

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ UYGULANAN BİREYLERİN BAKIM  
SORUMLULUĞUNU ÜSTLENEN YAKINLARININ  
YAŞADIĞI SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Göknur DEMİR HACİMUSALAR**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Nimet KARATAŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ UYGULANAN BİREYLERİN BAKIM  
SORUMLULUĞUNU ÜSTLENEN YAKINLARININ  
YAŞADIĞI SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Göknur DEMİR HACİMUSALAR**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Nimet KARATAŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005  
KAYSERİ**

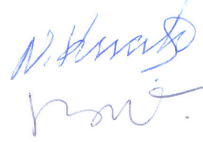
Prof.Dr.Nimet KARATAŞ danışmanlığında Göknur DEMİR HACIMUSALAR tarafından hazırlanan “Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Yaşadığı Sorunların Belirlenmesi” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

13/09/2005

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ



Üye : Doç.Dr. Bülent TOKGÖZ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 13.10.2005 tarih ve 341... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13.10.2005

  
Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Meral ASCIOGLU

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde emeği geçen Prof.Dr. Nimet KARATAŞ'a, çalışma süresince destek veren Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞÇI'ya, istatistik çalışmalarda yardımlarını esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. İskender GÜN'e, tez çalıőması süresince destek veren eőim, ailem, baőtta Tülay ÖZKAN olmak üzere tüm arkadaőlarıma ve çalışmaya katılan tüm aile üyelerine katkılarından dolayı içtenlikle teşekkür ediyorum.

## HEMODİYALİZ UYGULANAN BİREYLERİN BAKIM SORUMLULUĞUNU ÜSTLENEN YAKINLARININ YAŞADIĞI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

### ÖZET

Araştırma, hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Devlet Hastanesi, Kayseri SSK Hastanesi, Özel Melikgazi Hastanesi, Özel Almet Diyaliz Merkezi’nde 01 Ekim – 31 Aralık 2004 tarihleri arasında hemodiyaliz programına alınan rutin hastaların bakım sorumluluğunu üstlenen 131 hasta yakını oluşturmaktadır. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu aracılığı ile hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdelik ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının çoğunluğu kadın, bakım verdikleri bireyler ise eşleridir. Hasta yakınlarının %74.8’i sosyal ilişkilerinin etkilendiği ve bu etkilenmenin kısıtlı sürede dışarı çıkma ve hiçbir yere çıkamama şeklinde olduğu, %74’ünün ekonomik olarak etkilendiği ve bu etkilenme biçiminin de en çok ilaç/muayene/tetkik ücretlerini karşılamada güçlük yaşama şeklinde olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının %67.2’sinin desteğe gereksinim duyduğu ve en çok maddi destek gereksinimleri olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının %62.6’sının fiziksel sağlıklarının etkilendiği; hastalardan sosyal güvenlik kuruluşu SSK olanların ve böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığı olanların yakınlarının fiziksel sağlıklarının daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bakım vermekten dolayı büyük çoğunluğunun ruh sağlığının etkilendiği (%87.0) ve etkilenenlerin daha çok kadınlar olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ,sosyal ve ekonomik yönde etkilendikleri saptanmıştır. Hasta yakınlarının sorunlarının çözümünde evde bakım hizmetlerinin düzenli olarak yürütülmesi ve destek sistemlerinin oluşturulması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, Hasta yakınlarının sorunları, Hemşirelik

**THE IDENTIFICATION OF THE PROBLEMS OF CAREGIVERS  
RESPONSIBLE FOR THE NURSING OF HEMODIALYSIS PATIENTS**

**ABSTRACT**

This current study is a descriptive one in order to identify the problems of the caregivers who are responsible for the nursing of the patients taking hemodialysis.

A sample of 131 caregivers of dialysis patients who were accepted to the hemodialysis program between 01 October 2004- 31 December 2004 in Erciyes University Medical Faculty Semiha Kibar Organ Transplantation and Dialysis Hospital, Kayseri State Hospital, Kayseri Social Insurance Hospital, Private Melikgazi Hospital and Private Almet Dialysis Center constitutes the scope of the research. The data were collected through by a vis-a-vis interview with the patients a questionnaire prepared by the researcher. Within the statistical evaluation, Chi-Square and percentages test were applied. The majority of the caregivers responsible for the nursing of the hemodialysis patients were women and the patients were their spouses. 74.8% of caregivers were found to have negative consequences on their social interactions such as having only restricted time for going out and staying with patient for all the time; 74% of caregiver were economically affected, due to having problems paying for fares of drugs, examination and analysis. In the survey, it was detected that 67.2 % of caregivers needed support, specifically monetary support. The fact that the physical health of the 67.2% of the individual were negatively affected; and that negative consequences were specifically evident in those who are members of Social Insurance Agency and having chronic comorbid disease were also detected ( $p<0.05$ ). It was also found that the vast majority of the caregivers 87% were psychologically afflicted due to nursing and that most of these were women ( $p<0.01$ ).

According to study results, it has been found out that the caregivers were physically, psychologically, socially and economically affected. For the solution of the problems, it may be advised that certain support systems are formed and services of home care are done regularly.

**Key Words:** Hemodialysis, the problems of caregivers, nursing

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	I
I	
TEŞEKKÜR .....	I
II	
ÖZET .....	I
V	
ABSTRACT .....	
V	
İÇİNDEKİLER .....	
VI	
TABLO LİSTESİ .....	
VIII	
KISALTMALAR .....	
X	
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. BÖBREĞİN YAPISI VE FONKSİYONLARI .....	4
2.2. BÖBREK YETMEZLİĞİ.....	5
2.2.1. Akut Böbrek Yetmezliği .....	5
2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği .....	5
2.3. KLİNİK ÖZELLİKLER.....	5
2.4. TANI .....	6
2.5. EPİDEMİYOLOJİ VE ETİYOLOJİ .....	6
2.6. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİSİ.....	7
2.6.1. Yaş.....	7
2.6.2. Cinsiyet.....	7

## VII

2.6.3. Irksal Özellikler .....	7
2.6.4. Genetik .....	8
2.7. TEDAVİ.....	8
2.7.1. Hemodiyaliz .....	8
2.7.2. Periton Diyalizi.....	8
2.7.3. Böbrek Nakli .....	9
2.8. AİLE.....	9
2.8.1. Kronik Hastalık ve Aile .....	9
2.8.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Aile .....	10
2.8.3. Hemşire ve Aile.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	12
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	12
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ .....	12
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	13
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	14
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	14
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	14
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması .....	14
3.6.2. Ön Uygulama .....	15
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması .....	15
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
4. BULGULAR .....	16
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	46
6. KAYNAKLAR .....	56
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	16
<b>Tablo 4.2.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	20
<b>Tablo 4.3.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	21
<b>Tablo 4.4.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Sorunlara Göre Dağılımı .....	23
<b>Tablo 4.5.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylere Diyet Uygulanma ve Diyete Uyum Durumuna Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.6.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin İlaç Tedavisi Alma ve İlaç Tedavisine Uyum Durumuna Göre Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4.7.</b> Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Günlük İhtiyaçlarını Karşılatabilme ve Günlük Aktivite Durumuna Göre Dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.8.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hemodiyaliz İle İlgili Bilgilenme Özelliklerine Göre Dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.9.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Çalışma Koşullarında Değişiklik Olma Durumlarına Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.10.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Yerleşim Yerini Değiştirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	29
<b>Tablo 4.11.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının, Bu Bakımı İsteyerek Üstlenme Özelliklerine Göre Dağılımı .....	29
<b>Tablo 4.12.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Destek Gereksinimlerine Göre Dağılımları.....	30
<b>Tablo 4.13.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.14.</b> Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	31

<b>Tablo 4.15.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Sosyal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımları.....	31
<b>Tablo 4.16.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Ekonomik Olarak Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.17.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Kendi Bakımının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.18.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Sorunlarıyla Baş etme Durumuna Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.19.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Çevresindekilerin Hastalığı Öğrendikten Sonraki Yaklaşım Durumuna Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.20.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastayla İlgili Korku Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları .....	34
<b>Tablo 4.21.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastanede Sorun Yaşama ve Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	35
<b>Tablo 4.22.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastane Personelinden Beklenti Durumlarına Göre Dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.23.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.24.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.25.</b>	Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.26.</b>	Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.27.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Kendi Bakımının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo 4.28.</b>	Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Ekonomilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.....	44

## KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri  
**ABY** : Akut Böbrek Yetmezliği  
**APD** : Aletli Periton Diyalizi  
**GFD** : Glomerüler Filtrasyon Değeri  
**IgA** : İmmüoglobülin A  
**IgM** : İmmüoglobülin M  
**HCV** : Hepatit C Virüsü  
**KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği  
**RRT** : Renal Replasman Tedavisi  
**SAPD** : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi  
**SDBY** : Son Dönem Böbrek Yetmezliği  
**SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu  
**TND** : Türk Nefroloji Derneği  
**USRDS** : United States Renal Data System  
(Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Hastalıkları Veri Sistemi)

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler; tanı ve tedavi yöntemlerinin artmasını, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını, erken yaşta ölümlerin azalmasını ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Yaşam süresinin uzaması toplumda birden fazla kronik hastalığa sahip olan birey sayısında artışa da neden olmuştur. Amerika'da nüfusun %50'sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Ülkemizde de kronik hastalıkların insidansında artış görülmekte ve kronik hastalıklar bütün ölüm nedenlerinin %49.5'ini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar; uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren, geriye dönüşümsüz değişikliklere yol açan, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk, hasta birey, ailesi ve ülke açısından sosyal ve ekonomik bir çok sorun oluşturan hastalıklardır. Kronik hastalığa sahip bireylerin bakım ve tedavi programına uyumunun sağlanması, sağlık konusunda olumlu davranış ve tutumları kazanmaları gerekmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin, ailelerin ve ailede özellikle bakım veren bireyin; rutinlerinin değişmesi, bağımlılık, yorgunluk, bıkkınlık, mutsuzluk v.b. değişiklikler, fiziksel sağlık sorunları, sürekli stres içinde yaşamaları yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalığı olan birey ve ailesinin özel eğitime gereksinimi bulunmaktadır.

Kronik hastalıklar arasında yer alan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), birey, aile ve toplumu sosyal, ekonomik ve psikolojik yönden etkileyen, bireyin yaşamını değiştiren ve tedavisi güç olan bir hastalıktır. KBY hastalarına sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), hemodiyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinden en sık uygulanan hemodiyalizdir. 2000 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) KBY hastalarının %90.7'sine, İsveç'te %72,8'ine, Bulgaristan'da %97.2'sine, Japonya'da %95.8'ine hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Türkiye'de de hemodiyaliz programına alınan hasta sayılarında her yıl belirgin ölçüde artış olduğu gözlenmektedir. 1998 yılında 11.330, 2000 yılında 14.086, 2002 yılında ise bu sayı 20.600'e ulaşmıştır.

Diyaliz hastaları bir çok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalır. En büyük stres diyaliz işleminin kendisidir. Bunun dışında ilaç ve diyet tedavisi, hastaneye ve tedavi ekibine zorunlu bağımlılık, aile bağlarının çözülmesi, boşanma ya da ana baba ilişkilerinde değişme, işgücü kaybı, ekonomik kayıplar, sosyal aktivitelere katılımında azalma ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar gibi fiziksel ve psiko-sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Diyaliz tedavisi hastaların yanı sıra aileleri de hastanın tedavi şekline bağlı olarak yaşadığı sıkıntıları paylaşmakta ve bu durumda ailelerin sosyal, ekonomik, psikolojik durumunu etkilemektedir.

Turgay ve Özkan'ın, hemodiyalize giren hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hemodiyaliz uygulamasının birinci yılında bitkinlik, kramp, kaşıntının en yaygın sorunlar olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra hastalar, tatil olanaklarının kısıtlı oluşu, cinsel istekte azalma, fonksiyon kaybı, geleceğin belirsiz oluşu, hareket etme yeteneğinde azalma, diyalize gidip gelmede sorunlar yaşadıklarını da ifade etmişlerdir.

Tel'in, çalışmasında KBY olan hastaların, %85'i duygusal yönden, %83.3'ü maddi yönden ve iş ile ilgili güçlük yaşadığını belirtmiştir. Hastaların %58.3'ü ulaşım, %38.3'ü aile ilişkileri, %28.3'ünün de cinsel yaşamla ilgili olarak güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Doğan ve Doğan'ın hemodiyalize giren hastalarda yaptıkları çalışmada depresyon yaygınlığını %56.5 olarak bulunmuştur. Hemodiyalize giren hastalardan kadınların, evli olanların, eğitim düzeyi düşük olanların, haftada 3 kez hemodiyalize girenlerin ve gelir düzeyi düşük olanların aile ilişkilerinin daha bozuk olduğu, bozulan aile ilişkileri ile birlikte ruhsal belirti ve bozuklukların da oranında artış olduğu belirlenmiştir.

Keçecioglu ve arkadaşlarının hemodiyaliz ve SAPD hastaları ve bu hastaların yakınlarına ilişkin yaptığı bir çalışmada tüm çalışma gruplarında depresyon görülme sıklığı normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur.

Ocak'ın yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının en büyük desteği aile üyelerinden aldıklarını (%79.5) ifade etmişlerdir.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların birinci derece yakınları da bu hastalarla birlikte tedavi sürecine katılmakta ve KBY hastasının tedavi şekline bağlı olarak yaşadığı sıkıntıları paylaşmaktadır.

Geçmişte hemşirenin temel rolü bakımın sağlanması iken artık çağdaş hemşire bakım verici, karar verici, koruyucu ve hasta savunucu, yönetici, rehabilite edici, rahatlatıcı ve eğitici rolleri üstlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerde hemşire, hasta ve ailesini kapsayacak şekilde, hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştığı sorunların çözümünde yol gösterecek eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerini planlamalıdır. Böylece hemşirenin korumaya yönelik olarak verdiği hizmetler ile daha pahalı olan hastane hizmeti gereksinimi önlenmiş ve en aza indirilmiş olur.

Günümüzde “bütüncül sağlık” ile bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu vurgulanmaktadır. Aile üyelerinden birinin hasta olması, aile içinde diğer bireylerin rollerini, yaşam düzeylerini, ruhsal durumlarını değiştiren etkileşimler doğurur. Bu nedenle, hemşire sağlığın korunmasında tedavi hizmetlerinde hasta ve ailesini bütüncül yaklaşım kavramı çerçevesinde ele alarak bakım gereksinimlerini saptamalıdır. Bu da ancak ailelerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesiyle sağlanabilir.

Bu araştırma; hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. BÖBREĞİN YAPISI VE FONKSİYONLARI**

Böbrekler retroperitoneal yerleşimli organlar olup omurganın iki yanında 12.torasik ve 3. lomber vertebra hizasındadır (1, 2). Böbreklerin en küçük fonksiyonel ünitesi nefronudur. Her iki böbrekte toplam ikimilyon dörtyüzbin nefron vardır (2, 3). Bir nefron temel olarak glomerul ve tubuli olmak üzere iki kısımdan oluşur. Nefronda, glomeruler filtrasyon, tubuler geri emilim ve tübüler salgılama sonucu idrar oluşur. Böbreğin idrar oluşumu dışında birçok temel fonksiyonu vardır. Bunlar (1, 4):

- Vücut sıvı- elektrolit dengesinin korunması,
- Metabolik artık ürünlerin atılımı,
- İlaçlar, toksinler ve metabolitlerin detoksifikasyonu ve atılımı,
- Ekstrasellüler sıvı hacmi ve kan basıncının hormonal düzenlenmesi,
- Hormon üretimi ve metabolizmasına katkısı,
- Peptid hormonların yıkımı,
- Küçük molekül ağırlıklı proteinlerin yıkımı,
- Metabolik etki'dir.

## **2.2. BÖBREK YETMEZLİĞİ**

Böbrek yetmezliği, böbreklerin metabolik artıklarını atma, sıvı-elektrolit dengesini devam ettirme yeteneğini yitirmesi halidir. Böbrek yetmezliği akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılır (2).

### **2.2.1. Akut Böbrek Yetmezliği**

Akut böbrek yetmezliği (ABY) böbrek fonksiyonlarında saatler veya birkaç gün içinde bozulmanın yol açtığı üre ve kreatinin gibi nitrojen artıkları ürünlerinin birikmesi ile karakterize bir sendromdur (4-7). ABY, temelde yatan hastalığın ağırlığı ve önemli komplikasyonları dolayısıyla yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir (8). Hastanede oluşan ABY nedenlerinden en önemlileri, hipovolemi, hipotansiyon, aminoglikozit, radyokontrast ilaç kullanımı, major cerrahi operasyonlar, hastane dışı oluşan ABY'nin en sık nedenleri ise prerenal azotemi (%70), intrinsik ABY (%25), obstrüktif üropati (%5) olarak sayılabilir. ABY hastalarının %5-30'unda son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişmektedir (5).

### **2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği**

KBY, glomerüler filtrasyon değerinde (GFD) azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir (4, 9).

GFD 35-50ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. GFD 20-25ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar olmaya başlar ve 5-10ml/ dakikaya inince SDBY'den bahsedilir (4). Kronik renal hastalıklar sonrası hastaların %90'ından fazlasında SDBY gelişmektedir (10).

SDBY hastaları diyaliz, renal transplantasyon gibi RRT'lerine ihtiyaç duyarlar (4).

## **2.3. KLİNİK ÖZELLİKLER**

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yok gibidir. GFD 20-25ml/dakika olunca üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (11). Üremi varlığında ön plandaki belirtiler iştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik, kilo kaybı, bilinç düzeyinde değişiklikler, ruhsal bozukluklar, kaşıntı, nefes darlığı, bacaklarda huzursuzluk hissi, perikardit, anemi, hipertansiyon, kanama,



hiperfosfatemi, üremik kemik hastalığı gibi çeşitli doku ve organ sisteminin üremik havuzdan etkilenmeleri sonucu ortaya çıkan belirtilerdir (4, 11, 12).

#### **2.4. TANI**

Üriner sistemin yapı ve fonksiyonlarını incelemek amacıyla çeşitli laboratuvar incelemelerine başvurulur. Laboratuvar yöntemleri arasında idrar analizi, böbrek fonksiyonlarının incelenmesi, böbreğin ve idrar yollarının direkt veya indirekt yöntemlerle görüntülenmesi ve böbrek dokusunun histopatolojik değerlendirilmesi yer almaktadır (13).

Böbrek yetmezliğinin klinik ve biyokimyasal bulguları olan hastaların değerlendirilmesinde en önemli başlangıç basamağı, KBY'yi ABY'den ayırt etmektir (10). Böbrek yetmezliği olan bir olguda; üç ay ve daha uzun süren azotemi, uzun süren belirti ve bulgular, renal osteodistrofi belirti ve bulguları, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde geniş silendirler ve radyolojik incelemelerde bilateral küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir ve bu özellikler KBY'yi ABY'den ayırır (14).

#### **2.5. EPİDEMİYOLOJİ VE ETİYOLOJİ**

Dünyada ve ülkemizde SDBY'nin ve RRT'lerin epidemiyolojisi sürekli değişim içindedir (15). ABD böbrek hastalıkları veri sistemi (USRDS) 2000 yılı raporuna göre SDBY prevalansı milyon kişi başına ABD'de 1298, Japonya'da 1624, Almanya'da 870, Yunanistan'da 830, Rusya'da 65'dir (16). Ülkemizde ise SDBY nokta prevalansı milyon kişi başına 395.3 olarak bulunmuştur (15).

Toplumlar arasında büyük değişkenlik göstermekle birlikte KBY'nin nedenleri çeşitlidir. En sık görülen nedenler arasında kronik glomerülonefrit, diyabetik nefropati, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstrüktif üropati ve interstisyel nefritler vardır (14). ABD'de SDBY'ye götüren ilk üç neden; diyabetes mellitüs, hipertansiyon ve kronik glomerülonefrittir (16). Benzer şekilde ülkemizde de 2002 Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre nefroloji ünitelerine başvuran yeni SDBY olgularında; KBY'ye götüren ilk üç neden diyabetes mellitüs, kronik glomerülonefrit ve hipertansiyondur (15).

## **2.6. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİSİ**

### **2.6.1. Yaş**

Böbrek hastalığının insidansı yaşla artmaktadır. İngiltere’de 50 yaşın altındaki milyon nüfus başına böbrek yetmezliği insidansı 58 olarak bulunurken, bu değer 80 yaş ve üzeri için 588 olarak bulunmuştur (12, 17). ABD 1996 yılı için SDBY insidansı 20-44 yaş arası için milyon nüfus başına 117 iken, 45-64 yaş arası için 542, 65 yaş ve üzeri için 1000’in üzerinde bulunmuştur (12).

### **2.6.2. Cinsiyet**

SDBY erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (12). Diyabet ve sekonder vaskülit kadınlarda, glomerülo nefritin tüm formları ve neoplastik hastalıklar da erkekler de daha çok SDBY’ye neden olmaktadır (18). Ayrıca renal hastalıklarda progresyon hızı erkeklerde kadınlardan belirgin olarak fazla bulunmuştur (12). TND 2002 verilerine göre de ülkemizde hemodiyaliz uygulanan hastaların %56.6’sı erkek, %43.4’ü kadındır (15).

### **2.6.3. Irksal Özellikler**

Yeni SDBY hastalarının irksal özellikleri ülkeye göre değişmektedir. ABD’de siyahlar ve Amerikan yerlilerindeki SDBY insidans oranları diğer ırklara göre orantısız biçimde yüksek bulunmuştur. Amerikan yerlilerinde, diyabet prevalansının yüksek olması ile ilgili olarak SDBY insidansı üç ile dört kat yüksektir. Siyahlarda ise SDBY’nin en sık nedeni hipertansiyon ve büyük damar hastalıklarıdır. Ayrıca diğer ırk gruplarıyla karşılaştırıldığında siyahlarda orak hücreli anemi, AIDS nefropatisinin dikkat çekici bir prevalansı vardır. Buna karşılık immünglobülin A (IgA) ve immünglobülin M (IgM) nefropatisi, Goodpasture Sendromu dahil glomerülo nefritin çeşitli nedenleri ve neoplastik hastalıklara bağlı böbrek yetmezliği, beyazlarda diğer ırklara göre daha siktir. Asya ırkından olan hastalarda glomerülo nefrite bağlı SDBY oranı (%17.1) tüm SDBY hastalarındakine (%10.5) göre daha yüksektir (18).

#### **2.6.4. Genetik**

Gerek diyabetik, gerek nondiyabetik nefropatiler ailesel eğilim gösterir. Ailede hipertansiyon ve kalp hastalığının varlığı diyabetik nefropati gelişme riskini arttırır nitelikte bulunmuştur. Günümüzde değişik hastalıklarda progresyon özelliğiyle ilişkili olabilecek pek çok hedef gen üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir (12).

#### **2.7. TEDAVİ**

Kronik diyaliz tedavisi planlanırken hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumu göz önünde bulundurulmalıdır (19). SDBY olan hastalarda tedavi yöntemleri hemodiyaliz, SAPD ve renal transplantasyondur (4). Hemodiyaliz ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemidir (%76.8) (15).

##### **2.7.1. Hemodiyaliz**

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve bir membran ile makine kullanılmalıdır. Hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez, 4-6 saat süre ile uygulanır (20).

Hemodiyaliz tedavisinin tercih nedenleri arasında ilk sırayı hastanın kendi başına diyaliz işlemini gerçekleştiremeyecek kadar bedensel ve mental yönden yetersiz olması yer almaktadır (21).

##### **2.7.2. Periton Diyalizi**

Periton diyalizi günümüzde artık RRT'leri arasında yerini almıştır ve bu tedavi biçiminin kullanımı dünya çapında artmaktadır (22). Periton kapillerindeki kan ve diyalizat arasında solütlerin difüzyonu ve hipertonic solüsyonların periton boşluğuna ultrafiltrasyonuna yol açmaları, peritonun bir diyaliz membranı olarak kullanılması esaslarını oluşturmaktadır (23).

Periton diyaliz sistemi temel olarak peritona giriş sağlayan bir yol ile periton kavitesine diyalizatın tekrarlayan şekilde verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır (23, 24). Kronik periton diyalizi; SAPD ve aletli periton diyalizi (APD) olmak üzere ikiye ayrılır. SAPD günde dört kez 2- 2.5 L'lik diyaliz solüsyonlarının kullanıldığı en yaygın kronik periton diyalizi tipidir. APD ise 5

L'lik diyaliz solüsyon torbalarının özel otomatik periton diyalizi araçlarına takılması ve ev veya hastane şartlarında programlandığı sıklıkta ve volümde diyaliz solüsyonunun hastanın periton boşluğuna doldurulması ve boşaltılması yolu ile gerçekleştirir.

Aktif iş hayatı nedeni ile sık seyahat zorunluluğu olanlar, öğrenciler , hemodiyaliz merkezine uzak olanlar, diyabetik vaskülopati ve yaygın vasküler sistem hastalığı olanlar kronik ayaktan periton diyalizinde hasta seçim kriterleri arasında yer almaktadır (25).

### **2.7.3. Böbrek Nakli**

Son yıllarda renal transplantasyon SDBY olan hastalarda en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline gelmiştir. Renal transplantasyon hastaların yaşam süresini ve kalitesini artırmaktadır. Renal transplantasyon canlı veya kadavra vericiden yapılabilir. Renal transplantasyonda 5 yıllık greft yaşamı canlı vericide %60-90 ve kadavra vericide %40-60'dır. Ülkemizde yapılan renal transplantasyonda vericilerin yaklaşık %20-30'u kadavra iken bu oran batı ülkelerinde yaklaşık %80'dir (26).

Gelişmiş toplumlarda esas donör kaynağının kadavra olmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde böbrekler canlı donörlerden elde edilmektedir (25).

## **2.8 AİLE**

### **2.8.1. Kronik Hastalık ve Aile**

Kronik hastalıklar bir yada daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz, yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Ayrıca kronik hastalık durumu baş etmesi zor, tedavi rejimine bağımlılık gibi kısıtlamaların olduğu, hasta birey ve bütün aileyi etkileyen hastalıklardır (27).

Aile her alanda olduğu gibi, sağlık alanında toplumun temelini oluşturur. Çünkü aile en yaygın, en doğal ve en sağlam sosyal oluşumdur. Aile bireyleri arasındaki yakın kan bağları, bedensel, ruhsal ve sosyal paylaşımları nedeniyle birbirlerinin sağlık sorunlarından ileri derecede etkilenmektedirler (28).

Aile üyelerinden birinin hasta olması, aile içinde diğer bireylerin rollerini, yaşam düzeylerini, ruhsal durumlarını değiştiren etkileşimler doğurur. Özellikler aile reisinin ya da annenin uzun süreli hastalanması, aile ekonomisinin küçülmesi, küçük çocukların

bakımsız kalması, diğer bireylerin okuldaki ya da işyerindeki başarılarının düşmesi gibi sonuçlarla aile içi dengelerin bozulması kadar diğer sosyal kurumları da etkiler (29).

### **2.8.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Aile**

Kronik hastalıklar içerisinde yer alan KBY; ilaç ve diyet tedavisi, bir makineye bağımlılık, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, aile bağlarında çözülme, boşanma gibi psikososyal problemlerin ortaya çıktığı bir hastalıktır (30, 31). Bu problemler hasta bireyin yanı sıra ailenin de sosyal, ekonomik ve psikolojik durumunu etkilemektedir (4).

Keçecioğlu ve arkadaşlarının hemodiyaliz ve SAPD hastaları ve bu hastaların yakınlarına ilişkin yaptığı bir çalışmada tüm çalışma gruplarında depresyon görülme sıklığı normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur (32).

Yapılan bir çalışmada hemodiyaliz uygulanan hastaların aile ilişkilerinin bozuk olduğu, bozulan aile ilişkileri ile birlikte ruhsal belirti ve bozuklukların oranında artış olduğu saptanmıştır (33).

### **2.8.3. Hemşire ve Aile**

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu (1981) hemşireliği “Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlemesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” şeklinde tanımlamıştır (34, 35).

Temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir insan kaynağı olduğu bilinen hemşirelerden istenen halkın sağlık düzeyini yükseltmek, hastalıklardan korumak, hastalık durumlarında sağıltmak, gerekli durumlarda sevk etmek ve halkı sağlık konusunda eğitmektir. Belirlenen bu görevleri en iyi biçimde yapabilmesi için hemşirenin ailelere sağlık hizmeti vermesi gerekmektedir.

Hemşire ailelere şu becerileri kazandırmalıdır (36):

- Aile kendi sağlık sorunlarını belirleyebilmeli,
- Aile kendi sağlıkları için sorumluluklarını kazanabilmeli,
- Aile kendi sağlığı için karar verebilmeli.

Hemşire Aile Sağlık Bakımı verirken amaçları şöyle sıralanabilir:

- Ailenin ve toplumun sağlık sorunlarını saptamak,
- Ailenin kendi sağlık sorunlarını anlayıp, kabullenmesini sağlamak,
- Ailenin gereksindiği, ancak kendisinin karşılayamadığı hemşirelik hizmetlerini sunmak,
- Gerilim dönemlerinde aileye emosyonel destek sağlamak,
- Ailenin kendi sorununun üstesinden gelmesini ve düşünmesini sağlamak,
- Bireylerin ve ailelerin sağlık aktivitelerinde sorumluluğu almasında katkıda bulunmak,
- Ailelerin tıbbi bakım olanaklarından yararlanmasını sağlamak,
- Hemşirelik hizmeti verilecek ortamı güvenli bakım verecek biçimde düzenlemek,
- Ailelere sağlık hizmetlerini kullanma konusunda cesaret ve bilgi kazandırmak.

Hemşire aile ilgili veri toplamak için merkezde görüşme, telefonla ilişki kurma, ev ziyareti, grup tartışması, yazılı haberleşme gibi değişik yöntemler kullanabilir.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma; hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma, Kayseri il merkezindeki Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Devlet Hastanesi, Kayseri SSK Hastanesi, Özel Almet Diyaliz Merkezi ve Özel Melikgazi Hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde 10'u diyaliz sertifikalı, 3'ü sertifikasız toplam 13 hemşire çalışmaktadır. Üniteye toplam 27 cihaz bulunmaktadır, bunlardan 3'ü arızalı, 5'i Hepatit B virüsü pozitif, 16'sı Hepatit C virüsü pozitif, 3'ü Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü negatif hastalar için kullanılmaktadır. Hepatit B virüsü (+) hastalara ayrı bir odada hemodiyaliz uygulanmaktadır. Üniteye hasta yakınlarının bekleyebileceği bir bölüm bulunmaktadır.

Kayseri Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde tamamı diyaliz sertifikalı 6 hemşire çalışmaktadır. Ünite 20 hemodiyaliz makinesi bulunmaktadır. Bu makinelerin 1 tanesi Hepatit C virüsü pozitif hastalar için kullanılmaktadır.

Kayseri SSK Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde 2'si diyaliz sertifikalı , 2'si sertifikasız toplam 4 hemşire çalışmaktadır. Ünite 9 hemodiyaliz makinesi olup 2'si Hepatit C virüsü pozitif olan hastalar için kullanılmaktadır. Ünite hasta yakınlarının bekleyeceği bir oda bulunmaktadır.

Özel Almet Diyaliz Merkezi'nde 9'u diyaliz sertifikalı 3'ü sertifikasız toplam 12 hemşire çalışmaktadır. Ünite 2 tanesi yedek olmak üzere toplam 32 tane hemodiyaliz makinesi bulunmaktadır. Bu makinelerden 4 tanesi Hepatit B virüsü pozitif hastalar için, 6 tanesi Hepatit C virüsü pozitif olan hastalar için, 20 tanesi Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü negatif hastalar için ayrılmıştır. Ünite hasta yakınları için bir bekleme salonu bulunmaktadır. Ayrıca bekleme salonunda hasta yakınlarının izleyebileceği bir televizyon bulunmaktadır.

Özel Melikgazi Hastanesi'nin hemodiyaliz ünitesinde 2'si sertifikalı, 1'i sertifikasız toplam 3 hemşire çalışmaktadır. Ünite 1 tanesi yedek olmak üzere toplam 7 tane hemodiyaliz makinesi bulunmaktadır. Bu makinelerden 2'si Hepatit C virüsü pozitif hastalar için ayrı bir odada, 4 tanesi Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü negatif hastalar için ayrılmıştır. Ayrıca unite içinde hasta yakınlarının bekleme için bir bölüm bulunmaktadır.

Hemodiyaliz ünitelerinin tamamında hastalara ortalama 3.5-4 saat arasında hemodiyaliz uygulanmaktadır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Devlet Hastanesi, Kayseri SSK Hastanesi, Özel Melikgazi Hastanesi, Özel Almet Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen 184 hasta yakını oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılmasını kabul etmeyen bir özel diyaliz merkezi çalışma dışı bırakılmıştır.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Örnekleme yapılmamış evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış ancak çalışma sırasında 2 hastanın şehir dışında olması, 2 hastanın başka bir diyaliz



merkezine gitmesi, 3 hastanın hayatını kaybetmesi, 46 hastanın da görüşmeyi reddetmesi nedeniyle görüşme için zamanı olan ve gönüllü olan 131 hasta yakını çalışmaya alınmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

#### **Bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerden;**

- Rutin hemodiyaliz programına alınan hastaların bakımından birinci derece sorumlu olanlar
- En az 6 aydır hasta bakımından sorumlu olan ve hastası en az 6 aydır tedavi sürecinde olanlar,
- Kayseri Büyükşehir Belediye sınırları içinde ikamet edenler,
- Ön uygulamaya alınmayan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri; hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-1) ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması yapılarak geliştirilen anket formu, hemodiyaliz uygulanan hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınına ilişkin tanıtıcı bilgileri, hasta yakınının yaşadığı sorunlar ve bu sorunlarla baş etme durumlarına ilişkin özellikleri içeren 78 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Ön Uygulama**

Anket formunun işlerliliğini tespit etmek için Özel Almet Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz uygulanan hastaların bakımından sorumlu 15 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

#### **3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırmada Etik Kurul Onayı alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır. Bireylere araştırmanın amacı açıklanmış sözlü ve yazılı onayları (Ek-2) alınmıştır. Anket formu hemodiyaliz merkezlerinden gerekli izin (Ek-3, Ek-4, Ek-5) alındıktan sonra araştırmacı

tarafından bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yapılarak ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak doldurulmuştur. Veriler Ekim 2004 - Aralık 2004 tarihleri arasında üç ay süre ile toplanmıştır. Hafta içi her gün 8:30-17:00 saatleri arasında hasta yakınları ile görüşülmüştür. Görüşmeler bekleme salonlarında yapılmış ve ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### **3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada hemodiyaliz uygulanan hastalar ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının tanıtıcı bilgileri bağımsız değişken olarak, hasta yakınlarının yaşadığı sorunlar bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayarda SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede yüzde olarak hesaplama, dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunları belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:131)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	37	28.2
Kadın	94	71.8
<b>Yaş</b>		
29 yaş ve altı	20	15.3
30-39 yaş	26	19.8
40-49 yaş	33	25.2
50-59 yaş	30	22.9
60 yaş ve üstü	22	16.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	118	90.1
Bekar	7	5.3
Dul, boşanmış	6	4.6

**Tablo 4.1.** 'in devamı

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çocuk Sayısı (n=124)*</b>		
Çocuk yok	7	5.6
1-2 çocuk	31	25.0
3-4 çocuk	61	49.2
5 çocuk ve üstü	25	20.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	29	22.1
Okur-yazar	3	2.3
İlkokul mezunu	72	55.0
Ortaokul mezunu	10	7.6
Lise mezunu	9	6.9
Üniversite mezunu	8	6.1
<b>İş/ Meslek Durumu</b>		
Ev hanımı	85	64.9
Emekli	19	14.5
Serbest meslek	10	7.6
İşçi	4	3.1
Memur	3	2.3
Çalışmıyor	3	2.3
Diğer **	7	5.3
<b>Evde Gelir Getiren İşte Çalışma (n=85)*</b>		
Çalışmıyor	78	91.8
Çalışıyor	7	8.2
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Var	123	93.9
Yok	8	6.1
<b>Sosyal Güvence Kuruluşları (n=123)*</b>		
SSK	71	57.7
Bağ-kur	20	16.3
Yeşil kart	17	13.8
Emekli sandığı	15	12.2

**Tablo 4.1.** 'in devamı

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	77	58.8
Geniş aile	54	41.2
<b>Ailenin Gelir Durumu (Kendi İfadelerine Göre)</b>		
İyi	11	8.4
Orta	83	63.4
Kötü	31	23.6
Çok kötü	6	4.6
<b>Hasta Bireyle Yakınlık Derecesi</b>		
Eş	85	64.9
Çocuk	15	11.5
Anne	13	9.9
Kayınvalide	6	4.6
Baba	5	3.8
Kayınpeder	5	3.8
Diğer ***	2	1.5
<b>Hasta Bireyle Birlikte Yaşama Süresi</b>		
Sürekli birlikte yaşama	118	90.1
13-24 ay	2	1.5
25-36 ay	2	1.5
49 ay ve üstü	9	6.9
<b>Bakım Sorumluluğunu Üstlenme Süresi</b>		
12 ay ve altı	21	16.1
13-24 ay	19	14.5
25-36 ay	16	12.2
37-48 ay	10	7.6
49-60 ay	7	5.3
61 ay ve üstü	58	44.3
<b>Bakıma Yardımcı Olan</b>		
Var	70	53.4
Yok	61	46.6

**Tablo 4.1.** 'in devamı

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
<b>Bakıma Yardımcı Olan Kişiler (n=70)*</b>		
Çocuklar	28	40.0
Gelin	15	21.4
Kardeş	7	10.0
Eş	7	10.0
Kayınvalide	4	5.7
Anne	1	1.5
Diğer ****	8	11.4
<b>Evde Beklenen İş Durumu (n=131)*</b>		
Hasta bakımı	131	100.0
Alış veriş	124	94.7
Ev işi	107	81.7
Çocuk bakımı	51	38.9

\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Çiftçi, teknisyen, yönetici, bakıcı,esnaf

\*\*\* Kayın, bakıcısı

\*\*\*\*Görümce, kayınpeder, anneanne, bakıcı, kayın

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de görülmektedir. Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının % 71.8'i kadın, % 25.2'si 40-49 yaş grubunda, % 90.1'i evli, % 49.2'si 3-4 çocuk sahibi, %55'i ilkokul mezunu, % 6.1'i üniversite mezunu, % 64.9'u ev hanımı, % 93. 9'unun sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 58.8'i çekirdek aileye mensup, kendi ifadelerine göre % 63.4 'ünün gelir durumu orta, % 23.6'sının gelir durumu kötü düzeydedir. Bireylerin % 64.9'unun hemodiyaliz uygulanan bireyin eşi olduğu, % 90.1'inin hemodiyaliz uygulanan birey ile sürekli birlikte yaşadığı, % 44.3'ünün 61 ay ve daha fazla süre bakım sorumluluğunu üstlendiği, %53.4'ünün bakımda yardımcısı olup bunlarında % 40'ını çocuklarının oluşturduğu görülmektedir. Bireylerin tamamı evde kendinden beklenen işin hasta bakımı ve bunun yanında alışverişi (%94.7), ev işi (%81.7) olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 4.2.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:131)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	84	64.1
Kadın	47	35.9
<b>Yaş</b>		
29 yaş ve altı	16	12.2
30-39 yaş	22	16.8
40-49 yaş	22	16.8
50-59 yaş	23	17.6
60 yaş ve üzeri	48	36.6
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	108	82.4
Bekar	15	11.5
Dul, boşanmış, ayrı yaşıyor	8	6.1
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	22	16.8
Okur-yazar	16	12.2
İlkokul mezunu	68	51.9
Ortaokul mezunu	9	6.9
Lise mezunu	10	7.6
Üniversite mezunu	6	4.6
<b>İş/ Meslek Durumu</b>		
Emekli	55	42.0
Ev hanımı	43	32.8
Çalışmıyor	25	19.1
İşçi	4	3.1
Memur	3	2.3
Serbest meslek	1	0.7
<b>Sosyal Güvence Kuruluşu</b>		
SSK	74	56.5
Yeşil kart	24	18.3
BAĞ-KUR	20	15.3
Emekli sandığı	13	9.9

**Tablo 4.2.** 'nin devamı

<b>Tanıttıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma Şekli (n=8)*</b>		
Tam gün	3	37.5
Yarım gün	3	37.5
Diğer **	2	25.0
<b>Hemodiyaliz Uygulanan Kuruluş</b>		
Özel	86	65,6
Resmi	45	34,4

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Haftada 1 gün, haftada 3 tam ve 2 yarım gün

Tablo 4.2'de hemodiyaliz uygulanan bireylerin tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların % 64.1'i erkek, %36.6'sı 60 yaş ve üzeri, %82.4'ü evli, % 51.9'u ilkokul mezunu, % 42'si emekli, % 56.5'i SSK'lı, %37.5'i tam gün, %37.5'i yarım gün çalışmakta, %65.6'sına özel bir kuruluştaki diyaliz tedavisi uygulanmaktadır.

**Tablo 4.3.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N:131)

<b>Böbrek Yetmezliğine Eşlik Eden Hastalığın Varlığı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Var	119	90.8
Yok	12	9.2
<b>Eşlik Eden Hastalıklar (n=119)*</b>		
Hipertansiyon	98	82.4
Diyabetes Mellitus	44	37.0
HCV	35	29.4
Kalp hastalıkları	21	17.6
Akciğer hastalıkları	16	13.4
HBS	9	7.6
GİS	6	5.0
SVH	5	4.2
KCS	3	2.5
Diğer **	7	5.9



**Tablo 4.3.** 'ün devamı

<b>Hemodiyaliz Süresi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
12 ay ve altı	31	23.7
13-24 ay	29	22.1
25-36 ay	19	14.5
37-48 ay	13	9.9
49-60 ay	8	6.1
61 ay ve üstü	31	23.7
<b>Haftada Uygulanan Hemodiyaliz Sayısı</b>		
2 kez	31	23.7
3 kez	100	76.3
<b>Hemodiyaliz Dışında Uygulanan Başka Tedaviler</b>		
Var	16	12.2
Yok	115	87.8
<b>Hemodiyaliz Dışında Uygulanan Tedaviler (n:16) *</b>		
SAPD	14	87.5
APD	3	18.8
Transplantasyon	2	12.5

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\*Romatizma, guatr, gut hastalığı, epilepsi

Tablo 4.3'de hemodiyaliz uygulanan bireylerin hastalığına ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %90.8'inin böbrek yetmezliğine eşlik eden bir hastalığının olduğu, eşlik eden hastalıkların da %82.4'ünü hipertansiyon, %37'sini de diyabetes mellitus'un oluşturduğu görülmektedir. Hemodiyaliz uygulanan hastaların %39.7'sinin hemodiyaliz süresi 48 ay ve üzeri olup, %76.3'üne haftada 3 kez hemodiyaliz uygulanmaktadır. Hastaların %12.2'sine hemodiyaliz dışında başka tedaviler uygulanmış olup, bu tedavilerin %87.5'ini SAPD'nin oluşturduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Sorunlara Göre Dağılımı (N:131)

Sorun	Sayı	%
Yaşayan	130	99.2
Yaşamayan	1	0.8
<b>Fiziksel Sorunlar(n=130)*</b>		
Halsizlik	111	85.4
Kas krampları	101	77.7
Kaşıntı	78	60.0
İştah azalması	71	54.6
Bulantı	28	21.5
Diğer **	19	14.6
<b>Ruhsal Sorunlar (n=130)*</b>		
Sinirlilik	107	82.3
Alınganlık	105	80.8
Huzursuzluk	89	68.5
Uyku düzensizliği	81	62.3
Konsantrasyon güçlüğü	56	43.1
Diğer ***	3	2.3

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Çarpıntı, kabızlık, deride kuruluk, ağrı, kusma, baş dönmesi, nefes darlığı, burun kanaması

\*\*\* İçine kapanıklık, duygusallaşma

Tablo 4.4'de hasta bireylerin hastalığı süresince yaşadığı sorunlara göre dağılımı yer almaktadır. Hasta bireylerin %99.2'sinin sorun yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %85.4'ü fiziksel sorun olarak halsizlik, %82.3'ü ruhsal sorun olarak sinirlilik yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.5.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylere Diyet Uygulanma ve Diyete Uyum Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

<b>Diyete Uyumu (n=131)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Uyan	34	26.0
Kısmen uyan	67	51.1
Uymayan	30	22.9
<b>Diyete Uymama Nedeni (n=97)*</b>		
Hasta uyumsuz	59	60.8
Maddi güçlük	20	20.6
Diyeti uygulamaya bağlı bıkkınlık	17	17.5
Hasta uyumlu ancak bakım veren nedeniyle güçlük yaşama	12	12.4

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.5’de hasta bireylere diyet uygulanma ve diyete uyum durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hasta bireylerin tamamına diyet uygulandığı, bunların %51.1’inin diyete kısmen uyduğu, %22.9’unun ise diyete uymadığı, bunlarında %60.8’inin uymama nedeninin hasta uyumsuzluğu olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.6.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin İlaç Tedavisi Alma ve İlaç Tedavisine Uyum Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

Uygulanan İlaç	Sayı	%
Var	129	98.5
Yok	2	1.5
<b>İlaç Uyumu (n=129)</b>		
Uyan	103	79.8
Kısmen uyan	23	17.8
Uymayan	3	2.4
<b>İlaç Uymama Nedeni (n=26)*</b>		
Unutkanlık	9	34.6
İlacı uygulamaya bağlı bıkkınlık	8	30.8
Maddi güçlük	6	23.1
Hasta uyumlu ancak bakım veren nedeniyle güçlük yaşama	3	11.5

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Hasta bireylerin ilaç tedavisi alma ve ilaç tedavisine uyum durumuna göre dağılımı Tablo 4.6'da görülmektedir. Hasta bireylerin %98.5'inin uygulanan bir ilaç tedavisinin olduğu, %79.8'inin ilaç tedavisine uyduğu, ilaç tedavisine uymayanların yada kısmen uyanların %34.6'sının uyumsuzluk nedenin ilacı yanına almayı unutma olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Günlük İhtiyaçlarını Karşılatabilme ve Günlük Aktivite Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

<b>Günlük İhtiyacı Karşılama</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Karşılaman	79	60.3
Kısmen karşılayan	37	28.2
Karşılamanayan	15	11.5
<b>Karşılanamayan Günlük Aktivite Türü (n=52)*</b>		
Banyo	52	100.0
Dışarı çıkma	29	55.8
Boşaltım	22	42.3
Kıyafetini giyme	17	32.7
Yemek yeme	17	32.7

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.7'de hasta bireylerin günlük ihtiyaçlarını karşılama durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hasta bireylerin %60.3'ünün günlük ihtiyaçlarını karşıladıkları, günlük ihtiyaçlarını karşılamayanların ya da kısmen karşılayanların ise tamamının banyo, %55.8'inin dışarı çıkma ihtiyaçlarını karşılamadıkları görülmektedir.

**Tablo 4.8.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hemodiyaliz İle İlgili Bilgilenme Özelliklerine Göre Dağılımı (N:131)

<b>Bilgilenme Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi</b>		
Verilen	53	40.5
Verilmeyen	78	59.5
<b>Bilgi Veren Kişi (n=53)*</b>		
Hemşire	4	7.5
Doktor	32	60.4
Diyetisyen	17	32.1
<b>Anlatılan Konular (n=53)*</b>		
Diyet	53	100.0
Hastalık belirti ve bulguları	8	15.1
İlaç tedavisi	7	13.2
Fistül bakımı	1	1.9
<b>Bilgi Almak İçin Girişimde Bulunma Durumu</b>		
Bulunan	72	55.0
Bulunmayan	59	45.0
<b>Davranış Şekli (n=72)*</b>		
Doktora sorma	49	68.1
TV, kitap, broşürden araştırma	29	40.3
Hemşireye sorma	8	11.1
<b>Bilgiye Gereksinim Duyma</b>		
Gereksinim duyan	83	63.4
Gereksinim duymayan	48	36.6
<b>Bilgi Gereksinimi Duyduğu Konular (n=83)*</b>		
Diyet tedavisi	54	65.1
Hastalığa özgü bilgi	52	62.7
Hastalıkta bakım	51	61.4
İlaç tedavisi	43	51.8

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.8’de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının hemodiyaliz ile ilgili bilgilendirme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının %59.5’ine hemodiyaliz hakkında bilgi verilmemiş, bilgi verilenlerin %60.4’ü bu bilgiyi doktordan, %32.1’i diyetisyenden edindiklerini ifade etmişlerdir. Bilgi verilenlerin tamamına (%100) diyetle ilişkin bilgi verilmiş olduğu saptanmıştır. Bireylerin %55’i bilgi almak için bir girişimde bulunmuş, bunlarında %68.1’i bu bilgiyi doktordan, %11.1’i hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının %63.4’ünün bilgiye gereksinim duydukları ve bu bireylerin %65.1’inin diyetle ilişkin, %61.4’ünün de hastalıkta bakıma ilişkin konularda bilgiye ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.9.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Çalışma Koşullarında Değişiklik Olma Durumlarına Göre Dağılımı (N:131)

<b>Çalışma Koşullarında Değişiklik Olma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Olan	16	61.5
Olmayan	10	38.5
<b>Değişiklik Türü (n=16) *</b>		
Çalışma süresinde kısalma	2	12.5
İşten çıkarılma	3	18.8
İş devamında aksama	15	93.8

\*Yüzdeler ‘n’ üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.9’da bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının çalışma koşullarında değişiklik olma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hasta yakınlarının %61.5’inin çalışma koşullarında değişiklik olduğu ve bununda %93.8’inde iş devamında aksama şeklinde olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.10.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Yerleşim Yerini Değişirme Durumlarına Göre Dağılımları (N:131)

Yerleşim Yerini Değişirme Durumu	Sayı	%
Değiştiren	24	18.3
Değiştirmeyen	107	81.7

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının yerleşim yerini değiştirme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.10’da görölmektedir. Hasta yakınlarının %18.3’ünün yerleşim yerini değiştirdiği saptanmıştır. Bireylerin tamamı (%100) hemodiyaliz merkezine ulaşım kolaylığı nedeniyle yerleşim yerlerini değiştirdiklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.11.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının, Bu Bakımı İsteyerek Üstlenme Özelliklerine Göre Dağılımı (N:131)

Hastanın Bakımını	Sayı	%
İsteyerek üstlenen	126	96.2
İstemeyerek üstlenen	5	3.8
<b>İsteyerek Üstlenme Nedeni (n=126)*</b>		
Yakınım ve bakım verme zorunluluğum var	117	92.9
Sevdiğim için	8	6.3
Ücret karşılığı	1	0.8

\*Yüzdeler ‘n’ üzerinden alınmıştır.

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının, bu bakımı isteyerek üstlenme özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Hasta yakınlarının %96.2’si verdikleri bakımı isteyerek üstlendiklerini ifade etmişlerdir. Bakımı isteyerek üstlenen bireylerin %92.9’u “Yakınlık derecesi ve bakım verme zorunluluğu”, istemeyerek üstlenenlerin tamamı “Bakım verecek başka kimse olmaması” nedeniyle bakımı üstlendiklerini ifade etmişlerdir.



**Tablo 4.12.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Destek Gereksinimlerine Göre Dağılımları (N:131)

Desteğe Gereksinim	Sayı	%
Duyan	88	67.2
Duymayan	43	32.8
<b>Gereksinim Türü (n=88)*</b>		
Maddi gereksinim	41	46.6
Manevi gereksinim	26	29.5
Maddi ve manevi gereksinim	21	23.9

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.12'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının destek gereksinimlerine göre dağılımları yer almaktadır. Hasta yakınlarının %67.2'si desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Desteğe gereksinim duyan bireylerin %46.6'sı maddi anlamda desteğe gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.13.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

Fiziksel Sağlığı	Sayı	%
Etkilenen	82	62.6
Etkilenmeyen	49	37.4
<b>Etkilenme Tipi (n=82)*</b>		
Yorgunluk, halsizlik	48	58.5
Baş ağrısı	25	30.5
Bel ağrısı	17	20.7
Tansiyon yüksekliği	12	14.6
Diğer **	16	19.5

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Çarpıntı, kilo kaybı, nefes darlığı, mide ağrısı, kan şekerinde artma, ellerde uyuşma

Tablo 4.13'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının fiziksel sağlığının etkilenme durumuna göre dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının %62.6'sı fiziksel sağlığının etkilendiğini ve bunlarında %58.5'i yorgunluk, halsizlik yaşadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.14.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

Ruh Sağlığı	Sayı	%
Etkilenen	114	87.0
Etkilenmeyen	17	13.0
<b>Etkilenme Tipi (n=114)*</b>		
İç sıkıntısı	94	82.5
Üzülme	82	71.9
Sinirlenme	39	34.2
Uykusuzluk	11	9.6
Diğer **	10	8.8

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Psikiyatrik yardım alma ihtiyacı, içe kapanıklık

Tablo 4.14'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının ruh sağlığının etkilenme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hasta yakınlarının %87'si ruh sağlığının etkilendiğini ve bunlarında %82.5'i iç sıkıntısı, %71.9'u üzüntü, %34.2'si sinirlilik yaşadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.15.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Sosyal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımları (N:131)

Sosyal İlişkileri	Sayı	%
Etkilenen	98	74.8
Etkilenmeyen	33	25.2
<b>Etkilenme Tipi (n=98)*</b>		
Kısıtlı sürede dışarı çıkma	53	54.1
Hiçbir yere çıkamama	43	43.9
Tatile gidememe	21	21.4
Çevredeki insanların görüşmek istememesi	6	6.1

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının sosyal ilişkilerinin etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 4.15'de verilmiştir. Hasta yakınlarının %74.8'inin sosyal ilişkilerinin etkilendiği görülmüştür. Bireylerin %54.1'i kısıtlı sürede dışarı çıktığını, %43.9'u hiçbir yere çıkamadığını, %21.4'ü tatile gidemediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.16.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Ekonomik Olarak Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

<b>Ekonomik Olarak</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Etkilenen	97	74.0
Etkilenmeyen	34	26.0
<b>Etkilenme Tipi (n=97)*</b>		
İlaç/muayene/tetkik ücreti	64	66.0
Ulaşım ücreti	45	46.4
Diyet ücreti	43	44.3
Malulen emeklilik	18	18.6
Gelirde azalma**	15	15.5

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Köyden taşınma diyaliz nedeniyle çalışamama, iş devamında aksama nedeniyle maddi güçlük

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının ekonomik olarak etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 4.16'da yer almaktadır. Hasta yakınlarının %74'ü ekonomik olarak etkilendiklerini ve bunlarında %66'sı ilaç/muayene/tetkik ücreti, %46.4'ü ulaşım ücreti, %44.3'ü diyet ücretinde sıkıntı çektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.17** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Kendi Bakımının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

<b>Kendine Bakımının Etkilenme Durumun</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Etkilenen	78	59.5
Etkilenmeyen	53	40.5

Tablo 4.17'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının kendi bakımının etkilenme durumuna göre dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının %59.5'i kendi bakımlarının etkilendiğini belirtirken; etkilenen bireylerin tamamı kendine zaman ayıramadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.18.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Sorunlarıyla Baş etme Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

Baş etme Çabası	Sayı	%
Gösteren	102	77.9
Göstermeyen	29	22.1
<b>Baş etme Türü (n=102) *</b>		
İbadet etmek	25	24.5
Yürüyüş yapmak	19	18.6
Ağlamak	19	18.6
Sigara içmek	14	13.7
Sohbet etmek	13	12.7
TV-müzik	12	11.8
İş yapmak	10	9.8
Uyumak	9	8.8
Diğer**	12	11.8

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Bağıрма, alkol kullanımı, çocuklarla ilgilenme, dışarı çıkma

Tablo 4.18'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının sorunlarla baş etme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %77.9'u baş etme davranışında bulunmuş olup, bunların da %24.5'i ibadet ettiklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.19.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Çevresindekilerin Hastalığı Öğrendikten Sonraki Yaklaşım Durumuna Göre Dağılımı (N:131)

Çevredekilerin Hastalığı Öğrendikten Sonraki Yaklaşımı	Sayı	%
Değişen	81	61.8
Değişmeyen	50	38.2
<b>Değişiklik Şekli (n=81)*</b>		
Uzaklaşma, aramama	42	51.9
Olumlu yönde ilgi, alaka	35	43.2
Acıma, üzülmeye	4	4.9

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının çevresindekilerin hastalığı öğrendikten sonraki yaklaşım durumuna göre dağılımı Tablo 4.19’da görülmektedir. Hasta yakınlarının ilişkide oldukları kişilerin %61.8’inin hastalığı öğrendikten sonra yaklaşımının değiştiğini ifade etmişlerdir. Davranış değişikliği gösteren kişilerin %51.9’unun uzaklaşma, aramama gibi yaklaşım gösterdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 4.20.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastayla İlgili Korku Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları (N:131)

Hastayla İlgili Korku	Sayı	%
Yaşayan	113	86.3
Yaşamayan	18	13.7
<b>Korku Türü (n=113)*</b>		
Kayıp/ölüm	84	74.3
Mevcut durumundan daha kötü olacağı korkusu	53	46.9
Diğer **	2	1.8

\* Yüzdeler ‘n’ üzerinden alınmıştır.

\*\* Diyaliz sayısının artma korkusu, tansiyonunun düşmesi sonucu bayılacağı korkusu

Tablo 4.20’de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının hastayla ilgili korku yaşama durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Bireylerin %86.3’ü hastayla ilgili korku yaşadıklarını, bunların da %74.3’ü kayıp/ölüm korkusu yaşadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4. 21.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastanede Sorun Yaşama ve Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları (N:131)

<b>Hastanede Sorun</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yaşayan	63	48.1
Yaşamayan	68	51.9
<b>Sorun Türü (n:63)*</b>		
Sevk sorunu	23	36.5
Ulaşım sorunu	23	36.5
İlaç kuyruğu	22	34.9
Tedavide eksiklik	9	14.3
İşlemlerin yavaşlığı	7	11.1
<b>Destek alma durumu</b>		
Alan	60	45.8
Almayan	71	54.2
<b>Destek türü (n:60)*</b>		
Personelin olumlu yaklaşımı	37	61.7
Ulaşım imkanı	26	43.3
Danışmanlık hizmeti	13	21.7

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.21'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının hastanede sorun yaşama ve destek alma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Hasta yakınlarının %51.9'unun hastanede sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %36.5'inin sevk ve ulaşım sorunu yaşadığı saptanmıştır. Bireylerin %54.2'si hastanede destek görmediğini, destek görenlerin ise %61.7'si verilen bu desteğin personelin olumlu yaklaşımı şeklinde olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 4.22.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Hastane Personelinden Beklenti Durumlarına Göre Dağılımları (N:131)

Hastane Personelinden Beklenti	Sayı	%
Olan	41	31.3
Olmayan	90	68.7
<b>Beklenti Türü (n=41)*</b>		
Hoşgörülü yaklaşım	26	63.4
Hastalık hakkında eğitim verilmesi	17	41.5
Sevk sorununun yaşanmaması	4	9.8
Doktorların daha sık ziyaret yapması	3	7.3
Diğer **	5	12.2

\*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

\*\* Yemeklerin güzel olması, danışmanlık, ulaşım

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının hastane personelinden beklenti durumlarına göre dağılımları Tablo 4.22'de görülmektedir. Bireylerin %68.7'sinin personelden beklentisinin olmadığı, beklentisi olanların %63.4'ünün hoşgörülü yaklaşım beklediği saptanmıştır.

**Tablo 4.23.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	Fiziksel sağlığın etkilenme durumu					X <sup>2</sup>	p
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam				
			Sayı	%			
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	45.9	54.1	37	100.0	5.154	<0.05	
Kadın	69.1	30.9	94	100.0			
<b>Yaş</b>							
39 yaş ve altı	56.5	43.5	46	100.0	0.753	>0.05	
40 yaş ve üstü	65.9	34.1	85	100.0			
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	64.4	35.6	118	100.0		>0.05*	
Evli olmayan	46.2	53.8	13	100.0			

Tablo 4.23. 'ün devamı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tamamlayıcı Özellikleri	Fiziksel sağlığı etkilenme durumu					
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam		X <sup>2</sup>	p
			Sayı	%		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okuryazar/Okur-yazar değil	84.4	15.6	32	100.0	10.391	<0.05
İlköğretim	58.5	41.5	82	100.0		
Lise /Yüksek öğretim	41.2	58.8	17	100.0		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışan	45.8	54.2	24	100.0	2.704	>0.05
Çalışmayan	66.4	33.6	107	100.0		
<b>Sosyal güvence durumu</b>						
Var	63.4	36.6	123	100.0		>0.05*
Yok	50.0	50.0	8	100.0		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	64.9	35.1	77	100.0	0.228	>0.05
Geniş aile	59.3	40.7	54	100.0		
<b>Ailenin gelir durumu</b>						
İyi	72.7	27.3	11	100.0	1.322	>0.05
Orta	59.0	41.0	83	100.0		
Kötü	67.6	32.4	37	100.0		
<b>Hasta bireyle yakınlık derecesi</b>						
Anne, Baba, Çocuk	51.5	48.5	33	100.0	2.460	>0.05
Eş	67.1	32.9	85	100.0		
Diğer	61.5	38.5	13	100.0		
<b>Bakım sorumluluğunu üstlenme süresi</b>						
60 ay ve altı	64.4	35.6	73	100.0	0.086	>0.05
61 ay ve üzeri	60.3	39.7	58	100.0		
<b>Bakıma yardımcı olan</b>						
Var	57.1	42.9	70	100.0	1.441	>0.05
Yok	68.9	31.1	61	100.0		

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır



Tablo 4.23’de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ve fiziksel sağlığın etkilenme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bakım sorumluluğunu üstlenen kadınların (%69.1) erkeklere (%45.9) göre fizik sağlıklarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Okur yazar-okuryazar olmayanların %84.4’ünün lise ve üzeri eğitim alanların ise %41.2’sinin fizik sağlığının etkilenmiş olduğu belirlenmiş olup, eğitim düzeyi yükseldikçe fizik sağlığın etkilenme oranının anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). 40 yaş ve üzerindekiilerin %65.9’unun, evli olanların %64.4’ünün, çalışmayanların %66.4’ünün, sosyal güvencesi olanların %63.4’ü, çekirdek ailelerin %64.9’u, gelir durumu iyi olanların %72.7’si, hasta bireylerin eşi olanların %67.1’i, bakım sorumluluğunu üstlenme süresi 60 ay ve altı olanların %64.4’ü, bakımda yardımcısı olmayanların %68.9’u fiziksel sağlıklarının daha fazla etkilendiğini ifade etmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.24.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	Ruh sağlığın etkilenme durumu					
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam		X <sup>2</sup>	p
			Sayı	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	73.0	27.0	37	100.0		<0.01*
Kadın	92.6	7.4	94	100.0		
<b>Yaş</b>						
39 yaş ve altı	95.7	4.3	46	100.0	3.571	>0.05
40 yaş ve üstü	82.4	17.6	85	100.0		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	86.4	13.6	118	100.0		>0.05*
Evli olmayan	92.3	7.7	13	100.0		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okuryazar/Okur-yazar değil	87.5	12.5	32	100.0	0.379	>0.05
İlköğretim	87.8	12.2	82	100.0		
Lise /Yüksek öğretim	82.4	17.6	17	100.0		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışan	83.3	16.7	24	100.0		>0.05*
Çalışmayan	87.9	12.1	107	100.0		

Tablo 4.24. 'ün devamı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	Ruh sağlığın etkilenme durumu					X <sup>2</sup>	p
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam				
			Sayı	%			
<b>Sosyal güvence durumu</b>							
Var	87.0	13.0	123	100.0			>0.05*
Yok	87.5	12.5	8	100.0			
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	87.0	13.0	77	100.0	0.000		>0.05
Geniş aile	87.0	13.0	54	100.0			
<b>Ailenin gelir durumu</b>							
İyi	90.9	9.1	11	100.0	0.462	0.05	
Orta	85.5	14.5	83	100.0			
Kötü	89.2	10.8	37	100.0			
<b>Hasta bireyle yakınlık derecesi</b>							
Anne, Baba, Çocuk	93.9	6.1	33	100.0	0.869	>0.05	
Eş	84.7	15.3	85	100.0			
Diğer	84.6	15.4	13	100.0			
<b>Bakım sorumluluğunu üstlenme süresi</b>							
60 ay ve altı	89.0	11.0	73	100.0	0.260	>0.05	
61 ay ve üzeri	84.5	15.5	58	100.0			
<b>Bakıma yardımcı olan</b>							
Var	82.9	17.1	70	100.0	1.586	>0.05	
Yok	91.8	8.2	61	100.0			

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.24'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ve ruh sağlığın etkilenme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bakım sorumluluğunu üstlenen ve ruh sağlığı etkilenen kadınların (%92.6) erkeklere göre (%73.0) daha fazla olduğu saptanmış olup cinsiyet grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). 39 yaş ve altı grubun %95.7'si, evli olmayanların %92.3'ü, ilköğretim mezunu olanların %87.8'i, çalışmayanların %87.9'u, sosyal güvencesi olmayanların %87.5'i, hem çekirdek aile hem geniş ailelerin %87'si, gelir durumu iyi olanların %90.9'u, hasta bireye bakım verenlerin anne-babası, çocuğu olanların %93.9'u, bakım süresi 60 ay ve altı olanların %89'u, bakımda yardımcısı olmayanların %91.8'inin ruh sağlıklarının etkilendiğini tespit edilmiştir. Gruplar arasında yüzdelik olarak fark bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.25.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlığının Etkilenme Durumu					X <sup>2</sup>	p
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam				
			Sayı	%			
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	65.5	34.5	84	100.0	0.522	>0.05	
Kadın	57.4	42.6	47	100.0			
<b>Yaş</b>							
39 yaş ve altı	65.8	34.2	38	100.0	0.081	>0.05	
40yaş ve üstü	61.3	38.7	93	100.0			
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	63.9	36.1	108	100.0	0.181	>0.05	
Evli olmayan	56.5	43.5	23	100.0			
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur-yazar değil/Okur-yazar	65.8	34.2	38	100.0	0.245	>0.05	
İlköğretim	61.0	39.0	77	100.0			
Lise /Yüksek öğretim	62.5	37.5	16	100.0			
<b>Sosyal güvence kuruluşu</b>							
SSK	71.6	28.4	74	100.0	9.272	<0.05	
Emekli Sandığı	61.5	38.5	13	100.0			
Yeşil kart	58.3	41.7	24	100.0			
Bağ –kur	35.0	65.0	20	100.0			
<b>Hemodiyaliz Uygulanan Merkez</b>							
Resmi	66.7	33.3	45	100.0	0.257	>0.05	
Özel	60.5	39.5	86	100.0			
<b>Hemodiyaliz süresi</b>							
60 ay ve altı	63.0	37.0	100	100.0	0.030	>0.05	
61 ay ve üzeri	61.3	38.7	31	100.0			
<b>Hemodiyaliz sayısı (haftalık)</b>							
2 kez	51.6	48.4	31	100.0	1.523	>0.05	
3 kez	66.0	34.0	100	100.0			
<b>Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık</b>							
Var	66.4	33.6	119	100.0		<0.05*	
Yok	25.0	75.0	12	100.0			

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır

Tablo 4.25’de hemodiyaliz uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının fiziksel sağlığının etkilenme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hasta bireyin erkek olması (%65.5), 39 yaş ve altında olması (%65.8), evli olması (%63.9), okur yazar değil/okur yazar olması (%65.8), resmi bir kuruluştaki hemodiyaliz uygulanması (%66.7), 60 ay ve altı süredir hemodiyaliz uygulanıyor olması (%63.0) ve haftada 3 kez hemodiyaliz uygulanması (%66.0) bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının çoğunlukla fiziksel sağlığını etkilediği ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Sosyal güvence kuruluşu SSK olan hastaların %71.6’sının, böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığı olanların da %66.4’ünün bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının çoğunlukla fiziksel sağlığının etkilendiği belirlenmiş olup gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.26.** Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumu					X <sup>2</sup>	p
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam				
			Sayı	%			
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	94.0	6.0	84	100.0	8.570	<0.05	
Kadın	74.5	25.5	47	100.0			
<b>Yaş</b>							
39 yaş ve altı	97.4	2.6	38	100.0		<0.05*	
40yaş ve üstü	82.8	17.2	93	100.0			
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	86.1	13.9	108	100.0		>0.05*	
Evli olmayan	91.3	8.7	23	100.0			
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar/Okur-yazar değil	76.3	23.7	38	100.0	5.528	>0.05	
İlköğretim	90.9	9.1	77	100.0			
Lise /Yüksek öğretim	93.8	6.2	16	100.0			

Tablo 4.26.'nın devamı

Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığının Etkilenme Durumu					
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam		X <sup>2</sup>	p
			Sayı	%		
<b>Sosyal güvence kuruluşu</b>						
Yeşil kart	91.7	8.3	24	100.0	1.442	>0.05
SSK	87.8	12.2	74	100.0		
Emekli sandığı	84.6	15.4	13	100.0		
Bağ-kur	80.0	20.0	20	100.0		
<b>Hemodiyaliz süresi</b>						
60 ay ve altı	86.0	14.0	100	100.0		>0.05*
61 ay ve üzeri	90.3	9.7	31	100.0		
<b>Hemodiyaliz sayısı (haftalık)</b>						
2 kez	87.1	12.9	31	100.0		>0.05*
3 kez	87.0	13.0	100	100.0		
<b>Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık</b>						
Var	87.4	12.6	119	100.0		>0.05*
Yok	83.3	16.7	12	100.0		

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır

Tablo 4.26'da hemodiyaliz uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının ruh sağlığının etkilenme durumuna göre dağılımı görülmektedir. Hasta bireyin erkek olması (%94.0), 39 yaş ve altında olması (%97.4) bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının çoğunlukla ruh sağlığını etkilemektedir. Hasta bireyin cinsiyet ve yaş grupları ile bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının ruh sağlığının etkilenme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Hasta bireylerin evli olmaması (%91.3), eğitim durumunun lise/yüksek öğretim olması (%93.8), sosyal güvence kuruluşunun yeşil kart olması (%91.7), 61 ay ve üzeri süredir hemodiyaliz uygulanıyor olması (%90.3), haftada 2 kez hemodiyaliz uygulaması yapılması (%87.1), böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığı olması (%87.4) bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının ruhsal sağlığını etkilemektedir ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.27.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Kendi Bakımının Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınının Tanıtıcı Özellikleri	Kendi Bakımının Etkilenme Durumu					X <sup>2</sup>	p
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam				
			Sayı	%			
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	43.2	56.8	37	100.0	4.782	<0.05	
Kadın	66.0	34.0	94	100.0			
<b>Yaş</b>							
39 yaş ve altı	60.9	39.1	46	100.0	0.002	>0.05	
40 yaş ve üstü	58.8	41.2	85	100.0			
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	59.3	40.7	118	100.0	0.024	>0.05	
Evli olmayan	61.5	38.5	13	100.0			
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar/Okur-yazar değil	65.6	34.4	32	100.0	2.093	>0.05	
İlköğretim	54.9	45.1	82	100.0			
Lise /Yüksek öğretim	70.6	29.4	17	100.0			
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışan	45.8	54.2	24	100.0	1.648	>0.05	
Çalışmayan	62.6	37.4	107	100.0			
<b>Sosyal güvence Durumu</b>							
Var	60.2	39.8	123	100.0	>0.05*		
Yok	50.0	50.0	8	100.0			
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	61.0	39.0	77	100.0	0.056	>0.05	
Geniş aile	57.4	42.6	54	100.0			
<b>Ailenin gelir durumu (kendi ifadelerine göre)</b>							
İyi	54.5	45.5	11	100.0	2.467	>0.05	
Orta	55.4	44.6	83	100.0			
Kötü	70.3	29.7	37	100.0			
<b>Hasta bireyle yakınlık derecesi</b>							
Eş	63.5	36.5	85	100.0	2.257	>0.05	
Anne, Baba, Çocuk	48.5	51.5	33	100.0			
Diğer	61.5	38.5	13	100.0			
<b>Bakım sorumluluğunu üstlenme süresi</b>							
60 ay ve altı	61.6	38.4	73	100.0	0.137	>0.05	
61 ay ve üzeri	56.9	43.1	58	100.0			
<b>Bakıma yardımcı olan</b>							
Var	52.9	47.1	70	100.0	2.225	>0.05	
Yok	67.2	32.8	61	100.0			

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır

Tablo 4.27’de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ve kendi bakımının etkilenme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Bakım sorumluluğunu üstlenen kadınların (%66.0) kendi bakımlarının erkeklere göre daha fazla etkilendiği belirlenmiş olup, cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). 39 yaş ve altı grubun %60.9’u, evli olmayanların %61.5’i, eğitim durumu lise ve üzeri olanların %70.6’sı, çalışmayanların %62.6’sı, sosyal güvencesi olanların %60.2’si, çekirdek ailelerin %61’i, gelir durumu kötü olanların %70.3’ü, hasta bireyin eşi olanların %63.5’i, 60 ay ve altı sürede bakım sorumluluğunu üstlenenlerin %61.6’sı, bakımda yardımcısı olmayanların %67.2’sinin kendi bakımlarının etkilendiği saptanmış olup gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.28.** Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri ve Ekonomilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınının Tanıtıcı Özellikleri	Ekonomilerinin Etkilenme Durumu					
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam		X <sup>2</sup>	p
			Sayı	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	73.0	27.0	37	100.0	0.31	>0.05
Kadın	74.5	25.5	94	100.0		
<b>Yaş</b>						
39 yaş ve altı	73.9	26.1	46	100.0	0.001	>0.05
40 yaş ve üstü	74.1	25.9	85	100.0		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	73.7	26.3	118	100.0		>0.05*
Evli olmayan	76.9	23.1	13	100.0		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar değil/Okur-yazar	84.4	15.6	32	100.0	2.735	>0.05
İlköğretim	72.0	28.0	82	100.0		
Lise /Yüksek öğretim	64.7	35.3	17	100.0		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışan	70.8	29.2	24	100.0	0.19	>0.05
Çalışmayan	74.8	25.2	107	100.0		
<b>Sosyal güvencesi</b>						
Var	74.8	25.2	123	100.0		>0.05*
Yok	62.5	37.5	8	100.0		

Tablo 4.28. 'in devamı

Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Hasta Yakınının Tanıtıcı Özellikleri	Ekonomilerinin Etkilenme Durumu					
	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam		X <sup>2</sup>	p
			Sayı	%		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	81.8	18.2	77	100.0	4.932	<0.05
Geniş aile	63.0	37.0	54	100.0		
<b>Ailenin gelir durumu (kendi ifadelerine göre)</b>						
İyi	45.5	54.5	11	100.0	16.955	<0.01
Orta	67.5	32.5	83	100.0		
Kötü	97.3	2.7	37	100.0		
<b>Hasta bireyle yakınlık derecesi</b>						
Eş	78.8	21.2	85	100.0	3.027	>0.05
Anne, Baba, Çocuk	63.6	36.4	33	100.0		
Diğer	69.2	30.8	13	100.0		
<b>Bakım sorumluluğunu üstlenme süresi</b>						
60 ay ve altı	69.9	30.1	73	100.0	1.050	>0.05
61 ay ve üzeri	79.3	20.7	58	100.0		
<b>Bakıma yardımcı olan</b>						
Var	71.4	28.6	70	100.0	0.283	>0.05
Yok	77.0	23.0	61	100.0		

\*Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır

Tablo 4.28'de bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ve ekonomilerinin etkilenme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bakım sorumluluğunu üstlenen kadınların %74.5'i, 40 yaş ve üzerindeki %74.1'i, evli olmayanların %76.9'u, okur yazar değil-okur yazar olanların %84.4'ü, çalışmayanların ve sosyal güvencesi olanların %74.8'i, hasta bireyin eşi olanların %78.8'i, 61 ay ve üzeri süredir bakım sorumluluğunu üstlenenlerin %79.3'ü, bakımda yardımcısı olmayanların %77'si ekonomilerinin etkilendiğini ifade etmişlerdir. İstatistiksel incelemede gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05). Bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerden çekirdek aileye mensup olanların %81.8'i, gelir durumu kötü olanların %97.3'ü ekonomilerinin etkilenmiş olduğunu ifade etmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların yaşam biçimlerinin yanı sıra, yakınlarının da sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir (4).

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının çoğunluğu kadın, 40-49 yaşlarında, evli, 3-4 çocuk sahibi, ilkokul mezunu, ev hanımıdır (Tablo 4.1). F.Alvarez-Ude ve arkadaşlarının (37) çalışmasında benzer şekilde bakım veren ailelerin çoğunluğu kadın, evli, düşük eğitim seviyesine sahip ve üçte biri çalışan grup olarak bulunmuş olup bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının yarıdan fazlası çekirdek aileye mensup olup, kendi ifadelerine göre orta düzeyde gelir durumuna sahiptirler. Hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bu bireylerin % 64.9'unu eşler oluşturmakta, bireylerin tamamına yakını (%90.1) hasta ile sürekli birlikte yaşamakta ve %44.3'ü 61 ay ve üstü süredir bakım sorumluluğunu üstlenmekte ve bu kişilerin tamamından evde; hasta bakımı, büyük çoğunluğundan ise ev işi ve alış-veriş beklenmektedir (Tablo 4.1). Bakım sorumluluğunu üstlenen

bireylerin yarısından fazlasının bakımında yardımcısı vardır ve yarısına yakınına çocukları yardımcı olmaktadır. Yapılan bir çalışmada da hasta yakınlarının sıklıkla alış-veriş ve ev işlerine yardım ettiği belirlenmiştir (38).

Kronik hastalıklarda bakım verme rolünü sıklıkla hasta bireyin eşi üstlenmektedir (39). Yapılan diğer çalışmalarda da hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenenlerin büyük çoğunluğunu eşler oluşturmakta olup, bu çalışma bulgularını desteklemektedir. (38, 40-42). Bakım sorumluluğunu daha çok eşlerin üstlenmiş olması eğitim programları planlanırken bu sonucun dikkate alınmasının yararlı olacağını düşündürmüştür.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin çoğunluğu erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli, tam gün yada yarım gün çalışmaktadır (Tablo 4.2). ABD'deki SDBY hastalarının %54.8'i (16), İngiltere %60.9, Yunanistan'da %61.2'si, Danimarka'da %62.6, Norveç'te ise %64.4'ünü erkek hastalar oluşturmaktadır (43). 2002 TND verilerine göre ülkemizde hemodiyaliz uygulananların %56.6'sı erkek bireyler olarak bulunmuştur (15). Çakıl'ın (43) SDBY olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da hemodiyaliz uygulanan bireylerin çoğunluğunun (%55.7) erkek olduğu saptanmıştır. SDBY erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Değişik renal hastalıklarda progresyon hızı erkeklerde kadınlara göre belirgin olarak fazla bulunmuştur (12, 17). Bu sonuç erkek hasta oranının yüksek olmasına neden olabilir.

Böbrek hastalıklarının insidansı yaşla artmaktadır (12,17). TND verilerine göre hemodiyaliz uygulanan hastaların %42.7'si 45-64 yaş grubundadır (15). Çalışmamızda da hastaların %36.6'sı 60 yaş ve üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.2).

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin tamamının sosyal güvencesi vardır ve yarısından fazlasının sosyal güvence kuruluşu SSK'dır (Tablo 4.2). Sağlık Bakanlığı verilerine göre de hemodiyaliz uygulanan hastaların %56'sının bağlı oldukları sosyal güvence kuruluşu SSK'dır (15). Sosyal güvence kuruluşlarının bir çok özel sağlık merkezi ile anlaşmalı olması ve hastaların bu merkezlerin imkanlarından da yararlanmaları nedeniyle büyük çoğunluğunun (%65.6) özel bir kuruluştaki diyalize girmeyi tercih ettikleri düşünülebilir (Tablo 4.2).

Ülkemizde SDBY olgularında KBY'ye götüren ilk üç neden diabetes mellitus, kronik glomerülonefrit ve hipertansiyondur (15). Ancak bunlar içerisinde hipertansiyon aynı zamanda böbrek yetmezliğinin sonucu olarak da gelişebilir (24, 45, 46). Bu çalışmada da hemodiyaliz uygulanan bireylerin tamamına yakınının (%90.8) böbrek yetmezliğine eşlik eden bir kronik hastalığının olduğu, eşlik eden hastalıklarında %82.4'ünün hipertansiyon ve %37'sinin de diyabetes mellitus olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Altın-tepe ve ark. (47) hemodiyaliz uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının (%49.1) antihipertansif ilaç kullanacak düzeyde hipertansif hastalar oldukları belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarında, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonuna gereksinim duyulması, cihazların ortak kullanılmaları, sık medikal tetkik gereksinimi nedeniyle HCV enfeksiyonuna daha sık rastlanılmaktadır (48). Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının %29.4'ünde anti-HCV pozitif olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Özerol ve ark. (49) çalışmasında hemodiyaliz hastalarında anti-HCV prevalansı %48 olarak belirlenmiştir.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin %23.7'sine 12 ay ve altı, %23.7'sine de 61 ay ve üstü sürede, haftada 3 kez (%76.3) diyaliz uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Taşcı'nın (51) çalışmasında hastaların %37.3'üne haftada 3 kez hemodiyaliz uygulandığı saptanmış olup bu çalışma sonucundan daha düşük oranda bulunmuştur. Bu sonucun o dönemdeki diyaliz makinelerinin kısıtlı sayıda olması ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada haftada 3 kez ile haftada 2 kez uygulanan hemodiyaliz tedavileri karşılaştırıldığında, haftada 3 kez hemodiyaliz uygulanan hastaların hematolojik, biyokimyasal ve diyaliz yeterliliği değerleri, haftada 2 kez hemodiyaliz uygulanan hastalardan daha iyi bulunduğu saptanmış olup, zorunluluk halleri dışında haftada 2 kez hemodiyaliz tedavisi uygun bulunmamıştır (52).

Hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğuna (%87.8) hemodiyaliz dışında başka bir tedavi uygulanmamakta, uygulananların ise %87.5'ine SAPD uygulanmaktadır (Tablo 4.3). TND verilerine göre de ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemi hemodiyaliz (%76.8) olarak gösterilmektedir (15).

Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Diyaliz hastaları birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalır. Fiziksel sorunlar kronikleşme kazandığı zaman beraberinde ruhsal tepkiyi de getirir (22). Bu hastalarda sık karşılaşılan

psikiyatrik sorunlar depresyon, anksiyete, tedaviye uyumsuzluk, uyku bozuklukları, ve rehabilitasyondaki zorluklardır (30). Bu çalışmada hasta bireylerin tamamına yakını (%99.2) hastalığı süresince halsizlik (%85.4), kas krampı (%77.7), kaşıntı (%60.0) gibi fiziksel sorunlar yaşamakta olduğu saptanmıştır. Hastalar ruhsal olarak da sinirlilik (%82.3), alınganlık (%80.8), huzursuzluk (%68.5), uyku bozukluğu (%62.3) yaşamaktadır (Tablo 4.4). Turgay ve Özkan (53) hemodiyalize giren hastalarda yaptıkları bir çalışmada da hemodiyaliz uygulamasının birinci yılında bitkinlik, kramp, kaşıntının en yaygın sorunlar olduğu saptanmış, tatil olanaklarının kısıtlı olması, geleceğin belirsiz oluşu, hareket etme yeteneğinde azalma gibi psikososyal sorunlarda tespit edilmiştir. Fadiloğlu ve ark. (40) çalışmasında da hastaların en çok hem fiziksel hem de psikolojik kaynaklı yakınmalarının olduğu tespit edilmiş olup bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Uzun ve ark. (54) çalışmasında hemodiyalize giren hastaların %97.4'ünün uyku sorunları yaşadığı belirlenmiş olup bu çalışma bulgularından daha yüksek oranda bulunmuştur.

Günümüzde diyaliz tedavilerinin yaygınlaşmasına rağmen hastaların tedavisinde, beslenmenin rolü önemini yitirmemiş, hatta bazı diyaliz tedavisi etkinliğini değerlendirme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile daha da önem kazanmıştır (55). Diyete uyum göstermeyen hastaların serum elektrolit konsantrasyonlarında ve ekstrasellüler sıvı volümlerinde, sıklıkla kolayca saptanabilen değişiklikler oluşmaktadır (56).

Ancak diyet tedavisiyle birlikte yiyeceklerin çeşitliliğinin ve miktarının kısıtlanması hastada önemli uyum sorunlarının oluşmasına neden olmakta ve yemek yeme alışkanlıklarında radikal değişiklikler yapılması sıklıkla aile içi problemlere yol açmaktadır (57). Bu çalışmada da hastaların tamamına uygulanan bir diyet olmasına ve böbrek hastalığında diyetin öneminin büyük olmasına karşın hastaların sadece %26'sının diyetine uyum sağlaması oldukça düşündürücüdür. Hastaların yarısına yakını (%51.1) ise diyetine kısmen uyum göstermektedir. Diyete uymama nedenleri ise büyük oranda hastaların uyumsuzluğundan (%60.8) kaynaklanmaktadır, bir kısmında ise (%12.4) hasta diyete uymak istemekte ancak hasta yakını nedeniyle diyete uyamamaktadır (Tablo 4.5). Taşçı'nın (51) çalışmasında da diyetine uyanların oranı (%36) olup, hastaların çoğunluğu önerilen diyete uymamaktadır. Diyete uymama nedenleri ise diyete ilişkin bilginin yetersiz olması, yazılı bir diyet listesinin olmaması,

tuzsuz yemeğin lezzetinin olmaması olarak belirlenmiştir. Önerilen diyetle uyulanların oranı bu çalışmada olduğu gibi oldukça düşük bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada da hastaların tamamına yakını (%95) hastalıkları nedeniyle bir diyet uygulamaları gerektiğini belirtirken, bu diyeti uygularken günlük yaşamadığını ifade edenlerin oranı %12 bulunmuştur (50). Bu sonuçlar doğrultusunda problemin çözümünde hasta ve ailesine diyetin önemini anlatılması ve bu konuda eğitim programları düzenlemesi yararlı olabilir.

Hastaların çoğunluğunun (%98.5) ilaç tedavileri olduğu, bunların %79.8'inin ilaç tedavisine uyum gösterdiği, %17.8'inin kısmen uyum gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.6). Yapılan bir başka çalışmada da bu çalışmayla benzer şekilde sonuçlar elde edilmiş olup ilaç tedavisine uyanların oranı oldukça yüksek (%70) bulunmuştur (51).

Hasta bireylerin büyük çoğunluğu (%60.3) günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmekte, karşılayamayanların ise tamamı banyo ihtiyacını, yarıya yakını (%55.8) dışarı çıkma, %42.3'ü de boşaltım ihtiyacını karşılayamamaktadır (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarının aile içerisindeki rollerinde değişme, bağımsız bir bireyken bağımlı hale gelmeleri ve kısıtlamalarla karşılaşmalarının depresyon ve öfke yaşamalarına yol açtığı belirtilmiştir (58). Bu çalışma sonucunda da bireylerin çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerini tek başına karşılayamamaları ruhsal sorun yaşamalarını (%99.2) beraberinde getirmiş olabilir (Tablo 4.4).

Hasta yakınlarının %40.5'ine hemodiyaliz ile ilgili bilgi verilmiş olup, bu bilgilerin genellikle hekim (%60.4) tarafından verildiği görülmüştür (Tablo 4.8). Gümral'ın (60) "İç hastalıkları acil polikliniğine başvuran hasta ve ailelerin beklentilerini" saptadıkları çalışmada da hasta ailelerinin büyük çoğunluğu hekimden, çok az bir kısmı hemşireden bilgi almak istediğini belirtmiştir. Bu sonuç hemşireden bilgi beklentisinin az olduğunu düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının tamamına diyet, %13.2'sine ilaç tedavisi ve sadece %15.1'ine ise hastalık belirti ve bulguları ile ilgili bilgi verilirken, Çoban'ın (59) bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada hastaların %56.6'sına hastalık belirti ve bulguları ile ilgili bilgi verildiği saptanmıştır. Bu sonuç hastalığın belirti ve bulguları gibi önemli konuların bu çalışmada hasta yakınlarına yeterince anlatılmadığını ortaya koymaktadır.

Hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin büyük çoğunluğu (%63.4) bilgiye gereksinim duyduklarını, bilgiye gereksinim duydukları konuların başında diyet tedavisi (%65.1) gelirken, %61.4'ü hastalıkta bakım konularında bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.8). Bu sonuç hastanın tedavisinde büyük öneme sahip olan diyet ve bakım ile ilgili konularda bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yeterince bilgilendirilmediğinin bir göstergesi olabilir.

Hemodiyaliz uygulanan bireyin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının %61.5'inin çalışma koşullarında değişiklik olduğu, çoğunluğunun (%93.8) iş devamında aksamalar görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu bireylerin ilaç, muayene, tetkik ücretleri (%66), diyet ücreti (%44.3), ulaşım ücreti (%46.4) nedeniyle, büyük çoğunluğunun (74.0) ekonomik olarak etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.16). Çalışma durumunun etkilenmesi nedeniyle ekonomik durumunda etkilenmiş olması beklenen bir sonuçtur. Kronik hastalıkların tedavilerinin uzun zaman alması nedeniyle bireylere ve ailelerine hem ekonomik hem de sosyal anlamda yük getirmektedir (4).

Hasta yakınlarının %18.3'ü yerleşim yerlerini hemodiyaliz merkezine daha kolay ulaşabilmek için değiştirmek zorunda kalmıştır (Tablo 4.10). Fadiloğlu'nun (40) çalışmasında da hasta yakınlarının karşılaştığı önemli sorunlardan biri de ulaşım güçlüğü olarak belirlenmiştir. Çevre ilçe ve köylerde hemodiyaliz merkezlerinin olmaması hasta yakınlarının ulaşımında sorun yaşamalarına ve yerleşim yerlerini değiştirmelerine neden olmuş olabilir.

Hasta yakınlarının tamamına yakını (%92.9) bakım verme zorunluluğu nedeniyle ama isteyerek (%96.2) hastalarına bakım verdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.11). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur ( 59, 61).

Hemodiyaliz tedavisi medikal yönünün yanısıra gerek hasta, gerekse hasta yakınlarının sosyal, ekonomik, ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir (4). Hasta yakınlarının çoğunun desteğe gereksinim duyduklarını bu desteğinde özellikle maddi destek (%46.6) olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Bireylerin büyük çoğunluğunun ekonomik olarak etkilenmiş olması maddi desteğe olan ihtiyacı artırmış olabilir.

Hasta yakınlarının %62.6'sının fiziksel sağlığının etkilendiği, en çok da (%58.5) yorgunluk, halsizlik yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.13). Yapılan bir çalışmada hasta eşlerinin diyaliz süresince hastaların yanlarında olmayı tercih etmeleri, kronik hastalığı olan ve sevdikleri birine bakım vermenin stresi nedeniyle yorgunluk tarifledikleri

saptanmıştır (58). Çoban'ın (59) bipolar affektif bozukluğu olan hasta yakınları ile yaptığı çalışmada ise bu oran %36.8 olarak saptanmıştır. Bu farklılığın sebebi ise hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerini karşılama konusunda daha bağımlı olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun (%87.0) ruh sağlığının etkilendiği ve bu etkilenmenin en çok iç sıkıntısı, üzüme ve sinirlenme boyutunda yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4. 14). Doğan ve Doğan'ın (33) çalışmasında hemodiyaliz uygulanan hastaların %57.8'inin aile ilişkilerinin bozuk olduğu bulunmuştur. Tel'in (50) çalışmasında da hastaların %56.6'sının aile ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların aile içinde problem yaşamaları bakım sorumluluğunu üstlenen bireyin ruhsal sorun yaşamaya neden olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca hastalarında büyük çoğunluğunun sinirlilik, alınganlık, huzursuzluk gibi ruhsal sorun yaşamaları da bakım sorumluluğunu üstlenen bireyin ruh sağlığını etkileyebilir.

Hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarının etkilenmesiyle birlikte sosyal ilişkilerinin ve kendine bakımlarının da etkilendiği görülmektedir (Tablo 4.15, 4.17). Bireylerin %43.9'unun hiçbir yere çıkmadığı, yarısından fazlasının da kısıtlı bir sürede dışarı çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4.15). Yapılan benzer bir çalışmada da bakım sorumluluğunu üstlenen eşlerin daha çok sosyal izolasyon yaşadıkları saptanmıştır (58).

Uzun süreli medikal tedaviler bireylerin ve ailelerinin ruh sağlığını etkilemekte, bunlar da kişilerin bazı baş etme davranışlarının gelişmesine neden olmaktadır. Hasta yakınlarının büyük çoğunluğu baş etme davranışında bulunmuş, en çok (% 24.5) ibadet ederek, ağlayarak (%18.6) ve yürüyerek (%18.6) rahatladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.18). Hasta yakınlarının çevresindekilerin %61.8'inin hastalığı öğrendikten sonra yaklaşımının değiştiği, bu değişikliğin hasta yakınlarından uzaklaşma, aramama şeklinde (%51.9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.19). Benzer şekilde Çoban'ın (59) çalışmasında da bakım veren bireyden (%64.5) uzaklaşma, dışlama davranışının görüldüğü saptanmıştır. Hasta yakınlarının ruhsal sıkıntılarının artması ve sosyal izolasyon gelişmesi bu durumun bir sonucu olarak gelişmiş olabilir.

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun (%86.3) hastası ile ilgili korku yaşadığı, en çok da (%74.3) kayıp/ölüm korkusu duydukları tespit edilmiştir (Tablo 4.20). KBY'de tam

iyileşmenin olmamakta ve ani ölümler meydana gelmektedir (62). Bu da hasta yakınlarının hastaları ile ilgili kayıp/ölüm korkusunun fazla yaşanmasına neden olmuş olabilir.

Hemodiyaliz uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin yarısına yakını (%48.1) hastanede sorun yaşadığını ifade etmektedir. Sevk ve ulaşım sorunu en sık yaşanan sorunlar arasında görülmektedir ( Tablo 4.21) Hastaların çoğunluğunun sosyal güvenlik kurumunun SSK olması ve özel merkezde diyaliz uygulanması nedeniyle SSK hastanesinden belli sürelerde sevk yapılması hastaların bu sorunu sık yaşamalarının nedeni olabilir. Ayrıca özel merkezler dışındaki hastanelerde hastayı taşıyacak olan servis imkanının olmaması nedeni ile hastalar ulaşım problemi yaşamaktadır.

Hasta yakınlarının hastane personelinden beklentisi olma durumunun oldukça düşük (%31.3) olduğu saptanmıştır. Personelden %63.4 oranında hoşgörülü yaklaşım beklenmektedir (Tablo 4.22). Bireylerin büyük çoğunluğunun bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmelerine rağmen personelden beklentilerinin olmaması düşündürücü bulunmuştur.

Bakım sorumluluğunu üstlenen kadınların (%69.1) erkeklere göre (%45.9) fizik sağlıklarının daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.23). Hasta yakınlarının eğitim durumu arttıkça fizik sağlığında daha az etkilendiği saptanmış olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim durumunun artması ile bireylerin kendi sağlığına karşı daha bilinçli yaklaştıkları düşünülebilir. Yaş, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi, gelir durumu, hasta yakınına hasta ile yakınlık derecesi ve bakıma yardımcı olan kişinin varlığı ile fizik sağlığın etkilenme durumunda gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.23). Uzun süre hasta bireyin bakım sorumluluğunu üstlenenlerin fizik sağlıklarının daha fazla etkilenmesi beklenirken bu çalışmada bakım verilen sürenin fiziksel sağlığı etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.23).

Çalışmada kadınların erkeklere göre ruh sağlıklarının daha fazla etkilendiği bulunmuş olup, cinsiyetler arasındaki farklılık istatistiksel olarak çok anlamlıdır ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.24). Genel olarak kadınların hormonal bir takım etkiler nedeniyle erkeklere oranla daha fazla depresif semptomlar yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle bu bulgu beklenebilir bir sonuçtur.



Hemodiyaliz uygulanan bireylerden erkeklerin, 39 yaş ve altında olanların, evli olanların, okur yazar/okur yazar olmayanların, resmi bir merkezde diyaliz uygulananların, 60 ay ve altı sürede, haftada 3 kez hemodiyaliz uygulananların, bakım sorumluluğunu üstlenenlerinin fiziksel sağlığının daha çok etkilendiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sosyal güvenlik kuruluşu SSK ve böbrek yetmezliği dışında başka bir kronik hastalığı olan hasta bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenenlerinin büyük çoğunluğunun fizik sağlığının etkilendiği belirlenmiş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.25). SSK işlem prosedürlerinin uzun sürmesi hasta yakınlarının daha çok yorulmasına ve fiziksel sağlıklarının etkilenmesine neden olmuş olabilir. Hasta da KBY eşlik eden hastalığın varlığı da hasta yakınlarının fiziksel sağlığını daha fazla etkilemektedir. Kronik hastalıklar genelde özel bakım gerektirdikleri için hastanın birden fazla kronik hastalığının olmasının hasta yakınlarının sağlığını etkilemesi beklenebilir bir sonuçtur.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerden erkeklerin ve 39 yaş ve altında olanların bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin ruh sağlıklarının anlamlı derecede etkilendiği bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.26). Bakım verenler bakım sorumluluklarını üstlendikleri bireylerin erken yaşlarda kronik bir hastalığa yakalanmalarını kabullenmekte güçlük yaşadıkları için, ruh sağlıklarının daha fazla etkilendiği düşünülebilir. Hastanın medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvence kuruluşu, hemodiyaliz süresi ve sayısı, eşlik eden hastalığın oluşu, hasta yakınlarının ruh sağlığını anlamlı derecede etkilememektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.26).

Hasta yakınlarından kadınların büyük çoğunluğunun (%66.0) kendi bakımının etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.27). Çoban'ın (59) çalışmasında ise hastaya bakım veren kadın ve erkeklerin eşit oranda kendi bakımının etkilendiği bulunmuştur. Hasta yakınlarından 39 yaş ve altında olanlar, evli olmayanlar, lise ve üzeri eğitimi olanlar, çalışmayanlar, sosyal güvencesi olanlar, çekirdek aileden gelenler, gelir durumu kötü olanlar, hastanın eşi olanlar, bakım süresi 60 ay ve altı olanlar ve bakımında yardımcı olmayanların çoğunluğu kendi bakımlarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.27). Bakımında yardımcı başka bireyin olmaması hastanın tüm ihtiyaçlarının bir kişi üzerine

kalmasına neden olmaktadır. Bu da hasta yakınlarının kendine ayracağı zamanın azalması sonucunu getirmiş olabilir.

Hasta yakınlarından çekirdek aileye mensup olan ve gelir durumu kötü olanların ekonomilerinin daha çok etkilendiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.28). Çekirdek aile anne, baba ve çocuklardan oluşmaktadır, hastalık nedeniyle özellikle aile reisinin hastalanması ekonomik olarak etkilenmeye neden olabilir. Geniş ailelerde ise çalışan birey sayısının fazla olması ve ekonomik bir iş bölümü kurulduğu için ekonomilerinin daha az etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Sonuç olarak çalışmada hasta yakınlarının %87'sinin ruh sağlıklarının etkilendiği ve bu etkilenmenin en çok iç sıkıntısı boyutunda yaşandığı, %59.5'inin kendine bakımlarının etkilendiği, %74.8'inin sosyal ilişkilerinin etkilendiği, %48.1'inin hastanede sorun yaşadığı ve bu sorunların %36.5'ini hem sevk hem de ulaşım sorununun oluşturduğu saptanmıştır. Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığı olanların bakım sorumluluğunu üstlenenlerin (%66.4) fiziksel sağlığının daha çok etkilenmiş olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz ünitesinde çalışan ekibin hasta kadar hasta yakınlarının da ruhsal sorunlarına eğilmesi, destekleyici ve güven verici bir ilişki ile bu tür sorunları olan hasta yakınlarının tespit edilerek gerektiğinde psikiyatrist'e yönlendirilmesi,
- Hemodiyaliz hastalarına hizmet veren hemşirelerin bütüncül sağlık anlayışı ile hastaya olduğu kadar ailesine de destekleyici hizmet vermesi,
- Hasta yakınlarının kendine bakım konusunda eğitilmesi ve bağımsız olmaları için desteklenmesi,
- Hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin eğitici rollerinin geliştirilmesi,
- Hasta ve ailesine düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılması,
- Hastaların ve hasta yakınlarının hemodiyaliz merkezine ulaşımında yaşadıkları sorunları önleyecek tedbirler alınması önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Erek E, Süleymanlar G. Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), İç Hastalıkları (1.cilt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1213-1228
2. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği (6. bs), Ankara, 1997:437-480
3. Guyton AC. Tıbbi Fizyoloji (çev: Gökhan N, Çavuşoğlu H.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1998:569-571
4. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:1-14
5. Dilek K, Akpolat T. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000:21-28
6. Grantham JJ. Acute Renal Failure. In: Wyngaarden JB, Smith LH. (eds), Cecil Textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 1988:558-562

7. Brady HR, Brenner BM. Akut Böbrek Yetmezliği. (çev: Taşkıran H) İçinde: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, et al. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. (3.cilt) (çev ed: Sağlık Y.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004:1541-1550
8. Süleymanlar G. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), İç Hastalıkları (1.cilt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1286-1297
9. Kokko J. Chronic Renal Failure. In: Wyngaarden JB, Smith LH. (eds), Cecil Textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 1988:563-568
10. Skorecki K, Green J, Brenner BM. Kronik Böbrek Yetmezliği. (çev: Yeksan M, Tonbul HZ) İçinde: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, et al. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. (3.cilt) (çev ed: Sağlık Y.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004:1551-1562
11. Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000:11-20
12. Arık N. Nefroloji Kitabı , İstanbul, Deniz Matbaacılık 2001:212-224
13. Ereğ E, Süleymanlar G. İdrar Analizi ve Böbrek Fonksiyonlarının İncelenmesi. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), İç Hastalıkları (1.cilt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1233-1251
14. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), İç Hastalıkları (1.cilt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1298-1307
15. Ereğ E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2002. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2003:1-28
16. National Institute of Health. Atlas of End Stage Renal Disease. 2002 Annual Data Report. USRDS. American Journal of Kidney Disease 2003;41 (Suppl 2):42-212

17. Nahas ME. Progression of Chronic Renal Failure. In: Jhonson RJ, Feehally J. (eds), *Comprehensive Clinical Nephrology*. 2nd ed, Edinburg, Mosby, 2003:843-856
18. Stack AG, Port FK. Son Dönem Böbrek Yetersizliği Hastalarının Demografisi. (çev: Ereğ E) İçinde: Nissenson AR, Fine RN (eds), *Diyaliz Tedavisi*. (çeviri editörleri: Süleymanlar G, Ereğ E.) Ankara, Güneş Kitabevi, 2004:1-6
19. Akpolat T, Utaş C. Diyaliz: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000:29-38
20. Akpolat T, Utaş C. Diyaliz: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:15-22
21. Arınoy T. Yaşlı Hastalarda Diyaliz. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:256-258
22. Aydın Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000:126-160
23. Oymak O, Akpolat T. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:125-146
24. Matassarın-Jacobs E. Nursing Care of Clients With Renal Disorders. In: Black JM, Matassarın-Jacobs E. (eds), *Medical-Surgical Nursing Clinical Management For Continuity Of Care*. 5th ed. Philadelphia, Saunders Company, 1997:1641-1648
25. Arık N, Sungur C, Ersoy F, Süleymanlar G. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi. İçinde: İliçin G, Biberöğlü K, Süleymanlar G, Ünal S. (editörler), *İç Hastalıkları (1.cilt)* Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1308-1339
26. Akpolat T, Utaş C. Renal Transplantasyon ve Hasta Seçimi. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:263-265
27. Akdemir N. Kronik Hastalıklar. İçinde: Akdemir N, Birol L. (editörler), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 1.baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003:193-200
28. Günay O. Aile ve Sağlık. İçinde: Öztürk Y, Günay O. (editörler), *Aile Sağlığı El Kitabı*. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 1995:1-6

29. Erefe İ. Halk Sağlığı ve Hemşireliğine Giriş. İçinde: Erefe İ. (editör), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset, 1998:1-11
30. Sezer MT. Psikiyatrik Sorunlar. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:147-152
31. Erek E, Serdengeçti K, Ataman R, Dalmak S. Hemşireler İçin Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. İstanbul, Tayf Ofset, 2003:126-128
32. Keçecioglu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer MT, Eryılmaz M. ve ark. Hemodiyaliz ve Kronik Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar ve Bu Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1995;3:1-5
33. Doğan S, Doğan O. Hemodiyalize Giren Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Aile İlişkilerinin Değerlendirilmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, ss 495-501, 1992, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
34. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir, Etki Matbaacılık, 1997:20-28
35. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, İmaj İç ve Dış Tic.AŞ., 2004:45-47
36. Bahar Z. Aile ve Aile Hemşireliği Süreci. İçinde: Erefe İ. (editör), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset, 1998:123-141
37. Alvarez-Ude F, Valdés C, Estébanez C, Rebollo P. Health-Related Quality of Life of Family Caregiver of Dialysis Patients. J. Nephrol 2004;17:841-850
38. Suet W, Luk C. The Home Care Experience as Perceived by The Caregivers of Chinese Dialysis Patients. International Journal of Nursing Studies 2002; 339: 269-277
39. Shands ME, Zahrls EH. Families and Illness. In: Phipps WJ, et al (eds), Medical-Surgical Nursing Concepts And Clinical Practice 4th ed. St. Lous, Mosby Year Book, 1991:126-127
40. Fadiloğlu Ç, Akyol AD, Kaya B. Hemodiyalize Giren Hasta Ailelerinin Hastalığa Olan Yaklaşımları ve Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. Çınar Dergisi 1995;1(4):1-7

41. Belasco AG, Sesso R. Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases* 2002;39(4):805-812
42. Ferrario SR, Zotti AM, Baroni A, Cavagnino A, Fornara R. Emotional Reactions And Practical Problems Of The Caregivers Of Hemodialysed Patients. *J. Nephrol.* 2002;15:54-60
43. Era-Edta Registry. Era-Edta Registry 2003 Annual Report, Academic Medical Center. Amsterdam, 2005:36-38
44. Çakıl E. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2004.
45. Goldfarb S, Ziyadeh FN. Böbrek Hastalıkları; Sıvı-Elektrolit Bozuklukları ve Hipertansiyon (çev: Yılmaz C.) İn: Myers AR. İç Hastalıkları (3.bs), İzmir, Tayf Ofset, 1998:279-288
46. Paydaş S, Sağlıker Y, Karayaylalı İ. Böbrek Kaynaklı Hipertansiyon. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. (editörler), İç Hastalıkları (1.cilt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2003:1406-1411
47. Altıntepe L, Tonbul HZ, Mil S, Türk S, Yeksan M. Hemodiyaliz Hastalarında Hipertansiyon Sıklığı ve Volüm Kontrolünün Önemi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2002;11(1):32-35
48. Türkmen A. HCV(+) Hastalarda Hemodiyaliz Makineleri Ayrılmalıdır. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:176-183
49. Özerol H, Yeksan M, Tamer N, Türk S, Saniç A. ve ark. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV Prevalansı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1994;3:5-8
50. Tel H. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Bireysel Bakımları İle İlgili Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 1993
51. Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1998

52. Kalender B, Erdoğan MS, Şengül E, Serdengeçti K, Erek E. ve ark. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Durumu ve Diyaliz Yeterliliği Arasındaki İlişki. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2002; 33: 223-230
53. Turgay M, Özkan S. Hemodiyaliz Hastalarında Stres Faktörleri ile Psikososyal Uyum İlişkisi. Türk Hemşireler Dergisi 1992;42(3):16-21
54. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2003; 12(1):61-66
55. Özener İÇ, Akoğlu E. Malnütrisyon ve Beslenme. İçinde: Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001:153-161
56. Fenistein EI. İdame Hemodiyalizde Nutrisyonel Tedavi. (çev: Özdemir AA.) In: Nissenson AR, Fine RN (eds), Diyaliz Tedavisi. (çeviri editörleri: Süleymanlar G, Erek E.) Ankara, Güneş Kitabevi, 2004:281-285
57. Karayaylalı İ. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyet Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(21):77-81
58. White Y, Greyner BFS. The Biopsychosocial Impact of End-stage Renal Disease: The Experience of Dialysis Patient and Their Partners. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(6):1312-1320
59. Çoban S. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlarla Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kayseri 2004
60. Gümral N. İç Hastalıkları Acil Polikliniğine Başvuran Hasta ve Ailelerin Beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1988
61. Akça NK. 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2003
62. Alexander MF, Fawcett JN, Runciman PJ (eds). Nursing Practice Hospital and Home. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999:320-323



EK-3



T.C.  
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ  
KAYSERİ

Kayseri Atatürk Sağlık Yüksekokulu  
SAYI : B.30.2.ERC.0.66.00.00/401 140-1  
KONU:

KAYSERİ  
14.10.2004

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ  
GEVHER NESİBE ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Göknur DEMİR HACİMUSALAR'ın "Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi" konulu çalışmasını yapabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*Doç.Dr. Feriye...*  
Prof. Dr. Feriye...  
Başhekim

*Prof. Dr. Ümit Seviğ*  
Prof. Dr. Ümit SEVİĞ  
Yüksek Okul Müdürü



T.C.  
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ



Kayseri Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
Sayı : B.30.2.ERC.0.66.00.00/500-  
Konu :

KAYSERİ  
14.10.2004

KAYSERİ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE  
KAYSERİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Göknur DEMİR HACİMUSALAR'ın "Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi" konulu çalışmasını yapabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*Hemodiyaliz...*  
*uygun du...*  
Prof. Dr. Ümit SEVİĞ  
Yüksek Okul Müdürü

*Op. Dr. Bayram ŞAHİN*  
Başhekim



EK-4



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ



Kayseri Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
Sayı : B.30.2.ERC.0.66.00.00/500-  
Konu :

KAYSERİ  
14.10.2004

ALMET DİYALİZ MERKEZİ  
KAYSERİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Göknur DEMİR HACİMUSALAR'ın "Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi" konulu çalışmasını yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*Okuldan Öymeli*  
*[Signature]*

*[Signature]*  
Prof.Dr. Ümit SEVİĞ  
Yüksek Okul Müdürü

38090 Melikgazi-KAYSERİ  
Telefon: (352) 437 92 82 Faks: (352) 437 92 81

e-mail: ataturksyo@erciyes.edu.tr



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ



Kayseri Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
Sayı : B.30.2.ERC.0.66.00.00/500-  
Konu :

KAYSERİ  
14.10.2004

ÖZEL AHMET ÇEŞMEBAŞI MELİKGAZI  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE  
KAYSERİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Göknur DEMİR HACİMUSALAR'ın "Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi" konulu çalışmasını yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*Başhekimle ve  
konulmuş bulunan  
ve 1 saatlik izne  
verilmiştir.*  
*Dr. E. Badi*  
*[Signature]*

*[Signature]*  
Prof.Dr. Ümit SEVİĞ  
Yüksek Okul Müdürü

38090 Melikgazi-KAYSERİ  
Telefon: (352) 437 92 82 Faks: (352) 437 92 81

e-mail: ataturksyo@erciyes.edu.tr

EK-5



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ



Kayseri Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
Sayı : B.30.2.ERC.0.66.00.00/500-  
Konu :

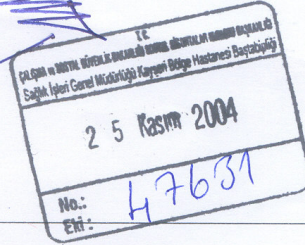
KAYSERİ  
14.10.2004

SSK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

KAYSERİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Gökür DEMİR HACİMUSALAR'ın "Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi" konulu çalışmasını yapabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*Devran*



*Prof. Dr. Ümit Seviğ*  
Prof. Dr. Ümit SEVİĞ  
Yüksek Okul Müdürü

38090 Melikgazi-KAYSERİ  
Telefon: (352) 437 92 82 Faks: (352) 437 92 81

e-mail: ataturksyo@erciyes.edu.tr



## ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No.	Özü
07.09.2004	10	04/308	

### Karar

Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Göknur Demir'in "Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Yaşadığı Sorunların Belirlenmesi" adlı araştırması incelenerek, çalışmanın yapılmasının uygun olacağına ve dekanlık makamına sunulmasına oy birliğiyle karar verildi.

ASLI GİBİDİR.



Prof. Dr. Yalcın TEKOL

Prof. Dr. Çiğdem ÖZESMİ

Prof. Dr. Ümit UKŞAL

Prof. Dr. Hidayet AKDEMİR

Prof. Dr. Kader KÖSE

Prof. Dr. Yücel ARITAŞ

Prof. Dr. Turhan ÖKTEN

Prof. Dr. Aydın ERENMEMİŞOĞLU

## ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Kayseri’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Yozgat’ta tamamladı. 2002 yılında Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Ekim 2002-Şubat 2003 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi nöroloji servisinde hemşire olarak görev yaptı. 2003-2004 öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladı. 2005 yılında Kayseri Pınarbaşı Devlet Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı.