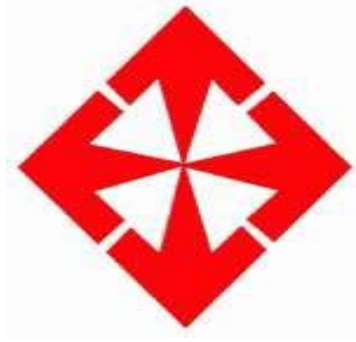


TC.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEMPTOM
KÜMELERİNİN BELİRLENMESİ**

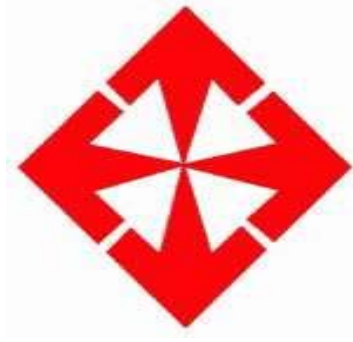
Yüksek Lisans Tezi

ÇİĞDEM ÖZDEMİR

Ankara

2011

TC.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**DIYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEMPTOM
KÜMELERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

ÇİĞDEM ÖZDEMİR

DANIŞMAN

DOÇ. DR. SULTAN KAV

Ankara

2011

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde, Çiğdem Özdemir tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06 Eylül 2011

“Diyaliz Tedavisi Olan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi”

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sultan Kav

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ


Doç. Dr. Sultan Kav

Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çitak

Yrd. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan



ONAY: Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 15.09. 2011 tarih, 121 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin Erdal
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışma süresince tez danıőmanlıęımı üstlenerek bana yol gösteren, çalıőmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında her türlü katkı ve manevi desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Sultan Kav' a,

Çalıőmamın yürütüldüğü merkezlerde çalışan tüm meslek arkadaşlarıma ve yüksek lisans eğitimim boyunca devamlılığımı sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, hoőgörü gösteren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi Baőhemőire Yardımcısı Iőılay İnanoğlu' na,

Yüksek lisans dönemim boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, hep yanımda olan canım ailem; annem, babam ve kardeőime,

Çalıőmam süresince zor zamanlarımda sabırla ve tüm desteğiyle yanımda olan Koray Eler 'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem ÖZDEMİR

ÖZET

DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEMPTOM KÜMELERİNİN BELİRLENMESİ

Diyaliz tedavisi alan hastalarda semptomlar ve semptom kümelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Başkent Üniversitesi Ankara ve İstanbul Hastanesi diyaliz ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini en az 6 ay önce kronik böbrek yetmezliği tanısı almış ve diyaliz tedavi programına devam eden 300 hasta oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan soru formu ve Diyaliz Semptom İndeksi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package For Social Science) 15.0 Paket programı kullanılarak, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, tek yönlü varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve küme analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 49 ± 15.7 olduğu, hastaların diyalize girme süre ortalaması $96.6\pm 76,3$ ay olduğu ve yarıya yakınının (%41.7) eşlik eden başka bir hastalığının olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen semptomların yorgun hissetme veya enerjide azalma (%56), kemik veya eklem ağrısı (%48,7), iştahta azalma (%47), baş ağrısı (%43) ve ayaklarda uyuşma-karıncalanma (%42,3) olduğu ve bu semptomların bireyleri çok fazla etkilediğini belirttikleri görülmüştür.

Küme analizi sonucunda üç ana küme belirlenmiştir. Birinci ana kümeye ait dört alt küme; cinsel ilişkiye ilgide azalma, cinsel doyum almada zorlanma, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk, bacaklarda şişlik, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme, rahatsız hissetme, öksürme, ağız kuruluğu, bulantı, kusma,

ishal, göğüs ağrısı, endişelenme, üzgün hissetme, nefes darlığı, baş dönmesi, kabızlık, kas krampları, sinirli hissetme ve iştahta azalma semptomlarını içermektedir. İkinci ana küme; baş ağrısı, kas ağrısı ve konsantre olmada zorluk semptomlarını, üçüncü ana küme ise; kemik veya eklem ağrısı ve yorgun hissetme veya enerjide azalma semptomlarını içermektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; semptomların birbiri arasındaki ilişkinin bakımın planlanmasında dikkate alınması, semptomların ve kümelerin zaman içerisindeki değişimlerinin belirlenmesi için uzun dönemde çalışmaların planlanması, klinik değişkenlerin semptom kümelerini etkileme durumlarına ilişkin çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Diyaliz, Semptom, Semptom Kümesi, Semptom Değerlendirmesi.

ABSTRACT

IDENTIFYING THE SYMPTOM CLUSTERS OF PATIENTS ON DIALYSIS TREATMENT

This study is carried out in order to identify the symptoms and symptom clusters in patients receiving dialysis treatment. This descriptive and cross-sectional research was done in the dialysis units of Baskent University Ankara and Istanbul Hospitals. Total of 300 patients who are diagnosed at least 6 months ago as having chronic kidney failure and continue dialysis treatment programme were constituted the samples of the research.

Data were collected via using questionnaire form based on the literature and Dialysis Symptom Index. Data were gathered by the researcher by interviewing face to face. Data were analyzed by using SPSS (Statistical Package For Social Science) 15.0; number, percentage, mean, standard deviation, one way analysis of variance, Mann-Whitney U test and cluster analysis tests were used.

It is found that the average age of those participating in the research is 49 ± 15.7 , mean time of undergoing dialysis is 96.6 ± 76.3 months and almost half of them (% 41.7) were having another concomitant illness.

It is seen that the most common symptoms in patients participating in the research are feeling tired or decrease in energy (%56), bone pain or arthralgia (%48.7), loss of appetite (%47), headache (43.0) and Numbness or tingling in feet (42.3) and they stated that these symptoms were impacted them a lot.

Three main clusters are determined as a result of cluster analysis. The first main cluster includes symptoms of decrease in interest in sexual intercourse, having difficulty in achieving sexual satisfaction, restless legs, tingling in feet, swelling in legs, dryness in skin, itching, difficulty in maintaining sleep, difficulty in falling asleep, feeling nervous, feeling uneasy, coughing, dryness of the mouth, nausea, vomiting, diarrhea, chest pain, getting worried, feeling sad, shortness of breath, dizziness, constipation, muscle cramps, feeling nervous

and loss of appetite. The second main cluster includes the symptoms of headache, muscle pain and difficulty in concentrating. The third main cluster includes the symptoms of bone pain or arthralgia and feeling tired or decrease in energy.

Based on these results, taking into consideration of the relationship among the symptoms in care planning; further studies to explore long-term changes on symptoms and symptom clusters and its association with clinical variables over symptom clusters can be suggested.

Key words: Dialysis, Symptom, Symptom Clusters, Symptom Assessment.

İÇİNDEKİLER

İç Kapak	
Kabul-Onay Sayfası	
Teşekkür	
Özet ve Anahtar Sözcükler.....	v
İngilizce Özet (Abstract ve key words)	vii
İçindekiler	ix
Kısaltmalar Ve Simgeler Dizini	xi
Şekiller Dizini.....	xii
Tablolar Dizini	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı:	4
1.2. Araştırmanın Soruları:	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyaliz Tedavisi.....	5
2.2. Tanımlar	7
2.2.1. Semptom, Semptom Sıkıntısı ve Semptom Deneyimi	7
2.2.2. Küme, Kümeleme ve Semptom Kümelemesi	8
2.3. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi	9
2.4. Semptom Kümelerini Belirlemede Kullanılan İstatiksel Yöntemler	12
2.5. Semptom Kümelemesinin Ölçümünde ve Klinik Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	13
2.6. Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Semptom Kümelemesi	17
2.7. Semptom Kümelemesinin Çeşitli Alanlarda Kullanımı.....	19
2.8. Semptom Kümelemesinin Hemşirelikte Önemi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22

3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1.1. Diyaliz Semptom İndeksi (Ek II).....	24
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	24
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	25
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
4. BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	52
7. KAYNAKLAR	53
8.EKLER.....	65
EK I: Hastalık ve Tedaviye İlişkin Veri Toplama Formu.....	65
EK II: Diyaliz Semptom İndeksi	68
EK III: Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu.....	70
EK IV: Semptom Kodları ve Yığışım Tablosu.....	72
EK V: Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	74
EK VI: Banu Önsöz'ün “Diyaliz Semptom İndeksi” Konulu Elektronik Postası .	75

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

Ark.	Arkadaşları
CA	Kümeleme Analizi (Cluster Analysis)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFA	Explanatory Factor Analysis
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
FA	Faktör Analizi (Factor Analysis)
HT	Hipertansiyon
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
MVSP	Software Multi-Variate Statistical Package
QoL	Quality of Life
PCA	Principal Component Analysis
EBA	Esas Bileşen Analizi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ss	Standart Sapma
TDK	Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa no
Şekil 2.1. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi (Lenz ve Ark., 1997).....	10
Şekil 3.1. Uygulama	25
Şekil 4.1. Kümelemeye Ait Ağaç Grafiği	40

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. En Yaygın Semptom Yaklaşımı Ve Tüm Olası Semptom Yaklaşımının Karşılaştırması.....	13
Tablo 2.2. Semptom Kümelemesinin Klinik Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	16
Tablo 4.1. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Demografik Özellikleri.....	29
Tablo 4.2. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık ve Diyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.3. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresince Ortaya Çıkabilecek Sorunlar Hakkında Eğitim Alma Durumları, Bilgi Alınan Kişi ve Bilgi Alınan Konular	32
Tablo 4.4. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Bakım Yeterliliğine İlişkin Değerlendirmeleri	33
Tablo 4.5. Diyaliz Dışında Tedavi Görülen Diğer Hastalık Olma Durumu ve Hastalık Türlerinin Dağılımı	33
Tablo 4.6. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Sıklığı	34
Tablo 4.7. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Etkileme Düzeyi.....	36
Tablo 4.8. Diyaliz Semptom Listesi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.9. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Diyaliz Semptom İndeksi Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.10. Kümeler Tablosu.....	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği, çeşitli nedenlerle, böbrek dokusunda geriye dönüşsüz değişikliklerin yol açtığı ve buna bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının azaldığı ya da tamamen kaybolduğu bir hastalıktır. Tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan KBY son dönem böbrek hastalığı ve kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Türk Nefroloji Derneği CREDIT çalışmasında kronik böbrek hastalığı prevelansının 18 yaşın üzerindeki yetişkin popülasyonda %15.7 olduğu belirtilmektedir (Süleymanlar ve ark, 2011).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan 'Kronik Hastalıklar Raporu' (2006) na göre, ülkemizde yaklaşık 22 milyon kişinin kronik hastalığı olduğu; yaklaşık 15 milyon kişinin hipertansiyon, 3 milyon kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 2 milyon koroner kalp hastası ve 4 milyon kişinin de diyabet olduğu belirtilmiştir. Bu iki etkene bağlı olarak böbrek yetmezliğinin giderek arttığı tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 yılı raporuna göre ülkemizde 59443 hastanın RRT aldığı ve 46650 hastanın hemodiyaliz tedavisi aldığı belirtilmektedir (Süleymanlar ve ark, 2009). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) hastalarının yaklaşık %80'ne uygulanan ve ülkemizde en çok tercih edilen Renal Replasman Tedavi (RRT) yöntemi olan hemodiyaliz, uzun süreli bir tedavi şeklidir.

Hastalık ve uygulanan diyaliz tedavisi, bireylerin yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönden bir çok problemin gelişmesine neden olurken yaşam kalitesini ve öz-bakım gücünü de olumsuz etkilemektedir. Bireyler; hastalığın semptomları ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda kalmaktadırlar. Hemodiyalizde tedavi ekibine daha fazla bağımlı olmakta ve yaşamlarında pek çok değişiklik yapmak zorunda kalmaktadırlar. Hemodiyaliz hastalarının yaşam değişiklikleri hastalığa bağlı fiziksel işlevlerde bozulma, yorgunluk ve işlevsellikte bozulma

nedeniyle eve gelir getiren bir işte çalışamama, sosyal etkinliklerden geri çekilme, cinsel aktivitede azalma ve uyku düzeninde değişiklikler ile kendini göstermektedir (Akpolat ve ark., 2007).

Hemodiyaliz tedavisi başlangıcından bugüne birçok gelişme göstermesine rağmen hemodiyaliz hastalarında görülen semptomlar önemli sorun olmaya devam etmektedir. Hipotansiyon ve buna bağlı görülen semptomlar diyaliz konforunu olumsuz yönde etkiledikleri gibi sık hemşire müdahaleleri gerektirerek iş gücü kaybına neden olan komplikasyonlardır (Feşçi, 1996). Diyaliz seansı sırasında görülen semptomlar incelendiğinde; baş ağrısı, kusma, bulanık görme ve kramp gibi semptomlar gözlenmiştir. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, hastalık semptomları hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (Akpolat ve ark., 2000).

Yorgunluk, kramp, ağrı, uyku bozukluğu, dispne, depresyon, bulantı, kusma, konstipasyon gibi semptomlar bireyin günlük yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarının sıklıkla deneyimlediği bu semptomlarla birlikte, sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar ve fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlükler de ortaya çıkmaktadır. Özellikle yorgunluğun; çalışma, boş zamanlarını değerlendirme, beslenme alışkanlığı, seksüel aktiviteler, yasamdan zevk alma, aile ve arkadaş ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hemodiyaliz hastalarının hem akut hem de kronik ağrı yaşadığı ve %50'sinin kronik ağrı deneyimlediği gösterilmiştir. Özellikle hastaların baş ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrısı, sırt ağrısı gibi yakınmalarının olduğu bilinmektedir. Kasın uzun süreli ve istemsiz kasılması olarak ifade edilen kramp da hemodiyaliz hastaları için ciddi şekilde rahatsız edici bir semptomdur (Davison ve Jhangri, 2005).

Hemodiyaliz hastalarında nadiren tek bir semptom vardır. Gerek hastalık gerekse tedavi nedeniyle hemodiyaliz hastalarının yaşadığı çoklu semptomların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin ortadan kaldırılması, semptom

gruplarının daha iyi anlaşılması ve semptomlara yönelik uygun bakımın sağlanması ile mümkündür (Cleeland, 2007; Davison ve Jhangri, 2010). Ancak sağlık çalışanlarının diyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların farkındalıklarını belirlemek amaçlı yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının uzun süre hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda fiziksel ve duygusal semptomları yeterince fark edemediklerini ve hastaları en çok rahatsız eden semptomların çoğunun şiddetini genellikle az tahmin ettikleri görülmüştür (Weisbord ve ark, 2007).

Semptomların kontrolü multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Semptomların şiddetinin azaltılmasında ve giderilmesinde özellikle hemşireye önemli işlevler düşmektedir. Yapılan birçok çalışmada hemşirelerin semptomların yönetiminde önemli bir yeri olduğu saptanmış ve semptomların azaldığı gösterilmiştir. Semptomların kontrol altına alınması sonucunda da bireylerin yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (Yurtsever ve Bedük, 2003).

Hemşireler; hastalığın rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, semptomların belirlenmesi ve kontrolü olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu profesyonellerdir. Hemodiyalizde önemli roller üstlenen hemşireler hastalarda ortaya çıkan semptomların yönetiminden sorumludur. Semptomların belirlenmesi ve hastanın yaşam kalitesi iyileştirmek için gerekli tedavide önemli role sahiptirler (Akyol ve Karadakovan, 2002).

Semptom kümesine yönelik literatür incelendiğinde çalışmaların daha çok kanser hastalarında yapıldığı ve diğer hasta gruplarına doğru genişletildiği görülmektedir (Dodd ve ark, 2001; Kim ve ark, 2005; Xiao, 2010; Karabulu ve ark, 2010). Hemodiyaliz hastalarında semptom kümelerinin belirlenmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu belirlenmiştir (Jablonski2007; Thong ve ark, 2009; Yu ve ark, 2011). Gerek hastalık gerekse hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastaların yaşadığı çoklu semptomların yaşam kalitesi üzerinde

olumsuz etkisinin ortadan kaldırılması için tek bir semptom üzerine odaklanma yeterli olmayacağından, eş zamanlı görülen semptomlara (semptom kümelerine) odaklanan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında semptom kümesinin belirlenmesi; hastanın deneyimlerinin anlaşılması, kapsamlı değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, gereksinime yönelik etkili girişimlerin planlanması ve uygulanmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, diyaliz tedavisi alan hastalarda deneyimlenen semptomların belirlenmesi ve oluşan semptom kümelerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Diyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Diyaliz tedavisi alan hastaların hastalık ve diyaliz tedavisine ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Diyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlar nelerdir?
4. Diyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomların bireyleri etkileme durumu nasıldır?
5. Diyaliz tedavisi alan hastaların deneyimledikleri semptomlar sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
6. Diyaliz tedavisi alan hastalarda oluşan semptom kümeleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyaliz Tedavisi

Böbrek yetmezliği böbreklerin metabolik artıklarını atma, sıvı elektrolit dengesini devam ettirme yeteneğini yapmaması halidir. Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucunda böbreğin, sıvı-elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik- endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak bozulması olarak da tanımlanmaktadır (Brenner ve Lazarus, 1994).

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu etiyolojik faktörlerin sıklığı ülkelere göre, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Kronik böbrek yetmezliğinin en sık rastlanan nedenleri ise diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik glomerülonefrit, böbrek kist hastalıkları, amiloidoz, obstrüktifüropati, interstisyel nefrit, kollagen doku hastalıkları, malignansiler ve nedeni bilinmeyenler olarak sıralanmaktadır (Süleymanlar, 2000). Bununla birlikte son yıllarda dünyanın her yerinde en önemli etyolojik faktörün diyabete bağlı KBY olduğu ifade edilmektedir. Ülkemizde DM, kronik glomerulonefrit ve HT ilk üç sırayı alırken ABD’nde DM ve HT ilk sırayı almaktadır (U.S. Renal Data Sys, 2011).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir, ağır bir klinik tablo ortaya çıkar. Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişim hızı ile yakından ilişkilidir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dakika’ nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (Aydın, 2002).

Böbrek yetmezliği ilerledikçe hemen hemen tüm organ ve sistemleri etkilemeye başlar (Akoğlu ve ark.,1996). Neredeyse tüm organ ve dokular KBY' den etkilenmektedir. Kronik Böbrek Yetmezliği'nde renal replasman tedavilerinden biri başlanmazsa hastayı hızla ölüme götürebilen bir hastalıktır. Renal replasman tedavileri hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon'dur (Aydın, 2002).

Diyaliz, yarı geçirgen bir zar aracılığı ile teması geçen kan ile diyalizat sıvıları arasında, temel mekanizma olarak difüzyon olayı ile sağlanan madde geçişi ile gerçekleşen bir işlemdir (Henrich,2004). Hemodiyaliz; yarı geçirgen bir membran ile kan- diyaliz sıvısı arasında difüzyon esasına dayalı bir solüt geçişi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kanı alınarak, kan ve diyalizat arasında ayırımı sağlayan bir membrandan geçirilir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı(genellikle dakikada 200-400ml) ve bir membran ve makine kullanılmalıdır. Bu kan akımının sağlanması için de, hasta kanının kolay alınmasını sağlayan, kan akımı ve kan basıncı yüksek, intravenöz girişi kolay, geniş ve yüzeysel venlere gereksinim vardır. Bunun için arteriovenöz fistül kullanılır (Akpolat, 2001).

Periton diyaliz ise, periton boşluğuna verilen özel bir solüsyon aracılığı ile yarı geçirgen membran olarak hastanın kendi periton membranını kullanarak, kanın atık maddelerden arındırılması ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması işlemidir. Periton diyalizinin yapılabilmesi için; katater, uygun diyalizat sıvısı ve diyalizat arasında bağlantı sistemi gereklidir. Periton diyalizinin en önemli avantajı taşınabilir ve maliyetinin düşük olmasıdır (Akpolat, 2001).

2.2. Tanımlar

2.2.1. Semptom, Semptom Sıkıntısı ve Semptom Deneyimi

Semptom, günlük yaşantımızda sıklıkla karşılaştığımız süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur (Carpenito, 1989). Semptom, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “bulgu” olarak tanımlanmaktadır. Semptom “bireyin biyopsikososyal fonksiyonları, duyuları ya da bilişsel durumundaki değişiklikleri yansıtan” çok boyutlu, karmaşık ve sübjektif fenomendir (Gapstur, 2007).

Semptom, bireylerde hastalık nedeni ile meydana gelen normal fonksiyon duyu veya görünümde farklılığa yol açan bozukluk ya da hastalık göstergesidir(<http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/>.ErişimTarihi:26.06.2011).

Semptom, hastalık ya da fiziksel rahatsızlık ile gelişen geniş bedensel bozukluğun varlığını gösterir somut kanıtlardır (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/symptom/>.ErişimTarihi: 05.06.2011)

Bir semptomun yedi özelliği bulunmaktadır. Bunlar: yerleşimi düzeyi/yoğunluğu/şiddeti, sıklığı, süresi, ortaya çıkaran durum, azaltan ya da arttıran faktörler, eşlik eden durumlar ve günlük yaşamına etkisidir.

Semptom sıkıntısı ve semptom deneyimi semptomla ilişkili bileşenlerdir. Semptom sıkıntısı kişide bir semptomun neden olduğu sıkıntı ya da acının miktarı olarak tanımlanmıştır (Rhodes ve Watson, 1987). Hastaların algılarıyla bildirdikleri can sıkıcı ya da rahatsız edici mental ve fiziksel acı çekmenin derecesi olarak da adlandırılmaktadır. Semptom deneyimi bireyin semptom algısını, semptomun anlamını ve semptoma tepkisini değerlendirmesini kapsayan bir süreçtir (Lenz ve ark.,1997).

Semptom yükü ise semptomları ve bunların bireyin yaşamına etkisini tanımlamakta kullanılan bir terimdir. Buradaki çoklu semptomların hasta üzerindeki etkileri semptom sıkıntısı olarak adlandırılır. Semptom sıkıntısı ve yükü öznel, ölçülebilir, genellikle hastalar üzerinde fiziksel sıkıntı yaratarak birden fazla negatif, fiziksel ve duygusal tepkiler üreten belirtilerdir (Cleeland, 2007; Gapstur, 2007).

2.2.2. Küme, Kümeleme ve Semptom Kümelemesi

Küme; birbirine benzer veya aynı cinsten olan şeylerin oluşturduğu bütündür. Kümeleme ise; Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre; yığılma, toplanma olarak tanımlanmıştır. Semptom kümesi; Türkçe’ de “semptom grubu” veya “semptom kümesi” anlamına gelmektedir (Akın ve Aslan, 2007). Semptom grubunu oluşturan semptomlar arasında sinerjik ilişki söz konusu olup bu ilişki morbidite oranını arttırabilmektedir (Kim ve ark., 2005).

Semptom kümeleme, genel tıpta sık kullanılan bir kavramdır. Bu kavram hastalıkların altta yatan patofizyolojilerini, semptomların sınıflandırılmasını ve semptomların örüntülerini araştırmakta kullanılmıştır (Atay, 2008). Dodd ve ark (2001) semptom kümesini “birbiri ile ilişkili, üç veya daha fazla semptomun eş zamanlı, bir arada olması durumu (örn.; ağrı, yorgunluk ve uyku sorunları)” şeklinde tanımlamıştır. Ancak Kim ve arkadaşları (2005) nın semptom kümesi kavram analizinde “semptom kümesi birbiri ile ilişkili 2 ya da daha fazla semptomun birlikte görülmesidir” şeklinde tanımlamaktadır. Literatürde araştırmacılar arasında kümede yer alan minimum semptom sayısına ilişkin fikir birliği olmadığı görülmektedir (Xiao, 2010).

Çoğu araştırmacı kümeleme halindeki semptomların birbiriyle ilişkili ve bir arada var olduğu konusunda ortak kanıya sahiptirler (Dodd ve ark, 2001; Kim ve ark, 2005; Barsevick, 2007). Ancak halen tanımlama ile ilgili olarak bazı anlaşmazlıklar söz konusudur. Örneğin farklı araştırmacılar semptom kümeleri arasındaki ilişkiyle ilgili olarak farklı çıkarımlara sahip olmuşlardır. Bazı

araştırmacılar semptomlar arasındaki ilişkiyi tanımlamışlar kimileride semptomların meydana getirdiği sıkıntılar ile semptomların ilişkisini ölçmeye çalışmışlardır. Semptomların birbiriyle ilişkili olabileceğini etiyoloji yoluyla açıklamaya çalışmışlardır (Miaskowski ve ark.,2004). Ayrıca araştırmacılar semptomların birçok farklı kümeyi paylaşıp paylaşmadıkları konusunda uzlaşmamışlardır. Çoğu çalışma semptomları sadece bir kümede toplamış fakat bazı çalışmalar semptomların birden fazla kümede aynı anda ortaya çıkabileceğine değinmiştir (Aprile, 2008; Francoeur, 2005).

2.3. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi

Semptom kümelerinin araştırıldığı çalışmalarda sıklıkla kullanılan Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi (The theory of unpleasant symptoms) Lenz ve arkadaşları tarafından 1995 de geliştirilmiş ve tekrar düzenlenmiştir. Bu teori semptomları bir bütün olarak ele almakta ve semptom grubu kavramının oluşmasında katkı sağlamaktadır (Lenz ve ark.,1997).

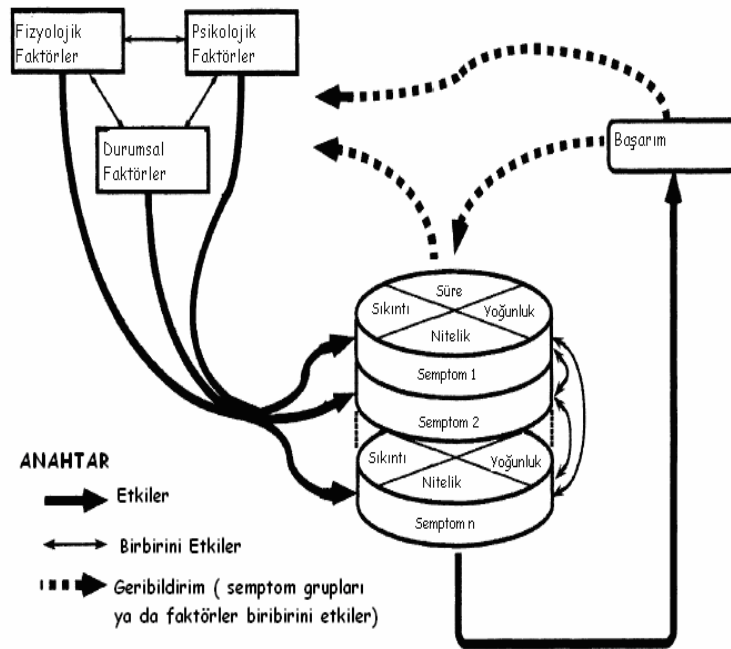
Rahatsız edici semptom teorisine göre; semptomlar karşılıklı etkileşim içindedirler ve birbirinin ortaya çıkmasında katkıda bulunmaktadırlar. Semptomların eş zamanlılığı ve birbirleri ile etkileşimi, semptom kümelerinin oluşmasında önemli yeri bulunmaktadır. Örneğin; uykusuzluk semptomu mevcutken ağrı semptomu daha şiddetli algılanmaktadır. Semptomların kontrolü ve şiddetinin azaltılması, var olan semptomların bir bütün olarak ele alınıp aralarındaki etkileşimin anlaşılması ile gerçekteşmektedir (Gift ve ark.,2004).

Rahatsız edici semptomlar teorisinin üç öğesi bulunmaktadır (şekil 2.1). Birinci öğesi, semptomların ortaya çıkışı, şiddeti, oluşturduğu rahatsızlık düzeyi, niteliği ve süresi üzerinde etkili olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerdir. Bu faktörler kendi aralarında etkileşim göstererek bireyin semptom deneyimini oluşturmaktadır. Fizyolojik faktörlere; hastalık ve tedavi durumu, sosyal faktörlere; cinsiyet, çalışma durumu, sosyal güvence, psikolojik faktörlere ise;

bireyin mental durumu, hastalığı algılama durumu örnek verilebilir (Lenz ve ark.,1997).

İkinci öge, semptomların bireyin performansına olan etkisidir. Örneğin; sayı olarak fazla ve şiddetli yaşanan semptomlar, günlük yaşam faaliyetlerini, iş yaşamını, aile içindeki rolleri, sorumlulukları, problem çözme durumunu, sosyal ilişkileri olumsuz olarak etkilemektedir (Lenz ve ark.,1997).

Üçüncü öge ise; semptomların süresi, şiddeti ve niteliğidir. Semptomlar aynı sürede ve birlikte olduklarında aralarında etkileşim olmaktadır. Görülen semptom diğer semptomun daha şiddetli algılanmasına veya var olmasına neden olmaktadır. Örneğin; dispnesi olan bir birey ağrısını daha şiddetli algılayabilmektedir (Lenz ve ark.,1997).



Şekil 2.1. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi (Atay (2008) in çalışmasından izinle alınmıştır)

Bu teoriye göre; bir değişken veya bir girişim birçok semptomu etkileyebilmektedir. Bu önerme; semptom kümelerinin klinikteki kullanımına katkı sağlayabilmektedir (Armstrong, 2003). Rahatsız edici semptomlar teorisinin öğeleri arasında da bir etkileşim vardır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler, bireyde daha fazla sayıda semptom ortaya çıkmasına veya mevcut semptomun daha şiddetli algılanmasına neden olabilmektedir. Örneğin, kronik yorgunluk sorunu olan bir birey daha çok duygusal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Gift ve ark., 2004).

Semptomların ve birçok faktörlerin etkilediği performans durumu aynı zamanda semptom algısını da etkilemektedir. Semptomlar ile performans durumu arasında da karşılıklı ve iki yönlü ilişki vardır. Örneğin; ağrı fiziksel aktivitede sınırlılığa neden olurken, aynı zamanda fiziksel aktivitede sınırlılık daha şiddetli ağrı algılanmasına neden olabilmektedir (Gift ve ark., 2004).

Performans düzeyindeki düşüklük fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin; kronik ağrı nedeniyle rol performansı ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilenen bireyler, beslenme sorunları (fizyolojik faktör), anksiyete ve depresyon (psikolojik faktör), sosyal destekte azalma ve iş kaybı (sosyal faktör) gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Gift ve ark., 2004).

Rahatsız edici semptomlar kümesi tek veya birden fazla semptomun birbirine etkisinin varlığını anlatmaktadır. Semptom özellikleri yoğunluk, sıkıntı kalite ve zamanlamayı içerir. Bu model semptomların öncüllerini sonuçlarını açıklar. Öncüller fizyolojik psikolojik yada durumsal faktörler olabilir. Rahatsız semptomların sonucu fiziksel aktivite günlük yaşam sosyal etkinlikler ve etkileşim ve bunun yanında rol performansı içeren fonksiyonel ve veya tek bir belirtiden farklı olacağını iddia eder. Yani bunların birbiri üzerine çarpan veya katalitik etkisi olacaktır (Barsevick,2007).

Rahatsız edici semptomlar teorisinin önermeleri semptom kümelerinin kavramsallaştırılmasına katkı sağlamaktadır. Semptom yönetimi teorisi semptom kümesi çalışmalarında kullanılan bir diğer teoridir. Son olarak Sitokin aracılı/bağlı Hastalık Davranışı (Cytokine-Induced Sickness Behavior) modelinin belli semptom kümelerinin biyolojik mekanizmasının anlaşılmasında kullanılabileceği önerilmektedir. Bu teorilerin her biri çoklu semptomlara odaklanıyor olsa da semptom kümelerinin birbiri ile ilişkisi açık olarak ortaya koymada sınırlılıkları olduğu ve semptom kümesine odaklı kapsamlı teorik modellere gereksinim olduğu belirtilmektedir (Xiao, 2010).

2.4. Semptom Kümelerini Belirlemede Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Semptom kümelerini belirlemek için en bilinen iki istatistik metot CA (cluster analysis: grup analizi) ve faktör analizidir. Metodun seçimi çalışma amaçlarına ve semptom değerlendirme yöntemine göre değişir. Genellikle semptom değerlendirme ikili (yok, var), sıralı (hiç, hafif, orta şiddetli) ya da devamlı olarak yapılır (Aktaş ve ark., 2010).

Grup analizi: CA ön hipotezsiz açıklamaya yönelik bir metottur. CA semptomları gruplar içine sınıflandırmak için semptom bağlantılarını ölçer. Aglomeratif metotlar her bir semptomu bir grup sayarak başlar, daha sonra bütün semptomları gruplandırır. Bir dendrogram gruplandırmanın sıralamasını ve her bir katılımın bağlantısının gücünü gösterir. Bağlantıların ölçümünün keyfi bir kesimi sonuç gruplarını tanımlar. Ortaya çıkan gruplar daha sonra klinik bir anlam ifade edip etmediğini görmek için incelenir. CA ikili, sıralı ya da sürekli veriler için kullanılabilir. Semptom bağlantılarının gerekli ölçümü uygun biçimde seçilir. CA için bilinen bir çalışma ölçüsü yoktur (Aktaş ve ark., 2010).

Açıklayıcı faktör analizi: EFA, semptomlar arasındaki korelasyonu ya da kovaryasyonu (iki ya da daha fazla değişkenin bağlı değişimi) semptomlar üzerine geçici etki uygulayan küçük bir sayıda gözlenemeyen (gizli) faktörlerin birbiriyle ilişkisinden meydana gelmektedir. Bir faktörün içindeki semptomlar

diğer faktörlerden gelen semptomlardan daha çok kendi içinde birbirleriyle daha bağlantılıdır. Öncelikle faktörler tanımlanır, her bir faktörün içindeki semptomlar ölçümlerinde gözlemlenen genel yapının tanımlanması için incelenirler. EFA sürekli veriler gerektirir. Çalışma ölçüsü için genel bir sınır değer değerlendirilecek semptomların sayısının beş katını içermeli ya da bu sayı eğer 100'den büyükse her semptom üzerine tam veri sağlayabilecek 100 demektir. Faktör analizi (HCA) ve esas bileşen analizi (PCA) metotları semptom değerlendirme araçlarının geliştirilmesinde kullanılırlar (Aktaş ve ark., 2010).

2.5. Semptom Kümelemesinin Ölçümünde ve Klinik Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Literatür taramasında semptom kümelemesinin ölçümünde en çok tüm olası semptom yaklaşımları ve en yaygın semptom yaklaşımı kullanılmaktadır (Tablo 2.1.) (Xiao, 2010).

Tablo 2.1. En Yaygın Semptom Yaklaşımı Ve Tüm Olası Semptom Yaklaşımının Karşılaştırması

	En yaygın semptom yaklaşımı	Tüm olası semptom yaklaşımı
Küme tanımlanmasında seçilen semptomlar	En yaygın semptomlar	Tüm olası semptomlar
Varsayım	Seçilen semptomlar ampirik çalışmalardan önce bir küme olduğu varsayılır	Ampirik çalışmalardan önce potansiyel kümeleri hakkında hiçbir varsayım yok
Kümelerin sayısı	Genellikle bir küme tanımlandı	Genellikle bir kümeden fazlası tanımlanmaktadır
Bir küme altındaki semptomların sayısı	Genellikle 2 veya 3 semptom	Genellikle 4'ten fazla semptom
Semptom küme tanımlamasının yöntemleri	<ul style="list-style-type: none"> • Semptomlar arasındaki korelasyon ile • Eş zamanlı semptomlar ile • Semptomlar arasında uzlaştırma etkisi ile • Semptomlar arasında etkileşim etkisi ile • Benzer semptom profilleri olan hasta alt grupları ile 	<ul style="list-style-type: none"> • Altta yatan faktörler veya bileşenleri ile • Zaman içinde semptomların görülme şekli ile • Ana semptomlar ile • Semptomlar arasındaki nedensel bağlantı ile • Benzer semptom profilleri olan hastanın alt kümeleri ile
Sınırlılıkları	Sadece grup tanımlamada en yaygın semptomlar seçmek için kuramsal temellerin olması gerekmektedir	İstatistiksel yöntemlerle tanımlanan semptom grupları için klinik anlamının açıklanması gerekmektedir

Kaynak : XIAO, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom cluster. *European journal of oncology nursing*. 14(5):417-34.

En – Yaygın Semptom Yaklaşımı

En yaygın semptom yaklaşımının dört ana özelliği vardır. Bunlardan birincisinde araştırmacılar ağrı, yorgunluk, uykusuzluk ve depresyon gibi genellikle grup tanımlamasında çeşitli en yaygın semptomları seçerler. İkincisinde araştırmacılar bu en yaygın semptomların ampirik çalışmalardan önce grup olarak bir araya toplandığını varsayarlar. Üçüncüsü genellikle grupları tanımlamak için kullanılan analitik tekniklerin sonuçları tek bir grup oluşturup grup tanımlamasındaki semptomları seçerler. Dördüncüsü, bir grup içindeki semptomların sayısı küçüktür, en fazla 2-3 semptoma sahiptir. En yaygın semptom yaklaşımı, semptom gruplarını anlamak için bir yol sunmasına

rağmen, sadece grup tanımlaması içinde en yaygın semptomları seçmek için yeterli olup olmaması bu yaklaşımın ana kısıtlamasıdır. Semptomların grup tanımlanmasında doğrudan grup sonuçlarının belirlenmesinde seçilmesinden itibaren ekleyerek veya silerek herhangi bir semptomun grup sonucu değiştirilebilir (Xiao, 2010).

Tüm - Olası Semptom Yaklaşımı

Bu yaklaşımın temel özellikleri en yaygın semptom yaklaşımının tam tersidir. Öncelikle araştırmacılar genellikle karşılaşılabilecek grupları tanımlamak için basitçe en yaygın semptomları seçmek yerine tüm potansiyel semptomları hedefler. İkincisi araştırmacılar ampirik çalışmalardan önce grupları varsaymak yerine, istatistiksel analizden sonra semptom gruplarının sonuçlarını alırlar. Üçüncüsü semptom gruplarının türü ve sayısı en yaygın semptom yaklaşımına göre daha fazladır (Xiao, 2010).

Semptom kümelemesinin klinik değerlendirilmesinde ise kullanılan ölçekler arasında Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği, MD Anderson Semptom Envanteri, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi, Semptom Sıkıntı Ölçeği yaygın kullanılan ölçeklerdir (Lacasse ve Beck, 2007). Ölçeklere ait bilgiler tablo 2.2 de yer almaktadır.

Tablo 2.2.Semptom Kümelemesinin Klinik Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği:	
Tür:	Dokuz madde üzerine öz bildirim
Ölçek:	VAS (0 – 100 mm); sayısal değerlendirme ölçeği de kullanılabilir
Boyutlar:	Sıklık, şiddet ve sıkıntı
Zaman Dilimi:	Şu anki semptom düzeyleri
Kullanıldığı hasta popülasyonu	Palyatif bakım, tıbbi onkoloji yatan hastaları-/ayakta tedavi edilen hastaları-
Tamamlanması için tahmin edilen süre:	Yaklaşık 8 dakika
M.D. Anderson Semptomu Envanter (MDASI)	
Tür:	15 ana madde üzerine öz bildirim.
Ölçek:	VAS (0 – 10)
Boyutlar:	Semptom varlığı, şiddet ve engelleme
Zaman Dilimi:	Son 24 saat içinde
MDASI ile kullanılan popülasyonlar:	Tıbbi onkoloji de ayakta tedavi edilen hastalar-
Tamamlanması için tahmin edilen süre:	Yaklaşık 8 dakika
Memorial Semptomu Değerlendirme Ölçeği	
Tür:	32 madde üzerine öz bildirim
Ölçek: görülme sıklığı düşük ve yüksek semptomlar	5' li Likert ölçeği; 3 alt ölçek, genel sıkıntı indeksi boyunca yoğun ve az yaygın semptomlar ve psikolojik semptomlar
Boyutlar:	Semptom varlığı, sıklık ve şiddet
Zaman Dilimi:	Şu anki semptom düzeyleri
MSDÖ ile kullanılan popülasyonlar:	Klinik deneme-, tıbbi onkoloji yatan hastaları-/ayakta tedavi edilen hastaları-
Tamamlanması için tahmin edilen süre:	Yaklaşık 10 dakika
Rotterdam Semptom Çeklisti	
Tür:	31 madde üzerine öz bildirim
Ölçek:	Sözel ifadelerle 4'lü Likert ölçeği
Boyutlar:	Varlığı ve sıkıntı
Zaman Dilimi:	Şu anki semptom düzeyleri
RSÇ ile kullanılan popülasyonlar:	Klinik deneme-, kemoterapi üzerine tıbbi onkoloji yatan hastaları-/ayakta tedavi edilen hastaları-
Tamamlanması için tahmin edilen süre:	Yaklaşık 8 dakika
Semptom Sıkıntı Ölçeği	
Tür:	13 madde üzerine öz bildirim
Ölçek:	5'li Likert ölçeği
Boyutlar:	Sıklık, yoğunluk ve sıkıntı
Zaman Dilimi:	Şu anki semptom düzeyleri
SSÖ ile kullanılan popülasyonlar:	Çeşitli kanser türleri
Tamamlanması için tahmin edilen süre:	Yaklaşık 3 dakika

Kaynak: Lacasse C, Beck SL (2007) Clinical Assessment of Symptom Clusters Seminars in Oncology Nursing 23 (2): 106-112

2.6. Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Semptom Kümelemesi

Diyaliz tedavisi alan hastalar semptomlardan dolayı sıkıntı yaşamakta ve semptomların etkili biçimde nasıl tedavi edildiği hakkında çok az şey bildikleri görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar bu hasta grubunda yüksek oranda fiziksel ve duygusal semptomları göstermekte ve bu semptomların yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkisini ortaya koymaktadır (Kimmel ve ark,2000). Buna rağmen, son veriler sağlık çalışanlarının hemodiyaliz hastalarını rahatsız eden bu semptomların çoğunun farkında olamayabileceklerini düşündürmektedir. Hemodiyaliz hastalarının bu semptomları için uygun bir tedavi olup olmadığı hakkında çok az bilgi vardır (Claxton ve ark., 2010).

Diyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların çoğunu yorgunluk, ağrı, kas krampları, uyku güçlüğü, cinsel işlev bozukluğu gibi semptomların etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca hastaların neredeyse %25 'inde uzun dönem analizler sonucunda, zamana bağlı olarak ölüm riskinin artışı ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Diyaliz tedavisi alan hastalarda fiziksel ve duygusal semptomlar nedeniyle depresyon görülmektedir. Bu durum yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. (Abdel-Kader ve ark., 2009).

Ağrı, hemodiyaliz hastalarının çoğunlukla, metabolik birikim, kardiyovasküler yetmezlik, diyabet gibi diğer eş zamanlı gelişen hastalıkların bir sonucu olarak sıklıkla deneyimledikleri bir semptomdur. Yaşamın son döneminde sık kullanılan morfin kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için uygun bir analjezik değildir. Morfin uygulanan hemodiyaliz hastalarında sedasyon ve uyku hali gibi yan etkiler gelişip yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Gunda, 2004).

Hemodiyaliz hastalarında dispne de diğer semptomlar gibi çok boyutludur. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeleri büyük ölçüde engellenerek yaşam kalitesinin de etkilenmesine neden olmaktadır.

Solunum güçlüğüne eşlik eden sürekli yorgunluk, hem hasta hem de ailesini en olumsuz etkileyen semptom kümelerinden biri olarak tanımlanmıştır (Gunda, 2004).

Hemodiyaliz hastalarında deliryum, elektrolit dengesizliği veya kanda zararlı ürünlerin artması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Deliryumda kavramsal ve fonksiyonelliğin ani değişimi uyku düzensizliği, psikomotor aktivite ve duygulanım durumlarını etkilemektedir. Diyaliz hastalarında depresyon sıklığı %10 ile %15 arasında değişim gösterdiği düşünülmektedir. İlerlemiş hastalık, semptom yönetimi ve fonksiyonel kayıpların da depresyon sıklığını artırdığı görülmektedir. Üremik hastalarda görülen kaşıntı sık görülen bir semptomdur. Bu semptomun kontrolünde ilaç tedavisi dışında hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (Holley,2007).

Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun önemli bir semptom olduğu ve bireyin yaşam kalitesinin önemli oranda etkilendiği görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının; çalışma, boş zamanlarını değerlendirme, beslenme alışkanlığı, seksüel aktiviteleri, yaşamdan zevk alma, aile ve arkadaş ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği ve bu durumun yorgunlukla yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yorgunluk hemodiyaliz uygulanan bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Bireylerin yaşamdan doyum sağlayabilmeleri için, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sınırlayıcı etkilerinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Yorgunluk semptomunun da bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmasını önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve uygun aktivite planlaması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmek gerekmektedir (Yurtsever ve Beduk, 2003).

Weisbord ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanlarının diyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların farkındalıklarını belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmada kronik böbrek hastalarından sorumlu sağlık çalışanlarının uzun süre hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda fiziksel ve duygusal semptomları

yeterince fark edemediklerini ve hastaları en çok rahatsız eden semptomların çoğunun şiddetini genellikle az tahmin ettikleri görülmüştür.

2.7. Semptom Kümelemesinin Çeşitli Alanlarda Kullanımı

Semptom kümeleme genel tıpta sık kullanılan bir kavram olduğu görülmektedir. Örneğin psikiyatride şizofreni, post-travmatik stress bozuklukları gibi çeşitli psikolojik/psikiyatrik bozuklukların tanılanması ve sınıflamasında uzun zamandır kullanılmaktadır. Genel tıpta yapılan çalışmalarda semptom kümeleri hastalıkların altta yatan patofizyolojilerini, semptomların sınıflandırılmasını ve semptomların örüntülerini araştırmakta kullanılmıştır (Kim ve ark, 2005; Atay, 2008; Aktaş ve ark, 2010).

Son yıllarda kanserli hastaların hastalık süreci ve tedaviler nedeniyle yaşadıkları çoklu semptomlar üzerine çalışmaların arttığı görülmektedir (Dodd ve ark, 2001; Miaskowski ve ark, 2004; Xiao, 2010; .Kirkova ve ark, 2010). Kanserli bireyler hastalık süreci, tedavi sırası, sonrası ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen çok sayıda semptom ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve etiyolojileri çok çeşitlidir. Bazıları hastalığa bazıları da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin; bulantı ve kusma barsak obstrüksiyonu veya kemoterapiye yorgunluk ise hastalık ve tedaviye bağlı gelişebilmektedir (Akın ve Aslan, 2007).

Kanserli hastalarda ağrının; uyku kalitesi ve yorgunluk üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, ağrının şiddetinin yorgunluk ve uykusuzluk semptomlarının ortaya çıkmasında önemli katkısı olduğu görüşmüştür (Beck ve Schwartz, 2000). Akciğer kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk semptom grubunun yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu olumsuz etkilediği görüşmüştür (Given,2001).

Gaston ve Fall Dickson (1999) meme kanserli hastalarda yorgunluk, ağrı ve depresyon etkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada semptomların birbiri

ile ilişkili olduğu görülmüş ve genel sağlık durumunu etkilediği belirlenmiştir. Kanserli hastalarda ağrı, yorgunluk ve uyku sorunları semptom grubunun incelendiği diğer bir çalışmada ise semptom grubu düzeyinin fonksiyonel durumu etkilediği görülmüştür (Dodd ve ark, 2001).

2.8. Semptom Kümelemesinin Hemşirelikte Önemi

Hemşireler; hastalığın rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, semptomların belirlenmesi ve kontrolü olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu profesyonellerdir. Hemodiyalizde önemli roller üstlenen hemşireler hastalarda ortaya çıkan semptomların yönetiminden sorumludur (Akyol ve Karadakovan, 2002).

Diyaliz hastalarında günlük aktivitelerini kısıtlayacak eş zamanlı çok sayıda semptom yaşanabilmektedir (Jablonski 2007; Abdel-Kader ve ark, 2009; Thong ve ark, 2009; Yu ve ark, 2011). Bu durum tek başına yaklaşım yerine sistematik değerlendirmeyi gerektirir. Semptom kümelerinde semptom sayısının artması, tedavinin gidisini olumsuz etkileyebilmekte, hastaların fonksiyonel durumu, günlük yaşamı ve çevresiyle ilişkileri olumsuz etkilenmektedir (Given ve ark.,2007).

Diyaliz hastalarında semptomların önlenmesi ve yönetiminin ilk basamağı değerlendirmedir. Hemşireler semptom kümelerini belirlemek ve bunların eş zamanlı oluşumunu tanımlayarak değerlendirmeler yapmak zorundadırlar (Given,2007). Değerlendirme geçerlik güvenirliği kanıtlanmış ve çok boyutlu ölçekler ile yapılmalıdır. Semptom değerlendirmesinin hasta ilk kliniğe kabul edildiğinde başlaması ve belli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir. Bu konuda hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir (Fleishman, 2004).

Küme içindeki semptomlardan biri diğerini etkileyebileceğinden, bu etkinin bilinmesi semptom yönetimi ve önlenmesi için girişimleri aydınlatılabilir.

Hastanın fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi semptom kümeleri içinde yer alan semptomlar tarafından olumsuz etkilenir. Bu semptom kümelerinin hastanın gelecekteki morbitidesine olumsuz sinerjik etkiye sahip olabileceği ileri sürülmektedir. Ama bu etki tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (Barsevick ve ark.,2006). Elde edilen bulgular ortak hemşirelik girişimlerinin uygulanmasıyla kümede yer alan semptomların yönetimi fikrini desteklemektedir. Küme içindeki çok sayıda semptomları tedavi etmek için ortak girişim kullanma yaklaşımı umut verici olarak görünmektedir.

Semptom kümesine ilişkin çalışmaların çoğu tanımlayıcı olup küme içerisindeki semptomların yönetimine ilişkin girişimsel/deneysel çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Williams, 2007). Gerek hastalık gerekse hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastaların yaşadığı çoklu semptomların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin ortadan kaldırılması için tek bir semptom üzerine odaklanma yeterli olmayacağından, eş zamanlı görülen semptomlara (semptom kümelerine) odaklanan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında semptom kümesinin belirlenmesi; hastanın deneyimlerinin anlaşılması, kapsamlı değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, gereksinime yönelik etkili girişimlerin planlanması ve uygulanmasına katkıda bulunabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, diyaliz tedavisi alan hastalarda semptomlar ve semptom kümelerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde uygulanmıştır.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Diyaliz Ünitesi 64 diyaliz makinesi ile seanslı haftalık 220 hastaya hemodiyaliz tedavisi yapmaktadır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde 1 uzman doktor, 3 sertifikalı doktor, 14 sertifikalı hemşire, 6 teknisyen, 4 yardımcı personel görev yapmaktadır.

Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde 44 diyaliz makinesi ile haftalık 180 hastaya hemodiyaliz tedavisi yapılmaktadır. Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde 1 uzman doktor, 1 sertifikalı doktor, 10 sertifikalı hemşire, 2 teknisyen, 2 yardımcı personel görev yapmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde 17 Mayıs 2010 – 27 Ağustos 2010 tarihleri arasında tedavi görmekte olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler oluşturmuştur.

Örneklem seçiminde süre esas alınmış olup; 17 Mayıs 2010 – 27 Ağustos 2010 tarihleri arasında örnekleme çalışmaya katılmak isteme durumları göz önünde bulundurulularak ulaşılabilen, 18 yaşından büyük, en az 6 ay önce

kronik böbrek yetmezliği tanısı almış, bilişsel bozukluğu olmayan tedavi gören tüm hastalar alınmıştır. Çalışmanın örneklemini toplam 300 hasta oluşturmuştur.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi görmekte olan 220 kişinin 190 'ının araştırmaya katılımı olmuştur. 10 adet anket eksik doldurulduğundan araştırma kapsamına alınmamıştır. 30 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiştir. 2 kişi araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymamaktadır. Sonuç olarak araştırmada bu hastaneden 178 anket değerlendirilmeye alınmıştır.

Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi görmekte olan 180 kişinin 125'inin araştırmaya katılımı olmuştur. 2 adet anket eksik doldurulduğundan araştırma kapsamına alınmamıştır ve 55 kişi araştırmaya katılmayı istemediğini belirtmiştir. Ayrıca 1 kişi araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymamaktadır. Sonuç olarak bu hastaneden 122 anket değerlendirilmeye alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu (Ek I) ve Diyaliz Semptom İndeksi (Ek. II) kullanılmıştır. İki bölümden oluşan anket formunun birinci kısmında, katılımcıların yaş, eğitim durumu gibi demografik özellikleri, ikinci kısmında ise katılımcıların hastalık ve diyaliz tedavisinde rastlanan semptomlara yönelik sorular yer almaktadır (Ek. I). Anket formunda yer alan öz bakım yeterliliğine ilişkin sorular likert ölçekle hazırlanmış ve hastalardan söz konusu sorulara 1'den 5'e kadar puan vermeleri istenmiştir. Verilen puan ortalamaları 1'den 5'e doğru yükseldikçe, hastaların konuya ilişkin bir başkasından veya bir araçtan yararlanma düzeyinin artması, bir başka deyişle bağımlılık düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

Diyaliz Semptom İndeksinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Yeşilbalkan (2007) tarafından yapılmıştır.

3.4.1.1. Diyaliz Semptom İndeksi (Ek II)

Diyaliz semptom indeksi Weisboard ve ark. (2004)'nın semptomlarla ilişkili yaşanan sıkıntı düzeyini ölçmek amacıyla hemodiyaliz hastalarında geliştirilmiştir. Memorial semptom tanılama ölçeği kısa form (MSAS-SF)' den geliştirilen ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar 5'li likert ölçeği ile elde edilmektedir. Son yedi gün içerisinde yaşanan semptomlar evet-hayır olarak cevaplanıp eğer evet ise bu semptomun ne kadar etkilediği, 5'li likert olarak 0= hiç, 1= biraz, 2 = bazen, 3= çok az, 4= çok fazla şeklinde değerlendirmeye sahiptir. Elde edilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde ediliyor. Bu değer 0 – 150 arasında değişmektedir. 0 değeri semptomun olmadığını göstermektedir. Cevaplara verilen toplam puanların 150 puana doğru artış göstermesi sözü geçen semptomun etkisinin yükseldiğini göstermektedir (Weisboard, 2004).

Diyaliz semptom indeksinin geçerlilik çalışması, ölçeğin dil eşdeğerliği içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri, güvenilirlik çalışmasında ise iç tutarlılık, madde analizi ve test-tekrar güvenilirliği yöntemleri kullanılarak incelenmiştir (Yeşilbalkan,2007). Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin ölçüm sonucu 0.69 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada elde edilen alpha değeri ise 0.79 olarak belirlenmiştir.

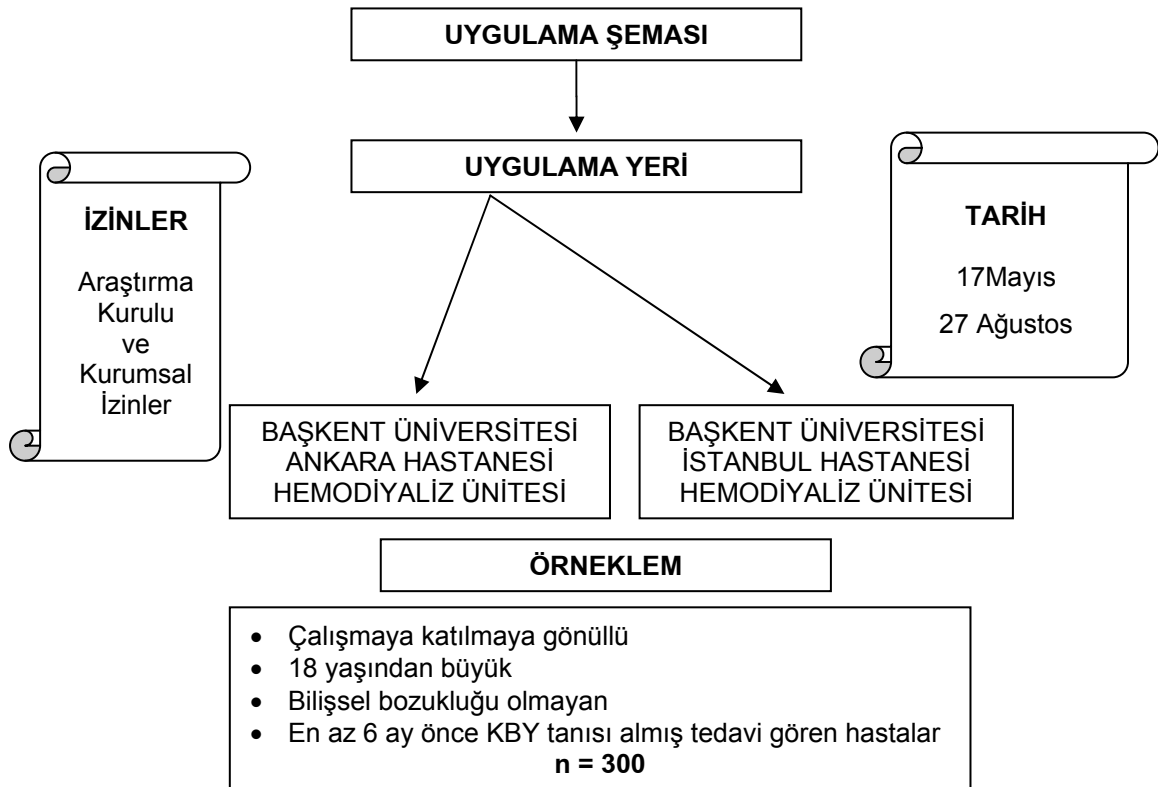
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Anket formu, 10-30 Nisan 2010 tarihlerinde Başkent Üniversitesi Ankara Yeni kent hemodiyaliz ünitesinde rastgele seçilmiş 30 katılımcı ile ön uygulama yapılarak değerlendirilmiş ve katılımcılardan elde edilen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak uygulanmaya hazır hale getirilmiştir. Veriler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formları 17 Mayıs 2010 – 27 Ağustos 2010 tarihleri arasında ulaşılabilen, 18 yaşından büyük, en az 6 ay önce kronik böbrek yetmezliği tanısı almış, bilişsel bozukluğu olmayan tedavi gören hastalara yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Anketlerin uygulanması bireyler diyaliz tedavisi gördükleri süre içerisinde yapılmıştır. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15-25 dakika sürmüştür ve veriler yaklaşık 3 aylık sürede elde edilmiştir.



Şekil 3.1. Uygulama

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ve MVSP v.3.12 (Software Multi-Variate Statistical Package) programı kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumları, tanı yılı; bağımlı değişkenleri hastalıklarına ilişkin görüşleri, yaşanan semptomlar oluşturmuştur. Verilerin analizinde nominal (sınıflayıcı) ölçek kullanıldığı gibi, 5'li likert ölçekle hazırlanmış soru grupları da mevcuttur.

Çalışmaya alınan hastaların tanıtıcı bilgilerinde, semptomların prevalansının belirlenmesinde sayı ve yüzde dağılımları, semptom kümelerinin belirlenmesinde MVSP v.3.12 (Software Multi-Variate Statistical Package), (PearsonCoefficient, FurtherNearest) kullanılmıştır.

30 semptom içeren ölçekten anlamlı semptom kümeleri oluşturmak için prevalansı %15 'in altında kalan semptomlar analize alınmamıştır.

İstatistiksel olarak semptom kümelerinin tipleri ve sayılarını belirlemede faktör analizi ve küme analizi kullanılmaktadır. Faktör analizi değişkenler arasında ilişkileri ve çok sayıda semptomlardan anlamlı grupları tahmin etmede kullanılır. Küme analizi de semptom gruplarını belirlemede kullanılır. Küme analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz eden bir yöntemdir. Daha önceden var olan teorik şartlar yoksa gereklidir. Faktör analizi altta yatan ortaklıkları arar. Küme analizi ise değişkenliklerin benzerliklerini gösterir. Küme analizi teorik olarak ya da verilerden anlamlı gruplar oluşturma bakımından faktör analizi ile benzerdir. Aralarındaki fark ise; faktör analizi veriyi ölçüm (aralık düzeyi belirleme gibi) gerektirir. Küme analizinde ise verinin kısıtlanma düzeyi yoktur (Aktaş ve ark., 2010). Şimdiye kadar diyaliz hastalarında deneysel olarak yapılan semptom kümeleme çalışmalarında küme analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır. Örnekleme özelliklerine uygun bireylere çalışmanın amacı açıklanmış ve çalışmaya katılmaya istekli olan hastaların yazılı onamları alınmıştır (Ek III). Araştırmanın uygulanacağı Başkent Üniversitesi Ankara ve İstanbul Hastaneleri'nin Başhekimliği'nden araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır (Ek IV).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örnekleme Başkent Üniversitesi Ankara ve İstanbul Hastaneleri Hemodiyaliz Üniteleri ile sınırlıdır.

Örnekleme kapsamına alınan bireyler yalnızca erişkin diyaliz tedavisi alan hastalarla sınırlandırılmıştır. Bu sınırlılıklar nedeniyle çalışmadan elde edilen veriler, örnekleme kapsamındaki hastaların öz-bildirimine dayalı olması nedeniyle elde edilen sonuçlar örnekleme dışına genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde diyaliz tedavisi alan hastaların demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, deneyimledikleri semptomların sıklığı ve yarattığı rahatsızlık düzeyi, semptom kümeleri, hastaların demografik özelliklerine göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	n	(%)
Yaş $\bar{x} = 48,88 \pm 15,78$; min-max:21-87		
< 22	5	1,7
23-30	42	14,0
31-40	50	16,7
41-50	67	22,3
51-60	54	18,0
61 ve üzeri	82	27,3
Cinsiyet		
Kadın	145	48,3
Erkek	155	51,7
Mesleği		
Emekli	106	35,3
Ev Hanımı	85	28,3
Memur	37	12,4
İşçi	21	7,0
Serbest Meslek	20	6,7
Öğrenci	10	3,3
Doktor	1	0,3
İşsiz	20	6,7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	17	5,7
Okur-yazar	16	5,3
İlkokul	64	21,3
Ortaokul	75	25,0
Lise	78	26,0
Üniversite	50	16,7
Medeni durumu		
Evli	161	53,7
Bekar	84	28,0
Dul/Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	55	18,3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az (düşük)	72	24,0
Gelir gidere eşit (orta)	189	63,0
Gelir giderden çok (yüksek)	39	13,0
Toplam	300	100,0

Tablo 4.1'in devamı

Yaşadığı Yer		
İl	230	77,4
İlçe	55	18,5
Köy	4	1,3
İl dışı	11	2,8
Sosyal Güvence		
Olan	290	96,7
Olmayan	10	3,3
Destek alma durumu		
Evet	161	53,7
Hayır	136	45,3
Destek alınan konular *		
Ev temizliği	103	57,2
Yemek	103	57,2
Fiziksel bakım	99	55,0
Randevular	92	51,1
Ulaşım hizmeti	89	49,4
Maddi destek	58	32,2
Alışkanlıklar		
Sigara		
Sigara İçen	76	25,6
Sigara İçmeyen	224	74,4
Alkol		
Alkol İçen	30	10,1
Alkol İçmeyen	270	89,9
Toplam	300	100,0

* Birden fazla yanıt alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 49 olup 21-87 yaş aralığında dağılım gösterdiği;%27,3'ünün 61yaş ve üzerinde oldukları saptanmıştır. Diyaliz tedavisi alan bireylerin %48,3'ü kadın, %51,7'si ise erkektir (Tablo 4.1).

Araştırmada yer alan bireyler meslekleri incelendiğinde %35,3'ü emekli, %28,3'ünün ev hanımı yer aldığı görülmektedir. Eğitim düzeyi incelendiğinde okur-yazar olmayan hastaların %5,7 okur-yazar %5,3 şeklinde oluşurken,

hastaların %21,3'ü ilkokul, %25'i ortaokul, %26'sı lise ve %16,7'si ise üniversite düzeyinde öğrenime sahiptirler. Araştırmada yer alan bireyler %53,7'si evli , %28'i bekar ve %18,3'ü dul/boşanmış veya ayrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada yer alan bireylerin gelir durumu incelendiğinde %24,'ü düşük, %63'ü orta ve %13'ü yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların %96,7'si sosyal güvenceye sahip iken, % 3,3'ü ise sosyal güvenceye sahip olmadıklarını belirtmiştir. Hastaların %25,6'sı sigara kullandıklarını, %10,1'i alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık ve Diyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tanı Yılı	Sayı	%
< 1980	6	1,0
1981-1985	8	2,7
1986-1990	21	7,1
1991-1995	31	10,4
1996-2000	74	24,9
2001-2005	65	21,9
2006-2010	95	32,0
Diyalize Girme Süresi (Ay) \bar{x} = 98.6 ± 76.3; min-max=4-300		
<12	53	16,8
13-24	22	7,4
25-36	15	5,1
37-48	24	8,1
49-60	17	5,7
61 ay ve üzeri	169	56,9
Hemodiyalize Girilen Gün Sayısı		
1	35	10,5
2	45	15,0
3	204	69,4
4'ten fazla	16	5,1
Hemodiyaliz Giriş Yolu		
Fistül	236	78,2
Katater	38	13,0
Greft	26	8,8
Toplam	300	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin %78,8'ini 1996 yılı ve sonrası kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların diyaliz tedavisine başlama süreleri ortalaması 98.6 ± 76.3 ay olduğu; %16,8'i 12 aydan az ve %56,9'u 61 ay üzeridir. Hastaların büyük bir çoğunluğu (% 69,4) haftada 3

gün hemodiyalize girmekte olup hastaların hemodiyalize giriş yolunun %78,2'sinin fistül olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresince Ortaya Çıkabilecek Sorunlar Hakkında Eğitim Alma Durumları, Bilgi Alınan Kişi ve Bilgi Alınan Konular

Eğitim Alma Durumu	Sayı	%
Alan	178	59,3
Almayan	122	40,7
Toplam	300	100,0
Bilgi alınan kişi*		
Doktor	152	40,3
Hemşire	110	31,0
Başka bir hasta	48	14,0
Kitap/İnternet	50	14,7
Bilgi alınan konular*		
Hastalıkla ilgili	166	33,0
Tedavi hakkında bilgi	144	30,0
Tedavinin yan etkileri	88	14,3
Taburcu olduktan sonra evde bakım	84	12,0
Yapılacak tetkik ve kontroller	80	10,7
Bilgiyi yeterli bulma durumu (n=178)		
Yeterli	117	65,7
Yetersiz	61	34,3

*Birden fazla yanıt alınmıştır.

Diyaliz tedavisi alan hastaların hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında %59,3'ü konu hakkında eğitim aldıklarını belirtmiştir. Hastalar eğitim aldıkları bilgiyi en çok doktor ve hemşireden aldıklarını belirtmiştir. Bilgi aldıkları konuların en çok hastalık ve tedavi ile ilgili olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Bakım Yeterliliğine İlişkin Değerlendirmeleri*

Öz bakım yeteneği	Bağımsız	Yardımcı araçlar ile	Başkalarının yardımı ile	Başka kişinin veya araçların yardımı ile	Tamamen bağımlı
Yeme/içme	92	1	4,3	1,3	0,3
Banyo/yıkanma	83,7	1,3	12	1	1
Giyinme/çeki düzen	88,3	1,7	7	1	1
Tuvalete girme	90,7	0,7	5,3	1,3	1
Yürüme/gezinme	86	5	5	2,7	0,3
Merdiven çıkma	83,3	3,7	8,3	2,7	1
Alışveriş yapma	76	2,3	11	8,3	1,3
Yemek pişirme	67,7	4,3	11,7	6,3	8
Evin bakımı	65,7	4,7	11,7	7	9

* Satır yüzdesi olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.4 incelendiğinde hastalar genellikle işlerini bağımsız yerine getirebildikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların öz bakım yeterliliğinde tamamen başkalarına bağımlı olma durumları ise son derece düşüktür.

Tablo 4.5. Diyaliz Dışında Tedavi Görülen Diğer Hastalık Olma Durumu ve Hastalık Türlerinin Dağılımı

Eşlik Eden Diğer Hastalık	n	%
Var	125	41.7
Yok	175	58.3
Hastalık türü		
Diyabet	24	8
Kalp hastalığı	30	10
Göz tansiyonu	3	1
Kanser	1	0,3
Tiroit	3	1
Eklem Rahatsızlıkları	4	1.3
Cevapsız	60	20.1
Toplam	125	41,7

Tablo 4.5' te diyaliz tedavisine eşlik eden diğer hastalık durumu ve dağılımları görülmektedir. Hastaların %41,7'si böbrek yetmezliği dışında sürekli tedavi gördüğü bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Kronik böbrek yetmezliği dışında hastalığı olduğunu ve hastalık türünü belirten 65 hasta en fazla diyabet hastalığı olduğu belirtmiştir.

Tablo 4.6. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Sıklığı

Semptomlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	168	56,0	132	44,0
Kemik veya eklem ağrısı	146	48,7	154	51,3
Baş ağrısı	129	43,0	171	57,0
Kas ağrısı	124	41,3	176	58,7
İştahta azalma	141	47,0	159	53,0
Ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	127	42,3	173	57,7
Kas krampları	117	39,0	183	61,0
Rahatsız hissetme	114	38,0	186	62,0
Sersemlik/baş dönmesi	109	36,3	191	63,7
Üzgün hissetme	109	36,3	191	63,7
Sinirli hissetme	109	36,3	191	63,7
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	106	35,3	194	64,7
Deride kuruluk	105	35,0	195	65,0
Kaygılı hissetme	101	33,7	199	66,3
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	99	33,0	201	67,0
Bacaklarda şişlik	98	32,7	202	67,3
Ağız kuruluğu	98	32,7	202	67,3
Cinsel doyum almada zorlanma	96	32,0	204	68,0
Konsantre olmada zorluk	95	31,7	205	68,3
Uykuya dalmada zorlanma	94	31,3	206	68,7
Göğüs ağrısı	93	31,0	207	69,0
Kaşıntı	93	31,0	207	69,0
Nefes darlığı	89	29,7	211	70,3
Endişelenme	84	28,0	216	72,0
Uykuyu sürdürmede zorlanma	84	28,0	216	72,0
Öksürme	81	27,0	219	73,0
İshal	68	22,7	232	77,3
Kabızlık	65	21,7	235	78,3
Bulantı	59	19,7	241	80,3
Kusma	47	15,7	253	84,3

Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen semptomların, yorgun hissetme veya enerjide azalma (%56), kemik veya eklem ağrısı (%48,7), iştahta azalma (%47), baş ağrısı (43,0) ve ayaklarda uyuşma-karıncalanma (42,3) olarak sıralandığı; en az görülen semptomların ise bulantı (19,7) ve kusma (%19) olduğu görülmektedir(Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Etkileme Düzeyi*

Semptomlar	Semptomların Etkileme Düzeyi							
	Çok seyrek		Ara sıra		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kabızlık	15	5,0	23	7,7	6	2,0	21	7,0
Bulantı	15	5,0	34	11,0	4	1,3	6	2,0
Kusma	16	5,3	20	6,7	4	1,3	7	2,3
İshal	36	12,0	23	7,7	6	2,0	3	1,0
Kas ağrısı	36	12,0	51	17,0	15	5,0	22	7,3
Baş ağrısı	53	18,0	38	13,0	13	4,3	25	8,3
Göğüs ağrısı	52	17,0	28	9,3	7	2,3	6	2,0
Kemik veya eklem ağrısı	35	12,0	52	17,0	19	6,3	40	13,0
Ağız kuruluğu	30	10,0	38	13,0	17	5,7	13	4,3
Öksürme	24	8,0	37	12,0	14	4,7	6	2,0
İştahta azalma	60	20,0	40	13,0	27	9,0	14	4,7
Kas krampları	45	15,0	35	12,0	20	6,7	17	5,7
Bacaklarda şişlik	26	8,7	39	13,0	10	3,3	23	7,7
Nefes darlığı	30	10,0	20	6,7	27	9,0	12	4,0
Sersemlik/baş dönmesi	46	15,0	31	10,0	19	6,3	13	4,3
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	50	17,0	15	5,0	19	6,3	15	5,0
Ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	46	15,0	42	14,0	18	6,0	21	7,0
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	38	13,0	43	14,0	31	10,0	56	19,0
Konsantre olmada zorluk	19	6,3	34	11,0	20	6,7	22	7,3
Deride kuruluk	36	12,0	41	14,0	8	2,7	20	6,7
Kaşıntı	26	8,7	33	11,0	17	5,7	17	5,7
Endişelenme	32	11,0	35	12,0	9	3,0	8	2,7
Sinirli hissetme	33	11,0	42	14,0	11	3,7	23	7,7
Üzgün hissetme	51	17,0	35	12,0	11	3,7	12	4,0
Uykuyu sürdürmede zorlanma	23	7,7	29	9,7	19	6,3	13	4,3
Rahatsız hissetme	41	14,0	47	16,0	15	5,0	11	3,7
Uykuya dalmada zorlanma	33	11,0	32	11,0	6	2,0	23	7,7
Kaygılı hissetme	47	16,0	27	9,0	7	2,3	20	6,7
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	38	13,0	27	9,0	17	5,7	24	8,0
Cinsel doyum almada zorlanma	38	13,0	18	6,0	20	6,7	20	6,7

* Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların en fazla yorgun hissetme veya enerjide azalma 56 (%19) semptomundan etkilendiği görülmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Diyaliz Semptom Listesi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamaları

Semptom	Ortalama	Standart sapma
Kusma	1,32	0,84
İshal	1,37	0,79
Bulantı	1,40	0,89
Göğüs ağrısı	1,51	0,91
Endişelenme	1,54	0,99
Kabızlık	1,54	1,17
Öksürme	1,55	1,01
Uykuyu sürdürmede zorlanma	1,63	1,15
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	1,66	1,14
Nefes darlığı	1,66	1,18
Üzgün hissetme	1,67	1,08
Kaygılı hissetme	1,67	1,16
Uykuya dalmada zorlanma	1,69	1,21
Ağız kuruluğu	1,70	1,15
Kaşıntı	1,70	1,21
Cinsel doyum almada zorlanma	1,71	1,24
Sersemlik/baş dönmesi	1,72	1,15
Deride kuruluk	1,74	1,20
Rahatsız hissetme	1,75	1,12
Bacaklarda şişlik	1,75	1,25
Konsantre olmada zorluk	1,78	1,30
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	1,80	1,28
Sinirli hissetme	1,81	1,26
Kas krampları	1,81	1,21
Ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	1,89	1,26
Baş ağrısı	1,89	1,27
Kas ağrısı	1,90	1,27
İştahta azalma	1,92	1,20
Kemik veya eklem ağrısı	2,19	1,45
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	2,47	1,57

Tablo 4.8’de diyaliz tedavisi alan hastalarının deneyimledikleri semptomların madde puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo 4.8 incelendiğinde en düşük ortalama 1,32 ile kusmaya ait iken en yüksek ortalama 2,47 ile yorgun hissetme veya enerjide azalmaya aittir.

Tablo 4.9. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Diyaliz Semptom İndeksi Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Semptomlar	Cinsiyet p	Yaş p	Eğitim P	Medeni Durum p	Diyaliz Süresi p	Destek Durumu p
Kabızlık	0,192	0,021*	0,424	0,166	0,000*	0,027*
Bulantı	0,001*	0,008	0,047*	0,000*	0,000*	0,000*
Kusma	0,000*	0,033	0,269	0,006*	0,002*	0,101
İshal	0,985	0,002*	0,110	0,003*	0,000*	0,980
İştahta azalma	0,436	0,000*	0,180	0,040*	0,000*	0,467
Kas krampları	0,139	0,003*	0,562	0,860	0,000*	0,217
Bacalarda şişlik	0,205	0,052	0,979	0,200	0,000*	0,529
Nefes darlığı	0,011*	0,000*	0,911	0,302	0,000*	0,328
Sersemlik /baş dönmesi	0,000*	0,065	0,007*	0,003*	0,000*	0,040*
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	0,303	0,000*	0,008*	0,059	0,000*	0,195
Ayaklarda uyuşukluk/ karıncalanma	0,961	0,000*	0,001*	0,001*	0,000*	0,632
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	0,008*	0,001*	0,003*	0,168	0,000*	0,008*
Öksürme	0,032*	0,001*	0,000*	0,035*	0,000*	0,000*
Ağız kuruluğu	0,035*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,050
Kemik veya eklem ağrısı	0,000*	0,050	0,001*	0,015*	0,000*	0,065
Göğüs ağrısı	0,029*	0,103	0,236	0,435	0,001*	0,146
Baş ağrısı	0,442	0,035*	0,052	0,183	0,000*	0,027*
Kas ağrısı	0,006*	0,005*	0,102	0,339	0,000*	0,379
Konsantre olmada zorluk	0,830	0,227	0,305	0,008*	0,000*	0,001*
Deride kuruluk	0,007*	0,005*	0,007*	0,092	0,000*	0,862
Kaşıntı	0,027*	0,014*	0,000*	0,247	0,000*	0,433
Endişelenme	0,658	0,085	0,529	0,216	0,000*	0,074
Sinirli hissetme	0,004*	0,151	0,001*	0,466	0,000*	0,925
Üzgün hissetme	0,123	0,129	0,035	0,091	0,000*	0,253
Uykuyu sürdürmede zorlanma	0,003*	0,000*	0,004*	0,007*	0,000*	0,070
Rahatsız hissetme	0,367	0,001*	0,829	0,368	0,000*	0,067
Uykuya dalmada zorlanma	0,070	0,000*	0,007	0,392	0,000*	0,131
Kaygılı hissetme	0,040*	0,000*	0,870	0,011*	0,019*	0,458
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	0,053	0,044*	0,293	0,000*	0,000*	0,719
Cinsel doyum almada zorlanma	0,958	0,729	0,491	0,079	0,000*	0,280

* (p<0,05).

Hastaların demografik özelliklerine göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyete göre farklılık gösterme durumlarında; bulantı, kusma, nefes darlığı, sersemlik baş dönmesi, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, göğüs ağrısı, kas ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı, sinirli hissetme, uykuyu sürdürmede zorlanma ve kaygılı hissetme semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir($p<0,05$).

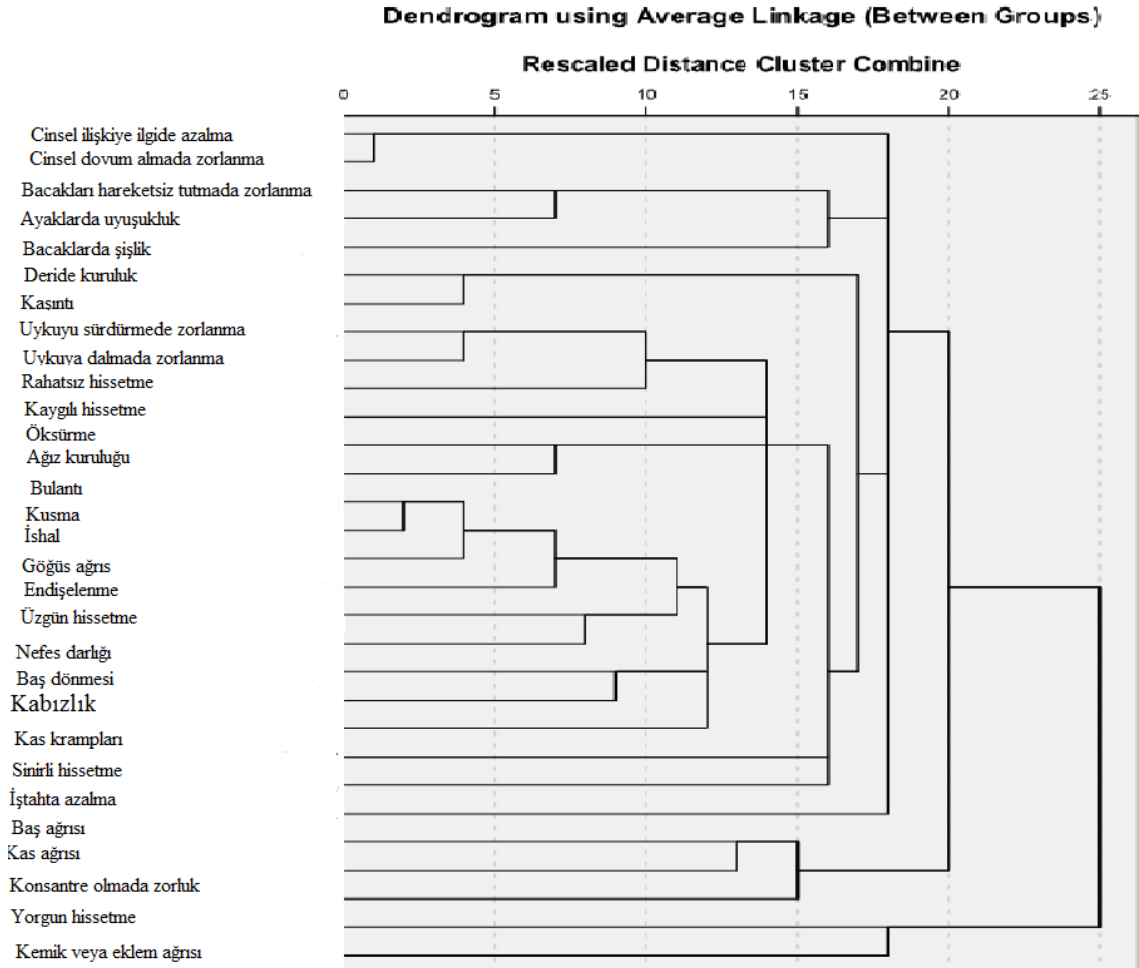
Diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının yaşa göre farklılık gösterme durumlarında; kabızlık, bulantı, kusma, ishal, iştahta azalma, kas krampları, nefes darlığı, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, baş ağrısı, kas ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, rahatsız hissetme, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme ve cinsel ilişkiye ilgide azalma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterme durumlarının; bulantı, sersemlik baş dönmesi, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı sinirli hissetme, üzgün hissetme, uykuyu sürdürmede zorlanma ve uykuya dalmada zorlanma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık gösterme durumlarında; bulantı, kusma, ishal, iştahta azalma, sersemlik baş dönmesi, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, konsantre olmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorlanma, kaygılı hissetme ve cinsel ilişkiye ilgide azalma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının diyaliz görme süresine göre bütün semptomlarda farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının destek alıp almama durumuna göre farklılık gösterme durumlarının; kabızlık, bulantı, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, konsantre olmada zorluk ve baş ağrısı, semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kümeleme analizinde semptomlara verilen ve dendrogram da yer alan semptom numaralarına ait kodlar ve yığışım tablosu Ek IV 'de yer almaktadır.



Şekil 4.1. Kümelemeye Ait Ağaç Grafiği

Yukarıdaki tabloda yapılan hiyerarşik kümeleme analizi dendrogramıyer almaktadır. Dendrogram incelendiğinde üç ana kümenin oluştuğu görülmektedir. Birinci ana kümenin dört alt kümeden oluştuğu anlaşılmaktadır.

Birinci ana küme: Cinsel ilişkiye ilgide azalma, cinsel doyum almada zorlanma, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk, bacaklarda şişlik, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme, rahatsız hissetme, öksürme, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, ishal, göğüs ağrısı, endişelenme, üzgün hissetme, nefes darlığı, baş dönmesi, kabızlık, kas krampları, sinirli hissetme ve iştahta azalma semptomlarını içermektedir.

Birinci ana kümeye ait ilk alt küme; Cinsel ilişkiye ilgide azalma ve cinsel doyum almada zorlanma semptomlarını içermektedir.

Birinci ana kümeye ait ikinci alt küme; Bacaklarda şişlik, Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma ve Ayaklarda uyuşukluk semptomlarını içermektedir.

Birinci ana kümeye ait üçüncü alt küme; Uykuyu sürdürmede zorlanma, Rahatsız hissetme ve Uykuya dalmada zorlanma semptomlarını içermektedir.

Birinci ana kümeye ait dördüncü alt küme; Deride kuruluk, Kaşıntı, Kaygılı hissetme, Öksürme, Ağız kuruluğu, Bulantı, Kusma, İshal, Göğüs ağrısı, Endişelenme, Üzgün hissetme, Nefes darlığı, Baş dönmesi, Kabızlık, Kas krampları, Sinirli hissetme ve İştahta azalma semptomlarını içermektedir.

İkinci ana küme; Baş ağrısı, kas ağrısı ve konsantre olmada zorluk semptomlarını içermektedir.

Üçüncü ana küme; Kemik veya eklem ağrısı ve yorgun hissetme veya enerjide azalma semptomlarını içermektedir.

Tablo 4.10. Kümeler Tablosu

ANA KÜMELER					
I. ANA KÜME				II. ANA KÜME	III. ANA KÜME
Birinci alt küme 1. Cinsel ilişkiye ilgide azalma 2. Cinsel doyum almada zorlanma	İkinci alt küme 1. Bacaklarda şişlik 2. Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma 3. Ayaklarda uyuşukluk	Üçüncü alt küme 1. Uykuyu sürdürmede zorlanma 2. Rahatsız hissetme 3. Uykuya dalmada zorlanma	Dördüncü alt küme 1. Deride kuruluk 2. Kaşıntı 3. Kaygılı hissetme 4. Öksürme 5. Ağız kuruluğu 6. Bulantı 7. Kusma 8. İshal 9. Göğüs ağrısı 10. Endişelenme 11. Üzgün hissetme 12. Nefes darlığı 13. Baş dönmesi 14. Kabızlık 15. Kas krampları 16. Sinirli hissetme 17. İştahta azalma	1. Baş ağrısı 2. Kas ağrısı 3. Konsantre olmada zorluk	1. Kemik veya eklem ağrısı 2. Yorgun hissetme veya enerjide azalma

5. TARTIŞMA

Diyaliz tedavisi görmekte olan hastalarda görülen semptomlar ve semptom kümelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu 50 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların % 51,7'si erkek hastalardan oluşmaktadır (Tablo 4.1). Türk Nefroloji Derneği 2009 Kayıt raporuna göre ülkemizde hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların %55.4'ü erkek %44.6'sı kadındır. Yapılan diğer araştırmalarda (Chan ve ark, 2010; Yu ve ark, 2011) kadın hastaların sayısının erkek hastalara oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Araştırmamızda da benzer şekilde kadın hastaların sayısı erkek hastalara göre daha düşük olarak bulunmuştur.

Cinsiyet semptom ilişkisinde Degner ve Sloan (1995) kadınların erkeklere göre daha sıkıntılı semptom deneyimlediklerini bildirmiştir. Benzer bir çalışmada Pater ve ark. (1997) tarafından yapılmış olup çalışmanın bulgularına göre kadınlar erkeklere oranla daha fazla yorgunluk yaşamaktadırlar. Çalışmamızda benzer şekilde cinsiyete göre semptomlar arasında fark olduğu bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre birçok semptomu daha fazla yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları % 53,7'si evlidir. Çalışmamızda yer alan hastaların eğitim durumları incelendiğinde eğitim durumunun büyük çoğunluğunun ortaokul, lise olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.) Abdel-Kader ve ark. (2009)' nın çalışmasında hastaların %31'i yüksek okul mezunudur. Yu ve ark. (2011)'nin çalışmasında 12 yıldan fazla eğitim alan hasta sayısı %47'dir. Eğitim seviyesi ile semptomlardan etkilenme düzeyi arasında çok farklılık bulunmamaktadır. Fakat eğitim düzeyinin yükselmesi ile tedaviye uyumun artacağı düşünülmektedir.

Hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde en fazla sıklığa %35,3 ile emekli grubu sahipken, %28,3 ile ev hanımı grubunun 2. sırada yer aldığı görülmektedir. Meslek gruplarında çalışan hasta grubunun diyaliz tedavisine uyum ve semptomlardan etkilenme düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. İş ve evlilik durumunun semptomlarla ilişkisini inceleyen Bower ve ark. (2000)'nin çalışmalarında iş ve evlilik durumunun yorgunluğa eşlik ettiğini bulmuştur. Fakat bu bulgular yapılan diğer çalışmalarda doğrulanmamıştır (Broeckel ve ark.,1998).

Araştırmada yer alan bireylerin gelir durumu incelendiğinde %63' ü orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların %25,6'sı sigara ve %10,1'i alkol kullandıkları görülmektedir. Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında (n=211) yapılan diğer bir çalışmada da bireylerin % 20.4'ünün sigara içmekte olduğu belirtilmiştir (Çelik, 2011). Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık ve tedavi sürecine rağmen halen önemli bir kısmının sigara kullanıyor olması düşündürücüdür. Hemodiyaliz hastaları yakın etkileşimde olan hemşirelerin bireyleri sigara ve alkolün etkileri konusunda bilinçlendirmeleri ve bırakma konusunda yönlendirmeleri gerekmektedir.

Hastaların diyaliz tedavisine başlama süreleri ortalaması 98.6 ± 76.3 ay olduğu %56,9'u 61 ay üzeridir. Hastaların büyük bir çoğunluğu (% 69,4) haftada 3 gün hemodiyalize girmekte olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda diyaliz görme süresine göre bütün semptomların görülmesindeki artışın farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaların diyaliz görme sürelerine göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının bütün semptomlarda farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Uzun süreli diyaliz tedavi süresi boyunca hastaların zorluklar yaşamasına neden olur. Çeşitli çalışmalarda uzun süre diyaliz tedavileri sonucu sıklıkla depresyon, cinsel istekte azalma, yaşam kalitesinde ve yaşam süresinde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Acaray ve Pınar, 2004; Weisbord ve ark, 2005; Abdel-Kader ve ark 2009).

Araştırmamızda hastaların hemodiyalize giriş yolunun en fazla(%78,2) fistül olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu Türk Nefroloji Derneği Kayıt raporu (2009) na göre karşılaştırıldığında benzer şekilde en fazla arteriovenöz fistül (%84) olarak belirtildiği görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların %41,7'si böbrek yetmezliği dışında sürekli tedavi gördüğü bir hastalığı bulunduğu; hastalık türünü belirten 65 hastada en fazla diyabet hastalığı olduğu görülmektedir. Günümüzde kronik böbrek yetmezliğinin iki temel nedeni diyabet ve hipertansiyondur. Diyabet, böbrek hastalığı olan hastaların % 60 – 70'inde altta yatan hastalık olarak saptanmaktadır (Süleymanlar ve ark, 2009; Süleymanlar ve ark, 2011). Buradan yola çıkarak diyabetin kronik böbrek yetmezliği ile doğrudan ilişkili olduğu ve kronik böbrek yetmezliğini arttırıcı nitelikte olduğu söylenebilir.

Diyaliz tedavisi alan hastaların hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim alma durumu incelendiğinde yarıdan çoğunun konu hakkında eğitim aldıkları görülmektedir. Hastaların aldıkları bilgiyi en çok doktor ve hemşireden aldıkları görülmektedir. Hastaların en çok doktordan ve hemşirelerden bilgi almak istedikleri belirtilmektedir (Yılmaz, 2008). Bu durum hemşirelerin eğitimci rolünü destekler niteliktedir. Ancak çalışmaya katılan hastaların önemli bir kısmının bilgi almadığını ve bilgi aldığını belirten bireylerin üçte biri bilgiyi yetersiz olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Diyaliz tedavisi alan hastalarda en sık görülen semptomların, yorgun hissetme veya enerjide azalma (%58), kemik veya eklem ağrısı (%48,7) ve iştahta azalma (%47) olduğu görülmektedir. Abdel-Kader ve ark. (2009)' nın çalışmasında ise çalışmamıza benzer şekilde ilk sırada yorgunluk ve enerji eksikliği (% 71) semptomunu % 54 ile uyku sorunu izlemektedir. Claxton ve ark. (2010)'nın çalışmasında da araştırmamıza benzer şekilde yine % 68 ile yorgunluk ve enerji eksikliği ilk sırayı almaktadır. Yorgunluk hemodiyaliz uygulanan bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Yorgunluk semptomunun da bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmasını

önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve uygun aktivite planlaması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmemelerinin desteklenmesi gerekmektedir.

Yorgunluk, kramp, ağrı, uyku bozukluğu, dispne, depresyon, bulantı, kusma, konstipasyon gibi semptomlar bireyin günlük yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarının sıklıkla deneyimlediği bu semptomlarla birlikte, sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar ve fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlükler de ortaya çıkmaktadır. Özellikle yorgunluğun; çalışma, boş zamanlarını değerlendirme, beslenme alışkanlığı, seksüel aktiviteler, yasamdan zevk alma, aile ve arkadaş ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Yaşanan yorgunlukta hastanın yaşam tarzının etkilenmesi, depresyon, sıvı elektrolit bozuklukları, kas enerji metabolizması bozuklukları, anemi gibi birçok faktörün etkisi vardır. Ayrıca hemodiyaliz hastalarının hem akut hem de kronik ağrı yaşadığı ve %50'sinin kronik ağrı deneyimlediği gösterilmiştir. Özellikle hastaların baş ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrısı, sırt ağrısı gibi yakınmalarının olduğu bilinmektedir. Kasın uzun süreli ve istemsiz kasılması olarak ifade edilen kramp da hemodiyaliz hastaları için ciddi şekilde rahatsız edici bir semptomdur (Davison ve Jhangri, 2005; 2010).

Küme analizi sonucunda üç ana küme belirlenmiştir. Birinci ana kümeye ait dört alt küme; cinsel ilişkiye ilgide azalma, cinsel doyum almada zorlanma, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk, bacaklarda şişlik, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme, rahatsız hissetme, öksürme, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, ishal, göğüs ağrısı, endişelenme, üzgün hissetme, nefes darlığı, baş dönmesi, kabızlık, kas krampları, sinirli hissetme ve iştahta azalma semptomlarını içermektedir. İkinci ana küme; baş ağrısı, kas ağrısı ve konsantre olmada zorluk semptomlarını, üçüncü ana küme ise; kemik veya eklem ağrısı ve yorgun hissetme veya enerjide azalma semptomlarını içermektedir.

Jablonski ve arkadaşlarının (2007) Amerika da 130 hemodiyaliz hastasında 11 yaygın semptomu analiz ettiği çalışmada enerji (yorgunluk, uykusuzluk ve kas güçsüzlüğü), kardiyak problemler (nefes darlığı, göğüs ağrısı), ağrı/rahatsızlık (kas ağrısı, baş ağrısı ve kaşıntı) ve gastrointestinal sistem (karın ağrısı, bulantı-kusma ve kramplar) şeklinde gruplandığını rapor edilmiştir.

Thong ve arkadaşlarının (2009) Hollanda da 38 diyaliz merkezinden 1553 diyaliz hastasını içeren çalışmasında üç semptom kümesi belirlemiştir: üremi sendromunun genel semptomları nefes darlığı, baş dönmesi, iştahsızlık; ikinci grup nöromusküler problemler olup kas ağrısı, göğüs ağrısı ve el/ayaklarda uyuşma; üçüncü grup ise cilt problemleri olup cilt kuruluğu ve kaşıntı olarak belirtilmiştir.

Tayvan'da 117 diyaliz hastasını içeren diğer bir çalışmada ise 4 küme belirlenmiştir (Yu ve ark, 2011). Birinci küme enerji duyusal rahatsızlık; ikinci küme kardiyovasküler, gastrointestinal-pulmoner problemler (göğüste sıkışma, göğüs ağrısı, bulantı ve kusma); üçüncü küme üremi sendromuna bağlı genel semptomlar ve dördüncü kümede ise elektrolit dengesizlikleri olarak gruplandığı belirtilmiştir.

Bu araştırmada belirlenen semptom kümeleri yukarıda verilen üç çalışma ile karşılaştırıldığında genel olarak benzerlik göstermekle birlikte birinci ana kümenin alt kümesi olarak belirlenen "Cinsel ilişkiye ilgide azalma ve cinsel doyum almada zorlanma" semptomlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada belirlenen semptom kümeleri yukarıda verilen üç çalışma ile karşılaştırıldığında genel olarak benzerlik göstermekle birlikte birinci ana kümenin alt kümesi olarak belirlenen "Cinsel ilişkiye ilgide azalma ve cinsel doyum almada zorlanma" semptomlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmalar incelendiğinde Jablonski (2007) ve Thong ve ark (2009) un çalışmasında kullandıkları semptom değerlendirme ölçeğinde yer alan 11

semptom içerisinde Cinsel ilişkiye ilgide azalma ve cinsel doyum almada zorlanma” semptomlarının yer almadığı dikkat çekmiştir. Yu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise somatik semptomların değerlendirildiği görülmüştür.

Bu çalışmada kullanılan diyaliz semptom indeksi ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde Weisbord ve arkadaşlarının (2005) 162 diyaliz hastasında yaptığı çalışmada “Cinsel ilişkiye ilgide azalma” ve “cinsel doyum almada zorlanma” semptom sıklığının %36 ve %34 olarak belirtildiği; semptom şiddeti ortalamasının ise 3.12 ve 3.44 olduğu görülmüştür. Abdel-Kader ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında diyaliz tedavisi gören 90 hastanın %42’sinde “cinsel doyum almada zorlanma” ve %39’unda “Cinsel ilişkiye ilgide azalma” semptomlarının rapor edildiği görülmüştür.

Konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışma olması ve bu araştırmanın ülkemizde yapılan ilk çalışma olması çalışmadan elde edilen bulguların karşılaştırılmasını ve tartışmasını güçleştirmiştir. Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmaların yorgunluk (Yurtsever ve Bedük; 2003; Mollaoğlu, 2009), uyku sorunları (Çelik, 2011), depresyon (Bahar ve ark, 2007) gibi sık görülen semptomlara ve genellikle tek bir semptomla odaklandığı görülmektedir. Bu çalışma diyaliz hastalarında deneyimlenen semptomlar ve oluşan semptom kümelerinin belirlenmesine yönelik ilk araştırma olup çalışmadan elde edilen sonuçların sonraki araştırmalara bir temel olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Diyaliz hastalarında deneyimlenen semptomları belirlemek ve semptom kümelerini oluşturmak amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $48,88 \pm 15,78$ olup 21-87 yaş aralığında dağılım gösterdiği; %27,3'ünün 61 yaş ve üzerinde oldukları saptanmıştır.
- Hastaların diyaliz tedavisine başlama süreleri ortalaması $98,6 \pm 76,3$ ay olduğu; %16,8'i 12 aydan az ve %56,9'u 61 ay üzeridir. Hastaların büyük bir çoğunluğu (% 69,4) haftada 3 gün hemodiyalize girmekte olup hastaların hemodiyalize giriş yolunun %78,2'sinin fistül olduğu görülmektedir.
- Diyaliz tedavisi alan hastaların hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim alma durumu incelendiğinde hastaların % 59,3'ünün konu hakkında eğitim aldıkları görülmektedir. Hastaların eğitim aldıkları bilgiyi en çok doktor ve hemşireden aldıkları görülmektedir
- Hastaların %41,7'si böbrek yetmezliği dışında sürekli tedavi gördüğü bir hastalığı bulunduğu; hastalık türünü belirten 65 hastada en fazla diyabet hastalığı olduğu görülmektedir.
- En yüksek görülen semptomların, yorgun hissetme veya enerjide azalma (%58), kemik veya eklem ağrısı (%48,7) ve iştahta azalma (%47) olduğu; en az görülen semptomların ise kusma(%15,7), bulantı(%19,7) ve kabızlık (%21,7) olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların en fazla yorgun hissetme veya enerjide azalma 56 (%19) semptomundan etkilendiği görülmektedir.
- Hastaların cinsiyete göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarında; bulantı, kusma, nefes darlığı, sersemlik baş dönmesi,

yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, göğüs ağrısı, kas ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı, sinirli hissetme, uykuyu sürdürmede zorlanma ve kaygılı hissetme semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

- Hastaların yaşlarına göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarında; kabızlık, bulantı, kusma, ishal, iştahta azalma, kas krampları, nefes darlığı, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, baş ağrısı, kas ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, rahatsız hissetme, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme ve cinsel ilişkiye ilgide azalma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Hastaların eğitim durumlarına göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarında; bulantı, sersemlik baş dönmesi, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, deride kuruluk, kaşıntı sinirli hissetme, üzgün hissetme, uykuyu sürdürmede zorlanma ve uykuya dalmada zorlanma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Hastaların medeni durumuna göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarında; bulantı, kusma, ishal, iştahta azalma, sersemlik baş dönmesi, ayaklarda uyuşukluk karıncalanma, öksürme, ağız kuruluğu, kemik veya eklem ağrısı, konsantre olmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorlanma, kaygılı hissetme ve cinsel ilişkiye ilgide azalma semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Hastaların diyaliz görme sürelerine göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarının bütün semptomlarda farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

- Hastaların destek alma durumlarına göre diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarında; kabızlık, bulantı, yorgun hissetme veya enerjide azalma, öksürme, konsantre olmada zorluk ve baş ağrısı, semptomlarında farklılık var iken diğer semptomlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Küme analizi sonucunda üç ana küme belirlenmiştir. Birinci ana kümeye ait dört alt küme; cinsel ilişkiye ilgide azalma, cinsel doyum almada zorlanma, bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, ayaklarda uyuşukluk, bacaklarda şişlik, deride kuruluk, kaşıntı, uykuyu sürdürmede zorlanma, uykuya dalmada zorlanma, kaygılı hissetme, rahatsız hissetme, öksürme, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, ishal, göğüs ağrısı, endişelenme, üzgün hissetme, nefes darlığı, baş dönmesi, kabızlık, kas krampları, sinirli hissetme ve iştahta azalma semptomlarını içermektedir. İkinci ana küme; baş ağrısı, kas ağrısı ve konsantre olmada zorluk semptomlarını, üçüncü ana küme ise; kemik veya eklem ağrısı ve yorgun hissetme veya enerjide azalma semptomlarını içermektedir.

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Araştırma sonuçları incelendiğinde hastaların yan etkiler ve evde bakım hakkında fazla bilgi almadığı görülmüştür. Semptomları önlemek veya semptomlardan etkilenmeyi azaltmak üzere hastanın evde bakım hakkında bilgi alımının arttırılması,
- Bu çalışma erişkinlerde yapılmış olup, adölesan ve çocuk hasta gruplarında da yapılması,
- Hemşirelik bakımında eş zamanlı semptomların birbiri arasındaki ilişkisinin göze alınarak planlanması,
- Semptomların ve semptom kümelerinin zaman içerisindeki değişimlerinin belirlenmesi için uzun dönemde çalışmalar planlanması,
- Klinik değişkenlerin semptom kümelerini etkileme durumlarına ilişkin çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. ABDEL-KADER, K., UNRUH, M.L., WEISBORD, S.D. (2009). Symptom burden, depression and quality of life in chronic and - stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 4: 1057-1064.
2. ACARAY, A. (2003). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul.
3. ACARAY, A., PINAR, R., (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 8 (1):1-11
4. AFŞAR, T. (2000).Felsefe Sözlüğü. Bulut Yay. İstanbul. s.280.
5. AKIN, S., ASLAN, E (2007). Semptom Grubu Kavramı ve Önemi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15(60): 200-205
6. AKOĞLU,E., SÜLEYMANLAR,G. İLİÇİN,G., ÜNAL,S., BİBEROĞLU,K., AKALIN,S., (1996).Kronik Böbrek Yetmezliği.. *Temel İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi*.769-776.
7. AKPOLAT, T., UTAŞ,C., (2000). *Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul. s.20-21.

8. AKPOLAT, T., UTAŞ, C. (2001) *Diyaliz*. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, s:29-33.
9. AKPOLAT, T., UTAŞ, C., SÜLEYMANLAR, G. (2007). *Nefroloji El Kitabı*. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. s: 1-21, 283-363.
10. AKTAŞ, A., WALSH, D., RYBICKI, L. (2010). Review: Symptom clusters: myth or reality. *Palliative Medicine*, 24: 373-385.
11. AKYOL, A.D., KARADAKOVAN, A (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 41 (2): 97 - 102
12. ALVIR, J.M., THYS-JACOBS, S. (1991). Premenstrual and Menstrual Symptom Clusters and Response to Calcium Treatment. *Psychopharmacol Bul* . 27(2):145–148.
13. AMDUR, R. L., LIBERZON, I. (2001). The Structure of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Combat Veterans: A Confirmatory Factor Analysis of The Impact Of Event Scale. *J Anxiety Disord*. 15(4):345–357.
14. APRILE, G., RAMONI, M., KEEFE, D., SONIS, S. (2008). Application of distance matrices to define associations between acute toxicities in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer*. 112 (2):284–292.
15. ARIK, N., ATEŞ, K., SÜLEYMANLAR, G, TONBUL, HZ, TÜRK, S., YILDIZ, A. (2009) Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri

- 16.ARMSTRONG, T.S. (2003). Symptoms Experience: A Concept Analysis. *Oncology Nursing Forum*. 30 (4):601-606.
- 17.ATAY, S. (2008). Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Semptom Sıklığı Ve Semptom Kümelerinin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı* Doktora Tezi.
- 18.AYDIN, M. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri. *Hemodiyaliz Seminerleri*. Editör: Türkmen, F. *Deniz Ofset Matbaacılık*, 1. Baskı. İstanbul. s.11-22.
- 19.BAHAR, A., SAVAŞ, H.A. YILDIZGÖRDÜ, E., BARLIOĞLU, H (2007). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8:287-292
- 20.BARRETT, B.J. ve ark. (1990) Clinical and Psychological Correlates of Somatic Symptoms in Patients on Dialysis. *Nephron*, 55:10-15.
- 21.BARSEVICK, A.M. (2007). The Concept of Symptom cluster. *Seminars in Oncology Nursing*. 23 (2): 89–98.
- 22.BARSEVICK, A.M., WHITMER,K., NAIL,L.M., BECK,S.L., DUDLEY,W.N. (2006). Symptom Cluster Research: Conceptual, Design, Measurement, and Analysis Issues. *Journal of Pain and Symptom Management*. 31(1):85-95.
- 23.BECK, S.L., SCHWARTZ, A.(2000). unrelieved pain contributes to fatigue and insomnia. Podium presentation at the oncology nursing society 25th congress, San Antonio,TX

24. BECK, L. S. (2004). Symptom Clusters: Impediments and Suggestions for Solutions. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*. 32:137-138.
25. BOWER, J.E., GANZ, P.A., DESMOND, K.A.(2000). Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates. and Impact on Quality Of Life. *Journal of Clinical Oncology*.18 (4) :743-753.
26. BRENNER, B.M., LAZARUS, J.M. (1994). Chronic renal failure. *Harrison's Principles of internal Medicine*. Isselbacher KJ (ed). McGraw –Hill, New York.1274-1281.
27. BROECKEL, J.A., JACOPSEN, P.B., BALDUCCI, L. (1998). Characteristics and Correlates of Fatigue After Adjuvant Chemo therapy for Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*.16 (5):1689-1696.
28. CAN, G., DURNA, Z., AYDINER, A. (2004). Assessment Of Fatigue in and Care Needs of Turkish Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*. 27(2):153-161.
29. CARPENITO, L.J. (1989) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice, Third Edition, Philadelphia, J.B. Lippincott Company.
30. CHAN, M.F., WONG, F.K., CHOW, S.K.(2010). Investigating the health profile of patient with end-stage renal failure receiving peritoneal dialysis: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*,19, 649-657.
31. CLAXTON, R. N., BLACKHALL, L., WEISBORD, S.D., HOLLEY, J.L. (2010). Under treatment of Symptoms in Patients on Maintenance

- Hemodialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39(2): 211-218.
32. CLEELAND, C.S (2007). Symptomburden: multiple symptom sand their impact as patient-reported outcomes. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* (37):16-21
33. ÇELİK, H.S (2011). Hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesinin Yaşam kalitesine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
34. DAVISON, S.N., JHANGRI, G.S. (2005). Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39(3):477-485
35. DEGNER, L.F., SLOAN, J.A. (1995). A Cluster of Symptoms Over Time in Patients With Lung Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10(6):423-431.
36. DODD, M.J., MIASKOWSKI C., PAUL, S.M., (2001). Symptom Clusters and Their Effect on The Functional Status of Patients With Cancer. *Oncology Nurs Forum*. 28(3):465–470.
37. DUN, R.T., KIMBRELL, T.M., KETTER, T.A. (2002). Principal Components of The Beck Depression Inventory and Regional Cerebral Metabolism in Unipolar And Bipolar Depression. *Biol Psychiatry*. 51(5):387–399.
38. Erişim: <http://tdkterim.gov.tr/bts/>. Erişim Tarihi: 12.05.2011.

- 39.FAN, G., FILIPCZAK, L., CHOW, E. (2007). Symptom clusters in cancer patients: a review of the literature. *Curr Oncol.* 14(5):173-9.
- 40.FEŞÇİ, H. (1996). Hemodiyaliz ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 3
- 41.FLEISHMAN, S.B. (2004).Treatment Of Symptom Clusters: Pain, Depression, And Fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs.* 32:119–123.
- 42.FRANCOEUR, R.B. (2005). The relationship of cancer symptom clusters to depressive affect in the initial phase of palliative radiation. *Journal of Pain and Symptom Management.* 29(2):130–155.
- 43.GAPSTUR, R.L. (2007). Symptom Burden: A Concept Analysis and Implications for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum,* 34(3);673-680.
- 44.GASTON, J, F., FALL DICKSON. J.M (1999). Fatigue, pain, and depression in pre-autotransplant breast cancer patients. *Cancer pract.* (5):240-7
- 45.GIFT, A.G., JABLONSKI, A., STOMMEL, M., GIVEN, C.W. (2004). Symptom clusters in with lung cancer. *Oncology Nursing Forum,* 31(2):202-12.
- 46.GIVEN, B. (2001) Physical functioning of elderly cancer patients prior to diagnosis and following initial treatment. *Nursing research,* 50 (4):222-32

47. GIVEN, B.A., GIVEN, C.W., SIKORSKI, A. (2007). Symptom Clusters and physical Function for Patients Receiving Chemotherapy, *Seminars in Oncology Nursing*, 23(2): 121-126.
48. GUNDA, S, THOMAS, M, SMITH (2004). National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK. *Nephrol dial transsplant* 20(2):392-95
49. HENRICH, W. (2004) *Principles and Practice of Dialysis*. University of Maryland Medical Center. Baltimore, Maryland, 2004, s:556.
50. HOCKENBERRY, M., HOOKE, M. C., (2007). Symptom Clusters In Children With Cancer, *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (2) : 152-157.
51. HOLLEY, JL. (2007) Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication and hospice use. *Adv chronic renal disease*, 14(4):402-8
52. HOSKINS, C.N. (1997). Breast Cancer Treatment-Related Patterns in Side Effects. Psychological Distress and Perceived Health Status. *Oncology Nursing Forum*. 24(9):1575-1583.
53. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/>. Erişim Tarihi: 26.06.2011.
54. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/symptom>. Erişim Tarihi: 05.06.2011.
55. JABLONSKI, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 34(1), 29.

- 56.KAN, S. (2006) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Eretil Disfonksiyon, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Sildenafil ve Vardenafil'in Etkilerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi.
- 57.KARABULU N., ERCI B., OZER N. OZDEMİR S. (2010) Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1011–1021.
- 58.KIM, H.J., MCGUIRE, D.B., TULMAN, L., BARSEVICK, A. M. (2005). Symptom Clusters Concept Analysis and Clinical Implications for Cancer Nursing. *Cancer Nursing*. 28 (4):270-282.
- 59.KIMMEL, P.L., PETERSON, R.A., DEVINS, G.M., WEIH S, K.L. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *KidneyInt*. 57:2093–8.
- 60.KIRKOVA J, WALSH D, AKTAS A, DAVIS MP (2010). Cancer symptom clusters: old concept but new data. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 27(4):282-8.
- 61.KOÇAK,G., BAKKALOĞLU,S.A., ATALAY,S., EKİM,M., TUMER,N., İMAMOĞLU,A. (2000). Kronik Böbrek Yetmezlikli Çocuklarda Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*.1:18-24.
- 62.LACASSE, C., BECK, S.L. (2007). Clinical Assessment of Symptom Clusters. *Seminars in Oncology Nursing* 23 (2): 106-112

63. LENZ, E., PUGH, L.C., MILLIGAN, R.A., GIFT, A., SUPPE, F. (1997). The Middle Range Theory of Unpleasant Symptoms. *Adv Nurs Sci*. 19 (3):14–27. 2.
64. MIASKOWSKI, C., DODD, M., LEE, K. (2004). Symptom Clusters: The New Frontier in Symptom Management Research, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 32:17–21.
65. MOLLAOĞLU, M (2009). Fatigue in people undergoing hemodialysis. *Dialysis&Transplantation*. 38(6): 216-220.
66. PAICE, J.A. (2004). Assessment Symptom Clusters in People with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32:98-102.
67. PATER, J. L., ZEE, B., PALMER, M. (1997). Fatigue In Patients with Cancer: Results With National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Studies Employing The EORTC QLQ-C30. *Supportive Care in Cancer*. 5(5):410-413.
68. PEREIRA, B.J. (2002) Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease. *Am J. Manag Care* 8(4 suppl):122-35.
69. RHODES, V.A., WATSON, P.M. (1987). Symptom distress: The concept past and present. *Seminars in Oncology Nursing*, 3, 242–247.
70. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Kronik Hastalıklar Raporu”, 16 Şubat 2006
71. SÜLEYMANLAR, G. (2000). *Nefroloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri*, Ankara.155-167.

- 72.SÜLEYMANLAR, G., SEYAHİ, N., ALTİPARMAK, M.R., SERDENGEÇTİ, K. (2009). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Özet Raporu <http://www.tsn.org.tr/pdf/Registymakalesi-2009.pdf> (Erişim Tarihi: 26.06.2011).
- 73.SÜLEYMANLAR, G., UTAŞ, C., ARİNSOY, T., ATEŞ, K., ALTUN, B., ALTİPARMAK, M.R., ECDER, T., YILMAZ, M.E., ÇAMSARI, T., BAŞÇI, A., ODABAS, A.R., SERDENGEÇTİ, K. (2011). A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant.* 26(6):1862-71.
- 74.THONG, M.S., VAN DIJK, S., NOORDZIJ, M., BOESCHOTEN, E.W., KREDIET, R.T., DEKKER, F.W., KAPTEIN, A.A.(2009). Netherlands Co-operative Study on the Adequacy Study Group. Symptom clusters in incident dialysis patients: associations with clinical variable sand quality of life. *Nephrol Dial Transplant.*;24(1):225-30.
- 75.U.S. Renal Data System (2011). Annual Data Report. Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetesand Digestiveand Kidney Diseases, 2011; <http://www.usrds.org/atlas.aspx>
- 76.UTAŞ, C. (2005). Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliğinde Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.*1(21): s. 9-10, 18-20, 21-23, 82-87.
- 77.WALSH, D., RYBICKI, L. (2006). Symptom Clustering In Advanced Cancer, *Supportive Care in Cancer*, 14: 831–836.

78. WEISBORD, S.D., FRIED, L.F., ARNOLD, R.M., ROTONDI, A.J., FINE, M.J., LEVENSON, D.J., SWITZER, G.E. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *Journal of Pain and Symptom Management*. 27(3):226-40.
79. WEISBORD, S.D., FRIED, L.F., ARNOLD, R.M., FINE, M.J., LEVENSON, D.J., PETERSON, R.A., SWITZER, G.E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(8):2487-94.
80. WEISBORD, S.D., FRIED, L.F., MOR, M.K., RESNICK, A.L., UNRUH, M.L., PALEVSKY, P.M., LEVENSON, D.J., COOKSEY, S.H., FINE, M.J., KIMMEL, P.L., ARNOLD, R.M. (2007). Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2(5):960-7.
81. WEISBORD, S.D., MCGILL, J.B., KIMMEL, P.L. (2007). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 14(4):316-8.
82. WILLIAMS, L.A. (2007). Clinical Management of Symptom Clusters. *Seminars in oncology nursing*. 23(2): 113-120.
83. XIAO, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom cluster. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(5):417-34.
84. YEŞİLBALKAN, Ö.U. (2007). Diyaliz Hastalarında Cinsel Sorunlar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. S:88-95.

- 85.YILMAZ, E. (2008). Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- 86.YU, I.C., HUANG, J.Y., TSAI, Y.F.(2011). Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Applied Nursing Research.* doi:10.1016/j.apnr.2010.11.002
- 87.YURTSEVER, S., BEDUK, T. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2003; 2:3

8. EKLER

EK I: Hastalık ve Tedaviye İlişkin Veri Toplama Formu

Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi

Anket no:.....

I. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız.....

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

1. Okur- yazar değil 5. Lise
2. Okur- yazar 6. Üniversite
3. İlkokul 7. Diğer.....
4. Ortaokul

4. Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekar 3. Dul-Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

6. Sosyal güvenceniz aşağıdakilerden hangisidir?

1. SSK 2. Emekli Sandığı
3. Bağ-Kur 4. Diğer.....

7. Mesleğiniz nedir?

1. Memur 5. Serbest Meslek
2. İşçi 6. Öğrenci
3. Emekli 7. İşsiz
4. Ev hanımı 8. Diğer:.....

8. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1. Gelir giderden az (Düşük)
2. Gelir ile gider eşit (Orta)
3. Gelir giderden çok (Yüksek)

9. Sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğüünüz var mı? Varsa lütfen açıklayınız

1. Evet:
2. Hayır

10. Çalışma Durumunuz

1. Emekli 2. Tam gün 3. Yarım gün 4. Diğer:.....

11. Kiminle birlikte oturuyorsunuz?

1.Yalnız yaşıyorum 2.Ailemle yaşıyorum 3. Diğer.....

12. Nerede yaşıyorsunuz?

1.İl merkezi 2. İlçe merkezi 3.Köy 4. İl merkezi dışında

13. Oturduğunuz evin özelliği nedir?

1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3.Gece konu

14. Alışkanlıklarınız?

	Kullanma Durumu		Halen kullanıyor musunuz?	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Alışkanlıklarınız				
Sigara				
Alkol				
Diğer (açıklayınız)				

15.Özbakım yeteneğinizle ilgili size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

(0= Bağımsız 1= Yardımcı araçlarla 2= Başkalarının yardımı ile 3= Başka kişinin ve araçların yardımı ile 4= Tamamen bağımlı)

	0	1	2	3	4
Yeme/içme					
Banyo-yıkanma					
Giyinme/çeki düzen					
Tuvalete girme					
Yürüme-gezinme					
Merdiven çıkma					
Alış veriş yapma					
Yemek pişirme					
Evin bakımı					

II. Hastalığa İlişkin Özellikler

16. Kesin kronik böbrek yetmezliği tanısı kaç yılında konuldu?.....

17. Kaç ay / yıldır diyalize giriyorsunuz?ay/yıl

Diyaliz türü: () Periton Diyalizi () Hemodiyaliz

18. Hemodiyaliz giriş yolunuz nedir?

1. Kateter (kalıcı /geçici) 2. Fistül 3.Greft

19.Haftada kaç gün hemodiyalize giriyorsunuz?

1.Bir gün 2.İki gün 3. Üç gün 4.Diğer.....

20.Böbrek yetmezliği dışında sürekli tedavi gördüğünüz hastalığınız var mı?

1.Evet 2. Hayır

(“Evet” ise açıklayınız.....)

EK II: Diyaliz Semptom İndeksi

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

Geçen hafta boyunca Aşağıdaki semptomu yaşadınız mı?		“Evet” ise: Sizi ne kadar etkiledi				
		Hiç	Biraz	Bazen	Çok	Çok fazla
1.Kabızlık	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
2.Bulantı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
3.Kusma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
4.İshal	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
5.İştahta azalma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
6.Kas krampları	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
7.Bacaklarda şişlik	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
8.Nefes darlığı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
9.Sersemlik/baş dönmesi	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
10.Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
11.Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
12.yorgun hissetme veya enerjide azalma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
13.Öksürme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
14.Ağız kuruluğu	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
15.Kemik veya eklem ağrısı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
16.Göğüs Ağrısı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
17.Baş ağrısı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
18.Kas ağrısı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
19.Konsantre olmada zorluk	Hayır Evet →	0	1	2	3	4

20.Deride kuruluk	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
21.Kaşıntı	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
22.Endişelenme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
23.Sinirli hissetme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
24.Üzgün hissetme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
25.Uykuyu sürdürmede zorlanma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
26.Rahatsız hissetme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
27.Uykuya dalmada zorlanma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
28.Kaygılı hissetme	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
29.Cinsel ilişkiye ilgide azalma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4
30.Cinsel doyum almada zorlanma	Hayır Evet →	0	1	2	3	4

Bu anket formunda belirtilmemiş, sizin geçen hafta yaşadığınız başka semptom var mı? _____

EK III: Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOKÜMAN NO: BÜ-E/Ö-TP-F-FRM-013
SAYFA SAYISI: 1/1
REVİZYON NO: 00
UYGULAMA TARİHİ: 15.07.2001

Araştırmanın konusu	:	Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi
Araştırmanın amacı	:	Deneyimlenen Semptomların Belirlenmesi ve Semptom Kümelerinin Oluşturulması
Araştırmaya katılma süresi:		30 dakika
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı	:	300

Semptom kümesi; birbiri ile ilişkili, üç veya daha fazla semptomun eş zamanlı, bir arada olması durumunu ifade eder. Gerek hastalık gerekse hemodiyaliz tedavisi nedeniyle sizlerin yaşadığı çoklu semptomların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin ortadan kaldırılması, semptom gruplarının daha iyi anlaşılması ve kontrolüne yönelik uygun bakım ile mümkündür. Bu çalışmanın sizlerin yaşadığı semptomların ve oluşan semptomkümelerinin belirlenmesi ve diğer araştırmalara katkıda bulunması açısından yararlı olacağını düşünülmektedir. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Bilgi verebilecek kişi:	İmza
VELİ, VASİ VEYA VEKİL	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BİLGİ İÇİN BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ	

Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
<i>TANIK</i>	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) <i>İmza</i>
<i>TANIK</i>	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) <i>İmza</i>

Not. Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.

EK IV: Semptom Kodları ve Yiğışim Tablosu

Kod	Semptom
s_30_1	Kabızlık
s_30_2	Bulantı
s_30_3	Kusma
s_30_4	İshal
s_30_5	İştahta azalma
s_30_6	Kas krampları
s_30_7	Bacaklarda şişlik
s_30_8	Nefes darlığı
s_30_9	Baş dönmesi
s_30_10	Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma
s_30_11	Ayaklarda uyuşukluk
s_30_12	Yorgun hissetme
s_30_13	Öksürme
s_30_14	Ağız kuruluğu
s_30_15	Kemik veya eklem ağrısı
s_30_16	Göğüs ağrısı
s_30_17	Baş ağrısı
s_30_18	Kas ağrısı
s_30_19	Konsantre olmada zorluk
s_30_20	Deride kuruluk
s_30_21	Kaşıntı
s_30_22	Endişelenme
s_30_23	Sinirli hissetme
s_30_24	Üzgün hissetme
s_30_25	Uykuyu sürdürmede zorlanma
s_30_26	Rahatsız hissetme
s_30_27	Uykuya dalmada zorlanma
s_30_28	Kaygılı hissetme
s_30_29	Cinsel ilişkiye ilgide azalma
s_30_30	Cinsel doyum almada zorlanma

Yığışım Tablosu

Aşama	Birleştirilmiş Küme		Katsayılar	Kümenin İlk Görüldüğü Aşama		Sonraki Küme
	Küme 1	Küme 2		Küme 1	Küme 2	
1	29	30	6,120	0	0	26
2	2	3	8,440	0	0	5
3	25	27	11,480	0	0	11
4	20	21	11,480	0	0	23
5	2	4	11,820	2	0	7
6	10	11	15,480	0	0	21
7	2	16	15,733	5	0	12
8	13	14	15,960	0	0	17
9	22	24	16,920	0	0	12
10	8	9	18,800	0	0	13
11	25	26	19,220	3	0	16
12	2	22	20,710	7	9	14
13	1	8	22,160	0	10	14
14	1	2	23,153	13	12	17
15	17	18	24,120	0	0	19
16	25	28	24,920	11	0	18
17	1	13	25,056	14	8	18
18	1	25	25,825	17	16	20
19	17	19	27,420	15	0	28
20	1	6	27,939	18	0	22
21	7	10	28,820	0	6	24
22	1	23	28,902	20	0	23
23	1	20	29,881	22	4	24
24	1	7	30,399	23	21	25
25	1	5	30,613	24	0	26
26	1	29	31,460	25	1	28
27	12	15	31,640	0	0	29
28	1	17	33,753	26	19	29
29	1	12	41,789	28	27	0

EK V: Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Uygulama İzin Yazısı



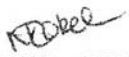
Tarih : 20/05/2010
Sayı : B 30 2 BŞK 0.A2.02.00.DİŞ.Y/37

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne


İlgi: 07 Mayıs 2010 tarih ve B 30 2 BŞK 042 00-095 sayılı yazınız gereği

İlgi yazınız gereği Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Çiğdem ÖZDEMİR'in "Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması soru kağıdını; 17 Mayıs – 27 Ağustos 2010 tarihlerinde Hemodiyaliz Ünitesinde tedavi görmekte olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireylere uygulanması tarafımızdan uygun bulunmuştur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr.N.Kürşad TOKEL
Koordinatör Yardımcısı



25/05/2010


EK VI: Banu Önsöz'ün “Diyaliz Semptom İndeksi” Konulu Elektronik Postası

Sultan Hocam Merhaba; Öncelikle isteğinizi yanıtlanmakta geciktiğim için özür dilerim ancak ben Őehir dıŐındaydım bütün dokümanlarda İzmir'de olduğu için gecikme oldu kusura bakmayın. Geçerlilik- güvenilirlik istatistiksel analizinde Cronbach Alfa katsayısı toplam 0,837 çıktı. Tüm maddeler için Cronbach Alfa Katsayısı en düşük 0,823 ve en yüksek 0,841 idi. Ayrıca Kaiser-Meyer-Olkin ölçümü sonucu 0,692 ile testin iç tutarlılığı sağlanmıştır. Ekte diyaliz semptom listesi var. Umarım yardımcı olabilmışimdir. Saygılarımla.

Banu Önsöz