73.08	2	7.69	5	19.23	-	-
7- Kendi kendine giyinebilme	23	88.46	1	3.85	2	7.69	-	-	22	84.62	2	7.69	2	7.69	-	-
8- Tek başına tuvaleti kullanabilme	25	96.15	-	-	1	3.85	-	-	23	88.46	2	7.69	1	3.85	-	-
9- Tek başına bir yeri arayabilme	20	76.92	4	15.38	2	7.69	-	-	16	61.54	2	7.69	8	30.77	-	-
10- Günlük ev işlerini yapabilme	3	11.54	4	15.38	8	30.77	11	42.31	1	3.85	5	19.23	9	34.62	11	42.31
11- Evin düzenini ve yerleşimini yapabilme	1	3.85	5	19.23	7	26.92	13	50.00	-	-	2	7.69	11	42.31	13	50.00
12- Okuyabilme ve yazabilme	8	30.77	4	15.38	14	53.85	-	-	7	26.92	8	30.77	11	42.31	-	-

1¹ = Hemen her zaman 2³ = Bazen 1⁴ = Hiçbir zaman

Deneklerin GYA'ni yapmada güçlük ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı şöyledir (Tablo 32) : "Kısa mesafeli bir yere yürüyerek gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü "normal olarak yapabiliyorum"; "uzun mesafeli bir yere yürüyerek gidebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 46.15'i, kontrol grubundaki deneklerin % 57.69'u "biraz çaba ile yapabiliyorum" şeklinde yanıt vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 76.92'sinin, kontrol grubundaki deneklerin % 88.46'sının "biraz çaba ile merdivenleri yürüyerek çıktığı"saptanmıştır. "Ağır bir eşyayı kaldırıp taşıyabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 46.15'i, kontrol grubundaki deneklerin % 76.92'si "hiç yapamıyorum" yanıtını vermişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "kendi başına bir yere yürüyerek gidebilmeyi normal olarak yapabildiklerini" belirtmişlerdir. "Kendi kendine banyo olabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 88.62'si, kontrol grubundaki deneklerin % 73.08'i "normal olarak yapabiliyorum" yanıtını verirken, aynı şekilde "kendi kendine giyinebiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 88.46'sı, kontrol grubundaki deneklerin % 84.62'si "normal olarak yapabiliyorum" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 96.15'i, kontrol grubundaki deneklerin % 88.46'sı "tek başınıza tuvalete gi-

debiliyor musunuz?" sorusunu "normal olarak yapabiliyorum" şeklinde yanıtlamışlardır. "Tek başınıza bir yeri arayıp bulabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 76.92'si, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "normal olarak yapabiliyorum" yanıtını vermişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 42.31'i "günlük ev işlerini hiç yapamadıklarını" belirtmişlerdir. "Evinizin düzenini ve yerleşimini yapabiliyor musunuz?" sorusuna deney ve kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si "hiç yapamıyorum" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 42.31'i "rahatlıkla okuyup yazabilmeyi birinin yardımı ile yapabildiklerini" belirtmişlerdir.

TABLO 33 : Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Hastalık Semptomları İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

HASTALIK SEMPTOMLARI	DENEY GRUBU (N= 26)								KONTROL GRUBU (N= 26)							
	4 ¹		3 ²		2 ³		1 ⁴		4 ¹		3 ²		2 ³		1 ⁴	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
13- Ellerine ve ayaklarına sık sık kramp girmesi	2	7.69	1	3.85	17	65.38	6	23.08	-	-	8	30.77	16	61.54	2	7.69
14- Eklemlerde sertlik, hareketlilik olması	2	7.69	5	19.23	16	61.54	3	11.54	-	-	9	34.62	9	34.62	8	30.77
15- Bir iş yaparken kolayca yorulma ve halsizlik hissetme	3	11.54	16	61.54	5	19.23	2	7.69	3	11.54	14	53.85	7	26.92	2	7.69
16- Sık sık bulantı ve kusma olması	-	-	5	19.23	11	42.31	10	38.46	-	-	2	7.69	16	61.54	8	30.77
17- Sık sık iştahsızlık olması	1	3.85	3	11.54	8	30.77	14	53.85	1	3.85	1	3.85	8	30.77	16	61.54
18- Sık sık kaşıntısının olması	2	7.69	4	15.38	14	53.85	6	23.08	5	19.23	-	-	11	42.31	10	38.46
19- Fıstıkta ağrı, sızi hissetme	-	-	-	-	19	73.08	7	26.92	-	-	1	3.85	17	65.38	8	30.77
20- Ellerde ve ayaklarda tremor	1	3.85	7	26.92	16	61.54	2	7.69	-	-	9	34.62	12	46.15	5	19.23
21- Sık sık vücudunda ağrı hissetme	-	-	4	15.38	15	57.69	7	26.92	-	-	5	19.23	18	69.23	3	11.54
22- Nefes alıp vermede güçlük	-	-	6	23.08	16	61.54	4	15.38	-	-	4	15.38	14	53.85	8	30.77
23- Sınırlılık ve huzursuz olma	14	53.85	8	30.77	4	15.38	-	-	11	42.31	8	30.77	7	26.92	-	-
24- Sık sık kabız olma	1	3.85	4	15.38	13	50.00	8	30.77	1	3.85	9	34.62	8	30.77	8	30.77
25- Yenilen yemeklerden zevk alma	1	3.85	9	34.62	15	57.69	1	3.85	1	3.85	11	42.31	11	42.31	3	11.54
26- Gereksinimleri karşılama yiyceklerin miktarının yeterli olması	-	-	5	19.23	10	38.46	11	42.31	1	3.85	4	15.38	13	50.00	8	30.77
27- Şu anki kilonuzun sağlığınıza ilişkili problem yaratması	-	-	2	7.69	21	80.77	3	11.54	-	-	2	7.69	18	69.23	6	23.08
28- Cinsel yaşamınızdan memnun olma ^m	1	3.85	3	11.54	14	53.85	6	23.08	1	3.85	7	26.92	10	38.46	7	26.92

^m Dene grubundan 2, kontrol grubundan 1 hasta bu soruyu yanıtlamadıklarından araştırma kapsamına alınmamışlardır.

4¹ = Hemen her zaman 3² = Çok zaman 2³ = Bazen 1⁴ = Hiçbir zaman

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hastalık semptomlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 33'de gösterilmiştir. Deney grubundaki deneklerin % 65.38'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "ellerine ve ayaklarına bazen kramp girdiğini" belirtmişlerdir. "Eklemlerinizde, sertlik, hareket-sizlik oluyor mu?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 34.62'si "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i "bir iş yaparken çok zaman yorulup halsizlik hissettiklerini" belirtmişlerdir. "Sık sık bulantı ve kusma olma" ile ilişkili soruya deney grubundaki deneklerin % 42.31'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "hemen hiçbir zaman iştahsız olmadıklarını" belirtmişlerdir. "Fistüllü kolunda ağrı, sızı hissetme" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 73.08'i, kontrol grubundaki deneklerin % 65.38'i "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 61.54'ünün, kontrol grubundaki deneklerin ise % 46.15'inin "bazen ellerinde ve ayaklarında tremor" olduğu saptanmıştır. "Sık sık vücudunda ağrı hissetme" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kont-

rol grubundaki deneklerin % 53.85'i "nefes alıp vermede bazen güçlük çektiklerini" belirtmişlerdir. "Kendini sınırlı ve huzursuz hissetme" ile ilişkili soruya deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 42.31'i "hemen her zaman" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 50.00'si "bazen", kontrol grubundaki deneklerin % 34.62'si ise "çok zaman kabız olduklarını" belirtmişlerdir. "Yenilen yemeklerden zevk alma" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 57.69'u, kontrol grubundaki deneklerin % 42.31'i "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 42.31'i "hiçbir zaman", kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si "bazen" yiyeceklerin gereksinimlerini karşılamada yeterli olduğunu belirtmişlerdir. "Şu anki kilosunun sağlığına ilişkin problem yaratma" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 80.77'si, kontrol grubundaki deneklerin % 69.23'ü "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 38.46'sı "cinsel yaşamından bazen memnun olduklarını" belirtirken, araştırmaya katılan deneklerden deney grubundan 2 hasta, kontrol grubundan 1 hasta bu soruyu yanıtlamayı reddetmiştir.

TABLO 34 : Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Karnofsky İndeksi'ne Göre Fonksiyonel Yeterliliğini Değerlendirme Puanlarının Dağılımı

KARNOFSKY İNDEKSİ	PUAN	DENEY GRUBU (N=26)		KONTROL GRUBU (N=26)	
		S	%	S	%
1- Normal, şikayeti yok, hastalığın belirtileri yok.	0	-	-	-	-
2- Normal aktivitelerini yapabiliyor, hastalığın minör belirtisi veya bulguları var.	1	1	3.85	-	-
3- Normal aktivitelerini eforla yapıyor, hastalığın bazı belirtileri ve bulguları var.	2	19	73.07	15	57.70
4- Kişisel bakımını yapabiliyor, normal aktivitelerini yapamıyor veya aktif çalışmıyor.	3	3	11.54	4	15.38
5- Ara sıra yardıma gereksinimi var, fakat gereksinimlerinin çoğunu karşılayabiliyor.	4	3	11.54	7	26.92
6- Çok fazla yardıma ve sıklıkla tıbbi bakıma gereksinimi var.	5	-	-	-	-
7- Güçsüz, özel bakım ve yardımcıya gereksinimi var.	6	-	-	-	-
8- Ciddi derecede halsiz olup hastanede kalma endikasyonu var.	7	-	-	-	-
9- Çok hasta, hastanede kalma gereksinimi var.	8	-	-	-	-
10- Ölüme yaklaşma.	9	-	-	-	-
11- Ölüm.	10	-	-	-	-
T O P L A M		26	100.00	26	100.00

Deneklerin Karnofsky Indeksi'ne göre fonksiyonel yeterliliğini değerlendirme puanlarının dağılımı Tablo 34'de verilmiştir. Deney grubundaki deneklerin % 3.85'i normal aktivitelerini yapabiliyor iken, kontrol grubundaki deneklerin hiçbiri normal aktivitelerini yapamamaktadır. Normal aktivitelerini eforla yapan, hastalığın bazı belirti ve bulguları olan hasta oranı deney grubunda % 73.07, kontrol grubunda % 57.70'dir. Kişisel bakımını yapabilen, normal aktivitelerini yapamayan hasta oranı deney grubunda % 11.54, kontrol grubunda % 15.38'dir. "Arasına yardıma gereksinimi olan ancak gereksinimlerinin çoğunu karşılayabilen" hasta oranı deney grubunda % 11.54, kontrol grubunda % 26.92'dir. Karnofsky Indeksi'ne göre ESRD hastalarının fonksiyonel yeterliliğini değerlendirme sonuçlarına göre deneklerin hiçbirinin 0, 5, 6, 7, 8, 9, 10 puan almadıkları saptanmıştır.

