



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN  
VE ALMAYAN ÜREMİK HASTALARDA  
KAŞINTI KONFORU ETKİLER Mİ?**

TÜRKAN ÇALIŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA – 2018





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN  
VE ALMAYAN ÜREMİK HASTALARDA  
KAŞINTI KONFORU ETKİLER Mİ?**

TÜRKAN ÇALIŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

( Tez Danışmanı)

Prof. Dr. ASİYE DURMAZ AKYOL

(Jüri Üyesi)

Dr.Öğr.Üyesi ÖZDEN ÇAYDAM DEDELİ

(Jüri Üyesi)

## BEYAN

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

31/12/2018

TÜRKAN ÇALIŞKAN

## TEŞEKKÜR

Tanıdığım günden beri akademik ahlakı ve duruşu ile yolumu aydınlatan,  
adımlamadan yürümeye giden yoldaki sabrıyla  
tezimi iliklerime kadar hissetmemdeki öğretici ışığı,  
öğrencisi olmanın tarifinin kelimelerle anlatılamayacağı danışman hocam

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e

Tezimdeki katkı ve önerileriyle destekleri için tez jürim

Prof.Dr. Asiye DURMAZ AKYOL ve

Dr.Öğr.Üy. Özden ÇAYDAM DEDELİ'ye

İhtiyacım olan her an yanımda olduğunu hissettiren AİLEM'e ve dostlarıma  
Veri toplama sürecinde vakit ayıran sabır göstererek araştırmaya katılan tüm  
hastalarım ve MENEKŐE'ye

TEŞEKKÜR EDERİM.

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

<b>1. ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
4.1. Kronik Böbrek Hastalığı	5
4.2. Kronik Böbrek Hastalığında Görülen Bulgular	6
4.2.1. Üriner sistem	6
4.2.2. Kardiyovasküler sistem	6
4.2.3. Hematolojik sistem	7
4.2.4. Solunum sistem	7
4.2.5. Gastrointestinal sistem	7
4.2.6. Sinir sistemi	7
4.2.7. Kas iskelet sistemi	8
4.2.8. Üreme sistemi	8
4.2.9. Endokrin sistem bulguları	8
4.2.10. Psikososyal değişiklikler	8
4.2.11. Deri ve cilt bulguları	9
4.2.11.1. Üremik kaşıntı	9
4.3. Konfor Kuramı ve Kavramı	11
4.4. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor	16
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>18</b>
5.1. Araştırmanın Amacı	18
5.2. Araştırma Soruları	18
5.3. Araştırmanın Tipi	18
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zaman	18
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
5.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	19
5.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	19
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	19

5.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	20
5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	20
5.8.1.Hasta Tanıtım Formu	21
5.8.2. Genel Konfor Ölçeği	21
5.9. Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi	22
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	22
<b>6. BULGULAR</b>	<b>23</b>
6.1. Sosyodemografik Özellikler	23
6.2. Hastaların Böbrek Yetersizliği ve Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular	24
6.3. Hastaların Kaşıntı Semptomuna İlişkin Bulgular	25
6.4. Genel Konfor Ölçeği Toplam, Alt Boyut ve Düzey Puanlarına İlişkin Bulgular	26
6.5. Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları ile Kaşıntı Şikayetine İlişkin Bulgular	28
<b>7. TARTIŞMA</b>	<b>33</b>
7.1. Sosyodemografik Özellikler, Hemodiyaliz Tedavisi ve Kaşıntı Semptomu	33
7.2. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam, Alt Boyut ve Düzey Puanları	34
7.3. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları ile Kaşıntı Şikayeti	37
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>41</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>42</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>53</b>
Ek-1 Enstitü Anabilim Dalı Kurul Kararı	53
Ek-2-Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	54
Ek-3 Hasta Tanıtım Formu	57
Ek-4 Genel Konfor Ölçeği	60
Ek-5 Ölçek Kullanım İzin Yazısı (K. Kolcaba)	62
Ek-6 Ölçek Kullanım İzin Yazısı (S. Kuşuğlu)	63
Ek-7 Kurum İzin Yazısı (Kamu Hastaneler Birliği)	64

Ek-7A Kurum İzin Yazısı (Kamu Hastaneleri Birliği)	65
Ek-8 Kurum İzin Yazısı (Atatürk Devlet Hastanesi)	66
Ek-9 Kurum İzin Yazısı (Tıp Fakóltesi Hastanesi)	67
Ek-10 Etik Kurul İzin Formu	68
Ek-11 Etik Kurul Değerlendirme Formu	69
Ek-12 Turnittın Benzerlik Tarama Raporu	70
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	71





## KISALTMALAR

Albümin İtrah Hızı	AIH
Albümin Kreatinin Oranı	AKO
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form	WHOQOL-BREF
Eritropoetin	EPO
Gastrointestinal Sistem	GİS
Genel Konfor Ölçeği	GKÖ
Glomeruler Filtrasyon Hızı	GFR
Hemodiyaliz	HD
Hemodiyaliz Konfor Ölçeği	HDKÖ
Hipertansiyon	HT
Kan Üre Nitrojen	BUN
Konjestif Kalp Yetmezliği	KKK
Kronik Böbrek Hastalığı	KBH
Periton Diyaliz	PD
Renal Replasman Tedavisi	RRT
Standart Sapma	SS
Son Dönem Böbrek Yetmezliği	SDBY
Statistical Package Social Sciences	SPSS
Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelansı Araştırması	CREDIT
Türk Nefroloji Derneği	TND
Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	PUKİ

## TABLÖLAR

<b>Tablo 4.1:</b> Kronik Böbrek Hastalığında Glomerular Filtrasyon Hızı ve Albüminüriye Göre Evreler	8
<b>Tablo 4.2:</b> Genel Konfor Ölçeği Düzey ve Boyutları	16
<b>Tablo 6.1:</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	27
<b>Tablo 6.2:</b> Hastaların Böbrek Yetersizliği ve Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özellikleri	28
<b>Tablo 6.3:</b> Hastaların Kaşıntı Semptomuna İlişkin Özellikleri	29
<b>Tablo 6.4:</b> Konfor Ölçeği Toplam Puanları, Ölçek Alt Boyut ve Düzey Puanları Açısından Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastalar Arasındaki Farklar	30
<b>Tablo 6.5:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut Düzey ve Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetine Göre Karşılaştırılması	32
<b>Tablo 6.6:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Zamana Göre Karşılaştırılması	33
<b>Tablo 6.7:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Bölgeye Göre Karşılaştırılması	34
<b>Tablo 6.8:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetini Tarif Etmeye Göre Karşılaştırılması	35
<b>Tablo 6.9:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinde Hissettiklerine Göre Karşılaştırılması	36
<b>Tablo 6.10:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Günlük Yaşantısına Etkisine Göre Karşılaştırılması	36
<b>Tablo 6.11:</b> Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayeti Olduğunda Rahatlamak İçin Yaptıklarına Göre Karşılaştırılması	37

**Tablo 6.12:** Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayeti Nedeniyle Kullandıklarına Göre Karşılaştırılması

37



## **Başlık: Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?**

**Öğrencinin Adı:** Türkan ÇALIŞKAN

**Danışman :** Prof. Dr. Sezgi Çınar PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** İç Hastalıkları Hemşireliği

### **1. ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforunu etkileyip etkilemediğini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma, Ekim - Kasım 2017 tarihleri arasında, hemodiyaliz tedavisi alan (n=191) ve almayan (n=106) hastalar ile yapıldı. Veriler Hasta Tanılama Formu ve Genel Konfor Ölçeği ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, t-testi, ANOVA varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %50,8'inde, hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %40,6'sında kaşıntı şikayeti olduğu belirlendi. Genel konfor ölçeği toplam puan ortalaması hemodiyaliz tedavisi alanlarda  $3,07 \pm 0,29$ , hemodiyaliz tedavisi almayanlarda  $2,97 \pm 0,25$  olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %17,8'i kaşıntı nedeniyle öfke hissettikleri, hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %17,0'i kaşıntı nedeniyle yorgunluk yaşadıkları ve her iki grupta da kaşıntının en fazla günlük konforlarına uykusuzluk (sırasıyla %24,6; %20,8) olarak yansıdığı belirlendi.

**Sonuçlar:** Kaşıntı şikayetinin hemodiyaliz tedavisi alanlarda daha fazla olduğu ve günlük konforlarını olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Böbrek Hastalığı, Kaşıntı, Konfor, Konfor Ölçeği, Çevresel Konfor

**Title: Does Itc Effect to Comfort of Uremic Patient Receiving Hemodialysis Treatment and Not Receiving**

**Öğrencinin Adı:** Türkan ÇALIŞKAN

**Danışman :** Prof. Dr. Sezgi Çınar PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** İç Hastalıkları Hemşireliği

## **2. SUMMARY**

**Aim:** The aim of this study is to investigate whether itching affects patient comfort in uremic patients receiving hemodialysis treatment or not.

**Materials and Method:** This research is a descriptive cross-sectional study. It was carried out patients receiving hemodialysis treatment (n=191) or not (n=106) between October and November 2017. The research data were obtained by the Patient Identification Form and the General Comfort Scale For the evaluation of the data, numbers, percentage t-test, ANOVA variance analysis and correlation analysis were performed

**Results:** It was determined that 50,8% of the patients receiving hemodialysis treatment and 40,6% of the patients did not receiving hemodialysis treatment and the itching complaint and the itching complaint of patients was reflected as the insomnia in both groups (24,6%, 20,8% respectively). Overall comfort score was  $3,07 \pm 0,29$  in the patients receiving hemodialysis treatment and  $2,97 \pm 0,25$  in patients did not receiving hemodialysis treatment, and this difference was statistically significant. It was found that 17,8% of the patients receiving hemodialysis treatment experienced anger due to itching, 17,0% of the patients did not receiving hemodialysis treatment experienced fatigue due to itching, and the maximum daily comfort of the itch was reflected as insomnia (24,6%, 20,8%, respectively) in both groups.

**Conclusion:** It was determined that the complaint of pruritus was more frequent in hemodialysis receiving hemodialysis treatment areas and affected daily comfort in the negative direction.

**Key Words:** Chronic Kidney Disease, Itching, Comfort, Comfort Scale, Envorinmental Comfort

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Türk Nefroloji Derneği (TND) registry raporunda da (2016) belirtildiği (<http://www.tsn.org.tr> erişim tarihi 11/12/2017) gibi kronik böbrek hastalığı (KBH), prevalans hızı artan, ülkeler için tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu küresel bir problem olmaya devam eden önemli bir sağlık sorunudur.

Kronik böbrek hastalığına tanım olarak baktığımızda nefron hasarı, ilerleyici ve geri dönüşü olmayan değişiklikler ile glomerüler filtrasyon hızında (GFR) düşmenin olduğu bir tablo görmekteyiz (Sarnak ve ark. 2003; Süleymanlar ve ark. 2011; Kaçar 2012). KBH'da GFR<15 ise tablo son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) olarak isimlendirilir ve hastalar için renal replasman tedavisi (RRT) kapsamındaki hemodiyaliz (HD), periton diyaliz (PD) ve transplantasyonu tedavisinden hasta için en uygun olana başlanması gerekir (Enç ve Öz Alkan 2014; Çınar Pakyüz 2016).

Böbrek fonksiyonlarının bozulmasının bir sonucu olarak glomerüler filtrasyon hızının azalmasıyla birçok organ ve sistemde değişik sorunlar görülmeye başlar. (Süleymanlar ve ark. 2011; Akyol 2013; Ak ve ark. 2015). Dermatolojik problemler ise genellikle GFR 15'in altına indiği ileri dönemlerde (G5) ortaya çıkar (Çınar Pakyüz 2016). Deriye ait görülen en önemli sorun kaşıntıdır (Kavurmacı ve Tan 2014). Kaşını deneyimi hastalar tarafından en berbat semptom olarak nitelendirilmektedir (Karadağ ve ark. 2013).

Deride hissedilen hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlanan kaşıntının nedeni hala net olarak bilinmemektedir (Kavurmacı ve Tan 2014). Cilt kuruluğu, allerjik reaksiyonlar, hipersensitivite, histamin, parathormon seviyesi, kan kalsiyum ve fosfor oranlarındaki artış durumunda hastaların kaşıntı şikayetlerinin arttığı bilinmektedir (Çınar 2000; Aşçıoğlu ve ark. 2011).

Subjektif bir duygu olan kaşınma hasta için tek başına tehlikeli bir durum gibi görülme de kaşınmanın bir sonucu olarak çoğu zaman deride kanama ve lezyonlara sebep olan fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır (Kılıç Akça ve Taşçı 2013).

Kaşıntının sürekliliği ve şiddeti de dikkate alındığında hastalar için fiziksel ve zihinsel yorgunluk, uykusuzluk, sosyal izolasyon öfke gibi duygular kaçınılmaz olacaktır (Narita ve ark. 2008; Kılıç Akça ve Taşçı 2011). Kaşınma bireyin öz bakım

gücünde, yaşam kalitesinde ve konforunda azalmaya neden olabilmektedir (Kavurmacı ve Tan 2015).

Aralarında Türkiye’inde olduğu 23 ülkenin katılımıyla oluşturulan dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF) incelendiğinde konfor ölçeği alt boyutlarının (bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel sağlık) benzer olduğu görülecektir ([www.researchgate.net/profile/Erhan\\_Eser3](http://www.researchgate.net/profile/Erhan_Eser3), Erişim tarihi 24/11/2017). Dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini bozan pek çok durum dolaylı olarak konfor düzeyine de etki edecektir.

Literatürde, üremik kaşıntının hasta konforu üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmanın hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforuna etkisine ışık tutacak nitelikte olacağı düşünülebilir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

Kronik böbrek hastalığı, farklı etyolojik nedenlere bağlı olarak gelişen (Ak ve ark 2015), en az 3 aydır süren (Çınar 2016), geri dönüşümsüz ve ilerleyici nefron kaybı (Akyol 2007; Kaçar 2012) ile karakterize hastalık tablosudur. Böbrek dokusunun hasarı veya böbrek fonksiyonlarında azalma glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 60 ml/dk/1,73'ün altına inmesiyle ifade edilir (Süleymanlar ve ark. 2011; Kaçar 2012).

Kronik böbrek hastalığının sınıflandırılması GFH'ındaki azalmaya göre yapılır. GFH  $\geq 90$  -  $<15$  arasındaki değerlerde evre G1- G5 arasında böbrek yetersizliği ile isimlendirilir. Ancak böbrek hasarının kanıtları yoksa GFH kategorisinde G1 ve G2 evreleri KBH kriterlerini taşımaz (Çınar 2016).

Böbrek Hastalığı; Küresel Öğrenme Çıktılarına göre KBH evreleri beş basamağa ayrılır (Çınar 2016; <http://www.turkbiyokimyaderneği.org.tr> erişim tarihi 08/12/2017).

**Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığında Glomerular Filtrasyon Hızı ve Albüminüriye Göre Evreler**

GFH Evreleri	GFH (mL/dk/1.73 m <sup>2</sup> )	Tanımlar
G1	$\geq 90$	Normal veya yüksek
G2	60 - 89	Hafif azalmış
G3a	45 - 59	Hafif-ortaderecede azalmış
G3b	30 - 44	Orta-ileri derecede azalmış
G4	15 - 29	İleri derecede azalmış
G5	$<15$	Böbrek yetmezliği

Albüminüri Evreleri	AIH (mg/24 saat)*	AKO (mg/g)**	Tanımlar
A1	$<30$	$<30$	Normal-hafif artmış
A2	30 - 300	30 - 300	Ortaderecede artmış
A3	$>300$	$>300$	İleri derecede artmış

\*AIH: Albümin ıtrah hızı (Albumin excretion rate)

\*\*AKO: Albümin kreatinin oranı (Albumin creatinine ratio).



Evre 1 ve 2 için özel girişim gerekmezken evre 3a ve 3b'nin birinci basamakta evre 4'ün nefroloji kliniklerince izlenmesi gerekir. Evre 5 grubundaki hastalarda ise renal replasman tedavisi (diyaliz ya da transplantasyon) yada konservatif tedavi seçeneği devreye girmektedir (Kaçar 2012; Çınar Pakyüz 2016). Son dönem böbrek yetersizliği (G5-SDBY) grubundaki bu hastalara uygulanan diyaliz tedavisindeki temel amaç; morbiditeyi, mortaliteyi, hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını azaltmak, bireyin yaşam kalitesini dolayısıyla günlük konforunu yükseltmektir (Ovayolu ve ark 2015; Akyol 2017).