TABLO 35 : Deneklerin Eğitim Verildikten Sonra Psikolojik İyilik Hali ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Değişimi

PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ	DENEY GRUBU (N= 26)								KONTROL GRUBU (N= 26)							
	1 ⁴		3 ²		2 ³		1 ⁴		1 ⁴		3 ²		2 ³		1 ⁴	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1- Kendinize ve çevrenizdekilere ne kadar yararlısınız?	1	3.85	5	19.23	13	50.00	7	26.92	1	3.85	4	15.38	16	61.54	5	19.23
2- Aile içindeki ilişkilerinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	4	15.38	17	65.38	4	15.38	1	3.85	3	11.54	13	50.00	10	38.46	-	-
3- Bir bütün olarak yaşamınızı nasıl görüyorsunuz?	2	7.69	5	19.23	16	61.54	3	11.54	-	-	7	26.92	14	53.85	5	19.23
4- Hastalamadan önce, sevdiğiniz işlere, dinlemeye, sosyal aktivitelerinizi yapmak için ne kadar vakit ayırıyordunuz?	3	11.54	18	69.23	5	19.23	-	-	2	7.69	14	53.85	10	38.46	-	-
5- Şimdi bu işlere ne kadar vakit ayırıyorsunuz?	2	7.69	8	30.77	11	42.31	5	19.23	1	3.85	3	11.54	15	57.69	7	26.92
6- Yaşamınızdan ne kadar doyum buluyorsunuz?	3	11.54	7	26.92	13	50.00	3	11.54	2	7.69	4	15.38	17	65.38	3	11.54
7- Uyku saatleriniz sizin için ne kadar yeterlidir?	3.85	19	73.08	6	23.08	-	-	-	-	20	76.92	6	23.08	-	-	-
8- Dialize giriş saatlerinizden ne kadar memnunsunuz?	3	11.54	22	84.62	-	-	1	3.85	1	3.85	24	92.31	1	3.85	-	-
9- Ailenizin hastalığınızla ilgilenmesinden ne kadar memnunsunuz?	10	38.46	14	53.85	2	7.69	-	-	5	19.23	20	76.92	1	3.85	-	-
10- Ailenizin size verdiği bakımdan ne kadar memnunsunuz?	10	38.46	14	53.85	2	7.69	-	-	6	23.08	19	73.08	1	3.85	-	-
11- Aileniz dışındaki bireylerin tedaviniz ile ilgili sorular sormasından ne kadar memnunsunuz?	3	11.54	11	42.31	8	30.77	4	15.38	1	3.85	14	53.85	8	30.77	3	11.54
12- Hemodiyaliz tedavisi olan diğer hastaları tanımaktan ne kadar memnunsunuz?	2	7.69	19	73.08	5	19.23	-	-	2	7.69	20	76.92	3	11.54	1	3.85
13- Hastalığınızın tedavisinde dializ makinasına girmekten ne kadar memnunsunuz?	4	15.38	20	76.92	2	7.69	-	-	1	3.85	18	69.23	3	11.54	4	15.38

1⁴ = Hemen her zaman2³ = Bazen1⁴ = Hiçbir zaman

Psikolojik iyilik haline ilişkin sorulara deneklerin verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 35'de gösterilmiştir. "Kendisine ve çevresindekilere yararlı olma" ile ilişkili soruya deney grubundaki deneklerin % 50.00'si, kontrol grubundaki deneklerin % 61.54'ü "çok zaman" yanıtını vermişlerdir. "Aile içindeki ilişkileri yeterli görme" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 65.38'i, kontrol grubundaki deneklerin % 50.00'si "çok zaman" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 61.54'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i "bir bütün olarak yaşamı bazen iyi gördüklerini" belirtmişlerdir. "Hastalanmadan önce, sevilen işlere, dinlenmeye, sosyal aktiviteleri yapmaya vakit ayırma" ile ilgili soruya deney grubundaki deneklerin % 69.23'ü, kontrol grubundaki deneklerin % 53.85'i "çok zaman" yanıtını verirken, "şimdi bu işlere vakit ayırabiliyor musunuz?" sorusuna deney grubundaki deneklerin % 42.31'i, kontrol grubundaki deneklerin % 57.69'u "bazen" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 50.00'sinin, kontrol grubundaki deneklerin % 65.38'inin "yaşamlarından bazen doyum buldukları" saptanmıştır. "Uyku saatlerini çok zaman yeterli görme" oranı deney grubu deneklerde % 73.08, kontrol grubundaki deneklerde % 76.92'dir. Deney grubundaki deneklerin % 84.62'si, kontrol grubundaki deneklerin % 92.31'i "dialize giriş saatlerinden çok zaman memnun olduklarını" belirtmişlerdir. "Ailelerin

hastalıkları ile ilgilenmeye" ilişkin soruya deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 76.92'si "çok zaman memnunum" yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki deneklerin % 53.85'i, kontrol grubundaki deneklerin % 73.08'i "çok zaman ailelerin kendilerine verdikleri bakımdan memnun olduklarını" belirtmişlerdir. "Aile dışındaki bireylerin tedavi ile ilgili sorularından çok zaman memnun olma" oranı deney grubundaki deneklerde % 42.31, kontrol grubundaki deneklerde % 53.85'dir. Deney grubundaki deneklerin % 73.08'i, kontrol grubundaki deneklerin % 76.92'si "dializ tedavisi olan diğer hastaları tanıtmaktan çok zaman memnun olduklarını" belirtmişlerdir. "Dializ makinasına girmekten çok zaman memnun olma" oranı deney grubu deneklerde % 76.92, kontrol grubu deneklerde % 69.23'dür.

3.6. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ DENEKLERİN EĞİTİM
ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ PUAN
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO 36 : Deney Grubundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik
İyilik Hali Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim
Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	DENEY		GRUBU	
	n	\bar{x}	T	p
Fiziki Aktiviteleri Yapmada Güçlük	26	-0.0577	98.5	> 0.05
Hastalık Semptomları	26	0.0505	197.5	> 0.05
Fiziksel İyilik Hali	26	-0.0041	145.5	> 0.05
Karnofsky İndeksi	26	0.0385	4.0	< 0.05
Psikolojik İyilik Hali	26	-0.3373	18.5	< 0.05
Genel Yaşam Kalitesi	26	-0.0284	35.5	< 0.05

Tablo 36'da görüldüğü gibi deney grubundaki deneklerin fiziki aktivitelerini yapmada güçlük, hastalık semptomları, fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($T_1=98.5$, $p > 0.05$; $T_2=197.5$, $p > 0.05$; $T_3=145.5$, $p > 0.05$), Karnofsky İndeksi ve psikolojik iyilik hali ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T_4=4.0$, $p < 0.05$; $T_5=18.5$, $p < 0.05$;

$T_6=35.5, p < 0.05$).

TABLO 37 : Kontrol Grubundaki Deneklerin Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Pre-Test ve Post-Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	KONTROL		GRUBU	
	n	\bar{x}	T	p
Fiziki Aktiviteleri Yapmada Güçlük	26	-0.058	126	> 0.05
Hastalık Semptomları	26	0.046	195	> 0.05
Fiziksel İyilik Hali	26	0.001	138.5	> 0.05
Karnofsky İndeksi	26	-0.038	13.0	> 0.05
Psikolojik İyilik Hali	26	-0.157	30.5	< 0.05
Genel Yaşam Kalitesi	26	0.0623	94.0	> 0.05

Tablo 37'de görüldüğü gibi kontrol grubundaki deneklerin fiziki aktiviteleri yapmada güçlük, hastalık semptomları, fiziksel iyilik hali, Karnofsky İndeksi pre ve posttest puan ortalamaları ($T_1=126, p > 0.05$; $T_2=195, p > 0.05$; $T_3=138.5, p > 0.05$; $T_4=13.0, p > 0.05$) arasındaki fark anlamsız bulunurken, psikolojik iyilik hali puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T_5=30.5, p < 0.05$). Pre ve posttest genel yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($T_6=94.0, p > 0.05$).

TABLO 38 : Deney ve Kontrol Grubundaki Deneklerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel ve Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		U	p
	n	\bar{x}	n	\bar{x}		
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapmada Güçlük	26	-0.058	26	-0.058	0.8476	> 0.05
Hastalık Semptomları	26	0.050	26	0.046	0.9708	> 0.05
Karnofsky İndeksi	26	0.038	26	-0.038	0.4050	> 0.05
Genel Fiziksel İyilik Hali	26	0.004	26	0.001	0.6805	> 0.05
Psikolojik İyilik Hali	26	-0.337	26	-0.157	0.0187	< 0.05

Tablo 38'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki deneklerin günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($U_1 = 0.8476$, $p > 0.05$; $U_2 = 0.9708$, $p > 0.05$; $U_3 = 0.4050$, $p > 0.05$; $U_4 = 0.6805$, $p > 0.05$), psikolojik iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U_5 = 0.0187$, $p < 0.05$).

TABLO 39 : Deney ve Kontrol Grubu Deneklerin Post-Test Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	POST-TEST TOPLAM PUAN ORTALAMALARI			
	n	\bar{x}	U	p
Deney Grubu	26	2.571	0.0451	<0.05
Kontrol Grubu	26	2.488		

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin Karnofsky İndeksi puan ortalamalarına bakılmaksızın elde edilen genel yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 39'da görülmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=0.0451$, $p < 0.05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. DENEKLERE İLİŞKİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 63.46'sı İzmir içindeki şehir merkezlerinde otururken (Bornova, Karşıyaka, Hatay, Buca, Narlıdere, Bayraklı, Altındağ), % 36.54'ü İzmir'e bağlı İzmir dışı şehir merkezlerinde oturmaktadır (Ödemiş, Salihli, Manisa ve köyleri) (Tablo 1).

Deneklerin % 11.54'ü 18-24 yaş, % 34.62'si 25-44 yaş, % 53.84'ü 45-64 yaş grubundadır. Deneklerin yaş ortalaması 24.53 olarak bulunmuştur. Bu sonuç hemodialize genç ve genç erişkinlerin alınması gerekliliği ve önemi görüşünü desteklemektedir (Tablo 2) (70, 76).

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 34.62'sini kadın hastalar, % 65.38'ini erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 3).

Deneklerin % 78.85'inin evli, % 13.46'sinin bekar, % 7.69'unun dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Denekler eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; % 13.46'sinin okur-yazar, % 40.38'inin ilkokul mezunu, % 26.93'ünün ortaokul-lise mezunu, % 19.23'ünün fakülte-yüksekokul mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 9.62'sinin işsiz, % 11.54'ünün işçi, % 5.77'sinin teknisyen, zanaatkar, % 5.77'sinin öğretmen, % 5.77'sinin emekli, % 26.92'sinin ev hanımı, % 1.92'sinin hekim, % 32.69'unun değişik meslek gruplarından (subay, avukat, bankacı, garson, vb.) olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Deneklerin halen para getiren herhangi bir işte çalışma durumları incelendiğinde; % 25.00'inin çalıştığı, % 75.00'inin ise çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu durum pahalı bir tedavi yöntemi olan hemodiyalizin ekonomik yönden zorluk getirebileceğini düşündürmüştür.

Hastalık nedeni ile çalışmadığını belirten denek oranı % 48.72'dir (Tablo 8). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık nedeni ile çalışmaması özellikle de hemodiyaliz gibi pahalı, iyi beslenme, düzenli ilaç alınmasını gerektiren bir tedavi yönteminde hastaların ekonomik yönden güç durumda kalmasına yol açmaktadır (7, 27, 30, 63). Bu hastalar için uygun olan rehabilitasyon yöntemlerinin tedavi merkezlerince seçilmesi önerilmektedir (63).

Tablo 9'da görüldüğü gibi deneklerin % 75.00'i çekirdek aile yapısı gösteren ailelerde yaşamaktadırlar. Hemodializ hastalarının tedavisi, diyet uygulaması ve üreminin kontrol edilmesinde ailenin bakıma katkısı çok önemlidir. Evde birey sayısı arttıkça bakıma ilginin azalacağı belirtilmektedir (9).

Pahalı bir tedavi metodu olan hemodializ, hastalara oldukça fazla ekonomik yük getirmektedir. Tedavi giderlerinin bağlı olunan kurum tarafından ödenmesi durumunda tedavi olanağı sağlanmaktadır. Öte yandan ülkemiz şartlarında bireylerin kendi kendilerine tedavi giderlerini karşılamaları oldukça zordur. Bu nedenle hastaların sosyal güvencelerinin olması gerekli ve önemlidir. Sosyal güvenceleri açısından deneklerin % 46.15'inin SSK, % 48.08'inin Emekli Sandığı, % 1.92'sinin Bağ-Kur, % 3.85'inin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu'ndan yararlandığı saptanmıştır (Tablo 11). Sosyal güvenceye sahip olanların hemodialize alınması hastalara maddi yük getirmeyeceği için dialize alınma kararının daha kolay olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Araştırma kapsamına giren deneklerin ekonomik durumlarını saptamak için "geliriniz giderinize göre ne durumdadır?" sorusu sorulmuştur. Deneklerin % 11.54'ü gelirinin gidere göre yüksek, % 88.46'sı gelirinin gidere göre az olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 10). Kısmen de olsa ekonomik düzeylerini betimleyen bu açıklama hastaların hastalıkları ile bütçede zorluk çe-

kebilecekleri şeklinde değerlendirilebilir.

4.1.2. DENEKLERLE İLGİLİ HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına giren denekler H.D.'e başlama sürelerine göre incelendiğinde; deneklerin % 28.85'i 0-12 ay, % 19.23'ü 13-24 ay, % 52.00'si 25-36 ay, % 15.38'i 37-48 ay, % 9.62'si 49 ay ve üzerinde süredir dialize girmektedir (Tablo 12).

Deneklerin % 11.54'ü haftada 1 kez-4 saat, % 19.23'ü haftada 2 kez-3 saat, % 46.15'i haftada 2 kez-4 saat, % 23.08'i haftada 3 kez-3 saat dialize girdiklerini belirtmiştir (Tablo 13).

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 38.46'sı otobüs, % 15.38'i dolmuşla, % 19.23'ü taksi ile, % 23.08'i kendi arabası ile, % 3.85'i diğer araçları kullanarak dialize gelip gittiğini bildirmişlerdir (Tablo 14). Ulaşım aracı olarak otobüsün daha çok tercih edilmesinde ekonomik olmasının rol oynadığı düşünülmüştür.

İncelenen 52 hastadan % 26.92'si ailesinde böbrek hastalığı olduğunu belirtirken, % 73.08'i ailesinde böbrek hastalığı olmadığını belirtmiştir (Tablo 15).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hastalıkları ile başetmede yardımcı olan bireylerin dağılımı

şöyledir; deneklerin % 58.63 gibi büyük bir çoğunluğuna hastalıkları ile bağıtmede eşleri, % 13.79'una çocukları, % 10.30'una anne ve babası yardım etmekte olup, % 3.45'i kendi bakımını kendisi yapmaktadır. Kendilerine yardımcı olarak herhangi bir yakına sahip olmayan denek oranı ise % 13.79'dur (Tablo 16). Deneklerin % 82.72 gibi büyük bir bölümünün evde bakımlarında yardımcı kişilere sahip olması hastalıkları ile bağıtmede kolaylık sağlayacaktır. Hasta bireylerin bakımına aile üyelerinin katılması, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmaktadır (10, 55, 60).

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 13.46'sı hastalıkları konusunda bilgilenecek üzere önceden sağlık eğitimi aldıklarını, % 80.77'si almadıklarını, % 5.77'si ise kısmen eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 17). Hastalık konusunda önceden eğitim aldıklarını belirten deneklerin % 40.00'ı hekim, % 60.00'ı ise diyetisyen tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Hastaların eğitimlerinde diyetisyenin rolünün fazla olması, hastaların dietleri konusunda bilgilendirildiklerini düşündürmüştür. Hemodializ gibi spesifik ve özellikle hemşirelik bakımının ilk planda olduğu bir bölümde, sağlık eğitiminin hemşire tarafından verilmesi çok önemlidir. Ancak hemşirelerin sayısal azlıkları, çalışma koşulları, hemşirelik dışı görevlere daha çok yönlendirilmeleri ile eğitim

ve denetim eksikliği bu görevin ikinci planda kalmasına neden olmaktadır. Ayrıca hemşireler mesleki kariyer içerisinde branşlaşmaya gidemediklerinden, özel bilgi, deneyim ve tecrübe isteyen alanlarda sağlık eğitimi konularında yeterli olamamaktadırlar (53, 73).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hastaneye geldiklerinde konulan ilk tanıya göre dağılımları şöyledir: Deneklerin % 3.85'ine kronik glomerülonefrit, % 42.31'ine hipertansif böbrek hastalığı, % 3.85'ine pyelonefrit, % 7.69'una diabetes mellitus, % 42.30'una diğer (böbrek taşı, polikistik böbrek, prostat hipertrofisi) tanıları konmuştur (Tablo 18).

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 18.35'inin kardiovasküler sisteme ait, % 26.58'inin kalsiyum, % 22.15'inin vitamin, % 17.09'unun demir yapıcı, % 0.63'ünün antitüberküloz, % 1.90'ının gastro-intestinal sisteme ait, % 13.29'unun analjezik, antipiretik, diüretik gibi ilaçları kullandıkları saptanmıştır. Bu deneklerden % 3.85'i bir ilaç, % 26.92'si iki ilaç, % 34.62'si üç ilaç, % 34.62'si dört ilaç kullanmaktadır (Tablo 19).

Araştırma kapsamına giren deneklerde yapılan sistemik muayeneye göre gelişen komplikasyonlar şöyledir : Deneklerin % 18.33'ü myokard infarktüsü geçirmiş olup, % 20.00'sinde kardiovasküler sistem problemleri, % 16.66'sında solunum sistemi problemleri, % 18.33'ünde gastro-intestinal sistemi problemleri, % 5.00'inde

nörolojik sistem problemleri, % 10.00'unda kas-iskelet sistemine ait problemleri, % 8.34'ünde enfeksiyon problemi, % 3.34'ünde hematolojik problemleri (anemi dışında) olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

Hemodiyaliz komplikasyonlarının sıklığı; hastanın yaşı, dialize giriş süresi ve yılı, tedavi yöntemine göre değişiklik göstermektedir. Hastanede H.D. yapılan hastalarda bu komplikasyonlar, Periton Dializi ve ev H.D. yapılanlara göre daha fazla görülmektedir (11, 23, 27, 29, 47).

4.1.3. DENEKLERİN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

4.1.3.1. DENEKLERİN EĞİTİM VERİLMEYEN ÖNCE YAŞAM KALİTESİ SORULARINA VERDİKLERİ YANITLARIN İNCELENMESİ (PRE-TEST)

Deneklerin yaşam kalitesini belirlemede kullanılan GYA yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, psikolojik iyilik hali ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları sırası ile Tablo 21, Tablo 22, Tablo 23 ve Tablo 24'de görülmektedir. Deneklerin GYA yapmada güçlük ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların sırasıyla kısa mesafeli bir yere yürüyerek gidebilmede, uzun mesafeli bir yere yürüyerek gidebilmede, merdivenleri yürüyerek çıkabil-

hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük çektiği ya da birinin yardımına ihtiyaç duyduğu, bu durumun diabetli ve yaşlı olan hastalarda birine bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır (11, 37, 47). Bu sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk içindedir.

Deneklerin hastalık semptomlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerde "bir iş yaparken kolayca yorulma, halsizlik hissetme", "sinirlilik ve huzursuzluğun" hemen her zaman varolduğu, "sık sık bulantı-kusma ve kaşıntının olması", "fistülde ağrı, sızı hissetme", "ellerde, ayaklarda titreme", sık sık vücudunda ağrı hissetme", "nefes alıp vermede güçlük", "sık sık kabız olma", "yenilen yemeklerden zevk alma", "yemeklerin gereksinimleri karşılamada yeterliliğin" bazen olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Düzenli H.D. tedavisine başlandıktan sonra üreminin meydana getirmiş olduğu birçok problem ortadan kalkar. Ancak bu kez de H.D.'in istenmeyen bazı komplikasyonları ortaya çıkabilir (3, 10, 12, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 29, 71). Novello, Fadiloğlu, Levy ve Wynbrant'ın kronik H.D. hastaları üzerinde yürüttükleri çalışmalardan elde ettikleri sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk göstermektedir (7, 28, 29, 46).

Deneklerin fonksiyonel yeterliliği değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun, "normal aktiviteleri eforla yaptığı,

hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük çektiği ya da birinin yardımına ihtiyaç duyduğu, bu durumun diabetli ve yaşlı olan hastalarda birine bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır (11, 37, 47). Bu sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk içindedir.

Deneklerin hastalık semptomlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerde "bir iş yaparken kolayca yorulma, halsizlik hissetme", "sinirlilik ve huzursuzluğun" hemen her zaman varolduğu, "sık sık bulantı-kusma ve kaşıntının olması", "fistülde ağrı, sızı hissetme", "ellerde, ayaklarda titreme", sık sık vücudunda ağrı hissetme", "nefes alıp vermede güçlük", "sık sık kabız olma", "yenilen yemeklerden zevk alma", "yemeklerin gereksinimleri karşılamada yeterliliğin" bazen olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Düzenli H.D. tedavisine başlandıktan sonra üreminin meydana getirmiş olduğu birçok problem ortadan kalkar. Ancak bu kez de H.D.'in istenmeyen bazı komplikasyonları ortaya çıkabilir (3, 10, 12, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 29, 71). Novello, Fadiloğlu, Levy ve Wynbrant'ın kronik H.D. hastaları üzerinde yürüttükleri çalışmalardan elde ettikleri sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk göstermektedir (7, 28, 29, 46).

Deneklerin fonksiyonel yeterliliği değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun, "normal aktiviteleri eforla yaptığı,

de düzenli H.D. programı da çeşitli psikolojik değişiklikleri ortaya çıkarmaktadır (80). Hastaların sürekli bir tedavi programına bağımlı olmaları; gelecekları hakkında plan yapamamaları, çevre ile ilgilerinin ve aktivitelerinin azalması, mali zorluklar, aile içinde zayıflayan ilişkiler psikolojik iyilik halinde bozulmalara neden olur. Hastalar çoğunlukla içe dönük olup aktif değildirler, öğrenme arzuları kalmamıştır, bazen diet ve sıvı alımında aşırılığa bile gidebilmektedirler (7, 10, 31, 41, 45, 58, 60, 80). Birçok araştırmada ailelerin tutum ve davranışlarının, hastaların hastalığa uyumunda ve psikolojileri üzerinde olumlu veya olumsuz etki yapabileceği vurgulanmıştır (20, 36, 45, 46, 55, 60). Bu sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk içindedir.

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin GYA'ni yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, psikolojik iyilik hali, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi puan ortalamaları (Tablo 25) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Eğitim verilmeden önce deney ve kontrol grubundaki deneklerin yaşam kalitesi pretest puan ortalamalarını karşılaştırmak üzere yapılan analizde, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($U=0.4530$, $p > 0.05$) (Tablo 26).

de düzenli H.D. programı da çeşitli psikolojik değişiklikleri ortaya çıkarmaktadır (80). Hastaların sürekli bir tedavi programına bağımlı olmaları; gelecekleri hakkında plan yapamamaları, çevre ile ilgilerinin ve aktivitelerinin azalması, mali zorluklar, aile içinde zayıflayan ilişkiler psikolojik iyilik halinde bozulmalara neden olur. Hastalar çoğunlukla içe dönük olup aktif değildirler, öğrenme arzuları kalmamıştır, bazen diet ve sıvı alımında aşırılığa bile gidebilmektedirler (7, 10, 31, 41, 45, 58, 60, 80). Birçok araştırmada ailelerin tutum ve davranışlarının, hastaların hastalığa uyumunda ve psikolojileri üzerinde olumlu veya olumsuz etki yapabileceği vurgulanmıştır (20, 36, 45, 46, 55, 60). Bu sonuçlar araştırma verileri ile uygunluk içindedir.

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin GYA'ni yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, psikolojik iyilik hali, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi puan ortalamaları (Tablo 25) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Eğitim verilmeden önce deney ve kontrol grubundaki deneklerin yaşam kalitesi pretest puan ortalamalarını karşılaştırmak üzere yapılan analizde, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($U=0.4530$, $p > 0.05$) (Tablo 26).

deksi puan ortalamaları katılmaksızın, deneklerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analiz sonucunda (Tablo 29) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($F=8.57$, $p > 0.05$). Öğrenim düzeylerine göre hastalık ve tedavisi konusunda hastalara açıkça bilgi verilmesi yaşam kalitesinin daha iyi olmasında rol oynayabilir. Ancak ülkemizde hastalara yeterli açıklama yapılmaması gibi koşullar gözönüne alınacak olursa bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde Wolcott ve arkadaşları eğitim düzeyi ile hastaların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin önemli olmadığını belirlemişlerdir (75).

Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin pretest puan ortalamaları ile dialize bağlama süresi karşılaştırıldığında (Tablo 30) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=1.14$, $p > 0.05$). Evans ve arkadaşları ile Wolcott ve Procci'nin H.D. hastalarının dialize bağlama zamanının psikolojik ve fiziksel iyilik hali düzeylerinde etkili olmadığını belirlemişlerdir (75).

Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin dialize haftada giriş sıklığı ve süresi ile puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 31) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0.54$, $p > 0.05$). Fadilloğlu'nun kronik H.D. hastalarında yaptığı bir çalışmada, dializ sayısı ile semptomlar arasında önemli düzeyde anlamlı bir ilişki

deksi puan ortalamaları katılmaksızın, deneklerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analiz sonucunda (Tablo 29) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($F=8.57, p > 0.05$). Öğrenim düzeylerine göre hastalık ve tedavisi konusunda hastalara açıkça bilgi verilmesi yaşam kalitesinin daha iyi olmasında rol oynayabilir. Ancak ülkemizde hastalara yeterli açıklama yapılmaması gibi koşullar gözönüne alınacak olursa bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde Wolcott ve arkadaşları eğitim düzeyi ile hastaların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin önemli olmadığını belirlemişlerdir (75).

Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin pre-test puan ortalamaları ile dialize başlama süresi karşılaştırıldığında (Tablo 30) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=1.14, p > 0.05$). Evans ve arkadaşları ile Wolcott ve Procci'nin H.D. hastalarının dialize başlama zamanının psikolojik ve fiziksel iyilik hali düzeylerinde etkili olmadığını belirlemişlerdir (75).

Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin dialize haftada giriş sıklığı ve süresi ile puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 31) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0.54, p > 0.05$). Fadiloğlu'nun kronik H.D. hastalarında yaptığı bir çalışmada, dializ sayısı ile semptomlar arasında önemli düzeyde anlamlı bir ilişki

yemeklerden zevk alma", "şu anki kilonun sağlığa olan etkisi" ve "cinsel yaşam" ile ilgili olan sorulara bazen yanıtını verdikleri saptanmıştır (Tablo 33).

Denekler Karnofsky İndeksi'ne göre değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerin, en fazla "hastalığın belirtileri var ancak normal aktivitelerini yapabiliyor" sınıflamasına girdikleri saptanmıştır (Tablo 34).

Deneklerin psikolojik iyilik haline ilişkin sorulara verdikleri yanıtların yüzde dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerin en fazla "aile içindeki ilişkileri yeterli görme", "hastalanmadan önce sevilen işlere vakit ayırma", "uyku saatlerinden memnun olma", "dialize giriş saatlerinden memnun olma", "ailenin hastanın hastalığı ve bakımı ile ilgilenmesinden", "aile dışındaki bireylerin hastalıkları ile ilgili soruları", "dializ hastalarını tanıma" ve "dializ ile tedavi olmadan" memnun olma ile ilgili sorulara verdikleri yanıtın "çoğu zaman memnunum" olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

4.1.3.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ DENEKLERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Deney grubundaki deneklerin fiziki aktiviteleri yapmada güçlük, hastalık semptomları, fiziksel iyilik

yemeklerden zevk alma", "şu anki kilonun sağlığa olan etkisi" ve "cinsel yaşam" ile ilgili olan sorulara bazen yanıtını verdikleri saptanmıştır (Tablo 33).

Denekler Karnofsky İndeksi'ne göre değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerin, en fazla "hastalığın belirtileri var ancak normal aktivitelerini yapabiliyor" sınıflamasına girdikleri saptanmıştır (Tablo 34).

Deneklerin psikolojik iyilik haline ilişkin sorulara verdikleri yanıtların yüzde dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki deneklerin en fazla "aile içindeki ilişkileri yeterli görme", "hastalanmadan önce sevilen işlere vakit ayırma", "uyku saatlerinden memnun olma", "dialize giriş saatlerinden memnun olma", "ailenin hastanın hastalığı ve bakımı ile ilgilenmesinden", "aile dışındaki bireylerin hastalıkları ile ilgili soruları", "dializ hastalarını tanıma" ve "dializ ile tedavi olmadan" memnun olma ile ilgili sorulara verdikleri yanıtın "çoğu zaman memnunum" olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

4.1.3.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ DENEKLERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Deney grubundaki deneklerin fiziki aktiviteleri yapmada güçlük, hastalık semptomları, fiziksel iyilik

grubu hastalarda psikolojik iyilik halinin eğitim yapılmadığı halde anlamlı çıkması, deney grubundaki deneklerin eğitiminden etkilenmelerinden ve bu deneklere verilen kitapçığı okumalarından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Yürügen'in yürüttüğü bir çalışmada; düzenli H.D. tedavisine giren hastalarda çeşitli psikolojik bozuklukların ortaya çıktığı ve H.D. merkezlerinde hem sağlık ekibine hemde hasta ve ailelerine yardım için bir psikolog desteğine gereksinim olduğu saptanmıştır (80).

Fadiloğlu'nun H.D. hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun psikolojik destek ve ilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (29).

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark (Tablo 38) istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0.05$), psikolojik iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların kronik H.D. programına alınmalarından sonra GYA'ni yapmada güçlük çekmeleri, dialize girmeye bağlı hastalık semptomlarının gelişmesi genel fiziksel iyilik hali durumlarını etkiler (7, 11, 28, 29, 66). Bu sonuç hastaların bozu-

grubu hastalarda psikolojik iyilik halinin eğitim yapılmadığı halde anlamlı çıkması, deney grubundaki deneklerin eğitiminden etkilenmelerinden ve bu deneklere verilen kitapçığı okumalarından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Yürügen'in yürüttüğü bir çalışmada; düzenli H.D. tedavisine giren hastalarda çeşitli psikolojik bozuklukların ortaya çıktığı ve H.D. merkezlerinde hem sağlık ekibine hemde hasta ve ailelerine yardım için bir psikolog desteğine gereksinim olduğu saptanmıştır (80).

Fadıloğlu'nun H.D. hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun psikolojik destek ve ilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (29).

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark (Tablo 38) istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0.05$), psikolojik iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların kronik H.D. programına alınmalarından sonra GYA'ni yapmada güçlük çekmeleri, dialize girmeye bağlı hastalık semptomlarının gelişmesi genel fiziksel iyilik hali durumlarının etkiler (7, 11, 28, 29, 66). Bu sonuç hastaların bozu-

lan fiziksel iyilik hali durumlarının düzeltilmesinde eğitimin tek başına yeterli olamayacağını düşündürmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin genel yaşam kalitesi post-test puan ortalamaları ile ilgili yapılan analizde (Tablo 39), iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T=0.0451$, $p < 0.05$). Karnofsky İndeksi katılmaksızın elde edilen genel yaşam kalitesi ile ilgili post-test puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar ESRD hastalarına yapılan planlı eğitimin yaşam kalitesini arttırabileceği şeklinde yorumlanabilir.

4.2. SONUÇ

Hemodialize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi amaçlanan bu çalışmanın sonuçlarına göre :

- Deney grubu (26), kontrol grubu (26) olmak üzere toplam 52 kronik H.D. hastası araştırma kapsamına alınmıştır. Deneklerin yaş ortalaması \bar{x} 24.53'dür.

- Deneklerin % 65.38'i erkek, % 34.62'si kadındır.

- Deneklerin büyük çoğunluğu (% 78.85) evlidir.

- Bu araştırmada hastaların % 75.00'i bir işte çalışmamaktadır.

- Deneklerin % 75.00'i çekirdek aile yapısı gösteren ailelerde yaşamaktadır.

- Araştırmaya katılan tüm deneklerin sosyal güvencesi vardır.

- Deneklerin H.D.'e girme yılına göre en yüksek oranı 0-12 ay arasında giren hastalar oluşturmuştur.

- Araştırma kapsamına giren deneklerin % 46.15 gibi büyük çoğunluğunun haftada 2 kez-4 saat dialize girdiği saptanmıştır.

- Tüm deneklerin % 13.46'sı hastalıklarına ilişkin sağlık eğitimi aldıklarınđ belirtmişlerdir. Eğitimi veren sağlık personelinin % 60.00 oranında diyetisyen olduğu saptanmıştır.

Deney grubu deneklerin yaşam kalitesi pre-test puan ortalamaları 2.4881, kontrol grubu deneklerin pre-test puan ortalaması 2.4643 olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($U=0.4530$, $p > 0.05$).

- Gruplar gözönüne alınmaksızın tüm deneklerin yaşam kalitesi pre-test puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel düzeyde anlamlđ olmadđđı saptanmıştır ($F=0.30$, $p > 0.05$).

- Gruplar gözönüne alınmaksızın tüm deneklerin yaşam kalitesi pre-test puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlđ bu-

lanmamıştır (F=19.48, $p > 0.05$).

- Deneklerin okur-yazar, ilkokul, lise, yüksek-
okul ve fakülte mezunu olmaları pre-test puan ortala-
malarını etkilememiştir (F=8.57, $p > 0.05$).

- Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin
pre-test puan ortalamaları ile hemodialize başlama sü-
resine göre yapılan analizde fark istatistiksel olarak
anlamsız bulunmuştur (F=1.14, $p > 0.05$).

- Gruplar gözönüne alınmaksızın deneklerin pre-
test puan ortalamaları ile H.D.'e haftada giriş sıklı-
ğı ve süresine göre yapılan analizde farkın anlamlı ol-
madığı saptanmıştır (F=0.54, $p > 0.05$).

Deney grubundaki deneklere H.D.'e girdikten
birbuçuk saat sonra planlı eğitim verilmiş kontrol gru-
buna ise verilmemiştir. Eğitimin tamamlanmasından 3
hafta sonra deney ve kontrol grubuna post-test uygulan-
mıştır. Buna göre deney grubunun puan ortalaması 2.560
iken kontrol grubunun puan ortalaması 2.4878 olarak
saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bu-
lunmuştur (U=0.0451, $p < 0.05$).

- Deney grubundaki deneklerin eğitim öncesi ve
sonrası GYA yapmada güçlük, hastalık semptomları, fi-
ziksel iyilik hali puan ortalamaları arasındaki fark
istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($T_1=98.5$,
 $p > 0.05$; $T_2=197.5$, $p > 0.05$; $T_3=145.5$, $p > 0.05$), Kar-
nofsky İndeksi, psikolojik iyilik hali ve genel yaşam

kalitesi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T_4=4.0$, $p < 0.05$; $T_5=18.5$, $p < 0.05$; $T_6=35.5$, $p < 0.05$).

- Kontrol grubundaki deneklerin GYA yapmada güçlük, hastalık semptomları, fiziksel iyilik hali, Karnofsky İndeksi pre-test ve post-test puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunurken psikolojik iyilik hali puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T_1=126$, $p > 0.05$; $T_2=195$, $p > 0.05$; $T_3=138.5$, $p > 0.05$; $T_4=13.0$, $p > 0.05$; $T_5=30.5$, $p < 0.05$). Pre-test ve post-test genel yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($T_6=94.0$, $p > 0.05$).

- Deney ve kontrol grubundaki deneklerin GYA yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($U_1=0.8476$, $p > 0.05$; $U_2=0.9708$, $p > 0.05$; $U_3=0.4050$, $p > 0.05$; $U_4=0.9708$, $p > 0.05$), psikolojik iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U_5=0.0187$, $p < 0.05$).

4.2.1. ÖNERİLER

Günümüzde terminal üremi ile sonlanan kronik böbrek yetmezliği hastalıklarında artış görülmektedir. Bu nedenle düzenli H.D. uygulaması en etkin bir tedavi yöntemi olmuştur. Kanda biriken maddelerin ve asit-baz dengesinin yaptığı değişiklikleri ortadan kaldıran düzenli H.D. tedavisinde, üremik dönemdeki yakınmaların birçoğu kaybolur. Fakat buna karşılık düzenli H.D. tedavisinin neden olduğu psikolojik ve fiziksel bozukluklar ortaya çıkar.

H.D. hastalarının fiziksel durumunda meydana gelen bozulmaların başında GYA yapmada güçlük gelir. GYA'de birine bağımlı durumda kalan H.D. hastalarının kendilerine olan güveni sarsılır. Diet ve tedaviye karşı olumsuz davranış geliştirmeleri de psikolojik iyilik halinin bozulmasının sonucudur. Hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halinin bozulması yaşam kalitelerini de etkiler.

Kronik hastalığı olan bireyin; aile yaşamı, sosyal ve mesleki ilişkileri, sorumlulukları değişikliğe uğrar. Sürekli ölüm korkusu içinde olma, hasta bireyin gelecekle ilgili planlar yapmasına engeldir ve ailesinden, çocuklarından, çevresindeki insanlardan uzaklaşmasına neden olur.

Aile üyeleri hastalığın başlangıcında sürekli hastanın yanındadırlar. Ancak tedavinin pahalı olması, sorumlulukların değişmesi, ekonomik zorlukların yaşanması eşler ve çocuklar arasında bir süre sonra kopmalara neden olduğundan aile desteğinde azalma olur. Oysaki, hastanın hastalığa uyumunda ailenin rolü çok önemlidir.

Tüm bunlar gözönüne alınarak;

1. Hastaların kliniğe ve hastalığa olan adaptasyonunu kolaylaştırması için planlı sağlık eğitimi hazırlanması ve bu sağlık eğitimine hastanın hemodialize geldiği ilk günden itibaren başlanması,

2. Hasta ve ailesine emosyonel yönden destek verecek bir psikolog veya psikiyatrist bulunması,

3. Hasta ve ailesinin gereksinimleri saptanarak buna yönelik destek sağlanması,

4. Kendi bakımını yapabilen hastanın bağımlılığı en az düzeye ineceğinden hasta ve ailesinin hemodializ işlemine birlikte alınması ve işlemleri yapabilir hale gelmesi,

5. Hastanın sosyal yaşantısının düzenlenmesi ve mesleki yeterliliğe ulaşabilmesi için uygun rehabilitasyon programlarından yararlanması,

6. Hemodialize giren hastaların birbiri ile daha iyi ilişkiler içinde olabilmeleri ve birbirlerini tanıyabilmeleri için düzenli aralarla gezi, eğlence ve sanat faaliyetleri yapılması, bunu organize etmede has-

ta ve ailesinin sağlık ekibi ile birlikte alışması,

7. Sağlık ekibinin kendilerini yenilemek için zaman zaman hizmet-içi eğitim programları yapması, hasta bakım ve gereksinimlerini karşılamada karşılaşacakları zorlukları yenebilmede yardımcı olması için kendi aralarında sanat, spor ve eğlence faaliyetleri düzenlenmesi,

8. Tedavi hizmetlerinde çalışan hemşireler, hastalara sağlık eğitimi verilmesi gerekliliğinin bilincinde olmalıdırlar. Kronik hastalığı olan bireylerde bu daha da önem kazanmaktadır. Hemşirelerin bu fonksiyonlarını yapabilmesi sağlanmalı, bu amaçla hemodializ merkezlerinde hizmet-içi eğitim verilmesi, hemşirenin özel panel, sempozyum ve konferanslara katılımının sağlanması,

9. Hemodializ nitelerinde eğitim danışmanının veya eğitim hemşiresinin yetiştirilmesi,

10. Hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halini ortaya çıkaracak kapsamlı bilgi için daha geniş sayıdaki hasta grubu ile ve değişik hemodializ merkezlerinde araştırmanın tekrarlanması önerilebilir.

Ö Z E T

Bu çalışma, hemodialize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodializ Ünitesi'nde 31 Haziran - 31 Temmuz 1992 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına; 26 deney grubunda, 26 kontrol grubunda olmak üzere 52 hasta alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki deneklere anket, dialize girdikten birbuçuk saat sonra hasta tanıtım formu (EK I) ve hastaların yaşam kalitesini saptamaya yönelik pre-test anket formu (EK II) uygulanmıştır. Deney grubu deneklere planlı sağlık eğitimi verilmiş, kontrol grubuna verilmemiştir. Eğitimden üç hafta sonra deney ve kontrol grubuna yaşam kalitesine yönelik post-test anket formu uygulanmıştır.

Veri toplama aracı olarak, geçerlik ve güvenilirliği sınanmış anket formu hastalara görüşme tekniği uygulanarak doldurulmuştur.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Witney ve Wilcoxon T testi) ve varyans analizi kullanılmıştır.

Deneklerin pre-test puan ortalamalarına yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hemodialize başlama süresi, hemodialize haftada giriş sıklığı ve süresinin etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre hastaların yaşam kalitesi ile pre-test puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($T=0.4530$, $p > 0.05$).

Deney grubundaki deneklerin eğitim öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($T=35.5$, $p < 0.05$).

Kontrol grubundaki deneklerin pre-test ve post-test genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($T=94.0$, $p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmada güçlük, hastalık semptomları, Karnofsky İndeksi, genel fiziksel iyilik hali eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($U_1=0.8476$, $p > 0.05$; $U_2=0.9708$, $p > 0.05$; $U_3=0.4050$, $p > 0.05$; $U_4=0.9708$, $p > 0.05$), psikolojik iyilik hali

eğitim 6ncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U_5=0.0187$, $p < 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki deneklerin genel yaşam kalitesi post-test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=0.0451$, $p < 0.05$).

S U M M A R Y

This study has been planned for the purpose of determining the quality of hemodialysis patients' life and the influences of the quality of life the resembling of the learning nursing.

This research took place in the Hemodialysis Units of Aegean University Medical Faculty Research and Practise Hospital between 31.June-31.July.1992.

In this research, fifty-two patients had been used that twenty-six of them were experimental and the others were for control group. The test patients of these experimental and control groups answered to the patients' identity forms and determining qualities of patients' life that is pre-test questionnaire after half an hour and after they had come into hemodialysis.

The experimental group had been educated with planned health programme but the control group hadn't been it.

After three weeks, about the planned health education programme, A post-test was applied to all patients in experimental and control group.

As a collect data, the patients were interviewed

with a questionnaire which is reliability and validity was tested.

Statistical analysis of the data were performed. Percentage "t" tests, differences between two pairs and significance of "t" test between averages were done.

According to the results of the researches and studies revealed that the qualities of the patients' life and among the pre-test scores weren't been found significant relationship.

Any significant relationship wasn't found between the patients' ages and sexes, the levels of education, the number of hemodialysis and entering frequency hemodialysis in a week.

According to the results of experimental group between the quality of patients' life and pre-test scores hadn't been found significant relationship ($T=0.4530$, $p > 0.05$).

The difference of the general quality of the patients' life in experimental group between on pre-test and post-test were found significant relationship ($T=35.5$, $p < 0.05$).

No significant relationship was found between the quality of life scores on pre-test and post-test ($T=94.0$, $p > 0.05$).

In experimental and control patients couldn't be found significant relationship between daily activities of living symptoms of illness, Karnofsky

Indexis, psychal well-being pre-test and post-test scores ($U_1=0.8476$, $p > 0.05$; $U_2=0.9708$, $p > 0.05$; $U_3=0.4050$, $p > 0.05$; $U_4=0.9708$, $p > 0.05$), but in in experimental and control patients could be found significant relationship ^{between psychology}† well-being pre-test and post-test scores ($U_5=0.0187$, $p < 0.05$).

In experimental and control patients, signifi-
ciant relationship had been found between quality of
life and post-test average scores ($U=0.0451$, $p < 0.05$).

K A Y N A K L A R

1. -----, "A fragile lifeline", Nursing Times, 84, 2, (1988), 31-32.
2. Baldree, K., Murphy, S., Powers, M., "Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis", Nursing Research, 31, 2, (1982), 107-112.
3. Barkett, P., "Ruptured arteriovenous shunt", Nursing, 10, 17, (1987), 33.
4. Bartels, M., Catanzaro, M., Piller, J., "Living with chronic illness. Social support and the well spouse perspective", Rehabilitation Nursing, 17, 2, (1992), 87-91.
5. Bilgin, N., Ergenç, A., Timurcanday, Ö., "Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi", Sëminer 3, İzmir, 1984, 157-169.
6. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., İç hastalıkları hemşireliği. 2. Baskı, No.6, Ankara:Vehbi Koç Yayınları, 1990.
7. Brenner and Rector, The kidney. Fourth Edition, Vol.II, Philadelphia:W.B.Saunders Comp., 1991, 2430-2441.

8. Brunner-Suddart, Medical-surgical nursing. Sixth Edition. Philadelphia:Lippincott Comp., 1988, 1017-1018.
9. Byörvell, H., Hyalender, B., "Functional status and personality in patients on chronic dialysis", Journal of Internal Medicine, 226, 226, (1989), 319-324.
10. Chamber, K., Jeannett, "Assesing the dialysis patient at home", American Journal of Nursing, (1981), 750-754.
11. Christensen, A., Holman, J., Turner, C., "Quality of life in end-stage renal disease. Influence of renal transplantation", Clin. Transplantation, 3, (1983), 46-53.
12. Christina, M. Comty., "Dialytic therapy in the management of chronic renal failure. Symposium on renal disease", Medical Clinics of North America, 68, 2, (1982), 399-425.
13. Chubon, R., "Quality of life and persons with end-stage renal disease", Dialysis and Transplantation, 15, 8, (1986), 450-452.
14. Cogan, M., Gorovay, M., Schoenfeld, P., Introduction dialysis. "Care of the patient between dialysis", Churchill Livingstone, 1985.

15. Cynthia, C.Nieves., Richard, A., Mary, A.,
"Relationship between effective coping and
perceived quality of life in spinal cord
injured patients", Rehabilitation Nursing,
16, 3, (1991), 129-132.
16. Çağlar, Ş., Klinik nefroloji. İstanbul: Medikal
Baskı, 1986.
17. Dereli, N., "İlk kez kalıcı pace-maker yerleştiril-
len hastalara uygulanan programlanmış eği-
timin hastanın anksiyete düzeyine olan et-
kisinin incelenmesi", (Yayınlanmamış Dokto-
ra Tezi), E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
İzmir, 1992.
18. -----, Dializ hastaları için rehber kitapçık.
E.Ü.Hemodializ Ünitesi, Bornova:E.Ü.Tıp Fak.
Yayın Bürosu, 1992.
19. -----, "Dialysis disequilibrium syndrome",
Nursing 89, 19, 4, (1989), 33.
20. Dorothy, J.Brundage, -Nursing management of renal
problems. Second Edition, Toronto:C.V.Mosby
Comp., 1980.
21. Durmaz, A., "Hemodializ'de tedavi gören hastalarda
ve çalışanlarında Hepatit B için yapılan
aşının etkinliğinin saptanması", E.Ü.Hemşi-
relik Yüksek Okulu Dergisi, Ocak/Şubat 1990,
(Basımda).

22. Eggers, P., "Mortality rates among dialysis patients in medicare's end-stage renal disease program", Am. Journal Kidney Disease, 15, 5, (1990), 414-421.
23. Erek, E., "Hemodializ komplikasyonları", Dializ Transplantasyon ve Yanık Dergisi, 4, 1, (1987).
24. Erek, E., Nefroloji. 3. Baskı, İstanbul:Emek Matbaacılık, 1988.
25. Erek, E., Serdengeçti, K., Ayaz, M., Dializ'le yaşam. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, No.4, İstanbul, 1991.
26. Erek, E., Dalmak, S., Türkiye'de hemodializ ve transplantasyonun bugünkü durumu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, No.2, İstanbul, 1992.
27. Evans, R., Manninen, D., Garrison, L., "The quality of life of patients with ESRD", The New England Journal of Medicine, 312, 9, (1985), 553-559.
28. Evans, R., Rader, B., "The quality of life hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin", JAMA, 263, 6, (1990), 825-830.
29. Fadiloğlu, Ç., "Hemodializ sırasında ortaya çıkan sorunlar ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi", E.Ü.T.F.Dergisi, 26, 4, (1987), 1601-1611.

30. Ferrans, C., Powers, M., "The employment potential of hemodialysis patients", *Nursing Research*, 34, Sep./Oct., (1985), 273-277.
31. Ferrans, C., Powers, M., Kasch, C., "Satisfaction with health care of hemodialysis patients", *Research in Nursing and Health*, 6, 10, (1987), 273-277.
32. Ferrel, B., Grant, M., Schmidt, G., "The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors", *Cancer Nursing*, 15, 3, (1992), 153-160.
33. Ford, L., "The effects of chronic renal failure and long-term dialysis", Part I. *The Canadian Nurse*, March, (1987), 19-25.
34. Geraldine, V.P., Marcina, M.G., "Quality of life as cancer nursing outcome variable", *Advance in Nursing Science*, 8, 1, (1985), 45-60.
35. Ginn, E., Teschan, P., "The quality of life of chronic dialysis patient", *Replacement of Renal Function by Dialysis*, Chapter 45, 837-843.
36. Hall, J., Weaver, B., *A systems approach to community health. "The impact of chronic disease on human systems"*, Second Edition, Chapter 35, Sidney: J.B. Lippincott Comp., 1985, 521-531.

37. Hamburger, Crosnier, Grinfield, Nephroloay. 1979.
38. -----, Hemodializ sertifika notları. E.Ü.Hastanesi Hemodializ Ünitesi, Bornova, 1990.
39. Holmes, S., Dickerson, J., "The quality of life: design and evaluation of self-assessment instrument for use with cancer patients", Int.J.Nurs.Stud., 24, 1, (1987), 15-24.
40. Holmes, C., "Health care and the quality of life: a review", Journal of Advanced Nursing, 14, 18, (1989), 833-839.
41. -----, "Home is best", Nursing Times, Clinical, 88, 26, (1992), 36-38.
42. -----, "İleri yoğun bakım hemşireliği kursu notları", Amiral Bristol Hastanesi, İstanbul, 1991.
43. Irwin, B., "Hemodialysis means vasculer access... and the right kind of nursing care", Nursing 79, October, (1979), 49-53.
44. Jean, C., Paul, J., Anne-Marie, C., "Randomised-plecebo-controlled trial of hepatitis B surface antijen vaccine in French hemodialysis units:I medical staff", The Lancet, Saturday 28, February, (1981), 455-460.
45. Landsman, M., "The patient with chronic renal failure:a marginal man", Annals of Internal Medicine, 82, 2, (1975), 268-270.

46. Levy, N., Wynbrant, G., "The quality of life on mainantance hemodialysis", The Lancet, June 14, (1975), 1328-1330.
47. Mara, J., "Independence in activities of daily living for end-stage renal disease patients biomedical and demografic correlates", American Journal of Kidney Disease, 13, 1, (1989), 61-69.
48. Mc Namara, M., "The bioinstrumentation of hemodialy-sis", Nursing Clinics of North Americal, 13, 4, (1978), 611-624.
49. Moles, A., Bilgin, N., "Yaşam kalitesi ve çevresel istikrarsızlık", Seminer 3, Bornova, 1984, 113-121.
50. Musal, Ö., "Hastaların bakım gereksinimlerine göre hemşirelerin direkt bakım yüklenmelerinin incelenmesi", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1989.
51. Nancy, K., "A structural model of stress, psycho-social resources and symtomatic experience in chronic physical illness", Nursing Research, 39, 4, (1990), 230-235.
52. Naylor, D.M., "Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly:a pilot study", Nursing Research, 39, 3, (1990), 156-157.

53. Özcan, A., "Hastaların bilgi gereksinimleri ve hemşirenin öğretim işlevi", T.H.D., 3, (1979), 50-54.
54. Patricia, A.P., Anne, G.P., "Human basic needs", Fundamentals of Nursing Concept, Princeton: Process and Practise, 1985.
55. Penny, K., "Family therapy", American Journal of Nursing, 70, 8, (1970), 1730-1733.
56. Piller, J., Catanzaro, M., Des Rosier, B., "Living with chronic illness:social support and the well spouse perspective", Rehabilitation Nursing, 17, 2, (1992), 87-91.
57. Read, M., Mallison, M., "External arteriovenous shunts", American Journal of Nursing, 72, 1, (1972), 81-85.
58. Reichman, F., Ley, N., "Problems in adaptation in maintanance hemodialysis", Arc.Intern.Med., 130, Dec., (1972), 859-865.
59. Reif, L., "Managing a life with chronic disease", American Journal of Nursing, 73, 2, (1973), 261-264.
60. Reiss, D., "Patient, family and staff responses to end-stage renal disease", Am.J.Kid.Disease, 15, 3, (1990), 194-200.
61. Robert, B., Merck manuel. Teşhis tedavi el kitabı. Çev.Pekus, M., Cilt.2, 2. Baskı, İstanbul: Merck Yayıncılık, 1982.

62. Schroeder, A. (Ed.), "Home visiting outcomes and quality of life measures", Journal of Community Health Nursing, 8, 4, (1991), 207-214.
63. Seamen, H.C., Research methots, princeples, practice and theory for nursing. Third Edition, California, 1987.
64. Sencer, Y., Sencer, M., Toplumsal araştırmalarda yntembilim. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdare-si Enstitüsü Yayınları, No.172, Ankara:Doğan Basımevi, 1978.
65. Shirley, A.B., Doreen, C., Essentials for the nursing assistant in long term care. Canada: Delmar Publishers, 1990.
66. Simmons, R., Abres, L., "Quality of life issues for end-stage renal disease patients", American Journal of Kidney Disease, 15, 3, (1990), 201-207.
67. Slelioğlu, H., "Hemodializ nitesi hasta bakımı", T.H.D., 34, 2, (1984), 32-35.
68. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., Bioistatistik. 2. Baskı, Ankara:Hatiboğlu Yayınevi, 1989.
69. -----, "Treatment of anemia chronic renal failure", Nursing Times Clinical, 84, 47, (1988), 55-57.

70. Tunçbilek, E., Hatiboğlu, S., "Kronik hastalıklı ve uzun süre hastane tedavisi gören çocuklarda ve ailelerinde psikolojik-sosyal ve ekonomik değişimlerin saptanması", T.H.D., 38, 1, (1988), 37-41.
71. Uldall, R., Renal nursing. Third Edition, Toronto: Blackwell Scientific Publication, 1988.
72. Wight, C., Anson, C., "Functional status and quality of life:predictors of early mortality among patients entering treatment for end-stage renal disease", J.Clin.Epidemiol., 44, 1, (1991), 83-89.
73. Wilkinson, K., Goodall, R., Ourbach, E., "Intructi-onal objectives in patients education", Nursing Outlook, 35, 2, (1987), 82-83.
74. Williamson, Y., Research methoddogy and its appli-cation to nursing. NewYork, Toronto:A Wiley Medical Publication John Wiley and Sons, 1981.
75. Wolcott, D., Nissenson, A., Landsversk, J., "Quality of life in chronic dialysis patient", Hospital Psychiatry, 10, (1988), 267-277.
76. Wright, R., Sand, P., Livingstone G., "Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure", Annals of Internal Medicine, 64, 3, (1966), 611-620.

77. Yeğınboy, S. (Ed.), Dializ. Ayın Kitabı, No:66,
Bornova:E.Ü.Tıp Fak.Dekanlığı Yayın Bürosu
Ofset Atelyesi, 1990.
78. Yetim, Ü., "Yaşam kalitesi kavramlarına ve araş-
tırmalarına toplu bakış", Seminer 3, İzmir,
1984, 133-155.
79. Yetim, Ü., "Yaşam kalitesi (sosyal olaylarla ilgi-
li olarak)", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans
Tezi), Ege Üni.Edebiyat Fakültesi Sosyoloji
Bölümü, İzmir, 1985.
80. Yürügen, B., "Düzenli hemodializ tedavisinin meyda-
na getirdiği davranış değişiklikleri", İst.
Üni.İst.Tıp Fak.Mecmuası, Doktora Tez Özet-
leri Kitabı, C.45, Sup.89, Tez No:43,
İstanbul:Sanal Matbaacılık, 1982, 131-161.

EK I.

HASTA TANITIM FORMU

Anketin doldurulduğu tarih :

Denek No :

Adı Soyadı :

1-) Oturduğu bölge

1- İzmir içi

2- İzmir dışı

2-) Kaç yaşındasınız?

1- 18-24

3- 45-64

2- 25-44

4- 65 yaş ve üzeri

3-) Medeni durumunuz?

1- Evli

3- Ayrı yaşıyor

2- Bekar

4- Boşanmış

5- Dul

4-) Cinsiyetiniz?

1- Kadın

2- Erkek

5-) Eğitim durumunuz?

1- Okur-yazar

3- Ortaokul ve Lise

2- İlkokul mezunu

4- Fakülte ve Yüksekokul

6-) Halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

7-) Cevabınız "hayır" ise kısaca nedenini belirtir misiniz?

.....

8-) Mesleğiniz nedir?

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1- İşsiz | 5- Hemşire |
| 2- İşçi | 6- Emekli |
| 3- Teknisyen, zanaatkar | 7- Yönetici |
| 4- Öğretmen | 8- Ev hanımı |

9-) Aile tipi (evde kaç kişi yaşıyorsunuz?)

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1- Çekirdek aile | 3- Parçalanmış aile |
| 2- Geniş aile | 4- Geçici geniş aile |

10-) Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

11-) Kimler ilgileniyor?

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| 1- Eş | 3- Anne-baba | |
| 2- Çocuklar | 4- Bakıcı | 5- Diğer |

12-) Ailenizin gelir durumu gider durumuna göre nasıldır?

- | |
|---------------------------------|
| 1- Gelir gidere göre yüksektir. |
| 2- Gelir gideri dengeler. |
| 3- Gelir gidere göre azdır. |

13-) Bağlı olduğunuz sosyal güvenceniz nedir?

- | | | |
|-------------------|------------|----------------|
| 1- SSK | 3- Bağ-Kur | |
| 2- Emekli Sandığı | 4- Özel | 5- Diğer |

14-) Dialize ne zamandır giriyorsunuz?

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1- 3 hafta-12 ay | 4- 37 ay-48 ay |
| 2- 13 ay-24 ay | 5- 49 ay ve yukarısı |
| 3- 25 ay-36 ay | |

15-) Dialize haftada kaç saat, kaç kez giriyorsunuz?

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1- 1 kez,4 saat | 3- 2 kez,4 saat |
| 2- 2 kez,3 saat | 4- 3 kez,3 saat |

16-) Dialize gelip gitmede sıklıkla en çok hangi aracı kullanıyorsunuz?

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| 1- Otobüs | 4- Kendi arabası |
| 2- Dolmuş | 5- Tren |
| 3- Taksi | 6- Diğer (Belirtiniz) |

17-) Ailenizde sizden başka böbrek hastası var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

18-) Evet ise kimlerin olduğunu söyleyiniz?

- | | |
|--------------|----------------|
| 1- Anne-baba | 3- Kardeşler |
| 2- Çocuklar | 4- Diğer |

19-) Hastaneye geldiğinde konulan ilk teşhis (Dosyadan bakılacak).

- 1- Kronik glomerülonefrit
- 2- Hipertansif böbrek hastalığı
- 3- Pyelonefrit
- 4- Diabetes Mellitus
- 5- SLE
- 6- Diğer

20-) Hastada böbrek hastalığı dışında başka bir hastalığının olup olmaması (Dosyadan bakılacak).

- 1- Myokard infarktüsü geçirmiş mi?
- 2- Diğer kardiovasküler problemler
- 3- Solunum sistemi hastalıkları
- 4- Gastro-intestinal sistem problemleri
- 5- Nörolojik problemler
- 6- Kas-iskelet sistemi hastalıkları
- 7- Enfeksiyon
- 8- Hepatit
- 9- Anemiden başka hematolojik problemleri
- 10-Artritis

21-) Hemodializ tedavisi dışında hangi tür ilaçları kullanıyor?

(Dosyadan bakılacak)

- 1- 3-
2- 4-

22-) Hastanın hemodializ sırasında ortalama kan basıncı nasıldır?

- 1- Normotansif 2- Hipotansif 3- Hipertansif

23-) Hastanın hemodialize giriş ve çıkışlarında kan kimyası nasıldır?

Giriş

Çıkış

- 1- Serum kreatinini
2- Serum kalsiyumu
3- Serum potasyumu
4- Serum sodyumu
5- Hemoglobin
6- Hematokrit
7- Eritrosit

24-) Hastanın kuru ağırlığı :

25-) Dialize giriş kilosu :

26-) Dializden çıkış kilosu :

27-) Hastalığınız konusunda size hiç eğitim verildi mi?

- 1- Evet 2- Hayır

28-) Hastalığınız konusunda bu eğitimi kim verdi?

- 1- Hemşire 2- Hekim 3- Diğer

29-) Hastalanmadan önce sigara içiyor muydunuz?

- 1- Evet 2- Hayır

30-) Şu an sigara içiyor musunuz?

- 1- Evet 2- Hayır

31-) Hastalanmadan önce alkol kullanıyor muydunuz?

1- Evet

2- Hayır

32-) Şu an alkol kullanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır



EK II.

HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİ SAPTAMA ANKETİ

FİZİKSEL İYİLİK HALİ'Nİ SAPTAMA FORMU

	Normal Olarak 4 Yapabiliyorum	Biraz Çaba ile 3 Yapabiliyorum	Birinin 2 Yardımıyla Yapıyorum	Hiç 1 Yapamıyorum
<u>A- GYA YAPMADA GÜÇLÜK</u>				
1- Kısa mesafeleri yürüyerek gidebilme				
2- Uzun mesafeli bir yere yürüyerek gidebilme				
3- Merdivenleri yürüyerek çıkabilme				
4- Ağır bir eşyayı kaldırabilme ve taşıyabilme				
5- Kendi başınıza bir yere gidebilme				
6- Kendi kendinize banyo olabilme				
7- Kendi kendinize giyinebilme				
8- Tek başınıza tuvaleti kullanabilme				
9- Tek başınıza bir yeri arayabilme				
10- Günlük ev işlerinizi yapabilme				
11- Evin düzenini ve yerleşimini yapabilme				
12- Okuyabilme ve yazabilme				

HASTALARIN FONKSIYONEL YETERLİLİĞİNİ SAPTAMA FORMU

KARNOFSKY INDEKSİ

	<u>PUAN</u>
1- Normal, şikayeti yok, hastalığın belirtileri yok.	0 puan
2- Normal aktivitelerini yapabiliyor, hastalığın minör belirti veya bulguları var.	1 puan
3- Normal aktivitelerini eforla yapıyor, hastalığın bazı belirti ve bulguları var.	2 puan
4- Kişisel bakımını yapabiliyor, normal aktivitelerini yapamıyor veya aktif çalışmıyor.	3 puan
5- Ara sıra yardıma gereksinimi var, fakat gereksinimlerinin çoğunu karşılayabiliyor.	4 puan
6- Çok fazla yardıma ve sıklıkla tıbbi bakıma gereksinimi var.	5 puan
7- Gücsüz, özel bakım ve yardımcıya gereksinimi var.	6 puan
8- Ciddi derecede halsiz olup hastanede kalma endikasyonu var.	7 puan
9- Çok hasta, hastanede kalma gereksinimi var.	8 puan
10- Ölüme yaklaşma.	9 puan
11- Ölüm	10 puan

EK III.

PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ'Nİ SAPTAMA FORMU

1- Kendinize ve çevrenizdekilere ne kadar yararlısınız?

- 1- Hiç yararlı değilim. 3- Çok zaman yararlıyım.
2- Bazen yararlıyım 4- Hemen her zaman yararlıyım.

2- Aile içindeki ilişkilerinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

- 1- Hiç yeterli değil. 3- Çok zaman yeterli.
2- Bazen yeterli. 4- Hemen her zaman yeterli.

3- Bir bütün olarak yaşamınızı nasıl görüyorsunuz?

- 1- Hiç iyi görmüyorum. 3- Çok zaman iyi görüyorum.
2- Bazen iyi görüyorum. 4- Hemen her zaman iyi görüyorum.

4- Hastalanmadan önce, sevdiğiniz işlere, dinlenmeye, sosyal aktivitelerinizi yapmak için ne kadar vakit ayırıyordunuz?

- 1- Hiç vakit ayırmıyordum.
2- Bazen, vakit buldukça ayırıyordum.
3- Çok zaman vaktimi bu işlere ayırıyordum.
4- Hemen her zaman vakit ayırıyordum.

5- Şimdi bu işlere ne kadar vakit ayırıyorsunuz?

- 1- Hiç vakit ayırmıyorum.
2- Bazen vakit ayırıyorum.
3- Çok zaman vakit ayırıyorum.
4- Hemen her zaman vakit ayırıyorum.

- 6- Yaşamınızdan ne kadar doyum buluyorsunuz?
- 1- Hiç doyum almıyorum. 3- Çok zaman doyum buluyorum.
2- Bazen doyum buluyorum. 4- Hemen her zaman doyum buluyorum.
- 7- Uyku saatleriniz sizin için ne kadar yeterli?
- 1- Hiç yeterli değil. 3- Çok zaman yeterli
2- Bazen yeterli. 4- Hemen her zaman yeterli.
- 8- Dialize giriş saatlerinizden ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Çok zaman memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Hemen her zaman memnunum.
- 9- Ailenizin hastalığınızla ilgilenmesinden ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Çok memnunum.
- 10- Ailenizin size verdiği bakımdan ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Çok memnunum.
- 11- Aileniz dışındaki bireylerin tedaviniz ile ilgili sorular sormasından ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Çok memnunum.
- 12- Hemodializ tedavisi olan diğer hastaları tanımaktan ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Çok memnunum.
- 13- Hastalığınızın tedavisinde hemodializ makinasına girmekten ne kadar memnunsunuz?
- 1- Hiç memnun değilim. 3- Memnunum.
2- Bazen memnunum. 4- Çok memnunum.

163

EK IV.



Ö Z G E Ç M İ Ş**Araş.Gör.Asiye DURMAZ AKYOL**

1966 yılında Eskicuma'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir'de tamamladı, 1984-85 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girdi. 1987-88 yılında mezun oldu. 1988-89 yılında Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodializ Ünitesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1989-1990 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaya başladı. Aynı yıl Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak girdi. Bu tarihten itibaren yüksek lisans tez çalışmalarına devam eden aday evli (ve bir anne adaydır).