## **4.2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI BELİRTİ ve BULGULARI**

Zaman içinde GFH'deki ilerleyici ve geri dönüşümsüz azalma klinik olarak KBH tanısı alan hastalarda asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından üremiye (Aydın 2000) kadar gider. Bütün organ veya sistemler üzerinde etkilerini gösterir (Çil 2005; Tanrıverdi ve ark. 2010; Kaçar 2012). Belirti bulguların ciddiyetinde hasta yaşının ileri olması, yetersizliğin derecesi ve yetersizliğe sebep olan temel sorun belirleyicidir (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.1. Üriner Sistem:** Böbreğin idrarı konsantra etme yeteneğinin bozulmasıyla noktüri, oligüri ve son dönemde anüri görülür. İdrar yoğunluğu artar (1010 dl/lt). GFR azalması atık ürünlerin birikmesi, sıvı elektrolit asit baz dengesi bozukluklarına neden olur. Atık ürünlerin birikmesi kan üre nitrojen (BUN) ve kreatinin artışı sinir sistemi ve gastrointestinal sistem (GİS) bulgularına sebep olur. Diğer taraftan GFR'nın azalmasıyla sodyum su retansiyonu, hipervolemi, hipertansiyon (HT), akciğer ödemi ve konjestif kalp yetmezliği (KKY) görülür. Bulantı kusma diyareya bağlı hiponatremi ve dehidratasyonda görülebilir. GFH %25'in altına indiğinde hiperfosfatemi görülür (Tanrıverdi ve ark. 2010). Hiperfosfatemi barsaklardan kalsiyum emiliminin ve kemiklerden mobilizasyonunun azalmasıyla hipoklasemiye neden olur. Hidrojen iyonu sekresyonunda azalma ve metabolik asidoz GFH azalmasının başka bir sonucudur (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.2. Kardiyovasküler Sistem:** KBH popülasyonu içinde mortalitenin önemli kısmı kardiyovasküler sisteme aittir ([tsn.org.tr/folders/file/kronik\\_bobrek\\_yetmezligi.pdf](http://tsn.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf) erişim tarihi 24/11/2017). Sodyum su tutulumu, renin anjiyotensin

aldosteron aktivasyonuna bağlı HT, sodyum su retansiyonu ve HT'a bağlı KKY ve akciğer ödemi, üre toksinlerinin perikart zarını tahriş etmesi (Enç ve Öz Alkan 2014; Çınar 2016) nedeniyle perikardit, hiperpotosemi ve hiperkalsemiye bağlı disaritmiler görülür (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.3. Hematolojik Sistem:** Anemi ve kanamaya yatkınlık görülür. Anemi genellikle normokromik ve normositik özelliktedir (Çınar 2016). Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen (Umut 2005), anemide en önemli ve sık nedenler eritropoietin (EPO) yetersizliğine bağlı azalmış eritropoez (Çınar 2016) düşük proteinli diyetler (daha az demir içerirler), fosfor bağlayıcı ilaçlar (demir emilimini azaltabilir), laboratuvar incelemeleri için sık ve fazla kan alma, eritrositlerin olgunlaşması için gereken folikasitin diyalizle kaybedilmesi ve gizli kanamalardır (Enç ve Öz Alkan 2014). Hematopoetik sistemle ilgili görülen komplikasyonlar arasında en önemlisi hemostaz mekanizmalarındaki değişiklikler, trombositlerin birleşme yeteneğindeki bozukluğa bağlı kanamaya yatkınlıktır (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.4. Solunum Sistemi:** Kusmaull solunum metabolik asidozun kompensasyonu nedeniyle görülür. Dispne, akciğer ödemi, plevral effüzyon, üremik plörazi ve solunum sistemi enfeksiyonları (Kaçar 2012) kanda yükselen ürenin bir sonucudur (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.5. Gastrointestinal Sistem:** Kronik böbrek yetmezliğinde sık görülen GİS komplikasyonları bazen hastaların ilk şikayeti olabilir. Kanda üre artışına bağlı ağızda üremik koku, ağız mukoz membranlarında kuruluk, üremik stomatitler, iştahsızlık (Kaçar 2012), bulantı, kusma görülür (Serdengeçti 2005). Yüksek ürenin diyafragmayı tahriş ederek frenik siniri uyarmasıyla görülen hıçkırık hastaları fazlaca rahatsız eden bir diğer GİS komplikasyonudur (Tanrıverdi ve ark 2010). Ayrıca hiperfosfotemi ve kalsiyum metabolizmasındaki değişikliklerin barsaklar üzerine olan etkisinden dolayı diyare, sıvı alımı kısıtlılığına bağlı konstipasyon (Çınar 2016) da sıklıkla görülen komplikasyonlardır (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.6. Sinir Sistemi:** Nedeni tam olarak bilinmeyen nörolojik bulguların nitrojen yıkım ürünlerinin artması, elektrolit dengesizliği, metabolik asidoz, akson atrofisi ve sinir hücrelerinin demiyalizasyonu sonucu olduğu düşünölmektedir (Enç ve Öz

Alkan 2014). Ürenin beyne toksik etkisiyle apati, laterji, konvülsyonlar, halüsünasyonlar, konuşma yürüme bozuklukları, kısmi bilinç kaybı, flapping tremor, baş ağrısı, kramp, koma, periferik nöropati ve huzursuz bacak sendromu (Hüzmeli 2014) görülmektedir (Enç ve Öz Alkan 2014). Son dönemdeki diyaliz hastalarında diyaliz demansı ve disequilibrium (dengesizlik) sendromu görülebilir. Diyaliz sırasında plazma solüt düzeyi hızlı bir şekilde düşürülürse plazma beyin dokusundan daha hipotonik hale gelir ve su plazmadan beyin dokusuna geçerek bu sendroma yol açar (Ovayolu 2016). Başka bir teoriye göre ise diyaliz sırasında serebrospinal sıvının pH'sının ani değişmesidir (Umut 2005).

**4.2.7.Kas İskelet Sistemi:** Böbrek fonksiyonlarının kaybıyla aktif D vitamini ve kalsiyum emilimi bozulur kan kalsiyum seviyesi düşer (Tanrıverdi ve ark 2012; Ovayolu 2016). Artan parathormon aktivasyonu kemiklerden kana çekilen kalsiyum ve fosfat dokularda kalsifikasyona sebep olur (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.8.Üreme Sistemi:** Kadında ovulasyon ve mensturasyon değişiklikleri erkekte testesteron salınımı ve sperm sayısında azalma görülür (Çınar 2016). İnfertilite ve libidoda azalma her iki cinsiyette de görülebilir (Enç ve Öz Alkan 2014). Etkin ve sık diyaliz takipleriyle gebelikler ve canlı doğumlar yapılabilmektedir (Eroğlu 2004; Sipahi 2012).

**4.2.9. Endokrin Sistem:** T4'ün T3'e dönüşümünün bozulması nedeniyle hipotroidizm görülmektedir (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.10. Psikososyal Değişiklikler:** Yüksek üreye bağlı, konsantrasyon eksikliği, kişilik değişikliği, oryantasyon bozukluğu, anksiyete, depresyon (Esen ve ark. 2015; Barutçu ve ark. 2017) görülmektedir (Enç ve Öz Alkan 2014). Depresyon, diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik komplikasyon olup genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanıttır (Esen ve ark. 2015). Depresyon diyaliz tedavisinin aksaması veya intihar girişimiyle sonuçlanabilir (De Sousa 2008). Depresyon gelişimi böbrek fonksiyonlarının bozulmasıyla hastaların fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır (Cukuo ve ark. 2007). Ödem, fistül ve kateterlerin beden imajında yarattığı değişiklikler anksiyeteye yol açabilir (Enç ve Öz Alkan 2014).

**4.2.11. Deri ve Cilt Bulguları:** Kronik böbrek hastalarında deriye ait kserozis, pigmentasyon değişiklikleri (Enç ve Öz Alkan 2014), üremik kaşıntı ve tineapedis gibi değişiklikleri görülür (Güder ve ark. 2012). Deriye ait görülen bu değişikliklerde hastalar için en fazla problem olarak algılanan, en berbat durum olarak adlandırılan kaşıntı varlığıdır (Karadağ ve ark. 2013; Kavurmacı ve Tan 2014).

#### **4.2.11.1. Üremik kaşıntı**

Hemodiyalize giren bireylerin büyük çoğunluğu herhangi bir aşamada genellikle ileri dönemlerde GFR 15'in altına indiğinde (G5) de (Çınar Pakyüz 2016) kaşıntı şikayeti yaşamaktadır (Sinangil ve ark. 2016).

Kaşıntı semptomuyla ilgili literatür bilgisine baktığımızda “hemen herkes hayatının bir döneminde kaşıntı semptomunu deneyimler” (Arıcan 2005), “bireyler için hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim” (Xue 2001; Davidson ve Giesler 2003; Karadağ ve ark. 2013), “nedeni hala net olarak bilinmemektedir” (Kavurmacı ve Tan 2015), “RRT alan hastalarda %50-90 gibi sıklıkta görülür” (Tol ve ark. 2015) ifadelerine rastlanmaktadır.

Kaşıntı deneysel olarak kanıtlanmamış (Kavurmacı ve Tan 2015), nöral mekanizması tam olarak anlaşılmamış (Ständer ve Steinhoff 2002) olsada sadece deri mukoza ve korneada bulunan miyelinsiz C liflerinin (Davidson ve Giesler 2003; Kılıç Akça ve Taşçı 2013) kaşıntının iletilmesinden sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (Arıcan 2005; Kılıç Akça ve Taşçı 2013; Kavurmacı ve Tan 2015). Yüksek üre, cilt kuruluğu, sekonder hiperparatroidizm (Arıcan 2005; Kavurmacı ve Tan 2015), iki değerlikli kalsiyum magnezyum fosfor iyonları (Çınar 2000), kullanılan ilaçlar, mast hücrelerinin proliferasyonu (Tol ve ark. 2015), vitamin A ve histamin serum seviyesi yüksekliği (Aşçıoğlu ve ark. 2011), HD sırasında kullanılan araç gereç ve solüsyonlar üremik kaşıntıdan sorumlu tutulan faktörlerdendir (Kılıç Akça ve Taşçı 2013).

İlk kez 1932 yılında tanımlanan üremik kaşıntı prevelansının diyaliz tedavisi ile birlikte artışının diyalizin kendisinden mi yoksa uzayan yaşama bağlı yetmezliğin son döneminin bir sonucu mu olduğu bilinmemektedir (Zucker ve ark. 2003; Narita ve ark. 2008; Kavurmacı ve Tan 2014; Tol ve ark. 2015).

Kaşıntı göreceli bir kavram olup şiddeti hastadan hastaya değişmektedir. Bazı hastalarda kaşıntı zaman içerisinde azalırken bazı hastalarda geçmesi zaman alabilir ve inatçı kaşıntılarda dönüşebilir (Sinangil ve ark. 2016). KBH tanısı alan hastaların hemen hemen yarısı hemodiyaliz sırasında yada sonrasında kaşıntı şikayetinden yakınmaktadır (Zucker ve ark. 2003; Aşçıoğlu ve ark. 2011; Kavurmacı ve Tan 2015). Hastalar kaşıntının yerini sıklıkla sırt, kol, karın ve kafa olarak tanımlarken bazı hastalar genel kaşıntıdan yakınmaktadır (Zucker ve ark. 2003; Tol ve ark. 2015). Daha sık gece yaşanan (Zucker ve ark. 2003) kaşıntı şikayeti zamanla hastanın fiziksel ve zihinsel yorgunluk deneyimlerini arttırabilir (Kılıç Akça ve Taşçı 2011).

Kaşınma isteği hasta için tek başına tehlikeli bir durum olarak algılanmayabilir. Ancak hastalar kaşınmaya bağlı olarak çoğu zaman deri lezyonları, kanama gibi sorunlar yaşarlar (Kılıç Akça ve Taşçı 2011). Bununla birlikte sürekli olan kaşıntının hastalarda yarattığı uyku kalitesi sorunlarının mortalite üzerinde etkili olduğu ancak mortalite ile uyku ve kaşıntı arasındaki bağlantının tam olarak çözülemediği, sadece kronik subklinik inflamasyonla ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir (Küçükünal 2015; Tol ve ark. 2015). Yorgunluk, kaygı, baskılanmış duygular, bilişsel stres algısı kaşıntıyı uyarabilir hatta tetikleyebilir (Ständer ve Steinhoff 2002). Türkiyede yapılan bir çalışmada hastaların kronik pururitus un %32 sinde depresyon ve anksiyete bozukluğu saptanmış (Arıcan 2005) benlik saygısı zedelenen sosyal izolasyon yaşayan hastaların yaşam kalitesi ve konforu da azalabilir (Narita ve ark. 2008, Kılıç Akça ve Taşçı 2011; Tol ve ark 2015; Sinangil ve ark. 2016).

Akut kaşıntı, kaşıyarak ortadan kaldırılabilirken, kronik kaşıntı kaşımaya hafif bir rahatlama sağlayan, kaşıma ile kaşıntı problemini daha da şiddetlendiği, (Xue 2001; Davidson ve Giesler 2003) tedaviye cevap veren ancak tedavi sonlandığında tekrarlayan özelliktedir (Yosipovich 2003). İnatçı kaşıntı ise tedaviye cevap vermez. Hasta ve ailesinin multidisipliner psikoteri ve rehabilitasyona yönlendirilmesi gerekir (Yosipovich 2003).

Üremik kaşıntısı olan hastalar için en önemli tedavi basamağı düzenli, yoğun ve etkili diyaliz programıdır (Çınar 2000). Ilık banyo ve duş (Zucker ve ark. 2003), cilt losyonları, lokal yada sistemik antihistaminikler, ultraviyole ışın ile fototerapinin (Aşçıoğlu ve ark. 2011) yanı sıra tamamlayıcı olarak kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin (mentol'den oluşan bitkisel ilaçlar, masaj, hipnoz, rüya görme, sosyal

destek gruplarına katılma, gevşeme egzersizleri, soğuk kompres, aromaterapi, termal terapi, hidroterapi, akupunktur ve akupress vb) deri üzerindeki kaşıntı hissinin baskılanması, algıyı beyne ileten aracı kapıların engellenmesi yada endorfin gibi endojen opioidlerin salınımının arttırılmasıyla psikolojik rahatlama sağlanması hedeflenmektedir (Stander ve ark. 2002; Levin ve Maibach 2002; Van-Os Medendrop ve ark. 2007; Kılıç Akça ve Taşçı 2011; Kılıç Akça ve Taşçı 2013).

Tıp ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak SDBH yaşam süresinin uzadığı görülmektedir. Ancak uzayan yaşam süresi hastalar için ahstalığın ve tedavinin beraberinde getirdiği mevcut durumlar nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesi yönünde farklı problemlerinde yaşandığı yönündedir (Ovayolu ve ark. 2015. ) Bu nedenle hastaların bu sorunlarla baş etme yöntemi olarak tamamlayıcı tıp uygulamalarını tercih etme oranları her geçen gün artmaktadır (Akyol 2017). Literatürdede akupunktur, akupres (Tsay 2004; Kılıç Akça ve ark. 2013), aromaterapi ( Jeong 2010; Karadağ ve ark. 2013), homeopati, hidroterapi, beslenme terapi müzik terapi (Lazaroff ve ark. 2000), bitkisel terapi (Kara 2006), gevşeme ve rahatlama teknikleri gibi nonfarmakolojik yöntemlerden birinin farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığı ve bu yöntemlerin hemşirelik bakımı içerisinde yer aldığı görülmektedir (Kılıç Akça ve Taşçı 2011; Kılıç Akça ve Taşçı 2013).

#### **4.3. KONFOR KURAMI ve KAVRAMI**

Hemşirelik sanatıyla bütünleşmiş bir kavram olan konfor günlük yaşantıyı kolaylaştıran bireyin rahatlığını sağlayan bir kavram olarak tanımlanır (<http://www.tdk.gov.tr>. Erişim trh: 01/09/2017, Kolcaba 2003; Şahin Orak 2013; Ünlü 2014). Böbrek fonksiyonlarındaki ilerleyici azalmayla SDBY giren hastalar için diyaliz ve transplantasyon ile bozulan yaşam kalitesinin ve konforun yükseltilmesi hedeflenir (Akyol 2017).

Bir taraftan böbrek işlevlerinin bozulmasıyla deri ve mukoz membranda oluşan değişiklikler (Kılıç Akça ve ark. 2013; Kavurmacı ve Tan 2014) diğer taraftan hemodiyaliz tedavisinin hastayı sosyal yaşamdan koparan, bireysel bağımsızlığını

azaltan (Küçükünal ve ark. 2015) bir tedavi şekli olması ile hastaların günlük konforları da azalmaktadır.

Konfor kavramı latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türetilmiş (Siefert 2002; Terzi ve Kaya 2017), dilimize Fransızcadan köken alan “comfort” kelimesinden aktarılmıştır. Oxford İngilizce sözlüğü’nde ise “bedensel gereksinimleri karşılama”, “ağrı ve sıkıntıdan kurtulup fiziksel ve maddi iyilik haline kavuşma”, “ruhsal sıkıntıdan kurtulup destek alma”, “teselli etme”, “güçlendirme, cesaretlendirme ve yardım etme” şeklinde karşılık bulmaktadır (Terzi ve Kaya 2017; Siefert 2002; Tutton ve Seers 2003).

Konfor hissi bireyin beden, zihnen ve ruhsal yönden arzuladığı ya da ihtiyaç hissettiği duyguların ifade şeklidir (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Çınar Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017). Kolcaba, konforu bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme durumu olarak tanımlamaktadır (Karabacak 2004; Karakaplan 2007). Kolcaba konfor kavramı ile ilgili çalışmaya başladığında hemşirelik, tıp psikoloji ergonomi gibi pek çok alanda konfor kavramının kullanıldığını, Florence Nightingale’den beri yazılı kaynaklarda hemşirelerin görevinin konfor sağlamak (Şahin Orak ve ark. 2017) olduğunun belirtildiğini Watson ve Orlando’nun yazılarında da fiziksel ve mental konfora yer verildiğini ancak kavramın açıkça tanımlanmadığını fark etti (Şahin Orak 2013).

Katharine Kolcaba 1965 yılında Cleveland’ da St. Luke’s Hospital School of Nursing’den mezun olmuş, iç ve cerrahi hastalıkları hemşireliği ve evde bakım hizmetleri alanında kısmi zamanlı olarak çalışmış deneyim kazanmıştır. Aynı zamanda master ve doktora alanında da çalışmalarını sürdürmüştür. Hastaların konfora olan gereksinimini demans ünitesinde çalıştığı yıllarda fark eden Kolcaba doktora çalışmalarını yaptığı yıllarda bir felsefeci olan eşininde desteği ile konfor kavramına ilişkin şematize ettiği çalışmalarını bir gerontoloji konferansında tartışmaya açmıştır. Konferanstaki katılımcılardan aldığı geri bildirimler konforun kavram analizini yapmasına başlangıç olmuştur (Şahin Orak 2013).

Kolcaba konfor kuramını geliştirirken bütüncülük, insan gereksinimleri, Murry tarafından geliştirilen insanda baskı kuramından etkilenmiştir. Konfor kuramında hemşire kuramcılardan Orlando (Terzi ve Kaya 2017), Henderson, Paterson (Ünlü 2014) ve Zderad’ın etkilerini de görmekteyiz (Şahin Orak 2013).

Kolcaba'nın konfor kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmaları yaklaşık 15 yıl sürmüştür (Terzi ve Kaya 2017), kavram analizi çalışmaları sonucunda 1988 yılında holistik konfor kuramını iki boyutta açıklamıştır. Taksonomik yapıdaki konfor kuramında sütunlarda üç aşama (ferahlama, rahatlama ve üstünlük), satırlarda dört bileşen (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) mevcuttur (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Büyükcinal Şahin 2016; Yücel 2011; Zengin 2010; Şahin Orak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

**Tablo 4.2: Genel Konfor Ölçeği Düzey ve Boyutları**

		Birinci Boyut (Düzeyler)		
		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
İkinci Boyut (Bileşenler)	Fiziksel			
	Psikospiritüel			
	Çevresel			
	Sosyokültürel			

**Ferahlama (Relief):** Sıkıntıdan kurtulma hissidir (Gürçayır 2011). Kolcaba konfor kuramının düzey boyutu altındaki ilk aşama olan ferahlamada Orlando tarafından geliştirilen etkileşim kuramından etkilenmiştir (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Büyükcinal Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Orlando mevcut gereksinimleri karşılanmadığı için sıkıntı yaşayan bireyi hasta, gereksinimleri fark edip değerlendirerek hasta bireyin sıkıntısını gideren kişiyi hemşire olarak tanımlamıştır (Şahin Orak 2013). Kolcaba'nın da (2003) ifade ettiği gibi özel bir gereksinimi karşılanan birey sıkıntıdan kurtulur eski fonksiyonel durumuna döner (Ünlü 2014; Büyükcinal Şahin 2016). Konfor gereksinimi karşılanmış ve rahatlamış olur. Bugün kaşıntı semptomundan sorumlu tutulan pek çok fizyopatolojik mekanizmanın (Kılıç Akça ve Taşçı 2013) varlığı bilinmektedir. Kaşıntı üremik komplikasyonlar arasında doğrudan mortaliteden sorumlu olmayan ancak bireyin yaşam kalitesini düşüren, uykusuzluk, deri bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon tehidi olması gibi nedenlerden dolayı önemli bir yer tutar. Hemodiyaliz tedavi programına alınan hastalar karşılanmış olan özel ihtiyaçları (böbrek işlevlerindeki bozukluğun yarattığı



semptomlar (Davison ve Jhangri 2005; Hüzmeli ve ark. 2014; Esen ve ark. 2015; Ak ve ark. 2015; Özyiğit ve ark. 2016 Barutçu Ataş ve ark. 2017) ve kaşıntı (Karadağ 2013) düzeyindeki azalma nedeniyle ferahlama duygusu yaşarlar. Hastanın konfor düzeyi ölçümü öncesi ve sonrasında etkili bir hasta-hemşire ilişkisiyle fiziksel ve mental konfor değerlendirebilir (Kolcaba 2003; Çınar Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017; Tutton ve Seers 2003).

**Rahatlama (Ease):** Sakinlik rahatlık huzurlu olma memnuniyet ifadesidir (Gürçayır 2011; Büyükünâl Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Verimli bir performans için gereklidir. Bireyin fiziksel ve duygusal deneyimleri çevresel özelliklerinden etkilenir (Kıran 2016). Kolcaba'da bu aşamada 1966 yılında tanımlanan 14 temel insan gereksinimini tanımlayan (Kaya 2013) Henderson'un etkisini görmekteyiz (Şahin Orak 2013). Kolcaba'ya göre rahatlama aşamasında dengenin sürdürülmesiyle hasta bireyin konfor düzeyi olumlu yönde etkilenir (Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017; Tutton ve Seers 2003; Yücel 2011).

**Üstünlük (Transcendence):** Bireyin mevcut herhangi bir probleminin üstesinden gelmesidir (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Gürçayır 2011; Terzi ve Kaya 2017). Üçüncü aşamada Kolcaba bireylerin konfor gereksinimlerinin eksiksiz karşılanmasıyla sorunlarının üstesinden gelebilecekleri baş etme düzeyine ulaşabileceklerine inanmıştır. Paterson ve Zderad (Büyükünâl Şahin 2016) ileri sürdükleri kuramla hastaların zorlandıkları durumlarda hemşirelerin yardımıyla sorunlarının üstesinden geldiklerini konforu (Şahin Orak 2013) bireyin kaderini kontrol etme ve geleceğini planlamada fizikselden çok mental bir durum olarak tanımlamaktadır (Kolcaba 2003; Tuttonand Seers 2003; Çınar Yücel 2011; Büyükünâl Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Olumlu tutum geliştirilmesi bireyin gücünü artırır olumsuzluklarla baş edebilmesini sağlar. Bireyin rahatsızlığı devam etse bile konfor önlemleri kişiyi güçlendirebilir. Diyaliz hastalarında gelecek ile ilgili belirsizlikler nedeniyle hastalıkla baş etmede yaşanan zorluklar hayat kalitelerini de etkilemektedir (Ünal ve Bilge 2005).

**Fiziksel Konfor:** Bireyin bedensel algısıyla ilgilidir. Hemostatik dengede bozulma yaratan her durum (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Kılıç Akça ve ark. 2013; Kavurmacı ve Tan 2015) birey tarafından konfor bozucu olarak algılanır. Diyaliz semptomları hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin

düşmesine neden olmaktadır (Akpolat ve ark. 2008; Kim ve ark. 2010). Üremiye bağlı sürekli ve yoğun kaşıntı (Kavurmacı ve Tan 2014) bireyin fiziksel durumunu dinlenme ve gevşemesini etkiler, uyku düzenini bozar. Kolcaba (2003) uyaranlı yada uyaransız fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir (Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017).

**Psikospritiüel Konfor:** Akılsal, tinsel ve maneviyat bileşenlerini içerir. Birey olarak kendimize duyduğumuz güven, saygı, yaşama verdiğimiz anlam, cinsellik gibi duyguları kapsar (Kolcaba 2003; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Gürçayır 2011; Büyükcünal Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Anksiyete yaşama hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda psikospriüel konforu azaltan önemli bir duygudur. Hastalar için ekonomik problemler, zaman içinde sosyal ilişkilerin bozulması, aile içindeki rolünün değişmesi, başkalarına olan bağımlılığın artması, değişen beden imgesi ve ölüm tehlikesi RRT'ne bağımlı hastalarda iş uyumuna yetersizlik, sosyal aktivite gösterememe, uzun süre bir makinaya yada değişim programına olan bağımlılık anksiyete ve depresyon yaşama ihtimalini artırır (Esen ve ark. 2015). Bilişsel davranış terapileri anksiyete üzerinde etkilidir (Ak ve ark. 2015; Esen ve ark. 2015; Barutçu Ataş ve ark. 2017).

**Çevresel Konfor:** Dış etkenler bireyin konfor düzeyini etkiler (Kıran 2016). Kolcaba ortamın ısısının, aydınlatmanın, gürültünün, pencereden görülen manzaranın (Büyükcünal Şahin 2016) çevresel konfor üzerinde etkili olduğunu ifade etmektedir (Kolcaba 2003; Üstündağ ve Eti Aslan; Gürçayır 2011; Terzi ve Kaya 2017). Hemodiyaliz tedavisi için bir merkeze gelme zorunluluğu, bu merkeze ulaşım sırasında yaşananlar, diyaliz seansı sırasında hareketsiz kalma zorunluluğu gibi durumlarda hastaların çevresel konforları üzerinde etkilidir (Kıran 2016).

**Sosyo-Kültürel Konfor:** Hemşirenin hasta bakımı, bilgi ve danışmanlık verme sırasında bireyin alışkanlıklarına geleneklerine dini inançlarına saygı göstermesi (Yılmaz ve Okanlı 2011) aileyi de kapsayan bütüncül yaklaşım (Tan ve ark. 2005) sosyo-kültürel bakımı oluşturan faktörler arasında sayılmaktadır (Kolcaba 2003; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Gürçayır 2011; Büyükcünal Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda genellikle haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamalarının hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki duygusal boyuttaki iletişimi olumlu yönde etkilemesi, özellikle hastalığın ilk dönemlerinde

aile bireylerinin ve arkadaşların destekleyici davranışlarının zaman içinde değişime uğraması hemşirelerin destekleyici rollerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır (Tan ve ark. 2005).

Kolcaba öncülüğünü yaptığı konfor kavramıyla ileriki yıllarda farklı durumlara özgü konfor ölçüm araçlarının geliştirilebileceğini öngördü (Terzi ve Kaya 2017). Kolcaba ve arkadaşları tarafından geliştirilip literatüre kazandırılan Perianaestezi Konfor Anketi, Radyoterapi Konfor Anketi, Üriner İnkontinans ve Sıklık Yaşam Sonu Konfor Anketi, Hemşireler Konfor Ölçeğinin yanısıra farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen Pedyatrik Konfor Ölçeği, Psikiyatrik Konfor Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği (Karakaplan ve Yıldız 2010) ve Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) (Şahin Orak ve ark. 2017) mevcuttur (Şahin Orak 2013). Hastaların konfor ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik konfor ölçekleri belirli bir dile uyarlanmış olarak (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Kuşuoğlu ve Karabacak 2014; Coşkun Potur ve ark. 2015) kanıt temelli çalışmalarda (Karakaplan 2007; Topçu Özer 2011; Gürçayır 2011; Ünlü 2014; Acar ve Aygin 2016; Büyükünel Şahin 2016) ve hemşirelik bakım planlarında kullanılmaktadır (Şahin Orak 2013).

#### **4.4. HEMODİYALİZ HASTALARINDA KONFOR**

Böbreğin vücut sıvı ve solüt yükü düzenleme fonksiyonu glomerüler filtrasyon değerinin düşmesiyle azalır. Bunun sonucunda böbreğin diğer önemli fonksiyonu metabolik-endokrin fonksiyonlarında da kronik ve ilerleyici bozulmalar görülür. Mevcut durumun vücutta yarattığı hemostatitik dengesizlik sadece böbrek değil tüm vücut ve sistemleri etkiler (Tanrıverdi 2010). KBH'da yaşanan kronik ağrı, kaşıntı (Narita ve ark. 2008; Karadağ ve ark 2013), yorgunluk, kaygı, depresyon ve uyku bozukluğu gibi semptomatik değişiklikler hasta bireyin yaşam kalitesini (Kılıç Akça ve Doğan 2011) ve günlük konforunu azaltan birçok rahatsızlık ve komplikasyon deneyimlemesine sebep olur (Akpolat ve ark. 2008; Tangkiatkumjai ve ark. 2013).

Bugün Türkiye'de 2016 yılı sonu TND verilerine göre RRT uygulanan KBH prevelansı 933.000 dir. KBH'ında GFR değeri 5-10 ml/dakikaya indiğinde (Tanrıverdi 2010) en sık kullanılan HD (%76), ardından transplantasyon (%19) ve

PD (%5) tedavisidir. ([http://www.tsn.org.tr/folders/file/registry\\_kitabi\\_2016.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/registry_kitabi_2016.pdf), ErişimTarihi: 24.11.2017). Diyaliz şekline karar verilirken maliyet yararlılığı yüksek, morbiditesi ve mortalitesi düşük, en yüksek yaşam kalitesini ve günlük konforunu arttıracak tedavi protokolü oluşturulmalıdır (Cunningham ve Henrich 2006; Önelmiş ve ark. 2012).

Literatüre baktığımızda KBH’ında özellikle hemodiyaliz tedavi programındaki hastalarda günlük konforlarını, yaşam kalitelerini (Liem ve ark. 2007; Akpolat ve ark. 2008, Kim ve ark. 2010) azaltan yorgunluk, ağrı (Davison ve Jhangri 2005; Özyiğit ve ark. 2016), bilişsel bozukluklar (Ak ve ark. 2015; Esen ve ark. 2015; Barutçu Ataş ve ark. 2017), uyku sorunları (Hüzmeli ve ark. 2014), kaşıntı (Kılıç Akça ve Taşçı 2013; Karadağ ve ark 2013) gibi semptomlar üzerinde çalışılmış farklı hemşirelik araştırmaları mevcuttur. Ancak KBH tanısı almış hemodiyaliz tedavisi alan yada almayan hastaların konfor düzeyinin bir ölçek ile belirlendiği herhangi bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Şahin Orak ve arkadaşları tarafından (2017) hemodiyaliz hastaları için geliştirilen Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDÖ) çalışmamızın planlandığı dönemde henüz yayınlamadığı için verilerimiz GKÖ ile toplanmıştır (Kuğuoğlu ve Karabacak 2014; Şahin Orak ve ark. 2017).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforunu etkileyip etkilemediğini incelemektir.

### **5.2. ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Kronik böbrek hastalığı tanısı alan bireylerde kaşıntı ve düzeyi nasıldır?
2. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kaşıntı ve düzeyi nasıldır?
3. Kronik böbrek hastalığı tanısı alan bireylerde konfor nasıldır?
4. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde konfor nasıldır?
5. Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan bireyler arasında kaşıntı semptomu açısından fark var mıdır?
6. Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan bireyler arasında konfor açısından fark var mıdır?

### **5.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **5.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma; Ekim-Kasım 2017 tarihleri arasında Özel İlke Diyaliz Merkezi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Balıkesir Kamu Hastaneler Birliği Atatürk Devlet Hastanesi Nefroloji ve Diyaliz Ünitelerinde takip edilen diyaliz ve prediyaliz hastalarıyla, araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü KBH'lığı tanısı alan prediyaliz ve hemodiyaliz hastaları ile yapıldı.

### **5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evreni; Özel İlke Diyaliz Merkezi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Balıkesir Kamu Hastaneler Birliği Atatürk Devlet Hastanesi Nefroloji

ve Diyaliz Ünitelerinde takip edilen diyaliz (n=196) ve prediyaliz (n=91) hastalarından oluştu. Araştırmanın örnekleme; hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için epi-Info 2000 programında bilinen 510 evren büyüklüğü, prevelans %50 alınarak, %5 sapma, ve %95 güven düzeyinde ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 196; prediyaliz hastaları için yine epi-Info 2000 programında bilinen 287 evren büyüklüğü, prevelans %50 alınarak, %5 sapma, ve %95 güven düzeyinde ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 96 olarak hesaplanmıştır.

### **5.5.1. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- 1) Çalışmaya katılmayı istememek,
- 2) 18-75 yaş arasında olmamak,
- 3) Türkçeyi anlama veya iletişim kurabilme problemi olmak,
- 4) Hemodiyaliz tedavisinin ilk altı ayı içinde olmak,
- 5) Allerjik yada dermatolojik bir cilt problemi ya da sağlıklı veri toplamaya engel serebrovasküler hastalık, zihinsel bozukluk öyküsü olmak.

### **5.5.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

- 1) Çalışmaya katılmayı gönüllü olmak,
- 2) 18-75 yaş arası olmak,
- 3) Türkçe iletişim kurabilmek,
- 4) Altı aydan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor olmak,
- 5) Sağlıklı veri toplamaya engel serebrovasküler hastalık öyküsü, zihinsel bozukluk ve diğer dermatolojik bir problemi olmamak.

## **5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Çalışmanın en önemli sınırlılığı olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılması ve örneklemin küçük olmasıdır. İstenilen örneklem büyüklüğüne ulaşamamış olmasının bir nedeni hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için çalışmanın planlandığı bölgedeki bir özel diyaliz merkezinin Genel Konfor Ölçeği sorularını uygun bulmadığını ifade ederek araştırma izni vermemesi diğer nedeni ise prediyaliz hastalarının izlendiği hastanelerde hastaların daha çok poliklinik takibinde olması, yatışı yapılan prediyaliz hastalarının bir bölümüne yatıştan sonraki 24-48 saatlik süre içinde hemodiyaliz tedavisine başlanması nedeniyle izlemiden çıkarılmasıdır. Bu

nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar ilgili araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarına genellenebilir. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onamı başvurusu yapılan Balıkesir Üniversitesi Etik kurulu tarafından hasta dosyalarındaki laboratuvar bulgularının araştırma kapsamında kullanılabilmesine ilişkin izin verilmemiş olması araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

## 5.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bu araştırmanın;

**Bağımlı DeđiŐkenleri:** Genel Konfor Ölçeği toplam ve alt grup puan ortalamalarıdır.

**Bağımsız DeđiŐkenleri:** Yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, böbrek yetmezliği tanısını ilk kez ne zaman aldığı, hemodiyaliz tedavisi alıp almadığı, haftada kaç kez diyalize girdiği, cildi ile ilgili kaşıntı Şikayeti olup olmadığı, kaşıntı Şikayeti oluyorsa en çok ne zaman olduğu, kaşıntı Şikayetini nasıl tarif ettiği, kaşıntı Şikayeti olduğunda ne hissettiği, kaşıntı Şikayetinin günlük yaşantısında en çok ne yapmasını etkilediği, kaşıntı Şikayeti olduğunda rahatlamak için ne yaptığı, kaşıntı Şikayetinin konforunu etkileyip etkilemediği, kaşıntı Şikayeti nedeniyle alkol, sigara, uyku ilacı, antidepresan kullanıp kullanmadığıdır.

## 5.8. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama yöntemi; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda diyaliz işleminin rutine girdiği hastanın kendini rahat hissettiği dört saatlik diyaliz seansının ilk kırk beş ve son kırk beŐinci dakikaları arasına denk gelen zaman diliminde hasta için rahat bir ortam hazırlanarak yatak başında, prediyaliz hastalarında ise yine hastanın görüşme için kendini iyi hissettiği bir zaman diliminde hasta odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekteŐtirildi. Veriler; hasta tanıtım formu ve genel konfor ölçeğinin doldurulmasıyla elde edildi.

### **5.8.1. Hasta Tanıtım Formu:**

Bu form; araştırmaya katılan bireyler yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, böbrek yetmezliği tanısını ilk kez ne zaman aldığı, hiç hemodiyaliz tedavisi alıp almadığı, haftada kaç kez diyalize girdiği, cildi ile ilgili kaşıntı Şikayeti olup olmadığı, kaşıntı Şikayeti oluyorsa en çok ne zaman olduğu, kaşıntı Şikayetini nasıl tarif ettiği, kaşıntı Şikayeti olduğunda ne hissettiği, kaşıntı Şikayetinin günlük yaşantısında en çok ne yapmasını etkilediği, kaşıntı Şikayeti olduğunda rahatlamak için ne yaptığı, kaşıntı Şikayetinin konforunu etkileyip etkilemediği, kaşıntı Şikayeti nedeniyle alkol, sigara, uyku ilacı, antidepresan kullanıp kullanmadığı gibi sorulardan oluşmaktadır (Ek 2 ).

### **5.8.2. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ):**

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) Katharine Kolcaba tarafından 1992 de geliştirilmiştir. Kolcaba ölçeğin iç tutarlılığını ,88  $\alpha$  değeri olarak belirlemiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini 2014 yılında Kuğuoğlu ve Karabacak yapmış ve Cronbach's Alpha değeri ,85 olarak hesaplamıştır. Bu sonuç ile Genel Konfor Ölçeğini yüksek derecede geçerlilik ve güvenilirlik ile kanıt temelli hemşirelik çalışmalarında hastaların konfor gereksinimlerini belirlenmek ve konfor sağlayan hemşirelik girişimlerini uygulayarak beklenen konforda artma olup olmadığını değerlendirmek için kullanılmak üzere literatüre kazandırmışlardır (Kuğuoğlu, Karabacak 2014). Bizim çalışmamızda ölçeğin ,83 olarak bulduğumuz Cronbach's  $\alpha$  değeri ile yüksek güvenilirlikte olduğunu söyleyebiliriz.

Toksonomik yapıda geliştirilen Genel konfor ölçeği incelendiğinde rahatlama, ferahlama ve üstünlük basamaklarından oluşan düzey boyutları ile fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel alt boyutlardan (Ek 3) oluştuğu görölür (Kuğuoğlu ve Karabacak 2014).

Genel Konfor Ölçeği, likert tipte olumlu ve olumsuz ifadeler içeren toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte olumlu ifadelerden alınan en yüksek (4 puan) ile olumsuz ifadelerden alınan en yüksek (4 puan) ölçeğin en üst seviyedeki 192 toplam puanı ile olumlu ifadelerden alınan en düşük (1 puan) ile olumsuz ifadelerden alınan



en düşük (1 puan) ölçekten beklenen en alt seviyedeki 48 toplam puanı belirlenir. Elde edilen sonuçta düşük konfor puanı hastanın daha fazla konfora gereksiniminin olduğunu gösterir (Kuğuoğlu ve Karabacak 2014).

## **5.9. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Verilerin analizi; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19 (06C43FAA-7226-41EF-A05E-9AE0AA849FFE) programı kullanılarak yapıldı. Veriler %95 güven aralığında  $p<0.05$  düzeyinde anlamlı kabul edildi. Veriler yüzdeler ve ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) ile gösterildi. Parametrik verilerde; iki grup karşılaştırmalarında Pearson/ Student t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ANOVA varyans analizi yapıldı. Korelasyon analizi için normal dağılım gösteren parametrik verilerde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

## **5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın yapılabilmesi için Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulundan onay, Özel İlke Diyaliz Merkezi Başhekimliği, Balıkesir Kamu Hastaneler Birliği ve Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Bařhekimliđinden yazılı/sözel izin, araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onamları alındı.

## 6. BULGULAR

### 6.1.Sosyodemografik Özellikler, Hemodiyaliz Tedavisi ve Kaşıntı Semptomuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1’de gösterildi.

**Tablo 6.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri**

Sosyo- Demografik Özellikler	HD Tedavisi Alanlar	HD Tedavisi Almayanlar	Gruplar Arası	
	Ort. ± SS (Min-Maks.) / n* (%) (n= 191)	Ort. ± SS (Min-Maks.) / n* (%) (n=106)	Fark	test değeri p
<b>Yaş (yıl)</b>	56,70 ±11,69 (21-75)	58,63 ±11,93 (23-75)		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	94 (49,2)	49 (47,2)	0,114	0,736
Erkek	97 (50,8)	57 (52,8)		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	152 (79,6)	83 (78,3)		
Bekar	39 (20,4)	23 (20,4)	0,068	0,795
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	21 (11,0)	8 ( 7,5)		
Okuryazar	12 ( 6,3)	6 ( 5,7)		
İlköğretim	127 (66,5)	71 (67,0)	4,269	0,511
Lise ve Üzeri	31 (16,2)	21 (19,8)		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	12 ( 6,3)	6 ( 5,7)		
Çalışmıyor	179 (93,7)	100 (94,3)	0,056	0,829

HD= Hemodiyaliz, \*Sütun yüzdesi

Hastaların yaş ortalaması hemodiyaliz tedavisi alanlarda 56,70 ±11,69 yıl, almayanlarda 58,63 ±11,93 yıl idi. Hastalarda cinsiyet dağılımına bakıldığında hemodiyaliz tedavisi alanlarda ve almayanlarda kadın erkek dağılımının (sırasıyla %49,2, %50,8; %47,2, %52,8) birbirine yakın olduğu, medeni durumlarına bakıldığında her iki grubunda büyük çoğunluğunun (%79,6; %78,3) evli olduğu belirlendi. Eğitim durumlarına bakıldığında hem hemodiyaliz tedavisi alanlarda

hemde almayanlarda ilköğretim mezunu olanların çoğunlukta olduğu (%66,5; %67,0) tamamına yakının çalışmadığı (%93,7; %94,3) bulundu. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.2. Hastaların Böbrek Yetersizliği ve Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özellikleri (n=297)**

Hastalığa İlişkin Özellikler	HD Tedavisi Alanlar Ort. $\pm$ SS (Min-Max) / n (%) (n= 191)	HD Tedavisi Almayanlar Ort. $\pm$ SS (Min-Max) / n (%) (n=106)
Tanı alma süresi (yıl)	8,52 $\pm$ 6,07 (1-32)	5,53 $\pm$ 5,67 (1-30)
Hemodiyaliz süresi (ay)	73,46 $\pm$ 65,75 (7-336)	-
Hemodiyalize Girme		
Girmiyor	106 (100,0)	
Giriyor	191 (100,0)	
Haftada 1 kez	1 (0,5)	
Haftada 2 kez	19 (9,9)	
Haftada 3 kez	170 (88,5)	
Haftada 4 kez	2 (1,0)	

HD= Hemodiyaliz, \*Sütun yüzdesi

Hastaların %64,65'i (n=191) hemodiyaliz tedavisi alırken %35,35'i (n=106) hemodiyaliz tedavisi almıyordu. Böbrek yetmezliği tanısı alma süresi ortalaması hemodiyaliz tedavisi alanlarda 8,52  $\pm$ 6,07 yıl, hemodiyaliz tedavisi almayanlarda 5,53  $\pm$ 5,67 idi. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların büyük çoğunluğu (%88,5) haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi alıyordu.

**Tablo 6.3. Hastaların Kaşıntı Semptomuna İlişkin Özellikleri (n=297)**

<b>Kaşıntı Semptomuna İlişkin Özellikler</b>	<b>HD Tedavisi Alanlar n (%)* (n= 191)</b>	<b>HD Tedavisi Almayanlar n (%)* (n=106)</b>
<b>Kaşıntı Şikayeti</b>		
Kaşıntı yok	94 (49,2)	63 (59,4)
Kaşıntı var	97 (50,8)	43 (40,6)
<b>Kaç Bölgede</b>		
Bir- iki bölgede	45 (23,6)	24 (22,6)
İkiden fazla bölgede	8 (4,2)	7 (6,9)
Vücut genelinde	44 (23,0)	12 (11,3)
<b>Ne Zaman</b>		
Hiçbir Zaman	94 (49,2)	63 (59,4)
Bazen	65 (34,0)	27 (25,5)
Herzaman	32 (16,8)	16 (15,1)
<b>Kaşıntıyı Tarif Ediş</b>		
Kaşıdığımda geçiyor	46 (24,1)	20 (18,6)
Devamlı Kaşıntı ve Yaralar	32 (16,8)	12 (11,3)
Kaşıntıdan uyuyamıyorum	19 (9,9)	11 (10,4)
<b>Kaşıntı Şikayetinde Ne Hissediyor</b>		
Öfke	34 (17,8)	7 (6,6)
Yorgunluk	23 (12,0)	18 (17,0)
Can Sıkıntısı	17 (9,0)	9 (7,9)
Etkilemiyor	21 (10,1)	11 (9,8)
<b>Günlük Yaşantısına Etkisi</b>		
Özgürce Giyinememek	14 (7,3)	5 (4,7)
Sosyalleşememek	15 (7,9)	5 (4,7)
Uykusuzluk	47 (24,6)	22 (20,8)
Etkilemiyor	21 (11,0)	11 (10,4)
<b>Rahatlamak İçin Ne Yapıyor</b>		
Kaşımak	50 (26,2)	26 (24,5)
Antihistaminik ilaç	36 (18,8)	18 (17,0)
Duş ve Kolonya Sürme	11 (5,8)	5 (4,7)
Uyku İlacı / Antidepresan	12 (6,2)	6 (5,7)

HD= Hemodiyaliz, \*Sütun yüzdesi

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %50,8’inde, hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %40,6’ında kaşıntı şikayeti olduğu belirlendi. Hem hemodiyaliz tedavisi alan hem de hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların 1/5’inden fazlası (sırasıyla (%23,6; %22,6) kaşıntı şikayetlerinin bir ya da iki bölgede olduğunu ifade etti. Her iki grupta da kaşıntı şikayetlerinin en fazla olduğu zaman sorgulandığında her zaman

diyenler %16,8, %15,1 idi. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %9,9'u ve hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %10,4'ü kaşıntı nedeniyle gece uyuyamadığını ifade etti. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %17,8'i en fazla oranda kaşıntı nedeniyle öfke hissettiğini ifade ederken, hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %17,0'i nedeniyle yorgunluktan şikayet ettikleri, her iki grubunda kaşıntının en fazla günlük konforlarına uykusuzluk (sırasıyla %24,6; %20,8) olarak yansıdığını ve kaşıntı için iki grubunda (sırasıyla %26,2; %18,6) sadece kaşıyarak rahatladığını ifade ettiği bulundu.

## 6.2. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam, Alt Boyut ve Düzey Puanlarına İlişkin Bulgularının Dağılımı

**Tablo 6.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Konfor Ölçeği Toplam Puanları, Ölçek Alt Boyut ve Düzey Puanları Açısından Arasındaki Farklar**

Konfor Ölçeği	HD T Alanlar Ort. ± SS (Min-Max) (n=191)	HD T Almayanlar Ort. ± SS (Min-Max) (n=106)	t	ve	P
<b>Alt Boyutlar</b>					
Fiziksel	2,89± 0,41 (1,75-3,83)	2,86± 0,34 (2,08-3,75)	0,740		0,460
Psikospiritüel	3,24± 0,37 (2,08-3,92)	3,11 ± 0,36 (2,23-3,85)	2,087		0,004*
Çevresel	3,16± 0,40 (1,85-3,92)	3,05± 0,36 (2,15-3,85)	2,443		0,015**
Sosyokültürel	2,95± 0,34 (2,10-3,80)	2,82± 0,31 (2,10-3,70)	3,156		0,002**
<b>Düzeyler</b>					
Ferahlama	3,05± 0,38 (2,00-4,00)	2,95± 0,32 (2,19-3,75)	2,360		0,019
Rahatlama	3,01± 0,33 (2,19-3,81)	2,95± 0,28 (2,13-3,69)	1,581		0,115
Üstesinden Gelme	3,12± 0,29 (2,33-3,80)	2,98± 0,26 (2,33-3,60)	4,305		0,000***
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>	3,07±0,29 (2,42-3,69)	2,97±0,25 (2,38-3,67)	3,090		0,002**

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Araştırma grubunda hemodiyaliz tedavisi alanlarda fiziksel alt boyut puanı 2,89±0,41 hemodiyaliz tedavisi almayanlarda 2,86± 0,34 idi. Psikospiritüel alt boyut puanı hemodiyaliz tedavisi alanlarda 3,24± 0,37 hemodiyaliz tedavisi almayanlarda 3,11 ± 0,36 olarak bulundu. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların çevresel alt boyut puanı 3,16± 0,40 iken hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların

çevresel alt boyut puanı  $3,05 \pm 0,36$  idi. Sosyokültürel alt boyutta hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların puanları ise (sırasıyla)  $2,95 \pm 0,34$ ;  $2,82 \pm 0,31$  olarak bulundu (Tablo 6.4).

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların genel konfor ölçeği toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamsız bir ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla  $r = -0,008$   $p > 0,05$  ve  $r = -0,019$   $p > 0,05$ ).

Her iki gruptaki hastaların genel konfor ölçeği toplam puanı ile böbrek yetersizliği tanısı almaları arasında ise hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda pozitif yönde ( $r = -0,022$   $p > 0,05$ ) hemodiyaliz tedavisi almayan hastalarda ise negatif yönde ( $r = -0,157$   $p > 0,05$ ) anlamsız bir ilişki olduğu bulundu.

### 6.3. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları ile Kaşıntı Şikayetine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.5. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut Düzey ve Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetine Göre Karşılaştırılması (n=297)**

Ölçek	HD T Alanlar (n=191)		HD T Almayanlar (n=106)	
	Ort. ± SS	Anlamlılık	Ort. ± SS	Anlamlılık
<b>Alt Boyutları</b>				
<b>Fiziksel</b>				
Kaşıntı Var	2,84±0,40	t=0,066 p=0,948	2,84±0,37	t= 1,101 p=0,272
Kaşıntı Yok	2,94±0,42		2,87±0,32	
<b>Anlamlılık</b>	t=1,636	p=0,103	t=0,488	p=0,626
<b>Psikospiritüel</b>				
Kaşıntı Var	3,26±0,39	t=1,666 p=0,098	3,22±0,34	t=2,250 p=0,026*
Kaşıntı Yok	3,10±0,34		3,14±0,35	
<b>Anlamlılık</b>	t= 0,663	p=0,508	t=0,642	p=0,523
<b>Çevresel</b>				
Kaşıntı Var	3,18±0,41	t=2,027 p=0,045*	3,04±0,34	t= 1,402 p=0,163
Kaşıntı Yok	3,15±0,39		3,07±0,37	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,569	p=0,570	t=0,338	p=0,736
<b>Sosyokültürel</b>				
Kaşıntı Var	2,93±0,33	t=3,118 p=0,002**	2,74±0,30	t=1,715 p=0,088
Kaşıntı Yok	2,97±0,35		2,87±0,31	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,792	p=0,429	t=2,158	p=0,033*
<b>Düzye</b>				
<b>Ferahlama</b>				
Kaşıntı Var	3,04±0,40	t=2,121 p=0,036*	2,89±0,32	t=1,213 p=0,227
Kaşıntı Yok	3,06±0,37		2,99±0,32	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,399	p=0,690	t=1,619	p=0,109
<b>Rahatlama</b>				
Kaşıntı Var	3,01±0,34	t=0,859 p=0,392	2,94±0,28	t=1,442 p=0,151
Kaşıntı Yok	3,03±0,32		2,96±0,30	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,733	p=0,465	t=0,220	p=0,827
<b>Üstesinden Gelme</b>				
Kaşıntı Var	3,13±0,28	t=2,530 p=0,013**	3,01±0,29	t=3,406 p=0,001**
Kaşıntı Yok	3,12±0,29		2,96±0,24	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,310	p=0,757	t=0,638	p=0,525
<b>Ölçek Toplam Puanı</b>				
Kaşıntı Var	3,06±0,28	t=2,169 p=0,032**	2,95±0,255	t=2,165 p=0,032*
Kaşıntı Yok	3,08±0,29		2,98±0,248	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,342	p=0,733	t=0,603	p=0,548

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05, \*\*p<0,01

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı şikayetine göre ölçek toplam puanı, alt boyut ve düzey puanlarının karşılaştırıldığı t testine göre fiziksel alt boyut ile rahatlama düzeyi puanı hemodiyaliz tedavisi alanlarda ve almayanlarda benzerlik bulundu ( $p>0,05$ ).

Sosyokültürel alt boyut puanı hemodiyaliz tedavisi almaya göre tabakalandığında hemodiyaliz tedavisi almayanlarda kaşıntı şikayeti anlamlı olarak düşüktü ( $p< 0,05$ ).

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastalar kaşıntı şikayetine göre tabakalandığında ise hem hemodiyaliz tedavisi alan hemde almayan hastalarda üstesinden gelme düzey boyutunda kaşıntı şikayeti anlamlı olarak yüksek bulunurken ölçek toplam puanının düşük olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.6. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Zamana Göre Karşılaştırılması (n=140)**

Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Zaman	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık t ve p
	HD T Alanlar(n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS	
Bazen	3,09±0,26	3,00±0,24	0,551 0,996
Her zaman	3,00±0,33	2,88±0,27	
<b>Anlamlılık</b>	t=0,106 p=0,175		

HD= Hemodiyaliz, \* $p<0,05$

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı şikayetinin görüldüğü zamana göre ölçek toplam puanı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildi. Her iki gruptaki hastalarda da kaşıntı şikayetinin zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre tabakalandığında ise kaşıntı şikayetlerinin olmaması hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p< 0,05$ ).



**Tablo 6.7. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Bölgeye Göre Karşılaştırılması (n=140)**

Kaşıntı Şikayetinin Olduğu Bölge	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık t ve p	
	HD T Alanlar (n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS		
Bir yada İki Bölge	3,11±0,25	2,97±0,25	2,159	0,026*
İkiden Fazla Bölge	3,08±0,41	3,04±0,19	0,244	0,914
Vücutta Genel Kaşıntı	3,02±0,29	2,87±0,29	1,523	0,485
<b>Anlamlılık</b>	F=1,210 p=0,303	F=1,037 p=0,364		

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı şikayetinin olduğu bölgeye göre ölçek toplam puanı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Her iki gruptaki hastalarda da kaşıntı şikayetinin olduğu bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0,05).

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre tabakalandığında ise kaşıntı şikayetinin olmaması ile sadece bir yada iki bölgede olması hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p < 0,05).

**Tablo 6.8. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetini Tarif Etmeye Göre Karşılaştırılması (n=140)**

Kaşıntı Şikayetini Tarif Etme	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık t ve p	
	HD T Alanlar (n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS		
Kaşıdığımda Geçiyor	3,15±0,25	2,95±0,22	3,085	0,003*
Devamlı Kaşıntı ve Yaralar	3,03±0,29	3,05±0,12	0,332	0,752
Uyuyamıyorum	2,92±0,28	2,86±0,38	0,433	0,678
<b>Anlamlılık</b>	F=3,401 p=0,014*	F=1,132 p=0,340		

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05, \*\*p<0,01

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı şikayetini tarif etmeye göre ölçek toplam puanı tek yönlü varyans analizi ile gruplar arasında fark olup olmadığı Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların kaşıntı şikayeti tariflerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, farkın hemodiyaliz

tedavisi alan hastaların kaşıntı nedeniyle uyuyamamalarından (F=3,401 p=0,014) kaynaklandığı bulundu (p < 0,05).

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre tabakalandığında ise kaşıntı şikayetinin olmaması ile kaşıyarak kaşıntı şikayetinin geçiyor olması hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p < 0,05).

**Tablo 6.9. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinde Hissettiklerine Göre Karşılaştırılması (n=140)**

Kaşıntı Şikayetinde Hissettikleri	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık	
	HD T Alanlar (n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS	t	p
Öfke	3,05±0,31	2,99±0,15	0,821	0,436
Yorgunluk	3,07±0,33	2,87±0,34	1,966	0,062
Can Sıkıntısı	3,03±0,29	3,03±0,08	0,101	0,928
Etkilemiyor	3,15±0,14	3,04±0,19	1,899	0,074
<b>Anlamlılık</b>	F=0,195 p=0,899	F=1,323 p=0,281		

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hem hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre hemde kaşıntı şikayetindeki hislerine göre tabakalandığında gruplar arasındaki farkın benzer olduğu bulundu (p>0,05).

**Tablo 6.10. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetinin Günlük Yaşantısına Etkisine Göre Karşılaştırılması (n=140)**

Kaşıntı Şikayetinin Günlük Yaşantısına Etkisi	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık	
	HD T Alanlar (n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS	t	p
Özgürce Giyinememek	3,16±0,31	2,93±0,22	1,839	0,088
Sosyalleşmemek	3,01±0,23	2,94±0,68	1,028	0,324
Uykusuzluk	3,01±0,33	2,92±0,31	1,093	0,263
Etkilemiyor	3,15±0,14	3,04±0,19	1,899	0,077
<b>Anlamlılık</b>	F=1,442 p=0,235	F=0,485 p=0,726		

HD= Hemodiyaliz, \*p<0,05

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hem hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre hem de kaşıntı şikayetinin günlük yaşantılarına etkisine göre tabakalandığında gruplar arasındaki farkın benzer olduğu bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.11. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Kaşıntı Şikayetini Gidermeye Yönelik Uygulamalara Göre Karşılaştırılması (n=140)**

**Kaşıntı Şikayetini Giderme Uygulamaları	Konfor Ölçek Toplam Puanı		Anlamlılık t ve p
	HD T Alanlar (n=97) Ort. ± SS	HD T Almayanlar (n=43) Ort. ± SS	
Kaşımak	3,08±0,26	2,93±0,26	2,243 0,025*
Antihistaminik İlaç	3,03±0,33	2,96±0,26	0,802 0,436
Duş / Kolonya Sürme	3,11±0,23	3,13±0,07	0,122 0,895
Uyku İlacı/Antidepresan	2,88±0,33	2,61±0,18	1,816 0,084
<b>Anlamlılık</b>	F= 0,382 p=0,777	F=0,654 p=0,93	

HD= Hemodiyaliz, \* $p<0,05$  \*\*Birden fazla cevap verilmiştir

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı şikayetleri olduğunda rahatlamak için yaptıklarına göre ölçek toplam puanı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildi. Her iki gruptaki hastalarda da kaşıntı şikayeti olduğunda yaptığı uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Genel Konfor Ölçeği toplam puanı hastaların hemodiyaliz tedavisi alma ve almama durumuna göre tabakalandığında ise kaşımayı tercih etme hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Sosyodemografik Özellikler, Hemodiyaliz Tedavisi ve Kaşıntı Semptomu

Akhyani (2005) çalışmasında 65 yaş üzeri evli, okur yazar olmayan, kırsal alanda yaşayan ve diyet programına uymayan hastalarda daha şiddetli pruritus olduğunu bunuda kadınlarda artan östrojene, deri altı yağ dokusunun azalmasına, erkeklerin daha uzun süre diyaliz almasına, erkeklerin kadınlara oranla ciltlerinin daha kuru olmasına, kırsal alanda yaşamaya ve diyet programına uymamaya bağlı olabileceği ile ilişkilendirmektedir. Hüzmeli (2014) ve Tol (2015) da çalışmalarında kaşıntı ile ilgili benzer ifadelere yer vermektedir. Bizim çalışmamızda da kaşıntı şikayetiyle yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmayışı literatürü destekleyici olduğu düşünülebilir.

Yaş kaşıntı için önemli bir faktördür. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yaşa bağlı olarak pruritus şiddeti ve yoğunluğu artar (Arıcan 2005; Narita ve ark. 2006; Aşçıoğlu ve ark. 2011; Kılıç Akça ve Taşçı 2011). Zucker ve ark. 2003 yılında İsrail’de üç diyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan 219 hasta ile, Akhyani ve arkadaşlarının 2005 yılında 145 hasta ile İran’da, Güder ve arkadaşlarının (2012) Afyonkarafisar’da yaptığı çalışmada üremik pruritis ile yaş, cinsiyet, primer hastalık hemodiyaliz süresi, kan değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. (Zucker ve ark. 2003; Akhyani ve ark. 2005; Güder ve ark. 2012). Çeşitli kimyasal maddelerin pruritojenik bir şekilde birikmesi bozulmuş böbrek fonksiyonunun bir sonucudur. İyi diyaliz pruritus prevelansını azaltacaktır. Çalışma bulgularımız da kaşıntı şikayetinin hasta yaşı ve tanı alma yılı arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı yönündedir. Kuru cilt pruritus için önemli bir faktördür (Akhyani 2005; Narita ve ark. 2008). Akhyani (2005) kuru cildin kaşıntı şikayetini 3,9 kat ağırlaştırdığını ifade etmektedir. Artan yaş ile birlikte ciltteki kuruluğun artışı, yavaşlayan metabolizmanın ve tedavi yılının vücuttaki atık madde miktarının daha yüksek olmasıyla ilişkili bir korelasyon beklememize rağmen teknolojik gelişmelerle (Kılıç Akça ve Taşçı 2014) hastaların daha istendik düzeyde hemodiyaliz tedavisi almaları, kaşıntı şikayeti olan az sayıda hasta ile karşılaşmamız yaş ve tedavi yılı

arasında beklediğimiz korelasyonu bulamayışımızın bir nedeni olabilir (Kılıç Akça ve Taşçı 2014; Owayolu ve ark. 2015; Tol ve ark. 2015).

## **7.2. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam, Alt Boyut ve Düzey Puanları**

Konfor kuramında her bir bileşen birbiri ile ilişkilidir. Örneğin; fiziksel konfor bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin çeşitli uyaranlara karşı verdiği fiziksel yanıtlara göre ihtiyaçları karşılanırsa sıkıntıdan kurtulur ve rahatlar, istenilen konfor düzeyine ulaşırlar (Kolcaba 2003).

Hastalarda günlük yaşamda kalite ve konforda bozulmalara sebep olan KBH semptomlarından biri belki de en önemlisi olan kaşıntı şiddeti bazı hastalar için sadece kaşımak ile geçerken bazıları için kronikleşebilir. Kaşıntı için uygulanan tedavinin sonlanmasıyla kaşıntı tekrarlayabilir (Arıcan 2005). Birey olarak kendimize duyduğumuz güven ve saygı psikospiritüel konforumuzu etkiler. (Kolcaba 2003; Büyükünâl Şahin 2016; Terzi ve Kaya 2017). Konfor ihtiyacı karşılanmayan birey sıkıntı hisseder. Düzenli etkin diyaliz ile ürenin ciltte birikmesinin engellenmesiyle kaşıntı semptomu azalan bireyler ihtiyacının karşılanması nedeniyle ferahlama duygusu yaşarlar (Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017). Bilgiç ve Acaroğlu (2017) kemoterapi tedavisi alan hastalarda müziğin etkisiyle psikospiritüel konforlarının yükselme ve dolayısıyla ferahlama boyut puanlarının hangi yönde değişeceği ile ilgili çalışmalarında 3,34 olan psikospiritüel puanın 3,43'e yükseldiğini, ferahlama boyutu puanının ise 2,75'ten 2,80'e doğru değiştiğini bulmuşlar. Çalışmamız bulgularıda da hemodiyaliz tedavisi alan hastaların almayanlara göre hem psikospiritüel (sırasıyla 3,24; 3,11) hemde ferahlama düzeyinde (sırasıyla 3,05; 2,95) daha yüksek konfor puanına sahip olduğu yönündeydi.

Kronikleşen kaşıntı ciltte açılan yaralara bağlı bireyin kendini çirkin hissetmesine, mevcut yaraların giysiyle gizlenemeyecek yerlerde açılması, yaraları görüneceği korkusuyla özgürce giyinmesine engel olması sosyal yaşamdan uzaklaşmasına yol açmaktadır. Çalışmamız bulguları hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %16,8'si almayan hastaların % 11,3'ünün kaşınma nedeniyle yaralarının olduğu ve hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %7,9'u, almayan hastaların

%4,7'sinin kaşınma yüzünde özgürce giyinememeleri psikosprütüel ve ferahlama puanlarını açıklayıcı olacağı söylenebilir. Bireyin yaşamındaki değişimler anksiyete düzeyini arttırabilir. Anksiyete yaşama hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda psikosprütüel konforu ve ferahlamayı azaltan önemli bir duygudur.

Diyaliz semptomları hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Akpolat ve ark. 2008; Kim ve ark. 2010). Üremiye bağlı gece gündüz ayrımı yapmayan sürekli kaşıntı hastaların fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşamalarına, uyku düzeninin bozulmasına, öfke anksiyete depresyon gibi duygular yaşamalarına sebep olur (Buddenkotte ve ark. 2010). Bilgiç ve Acaroğlu kemoterapi tedavisi alan ve almayan deney ve kontrol grubu olarak adlandırdıkları hastalarda müziğin fiziksel konfora ve bireyin kendini rahat hissetmesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında 3,15 olan fiziksel konfor puanının 3,31'e yükseldiğini, rahatlama puanının ise 3,29'dan 3,38'e yükseldiğini bulmuşlar. Çalışmamız bulguları hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %16,8'i almayan hastaların %11,3'ünün kaşınma şikayetinin sürekliliğinden ve hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %24,6'sı almayan hastaların %20,8'inin kaşıntı nedeniyle uyuma ve dinlenme problemi olduğunu ifade etmeleri hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların fiziksel konfor ile rahatlama boyutu puanlarını (sırasıyla 2,89, 2,86; 3,05, 2,95 ) açıklayıcı olacağı düşünülebilir. Mevcut durumundan memnun olan birey sakin huzurlu ve rahattır. Bireysel huzur, sakinlik memnuniyet ifadesidir (Kolcaba 2003). Bireysel olarak dengemizi bozan her durum fiziksel konforumuzu etkiler (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Kılıç Akça ve Taşçı 2013; Kavurmacı ve Tan 2015). Dengeli olduğumuz sürece rahat ve konfor düzeyi yüksek bir yaşantımız olabilir (Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017).

Aylarca yıllarca devam eden tedaviye cevap vermeyen kronikleşen kaşıntı problemi hastaların gelecek kaygılarını arttırabilir. Diyaliz hastalarında gelecek ile ilgili belirsizlikler nedeniyle hastalıkla baş etmede yaşanan zorluklar hayat kalitelerini (Ünal ve Bilge 2005) dolayısıyla konfor algılarını etkilenmektedir. Hasta ve aileleri nonfarmakolojik yöntemler ile sorunlarının üstesinden gelmeyi tercih ederler. Kolcaba (2003) bireyin konfor gereksinimi eksiksiz karşılandığında sorunların üstesinden gelme baş etme gücünün arttığını savunur. Kemoterapi hastalarında müziğin sorunların üstesinden gelmede hasta üzerindeki etkisini çalışan

Bilgiç ve Acaroğlu 3,21 olan üstesinden gelme boyutunun müzik dinletisiyle 3,32'ye yükseldiğini bulmuşlardır (Bilgiç ve Acaroğlu 2017). KBY hastalarında olumlu davranış geliştiren bireysel güçlerini artıran en önemli destek ailelerinden ve arkadaşlarından gelen destektir. Hastalığın ilk yıllarında bu desteği fazlaca almalarına karşın zaman içinde desteğin azalması bireylerde bir taraftan hastalığın yarattığı tablolar özellikle yoğun ve şiddetli kaşını ile baş etmek diğer taraftan kendini yalnız hissetmek öfke ve anksiyete gibi karmaşık duygular yaşamalarına sebep olabilir. Çalışma bulgularımız hemodiyaliz tedavisi alan hastaların (sırasıyla) %17,8 ve %9,0 olmayan hastaların %6,6 ve %7,9 oranında mevcut kaşını nedeniyle öfke ve can sıkıntısı hissi yaşadıkları yönündeydi. Sevdiklerinden beklediği desteği görememek hastaların yaşamlarında üstesinden gelme ve sosyokültürel konforlarını azaltabilir. Konfor ölçeğinin üstesinden gelme boyutu puanını hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda 3,12 olmayanlarda 2,98 olarak bulmamız hastalarımızın bu boyutta desteğe ihtiyaçlarının olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kolcaba (2003) bireyin bulunduğu ortamın çevresel konforu üzerinde etkisine dikkat çekmiştir (Kolcaba 2003; Büyükcinal Şahin 2016) İçinde bulunulan ortam ne kadar aydınlık dingin sessiz, ısısı ve nemi ayarlanmış, rahat bir koltuk yada yatağa sahip, manzarası güzel olursa bireyin çevresel konforunda o kadar yüksek olur (Kıran 2016). Bilgiç ve Acaroğlu'nun (2017) müziğin konfora etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında 2,68 olan çevresel konfor puanı müzik dinletisinin ardından 2,76'ya yükselmiştir. KBH'da cilde ait görülen değişikliklerden biri olan kuruluk, nemi ve ısısı ayarlanmamış kuru ortamlarda artabilir. Rahatsız bir yatakta yatma kaşınının ciltte yaptığı tahribatı arttırabilir. Çevresel konforun azlığı hastada mevcut kaşınının şiddetinin artması ve konforunun olumsuz yönde etkilenmesini tetikleyici rol üstlenir. Çalışmamız bulgularında hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda %23,0 olmayan hastalarda %11,3 oranında vücut genelinde kaşını tarifi olmasına rağmen hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %24,1 olmayan hastaların %18,6 oranında kaşındıklarında kaşını şikayetlerinin geçtiği yönündeki ifadeleri çevresel konforlarından memnuniyetlerinin bir ifadesi olabilir.

Gürçayır'ın (2011) kalça protezi ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin konfor düzeyine etkilerini değerlendirmek için taburculuk sonrası kullandığı genel konfor ölçeği ortalama puanı 3,53 olup eğitim verilen kontrol grubunda anlamlı

olarak yüksekti (Gürçayır 2011). Ünlü'nün (2014) ameliyat sonrası bulantı kusmaya yönelik akupres uygulamasının etkinliği ve hasta konforuna etkisini değerlendirmek için yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında Perianestezi Konfor Ölçeği medyan puanı deney grubunda kontrol grubuna göre yüksekti (Ünlü 2014). Büyükcünal Şahin'in (2016) perianestezi konfor ölçeği ile ameliyat geçiren hastaların konfor düzeyini etkileyen durumları saptamak amaçlı yaptığı yüksek lisans tezinde konfor ölçeği puan ortalamasını yüksek (4,82) bulmuştur (Büyükcünal Şahin 2016). Acar ve Aygün'ün orak hücre anemisine bağlı akut göğüs sendromu ile acil servise başvuran 22 yaşında üniversite öğrencisi erkek hastaya konfor kuramı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımıyla 1,58 olan genel konfor ölçeği puanının 3,54' olarak yükseldiği yönündeydi (Acar ve Aygün 2016). Bilgiç ve Acaroğlu (2017) kemoterapi tedavisi alan hastalarda müziğin konfora etkisini incelediği çalışmalarında 3,06 olan konfor puanının 3,17'ye yükseldiğini bulmuşlar. Herhangi bir hemşirelik girişiminin planlanmadığı tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmamızda konfor puanı ortalamasının her iki grup içinde birbirine yakın ( $2,97 \pm 0,25$  ve  $3,07 \pm 0,29$ ) olması beklemediğimiz bir sonuçtu. Çalışmanın planlama aşamasında literatür çalışmaları doğrultusunda düşük konfor düzeyi puanı bulmayı öngörmüştük. Konfor düzeyi puanını beklediğimiz gibi bulamayışımız da hastaların tedavi yıl ortalamalarının yüksekliği, çalıştığımız grupta yaş ortalamasının yüksek oluşunun mevcut duruma kabullenme olarak yansması, her zaman kaşıntı şikayeti olduğunu ifade eden hasta sayımızın az oluşu ve hastalarımızda konforun sorgulandığı zaman diliminde kaşıntı şikayeti olmayışı yada çalışmaya dahil edilen prediyaliz grubunun etkisi olduğu olduğu düşünülmektedir.

### **7.3. Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları ile Kaşıntı Şikayeti**

Mistik ve arkadaşları (2006) %50,2, Güder ve arkadaşlarının Afyonkarahisar'da 100 KBH ile yaptığı çalışmada %49, Küçükünal ve ark 45 KBH ile yaptığı çalışmada %60 Akhyani ve arkadaşlarının 2005 yılında 145 hasta ile İran'da yaptığı çalışmada %41,9 oranında üremik kaşıntı şikayeti varlığı saptamıştır. (Akhyani ve ark. 2005; Mistik ve ark. 2006; Güder ve ark. 2012; Küçükünal ve ark. 2015).



Çınar'a göre (2016) dermatolojik problemler genellikle ileri dönemlerde GFR 15'in altına indiğinde (G5) ortaya çıkar (Çınar Pakyüz 2016). Çalışmamız bulguları hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %50,8'inde, hemodiyaliz tedavisi almayan hastaların %40,6'sında kaşıntı şikayeti olduğu yönünde olup hastaların GFR değerlerinin bilinmemesi araştırmamızın kısıtlılığındandır.

Kronik böbrek hastalığında kaşıntı semptomunun nedeni hala tam olarak aydınlatılmış olmamakla birlikte kalsiyum ve fosfor çarpımının 55'in üzerinde olması, yüksek parathormon seviyesi, allerjik reaksiyonlar, hipersensitivite ve histamin üremik kaşıntıdan sorumlu tutulan nedenlerdir (Çınar 2000; Aşçıoğlu ve ark. 2011). Akhyani ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada ise yüksek kalsiyum ve fosfor düzeyi ile üremik kaşıntı arasında herhangi bir ilişki olmadığı yönündedir (Akhyani ve ark. 2005). Güder ve arkadaşları (2012) hiperkalsemi ve hiperfosfatemili hastalarda üremik pruritusun daha sık görüldüğünü ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır (Güder ve ark. 2012). Tol (2015) kan değerleri ve kaşıntı arasında ilişki ile ilgili benzer fikirler ifade etmektedir. Araştırmamızın kısıtlılıklarından biri olan hasta dosyalarındaki laboratuvar bulgusu değerlerinin araştırma kapsamında kullanılmasına etik kurul tarafından izin verilmemiş olmasıdır.

Hastalar kaşıntı şikayetlerini genellikle hemodiyaliz sırasında ve hemen ardından tarif etmektedir (Aşçıoğlu ve ark. 2011; Kılıç Akça ve Taşçı 2014; Kavurmacı ve Tan 2015). Akhyani ve arkadaşlarının (2005) İran'da 145 hastada yaptıkları çalışmada diyaliz sırasında ve sonrasında (%31,4), iken Zucker (2003) ve arkadaşları ise çalışmasında diyaliz sırasında %7 oranında pruritusun yoğunlaştığını bulmuşlar. Bizim çalışmamızda ise hastaların 18,8'inde kaşıntı şikayetlerinin bazen olduğu yönündeydi (Akhyani ve ark. 2005; Zucker ve ark. 2003). Çalışmamız bulgularının ölçek toplam puanı doğrultusunda üremik kaşıntının günlük konforlarını etkilenmediği yönünde olmasının kaşıntı şikayetinin bazen olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Aşçıoğlu ve ark (2011), Kılıç Akça ve Taşçı (2014) Kavurmacı ve Tan'ın (2015), üremik kaşıntı ile ilgili derlemelerinde de belirttikleri gibi şiddeti hastadan hastaya değişen subjektif bir duygu olan kaşınma isteğinin hastaların yaklaşık %50'sinde olduğu yönündedir. Bulgularımız özellikle hemodiyaliz tedavisi alan

hastalar ile aynı olmayan hastalarla yaklaşık oranlardadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların olmayan hastalara göre daha düşük yüzdede olması diyaliz tedavisi ile kanda yükselen ürenin cilt üzerindeki tahriş edici etkisinin azalmış olmasının bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Üremik kaşıntının hastalar için mortalite yaratmayan kaşınmanın sonucu zaman içinde kanama odakları ve deri lezyonları gibi fizyolojik değişikliklere enfeksiyon riskine, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, uykusuzluk, özellikle yüz gibi görünür yerdeki lezyonun sosyal izolasyon, öfke duygusu yaşama, yaşam kalitesinde ve konforda azalmaya (Kılıç Akça ve Taşçı 2013; Kavurmacı Tan 2015) yol açtığı ile ilgili literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır. (Zucker 2003; Pisoni ve ark. 2006; Yong ve ark. 2009). Çalışmamız bulgularında kaşınmaya bağlı deri lezyonları varlığı her iki grupta da (hemodiyalize tedavisi alanlarda % 16, olmayanlarda % 7) mevcuttu. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları prevalansının %50 ile %83 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Kusleikaite ve arkadaşları (2005) PUKİ kullanarak 81 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada, uyku problemi sıklığını %67,7 İliescu ve arkadaşları (2003) 63 hemodiyaliz hastasında yaptıkları çalışmada ise %71 sıklıkta uyku problemi bulurken Hüzmeli ve ark. (2014) %61,6 oranında uyku kalitesinde bozukluk olduğunu bulmuştur. (Hüzmeli ve ark. 2014; İliescu ve ark. 2003; Kusleikaite ve ark. 2005) Uyku sorunları, hemodiyaliz hastalarının özbakım gücü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Hüzmeli ve ark. 2014). Bulgularımız hastaların fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%12,0; %17,0), uykusuzluk (%24,6; %20,8), sosyal izolasyon (%7,9; %4,7), öfke (%17,8; %6,6) duygusu yaşadıklarını ifade etmelerine karşın ölçek toplam puanı doğrultunda günlük konforlarının etkilenmediği görülmektedir.

Düzenli, yoğun ve etkili diyaliz üremik kaşıntının en önemli tedavi basamağıdır. Ilık banyo (Zucker ve ark. 2003), lokal yada sistemik antihistaminikler, fototerapi, cilt losyonları da semptomatik rahatlatıcı uygulamalardır (Çınar 2000; Aşçıoğlu ve Ark. 2011). Çalışma bulgularımız her iki grubunda kaşıntı şikayetinde kaşıma davranışından sonra büyük oranda antihistaminik (%18,8; % 17.1) bir ajan kullanarak daha sonra ise duş ve kolonya (%11; %4,7) ile semptomatik rahatlama sağladığı yönündeydi.

Kronikleşen kaşıntı bireyin hayat kalitesini ve konforunu bozarak hastalarda depresyon intihar ve ölüm isteğini artırır. Baş etme mekanizması olarak bazı hastalarda alkol, sigara uyku ilacı tüketimi gibi sağlık hijyenine uygunsuz davranışlar gelişir. Bulgularımız hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %6,2 almayan hastaların %5,7 oranında uyku ilacı yada antidepresan kullanma eğiliminde olduğu yönündedir.



## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforunu etkileyip etkilemediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulundu:

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların kaşıntı şikayeti hemodiyaliz tedavisi almayan hastalardan daha fazladır.
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyi puan ortalaması hemodiyaliz tedavisi almayan hastalardan daha yüksektir.
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar kaşıntı nedeniyle en fazla öfke duygusu, hemodiyaliz tedavisi almayan hastalar ise yorgunluk hissetmektedir.
- Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların kaşıntı nedeniyle en fazla uykusuzluğa bağlı günlük konforları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan hastaların konfor düzeylerinin alana özgü geliştirilmiş ölçekler kullanılarak düzenli aralıklarla değerlendirilmesini,
- Literatür bilgisiyle desteklenen nonfarmakolojik uygulamaların hemşirelik bakımında kullanımının yaygınlaştırılarak hastaların kaşıntı şikayetlerinin azaltılmasını,
- Kaşıntı nedeniyle günlük konforları olumsuz yönde etkilenen hastaların öfke, yorgunluk ve uykusuzluk ile başa çıkabilmeleri konusunda desteklenmesini,
- Yapılan uygulamalar sonunda hastaların konfor düzeylerinin tekrar değerlendirilmesini ve
- Konfor düzeylerini arttırıcı yeni çalışmalar planlanmasını önermekteyiz.

## 9. KAYNAKLAR

Acar K, Aygin D. Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi (OTSBD). 2016; 1(1): 36-43.

Ak R, Üstündağ S, Üstündağ A, Güldiken B, Süt N. Cognitive dysfunction in chronic renal disease: impact of dialysis modality. Turk Neph Dial Transpl. 2015; 24 (3): 283-293.

Akhyani M, Ganji M, Samadi N, Khamesan B, Daneshpazhooh M. Pruritus in hemodialysis patients. BMC Dermatology. 2005; 5(1): 7-12.

Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz hekimi el kitabı. İçinde: Akpolat T, Utaş C, eds. Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Sorunları Türk Nefroloji Derneği Yayını 2008, s:20.

Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji el kitabı. 4. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul; 2007, s: 283-349.

Akyol A, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezliği hastalarında uyku sorunları. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2007; 12 (2): 31-37.

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

Akyol AD. Böbrek yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2017; 3(3): 162-70.

Arıcan Ö. Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. Türkderm. 2005; 39 (2) s: 88-97.

Aşıcıoğlu E, Kahveci A, Koç M, Özener Ç. Uremic pruritus: still itching. Turk Neph Dial Transpl. 2011; 20 (1) s:7-13.

Aydın M. Kronik böbrek yetmezliği ve renal replasman tedavileri. İçinde: Titiz M İ, eds. Renal Transplantasyonda Pratik Yaklaşım. İstanbul; 2000, 113-119.

Barutçu Ataş D, Hakkı Arıkan, Sabahat Alışır, Ecdar Hilmi Çiftçi. Hemodiyaliz ve böbrek nakli hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması TurkNeph Dial Transpl. 2017; 26 (2): 171-176.

Bilgiç Ş, Acaroğlu R. Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients Western Journal of Nursing Research. 2017; 39(6): 745–762.

Buddenkotte J, Steinhoff M. Pathophysiology and therapy of pruritus in allergic and atopic diseases. Allergy. 2010; 65(7): 805-21.

Büyükunal Şahin Pınar. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd Doç Dr S. Rızalar).

Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Külek H, Can Gürkan Ö. Doğum konforu ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18(4): 252-258.

Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. J Am Soc Nephrol. 2007; 18: 3042-3055.

Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması. İçinde: Akoğlu E eds, Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı. 2000; 61-66.

Çınar Pakyüz S. Kronik böbrek hastalığı. İçinde: Karadakovan A, Eds. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., Ankara; 2016, 116-135.

Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(2): 79-88.

Çil E A. Diyabetik Nefropatide Risk Faktörleri Yönetiminin Morbidite Üstüne Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Şef: Doç. Dr. L. Karabulut).

Davison, SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 465-473.

Davison, S.N. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. Am J Kidney Dis. 2003; 42: 1239–1247.

De Sousa A. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian J Nephrol, 2008;18: 47-50.

Enç N, Öz Alkan S. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Enç N, eds. İç Hastalıkları Hemşireliği 1. baskı, Nobel Tıp, İstanbul; 2014, s:227-247.

Eroglu D, Lembet A, Ozdemir FN, Ergin T, Kazanci F, Kuscu E, Haberal M. Pregnancy during hemodialysis: Perinatal outcome in our cases. Transplant Proc. 2004; 36: 53-55.

Esen B, Sağlam Gökmen E, Atay A E, Sarı H, Karakoç A, Kahvecioğlu S, Kayabaşı H, Şit D. Son dönem böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerine

göre anksiyete ve depresyonun varlığı ve etkileyen faktörler. Turk Neph Dial Transpl 2015; 24 (3): 270-277.

Güder S, Karaca Ş, Kulaç M, Yüksel Ş, Güder H. Afyonkarahisar ve çevresinde diyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalardaki deri bulguları. Türkderm 2012; 46: 181-185.

Gürçayır D. Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman:Yrd. Doç. Dr N. Karabulut).

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

Iliescu EA, Co H, Murr MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. Quality of sleep and health- related quality of life in heamodialysis patients. Nephrol dial transplant 2003;18: 126-32.

Jeong SK, Park HJ, Park BD, Kim IH. Effectiveness of topical chia seed oil on pruritus of end-stage renal disease (ESRD)patients and healthy volunteers. Ann Dermatol 2010; 22(2): 143-148.

Kaçar G. Kronik böbrek yetmezliği. İçinde: Durna Z, eds. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2012 s:381-395.

Kara B. Kronik böbrek yetmezliğine bitkisel ürünlerin etkisi. Gülhane Tıp Dergisi. 2006 48: 189-193.

Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4 (1): 197-201.



Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyecek Hemşirelik Bakımının ve Eğitiminin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004, İstanbul (Danışman Doç. Dr. R. Acaroğlu).

Kolcaba K (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Co, New York. 58.

Karadağ E, Kılıç SP, Karatay G, Metin Ö. Effect of baby oil on pruritus, sleep quality and quality of life in hemodialysis patients: Pretest-post test model with control groups. Japan Journal of Nursing Science. 2014; 11: 180-189.

Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Y. Eryılmaz).

Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3 (1): 55-65.

Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve aromaterapi uygulaması. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2014; 3(1): 674-682.

Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(1): 57-62.

Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. Bozok Tıp Dergisi. 2011;1:15-22.

Kılıç Akça N, Taşcı S. Hemodiyaliz hastalarında üremik kaşıntı ve akupresör. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1) s:190-196.

Kılıç Akça N, Taşcı S. Kaşıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler (TAF) *Prev Med Bull.* 2013; 12(3): 359-364.

Kılıç Akça N, Taşcı S. Uremic pruritus and affecting factors. *Turk Neph Dial Transpl.* 2014; 23 (3): 210-216.

Kılıç Akça N, Karataş N, Taşcı S. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan akupresin kaşıntı durumuna etkisi. *Altern Ther Health Med.* 2013; 19(5):12-8.

Kıran F. Hemodiyalizin hastaların hayat kalitesine etkilerinin ölçülmesi. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Tekirdağ (Danışman: B. Topçu).

Kılıç Akça N, Taşcı S. An imported problem among hemodialysis patients: uremic pruritus and affecting factors. *TurkNeph Dial Transpl* 2014; 23 (3): 210-216.

Kusleikate N, Bumblyte IA, Rezukevicien L, Sedlickaite D, Rinkunas K. Sleep disorder and quality of life in patient on hemodialysis. *Medicina (Kaunas)* 2005; 41: 69-74.

Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi.* 2014; 16 (61): 16-23.

Küçükünal A, Kıvanç Altunay İ, Salman KE, Atış G. Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Turkderm – Arch Turk Dermatol Venerology.* 2015; 49:(1):23-7.

Lazaroff I, Shmshoni R. Effects of medical resonance therapy music on patients with psoriasis and neurodermatitis a pilot study. *Integr Physiol Behav Sci.* 2000; 35(3):189-98.

Levin C, Mainbach H. Exploration of “alternative” and “natural” drugs in dermatology. Arch dermatol. 2002;138(2):207-211.

Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijnenbrok-Kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study's hort form-item health survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. Value Health. 2007;10: 390-397.

Lugon R. Uremic pruritus. A Review Jocemir Hemodialysis International, 2005; 9:180-188.

Mistik S, Utas S, Ferahbas A, Tokgöz B, Unsal G, Sahan H. An epidemiology study of patients with uremic pruritus. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2006; 20(6):672-78.

Narita I, Iguchi S, Omori K. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. Journal Nephrol. 2008; 21:161-165.

Narita I, Alchi B, Omori K, Sato F, Ajiro F, Saga D, Kondao D, Saksume M, Maruyama S, Kazama JJ, Akzawa K, Gejyo F. Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. Kidney Int. 2006; 69:1626-1632.

Ovayolu N. Uygulamalı anatomi fizyoloji ve böbrek hastalıkları süreci. İçinde: Karadakovan A, Eds. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., Ankara; 2016, 20-58.

Ovayolu Ö. Hemodiyaliz. İçinde: Karadakovan A, Eds. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., Ankara; 2016, 165-206 İçinde: Karadakovan A, Eds. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., Ankara; 2016, 20-58.

Ovayolu N, Ovayolu Ö, Güngörmüş Z, Karadağ G. Böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı tedaviler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2015 (1):40-46.

Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E. Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2016; 25 (1): 88-94.

Pissoni RL, Wikström B, Elder SJ, Akizawa T, Asona Y, Keen ML.

Pururitusin hemodiyalaysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). Nephrology Dialaysis Transplantation. 2006; 21: 3495-3505.

Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, Coresh J, Culeton B, Hamm L L, McCullough PA, Kasiske BL, Kelepouris E, Klag M J, Parfrey P, Pfeffer M, Raij L, Spinosa DJ, Wilson WP. Kidney disease as a risk factorfor development of cardiovascular disease. A Statement From the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. 2003;108:2154 -2169.

Schmelz M. Itch- mediatorsand mechanisms. Journal Dermatol Sci. 2002; 28:91-96.

Serdengeçti K. Kronik Böbrek Yetmezliği, İçinde: Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Eds. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd Şti, 1. Baskı, İstanbul; 2005, s:627-640.

Siefert ML. Concept analysis of comfort. Nursing Forum. 2002; 37(4):16-23.

Sinangil A, Çelik V, Çağlar A, Ecder T. Hemodiyaliz hastasında sık karşılaşılan kaşıntının nadir sebebi: Kyrle's Hastalığı Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2016;25 (Ek/Sayı 1) 122-125.

Sipahi S, Yaylacı S, Genç AB, Gündüz M, Günaydın M Cevrioğlu Savaş AT. Son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastada gebelik: olgu sunumu. TurkNeph Dial Transpl. 2012; 21 (1): 89-91.

Stander S, Steinhoff M. Pathophysiology of pruritis in atopic dermatitis. Exp Dermatol. 2002; 11:12-24.

Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey the CREDIT study. Nephrology Dialysis Transplantation. 2011; 26(6): 1862-1871.

Şahin Orak N. Konfor kuramı. İçinde: Ocakçı A F, Ecevit Alpar Ş, eds. Hemşirelikte Kavram Kuram ve Model Örnekleri 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s:39-55.

Şahin Orak N, Çınar Pakyüz S, Kartal A. Ölçek geliştirme çalışması: hemodiyaliz hastalarında konfor. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2017;2 (12) 68-77.

Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8 (2):32-39.

Tangkiatkumjai M, Boardman H, Praditpornsilpa K, Walker DM. Prevalence of herbal dietary supplement usage in Thai outpatients with chronic kidney disease: a cross-sectional survey. BMC Complement Altern Med. 2013;13:153.

Tanrıverdi M H, Karadağ A, Hatipoğlu FŞ. Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi. 2010;2(2):27-32.

Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(1): 67-74.

Thomas N. Çeviren: Çınar Pakyüz S. Kronik Böbrek Hastalığı. 4. baskı, Nobel Akademik Yayıncılık ve Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., 2016, Ankara; s:116-135.

Tol H, Ünal M, Arslan Ş. Hemodiyaliz hastalarında kaşıntı ve yaşam kalitesi Türkiye Klinikleri Nephrol Special Topics 2015; 8(3)49-53.

Topçu Özer H. Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24 saatteki doğum konforuna etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rathfisch G).

Tsay S L. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. International Journal of nursing studies. 2004; 41: 99-106.

Tuton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. Journal of Clinical Nursing. 2003; 12(5): 689-96.

Umut S. Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektoretinogram Değişiklikleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Y. Barut).

Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastalıkların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2005;44(1):35-38.

Ünlü M. Perikardiyum Altı Noktasına Bilek Bandı ile Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma ve Konfora Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç Dr. N. Kaya).

Üstündağ H, Eti Aslan F. Perianestezi konfor ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2010; 2(2):94-99.

Van Os-Medendorp H, Ros WJG, Eland-de K, Kennedy C, Thio BH, Vander SA, Vander Z, Grypdonck MHF, Bruijnzeel Koomen CAFM. Effectiveness of the nursing programme “Coping with itch’ a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease.:Journal Compilation British Association of Dermatologists. 2007; 156:1235–1244.

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

Young DS, K Wok AO, W Ong DM, Suen MH Chen WT, Tse DM. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of patients on dialysis and palliative care. Palliative Medicine. 2009; 23: 111-119.

Yosipovich G, Zucker I, Boner G, Gafter U, Saphira Y, Davidson M. A questionnaire for the assessment of pruritus: Validation in uremic patients. Acta Dermato Venerologica. 2001; 81:108-111.

Yosipovich G. Pruritus: an update. Curr Probl Dermatol 2003; 15:135-164.

Yücel ŞÇ. Kolcabanın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011;27(2):79-88.

Zengin N. Konfor Kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):37-44.

Zucker I, Yosipovich G, David M, Gafter U, Boner G. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. J Am Acad Dermatol Israel. 2003; 9:(5)842-846.

Xue, J.L., Ma, J.Z., Louis, T.A., and Collins, A.J. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the united states to the year 2010. *J Am Soc Nephrol.* 2001; 12: 2753–2758.





## 10. EKLER

**EK-1                      Enstitü                      Anabilim                      Dalı                      Kurul                      Kararı**

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/05/2017-E.37681



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

Sayı : 28233352-730.03.02-  
Konu : Yönetim Kurulu

### SBE-İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 26.04.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 26.04.2017 tarihli Anabilim Dalı Kurul Kararları görüşülerek;

**a)** İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380006 numaralı öğrencisi Emre ERKAL'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine,

**b)** İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380005 numaralı öğrencisi Türkan ÇALIŞKAN'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?" olarak kabul edilmesine,

**c)** İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380019 numaralı öğrencisi Fatma DEMİREL'in Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine,

**d)** İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380010 numaralı öğrencisi Hayriye BAŞTÜRK'ün Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü

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

Bilgi İçin: Ayşe Ertek  
Unvanı: Memur



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

## EK 2- Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

---

### CALIŞMANIN ADI:

## **HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN VE ALMAYAN ÜREMİK HASTALARDA KAŞINTI KONFORU ETKİLER Mİ?**

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.*

### CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforunu etkileyip etkilemediği

### CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Veri toplama işlemi hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda diyaliz işleminin rutine girdiği hastanın kendini rahat hissettiği zaman diliminde hasta için rahat bir ortam hazırlanarak yatak başında, prediyaliz hastalarında ise yine hastanın görüşme için kendini iyi hissettiği bir zaman diliminde hasta odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilecektir. Veriler sosyodemografik form ve genel konfor ölçeğinin doldurulmasıyla toplanacaktır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarının kaşıntı nedeniyle değişen konfor algılarının saptanmasını kolaylaştırılarak konfor düzeyinin yükseltilmesi sağlanacaktır.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz bu çalışma için kullanılacak ve çalışmada adı geçen çalışmacılar tarafından hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Prof.Dr. Sezgi Çınar Pakyüz

CBÜ Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans Öğr. Türkan ÇALIŞKAN

CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

### EK 3- Hasta Tanıtım Formu

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntının hasta konforunu etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu anket formunda sizin yaşantınız ve hastalığınız ile ilgili bazı bilgilere yer verilmiştir. Hiç bir şekilde isminiz belirtilmeyecektir. Soruları dikkatli okuyarak işaretlemeniz rica olunur. Katılmayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

**Lütfen Cevapsız Soru Bırakmayınız.**

**Türkan ÇALIŞKAN**

A. Cinsiyetiniz:

1( ) Kadın

2( ) Erkek

B. Yaşınız:.....

C. Medeni Durumunuz:

1( ) Evli

2( ) Bekar

D. Eğitim Durumunuz :

1( ) Okur- Yazar

2( ) İlkokul

3( ) Orta- Lise

4( ) Üniversite

5 ( ) Diğer....

E. Çalışma Durumu:

1( ) Çalışıyor

2( ) Çalışmıyor

F. Böbrek yetmezliği tanısını ilk kez ne zaman aldınız .....

G. Hemodiyaliz tedavisi alıyor musunuz?

1( ) Evet

2( ) Hayır

H. Cevabınız EVET ise kaç yıldır hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz.....

I. Haftada Kaç Kez Diyalize Giriyorsunuz?.....

J. Cildiniz ile ilgili kaşıntı şikayetiniz var mı?

1( ) Evet

2( ) Hayır

K. Varsa

1 ( ) Bir yada iki bölgede (**hangi**) .....

2 ( ) İki'den fazla bölgede (**hangi**) .....

3 ( ) Vücutta genel kaşıntı

L. Kaşıntı şikayetiniz en çok zaman oluyor.....

1. ( ) Hiçbir zaman

2. ( ) Bazen

3. ( ) Her zaman

M. Kaşıntı şikayetinizi hangisi ile tarif edersiniz.

1. ( ) Kaşındığım zaman kaşıntı isteğim geçiyor

2. ( ) Kaşınmadan dolayı derimde yaralar var

3. ( ) Kaşıntıdan dolayı uyuyamıyorum

N. Kaşıntı şikayetiniz olduğunda ne hissediyorsunuz?

1. ( ) Öfke

2. ( ) Fiziksel ve zihinsel olarak yorgun hissediyorum

3. ( ) Artık bu kaşınma olayından çok sıkıldım

4. ( ) Diğer.....

O. Kaşıntı şikayetiniz günlük yaşantınızda en çok ne yapmanızı etkiliyor.

1. ( ) İstediğim gibi giyinemiyorum

2. ( ) Hiç kimse ile bir arada olmak istemiyorum

3. ( ) Gece yeterli olarak uyuyamıyorum

4. ( ) Diğer.....

P. Kaşıntı şikayetiniz olduğunda rahatlamak için ne yapıyorsunuz

1. ( ) Hiçbirşey

2. ( ) Kaşırım

3. ( ) Kaşıntı ilacı

4. ( ) Duş

5. ( ) Kolonya

6. ( ) Uyku ilacı

7. ( ) Antidepresan

8. ( ) Alkol

9. ( ) Sigara



#### EK 4- Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)  “tamamen katılıyorum”dan“kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek içinden <u>şu</u> <u>andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden</u> numarayı işaretleyiniz	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	4	3	2	1
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum				
3. Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum				
6. Durumum beni bunaltıyor				
7. Kendimi güvende hissediyorum				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum				
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor				
11. Bulduğum ortamdan memnunum				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor				
13. Kimse beni anlamıyor				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum				
19. Şu anda kabızım				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum				
21. Bu oda beni ürkütüyor				

22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum				
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum				
25. Açım				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum				
27. Bu odanın ısısı iyi				
28. Çok yorgunum				
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum				
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor				
31. Memnunum				
32. Bu sandalye/yatak rahatsız				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor				
34. Özel eşyalarım burada değil				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum				
37. Arkadaşlarım telefon, elektronik posta, kart atarak beni hatırlıyor				
38. İnançlarım bana huzur veriyor				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum				
40. Kendimi kontrol edemiyorum				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum				
42. Bu oda berbat kokuyor				
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum				
45. Kederliyim				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim				
47. Burada yaşamak kolay				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum				



## Ek-5 Ölçek kullanım izin yazısı (K. Kolcaba)

Zimbra

file:///G:/öremik kaşintı/etik-kurulbelgeleri-öremikkaşintı/Zimbra...

Zimbra

turkanc@balikesir.edu.tr

**Re: urgent please-comfort scale in dialysis patients.**

**Kimden :** Kathy Kolcaba <kathykolcaba@yahoo.com> 26 May 2017 Cum 23:51

**Konu :** Re: urgent please-comfort scale in dialysis patients.

**Kime :** TurkanCALISKAN <turkanc@balikesir.edu.tr>

You have my permission to use the comfort scale for your permission. Dr. Kolcaba

Sent from my iPhone

> On May 24, 2017, at 7:12 AM, TurkanCALISKAN <turkanc@balikesir.edu.tr> wrote:

>

> Dear Proffesor Katerina Kolcaba,

> I work Balikesir University, Turkey. I'm lecture, but I also master student. I plan to study for influence about comfort of pruritus in hemodialysis patients. I want your permission to use the comfort scale in dialysis patients. If it is possible. I looking for what to hear soon.

> Best Regard and Wishes

>

>

> Turkan ÇALIŞKAN Msc,RN

> Balikesir University

> Healt of Scholl

> Midfiwery Departman

> BALIKESİR

>

>

>

>

>

> YASAL UYARI:

> Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar kişiye özeldir ve sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı siz değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmaz kesinlikle yasaktır. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-posta'yı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. Kurumumuz, bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu e-postanın ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve

1/2

31.05.2017 14:4

## Ek-6 Ölçek kullanım izin yazısı (S. Kuğuoğlu)

24.05.2017

Zimbra

Zimbra

turkanc@balikesir.edu.tr

### Ölçek İzni

**Kimden :** Sema Kuguoglu <Sema.Kuguoglu@acibadem.edu.tr>

24 May 2017 Çar 10:20

**Konu :** Ölçek İzni

1 ek

**Kime :** turkanc@balikesir.edu.tr

**Kk :** sezcinar@hotmail.com, skuguoglu@gmail.com

Mayıs 24, 2017

Sayın, Türkan Çalışkan

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ danışmanlığında çalışacağınız "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşını Konforu Etkiler mi?" isimli yüksek lisans tezinizde, "Genel Konfor Ölçeği" ni kullanmanız tarafımda uygundur. Hemşirelik Bakımında konfor kavramına ilginizden dolayı teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgi ve Saygılarımla,

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU, PhD., RN



**Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu**

Sağlık Bilimleri Fakóltesi  
Hemşirelik Bölümü

Kerem Aydınlar Kampusu  
Kariydağı Cad. No:32  
Ataşehir/İSTANBUL  
[sema.kuguoglu@acibadem.edu.tr](mailto:sema.kuguoglu@acibadem.edu.tr)  
Tel : 0 216 500 41 73  
Faks: 0 216 576 50 76



**Picture (Device Independent Bitmap) 1.jpg**  
12 KB

## Ek-7 Kurum İzin Yazısı (Kamu Hastaneleri Birliği)

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/10/2017-25286



T.C.  
BALIKESİR VALİLİĞİ  
Balıkesir İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼



Sayı : 60206642-799  
Konu : T¼rkan ÇALIŞKAN' nın Bilimsel  
Çalışma İzni

### BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRL¼ĐNE Sağlık Y¼ksek Okulu M¼d¼rl¼đ¼ alıŐ Yerleşkesi-BALIKESİR

Kurumunuz Öğretim G¼revlisi T¼rkan ÇALIŞKAN' ın "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?" başlıklı Bireysel Araştırma Projesini Ekim 017- Mart 2018 tarihleri arasında Balıkesir Atat¼rk Şehir Hastanesi'nde uygulayabilmesi izni 03.10.2017 tarihinde toplanan Genel Sekreterlik Bilimsel Araştırma Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon kararıyla çalışmanın yapılması uygun g¼r¼lm¼Őt¼r. "Bilimsel Araştırma Talepleri Komisyon Değerlendirme Formu" ve "Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile Bilimsel Araştırma Sahibi Arasında Yapılan Araştırmanın Y¼r¼t¼lmesine İlişkin Protokol" iliŐikte tarafınıza sunulmuŐtur.

Yapılacak olan bilimsel çalışmanın hizmeti aksatmayacak Şekilde y¼r¼t¼lmesi, katılımın g¼n¼ll¼l¼k esasına dayanması, hasta mahremiyetine ve bilgi gizliliğine Őzen g¼sterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin Genel Sekreterliğimize g¼nderilmesi ve kurumun bilgisi dıŐında ilan edilmemesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Servet KOCAŐZ  
İL SAĞLIK M¼D¼R¼ a.  
Genel Sekreter

#### Ekler:

- 1- Bilimsel Araştırma Talepleri Komisyon Değerlendirme Formu
- 2- Araştırmanın Y¼r¼t¼lmesine İlişkin Protokol

11.10.17

BaŐcellerler mah. 100. yil cad. 289. sok. A Blok 16/BALIKESİR

Faks No:02662412226

e-Posta: derya.cinar@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: derya.cinar@sağlık.gov.tr



Bilgi için:DERYA ÇINAR

Unvan:HEMŐŐİRE

Telefon No:02662459395

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.sağlık.gov.tr> adresinden az87b26f-9c47-4416-9ca4-007c9b48c921 kodu ile eriŐebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa g¼re güvenli elektronik imz ile imzalanmıştır.

Ek-7A Kurum İzin Yazısı (Kamu Hastaneleri Birliği)

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği		 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	<b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÖN İZİN FORMU</b>		
Doküman Kodu: ARGE.FR.02	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:	Sayfa No:1/1

1. Araştırma Sahibinin	Adı Soyadı/Unvanı: TÜRKAN ÇALIŞKAN ÖĞRETİM GÖREVLİSİ	
	Kurumu /Üniversitesi: BALIKESİR ÜNİV. SAĞLIK YÜKSEKOKULU	
2. Araştırmanın Statüsü	<input type="checkbox"/> Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma <input type="checkbox"/> Bilimsel Araştırma ve Projeler <input type="checkbox"/> Tezsiz Yüksek Lisans Projesi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Lisans Bitirme Projesi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Tezi <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer ise, belirtiniz. ....	
3. Araştırmanın Konusu	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN VE ALMAYAN ÜREMİK HASTALARDA KAŞINTI KONFORU ETKİLER Mİ?	
4. Araştırmanın Yapılacağı Öngörülen Tarih Aralığı	TEMMUZ 2017-MART 2018	
5. Diğer Araştırmacılar (Adı-Soyadı/Unvanı)	Sezgi ÇINAR PAKYÜZ /PROFESÖR MANİSA CELAL BAYAR ÜNİV.SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ	
6. Çalışmaya Katılan Merkezler	<input checked="" type="checkbox"/> Çok merkez <input type="checkbox"/> Tek merkez	
***Çalışma Çok Merkezli İse ve Belirlenmişse Diğer Merkezleri Belirtiniz BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ		
7. Etik Kurul Kararı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
8. Ön İzin İçin Görüş Alınan Birim /Klinik Sorumlusu	Birim / Klinik	HEMODİYALİZ BİRİMİ
	Unvan /Ad / Soyad	Uzm. Dr. Levent Otaboçkaya
	İmza	
9. Diğer Belgeler /Hususlar (Belirtiniz)		

01.07.2017  
Eğitim Ar-Ge Birim Çalışanı  
İmza  
BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
FATMA SEZER  
Eğitim Birim Sorumlusu

01.06.2017  
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü  
BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
Atatürk Eğitim Hastanesi  
Genel Sekreterliği  
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı  
Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
Atatürk Eğitim Hastanesi  
Hastane Yöneticisi  
(İmza/Kaşe)

01.06.2017  
İdari Mali İşler Müdürü  
BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
Atatürk Eğitim Hastanesi  
Genel Sekreterliği  
İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı



## Ek-8 Kurum İzin Yazısı (AtatürkDevlet Hastanesi)

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	T.C. <b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b> TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU</b>		
Doküman Kodu: ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No: Sayfa No:1/1
<b>ARAŞTIRMA SAHİBİNİN</b>		
Adı Soyadı	Türkan ÇALIŞKAN	
Kurumu / Üniversitesi	Balıkesir Üniversitesi/ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir	
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	
Araştırmanın Konusu	Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşınıtı Konforu Etkiler mi?	
Araştırmanın Statüsü	Kesitsel Tanımlayıcı Çalışması	
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
	Üniversite / Kurum Talebi	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları	*Hasta Tanıtım Formu *Genel Konfor Ölçeği	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Temmuz 2017-Mart 2018	
Görüş İstenilen Birimler	Nefroloji Servisi ve Diyaliz Ünitesi	
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR</b>		
03.10.2017 tarihinde yapılan komisyon toplantısında Türkan ÇALIŞKAN isimli araştırmacıya ait "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşınıtı Konforu Etkiler mi?" isimli çalışmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Araştırma Sahibi arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına karar verilmiştir.		
Komisyon Kararı	<input checked="" type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çokluğu ile alınmıştır.	
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı:		
Gerekçesi:		

Uz. Dr. Arif Kadir BALCI  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Dr. Mehmet SÜLUOĞLU  
Mali Hizmetler Başkanı

KOMİSYON

Dr. Mehmet SÜLUOĞLU  
İdari Hizmetler Başkan V.

Uzm. Hem. Derya ÇINAR  
Eğitim ve Ar-Ge Birimi

ONAY  
.../.../2017  
Op. Dr. Servet KOÇAKÖZ  
Genel Sekreter

## EK-9 Kurum İzin Yazısı (Tıp Fakültesi Hastanesi)

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/05/2017-E.6422



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 93559075-044-  
Konu : Anket

Sayın Öğr. Gör. Türkan ÇALIŞKAN

İle : 15/05/2017 tarihli ve Bifa/044-Bifa sayılı yazınız

İlgili evrakta istemiş olduğunuz anket çalışması, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği tarafından uygun görülmüştür. Bilgilerinize ve gereği rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Bahar KEYİK  
Başhekim Yardımcısı

24/05/2017 Sağlık Teknisyeni

Yunus KARACA

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://cbys.balikesir.edu.tr/enVision/Dogrula/6P3FC1V>

Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çağış Yerleşkesi

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Yunus Karaca

Tel:

Faks: 0 (266) 612 10 23

E-Posta: [hastane@balikesir.edu.tr](mailto:hastane@balikesir.edu.tr)

Elektronik ağı: [hastane.balikesir.edu.tr](mailto:hastane.balikesir.edu.tr)

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

## Ek-10 Etik Kurul İzin Formu

### BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Çağış Yerleşkesi, Uşak yolu üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 14 61/1122
	FAKS	0266 612 14 59
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		“ Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?”	
<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşirelik Ana Bilim Dalı	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Celal Bayar Üniversitesi	
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>		<b>Açıklama</b>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No:2017/84	Tarih: 04/10/2017	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerçekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr. Gülten ERKEN	Fizyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr. Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr. F. Bahar SUNAY	Histoloji ve Embriyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr. Eyüp AVCI	Kardiyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzm.Dr. Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı	Balıkesir KEAS Organize Sanayii	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Av. Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		MAZBETLİ
Ecz. Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	BAÜ Sağlık Uyg. ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Serhat ALDEMİR		BEST A.Ş.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

Etik Kurul Başkanının:  
Unvanı, Adı Soyadı: Doç.Dr. Fuat EREL  
İmza:

## Ek-11 Etik Kurul Değerlendirme Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/10/2017-E.12118



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : 94025189-050.01.04-  
Konu : Etik Kurul Karar Formu

Sayın Prof.Dr.Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

İlgi : 11.09.2017 başvuru tarihli dilekçeniz.

"Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?" başlıklı çalışmanız hakkında Etik Kurulumuzun bilimsel ve etik yönden oluşturduğu görüş ekteki karar formunda belirtilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Doç. Dr.Fuat EREL  
Başkan

Ek:Karar Formu

05/10/2017 Memur

Belgin TOPÇU

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.balikesir.edu.tr/enVision/Dogrula/L93P40K>

Tıp Fakültesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir

Tel:

Faks: 0266 6121459

Ayrıntılı bilgi için İrtibat: Belgin Topçu

E-Posta: etik\_hau@ip@gmail.com

Elektronik ağ: [http://www.balikesir.edu.tr/index.php/bayn/birim/tip\\_fakultesi](http://www.balikesir.edu.tr/index.php/bayn/birim/tip_fakultesi)

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



## Ek-12 Turnitin Benzerlik Tarama Raporu

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tez Adı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?

Tezime ilişkin 03/04/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 8'dir.

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

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : Türkan ÇALIŞKAN  
Öğrenci No : 161380005  
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği  
Programı : İç Hastalıkları Hemşireliği

DANIŞMAN ONAYI  
UYGUNDUR.  
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR KARAYÖZ

#### Açıklamalar

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

ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Türkan	<b>Soyadı</b>	ÇALIŞKAN
<b>Doğum Yeri</b>	KIRCALI	<b>Doğum Tarihi</b>	24.09.1969
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel.</b>	0532 307 83 05
<b>E-mail</b>	turkanc@balikesir.edu.tr		

#### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora/Uzmanlık</b>	-	-
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
<b>Lisans</b>	Hacettepe Üniversitesi	1993
<b>Önlisans</b>	-	-
<b>Lise</b>	U.Ü.Tıp.Fak.SML	1988

#### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Özel Konur ve Vatan Hastaneleri	1993-1995
Hemşire	U.Ü.Tıp.Fak	1995-1997
Öğretim Görevlisi	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	1997-Devam ed.

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta

#### Yabancı Dil Sınav Notu

	Not
<b>CBÜ Yabancı Diller Bölümü Sınavı</b>	42
<b>YÖKDİL</b>	57,500

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	55,3372	55,2700	55,1492

#### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
<b>Word, ppt</b>	İyi

## ULUSLARARASI HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER (SCI, SSCI, SCI-EXPANDED)

1. Yörük S. **Çalışkan T.** Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde Yatan Yaşlılarda Düşme Korkusu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Turkish Journal Of Geriatrics 2012; 15: 92.
2. S. Duran, S. Ergün, Ö. Tekir, **T. Çalışkan**, A. Karadas, Anger and Tolerance Levels of the Inmates in Prison, Archives of Psychiatric Nursing, vol. 32, pp. 66-70, 2, 2018

## ULUSAL HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

- 1) **Çalışkan,T.**, Akgöz,S., Kuramsal bilgi ile uygulamanın bütünleştirilmesin de yaz stajının etkisi, (Hemşirelik forumu-Ocak-Şubat 2005)
- 2) **Çalışkan,T.**, Akgöz,S., Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerini Mesleki Yaşama Hazırlamada Yıl İçi Ve Yaz Stajlarının Katkısı, (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 31 (1)9-13,2005
- 3) **Çalışkan,T.**, Gökşen, T., Dağ, A., Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerini Klinikteki Yaşam Bulguları Ve Parenteral Girişimlerinin Değerlendirilmesi (Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 1(1) 73-81, 2006 )
- 4) Özkan, H., Yalvarmış, F., Güler, M., **Çalışkan, T.**, Türker, S., Sunay, F.B. Yaşlı Nüfusun Sosyo-Demografik Özellikleri; Pamukçu Kasabasi, Balıkesir **STED; 15(11)199-201, 2006)**
- 5) **Çalışkan,T.** Akgöz, S.,Temel İlke Uygulamalar Dersinin Uygulamasında Kullanılan Farklı Yaklaşımların Dersin Hedeflerine Katkısı, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 1(3) 3-13, 2006 )**
- 6) Tekir, Ö., **Çalışkan,T.**, Okul Öncesi Dönemdeki İki Farklı Grup İçin Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarında Ebeveyn Tutumunun Karşılaştırılması **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2(4) 111-122, 2007)**
- 7) **Çalışkan. T**, Çınar, S. “ Akran Desteği: Öğrencilerin Sınıf Ortamı Ve Uygulama Alanlarında Birbirleriyle Yardımlaşma Durumlarının Değerlendirilmesi” Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Özel Sayı, S226-234

- 8) **Çalışkan. T,** Çınar, S. “Akran Desteği Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (MÜSBED) 2012 (suppl.1).S1-S7
- 9) **Yörük S.** Çalışkan T. Gündoğan H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(1): 12-15

### **ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER**

1. **Çalışkan,T.,** Akgöz, S.,Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Temel İlke ve Uygulamalar Dersini Alan Ebelik 1. Sınıf Öğrencilerine Kazandırılması Hedeflenen Becerilere Yıl İçi Ve Yaz Stajı Uygulamalarının Katkısını Değerlendirme, Yapıcı Okul Hastane İşbirliği Sempozyum Kitabı, 23-24 Ekim 2003 Aydın,
2. Karadağ,N.,**Çalışkan,T.,** Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Temel İlke ve Uygulamalar Dersini Alan Öğrencilerin Yaşam Bulguları Takip Kriterlerine Uyuma Davranışlarının Gözlenmesi, Ulusal Sağlık Geliştirme Ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu(Uluslar Arası Katılımlı),24-26 Kasım Ankara -
3. **Çalışkan,T,** Gökşen, T., Dağ, A.Klinik Uygulamaların Değerlendirilmesi, IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 5-6 Mayıs 2005, Ordu
4. Dağ, A., Sunay, F.B., **Çalışkan,T,** S.Türker, N. Külahlı, Bir Yaz Okulu Rüyası, **IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 5-6 Mayıs 2005, Ordu**
5. Özkan, H., Yalvarmış, F., Güler, M., **Çalışkan, T.,** Türker, S., Sunay, F.B, Yaşlanan Türkiye, TSK II. Ulusal/Uluslararası Hemşirelik Kongresi, 25-27 Mayıs 2005, İstanbul
6. Özkan, H., Yalvarmış, F., Güler, M., **Çalışkan, T.,** Türker, S., Sunay, F.B, Bir Bölgedeki Yaşlıların Yaşam Koşullarının İrdelenmesi,4. Ulusal Geriatri Kongresi, 31Ağustos-4 Eylül 2005, Antalya

7. **Çalışkan,T**, Sağlık Eğitimine Yeni Başlayan Bir Grup Öğrencinin Uygulamadaki Davranışlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Ankara-Özet Metin
8. Göçoğlu, K., Tekir, Ö., **Çalışkan,T**. Balıkesir Verem Savaş Dispanserine Kayıtlı Tüberkloz Olgularının İncelenmesi 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 20/21 Nisan2006 Şanlıurfa
9. Dağ, A., Sunay, F.B., **Çalışkan,T**, Balıkesir Devlet Hastanesinde Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 20/21 Nisan2006 Şanlıurfa
10. Tekir, Ö.,**Çalışkan,T**. Ağaç Yaşken Eğilir, (10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 6-8 Eylül 2006; Van- Poster Bildiri)
11. **Çalışkan,T**, Tekir, Ö. Her Gebelik Anneden Bir Diş Kaybettirir Mi?, (10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 6-8 Eylül 2006; Van - Poster Bildiri)
12. Tekir, Ö., **Çalışkan,T**, Cangöl, E. BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarının İncelenmesi (V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007 ; MANİSA-Poster Bildiri)
13. Tekir, Ö., **Çalışkan,T**, Şevkineller, P., Haskaya, D. KOAH Tanısı Konan Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin İncelenmesi, (V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007 ; MANİSA- Poster Bildiri)
14. Sunay, F.B.,, **Çalışkan,T**, Belhan, N. Türkiye’de Düzenlenen Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongrelerinde Sunulan Çalışmaların İncelenmesi, (6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-29 Haziran 2007; İSTANBUL- Poster Bildiri)
15. Tekir, Ö.,**Çalışkan,T**,Cangöl, S. Bir Grup Yüksek Öğrenim Öğrencisinin Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarının İncelenmesi, (6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-29 Haziran 2007; İSTANBUL- Poster Bildiri)
16. Tekir, Ö., **Çalışkan, T.**, Güney, S. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyodemografik Ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin İncelenmesi, (6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 26-29 Haziran 2007; İSTANBUL- Poster Bildiri)

17. Tekir, Ö., **Çalışkan, T.**, Özçam, S., Gergus, B., Okul Öncesi Çocuklarda Ağız Ve Diş Sağlığı Eğitiminin Ağız Hijyenine Etkisi, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23/26 Ekim 2007 Denizli
18. Ay, T., Müzaç, S., **Çalışkan, T.** Tekir, Ö., Organlarımızı Bağışlamada Eyleme Geçmemizi Etkileyen Faktörler: Dinsel Mi? Etik Mi? Duygusal Mi? 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 25/27 Haziran 2008 İstanbul
19. Ay, T., Müzaç, S., **Çalışkan, T.** Tekir, Ö., İç Anadolu Bölgesindeki Bir İlde Yaşayanlar Arasındanrastgele Seçilen Bir Grubun Servix Kanseri Ve Aşısı İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 25/27 Haziran 2008 İstanbul
20. Karadağ, N., **Çalışkan, T.**, Cangöl, E., Kaya, E., Güler, M. Balıkesir Merkez Pamukçu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemleri Kullanım Oranları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 25/27 Haziran 2008 İstanbul
21. **Yörük S.** Çalışkan T. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş Üzeri Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Ve Sunulan Hizmetlerin Değerlendirilmesi 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir. **(Poster)**
22. **Yörük S,** Çalışkan T. Balıkesir Üniversitesi Akademik Personelinin Kadın ve Toplumsal Cinsiyete ilişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" I. Uluslar Arası Kadın ve Sağlık Kongresi, 2010, **Sakarya. (Poster)**
23. Ayşe Gönül, Büşra Fıskiye, **Danışman Türkan Çalışkan,** Danışman Selda Yörük. "Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Bakım Planı Yapma İle İlgili Düşünceleri ve Yaşadıkları" 10. Ulusal Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 28-30 Nisan 2011 Gaziantep, Poster Bildiri, Sayfa 289
24. Fıskiye, B., **Çalışkan, T.** "BAÜ. Balıkesir Sağlık Yüksekokulunun Kapsama Alanı %100" 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26- 28 Nisan 2012 Bursa, Poster Bildiri"
25. **Aslan, D. Çalışkan, T (Danışman),** "Sağlık Bakanlığına Bağlı 600 Yataklı Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Veya Yakınlarından

- Gelen Şiddet Davranışını Algılama Durumları” 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 19-21 Nisan 2013 Konya, Poster Bildiri”
- 26. Eryılmaz, A., Çalışkan, T (Danışman), “İlaçları Çöpe mi Atıyoruz?”** 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 19-21 Nisan 2013 Konya, Poster Bildiri”
- 27. Eryılmaz, A., Çalışkan, T (Danışman), “İlaç Tüketiminde Bilinçli miyiz?”** 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 19-21 Nisan 2013 Konya, Poster Bildiri”
- 28. Çalışkan T., Çevik C., Ergün S., (2015) “Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi”** Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4 (1) 27-31
- 29. Çalışkan T, Duran S., Karadaş A., Ergün S., Tekir Ö., (2015) “Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi” Özet Metin, Sakarya Medikal Journal 5 (1), 6-7**
- 30. Çalışkan T, Çevik C., Ergün S., (2015) “Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi” Tam Metin Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 4(1), 27-31**

## **KURSLAR**

1. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu, (Vehbi Koç Vakfı ve SANERC işbirliği ile düzenlenen) **(20/04/1997-13/06/1997)**
2. Kardiyoloji Pulmoner Resusitasyon Kursu, (Vehbi Koç Vakfı ve SANERC işbirliği ile düzenlenen) **(22-23 Mayıs 1997)**
3. Kardiyoloji pulmoner resusitasyon Kursu, (Vehbi Koç Vakfı ve SANERC işbirliği ile düzenlenen) **(16-17 Eylül 1999)**
4. Hemşirelikte Araştırma Kursu, (VI.Ulusal Hemşirelik Kongresi Etkinlikleri İçinde Düz.) **(Mayıs 1998)**
5. Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Kursu (Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi DEÜ Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından düzenlenen) **(24-26 Eylül 2012)**

## **PANELLER-KONFERANSLAR**

1. İlk Yardım Semineri, NEF Konferans Salonu-Balıkesir (**Panelist**) **24 Şubat 1999 Balıkesir**
2. SEKA Personeli Afetlerde İlk Yardım Eğitimi Semineri (**Uzman Eğitimci**) **Aralık 2000 Balıkesir,**
3. Güney Marmara Kalkınma Ajansı Destek Programı Balıkesir Devlet Hastanesi "**Evde Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi**" Proje kapsamında **Uzman Eğitimci. 18-22 Temmuz 2011 Balıkesir**
4. 2012 yılı Hemşirelik Haftası etkinlikleri kapsamında “ **Sigara ve KOAH**” NEF Konferans Salonu (**Panel Başkanı**) **Mayıs 2012, Balıkesir**
5. 16 Mayıs 2016 Hemşirelik Bakımında Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu-Panelist

## **KONGRE-SEMPOZYUM-ÇALIŞTAY**

1. Hemşirelik- Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu,**3-5 Haziran,1998 Kayseri**
2. VI.Ulusal Hemşirelik Kongresi, **14-16 Mayıs 1998,Ankara**
3. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, **5-6 Mayıs 2005, Ordu**
4. TSK II. Ulusal/Uluslararası Hemşirelik Kongresi, **Mayıs 2005, İstanbul**
5. Sağlık Ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi **Eylül 2005, Ankara**
6. III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi **17/19 Nisan 2008 Balıkesir**
7. 1. Hemşirelik Esasları Çalıştayı, Hacettepe Üniversitesi, Haziran, 2008 Ankara...
8. 2. Hemşirelik Esasları Çalıştayı, Hacettepe Üniversitesi, Haziran, 2009 Ankara...

## **PROJELER**

1. Ulusal projede **Uzman Eğitimci.** Güney Marmara Kalkınma Ajansı Destekli Programı. Balıkesir Devlet Hastanesi “Evde Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi” (2011).



2. Ulusal projede **Uzman Eğitimi**. “Acil Obstetrik Bakım Ebe Hemşire Eğitimi”. Balıkesir Halk Sağlığı Müdürlüğü (2014-2017 )
3. Ulusal projede **Uzman Eğitimi**. “Evde Sağlık Hizmetleri Sertifika Program”. Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği (2016)
4. Balıkesir Üniversitesi Araştırma Projesi. (BAP). 2017. “Balıkesir Kent Merkezinde Okul Öncesi Eğitim Alan Çocuklarda Obesite Prevelansı ve Obesite Üzerinde Rol Oynayan Risk Faktörlerinin Belirlenmesi”. Yönetici: Ergün S. **Yürütücü:** Çevik C. **Çalışkan T.**, Karataş A., Karadağ N.

## **BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER**

Türk Hemşireliği Derneği

Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği