

**HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE VE DİYETE UYUMLARI İLE
YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
TÜRK BÖBREK VAKFI DİYALİZ MERKEZİ ÖRNEĞİ**

Özlem AKBULUT ÇAVUŞ

**Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul ÜSTÜN GEYİK**

2016

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİYE VE
DİYETE UYUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ
TÜRK BÖBREK VAKFI DİYALİZ MERKEZİ ÖRNEĞİ

Özlem AKBULUT ÇAVUŞ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul Üstün GEYİK

TEKİRDAĞ 2016

Her hakkı saklıdır.

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZİ

..... tarafından hazırlanan
konulu YÜKSEK LİSANS/DOKTORA Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin Maddeleri uyarınca günü
saat’da yapılmış olup, tezin* OYBİRLİĞİ /
OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA

* Jüri üyelerinin teze ilgili karar açıklaması kısmında “Kabul Edilmesine / Reddine” seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

ÖNSÖZ

Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, Türk Böbrek Vakfı Hacı Hüseyin Terzi Diyaliz Merkezi'ndeki “ Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye ve Diyete Uyumluluğu İle Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi Örneği ” adını taşıyan bu çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak yapılmıştır. Çalışma yaptığımız kurumda primer olarak hasta ve ona refakat eden hasta yakınları arasında gönüllülük esas olmak üzere hemodiyaliz programına ve diyete uyumluluğu ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı niteliğinde bir çalışma hazırlanmıştır. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarının diyetleri ve tedaviye uyumluluğuyla ilgili kısıtlı sayıda literatür vardır. Bu çalışmamızda hastaların hemodiyaliz programına ve diyete uyumluluğu ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi araştırılacağından, literatür açısından da önem taşımaktadır.

Çalışmam süresince, yoğun çalışmalarına rağmen engin bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım, benden desteğini esirgemeyen, yetişmemde büyük emeği olan değerli hocam ve danışmanım Yrd. Doç.Dr. Ertuğrul Üstün GEYİK'e, Yüksek lisans programındaki değerli hocalarıma, araştırmamı destekleyen ve anket uygulamama imkan veren Türk Böbrek Vakfı Hacı Hüseyin Terzi Diyaliz Merkezi Müdürlüğü'ne, yüksek lisans eğitimim sırasında verdiği manevi destek, anlayış ve sabır için sevgili eşime, tüm eğitim ve hayatım boyunca yanımda olan ailemdeki en değerli hazinem olan biricik babam Türk Telekom Şebeke Amiri Şaban AKBULUT'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), mortalitesi yüksek en önemli sağlık sorunlarından biri olmasına rağmen; aynı zamanda da bireyin günlük hayatında kısıtlamalara ve benzer sağlık sorunlarına yol açan en önemli hastalıklardan biridir. Hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir halk sağlığı sorunudur. Hastalara en çok uygulanan yöntem böbreği yerine koyma tedavisi hemodiyaliz (HD) olmuştur. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda mortaliteyi azaltmak için hastanın tedaviye uyumunu artırmak gerekir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların aynı zamanda diyetleri de hastalığın seyri açısından önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan çalışmada hastaların çoğunun diyetlerine, ilaç tedavilerine ve sıvı alımlarına dikkat etmedikleri görülmüştür.

Bu araştırmada kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulmuş hemodiyaliz hastalarının, beslenme bilgi düzeyleri ele alınmıştır. Aynı zamanda klinik ve laboratuvar bulgularının sonuçları üzerinden yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Yaşam kalitesi düzeylerinin Short Form 36 (SF-36) ölçeği ile ölçülerek, diyaliz tedavisinin etkinliği ile hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın örnekleme, 'Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ne başvuran ve haftada üç kez diyalize girerek tedavi olan hastalardır. Ayrıca bilinci kapalı hastaların yakınları da gönüllülük esas olmak üzere çalışmaya dâhil edilmişlerdir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, hem hasta sosyo-demografik verilerinin öğrenildiği hem de hastaların yaşam kalitesini belirlemek için SF-36 ölçeği kullanıldığı bir anket çalışması düzenlenmiştir.

Çalışmaya katılan KBY'li hastaların SF-36 ölçeği ile yapılan yaşam kalitesi değerlendirilmesinde, anlamlı değişimler tespit edildi ($p<0,05$). Hastaların % 73,7 'sinin hastalıkla ilgili eğitim aldığı halde iki diyaliz seansı arasında iki litreten fazla sıvı aldığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının diyet ve sıvı alımı konusunda uyum sorunu yaşadığı, hastalık hakkında eğitim almanın da bu duruma etki etmediği saptanmıştır.

Araştırma sonucunda önemli sayılabilecek bazı bulgular da elde edilmiştir. Eğitim alan hastaların genel sağlık şikâyetlerinin almayanlara kıyasla daha az olduğu

görülmüştür. Ayrıca eğitimli kişilerin çevresiyle de daha istikrarlı ilişkiler kurabildikleri görülmüştür.

Verilerin analiz edilmesinde PASW Statistics 18 for Windows istatistik paket programı, student t ve f testi, yüzdeler kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyet, Hemodiyaliz hastaları, Kan değerleri, Tedavi, Uyum, KBY, Yaşam Kalitesi.



ABSTRACT

Cronical Kidney insufficiency is not only one of the most important health issues with high mortality rates but also it is a disease that constraints individuals daily life other related health issues it is a common health problem for Turkey and the world as well. The most common treatment for kidney insufficiency is Hemodialysis which is a substitute for the kidney. Patients' adhere for medical treatment is especially important to decrease mortality rates. Diet is very important to the course of cronic kidney insufficiency, yet in this thesis it has been seen that most of the patients are uncautious to their diets, medical treatment and liquid intakes.

In this these is the nutrition knowledge levels of patients, and clinical and laboratory findings about patients are evaluated with respect to their announced life quality results. For the life quality the SF-36 Health Survey is used. Then the relation between treatment and life quality is measured.

The sample of survey is the patients from "Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Turkish Kidney Foundation Dialysis Center" who get three treatment per week. Furthermore relatives of the unconscious patients are added to the survey depending on their will. In research part, the socio- demographic data and the SF-36 survey are used.

Quality of life with significant changes were detected in the parameters ($p < 0,05$) , who CKD patients participated in the SF- 36 scale parameter that evaluation study. While 73,7 % of patients took education about disease they were taking fluid more than 2 liter between two dialysis séance. Patients were experience problem with adaptation to diet and water, taking education didn't effect this statue.

There are some findings that can be considered as important in the end of the research. Especially it is important that patients who received disease related training have less complaints about their general health status.

In addition it has also been observed that the trained patients communicate with their environment with more stability.

In analysing the data, student t and f test, frequency, PASW Statistics 18 for windows statistical package software were used.

Key word: Blood results, Diet, Hemodialysis Patients, Treatment, Adaptation, CKD, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ.....	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ GENEL ÇERÇEVESİ

1.1.Kronik Böbrek Hastalığının Tanımı Ve Epidemiyolojisi	4
1.2.Kronik Böbrek Hastalığı Nedenleri	5
1.3.Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evre, Bulgu Ve Semptomları	6
1.4.Kronik Böbrek Hastalığı'nın Klinik Özellikleri	9
1.4.1.Sıvı – Elektrolit Bozuklukları	10
1.4.2. Sinir Sistemi.....	10
1.4.3. Gastrointestinal Sistem	10
1.4.4. Hemotopoetik Ve İmmün Sistemi	10
1.4.5. Kardiyovasküler Ve Pulmoner Sistem.....	11
1.4.6. Pulmoner Sistem	11
1.4.7. Metabolik – Endokrin Sistem	11
1.4.8.Cilt.....	11
1.4.9. Kemik.....	12

1.4.10. Diğer	12
1.5.Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi	12
1.5.1. Diyaliz.....	14
1.5.1.1.Hemodiyaliz.....	17
1.5.1.1. Periton Diyalizi	21
1.5.2. Transplantasyon	23
1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Beslenme	25
1.6.1. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	29
1.7. Hemodiyaliz Ve Hemşire.....	32

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞAM KALİTESİ KAVRAMININ TEORİK ÇERÇEVESİ

2.1.Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı	35
2.2.Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi.....	38
2.2.1.Nottingham Sağlık Profili	43
2.2.2.Hastalık Etki Profili (SIP).....	44
2.2.3. Naes ve Swedish Instrument.....	44
2.2.4.İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı Ve Aggernaes	45
2.2.5.Ekonomik Yaklaşım “Quality Adjusted Life Years” ve York Okulu.....	45
2.2.6. EuroQol – 5D (EQ-5D).....	46
2.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL).....	47
2.2.8. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL –C30).....	47
2.2.9.Kısa Form 36 (SF – 36)	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı	51
------------------------------	----

3.2.Araştırmanın Önemi.....	51
3.3.Materyal ve Metot.....	52
3.4.Araştırmanın Türü.....	52
3.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	52
3.6. Veri Toplama Süreci	53
3.7.Veritoplama Araçları	53
3.8. Etik Konular	55

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1.BULGULAR.....	56
4.2.TARTIŞMA	77

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ	82
KAYNAKLAR	85
EKLER.....	91

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:	KBY tanılı ölen hastaların böbrek yetmezliği nedenleri.....	5
Tablo 2:	Hemodiyaliz, Periton Diyalizi ve Transplantasyon Yaş Dağılımı	6
Tablo 3:	Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri ve GFH Değerleri.....	8
Tablo 4:	Diyaliz Tedavisinin Başlatılma Kriterleri	16
Tablo 5:	Akut Hemodiyaliz Komplikasyonları	19
Tablo 6:	Kronik Hemodiyaliz Komplikasyonları	20
Tablo 7:	Periton Diyaliz Komplikasyonları.....	22
Tablo 8:	Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları	24
Tablo 9:	Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyet Modifikasyonu.....	29
Tablo 10:	Beslenmenin Klinik ve Biyokimyasal Göstergeleri	32
Tablo 11:	Yaşam Kalitesini Belirlemeye Yönelik Olarak Hazırlanmış Bir Ölçek..	39
Tablo 12:	SF-36 Ölçüm Aracının Boyutları ve Anketteki Soru Sayıları.....	50
Tablo 13:	SF-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve verilen puanlar)	54
Tablo 14:	Hastalıkla İlgili Eğitim Alma İle Genel Sağlık Düzeyi İle İlişkisi	70
Tablo 15:	Diyete İle Uyuma İle Genel Sağlık İlişkisi	70
Tablo 16:	Eğitim Alanlar İle İnsan İlişkileri (Bedensel, Duygusal, Sosyal Sorunları).....	71
Tablo 17:	Diyete Uyuma İle İnsan İlişkileri Arasındaki Durum	71
Tablo 18 :	Ağrı İle İki Diyaliz Arasındaki Sıvı Farkı Alımı Arasındaki İlişki.....	72
Tablo 19:	Ağrı İle Diyete Uyuma Durumu.....	72
Tablo 20:	Eğitimle Diyalize Başlama Zamanı Arasındaki İlişki.....	73
Tablo 21 :	Diyetle Diyalize Başlama Durumundaki İlişki	73
Tablo 22:	Diyalize Başlama Yılı (5 Yıldan Az Ve Çok Olanlarla) Genel Sağlıkını Değerlendirme Durumu.....	73
Tablo 23:	Diyalize Başlama Yılı ve Çalışma Sırasındaki Günlük İşlerin Yapılabilmesi İlişkisi.....	74
Tablo 24:	Diyete Uyumu İle Günlük Aktivitelerle Uyumu.....	74
Tablo 25 :	Diyalize Girme Sıklığı ile Arkadaş/Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim	75
Tablo 26:	Eğitim Alanlar İle Sağlığı Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişkisi .	75

Tablo 27: Eğitim Alanlar İle İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar) .	76
Tablo 28: Uzun Süre Diyalize Girme ile Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişki.....	76
Tablo 29: Tedavi Süresi İle İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar...)	98
Tablo 30: Tedavi Süresi İle Diyete Uyuma Arasındaki İlişki	98
Tablo 31: Eğitim Alanlar İle Tedavi Süresi Arasındaki İlişki.....	98
Tablo 32: Diyete Uyuma İle Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişkisi ...	99
Tablo 33: Haftalık Diyalize Girme Sayısı İle Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişki	99
Tablo 34 : Haftalık Diyalize Girme Sayısı ile İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar...)	100
Tablo 35: Diyete uyuma ile Arkadaş/Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim	100
Tablo 36 : Diyete uyuma durumu ile hemogloblin değeri arasındaki ilişki	101
Tablo 37: Diyete Uyuma Durumu İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki.....	101
Tablo 38: Eğitim Alanlar İle Hemogloblin Değeri Arasındaki İlişki	102
Tablo 39: Eğitim Alma Durumu İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki.....	102
Tablo 40: Yaş Aralıkları İle Fosfor Değeri Arasındaki İlişki.....	103
Tablo 41: Yaş Aralıkları İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki.....	103
Tablo 42: Eğitim Alma Durumu İle Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki	104
Tablo 43: Eğitim Alma Durumu İle Arkadaş/ Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim	104
Tablo 44: Eğitim Alma Durumu İle Günlük Aktivitelerle Uyumu	105
Tablo 45: Diyete Uyuma İle Diyalize Başlama Yılı Arasındaki İlişki.....	105

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Hastaların Cinsiyet Dağılımı	57
Grafik 2: Hastaların Eğitim Düzeyleri Dağılımı.....	57
Grafik 3: Hastaların Medeni Durum Dağılımı	58
Grafik 4: Hastaların Sigara Kullanma Durumu Dağılımı	59
Grafik 5: Çalışma grubundaki Hastalarda KBY'ne Eşlik Eden Hastalıklar	60
Grafik 6: Yaşlara Göre Cinsiyet Dağılımı	61
Grafik 7: Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı	62
Grafik 8: Hastaların İş Durumlarına Göre Dağılımları	63
Grafik 9: KBY Hastaların Diyalize Başlama Durumu.....	64
Grafik 10: Diyalize Giren Hastaların Tedavi Durumu.....	65
Grafik 11: Haftalık Diyalize Girme Durumu	66
Grafik 12: KBY Hastalığı ile Eğitim Alma Durumu	67
Grafik 13 : İki Diyaliz Seansı Sırasında Alınan Sıvı Miktarı Durumu	68
Grafik 14 : Diyete Uyuma Durumu	69

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
HD	: Hemodiyaliz
PD	: Periton Diyalizi
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
DIYABET	: Şeker Hastalığı
HT	: Hipertansiyon
MALNÜTRİSYON	: Beslenme Bozukluğu
PREDİYALİZ	: Diyaliz Öncesi
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
CAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
GN	: Glomerülonefrit
1,25- OH-D	: Hidroksikolekalsiferol D2 Vitamini
HLA-DR	: Human Leucocyte Antigen (Doku Uyumu)
GR/ DL	: Gram/ desilitre
mEq	: Miliequivalent
İ.V	: İntravenöz Yol
ML	: Mililitre
MG	: Miligram
KG	: Kilogram
DK	: Dakika
KCAL	: Kilokalori
USRDS	: United States Renal Data System (Yıllık Veri Raporu)
HCFA	: Health Care Financing Administration (Sağlık Finansmanı İdaresi)
ESRD	: End Stage Renal Disease (5. aşama böbrek yetmezliği)
KDOQI-KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Uygulama Kılavuzu

NKFDOQI	: National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite İnisiyatifi)
EORTCQOL-C30	: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Qol Questionnaire (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği)
EQ-5D	: EuroQol -5D
QALY	: Quality Adjusted Life Years (Kaliteye Endekli Yaşam Yılı)
SF-36	: Short Form- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
SSPS 18.0	: Statistical Package for the Social Sciences 18.0
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NHP	: Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
SIP	: The Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Profili)

GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığının (KBH) ülkemiz açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymuştur (akt. Elmas ve Seral, 2012). Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik diyaliz ya da transplantasyon ile tedavi gerektiren böbrek işlevlerinin kalıcı kaybıdır. Hastalara en çok uygulanan böbreği yerine koyma tedavisi hemodiyaliz (HD) olmuştur (KDOQİ ilkeleri, 2001). Bu yüzden kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda diyet, hastalığın seyri açısından önemli bir yer tutmaktadır (Altuntaş, 2012). Diyet uygulamalarının hemodiyaliz hastalarındaki amacı malnütriyonu önlemek, anemiyi düzeltmek, kan basıncını ayarlamak, laboratuvar bulgularını düzenli tutmak. Diyet içeriğinin düzenlenmesi, kan basıncının kontrol altına alınması, bazı laboratuvar bozukluklarının düzeltilmesi açısından büyük önem taşır. Bu yüzden son dönem böbrek yetmezliği evresindeki hastaların diyet uyumu yakından takip edilmelidir. Bu yakın diyet takibi sonucunda böbrek yetmezliğinin progresyon hızının azaltılması ve ileride gelişebilecek komplikasyonların kontrol altına alınması gerekmektedir (Altuntaş, 2012).

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında en önde gelen etiyolojik faktör diabetes mellitus'dur ve bunu sırasıyla hipertansiyon takip etmektedir (NKD, 2001). Beslenme durumu hakkında en güvenilir bilgiyi elde etmek için değişik indeksler izlenmelidir. Serum albumin, sodyum, fosfor, kalsiyum, potasyum, hematokrit, üre ve kreatinin de içinde yer aldığı laboratuvar bulgularını izlemek ve hastanın diyet uyumuna göre değerleri yorumlamak uygun bir yaklaşım olabilir. Tedavi ile ilgili diğer parametrelerden hipoalbuminemi sıklığındaki azalma hastaların beslenme durumundaki düzelmelerin bir bulgusu olabilir. 2009 yılı itibariyle hastaların %38,8'inde albumin 4 g/dL'in üstündedir. Hastaların ortalama (son 3 ay) hemoglobin değeri 11,2 g/dL olarak bulunmuştur. KBH'ın ve doğal olarak SDBY'nin ülkemizin en önemli sağlık sorunlarından birisi olduğunu ortaya koymuştur (Süleymanlar ve Seyahi, 2009). Bu çalışmanın amacı, ünitemizdeki hemodiyaliz hastalarının mevcut beslenme bilgi düzeylerini belirlemek ve hastaların klinik ve laboratuvar bulgularına yansımalarını saptamaktır.

Ayrıca hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyete uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşadıkları sorunların saptanması amaçlanmıştır.

KBY gelişim nedenleri ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde KBY saptanan olgularda yetersizliğe götüren ilk üç sebep glomerulonefritler, diyabet ve hipertansiyondur. Geçmişte en sık sebep glomerulonefritler iken günümüzde diyabetik ve hipertansif nefropatilerdir. Glomerulonefritlerden korunma ve etkin tedavi, diyabetik ve hipertansif hastalarda azalmış mortalitenin bu değişimde en önemli rolleri oynadıkları düşünülmektedir. Bununla birlikte ömrün uzaması, erken kardiyovasküler mortalitedeki azalma da KBY'li hastaların ortalama yaşını artırmıştır (Dadalı, 2009).

Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre Türkiye'de 2007 itibarıyla düzenli hemodiyaliz programında olan hasta sayısı 39267, periton diyalizi programında olan hasta sayısı 5307'dir. Bakıldığında son dönem böbrek yetmezliği dünya genelinde artmakta olup gelişmiş ülkelerde 75-350 milyon insan etkilenmektedir (Dadalı, 2009).

Hemodiyaliz hastaların da beslenme durumu, diyalize başlayan hastaların çoğunda beslenme bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü beslenme bozukluğu hemodiyaliz hastalarında, yaşam kalitesini etkileyen birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Hemodiyaliz hastaların da beslenme bozukluğu ile birlikte mortalite arttığı gibi, yara iyileşmesi gecikir, enfeksiyona eğilim artar, halsizlik ve rehabilitasyon sorunları ortaya çıkar (Utaş ve Akpolat, 1999). Beslenme bozukluğu ile birlikte hemşirelere, hemodiyaliz hastalarının tedavilerinde önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemodiyaliz hastaları, hemşireler ile diğer sağlık personellerine göre daha rahat iletişim kurabildikleri için aynı zamanda kendilerini daha güvende hissettikleri için her türlü sorunlarını kolaylıkla paylaşabilmektedir. Böylece hemodiyaliz hastalarının hemşireler tarafından iyi gözlenmesi, yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması, bakım ve tedavilerinin sürdürülmesi ile gereksinimlerine uygun eğitim verilmesi gibi önemli görevleri bulunmaktadır (Kaymak, 2012).

Dadalı (2009), diyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar yapmış ve diyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu kalite düşüşünün hem kronik böbrek hastalığı hem de tedavi yöntemiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Hastalığın Prediyaliz fazında ise hastaların aylık poliklinik kontrollerine zorunlu olmaları ve diyaliz ünitesine bağlanma ihtimali nedeniyle yaşadıkları anksiyetenin de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olabileceği düşünülmüş olsa da bu konuda net bulgular içeren bir çalışma yoktur. Ayrıca Dadalı (2009)'da hastaların teknik verilerinden çok yaşam kalitesine odaklanmıştır. Bu tezde ise, hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyete uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşadıkları sorunların saptanması amaçlanmıştır ve hastaların kan değerleri gibi daha fazla teknik veri de kullanılmıştır.

Hemodiyaliz uygulanan hastaların beslenme bilgi düzeyleri yaşam kalitelerini sosyal hayatlarını etkilediği düşünülebilir. Ancak bu düşüncüyü ampirik verilerle desteklemek gerekmektedir. Türk Böbrek Vakfı diyaliz merkezindeki kayıtlı diyaliz hastaları hakkında bilgi düzeyleri ile ilgili veriler, klinik ve laboratuvar bulgularına yansımaları değerlendirilerek yaşam kalitesini etkilediği gözlemlenebilir. Buradaki ampirik veriler Türk Böbrek Vakfı Hacı Hüseyin Terzi Diyaliz Merkezi'nin Tekirdağ şubesindeki hastalarından toplanmıştır.

Tezin giriş bölümünde; Kronik böbrek hastalığının genel çerçevesi ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; Metodoloji ve bu metodolojiyi takiben yapılan analizlerden bahsedilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümde ise elimizdeki verilerle ve anket sorularına verdikleri cevaplar incelenerek çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir.

Sonuç bölümünde ise çıkan bulgular ve ileriye dönük çalışma önerileri ile tez sonlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ GENEL ÇERÇEVESİ

1.1.Kronik Böbrek Hastalığının Tanımı Ve Epidemiyolojisi

Akpolat ve Utaş (1999) kronik böbrek hastalığını (KBH), böbreğin glomerüler filtrasyon değerindeki azalması sonucu oluşan, böbreğin sıvı solüt dengesini düzenleme ve metabolik endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlamaktadır. GFH'nın zaman içerisinde ilerleyen ve geri dönüşümsüz bir şekilde azalması sonucu oluşan kronik böbrek yetmezliğinin en önemli göstergesidir (Süleymanlar ve Serdengeçti, 2009).

Normal bir insanda her iki böbrekten toplam olarak ortalama 120 ml/dk kan süzülür. Bu süzüntünün büyük bir kısmı böbrek tubuluslarından geri emilir. Bir gündeki ultrafiltrat miktarı ortalama 150-180 olmasına rağmen, günlük idrar miktarı 1200-1500 ml arasında olmaktadır. GFH'nın normal değeri 120 ml/dk'dır. Böbrek yetmezliğinin derecesinin belirlenmesinde kullanılan en objektif parametre glomerüler filtrasyon değerinin (GFD) ölçülmesidir. GFH 50 ml/dk olursa, böbrek fonksiyon bozukluğu olduğu halde böbrek yetmezliği görülmez; GFH 50 ml/dk'ya düşene kadar metabolik atıklar atılabilir, kanda üre yükselmez, idrar miktarı ortalama 400 ml'dir. Bu durumda böbrek yetmezliğinden söz edilemez. Fakat GFH 20-30 ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetmezliğinden, 10 ml/dk'nın altına düşerse SDBH'dan söz edilir (Akpolat ve Utaş, 1999).

USRDS 1999 Yıllık Veri Raporu, HCFA 2728 Tıbbi Kanıt Rapor Formu'ndaki SDBY'nin 50 primer nedenlerine sahip yeni SDBY hastalarına ilişkin araştırmayı ortaya koymuştur. Ayrıca, USRDS hastalıkları 10 spesifik gruba ayırmıştır: diabet, primer glomerülonefrit (GN), sekonder glomerülonefrit/vaskülit, interstisyel nefrit/pyelonefrit, hipertansif/büyük damar hastalığı, kistik/herediter/konjenital hastalıklar, neoplazm, diğer hastalıklar, etiyojisi bilinmeyen hastalıklar ve tanısı olmayan grup. A.B.D.'de diabet ve hipertansiyon, SDBY'nin en sık iki nedenidir. 1997' de diabet yeni SDBY hastalarının en büyük

yüzdesini (%44,4) oluşturmuştur, bunu hipertansiyon (%26,6) ve glomerülonefrit (%9,9) izlemiştir (Süleymanlar ve Erek, 2004).

1.2.Kronik Böbrek Hastalığı Nedenleri

1.Prerenal nedenler: Böbrek süzme fonksiyonlarının bozulmasıdır. Bunlar ciddi, uzun süren renal arter stenozu, bilateral arter embolizmidir.

2.Renal nedenler: Kronik glomerülonefrit, kronik tübüler intersisyal nefrit, diabetes mellitus, amiloidoz, hipertansiyon, kistik hastalıklar, neoplazi gibi böbreğin kendine özgü hastalıklarıdır.

3.Postrenal nedenler: Toplayıcı sistemdeki bozukluklardır. Bunların arasında en sık görülen sorunlar, idrar yolu obstrüksiyonu, böbrek ve idrar yolundaki tümör ve böbrek taşları oluşturmaktadır (Akpolat ve Utaş, 1999).

Tablo 1:KBY tanımlı ölen hastaların böbrek yetmezliği nedenleri

Nedenler	Hasta Sayısı(n)	(%)
Diabetik nefropati	49	34
Hipertansiyon	33	22,9
Ürolojik nedenler	10	6,9
Amiloidoz	4	2,8
Glomerülonefritler	4	2,8
Multiple myelom	4	2,8
Polikistik böbrek hastalığı	3	2,1
Toksik nefropati	1	0,7
Piyelonefrit	1	0,7
Nedeni bilinmeyenler	35	24,3
Toplam	144	100

Kaynak: Akut ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Mortalite Nedenleri', Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Fırat Tıp Dergisi.

KBY tanıılı ölen hastalarda, etiyojisi incelendiğinde yukarıdaki tabloya göre birinci sırada diyabetik nefropati, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada ürolojik nedenler yer alıyordu (Taş ve Cengiz, 2011).

1.3.Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evre, Bulgu Ve Semptomları

Böbrek hastalıklarının başlangıcında ve seyri esnasında hasta böğür ağrısı, poliüri, sık idrara çıkma, hematüri, ödem, hipertansiyon, anüri, üremik semptomlar ve batında kitle hissetmesi gibi şikayetler bulunmaktadır. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dk parametre altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir ve böbrek yetmezliğinden söz edilmez. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dk inince SDBY bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar.

Tablo 2: Hemodiyaliz, Periton Diyalizi ve Transplantasyon Yaş Dağılımı

Yaş	0-19	20-44	45-64	65-74	75+
Hemodiyaliz(%)	0,9	15,8	42,6	24,3	16,5
Periton diyalizi(%)	8,0	31,2	43,1	13,5	4,6
Transplantasyon(%)	9,3	51,0	36,6	2,9	0,2

Kaynak: Seyahil N., Altıparmak M.R.,(2015). Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu, 2015, 24(1) , s.s 10-16.

Böbrek yetmezliğinin derecesini belirlemede kullanılan en önemli parametre olan glomerüler filtrasyon değerinin ölçülmesinde de en sık kullanılan yöntem kreatinin klirensidir. Böbrek yetmezliği tanısı, kreatinin klirensindeki azalma veya kan üre azotu ve kreatinin düzeylerindeki yükselme ile konulur (Akpolat ve Utaş, 1999).

Otuz yıl önce böbrek replasman tedavisi az sayıda hastaya sağlanabilirken, son zamanlarda yeni ve tüm son dönem böbrek yetmezliği hastalarında büyük artış olmuştur (Süleymanlar ve Erek, 2004).“The United States Renal Data System 2001 Annual Report (Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi 2001 Yıllık Raporu)” 1999’ da kronik ESRD’ si olan 330.000’den fazla kişide, böbrek replasman tedavisi gerektiğini göstermiştir. Bu ESRD hastalarının yaklaşık olarak %64’üne HD, %7’ sine PD uygulanmıştır ve geri kalan %29’unda fonksiyon gören transplante edilmiş bir böbrek vardır. Aynı yılda ABD’de 80.000 Evre 5’te yer alan yeni son dönem böbrek yetmezliği hastası HD ve PD’ye başlamıştır (Williams ve Henrich, 2004). Türkiye Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıtları 2008 Raporlarına göre; Türkiye’ de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 756 olarak saptanmıştır. Aynı yılda Türkiye’ de hastaların yaklaşık olarak %74,9’ una HD, %9,6’ sına PD uygulanmıştır (Serdengeçti ve Süleymanlar, 2008).

Kronik böbrek yetmezliğinin varlığı, tanı ne olursa olsun böbrek hasarının varlığına ve böbrek işlev düzeyine (glomerüler filtrasyon hızı: GFH) dayanarak belirlenmelidir. Kronik böbrek hastalığı olanlarda hastalığın evresi, tanı dikkate alınmaksızın K/DOQI KBH sınıflanmasına göre saptanan böbrek işlev düzeyine dayanarak belirlenmelidir (Mahon ve Jenkins, 2007).

Bu evreler ve GFH değerleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri ve GFH Değerleri

Evre	Tanımlama	tGFR (ml/dak/1.73m ²)
1	Böbrek hasarı ve Normal veya tGFR	≥90
2	Böbrek hasarı ve Hafif tGFR	60-89
3	Orta derecede tGFR	30-59
4	Ağır derecede tGFR	15-29
5	Böbrek yetmezliği	<15 (veya diyaliz)

Kaynak: Kronik Böbrek hastalığı (evre 1-3) Klinik uygulama kılavuzu (Mahon ve Jenkins, 2007).

KBH, böbrek hasarına ilişkin kanıt ya da ≥ 3 ay boyunca tGFR’nin <60 ml/dak/1.73 m² olması şeklinde tanımlanmaktadır. Böbrek hasarı, patolojik anormallikler ya da kan veya idrar testleri ya da görüntüleme incelemelerini içeren hasar göstergeleri olarak tanımlanmıştır (Mahon ve Jenkins, 2007).

K/DOQI göre şunlar ileri sürülmektedir:

tGFR’si > 3 ay boyunca < 60 ml/dk/1.73 m² olan tüm bireyler, böbrek hasarı olsun ya da olmasın, kronik böbrek hastası olarak sınıflandırılır. Bu kişileri dahil etmenin nedeni, böbrek işlevinin bu düzeye ya da altına inmesinin, erişkinlerde normal böbrek işlev düzeyinin yarısının ya da daha fazlasının kaybolduğunu göstermektedir.

Böbrek hasarı olan tüm bireyler, tGFR düzeyine bakılmaksızın kronik böbrek hastası olarak sınıflandırılır. tGFR ≥ 60 ml/dk/1.73 m² olan kişileri dâhil etmenin nedeni, önemli ölçüde böbrek hasarına karşın tGFR'nin normal ya da artmış düzeylerde sürebileceği ve böbrek hasarı olan kişilerin, kronik böbrek hastalığının iki önemli sonlanımı açısından yüksek risk altında olmasıdır: böbrek işlev kaybı ve kardiyovasküler hastalık gelişimi.

Böbrek hasarının diğer göstergeleri:

- Israrlı mikroalbüminüri (albümin/kreatinin oranı ile ölçülür)
- Israrlı proteinüri (diğer nedenler dışlandıktan sonra, örn. Ürolojik)
- Israrlı hematüri
- Böbreğin yapısal anormallikleri
- Biyopsiyle kanıtlanmış glomerülonefrit.

tGFR'si 60-89 ml/dk/1.73 m² olup, bu göstergelerden birinin bulunmadığı hastalar KBH'li olarak kabul edilmemeli veya daha fazla araştırma konusu yapılmamalıdır. tGFR değişiklik oranı, hastalığın ilerlemesi dikkate alındığında önemlidir ve sevke gerek vardır. Altı ay ya da üstündeki bir süre boyunca <2 ml/dak/1.73 m² (Mahon ve Jenkins, 2007).

1.4.Kronik Böbrek Hastalığı'nın Klinik Özellikleri

Hastalarda böbrek yetmezliğinin derecesini ve gelişme hızını belirlemede, semptom ve bulgulardan yararlanır. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı hemen hemen tüm organı veya sistemi de etkilemektedir. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dk'nın altına inmedikçe hastalarda semptom ve bulgulara rastlanılmaz. Hastaların

ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar.

Bunlar aşağıda özetlenmiştir.

1.4.1.Sıvı – Elektrolit Bozuklukları

Hiponatremi ve dehidratasyona sebep olan hastaların şikayeti bulantı –kusma ile gerçekleşir. Bunun ardından oligüri nedeniyle hastalarda hiperpotasemi ve hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemi ve hipermagnezemi görülür. Bu da proteinüri ve su sodyum retansiyonu nedeniyle ödemi tetikler. İleri dönemde ödem görülen hastalarda da karşılaşılan riskler ise HT ve konjetif kalp yetmezliği, metabolik asidoz, hipokalsemi gibi belirti ve bulgular görülmektedir.

1.4.2. Sinir Sistemi

Yakın zamanda bellek kaybı, uyku bozuklukları, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, konfüzyon, halüsinasyon, afazi, stupor, emosyonel irritabilite, dikkat azalması, depresyon, anksiyete, kişilik değişiklikleri, konsantrasyon yeteneğinde azalma, polinöropati, kramp, huzursuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, tik ve ter fonksiyonlarında azalma görülebilir.

1.4.3. Gastrointestinal Sistem

Hiperürisemi oluşmasına bağlı ağızda üremi kokusu bununla birlikte ağız mukoz membranlarda kuruluk, iştahsızlık, bulantı-kusma, konstipasyon görülebilir. Amonyak oluşumun artması nedeniyle ağız içinde metalik tat hissetme ve ağızda amonyak kokusu, gastrit, gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, ileri dönemde diyare, hıçkırık, parotit, kronik hepatit, özafajit (kandida herpes.), somatit, pankreatit, ülser, asit görülebilir.

1.4.4. Hemotopoetik Ve İmmün Sistemi

Eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması sebebiyle anemi, lenfopeni, koagülasyon sisteminin bozukluğu sebebiyle kanamaya yatkınlık ve eritrosit

oluşumunun azalması nedeniyle de mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), immün hastalıklar, tüberkülin, kanser gibi tanısal testlerde ve immün sistemde bozulma görülebilir. Aynı zamanda lökosit fonksiyonları da bozulduğunda, enfeksiyonlara karşı direnç ve immün sistemde azalma görülebilir.

1.4.5. Kardiyovasküler Ve Pulmoner Sistem

Hiperpotasemiyle aritmiler oluşur. Kan damarlarındaki volüm azlığı sebebiyle renin- anjiotensin mekanizması renin sekresyonundaki artmayı sağlar ve hipertansiyona sebep olur. Ürenin seroz zarlarda toplanması sebebiyle de perikardit oluşur. Perikarditte biriken sıvı perikardiyal tamponat sebep olur bu da hemodinamik bir bozukluğa sebep olan fizyolojik bir tanıdır. Volüm artışı sebebiyle vasküler konjesyon ve buna bağlı olarak konjetif kalp yetmezliği hastalığı ortaya çıkar.

1.4.6. Pulmoner Sistem

Perikarditte biriken plevral sıvı nedeniyle pulmoner ödem, akciğer ödemi, kardiyomiyopati; asidoz nedeniyle kusmual solunum; atheroskleroz ve kapak hastalığı ortaya çıkar.

1.4.7. Metabolik – Endokrin Sistem

Glukoz intoleransı (bozulmuş tokluk şekeri), hiperlipidemi (kandaki yağ yüksekliği), hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm (erkeklerde cinsel rahatsızlık), impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon (beslenme bozukluğu), hiperprolaktinemi (süt hormonu yükselmesi) oluşabilir.

1.4.8.Cilt

Ürenin cildi tahriş etmesi nedeniyle kaşıntı, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, nekroz, ülserasyon ortaya çıkar. Anemi ve pıhtılaşma bozukluğuna bağlı hematoma, avuç içlerinde solukluk, diş eti ve mukoz membranlarda kanamaya eğilim görülebilir.

1.4.9. Kemik

Üremik kemik hastalığı sonucu hiperparatiroidi ile birlikte amiloidoz görülebilir. Bunun sonucunda D vitamini metabolizması bozuklukları artışı ve artrit oluşabilir.

1.4.10. Diğer

Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak koku kalsifikasyonu, renal kistik hastalıklar, karpal tünel sendromu, noktüri oluşabilir (Akpolat ve Utaş, 1999).

1.5.Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi

Yaşla beraber, osmollite artışına vasopressin cevabında bir artış ortaya çıkar, bu nedenle yaşlılar hiponatremi ve su retansiyonu için risk altına girerler. Diğer taraftan 60 yaş sonrasında hipovolemi ve hipotansiyona yatkınlık olur (İlçin ve Süleymanlar, 2003).

Kompanse retansiyon dönemindeki hastalarda tedavi: Bu dönemdekilerde serum kreatinin düzeyi % 2-4 mg arasındadır, glomerüler filtrat 25 ml'nin üstündedir. Bu dönemde böbrek fonksiyonlarını bozan etkenleri mümkün olduğu kadar gidermeye çalışılmalıdır. Mesela dehidratasyon varsa nedenleri aranmalıdır. Bunlar aşırı terleme, diyare, kusmalar, aşırı tuz kısıtlaması, ateşli hastalıklar olabilir.

Ayrıca idrar yolları enfeksiyonları, obstrüktif üropati (papilla nekrozu, böbrek taşları), kalp debisinde azalma (kalp yetmezliği, ritim bozuklukları), iyi tedavi edilmemiş hipertansiyon, ilaç nefrotoksitesi (bazı antibiyotikler, röntgen kontrast maddeleri), hiperkalsemi, gebelik gibi etkenler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (Efe, 1992).

Aynı zamanda böbrek yetmezliğinin ilerlemesini yavaşlatıcı ve üremik semptomları düzeltici çarelere başvurulmalıdır. Bunlar arasında hipertansiyon tedavisi ve diyet başta gelir (Efe, 1992).

Diyet: Ödem, hipertansiyon ve böbrek yetmezliği belirtileri bulunmayan latent (asemptomatik dönemde) su, tuz ve protein kısıtlamasına gerek yoktur. Bu dönemdeki hastanın enfeksiyonlardan ve aşırı yorgunluktan sakınması öğütlenir. Günde 1 g/kg protein verilir. Üre retansiyonu başladıktan sonra protein kısıtlaması yapılır ve günde 40 g kadar protein verilir. Kalori gereksinimi karbonhidratlardan ve yağdan karşılanır.

Diyabetin ayarlanması: Diyetle ve doğru doze edilmiş insülin ile diyabetin ayarlanması glomerülosklerozun ilerlemesini bir dereceye kadar önler. Hipoglisemiden kaçınmak gerekir. Bu nedenle oral antidiabetikler tehlikeli sayılır. Böbrek yetmezliği ilerledikçe insülin dozu azaltılır.

Hipertansiyon tedavisi: Hastaların en başta gelen yakınmalarından biri hipertansiyon, diğeri de anemiye ait olan belirtilerdir. O nedenle arter tansiyonun normale yakın sınırlarda tutulması çalışılmalıdır. Bu amaçla kaptopril (Kaptoril, Loril, Kapril), enalapril (Renitec, Vazolapril, Enapril), prazosin (Minipres), betablokerler (Betadol, beloc, dideral, lopresol vs.), nifedipin (Kardilat, Nidilat, Adalat), metildopa (Aldomet, Alfamed) kullanılır. Dozaj: Bu ilaçların küçük dozları ile sonuç alınması mümkün olmaz. O nedenle kliniğe yatırılması gereken bu hastalarda, kontrol altında birer haftalık aralarla doz artırımı yapılmalıdır.

Hipertansiyon tedavisinde tuz perhizine kesin uyulması gerekmektedir.

Aneminin tedavisi: Böbrek yetmezliklerinde anemi eritropoetin eksikliğinden ileri geldiği için bu vakalara demir veya B12 vitamini verilmesinin bir anlamı olmaz. Anemi tedavisi için ülkemizde bugün sadece kan veya daha iyisi eritrosit transfüzyonu yapılabilir. Eritropoetin preparatları henüz ülkemize getirilmiş değildir. Hemotokritin %27'nin altına düştüğü kronik nefrit vakalarında birkaç gün arka arkaya eritrosit süspansiyonu verilmelidir.

Ödemlerin tedavisi: Tuzsuz diyet ve lüp diüretikleri (furosemid) ile yapılır.

Konjetif kalp yetmezliği tedavisi: İdrarla değil, safra atıldığı plazmada birikme tehlikesi bulunmadığı için digitoksin (Digimerck) kullanılır.

Elektrolitlerin ayarlanması: Belli aralıklarla kan elektrolitleri (Na, K, Cl) ölçtürülmeli ve yüksek bulunduğu takdirde tuz perhizini artırmalı, düşük bulunanlarda tamamlayıcı tedavi uygulamalıdır.

Bulantı tedavisi: Üremiklerde bulantı ve kusma önemli bir sorun meydana getirirler. Tedavileri de oldukça zordur. Merkezi etkili antiemetiklerin (Emedur, Antivomit) etkisi olmaz, çünkü bulantının nedeni mukozalarda oluşan amonyaktır.

Vitaminler: B kompleksi ve C vitaminleri gereklidir. Serumlar içine konularak i.v. yoldan verilir.

Konstipasyon tedavisi: Bitkisel laksatifler (Agiolax, Senokot, Pursennid) tercih edilmelidir.

Enfeksiyonlardan korunma: Üremiklerde basit nezle ve benzeri soğuk algınlıkları genel durumu bozabilir. Enfeksiyonlardan korunmaları gerekir.

Üremi tedavisi: Diyaliz ve böbrek transplantasyonu düşünülmelidir (Efe, 1992).

1.5.1. Diyaliz

Akut ve kronik böbrek yetersizliğinin tedavisi çoğunlukla diyalizle yapılır; diyalizde hastanın kanı yarı geçirgen bir membran aracılığı ile diyaliz solüsyonuna perfüze edilir ve tuz, su üre gibi düşük moleküler ağırlıklı solütler atılır. Membran hemodiyalizdeki gibi sentetik veya periton diyalizdeki gibi doğal olabilir. Akut ve kronik böbrek yetmezliğinin tedavisi yanında diyaliz lityum, aspirin, metanol ve etilen glikol ile ağır zehirlenmelerin tedavisinde de endikedir (Hayes ve Mackay, 2003).

Serum kreatinin düzeyi %10 mg'ı aştığı takdirde kronik hemodiyaliz veya böbrek transplantasyonu endikasyonu doğar, çünkü bu durumdaki üremiklerde konservatif tedaviden artık fazla bir yarar beklenemez. Önemli olan hastanın böyle bir tedaviye önceden psikolojik olarak hazırlanmış olması ve diyaliz günleri ve saatleri yönünden hastanın mesleğinin ve sair koşullarının göz önünde tutulmasıdır (Efe, 1992).

Kronik bir hemodiyaliz olasılığı düşünülerek hastanın önkol venleri korunmuş olmalıdır (kan alma, efüzyon ve transfüzyon gibi). Serum kreatinin değeri %6-8 mg' a ulaştığında ihtiyati önlem olarak bilekte arterio-venöz fistül yapılmalıdır (Efe, 1992).

Kronik diyaliz için peritoneal diyaliz elverişli sayılmaz. Hemodiyaliz tercih edilir. Haftada 3 defa uygulanır (Efe, 1992).

Endikasyonlar; aşırı su yüklenmesi, hiperkalemi, asidoz veya üremi komplikasyonları oluşmuş ise ABY.

Üremi semptomları gelişmişse; KBY (Hayes ve Mackay,2003).

Diyaliz Tedavisinin Endikasyonları

National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKFDOQI)' e göre diyaliz tedavisinin başlatılması için gerekli olan kriterler, Tablo: 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4: Diyaliz Tedavisinin Başlatılma Kriterleri

Eski Kriterler

- 1 Üremik ensefalopati
- 2 Perikardit
- 3 Gastrointestinal yakınmalar
- 4 Kaşıntı
- 5 Hiperfosfatemi, hiperkalemi
- 6 Metabolik asidoz, uzamış kanama zamanı

Yeni kriterler

- 1 Rezidüel böbrek Kt/V değerinin 2,0/haftadan düşük olması
 2. Normalize edilmiş protein değerinin 0,8 g/kg/gün' den düşük olması
-

K: diyalizer temizleme oranı (klirens), T: diyalizin dakika olarak süresi

V: ürenin vücutta dağıldığı sıvı miktarı

Kaynak: Kaymak A. D. (2012). "Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2012, 2.

Diyalizin kontrendikasyonları

Diyaliz tedavi şeklinin mutlak kontrendikasyonu olmamakla birlikte, böbrek yetersizliğine eşlik eden rölatif kontrendikasyonları vardır.

Bunlar;

- Alzheimer hastalığı
- Multi-enfarkt demans
- Hepatorenal sendrom
- Ensefalopati ile ilerlemiş siroz
- İlerlemiş tümörün varlığı

Diyaliz tedavisinin amacı uygun sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Sıvı ve solüt değişiminin difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeniyle solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Ultrafiltrasyon uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir (Dadalı, 2009).

Diyaliz yöntemleri

1.Hemodiyaliz

2.Periton Diyalizi

1.5.1.1. Hemodiyaliz

Yarı geçirgen bir zardan (membrandan), kanda bulunan maddelerin uygun sıvının bulunduğu diğer tarafa geçmesine diyaliz denir. Bu vücut dışında yapay zarla yapılırsa hemodiyaliz veya hemofiltrasyon, periton boşluğunda periton zarı ile yapılırsa periton diyalizi denilir (Erek, 2005).

Hemodiyaliz uygulanacak hastanın üniteye kabulünde vücut ağırlığı, vücut ısısı, arter kan basıncı ölçülmeli, varsa interdiyalitik (diyalizler arası) döneme ilişkin yakınmaları öğrenilmeli, doktor tarafından değerlendirilmelidir. Kullanım öncesinde hemodiyaliz makinesinin dezenfeksiyon ve sonrasında da yıkanma işlemi yapılmış olmalıdır. Hastaya uygun, öngörülen özelliklerde diyalizer ve diyalizat malzemeleri hazırlanmalıdır (Akpolat ve Utaş, 1999).

Günümüzde bütün dünyada kabul edilen haftalık ortalama hemodiyaliz süresi 12 saattir (3×4). Daha uzun süre yapanlar (15-20 saat/hafta) ve hatta daha fizyolojik olduğu gerekçesi ile son yıllarda günlük hemodiyaliz yapanlar da vardır. Bunlarda anemi, hipertansiyon, eritropoetin ihtiyacının daha az olduğu söylenmektedir (Erek, 2005).

Akut böbrek yetersizliğinde kullanılan hemodiyaliz tedavisi Amerika Birleşik Devlet' lerinde de halihazırda kullanılan tedavi şeklidir. Hemodiyaliz hem periton diyalizinden, hem de yavaş sürekli işlemin herhangi birinden daha hızlı bir şekilde plazma solüt kompozisyonunu değiştirir ve artmış vücut sıvısını normale getirme imkanı verir. Mamafih, hemodiyaliz aralıklı olarak uygulandığı için, günlük sıvı çekilmesi ve solütlerin düzeltilmesi işlemi kısa bir süreye sığdırılmalıdır; yoğun bakım şartlarında genel durumu bozuk hastalar hızla sıvı çekilmesini çoğu kez tolere edemezler (Bozfakıoğlu, 2003).

Hemodiyaliz esnasında ve sonrasında akut ve kronik hemodiyaliz komplikasyonları özet olarak tablo 5 ve 6' da görülmektedir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Tablo 5: Akut Hemodiyaliz Komplikasyonları

-
1. Disequilibrium sendromu (ürenin aniden çekilmesine bağlı serebral ödem ve konvulziyon)
 2. Hipotansiyon
 3. Hiponatremi-Hipernatremi
 4. Hiperkalsemi- Hipermagnesemi
 5. Sert su sendromu
 6. Chloramine bağlı hemoliz
 7. Alüminyumun nörolojik komplikasyonları
 8. Ateş ve endotoksemi, pirojenik reaksiyon
 9. Hava embolisi
 10. Hemorajiler
 11. Huzursuz ayak sendromu
 12. Adale krampları
 13. Kaşıntı
 14. Priapizm
 15. İlk kullanma sendromu, membran sensitivitesi
 16. Antinükleere antikorlara benzer antikor

Kaynak: Erek ve Serdengeçti, (1997). ‘Hemşireler İçin Nefroloji Dializ ve Transplantasyon Kitabı’, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ve Nefroloji Kl., İstanbul, 1997 s.72.

Tablo 6: Kronik Hemodiyaliz Komplikasyonları

- 1.Hipertansiyon
- 2.Hipotansiyon
- 3.Kardiyak komplikasyonlar
- 4.Hiperlipidemi
- 5.Arteriosklerozis
- 6.Endokrin değişikler
- 7.Hemorajik Problemler
- 8.İnfeksiyon
- 9.Nörolojik problemler
- 10.Renal osteodistrofi
- 11.Hepatitis(Au antigene bağlı) ve AIDS
- 12.Eser elementlere alt komplikasyonlar(Akut, kronik)
- 13.Pulmoner fonksiyon değişiklikleri
- 14.Mafsal şikayetleri
- 15.Huzursuzluk, uykusuzluk
- 16.Beta blokerlerle hipoglisemi
- 17.İşitme kaybı: Ödem veya kanama

Kaynak: Erek ve Serdengeçti, (1997). ‘Hemşireler İçin Nefroloji Dializ ve Transplantasyon Kitabı’, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ve Nefroloji Kl., İstanbul, 1997 s.72.

1.5.1.2. Periton Diyalizi

ABY' de sıvı ve solütlerin atılmasında ve elektrolitlerin dengelenmesinde intermitan peritoneal diyaliz etkilidir. KBY'de uyumlu hastalarda CAPD hemodiyaliz için etkin bir alternatiftir (Hayes Ve Mackay, 2003). Periton diyalizi, vücuttaki toksinleri periton aracılığıyla vücuttan uzaklaştıran bir sistemdir. Sistemik dolaşım ile diyalizat arasındaki ozmotik basınç gradienti ile çalışır (Etik, 2006).

Çok basit bir uygulama olan periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater vasıtasıyla 10 dakikada peritona verilir. 20- 30 dakika kadar periton boşluğunda bekletilen sıvı geri alınır. Ortalama diyaliz süresi aralıksız 20 saattir. Bu süre zarfında üre %40'lık bir düşüş gösterir (Erek ve Serdengeçti).

Son zamanlarda kronik ambulatuar periton diyalizi uygulaması da dünyada artmaktadır. ABD yaklaşık 400 kişi beş senedir CAPD' dedir (Erek ve Serdengeçti, 1997). Önceden bir keçeliperiton katateri yerleştirilmemiş ise, akut böbrek yetersizliğinin tedavisi için periton diyalizi Amerika Birleşik Devletlerinde nadiren kullanılmaktadır. Keçeli bir katater akut olarak yerleştirilebilir ve periton diyalizinin bazı teorik avantajları vardır. Periton diyalizi, hemodiyalize göre yaklaşık olarak kan solüt kompozisyonunu değiştirmek açısından sekizde bir oranında, sıvı çekilmesi açısından da dörtte bir oranında etkili olmasına rağmen 24 saat boyunca sürekli olarak uygulanabilir, hemodiyaliz ise çoğu kez bir günde en fazla dört saat uygulanır. Böylece tüm bir gün göz önüne alınırsa, solüt ve sıvı durumundaki değişimleri etkilemek açısından hemodiyaliz ile periton diyalizi arasında etkinlik yönünden anlamlı bir fark yoktur (Bozfakıoğlu, 1992).

Kronik intermitten periton diyalizi artık yerini, özel periton katateri (Tenchhof), tüp ve plastik torbalarıyla, hastanın devamlı olarak kendi kendine evinde veya işinde yapabildiği sürekli ayaktan periton diyalizine (SAPD)' e bırakmış ve hemodiyaliz ve transplantasyona bazı ülkelerde bir alternatif haline gelmiştir. SAPD tercih edilmesinin sebepleri arasında en çok hemşireye ve özel makineye ihtiyaç duymaması ve sıvı ile diyet yönünden daha az kısıtlamaya ihtiyaç duymasındır.

Çocuklarda ise SAPD tercih edilmesinin nedenleri; diyaliz merkezine gelemeyip kırsal kesimde yaşayanlar ve sık seyahat edenler için aynı zamanda A-V fistülü çalışmayan hastalarda ve bunun sonucunda hemodiyaliz yan etkileri sık görülen hastalarda tercih edilmektedir. Bütün diyaliz hastalarında olduğu gibi periton diyalizi hastalarında da fizik performans anlamlı olarak bozulabilir. Bu durum: yaşa, albumin değerine ve diyaliz dozuna bağlıdır (Erek, 2005). Diyaliz makinesinden bağımsız olmak ve vasküler giriş yolu gerektirmemesi gibi avantajları vardır. Başlıca dezavantajı peritonittir (Hayes ve Mackay,2003).

En sık komplikasyonu olan peritonite rastlanır. Bunun yanında periton diyalizine yol açan sebepler Tablo 7’ de görülmektedir. Son zamanlarda yeni ve fazla ultrafiltrasyon sağlayan bir diyalizat olan icodextrin %7,5’nin (izoozmolar glikoz polimeri) kullanımının kimyasal peritonite yol açtığı bilinmektedir (Erek, 2005).

Tablo 7: Periton Diyaliz Komplikasyonları

Enfeksiyon

- Kataterin enfeksiyonu, subkutan tünel enfeksiyonu, peritonit (en çok stafilokoklarla)

Metabolik

- Hiperglisemi
- Hiperlipidemi (glisemiye veya fazla beslenmeye bağlı)
- Protein kaybı malnutrisyon
- Periton membran kalınlaşması

Kaynak: Erek, E. (2005). “Nefroloji Kitabı” İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı Başkanı, Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık 2005, 5.Baskı, 291-363.

1.5.2. Transplantasyon

Transplantasyon için canlı bir bağışçı akrabanın veya beyin ölümüne uğramış bir kadavranın böbreği kullanılmaktadır. Soğutulmuş perfüzyon sıvısı içinde saklanan verici böbreği alıcının kontrlateral fossa iliakasına implante edilir. Alıcı ve vericinin HLA-DR optimal uygunluğu, transplantasyonun tutma şansını artırır. Aynı alıcıya, gerektiğinde ikinci hatta üçüncü transplantasyon yapılabilmektedir. Multitransplantasyonlarda yaşama şansı kısa vade için yüksek, uzun vade için düşüktür (Efe,1992).

Son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda en fazla tercih edilen renal transplantasyon yöntemi; son yıllarda immunsupresif tedavide, infeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmelerle, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Renal transplantasyon hastaların, yaşam kalitesini artırmaktadır. Eğer hastalar 1 yıllık hastalık sürecinden sonra Renal transplantasyona tabi tutulurlarsa yaşama olasılıkları %90 ila %98,5 arasında; 5 yıllık hastalık sürecinden sonra Renal transplantasyona tabi tutulurlarsa yaşama olasılıkları %80 ila %90 arasında olmaktadır (Akpolat ve Utaş, 1999). Yapılan çalışmalarda insan dışında bir canlıdan transplantasyon şu anda mümkün olmadığı bilinmektedir. İlerleyen zamanlarda bu konuda yapılan çalışmaların ümit verici olduğu söylenmektedir.

Canlı verici 1. veya 2. derece akraba olabilir. Fakat bunun için tam doku uygunluğu olan kardeşler tercih edilir. Kardeş olmayan ve tam doku uygunluğu olmayan veya akraba olmayan canlı verici olabilir. Akraba olmayan canlı vericiden yapılan transplantasyonlar yasal ve etik sorunlara neden olmaktadır. Ülkemizde 1992-1995 yıllarında oldukça yaygın olan Hindistan'da akraba olmayan canlı vericiden yapılan renal transplantasyon Hintli doktorlarında gayreti ile Hindistan hükümetince yasaklanmıştır. Beyin ölümü olan ve kalbi çalışan hastalar verici olmalarına engel bir hastalık (böbrek hastalığı öyküsü, kanser, diabetes mellitüs, aktif infeksiyon...) yoksa kadavra transplantasyon için verici olabilirler. Renal transplantasyon yapılabilmesi için alıcı ve verici arasında ABO kan grubu sisteminde uyum olmalıdır; uyum kuralları kan transfüzyonu gibidir (O grubu genel verici, AB genel alıcı); Rh sisteminin ise bir önemi yoktur (Akpolat ve Utaş, 1999).

Ülkemizde gerek Organ Nakli Kuruluşları Kordinasyon Derneği gerekse medyanın gösterdiği artan ilgi nedeniyle organ bağışında bir artış dikkati çekmekte ve kadavradan yapılan organ nakli sayısı artmaktadır. Organ Nakli Kuruluşları Kordinasyon Derneği merkezler arasında işbirliğini sağlamakta ve bağışlanan organların en etkin şekilde kullanılması için çalışmaktadır. Bu dernek çalışmaları böbrek nakli yanı sıra karaciğer, kalp gibi organ nakillerini de kapsamaktadır (Akpolat ve Utaş, 1999). ABO ve doku uygunluk sistemi uyumu olan hastalarda bazı durumlarda renal transplantasyon kontrendikedir (Tablo 8).

Tablo 8:Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları

-
- HLA antijenlerine karşı sitotoksik antikor varlığı
(Pozitif T hücresi cross-match)
 - Metastatik veya tedavi edilmemiş kanser
 - Aktif infeksiyon
 - Aktif AIDS
 - Şiddetli böbrek dışı hastalık (Kalp, karaciğer, akciğer)
 - Aktif vaskülit veya glomerülonefrit
 - Düzeltilemez alt üriner sistem hastalığı
 - Aktif peptik ülser
 - Uyumsuzluk
 - Psikiyatrik hastalık
 - İleri şişmanlık
 - Kalıcı pıhtılaşma hastalığı
 - Primer oksalozis

Kaynak: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı (Akpolat ve Utaş, 1999).

1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Beslenme

Diyet tedavisi her dönemdeki böbrek hastalarının bakımından önemli bir yere sahipken, son dönem böbrek hastalarında daha büyük önem taşır. Günlük diyet proteininin 0.55-0.60 g protein/kg düzeyinde sınırlandırılması renal hastalığın ilerleyişini geciktirebilir. Renal fosfor, sodyum ve potasyum atılımı da azaldığından, bu elektrolitlerde kısıtlanmalıdır. 1,25(OH)₂D ve diğer vitaminler diyaliz nedeniyle kaybedileceğinden uygun vitamin desteği sağlanmalıdır (Fauci ve Wilson, 2001).

Tsay ve ark.(2003), hemodiyaliz hastalarını iki gruba ayırmışlardır. Bir gruba diyet uyumlarını artırabilmek için böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, ilaç tedavisi, beslenme, komplikasyonlar, sıvı kısıtlaması, susuzluk kontrolü, stres yönetimi konusunda eğitim verilmiştir. Diğer gruba ise rutin tedavi uygulanmıştır. Eğitim alan grup ile kontrol grubunun 1., 3., ve 6., aylarda iki diyaliz arası ortalama kilo alımları değerlendirmişler ve eğitim alan grupta diğer gruba göre ortalama kilo alımının giderek azaldığını bulmuşlardır.

Diyalizin yaşamı uzatma veya yaşam kalitesini iyileştirme olasılığının mümkün olmadığı ilerlemiş KBH'nin 'konservatif' tedavisi olumlu bir tedavi yaklaşımıdır (Harris ve Elder, 2008). Böbrek yetmezliğinde diyaliz, ilaçlar ve diyetten oluşmuş üçlü konservatif tedavinin bir bölümü olarak diyet önemli bir role sahiptir. Bu hastalarda doğru bir diyet iki temele dayanmaktadır. İlk olarak diyaliz öncesi devrede böbreğin elektrolit ve metabolit itrah kabiliyetinde azalma oldukça proteinlerin alımı kısıtlanmalıdır. Fakat gereksiz sıkı gıda rejimlerine emilim kusuru, bozulmuş metabolizma, ilaç tedavisi ile meydana gelen eksiklikler beslenme yetersizliği tabloyu meydana getirebilir. İyi bir beslenmeyi sağlamak için aşağıdaki belirtilecek olan hususlara dikkat edilmelidir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Protein: Yeterli derecede protein ve kalori alımı, dengeli beslenmenin en önemli koşuludur. Yetersiz protein alımı aynı zamanda diyalizden diyalizata olan aminoasit ve protein kaybı sonucu hasta için tehlikeli sonuçlar ortaya çıkabilir. Hemodiyaliz hastalarında, her seansta 5-8 gram serbest aminoasit ve 4-5 gram kadarda peptitlere bağlı olmak üzere yaklaşık 13 gram kadar proteinden kayıp vardır. SAPD

hastalarında, günde ortalama 4-15 gram protein kaybolmakta ve bu kaybın da yaklaşık %50-80'i albüminden oluşmaktadır. Diabetik hastalardaki protein kaybı, diyabet görülmeyen hastalara oranla daha fazla olmaktadır. (Akpolat ve Utaş, 1999)

Diyaliz giren hastalar aldıkları besinlerin bir kısmını vücut için kullanmadan kaybetmektedirler bu yüzden normal sağlıklı bir birey bir günde yaklaşık kendi ağırlığının 1/1000'i kadar proteine ihtiyaç duyarken (örneğin 60 kg'lık bir şahıs için 60 gram dolayında protein) hemodiyaliz hastaları bu oran vücut ağırlığının 1,2/1000'ine çıkmakta yani en fazla %17 daha protein alması önerilmektedir (Koç ve Sever, 2011).

Enerji: Sağlıklı bir bireyin günde en az 35 kcal/kg enerji alması gerekmektedir fakat fiziksel aktivitelere bağlı olarak bireyin enerji gereksinimleri değişebilir. Ağır işler ve sürekli egzersiz yapmayan bir diyaliz hastasının ise günlük enerji gereksinimi 35-40 kcal/kg olarak belirlenmiştir. Enerji gereksinimi ile protein miktarı birbiriyle ilişkilidir. Yeterli miktarda enerji sağlanamayan diyaliz hastalarında protein kullanımı da giderek azalmaktadır. Bu nedenle diyaliz hastalarında kalori ihtiyacının % 40-50'si karbonhidratlardan sağlanmaktadır (Akpolat ve Utaş, 1999).

Sodyum (Tuz): Günlük sodyum alımı, normal bir kişi için genellikle 100-300 mEq'dır (2,3-6,9 gram). Hemodiyaliz hastalarında sodyum dengesini belirlemede en önemli parametre hastanın çıkardığı idrar miktarıdır. Hemodiyaliz hastası günde yaklaşık bir litre idrar çıkarıyorsa; hafif derecede sodyum kısıtlaması yapılması yeterlidir (Akpolat ve Utaş, 1999). Hastalara sodyumdan fakir gıdalar tavsiye edilmeli, laksatif ve antiasidlerin de çok fazla sodyum içerdiği hastaya söylenmelidir (Erek ve Serdengeçti, 1997). Her hasta sodyum dengesi yönünden ayrıca değerlendirilmelidir. Özellikle diyaliz hastalarında sodyuma bağlı ödem, nefes darlığı, kan basıncı değişimi ve kilodaki değişimler açısından dikkatlice incelenmelidir (Akpolat ve Utaş, 1999). Tuz kaybeden nefritli diyaliz hastaların idrarla kaybettikleri tuzu almaları gerekir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Dikkat edilmesi gereken bir diğerk nokta yerine düşük sodyum içeren“**yalancı tuz**”lar böbrek hastalarında kullanılmamalıdır. Zira bunlarda potasyum mevcuttur. Etiketler dikkatle okunmalıdır (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Potasyum: Günlük potasyum alımı, normal bir kişi için ortalama 50-150 mEq'dır (2-6 gram). Alınan potasyumun yaklaşık % 30 u bağırsaklar yoluyla, çoğunluğu böbrekler yardımıyla, kalanı ise diyalizat yolu ile kaybedilir. Hemodiyaliz hastaları için, günde yaklaşık bir litre idrar yapıyorsa diyetle hafif potasyum kısıtlaması yapması önerilmelidir (Akpolat ve Utaş, 1999). Potasyumu kısıtlarken hastanın beslenme alışkanlığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Günde 40 mEq'dan düşük potasyumla hazırlanan yemekler lezzetsiz olacağından gıdalardaki seviyeler günde 40-60 mEq arasında tutulmalıdır (Erek ve Serdengeçti, 1997). Hemodiyaliz hastalarında hiperpotasemi hayatı tehdit edebilecek boyutlara ulaşabilir, bunun en önemli nedeni diyetle uyumsuzluktur. Bu nedenle hastalar potasyumdan zengin gıdaları kısıtlı tüketmek konusunda eğitilmelidir (Akpolat ve Utaş, 1999).

Fosfor: Hastalara önerilen miktardaki proteinli bir diyetle kullanılan fosfor miktarı günde 1200 mg'dır. Fakat diyaliz hastalarında fosforu 1200 mg'nin altına düşürmek pek mümkün değildir. Bu yüzden fosfor bağlayıcı ilaçlara sürekli olarak gerek duyulmaktadır (Akpolat ve Utaş, 1999). Fosfordan zengin gıdalar aynı zamanda temel protein kaynağıdır. Bu nedenle fosfor kaynakları kısıtlandığında protein malnutrisyonu da önemli bir problem haline gelir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Kalsiyum: Negatif kalsiyum dengesi nedeni ile kalsiyum gereksinimi hemodiyaliz hastalarında diğerk hastalara göre artmıştır. Negatif kalsiyum dengesinin normal değerlerini sağlamak için hemodiyaliz hastalarında vitamin D kullanılabilir. Ayrıca tedavilerde kalsiyum tuzları fosfor bağlayıcı olarak kullanılmakta ve böylece fosforu bağlayan kalsiyumun %25 kadarı bir kısmının bağırsak yolu ile emilebilmektedir (Akpolat ve Utaş, 1999). Bu nedenle D vitamini analoglarının kullanımı kalsiyumun bağırsaktan geri emilimini artırır. Kalsiyumun bulunduğu başlıca gıdalar peynir, süt ve diğerk süt ürünleridir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Fiber (Lif): Sağlıklı insanlar gibi günde 20-25 gram kadar fiber almaları diyaliz hastalarına da önerilmektedir. Diyaliz hastalarının diyetlerinin çok kısıtlı olmadıkları zaman birçok hastada fiber takviyesi gereklidir (Akpolat ve Utaş, 1999).

Vitamin ve Eser elementler: Diyalizat yolu ile oluşan kayıplar sebebiyle, bunun yanında alım yetersizliği ile oluşan metabolik bozukluklar, özellikle suda eriyen vitamin ve mineral eksikliğine yol açmaktadır. Suda eriyen folik asit, vitamin B1, askorbik asit kaybı diyalize giren hastalarda sık olarak görülmektedir. Suda erimeyen, D vitamini ise kronik böbrek yetmezliği nedeniyle eksik olduğundan dışarıdan takviye edilerek yerine konulması gereklidir. Minerallerden kalsiyum, demir ve çinko yetersizliğinden kaynaklanan semptomlar; demir eksikliğine bağlı anemi, kemik hastalığı, iştahsızlık gibi bulgular görülmektedir (Akpolat ve Utaş, 1999).

Kolesterol ve Trigliserid: Üremik, diyaliz ve transplant hastalarında lipit yükselmesi görülebilir (Erek ve Serdengeçti, 1997). Kolesterolü yüksek olan hastalarda özellikle aşırı kiloya sahip kişilerde kilo kontrolü, diyetinin yağ içeriğinin ayarlanması ve bu kişilerde fizik aktivitelerinin artırılmasına yönelik önlemler gereklidir. Akpolat ve Utaş, (1999) hipertonic solüsyon kullanımının azaltılması yoluyla (SAPD hastaları için), diyetinde basit şekerin kısıtlanabileceğini ve böylece doymamış yağların doymuş yağa oranının 2/1 civarında tutulabileceğini öngörmektedir.

Kronik diyaliz hastalarında malnütrisyon oldukça sık karşılaşılan bir problemdir ve hem hemodiyaliz, hem de periton diyalizi hastalarının üçte birini etkiler. Malnütrisyon yetersiz beslenmeye, artmış kayba veya protein katabolizmasında artışa bağlı olabilir (Bozfağlıoğlu, 2003). Bazı hastalarda, malnütrisyonu rağmen yeterli miktarda gıda alamama nedeni ile beslenme desteği gerekli olabilir. Yeterli miktarda gıda alamayan malnütrisyonlu hastaların büyük bir kısmı diyetler ve takviyelerle bir miktar gıda alımı sağlanmalıdır. Bu hastalara aynı zamanda enteral ve parenteral destek de uygulanabilir (Akpolat ve Utaş, 1999).

Tablo 9: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyet Modifikasyonu

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyet Modifikasyonu			
Komponent	Prediyaliz	Hemodiyaliz	Periton Diyalizi
Protein	Günde 0,55-0,60 g/kg (günde 0,35 g/kg yüksek biyolojik değer)	Günde 1,0 -1,4 g/kg	Günde 1,2 - 1,4 g/kg
Kalsiyum	1400-1600 mg/gün	1400 – 1600 mg/gün	1400-1600 mg/gün
Fosfor	Günde 5-10 mg/kg	Günde ≤ 17 mg/kg	Günde ≤ 17 mg/kg
Sodyum	1000-3000 mg/kg	1000-1500 mg/kg	Fazlalık diyalizatla tahliye edilir.
Potasyum	Hiperkalemik olmadıkça gerekmez.	1500-2700 mg/kg	Nadiren gerekli

Kaynak: Harrison's İç hastalıkları Prensipleri El Kitabı (Fauci ve Wilson, 2001).

1.6.1. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Hastanın beslenme durumu: klinik değerlendirme, kan biyokimyası, antropometrik verilere ve uygulandığı diyet nitelikli diyetisyen/beslenme uzmanı veya bu hususta yetişmiş hemşire veya hekim tarafından tayin edilir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

İyi bir beslenmeyi sağlamak için aşağıdaki belirtilecek olan hususlara dikkat edilmelidir:

A.Hastanın sorgulanması: Bulantı, kusma, iştahsızlık gibi semptomlar ile birlikte yakın zaman içinde vücut ağırlığındaki değişiklikler dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve nedenleri araştırılmalıdır. Konjetif kalp yetmezliği, diyabet, çeşitli gastrointestinal hastalıklar ve depresyon gibi kronik medikal durumlara bağlı olarak beslenme durumu etkilenebilir (Bozfakıoğlu, 2003).

B.Besin alımının değerlendirilmesi: Hastanın gerek diyaliz günlerinde gerekse diyaliz dışı günlerindeki gıda alımının sorgulanması protein, yağ ve karbonhidrat alımı hakkında bilgi edinilmesini sağlar. Diyaliz günlerindeki gıda alımı, diyaliz dışı günlere göre yaklaşık %20 daha azdır (Bozfakıoğlu, 2003).

C.İlaç alımı: Alüminyum bağlayıcı antiasidlerin veya oral demir preparatlarının alınmasına bağlı oluşan dispepsi, besin alımını kısıtlayabilir. Prednizol ve diğer katobolik steroidler ve tetra siklinler gibi ilaçların alınmasına bağlı olarak protein katabolizmasını artırabilir (Bozfakıoğlu, 2003).

D.Fizik muayene ve antropometri: İdeal vücut ağırlığı ile gerçek vücut ağırlığının karşılaştırılması ve mukoz membranların, saç ve kılların ve cildin incelenmesi ile beslenme durumu hakkında genel bir fikir edinilebilir (Bozfakıoğlu, 2003).

Antropometrik veriler (Vücut ölçüleri)

- Her zamanki, ideal olan ve şu andaki ağırlık, boy, boy- kilo oranı
- Kol orta çapı
- Triseps kası, cilt adale kıvrım kalınlığı (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Nelson ve arkadaşlarına göre (1990); bu ölçümler, beslenme durumu iyi olan diyaliz hastalarından elde edilmiş olan referans değerler ile karşılaştırılabilir.

Gerek kol ortası çevresi, gerekse triseps katlanmış cilt kalınlığı 25. Persantil' in altında olan hastalar malnütrisyon riski altındadır (Bozfakıoğlu, 2003).

E. Biyoimpedans: Biyoimpedans analizi, hastaya uygulanan sabit bir alterne elektrik akımına olan rezistansın ve reaktansın ölçülmesi temeline dayanır. Rezistans ve total vücut kitlesini kullanarak, rezistans/reaktans oranından veya bunun geometrik türevi olan faz açısından elde edilen ampirik formüller ile total vücut suyu tahmin edilir. Faz açısı, antropometrik ölçümler ve serum albumin düzeyi gibi beslenme durumunu belirleyen diğer parametreler ile sıkı bir korelasyon gösterir (Bozfakıoğlu, 2003).

F.Laboratuvar Testleri: Laboratuvar değerleri kan biyokimyası parametreleri ile değerlendirilir:

Kan biyokimyası;

- Serum, albumin, total protein, transferrin,
- Üre, kreatinin,
- Elektrolit dengesi, kalsiyum, fosfor,
- Kolesterol, trigliserid,
- Hemotokrit, Hb. Sedimantasyon ile değerlendirilir (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Serum albumin düzeyi, kronik hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında düşük serum albumin düzeyleri ve hospitalizasyon sıklığının güçlü bir göstergesidir. Owen ve ark, 1993; Held ve ark, 1994; Churchill ve ark, 1996; göre Serum albumin düzeyleri 4,0 g/dl altına inince mortalite riski dramatik olarak artar. Serum albumin düzeylerinin ölçüldüğü metoda göre %20'ye varan değişik sonuçlarla karşılaşabilir. Dahası, malnütrisyondan diğer bulgularını gösterenlerde serum albumin düzeyleri düşer ve besin desteği olduğunda yükselir.

Serum transferrin düzeyi, hemen hemen tüm diyaliz hastalarında düşüktür. Bu nedenle bu popülasyonda beslenme durumunu yansıtan iyi bir parametre olmayabilir (Bozfakıoğlu, 2003).

Tablo 10: Beslenmenin Klinik ve Biyokimyasal Göstergeleri

Faktör	Göstergesi
Klinik	
Beden ağırlığı	Beden ağırlığında bir ay içinde açıklanamayan \geq %5' lik kayıp Net beden ağırlığında aşırı artış
BKI	< 18,5
Sıvı	Sıvı alımı > 1 kg/gün
Biyokimyasal	
Serum albumin düzeyi	< 32 g/L veya giderek azalma
Serum potasyum Düzeyi	Hemodiyaliz seansı arasında çok uzun süre geçtikten sonra > 6,0 mmol/L
Serum fosfat düzeyi	Rutin olarak > 2 mmol/L
Serum kreatinin düzeyi	Giderek azalan
Diyaliz öncesi üre düzeyi	Rutin olarak < 20 mmol/L
Total kolesterol düzeyi	> 4,0 mmol/L ^(a)
HDL-C düzeyi	< 1,0 mmol/L ^(a)
Trigliserit düzeyi	> 2, 0 mmol/L ^(a)
Kan glikoz düzeyi	Sürekli yüksek

Bu düzeylerde Kalp Vakfı (Heart Foundation) diyet girişimini önermektedir (Harris ve Elder, 2008).

1.7. HEMODİYALİZ VE HEMŞİRE

Dünya Sağlık Örgütüne göre hemşirelik süreci, hem sağlıklı hem de hasta bireylerin, ailenin ve toplumun bakım gereksinimlerini ve sorunları belirlenmede, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve sonucun değerlendirilmesinde katkıda bulunan sistemli bir yaklaşımdır (Babadağ ve Aştı, 2012).

Hemodiyaliz öncesi ve sonrası hasta bakımı şunları içermektedir:

- Hemodiyaliz öncesi hazırlık yapılması,
- Hemodiyaliz süresini başlatma,
- Hemodiyaliz esnasında ve sonrasında hastanın takip edilmesi,
- Hemodiyalizin sonlandırılması ve süresinin tamamlanması,
- Hemodiyaliz sonunda hasta gözlemi,

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan kronik hastalıklardaki artmada yaşamımızdaki yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalığın getirdiği bazı kısıtlamalar ve zorluklar hem aile için hem de kendisi için yaşam kalitemizi ve yaşam süremizi etkilemektedir. Bu nedenle kronik böbrek yetmezliği hastaları multidisipliner ve sistemli bir şekilde ele alınmalıdır (Kaymak, 2012).

Diyaliz başlamasından sonlanmasına kadar nefroloji hemşireliği genel bakım ve izlemesi yanında, farklı kökenli olan değişik komplikasyonların önlenmesi ve ortaya çıktığında, bazıları için (kramplar, hipotansiyon gibi) ilk tedavi girişimlerinin en erken dönemde yapılabilmesi için hastanın kendisinin ve tüm monitör uyarı sistemlerinin çok yakından izlenmesi gerekir. Diyaliz süresince çocukların tüm gereksinimleri hemşire tarafından karşılanır. Bu bakımdan hemodiyaliz hemşiresi hem çocuk ve kronik hasta çocuk psikolojisi hem de bir ölçüde de olsa iyileşmez hastalık eğitimi görmelidir. Diyaliz süresince 4-5 saatin her dakikasını beraber geçirecektir.

Bu zaman hastalanan rehabilitasyonu içinde hemşire tarafından en yararlı şekilde kullanabilmelidir. Bu her anlamda hastayı sadece yaşatmak değil, yaşamın için döndürülmek, bu amaçla hastalara seçenekler sunabilme sanatıdır (Erek ve Serdengeçti, 1997).

Hemodiyaliz tedavisi süresince, daha evvel gündeme gelmediyse, ailede böbrek vericisi varsa kan uyumu, doku uyumu testleri uygun vericiler saptanmalı,

yoksa kadavra programına alınabilme çalışmaları tamamlanmalıdır. Hasta çocuğu uzun yıllardır çok yakından tanıyan hemodiyaliz hemşiresi, transplantasyon hemşiresi olabilmek için en uygun insandır. Ancak bu daha kapsamlı ve özel bir eğitim gerekliliğini de beraberinde getirir (Erek ve Serdenęeti, 1997).

Hemodiyaliz, Nefroloji hemşiresinin hasta bakımını çok yoğun ve çoğu zamanda yalnız başına üstlenme durumunda kaldığı bir uygulama alanıdır. Çok yönlü sorumlulukların üstesinden gelebilmesinde bilgi, beceri kazandıracak uygun süreli uygulamalı bir eğitimden geçmesi gerekmektedir (Erek ve Serdenęeti, 1997). Hemşireler mesleğin ve sağlığın gelişimine katkıda bulunacak nitelikli, bilimsel ve güvenilir araştırmalar yapma sorumluluklarını yerine getirmek durumundadırlar. Wilson 1989 göre; hemşirelik araştırmalarında genellikle insanların hastalığa ilişkin tutumları, baş etme davranışları, destek sistemleri, toplum iletişim ağı, çevresel baskılara ilişkin deneyimleri sağlıkla ilgili tutumlarına odaklanırlar (Erefe, 2012).

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞAM KALİTESİ KAVRAMININ TEORİK ÇERÇEVESİ

2.1.Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı

Yaşam kalitesi için birçok tanım yapılmıştır. Patric ve Erickson (1993) kişilerin yaşam kalitesini; yaşam süresini, özürlülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanmasını ve sosyal-kültürel avantaj ve dezavantajları içeren temel bir kavram olarak görürler. Fayos (1995) yaşam kalitesini ‘kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri’ şeklinde tanımlar. Maeland’ın (1999) yaşam kalitesinde ise 4 farklı kavram vardır: Mutluluk, memnuniyet, gereksinim duyulan memnuniyet ve kendini gerçekleştirme. Hoernquist fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal ihtiyaçları tatmin olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseleceğini iddia eder (De Haes ve Van Knippenberg, 1984). Cella (1992) fiziksel, fonksiyonel, duygusal ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik halinin yaşam kalitesini belirlediğini belirtir. Szalai (1996) ise daha basit bir şekilde bireyin yaşamının iyi ve tatminkâr özelliklerinin genel değerlendirmesi olarak yaşam kalitesini tanımlar. Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedir:

- a) Zaman içindeki dinamik özelliği
- b) Çok fazla boyut kazanması
- c) Bireylerin çevre ile olan etkileşimi
- d) Bireyin gelecekteki olaylara uyum göstermesi ‘yaşam kalitesi = f(doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin ve toplumun bu yöndeki çabaları))’.

Campell (1976), yaşam kalitesinin “üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediğini” söyler. Fayos ve ark (1995) ise yaşam kalitesini hastalarının kendi yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri şeklinde tanımlar. Shaw’un (2012) yaşam kalitesinin matematiksel bir formülü vardır: yaşam kalitesi = f(doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları ve toplumun bu yöndeki çabaları)). Butreckhardt (1993)’a göre yaşamın kaliteli

olabilmesi için her türlü doyum bulma, fiziksel ve ekonomik yönden iyilik, bireyler ile iyi ilişkiler kurma, toplumsal/vatandaşlık/medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğe sahip olma ve bireylerin kendini geliştirmesi ve eğlenceye zaman ayırması gereklidir (Perim, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini (quality of life), "hedefleri, beklentileri, standartları ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlar. Yaşam kalitesini başka bir ifadeyle ise; "kişinin içinde yaşadığı sosyo-kültürel ortamda sürdürmesi" bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değildir, sübjektif bir niteliktir ve pahalı zevklerle bir ilişkisi yoktur. Bu yüzden kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini ne ölçüde memnun olduklarının bu yönlerinin onları ne ölçüde rahatsız ettiğinin kendisi tarafından algılanmasıdır. Örneğin; merdiven inip çıkamamak bir fiziksel işlev kaybı olarak değerlendirilirken, merdiven çıkamayan bir kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algısı yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Çünkü merdiven çıkamayan biri, bir hasta yakınıni ziyaret edemeyişi ve rahatsızlanan hastanın aniden kaybedilmesiyle kendini sorumlu tutması, onun yaşam kalitesi üzerinde ciddi tahribat oluşturabilir. Fakat merdiven çıkamayan bir kişi ve geçici bir fırsat olarak görüp kitap okuyarak veya kitap okuyan bir kişiyi dinleyerek çok zamandır yapmak istediği bir arzusunu gerçekleştirmeye çalışan biri yaşam kalitesi üzerinde olumlu katkı bile sunabilir (Reha, 2013).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Yaşam kalitesi boyutları bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlığı içermeyen yaşam kalitesi kavramları şunlardır: Değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü. Bu kavramlar, kronik hastalığı olan bir birey için özellikle bedensel ve psikolojik durumu açısından zaman içerisinde daha da önemli hale gelecektir (Reha, 2013).

Burada tanımlanan Dünya Sağlık Örgütü' ne göre sağlığın tanımı; yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olma halidir (Reha, 2013).

Hayatın kalitesi kavramı günümüzde ortak birçok ciddi çalışmaya konu olmaktadır. Sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri bu alanlardan sadece ikisidir. Günümüzde artık, hayatın kalitesi kavramı oldukça yaygın bir şekilde profesyonel bir faaliyetin amacı olarak tanımlanmaktadır ve bu amaç aynı zamanda refah ve sağlık kriterlerindeki objektiflik unsurlarına benzer ve eş bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Hayatın kalitesi kavramı bu tür ciddi alanlarda kullanıldığı zaman, çeşitli boyutlarıyla ele alınabilecek ve ölçülebilecek şekilde olmalıdır. Sosyal ve sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarda ve bu alandaki politikaların belirlenmesinde bu yeni akıma yönlendirilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda hayatın kalitesi ölçütü ve bu alanda kullanılacak ölçütlerin belirlenmesi ve bunların boyutlarının anlaşılabilmesi önemli olacaktır. Bu durumda aynı zamanda bu alanda çalışan uzmanların varlığına ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Bunun anlamı, hayatın kalitesi konusunda çalışan teknisyenler, bilim adamları, akademisyenler, kurumlar ve enstitülerin varlığı demektir (Mutlu ve Işık, 2005).

Sağlık sektöründe kullanılan teknikler, daha çok ekonomik değerlendirme yapılırken para ile ifade edilebilen unsurların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu iktisadi analiz teknikleri aslında sağlığı tanımlarken açıklamış olduğumuz objektif sağlık durumunun değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. Bunun yanında, bazı yöntemler yardımıyla da sağlık hizmetleri sonucu elde edilen hayat kalitesi değerlendirilebilmektedir. Bu bakış açısında temel olarak, sağlık hizmeti hastayı en çok memnun eden hizmetlerin seçilmesi kazanılan gün sayısından daha önemlidir. Yani bir anlamda kazanılan gün sayısından çok hayatın kalitesi önemlidir. Hayatın kalitesinin değerlendirilmesi ise bir anlamda kişilere bağlı olduğu için subjektif bir kavramdır. Bunun için sağlık ekonomisi literatüründe “hayatın kalitesi” kavramı subjektif sağlık konusu olarak da ele alınmaktadır. Ayrıca hayatın kalitesi kavramını ölçmek için de çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005).

Sağlık bilimlerinden, işletme bilimi ve bunların alt disiplinlerine kadar geniş bir alanda bu konuyla ilgili yapılan çalışmaları bulmak mümkündür. İnsan hayatına kalite getiren unsurları objektif ve sübjektif olarak ikiye ayrılmaktadır. Objektif kriterler arasında kişinin sağlık statüsü, ekonomik durumu, barınma koşulları, ikamet yeri ve aile durumu gibi kriterler yer almaktadır. Kişinin sübjektif kriterlerine bakıldığında ise kişinin değişimi ve dışsal koşulların da varlığı görülebilir, aynı zamanda kişinin hisleri, duyguları ve hayata bakışı sübjektif sağlık kavramı içinde yer almaktadır. Objektif kriterlerden yararlanılabilir, ancak sübjektif anlamda kalitenin belirlenmesi için kişinin kendi ifadelerini dile getirmesi gerekir. Bunun için uygulamada birçok yöntem vardır. NHP, QALY ve Swedish Instrument gibi (Mutlu ve Işık, 2005).

2.2.Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Bireysel ve toplumsal refahın ölçülmesi açısından hayatın kalitesi kavramının sosyal bilimciler açısından önemi büyüktür ve bunun için hayatın kalitesi ve refah kavramlarının bütün boyutlarıyla ortaya konması gerekir (Mutlu ve Işık, 2005).

Diğer yandan hayatın kalitesi konusunda sağlanan bu gelişmelerden sadece sosyal bilimler etkilenmemiş, bu konu aynı zamanda tıp ve sağlık bilimleri içerisindeki yerini almaya başlamıştır. Buna neden olan birçok faktörden söz edilebilir. Bunlardan en önemlisi sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin önemli etkisidir. Teknolojik gelişmelerin sağlanması ortalama yaşam süresinin yükselmesine olumlu etki yaptığı gibi, geçmiş yıllarla kıyaslandığında ortaya çıkan hastalıkların önlenmesi ve en aza indirilmesinde de etkindir. Teknolojik gelişmeler kişilerin ve toplumların sağlık düzeylerini iyileştirdiği gibi, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve koşulların düzelmesine de yardımcı olmaktadır; böylece bu süreçte yaşanan acı olaylar ve stres faktörü gibi olumsuz etkiler de azaltılabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005).

Tablo 11: Yaşam Kalitesini Belirlemeye Yönelik Olarak Hazırlanmış Bir Ölçek

BEDENSEL ALAN	BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ	ÇEVRE
Ağrı ve Rahatsızlık	Hareketlilik	Güvenlik
Canlılık-Bitkinlik	Günlük İşleri Yürütme	Ev Ortamı
Uyku ve Dinlenme	İlaçlara/Tedaviye Bağımlılık	Maddi Kaynaklar
Ruhsal Alan	Çalışabilme Gücü	Sağlık Hizmetleri/Sosyal Yardım
Olumlu Duygular	Sosyal İlişkiler	Ulaşılabilirlik/Nitelik
Düşünme, Öğrenme	Diğer Kişilerle İlişkiler	Yeni Bilgi/Beceri Olanakları
Benlik Saygısı	Sosyal Destek	Dinlenme/Boş Zaman Değerlendirme
Beden İmgesi-Dış Görünüş	Cinsel Yaşam	Kişisel İnanç
Olumsuz Duygular	Genel Sağlık	Yaşam Kalitesi

Kaynak: Fırat Reha., ‘Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı? Köprü Dergisi’, <http://www.koprudergisi.com/> (01.03.2016).

Aslında bu alt başlıkların benzer olanlarını bir araya getirirsek yaşam kalitesi dört ana başlık ya da dört temel alanda ortaya çıkar:

1. Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.).
2. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
3. Dışsal doğal çevre alanı (hava ve su kalitesi, çevresel hijyen vb.)
4. Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) Yaşam kalitesinin coğrafi düzeyleri ise sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslararası ve küresel düzeylerde karşımıza çıkar (Reha, 2013).

Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesi alanları:

1- Psikolojik esenlik

- * Doyum alma.....Oto kontrol
- * Yararlılık.....Anksiyete

2- Fiziksel esenlik/ yeterlik

- * Yeme içme
- * İştah
- * Seks
- * Uyku
- * Yorgunluk
- * Sağlık – hastalık algısı

3- Sosyal ve bireysel esenlik

- * Sosyal etkinlik

4- Ekonomik ve maddi esenlik

- * Geleceğe ilişkin güven
- * Sigorta
- * Barınma
- * İş güvencesi vb. (Perim, 2007).

3-14 Haziran 1996 tarihinde yapılan Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Konferansı Habitat II, İstanbul Deklarasyonu'nun 30 ve 36. maddeleri aşağıdaki gibidir:

" (30) Tüm insan toplulukların yaşam kalitesi, kültürel faktörlerin yanı sıra ekonomik, sosyal ve çevresel (köy, kasaba ve kentlerimizin fizik koşullarına ve mekansal karakteristiklerine) koşullarına bağlıdır. Kentlerin hayati biçimde etkileyen unsurları şunlardır: Yerleşim düzeni, toprak kullanma biçimleri, nüfus ve yapı yoğunlukları, ulaşım, temel mal, kamu hizmetlerine erişim kolaylığı ve halka açık tesisler, yerleşmelerin yaşanabilirliğini bunlar içerisinde yer alır" (Reha, 2013).

" (36) İnsan sağlığı ve yaşam kalitesi, erişilebilir insan yerleşmeleri geliştirme çabalarının ortasındadır. Bu nedenle kendimizi, kaliteli eğitimden evrensel ve eşit yararlanmaya, beden, ruh ve çevre sağlığında erişilebilecek en yüksek standartları gerçekteştirmeye, temel sağlık hizmetlerine eşit erişime, ırk, ulusal koken, cinsiyet, yaş ve ozurluluk ayırımı gozetmeksizin, ortak ve ozel kulturlerimize saygi duyarak ve geliştirerek, konut dahil olmak uzere toplumsal ve ekonomik koşullara ilişkin eşitsizlikleri gidermek iwin ozellikle gayret sarf etmeye adiyoruz" (Reha, 2013).

Yaşam kalitesini artıran durumlar

Yaşam kalitesinin yukseltilebilmesi iwin; bireyin:

- Ekonomik ve sosyal guvence iwinde olması,
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,
- Guven iwinde yasaması,
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı iwinde olması,
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler iwinde olması,
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması,
- İtibar goermesi,
- Otonomisinin olması,
- Mahremiyetine değer verilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi,
- Fonksiyonel olarak yeterli olması,
- Ozgun bir birey olarak algılanması,
- Huzur iwinde olması, inanç ve değerlerine saygi gosterilmesi gerekmektedir.

Yaşam kalitesini etkileyen ya da belirleyen faktorler arasında bir oncelik veya onem hiyerarşisinden soz edilebilir; bu konuda Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi teorisi bize fikir verebilir. Abraham Maslow, insanların neden farklı zamanlarda farklı gereksinimlerini on plana çıkardıklarını araştırmış ve bir ihtiyaç hiyerarşisi teorisi geliştirmiştir. Bu teoriye gore, insanın gereksinimleri 1'den 5'e doğru onem sırasıyla:

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
 2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
 3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
 4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
 5. 5.Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...)
- (Reha, 2013)

Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi teorisine göre, en önce kişi ‘‘gereksinimini tatmin etme’’ yolları aramaya çalışır. İlk olarak birinci düzeydeki gereksinim karşılandığı zaman sıra bir sonraki gereksinimi karşılamaya geçer. Örnek vermek gerekirse; açlık çeken bir insanın toplum sağlığıyla ya da son çıkan müziğin gelişmeleriyle ilgilenmesini beklemek mümkün değildir. Bu durumu aynı zamanda şu şekilde de açıklayabiliriz: Temel gereksinimlerini karşılayamayacağı endişesine kapılmış kişiler, etik kaygılar içerisinde ikinci plana atılarak bu kişilere temel gereksinimleri karşılanacağı söylenerek kolaylıkla kandırılabilir ve etik dışı işlere yönlendirilerek yanlış işler yaptırılabilir (Reha, 2013).

Maslow'un teorisi, bize toplumumuzun hayat kalitesini arttırmak için hangi noktalara öncelik vermemiz gerektiği hakkında fikir veriyor. Hedef kuşkusuz toplumun çoğunluğunu 5. gereksinim düzeyine çıkarabilmek ve bu düzeyde de mutlu edebilmektir. Bu teori, bizi aynı zamanda bir konuda uyarıyor. İnsan istekleri tükenmeyen bir varlıktır; bir gereksinim düzeyi karşılamak için yapılan çalışmaların sonraki düzeylerle çelişmemesi gerekir. Örneğin temel gereksinimler için gerekli altyapıları kurarken çevrenin sorumsuzca tahrip edilmesinin bedelini, toplumun gelecek nesilleri, eksilen hayat kaliteleriyle ağır bir şekilde öderler (Reha F., 2013).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi:

Bireyin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanır ve değerlendirilir.

Ölçeklerde;

- Fiziksel fonksiyonu
- Sosyal fonksiyonu
- Fiziksel rol fonksiyonu
- Emosyonel fonksiyonu
- Mental sağlık durumu
- Enerji (zindelik) / yorgunluk, ağrı
- Genel sağlık algısı gibi konular ele alınır (Perim, 2007).

Günümüze kadar geliştirilen bazı ölçeklerden bazıları verilmiştir.

2.2.1. Nottingham Sağlık Profili

1970 yıllarda İngiltere’de Nottingham Üniversitesi, Toplum Sağlığı Bölümü, araştırmacıları tarafından geliştirilen Nottingham Sağlık Profili olarak adlandırılan bir yaklaşımdır. Bu yöntem sübjektif sağlık ölçüm yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde sübjektif sağlığı ölçmek amacıyla temel bazı sorular sorulmakta ve daha sonra bu sorulara verilen cevapları standart tıbbi teknikler ile karşılaştırılarak yaşam kalitesi ölçülmeye çalışılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Sübjektif sağlık ile ilgili araştırmalarda güvenilir bir sonucun elde edilebilmesi için profesyonellerin kullandığı dilden farklı olarak, saha çalışmalarında gündelik hayatta kullanılan dilin kullanılması gerekmektedir. NHP instrument teknik ifadeler içermemekle beraber kişilerin sağlık durumlarının iyi olup olmadığı konuşma diline özgü kelimelerle ifade etmelerini sağlamaktır (Mutlu ve Işık, 2012).

2.2.2.Hastalık Etki Profili (SIP)

Hastalık etki profili olarak adlandırılan kısa adıyla SIP (The Sickness Impact Profile), NHP'nin bazı eksik tarafları olduğu düşünülerek ABD'li araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem NHP'ye göre kapsadığı alan bakımından daha zengindir.

Hastalık etki profilinin özellikleri aşağıdaki gibidir.

- a. SIP' in ölçülerinden biri, hastalığın kişinin günlük aktiviteleri üzerindeki etkileri olarak tanımlanmaktadır. Bütün maddeler bundan dolayı NHP yönteminin aksine ilişkiler ve mental durumlar yerine, aktivitelere dayandırılmaktadır.
- b. Aktiviteler sağlık ve rahatsızlıkla ilişkilendirilmiş ise dikkate alınmakta ve beyanı istenen kimseden bu yönde olumlu bir yanıt beklenmektedir.

SIP yaklaşımında yaşam kalitesinin ölçülmesinin aracı hastalıklar tarafından etkilenme düzeyi olarak ele alınmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

SIP yaklaşımında hastalığın tam taminin yapılmış olmaması bir eksiklik olarak ileri sürülmektedir (Mutlu ve Işık, 2012). Hastalığın ne olduğu, sonuçlarının ne olduğu konusunda kişilerin kendi yorumlarını ele almayı tercih etmektedir. SIP'in günümüzdeki uygulamaları daha çok "algılanan sağlığın bir ölçüsü" olduğu yönündedir (Mutlu ve Işık, 2012).

2.2.3. Naes ve Swedish Instrument

Bu yaklaşım Norveçli psikolog Siri Naes tarafından geliştirilmiştir. Kajandi yaklaşımının da temeli Norveçli psikolog Siri Naes 'in çalışmasına dayanmaktadır. Uygulamada Kajandi yaklaşımı olarak da adlandırılan Swedish Instrumenti ele alırken öncelikle NHP ile arasındaki farklara bakılacak olursa, kajandi yaklaşımı subjektif sağlığı ölçmek için NHP yönteminden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. Bunun yanında yaklaşımın ilk amacı psikiyatrik bakım hizmetleridir. Naes'in teorisinde yaşam kalitesini belirleyen dört unsur vardır.

Bunlar; faaliyet, iyi kişisel ilişkiler, kendine saygı ve mutluluk halidir. Kajandi yaklaşımında ise üç unsur üzerinde durulmuştur. Bunlar; dışsal hayat şartları, kişiler arası ilişkiler ve iç psikolojik durumdur (Akdağ, 2012).

2.2.4.İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı Ve Aggernaes

İnsan ihtiyaçları denilince ilk akla gelen isimlerden biri kuşkusuz ki Maslow ve çalışması, insan ihtiyaçları hiyerarşisidir. Maslow, gereksinimleri fizyolojik (nefes, besin, su, cinsellik, uyku, denge, boşaltım), güvenlik (vücut, iş, kaynak, etik, aile, sağlık, mülkiyet güvenliği), ait olma (kendine saygı, güven, başarı, diğerlerinin saygısı, başkalarına saygı), saygınlık ve kendini gerçekleştirme gereksinimi (erdem, yaratıcılık, doğallık, problem çözme, ön yargısız olma, gerçeklerin kabulü) diye beş kategoriye ayırmaktadır. Maslow' a göre bir kişinin temel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi demek, yukarıda belirtilen ihtiyaçların kesin ve tam olarak tatmin edilmesine bağlıdır (Akdağ, 2012).

Aggernaes'in teorisinde yaşam kalitesi, ihtiyaçlar çerçevesinde tanımlanmıştır. Aggernaes'e göre bir kişinin ihtiyaçlarının en iyi şekilde tatmin edilmiş olması, o bireyin yaşam kalitesinin üst düzeyde olduğunu gösterir. Temel ihtiyaçlar, bugüne kadar incelenmiş kültürlerde yaşayan insanların ihtiyaçlarıdır. Ancak bu ihtiyaçların tatmin edilmemesi durumu insanlara kendini bir çeşit acı ya da yaşam kalitesinde düşüş şeklinde gösterecektir. Aggernaes'in teorisine olumlu eleştirilerin yanında olumsuz eleştirilerde vardır. Aggernaes'in teorisine geen eleştiriler, bir ihtiyacın tatmin edildiğinin düşünülmesi için hangi şartların yerine gelmesi gerektiği noktasına tam olarak bir açıklık getirilmemesine gelmektedir (Akdağ, 2012).

2.2.5.Ekonomik Yaklaşım “Quality Adjusted Life Years” ve York Okulu

York Okulu yaklaşımı ekonomik bir yaklaşım olması sebebiyle diğer yaklaşımlardan ayrılmaktadır. Sağlık alanında yaşam kalitesi ve sağlığın ölçülmesinde kullanılan bu yaklaşım ekonomik yaklaşım olarak da adlandırılmaktadır. Rachel

Rosser tarafından ortaya atılmış daha sonra Alan Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu yaklaşım York Yaklaşımı olarak ele alındığı gibi, “Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı “ (Quality Adjusted Life Years, kısaca QALYs ya da QALY) olarak da kullanılmaktadır. Quality Adjusted Life Years, kaliteye endeksli yaşam yılı (QALY), sağlıkta iyileşme derecesi ve iyileşmenin oluşturduğu zaman aralığı ve yaşam yılında herhangi bir artış da dahil olmak üzere tıbbi tedavilerin ve müdahalelerin performanslarının sonucundaki iki önemli boyutu tek bir ölçü halinde çıkaran bir sağlık indeksidir (Akdağ, 2012).

Qaly yaşam kalitesi temelinde iki kavram üzerinde yoğunlaşmıştır; yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi. QALY sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin bir ölçөгüdür. Bu terim, İngilizce “kaliteye endeksli yaşam yılı” anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmuştur. Bu ölçekte, mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl “1 QALY” olarak ifade edilir, mükemmelden kötü sağlık durumlarında geçirilen bir yıl ise, sağlık durumunun ciddiyetine göre 0 ile 1 arasındaki değerler olarak ifade edilir. Örneğin tekerlekli sandalyede geçirilen bir yıl 0,5 qaly olarak ifade edilir. Ölüm durumu ise (bazı özel durumlar dışında) 0 ile ifade edilir. Ayrıca QALY ‘ler hemen her sağlık durumunu ifade etmede kullanılabileceğinden, hem aynı hastalık için var olan tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında, hem de farklı hastalıklar için önerilen tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında kullanılabilir. Bu nedenle QALY’ler birçok ülkenin geri ödeme sistemlerindeki karar alma süreçlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Akdağ, 2012).

2.2.6. EuroQol – 5D (EQ-5D)

Qaly değerlendirmelerinde en sık kullanılan kompozit ölçeklerinden biri EQD ya da Euroqol’dır. Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu, sağlık durumunu, “hareket edebilme”, “kendi kendine bakabilme”, “olağan işleri yapabilme”, “ağrı /rahatsızlık” ve “endişe/moral bozukluğu” olmak üzere 5 başlık altında değerlendirmektedir. EUROQoL (EQ5D) ölçөгünde her başlık için bireylere üç seçenek sunulur (sorun yok, biraz sorun var, ciddi sorun var) (Mutlu ve ışık, 2012).

Kullanımı ve yorumlanması kolay, ulusal ve uluslararası farklı çalışmalardan elde edilecek sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak kısa ve basit bir ölçek olarak tasarlanan EQ5D, 243 farklı sağlık durumunu değerlendirebilmektedir. EQ5D Türkçe de dahil olmak üzere 60'tan fazla dile çevrilmiştir. Ancak skorların hesaplanmaları için gerekli olan “sosyal tercih skorları” Türkiye toplumu için adapte edilmediğinden Qaly hesaplanması ancak yabancı ülkeler için var olan skora sistemleri ile yapılabilir. Bu da Türkiye’de yaşayan insanların yargı, öncelik ve seçimlerini birebir yansıtmadığından sorunlu görülmüştür (Akdağ, 2012).

2.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)

Yüz soruluk bir uzun formu bir de 26 soruluk kısa formu (WHOQOL- BREF) olan bu ölçek, önce 15 merkezde başlayan, daha sonra Türkiye’nin de içinde olduğu 40’dan fazla ülkenin dahil olduğu çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiştir. Çok merkezli bir geliştirilme sürecine sahip olması ve kültürel çapraz geçerliliği olması bu ölçeği güvenilir kılmaktadır. Uzun form, bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarını içermekte olup ayrıca, her kültürel özel soruları içinde barındırmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

2.2.8. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL –C30)

Sağlığa endeksli yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda daha önce belirttiğimiz ölçekler genel ölçek grubuna girmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Qol Questionnaire) ise özel geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri arasında yer almaktadır. Onkolojik değerlendirmelerde çoğunlukla bu ölçek kullanılmaktadır. 1962 Yılında Henri Tagnon Avrupa’daki klinik araştırmaların Avrupalı uzman bir grupla birlikte Avrupa Kanser Kemoterapisi Grubunu kurmuştur. 1968 Yılında bu girişim Brüksel merkezli EORTC’ye dönüşmüştür (Mutlu ve Işık, 2012)

Çoğunlukla spesifik kanser vakaları üzerinde uygulanan bu ölçeğin genel anketi C-30, 30 sorudan ve üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, fiziksel işlevsellik, rol işlevselliği, duygusal işlevsellik, bilişsel ve sosyal işlevsellikten oluşan fonksiyonel boyut; yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık, ishal ve hastalığın maddi etkisinin bulunduğu belirti (semptom) boyutu ve genel sağlık durumunun yanında yaşam kalitesi ölçeği boyutudur. Belirtilen ilk iki boyut 28 soruyu oluştururken genel yaşam kalitesi ve sağlık durumu boyutu ise son iki soruyu oluşturmaktadır. C-30 anketinin yanında spesifik bir kanser hastalığı üzerinde yaşam kalitesi çalışması yapılacaksa, buna ek olarak daha spesifik ölçekler eklenmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü'nün spesifik olarak, akciğer kanseri (EORTC QLQ C-30), yumurtalık kanseri (QLQ- OV28), kolon kanseri (QLQ-CR38), mide kanseri (QLQ-STO22), mesane kanseri (QLQ-Blsup24, QLQ-Blmi30), beyin tümörü kanseri (QLQ-BN20), prostat kanseri (QLQ-PR25) gibi birçok kanser tipi ile ilgili ölçekleri vardır. Bu ölçeklerin birçoğunun Türkçe versiyonu da bulunmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

2.2.9.Kısa Form 36 (SF – 36)

SF-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur. Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study; HIS/MOS) 'nda kullanılmak üzere düşünülmüştür ve bu nedenle ilk yayınlanan olarak görülmektedir (Şirin, 2008).

Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin değişimi ölçmede

duyarlı olduğu da gösterilmiştir. Ölçek oldukça hızlı değerlendirme sağlamaktadır (Şirin, 2008).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Güler Fişek 'in katılımıyla başlamış Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (Şirin, 2008).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği, jenerik ölçüt özelliklerine sahip olduğu için, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilir, geniş ilgi alanlarını değerlendirebilir. En önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmalara imkan vermesidir. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduğundan bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilmektedir (Koltarla, 2008)

SF-36 Sağlık durumu soruları yaygın olarak kullanılır ve geçerliliği ispatlanmıştır. SF-36, fonksiyonel durum, iyi olma hali ve sağlığın ayrıntılı değerlendirilmesini içeren 3 temel sağlık niteliğini değerlendirir (İnan, 2003).

Tablo 12'de bu boyutlar ve anket soru sayıları gösterilmiştir (Ülkü, 2009).

Tablo 12: SF-36 Ölçüm Aracının Boyutları ve Anketteki Soru Sayıları

Alan	Boyut	Soru Sayısı
Fonksiyonel Statü	Fiziksel Fonksiyonellik	10
	Sosyal Fonksiyonellik	2
	Fiziksel Rol Güçlüğü	4
	Duygusal Rol Güçlüğü	3
İyilik Hali	Mental Sağlık	5
	Vitalite (Canlılık)	4
	Ağrı	2
Genel Sağlık Değerlendirmesi	Genel Sağlık Algılamaları	5
	Sağlık Değişimi	1
Toplam	8 Boyut	36

Bu soru skorlanmamaktadır (Ülkü, 2009).

SF-36 ‘nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Özüdoğru, 2013).

Her boyut 0 ile 100 arası değerlerle puanlanır ve puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesi o kadar yüksek olarak değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumunu işaret etmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Çalışma yaptığımız kurumda primer olarak hasta ve ona refakat eden hasta yakını; hemodiyaliz tedavisi gören haftada üç kez diyalize giren hastaların hemodiyaliz programına uyumlarını belirlemek ve diyetle uyumları sonucu yaşam kalitesiyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı çalışma olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Önemi

Hemodiyaliz, hastaları ölümden kurtardığı gibi aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerini devam ettirmelerini sağlayan bir yöntemdir (Kaymak, 2012). Bununla birlikte hemodiyaliz, hastalar için kronik bir rahatsızlığın sebebidir. Kronik hastalığın verdiği sıkıntılar yanında hemodiyaliz hastalarına bedensel, ruhsal, ekonomik ve toplumsal sorunlara da neden olmaktadır. Bu sorunlarla büyüyen ruhsal sıkıntılar, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Bu nedenle kronik böbrek yetmezliği tedavisi gören diyaliz hastalarına verilen eğitim ve destek hastanın tedaviye uyumunu artırmaktadır. Hemodiyaliz tedavisine karar verilen hastanın da öncelikle tedaviye uyumunu kolaylaştırmak için, işlem öncesi ve sonrası, ekip ile hastalarla tanıştırmak, işlem hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının sağlıklarını sürdürmelerinde, yaşam kalitelerini devam ettirmelerinde dikkat etmeleri gereken unsurlar; tedavi programı, diyet ve sıvı kısıtlamaları önemli rol oynamaktadır. Fakat diyaliz hastaları hemodiyaliz tedavisi görmelerine rağmen diyet ve sıvı kısıtlamalarına dikkat etmemekle beraber, hem yeme alışkanlıklarını ve tercihlerini etkilemekte, hem de sıvı, protein ve potasyum alımıyla ilgili kısıtlamalar yapmak zorundadır. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarının diyetleri ve tedaviye uyumları ile ilgili kısıtlı sayıda literatür vardır.

Bu çalışmamız kronik böbrek yetmezliği hastalarının hemodiyaliz programına ve diyete uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi araştırılacağından dolayı literatür açısından da önem taşımaktadır.

3.3. Materyal ve Metot

Çalışmanın örneklemini, 'Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ne başvuran ve haftada üç kez diyalize girerek tedavi olan hastalar ve hasta yakınları arasında gönüllülük esas olmak üzere tüm hastalar seçilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyenler çalışma dışında bırakılmıştır. Örneklem grubundaki hasta ve hasta yakınlarına, katılımın tamamen gönüllü olduğu anlatılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının soru formlarını yanıtlayıp geri dönüşünü sağladıklarında, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacakları konusunda bilgi verilmiştir. Sonrasında hazırlanmış anketler birebir olarak uygulanmıştır.

Elde edilen veriler uygun istatistik yöntemlerle değerlendirilmiştir. Çalışmaya kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeni ile sürekli olarak hemodiyalize girmekte olan 72 hasta dahil olmuştur. Hastaların demografik özellikleri, kan basıncı, laboratuvar bulguları ve diyaliz seansındaki uygulanan tedaviler dışında beslenme bilgi düzeylerini içeren anket formu ile değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Türü

Araştırma, Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ndeki hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz programına ve diyete uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemini

Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ne başvuran ve haftada üç kez diyalize giren diyaliz hastaları ve hasta yakınları oluşturacaktır. Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ne

başvuran ve haftada üç kez, dört saat diyalize giren diyaliz hastaları arasında gönüllülük esas olmak üzere randomisasyon yöntemi ile seçilecektir.

3.6. Veri Toplama Süreci

Örneklem grubundaki hasta ve hasta yakınlarına, katılımın tamamen gönüllü olduğu ve soru formunu yanıtlayıp geri dönüşünü sağladıklarında, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacakları konusunda bilgi verilerek anketler birebir yüz yüze görüşme yöntem ile uygulanacaktır. Anketlerin doldurulması için hastaların ve hasta yakınlarının 5-10 dakika zaman ayırması yeterli olmuştur.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama aracı araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan haftada üç seans, dört saat diyalize giren hastaların demografik özellikleri, kan basıncı, laboratuvar bulguları ve diyaliz seansındaki uygulanan tedaviler dışında beslenme bilgi düzeylerini içeren 18 soruluk anket formu ile değerlendirilebilir (Ek.2). Ayrıca çalışma grubu seçildikten sonra, hastalardan sözlü onam alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik form anketi ve yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği SF- 36'nın uygulanmasıyla toplanmıştır.

Kişileri tanıtıcı anket formu ile kişinin yaşı, cinsiyeti, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durumu, eşlik eden hastalık durumu, sigara kullanımı sorgulanmıştır (Ek.1).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, jenerik ölçek özelliğine sahip, geniş açılı ölçüm sağlayan, bilimsel çalışmalarda sıkça kullanılan bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından SF-36'nın bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği dilimize uyarlanarak yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Elde edilen veriler, spss paket programında, uygun istatistik yöntemlerle değerlendirilecektir.

Tablo 13: SF-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve verilen puanlar)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	9.	10.	11.	11.
a:5 b:4, 4 c:3, 4 d:2 e:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	Her bir sık için	Her bir sık için	Her bir sık için	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:6 b:5 c:4 d:3 e:2 f:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a, e, d, h	b, c, f g, i	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a, c	b, d
		evet, oldukça:	evet:1	evet:!				a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5		a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1
		evet, biraz:2	hayır:2	Hayır:2								
		hayır, hic:3										

Parametre	İlgili şıklar	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı	7+8	2	10
Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5	20
Vitalite	9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal fonksiyon	6+10	2	8
Emosyonel rol	5a+5b+5c	3	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5	25

Puanlama skoru: Elde edilen ham puan – en düşük puan/ Olası ham puan*100
(Güllü, 2012)

3.8. Etik Konular

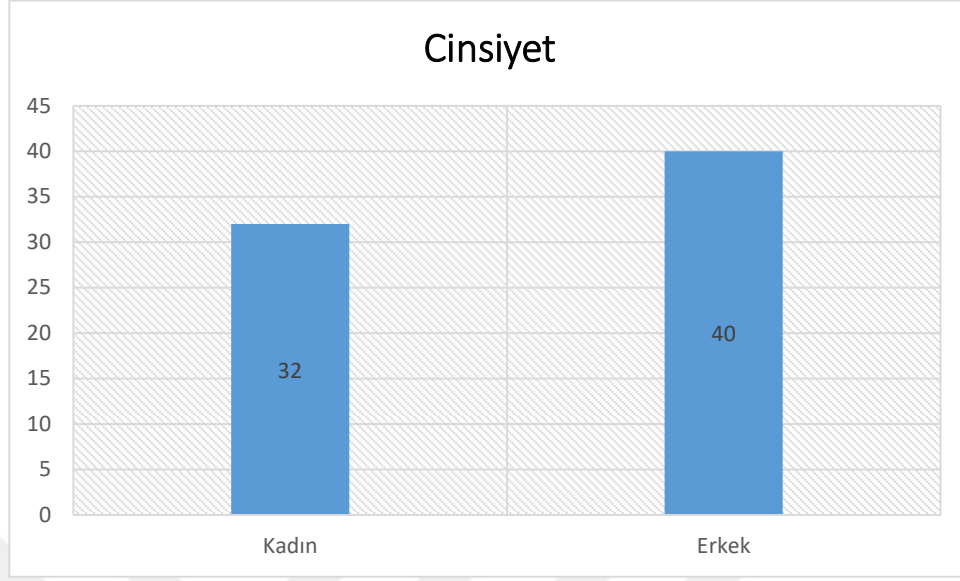
Çalışmanın belirlenen bir riski bulunmamakla birlikte, bulguların sağlık alanında çalışan geniş kitlelerle paylaşılması gibi yararları bulunmaktadır. Çalışmaya katılımın herhangi bir bedeli olmadığı gibi, katılımcılara ücret ödenmemiştir. Katılım tamamen gönüllü olmuştur. Katılımcılar soru formunu yanıtlayıp geri dönüşünü sağladıklarında, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacakları konusunda bilgilendirilmiştir. Bu bağlamda; Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'nden kurum izni ve Türk Böbrek Vakfı Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1. BULGULAR

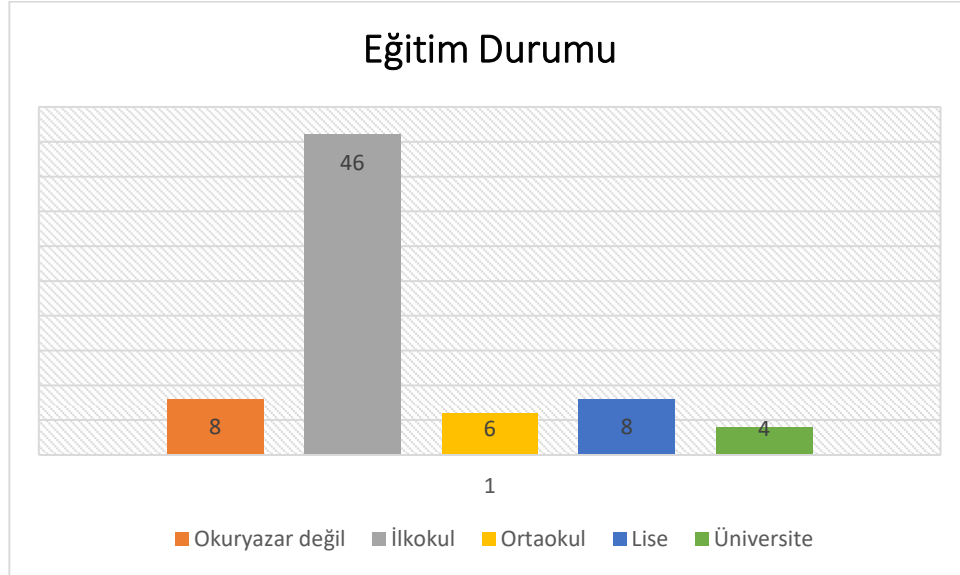
Yapılan anket ve değerlendirmelerde bulunan sonuçlara göre; çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında iki grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, böbrek hastalığı süresi, ailede kronik hastalık öyküsü, destek olan yakının varlığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışma durumu açısından fark olmaması dikkat çekicidir. Diyaliz grubunun %22'si çalışmamakta, çoğu(%64,6) emeklidir. Vasquez ve arkadaşlarının 2005 yılında 194 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptıkları çalışmada çalışmama oranını %79,9 olarak saptamışlardır. Sağduyu ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada hemodiyaliz grubunda bu oranı %73,3 bulmuşlardır (akt.Dadalı, 2009). Bizim elde ettiğimiz sonuçlar, diyalizin bu hastaların işlevselliği üzerine ek yük oluşturmadığını, kaybın diyaliz ihtiyacı doğmadan önce başladığını düşündürmektedir. Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz ile ilgili özellikleri incelendiğinde, hastaların çoğunun (% 63,9) 5 yıldan daha uzun süredir, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olduğunu ve diyalize girdiği dikkat çekmektedir. Ayrıca, % 92,4'ü haftada ortalama 2 veya 3 kez diyalize girmektedir. Bu sonuçlar, hastaların çalışmamız için uygun olduklarını düşündürmüştür.

Yapılan araştırma için bulunan sosyo- demografik duruma ilişkin sıklık ve yüzde dağılımları bulguları ve bunlar üzerinde yapılan yorumlar aşağıda verilmiştir.



Grafik 1: Hastaların Cinsiyet Dağılımı

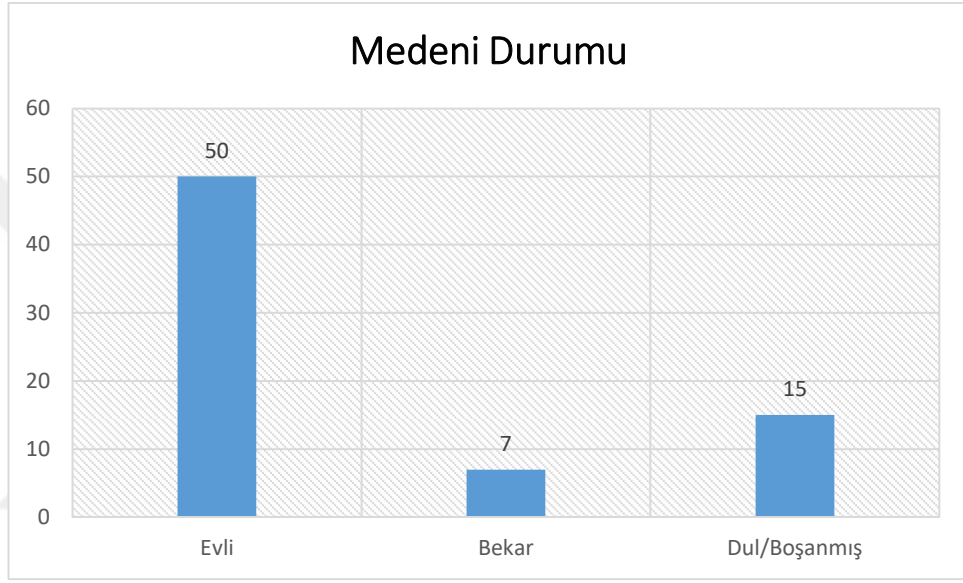
Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezi'ndeki 72 hasta çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan 72 hastanın 40'ı (%56) erkek; 32'si (% 44) kadınlardan oluşuyordu.



Grafik 2: Hastaların Eğitim Düzeyleri Dağılımı

Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere çalışmaya katılan hastaların; 8'inin (%11,1) okur-yazar olmadığı, 46'sının (%63,8) eğitim düzeyi ilköğretim, 6'nın (%8,3) ortaokul, 8'inin (%11,2) lise, 4'ünün (%5,6) üniversite olduğu görülmektedir (n=72).

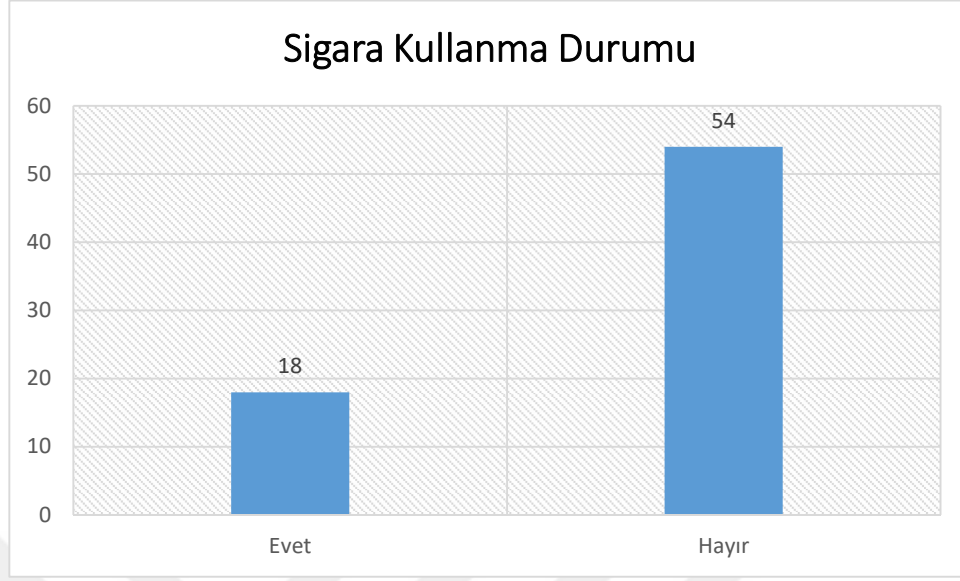
Yapmış olduğumuz çalışmadan da görüleceği üzere, KBY hastaları toplumu oluşturan her bir katmanda bulunmakta ve hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında ise çoğunlukla ilkokul mezunu olması dikkat çekicidir.



Grafik 3:Hastaların Medeni Durum Dağılımı

Çalışma kapsamında yer alan hastaların medeni durumları incelendiğinde, hastaların 50'si (%69,4) evli, 7'sinin (%9,8) bekar ve 15'inin (%20,8) dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır (n=72).

Çalışmamızın başında belirtildiği üzere, bu hastalık evli çiftlerde daha belirgin durumdadır. Nedeni olarak da diğer hastalığın rahatsız belirtilerine sebep olan (sigara vb.) bazı durumlardan rahatsız olması olarak gösterilebilir.

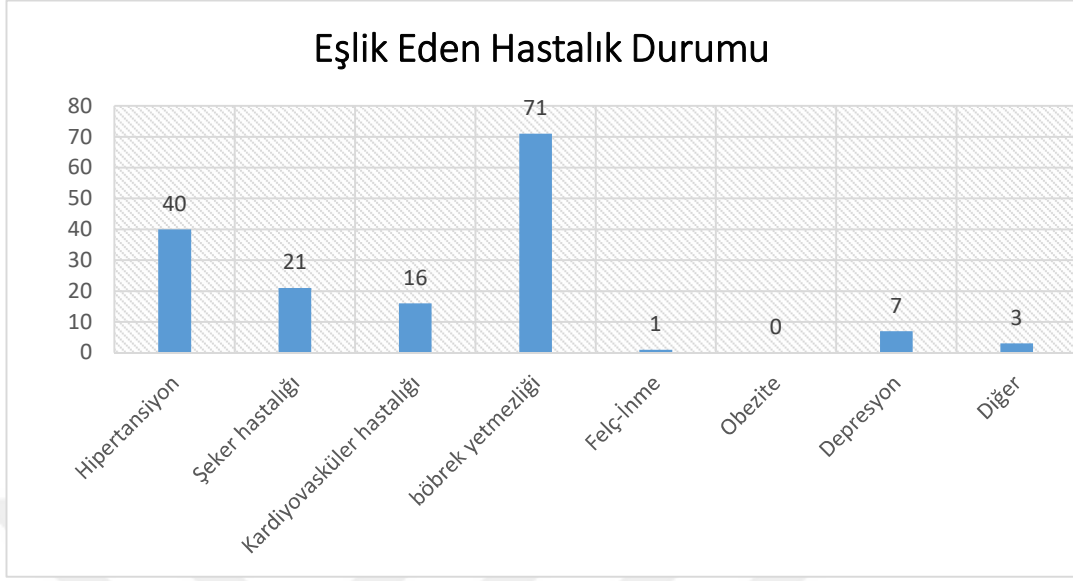


Grafik 4: Hastaların Sigara Kullanma Durumu Dağılımı

Yukarıdaki grafikte de görüldüğü üzere çalışmaya katılan hastaların 18'i (%25) sigara kullanırken, 54'ü (%75) sigara kullanmamaktadır (n=72).

Hastaların yaşam kalitesinde meydana gelen düşüş, sigara içme alışkanlığının az olması ile karşımıza çıkmaktadır. Hastalar belki hayat kalitelerini bu anlamda daha da düşmesini istememektedir.

Sigara içmekle ilişkili kardiyovasküler hastalık (KVH) ve KBH'li hastalar genel nüfus açısından farksız olmakla birlikte, KBH'nın daha hızlı ilerlemesi de dahil olmak üzere sonuçları çok daha büyük olabilir (Mahon ve Jenkins, 2007).

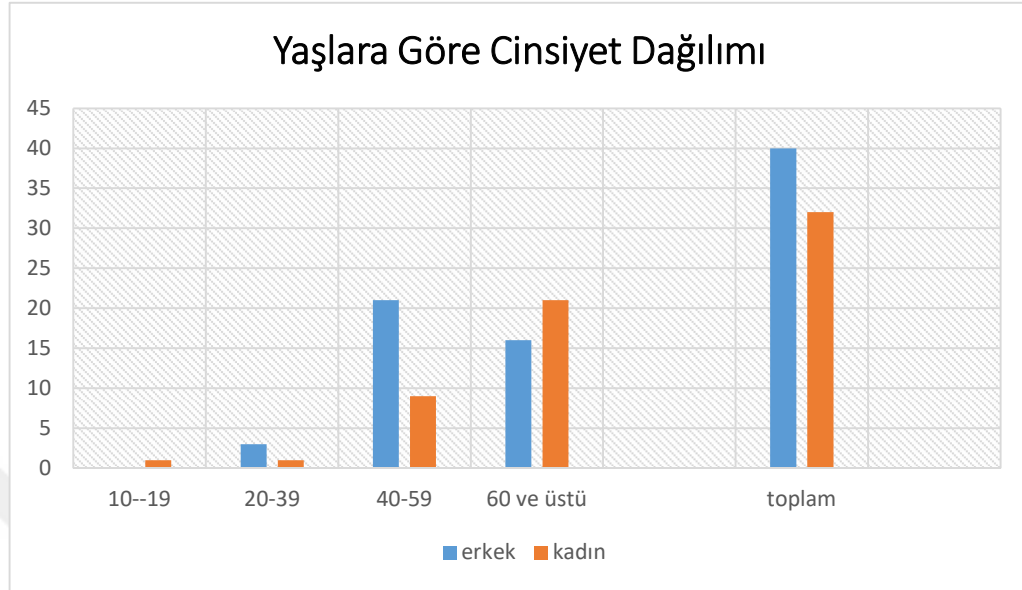


Grafik5:Çalışma grubundaki Hastalarda KBY'ne Eşlik Eden Hastalıklar

Çalışmamızda da görüldüğü üzere bu hastalar diyalize giren hastalar olduğu için 71'inde (%98,6) de böbrek yetmezliği saptanmıştır. KBY eşlik eden hastalar incelendiğinde 40 hastada (%55,5) hipertansiyonun en çok eşlik eden hastalar olduğu görülmüştür.

Hemodiyaliz hastalarının kronik hastalığına ek olarak diğer hastalıklarının da olup olmadığı incelendiğinde; %29,1'i şeker hastalığı (diyabet), %22,2 kronik kalp hastalığı, 59,7'si depresyon, %1,3'ü felç ya da inme, %4'ü de diğer hastalıklar bulunduğu saptanmıştır.

Diyaliz tedavisi gören hastaların yaklaşık %90'ında hipertansiyon mevcuttur. Diyaliz hastalarının %40'ı ve diyabetlilerin %37'sinin koroner arter hastalığı olduğu kanıtlanmış veya bundan kuşkulandır. Diyaliz hastalarında ve organ nakli ölümlerin yaklaşık yarısı kardiyak nedenlere bağlıdır (Harris ve Elder, 2008)

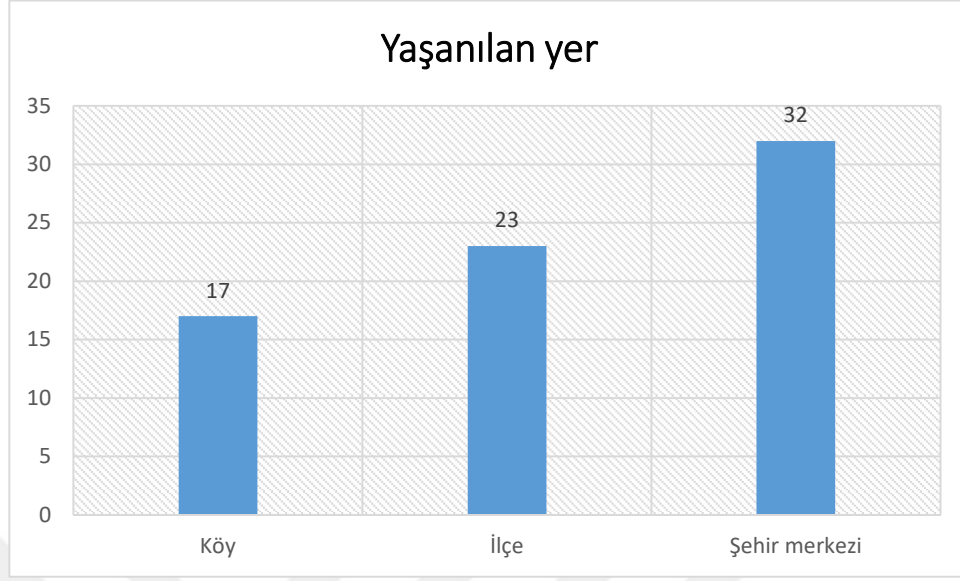


Grafik 6: Yaşlara Göre Cinsiyet Dağılımı

Çalışma kapsamında yer alan hastaların cinsiyete göre yaş dağılımları incelendiğinde; 10-19 yaş grubu sıralandığında erkeklerin bulunmadığı, 1 tanesinin(%1,4) kadınlar olduğu; 20-39 yaş grubunda 3'ü (%4,1) erkekler, 1'inin (%1,4) kadınlardan oluştuğu; 40-59 yaş grupları sıralandığında çoğunluğu 21'inin (%29,2) erkek olduğu, 9'unun (%12,5) kadınların oluşturduğu; 60 yaş ve üstünde ise 16'sı (%22,2) erkek, 21'i (%29,2) kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

Yukarıdaki verilere göre KBY hastalığı cinsiyete göre yaş dağılımları sıralandığında 40'ında (%55) erkeklerin özellikle 60 yaş üstündekilerde; 32'si (%45) kadınların 60 yaş üstündekilere oranla diyalize başlayanların daha fazla olduğu görülmektedir.

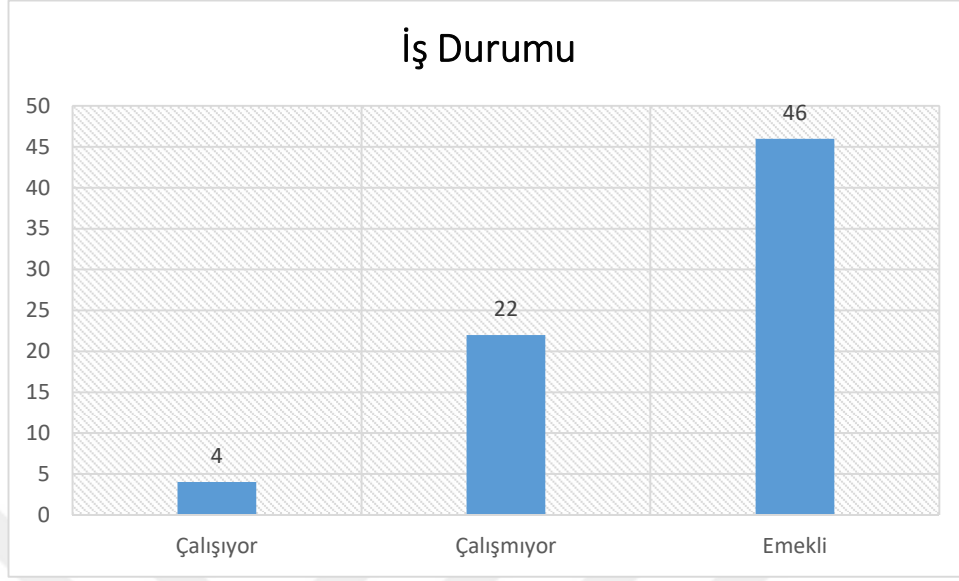
Diyalize başlama yaşı 2002 yılında Avustralya'da ortalama 59 yaş olup hastaların %55'i 60 yaş üstündedir (Harris ve Elder, 2008).



Grafik 7: Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yukarıdaki grafikte gösterildiği üzere, çalışmaya katılan hastaların; 32'si (%44,4) şehir merkezi, 23'ü (%32) ilçelerde ve 17'si (%23,6) köylerde yaşadığı görülmektedir.

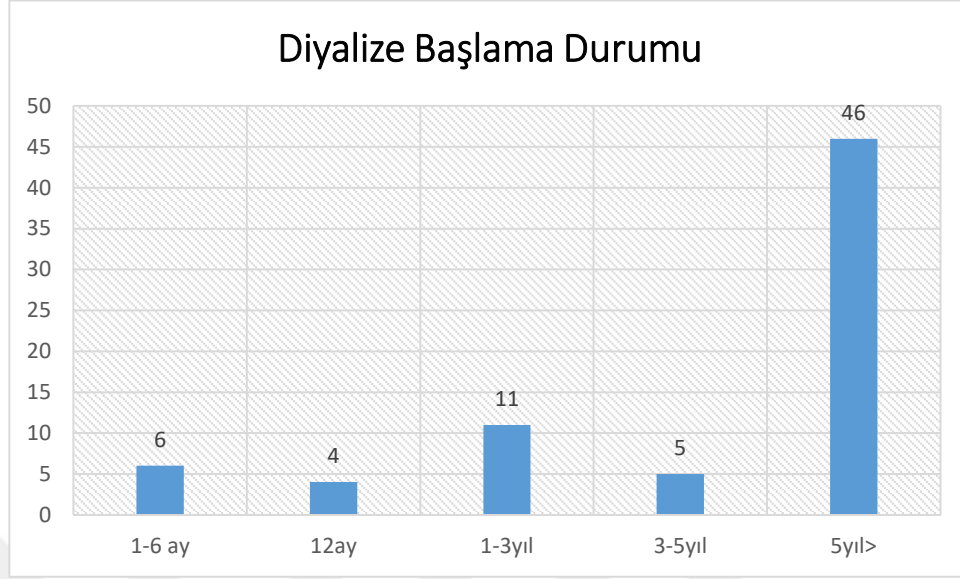
Bu verilere göre KBY hastalığının daha çok şehirlerde yani stresin ve çalışma hayatının yoğun olduğu gibi etkenlerinde bulunması sebebiyle daha çok rastlanmaktadır.



Grafik 8: Hastaların İş Durumlarına Göre Dağılımları

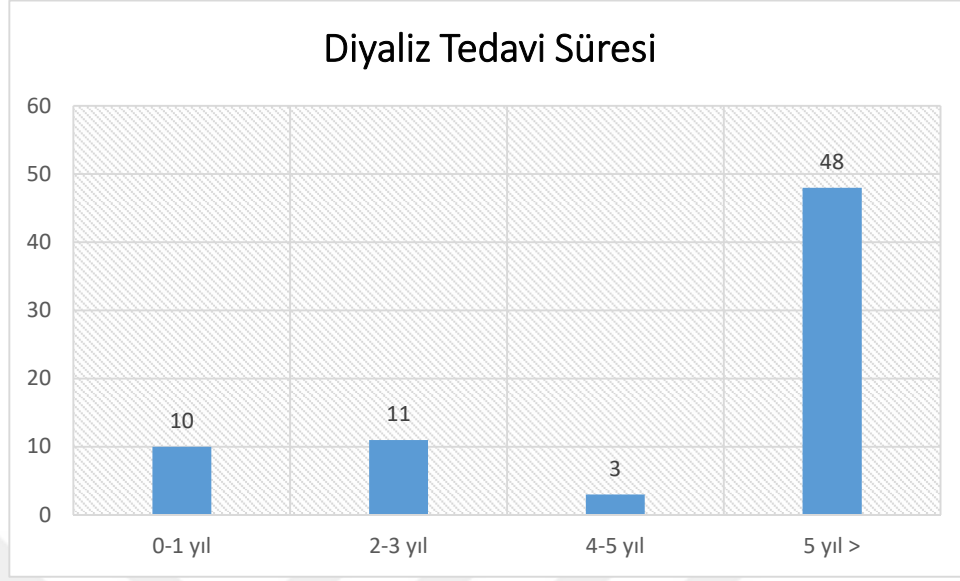
Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere çalışmaya katılan hastaların 4'ü (%5,5) çalışıyor durumunda; 22'si (%30,5) çalışmadığı; çoğunluğu yani 46'sı (%64) emekli durumda olduğu saptanmıştır (n=72).

Yukarıdaki verilere göre KBY hastalığı emekli olan hastalarda diğerlerine göre daha fazla görüldüğü anlaşılmaktadır.



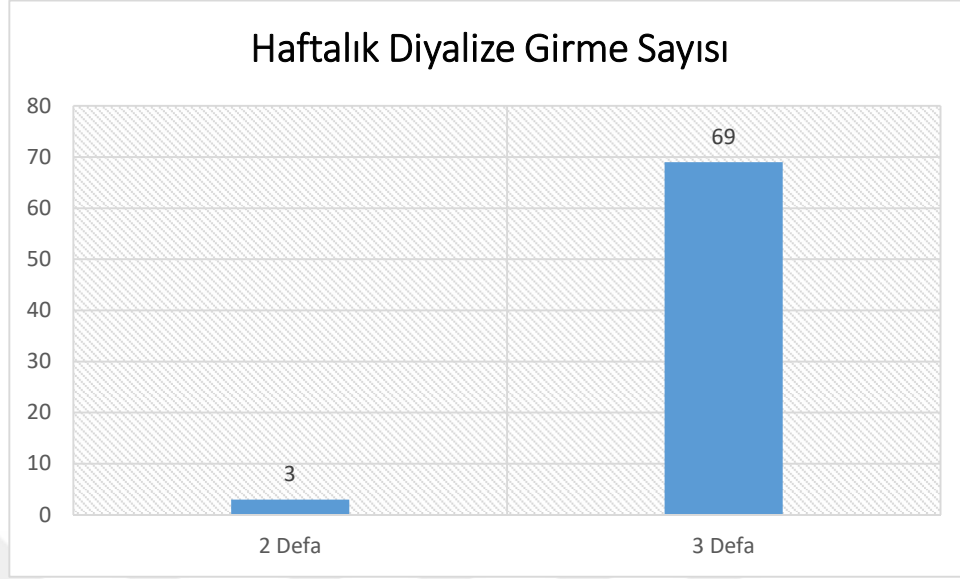
Grafik 9: KBY Hastaların Diyalize Başlama Durumu

Hastaların %63,9'u 5 yıldan fazla süredir diyaliz tedavisi almaktadır, görüşme yapılan hastalardan en düşük diyaliz süresi olan hasta 1 yıl, en yüksek diyaliz süresi olan ise 5 yıldan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Bu hastaların %8,4'ü 1-6 ay, %5,5'i 1yıl, %15,2'si 1-3 yıl ve %7'si 3-5yıl diyaliz tedavisi almaktadır. Bu hastaların hemen hemen hepsi haftada üç kez hemodiyaliz seansına girmek durumundadır.



Grafik 10: Diyalize Giren Hastaların Tedavi Durumu

Çalışmamızdaki verilere göre 5 yıldan fazla tedavi görenlerin 48'i (%66,7) çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak 10'u (%13,9) 0-1 yıl; 11'i (15,2) 2-3 yıl; 3'ü ise (%4,2) 4-5 yıllarında diyaliz tedavisi gördüğü tespit edilmiştir.(n:72)

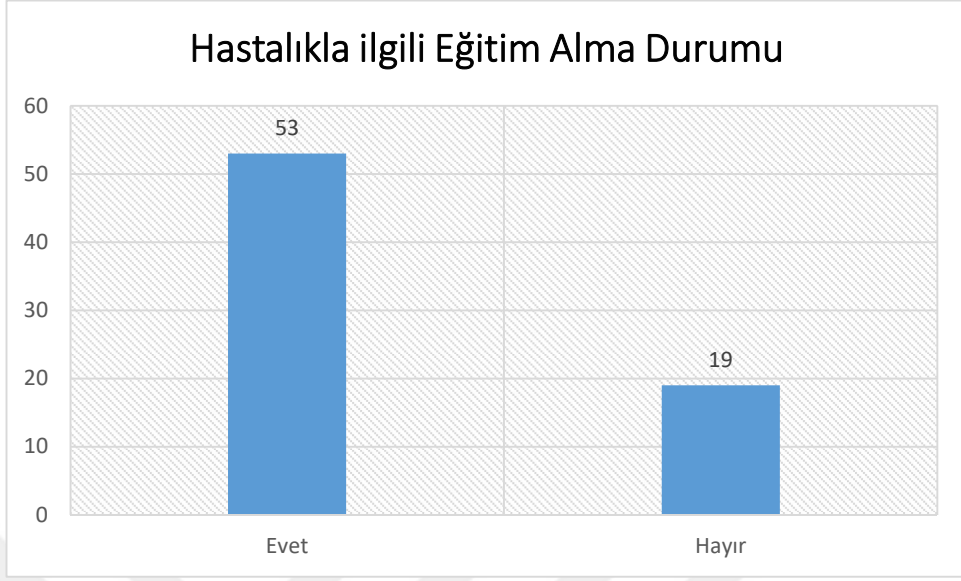


Grafik 11: Haftalık Diyalize Girme Durumu

Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere çalışmaya katılan hastaların çoğunun haftada üç kez diyalize girmeye önem verdiği görülmektedir. Bu hastaların 69'u (%95,8) haftada üç kez; 3'ü ise (4,2) haftada iki kez diyaliz tedavisini uygulamaktadır.

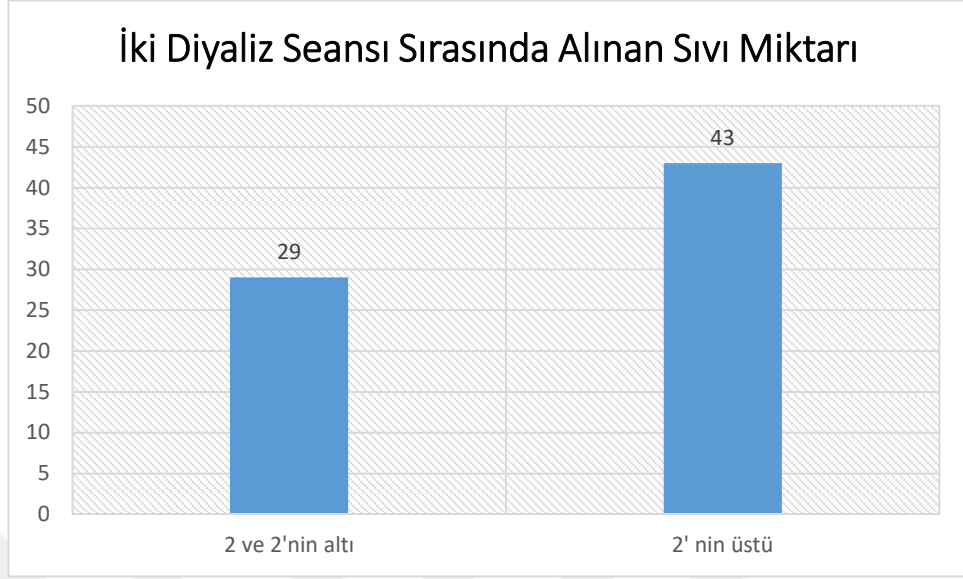
Çalışmamızdaki hastaların çoğunun kronik böbrek yetmezliği hastası olmasına rağmen haftada iki kez diyalize girmeleri yaşamlarını riske attıklarını ve ömürleri daha da kısalttıkları düşünülmektedir.

ABD' de yıllık mortalite oranının Japonya, Avrupa'da yüksek olması diyaliz merkezlerinin diyaliz reçetesini yetersiz uygulamaları, normalden az dozda; kısa diyaliz yapmaları, personel kısıtlamaları gibi nedenlere bağlanmıştır (Erek, 2005).



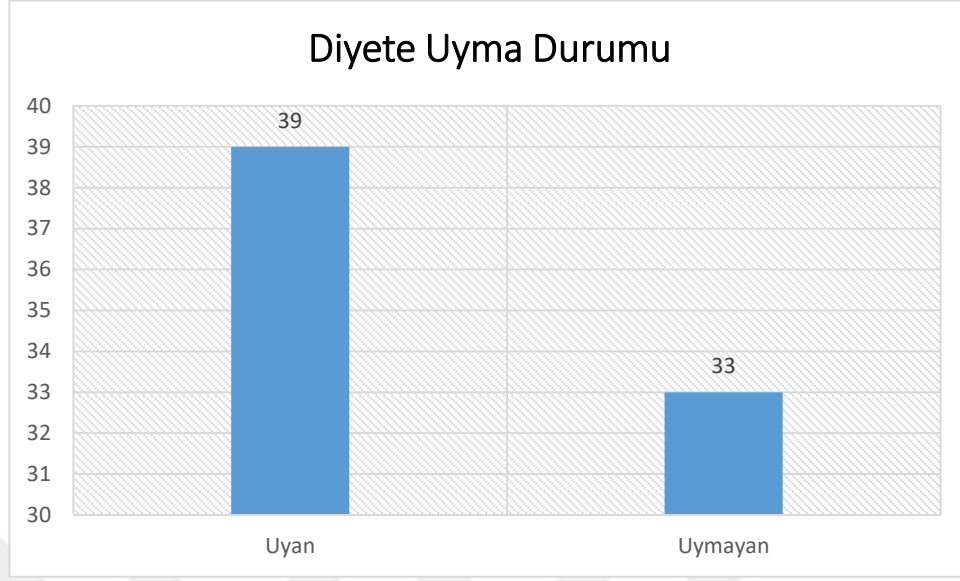
Grafik 12: KBY Hastalığı ile Eğitim Alma Durumu

Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı gibi çalışmaya katılan hastaların 53'ü (%73,7) hastalığı ile eğitim aldığını bu konuda hemşireler ve diğer sağlık personeli tarafından bilgilendirildiğini, 19'u ise (%26,3) kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz konusunda hiçbir bilgiye sahip olmadıklarını dile getirdiği görülmektedir (n=72)



Grafik 13 : İki Diyaliz Seansı Sırasında Alınan Sıvı Miktarı Durumu

Çalışmamızda şekilde görüldüğü üzere iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı genel olarak ikinin üstünde olan 43 kişi (%59,8) olduğu görülmektedir. İki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı ikinin altında olan 29 kişi (%40,2) olarak saptanmıştır. Fakat ikinin üstünde sıvı miktarı fazla olan hastaların diyaliz esnasında sıvıyı tolere etmesi zordur diyaliz hastaları için büyük risk taşır.



Grafik 14 : Diyete Uyma Durumu

Grafik 14'e göre; hastaların KBY hastalığı ve diyaliz tedavisine ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; grubun %54,1'inin kronik böbrek hastalığı diyetine uyduğunu, %45,9'unun ise kronik böbrek hastalığı diyetine uymadığı görülmektedir.

Dobel 1993'e göre ve ayrıca Ataman 1995'e göre; Ancak hastalar için uygulanması en zor olan durum diyet ve sıvı kısıtlamalarıdır (Ovayolu ve Uçan, 2007). Bizim çalışmamızda da diyete uyma ve sıvı kısıtlamasına uyan çok fazla kişi olmadığı görülmektedir.

Tablo 14:Hastalıkla İlgili Eğitim Alma İle Genel Sağlık Düzeyi İle İlişkisi

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
16	1	53	3,17	,935	,128	0,337	3,067
	2	19	3,26	1,284	,295	0,737	0,084

Tablo 14’ deki sonuca göre; eğitim almayanlar kendi sağlık düzeylerini çok iyi yorumlayamadıkları için, eğitim alanlar kendi sağlık düzeylerini olduğundan daha iyi yorumlamaktadır.

Eğitim almış olan hastaların, hastalığın genel seyriyle ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları hem eğitim almayanlara göre daha az genel sağlık şikayetlerinin olmasına hem de eğitim alan grubun içindeki tepki farklılıklarının daha az olmasına sebep olmuştur.

Tablo 15:Diyete İle Uyma İle Genel Sağlık İlişkisi

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
16	1	39	3,08	1,085	,174	1,054	0,104
	2	33	3,33	,957	,167	0,296	0,748

Tablo 15’ deki sonuca göre hastaların; diyete uyma ile sağlık düzeyleri arasında farklılık çıkmamıştır.

Tablo 16:Eğitim Alanlar İle İnsan İlişkileri(Bedensel, Duygusal, Sosyal Sorunları)

12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri	
21	1	53	2,08	1,158	,159	1,785	6,620
	2	19	2,68	1,565	,359	0,70	0,015

Tablo 16'daki sonuca göre eğitim alanların; insan ilişkileri iyileşmekte, duygusal ve sosyal sorunlarını çevresine yansıtması ise azalmaktadır. Alınan eğitim sonrasında, hastaların ailesiyle, komşularıyla ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri olumlu yönde etkilenmiş ve eğitimi hastalar ilişkilerinde daha az dalgalanma yaşanmışlardır.

Tablo 17: Diyete Uyuma İle İnsan İlişkileri Arasındaki Durum

14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri	
21	1	39	2,21	1,301	,208	0,219	0,035
	2	33	2,27	1,306	,227	0,827	0,853

Tablo 17'deki sonuca göre hastaların; diyete uyuma ile insan ilişkileri konusunda çok bir farklılık yoktur.

Tablo 18 :Ağrı İle İki Diyaliz Arasındaki Sıvı Farkı Alımı Arasındaki İlişki

13	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
22 1	29	3,34	1,542	,286	1,842	1,913
2	43	2,70	1,406	,214	0,070	0,171

Tablo 18'deki sonuca göre; ağrı ileriki diyaliz arası sıvı alımı arasında %10'luk anlamlılık düzeyinde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Hastaların sıvı kısıtlamalarını değerlendirmek için çeşitli yöntemler vardır. Ancak en sık kullanılan yöntem ardışık iki hemodiyaliz seansı arası kilo alımıdır. Ayrıca diyalize giren hastaların pek çoğunun hiç idrarı yoktur. Bu nedenle alınan su ve sıvı gıdaların miktarına çok dikkat edilmelidir. Bu hastalar haftada 3 seans diyalize giren hastalardır. İki diyaliz arasında alınan kilo miktarının 1,5 - 2 kg'ı aşmamasına özen gösterilmelidir.

2 kg altında sıvı alan hastalarda ağrı daha şiddetli olduğu görülmüştür. Ancak bu ikili ilişki beklenenle ters bir sonuçtur. Bu sonuçta başka hastalıklarında eşlik etmesi etken olabilir.

Tablo 19: Ağrı İle Diyete Uyma Durumu

14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
22 1	39	2,90	1,392	,223	0,376	2,133
2	33	3,03	1,610	,280	0,708	0,149

Tablo 19' daki sonuca göre hastaların arasında diyete uyanların ve uymayanların ağrı şiddetinin farklı olduğunu söylemek mümkün değildir.

Tablo 20: Eğitimle Diyalize Başlama Zamanı Arasındaki İlişki

12 Arası	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
9A 1	53	1,77	,423	,058	0,319	0,382
2	19	1,74	,452	,104	0,750	0,539

Tablo 20' deki sonuca göre; Tekirdağ' daki eğitim alan diyaliz hastaları ve eğitim almayan diyaliz hastalarının diyalize başlama yılı arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 21 :Diyetle Diyalize Başlama Durumundaki İlişki

14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
9A 1	39	1,77	,427	,068	0,114	0,052
2	33	1,76	,435	,076	0,909	0,820

Tablo 21' in sonuca göre; çok uzun süre diyalize giren hastalar ile kısa süre diyalize giren hastaların diyetle uyumları arasında çok farklılık olmadığı göze çarpmaktadır.

Tablo 22: Diyalize Başlama Yılı (5 Yıldan Az Ve Çok Olanlarla) Genel Sağlığını Değerlendirme Durumu

9A	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
16 1	17	3,12	1,111	,270	0,350	0,086
2	55	3,22	1,013	,137	0,728	0,770

Tablo 22' deki sonuca göre hastaların; çok uzun süre diyalize girenlerin sağlığı ile kısa sürede diyalize girenlerin sağlığı arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 23: Diyalize Başlama Yılı ve Çalışma Sırasındaki Günlük İşlerin Yapılabilmesi İlişkisi

9	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
19A 1	6	1,17	,408	,167	0,290	0,325
2	4	1,25	,500	,250	0,779	0,584

Tablo 23’deki hastaların sonucuna göre; diyalize başlama yılı ile çalışma sırasındaki işleri yapabilmeleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Yani diyalize giren hastalar ilk yıllarında da olsalar 5 yıldan fazla süredir diyalize de girseler işlerini aynı standartlarda yapabilmektedirler.

Tablo 24: Diyete Uyumu İle Günlük Aktivitelerle Uyumu

14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
19A 1	39	1,13	,339	,054	2,687	29,191
2	33	1,39	,496	,086	0,009	0,000

Tablo 24’deki sonuca göre; diyete uymayanlarla diyete uyanlar arasında günlük işlerin yapılmasında ya da diğer etkinliklere devam etmede farklılıklar olabilir. Tekirdağ örneğinde bu iki grup arasında çok anlamlı bir farklılık olduğu görüldü. Sadece diyete uymayanların günlük aktivitelere katıldığı yetmezmiş gibi, diyete uymamanın günlük aktivitelerin sürekliliğinde değiştirdiği görüldü. Diyete uyanların günlük aktivitelere katılma varyansı, diyete uymayanlara göre çok daha stabil şekilde devam ediyor.

Tablo 25 :Diyalize Girme Sıklığı ile Arkadaş/Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim

11	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
25 1	3	2,33	1,155	,667	0,324	1,087
2	69	2,61	1,447	,174	0,747	0,301

Tablo 25'in sonucuna göre; hastalar ne kadar çok diyalize girerse girsin bu durum hastaların akraba ziyaretlerini anlamlı şekilde değiştirmedini, engellemediğini göstermektedir.

Tablo 26: Eğitim Alanlar İle Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişkisi

12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
26A 1	53	10,81	3,514	,483	0,365	8,213
2	19	10,42	5,135	1,178	0,716	0,005

Tablo 26'nın sonucuna göre; her ne kadar ortalama sağlık seviyeleri ciddi farklılık göstermese de, eğitim almayan hastaların bazen çok mutlu, bazen depresif olduğu görülmektedir. Eğitim alanlar kendi sağlıklarıyla ilgili daha rasyonel beklentilere sahipken, eğitim almayanlarda duygusal git-geller çok daha fazla oluyor.

Tablo 27: Eğitim Alanlar İle İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar...)

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
24A	1	53	25,30	3,406	,468	0,302	0,097
	2	19	25,58	3,501	,803	0,764	0,756

Tablo 27’ deki hastaların sonucuna göre; Eğitim alanlar ile insani ilişkiler (beden sağlığı ile duygusal sorunları) çevresine yansıtması azalıyor. Hastalıkla ilgili eğitim alma hastanın akrabaları, komşuları ve arkadaşları ile olan ilişkilerini hastalıklardan daha az etkilenmesine ve bu ilişkilerinde daha az dalgalanma yaşamasına sebep oluyor.

Tablo 28: Uzun Süre Diyalize Girme ile Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişki

10A		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
26A	1	22	12,27	4,641	,990	2,283	2,206
	2	50	10,02	3,467	,490	0,025	0,142

Tablo 28’ e göre; hastalara kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerinin istendiği bir soru üzerinden değerlendirilmiştir. Diyaliz hastalarının, diyalize giriş yılları artıkça sağlıklarının bozulduğunu hissetmekte, sağlıklarına geri kavuşma ümitlerinin azalmakta, hayata bağlılıkları kaybolmakta ve yaşama sevinçlerinin azaldığı anlaşılmaktadır. Teste göre yeni diyaliz hastalarının sağlıklı yaşam sürdürebilecekleriyle ilgili beklentileri eski hastalara göre %10 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

4.2. TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği her geçen gün giderek artan halk sağlığı sorunlarından biridir. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirmek ve yeterli beslenmelerini sağlamak hemşirelerin önemli rol ve sorumluluk taşıdıkları bir görevdir. (Kaymak, 2012). Bu bölümde; Tekirdağ Türk Böbrek Vakfı örneğinde değerlendirilen hemodiyaliz hastaların beslenme durumları, yaşam kaliteleri ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmada varılan bulgular literatürdeki sonuçlarla da karşılaştırılarak tartışılmıştır.

HD hastalarında tedavide başarı büyük ölçüde hastaların tedaviye uyumuna bağlıdır. Tedavinin sürekli olması, kullanılan ilaçlar, sıvı, tuz ve yiyeceklerin kısıtlanması hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırır. HD hastasının yaşam biçiminde değişiklik yapması ve ailesinin de bu düzenlemelere uyum göstermesi gerekir. Hastaların tedaviye uyumda sorun yaşadıkları en önemli sorunlardan biri de sıvı kısıtlamasıdır. Hemodiyaliz hastalarının verilen tedaviye uymaları hastaların yaşam süresini ve hayat kalitesini artırır (Kurt ve Erdem, 2012).

Kurt ve arkadaşları (2012) yaptığı çalışma da HD hastalarının %10-50'sinin tuz sıvı kısıtlamasına uymadığı saptanmıştır. Bu tezdeki çalışmada diyaliz merkezinde haftada üç kez hemodiyalize giren hastaların %59,8'inin sıvı kısıtlamasına uymadığı görülmüştür. Bu nedenle hastalarımızın önemli bir kısmının sıvı tedavisine uymadığını söylenebilir. Bu yüzden hastalarda hipervolemi önlenmeli, diyaliz yöntemi ile hastalar kuru ağırlıklarına ulaştırılmalıdır.

Hastaların sıvı dengesini ayarlarken, sodyum yani tuz tüketimine de dikkat edilmelidir. Tuz hücre dışı sıvı osmolaritesini artırıp, hastalarda susuzluk hissine yol açar. Böylece hastalarda sıvı artışı olur. Kilo ve kan basıncındaki ani değişiklikler sodyum fazlalığına bağlıdır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar da oligüri veya anüri mevcuttur. Sıvı ve sodyum dengesi iki diyaliz arasında 1-1,5 kadar kilo artışına neden olacak şekilde ayarlanmalıdır. İki diyaliz arası fazla kilo alan ve hipertansiyonu olan hastaların tuz kısıtlamasına dikkat etmeleri gerekmektedir (Erek ve Serdengeçti,

1997). Ancak anketin yapıldığı dönemde araştırma yapılan kurumdaki hastalara bu eğitim verilmemekteydi.

Bugün Türkiye’de bazı merkezlerde diyetlerinde tuz kısıtlamaları hakkında eğitim verilmektedir. Hastalara sıvı kısıtlaması yapmaları söylenirken tuzsuz yememeleri konusunda da diyetleri konusunda eğitim verilmelidir. Hastaların sıvı kısıtlaması ve diyet tedavilerine uymaları için bu konuda bilgili olmaları gereklidir. Ayrıca Ovayolu ve ark. (2007), çalışmada hastalıkla ilgili eğitim almakla diyete uyum arasında ilişki bulunamamış, hastaların diyet ve sıvı alımı konusunda uyum sorunu yaşadığı, eğitim almalarının da bu duruma etki etmediği saptanmıştır (akt. Elmes ve Saral, 2012). Bu çalışmada birebir görüşme ile hastalara diyetlerine uyum konusunda eğitim verildi. Ancak hemodiyaliz hastalarının diyetlerine uymasına rağmen, sıvı kısıtlaması tedavilerine yeteri kadar uymadıkları görülmüştür. Hastalara önce sıvı kısıtlamaları tedavilerine uyma konusunda bilgi verilmelidir. Sonrasında ise hastalar bu konuda uzun dönemde gözlemlenmelidir.

Barnett ve ark. (2008), ise sıvı kısıtlaması tedavisine uymayan hastalara sıvı kontrolünün önemi, su ve sodyum alımı, kontrollü kilo alımı ve aşırı sıvı alımının komplikasyonları konusunda eğitim vermişlerdir. Hastaların eğitim sonunda iki diyaliz arası sıvı alımlarında azalma meydana gelmiştir. Bu çalışma da sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Çünkü diyalizde aldıkları sıvı miktarları daha az olmasına rağmen; daha çok sıvı miktarı alan hastalara göre daha çok ağrı yaşamışlardır. Bunun sonucunda eğitimliler kendilerine daha dikkat etmekte ve daha az ağrı hissetmektedir. Veri grubundan dolayı anlamlı bir farklılık çıkmamaktadır. Bu sonuç ikili ilişki beklenenle terstir. Bu durum altta yatan hastalıklar ile ilişkili olabilir. Bu sonucun daha iyi gösterilmesi için daha büyük bir örnekleme gösterilmesi gerekir.

Leggat ve ark. (1998), göre yaptıkları araştırmada 20 ile 40 yaş arasındaki hastaları iki diyaliz arası kilo alımı, fosfor kısıtlaması ve diyalizi erken sonlandırma açısından diğer yaş gruplarına göre en uyumsuz hasta grubu olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da aynı şekildedir. Yaşlılar fosforu daha az tüketiyor. Gençler ise fosforu daha yüksek tüketmektedir. Fakat fosfor ve kalsiyum değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının tedavi süresi uzadıkça hem hastanın kendisi hem de evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörüyle başa çıkmakta zorlanmakta uyum güçlüğü yaşamaktadır (Elmas ve Saral, 2012). Stoudemire ve Fogel'e (1995) göre, KBY hastalarında psikolojik sorunları yadsıma eğilimi yüksektir ve bu durum ruh sağlığı çalışanlarının soğuk karşılanmasına neden olabilmektedir. Barnett ve ark. (2008), KBY hastalarında nedeni tam olarak açıklanamayan birçok somatik yakınmanın sık görüldüğünü ve bunun özellikle deprime olanlarda ve yaşam kalitesi düşmüş olanlarda artmış olduğunu belirtmiştir (akt. Ünlüoğlu ve Özden, 1997). Bizim çalışmamızda da hastalar kendi sağlıklarını değerlendirdiklerinde; diyaliz hastalarının diyalize giriş yılları artıkça sağlıklarının bozulduğu ve sağlıklarına geri kavuşma ümitlerinin azaldığı görülmektedir. Bu tezde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu anlam da literatürde bulunan sonuçlar ile uyumludur.

Tezde anket yapılan grubun %53,4'ünü 60 yaş ve üstü bireylerden oluşturmaktadır. Türkiye'de 18-65 yaş grubundaki bireylerin, %66'sını KBY tedavisi alan hastalar oluşturmaktadır (Kaymak, 2012). 18- 65 yaş aralığı bu çalışmadaki hastaların yaş ortalaması ile uyumludur. Avrupa da hastaların yaş ortalaması daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu hastaların çoğunun diyalize giren diyabetli hastalar oldukları ve yaş ortalamaları 60' ın üzerindedir. Her geçen gün diyabetli hasta sayısının artışına paralel olarak, diyaliz hastalarının da yaş ortalamasının artacağı belirtilmektedir (Kaymak, 2012). Ancak bu sonuç tezin odağının dışına kaymaktadır. Benzer anketi birkaç yılda bir aynı bölgede tekrarlayarak bir zaman serisi veri elde edilerek ancak böyle bir çıkarım yapılabilir.

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmaktadır. Çalışma grubunun çoğu orta ve ileri yaş grubunda bulunmakta ve haftada üç kez dörder saat süren hemodiyaliz tedavisi almaktadırlar. Kadir ve ark. (2003) yaptığı çalışma, hemodiyaliz hastalarında görülen malnütrisyonun ilerlemiş yaş, kardiyovasküler hastalık ve anemi varlığı ile birbiriyle ilişkili olduğu görülmüştür. (Kaymak, 2012). Bizim çalışmamızda kardiyovasküler hastalıkların eşlik ettiği hastalarda da hemoglobin değeri (10,66 gr/dl), kardiyovasküler hastalığın (10,63) eşlik etmediği gruptakilerden farklı çıkmamıştır. Yani buradaki sonuç (Kaymak, 2012) çalışması ile uyumlu değildir.

Böbrek hastalığı ile birlikte hipertansiyon, şeker hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklarında eşlik ettiği görülmektedir. Ancak bu eşlik eden hastalıklar kan değerlerinde ekstra bir bozulmaya sebep olmamaktadırlar.

Bu çalışma da KBY diyeti % 54,1' i iyi beslenen bireyler de görülmektedir. KBY diyeti uygulanan hastaların %54,1'i iyi beslenenler bireyler, %45,9'u orta düzeyde malnütrisyonu olan bireyler oluşturmaktadır. Böbrek hastalarında bireylerin diyetlerine uyması, önerilen besinlerdeki birçok kısıtlamalar nedeni ile zor ve stresli bir durumdur. Miller ve ark. (2002) çalışmasında önerilen diyeteye uyan hastaların, metabolik kontrolünün yani üre, ürik asit, kreatin gibi kan değerlerinin daha iyi sonuç verdiği, aşırı kiloya bağlı gelişen hastalıkların ise diyaliz komplikasyonlarının görülme sıklığını artırdığı belirlenmiştir. Bu sebeple yaşam kalitesinin diyetine uyan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda diyeteye uyma ile sağlık düzeyleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebebi daha önce de belirtildiği gibi diyeteye uyduğunu iddia eden hastalarla ilgili sonuçları şüpheli olmasıdır.

Böbrek yetmezliğinde aneminin birçok nedeni vardır; ancak en sık nedeni eritropoetin (EPO) ve demir eksikliğine bağlı anemidir. Eritropoetin yetersizliğine bağlı anemisi olan hastalarda hemoglobin (Hb) değeri genellikle 7-9 gr/ dl ' den daha aşağı düşmez, daha düşük Hb değeri saptanırsa altta yatan başka bir anemi nedeni araştırılmalıdır (Akpolat ve Utaş, 1999). Ovayolu ve ark. (2007), yaptığı çalışma da diyetine uymayanların diyetine uyanlara göre; hemoglobin değeri düşük, potasyum, üre ve kreatinin değerleri ise daha yüksek bulundu ancak aradaki fark anlamlı değildi. Bizim çalışmamızda ise % 5'lilik anlamlılık düzeyinde eğitim alanlarla diyet uyumu ve hemoglobin değeri arasındaki ilişkisinde Ovayolu (2007), deki çalışma ile paraleldir. Yani diyeteye uyduğunu iddia edenler istatistiksel anlamlılıkta, farklı hemoglobin değerine sebep olmamıştır. Ancak aynı farklılığı eğitim alanlarla yaptığımız zaman hemoglobin 1 gr/dl daha yüksek hemoglobin değeri bulunmuştur. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır. O zaman anlıyoruz ki diyeteye uyduğunu iddia edenler değil ama eğitim alanlar da daha yüksek hemoglobin değeri çıkması eğitimin diyeteye uyum için iyi bir başlangıç noktası olduğunu gösterir.

Karadeniz ve ark. (2003) göre; hemodiyaliz hastalarının hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi, tedaviye ve diyetlerine uyma, komplikasyonlardan korunma, yaşam düzenini sağlama ve kendi bakımını gerçekleştirmede yol göstericidir. Mandıracı ve ark. (2005) göre; eğitim gereksinimlerini belirlemek için 60 hemodiyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada; 26 hasta böbreğin görevi, 24 hasta tedavi seçenekleri ve 20 hasta diyet uygulaması konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir (akt.Ovayolu ve Uçan, 2007). Bizim çalışmamızda yapılan analizler sonucunda; eğitim almış olan hastaların, hastalığın genel seyri ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olduklarını, eğitim alan kişilerin kendilerini daha iyi ifade ettikleri görülmüştür. Aynı zamanda eğitim alan hastaların genel sağlık şikayetlerinin daha az olduğu görülmüştür. Yaptığımız çalışma sonucunda alınan eğitim sonrasında, hastaların aileleriyle, komşularıyla ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde daha az dalgalanma yaşamışlardır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ

Sonuç olarak eğitim almış olan hastaların, hastalığın genel seyri ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları hem eğitim almayanlara göre az genel sağlık şikayetlerinin olmasına hem de eğitim alan grubun içindeki tepki farklılıklarının daha az olmasına sebep olmuştur. Yaptığımız çalışma sonucunda alınan eğitimin sonrasında aynı zamanda hastaların aileleriyle, komşularıyla ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri olumlu yönde etkilenmiştir. Eğitimli olan kişilerin birbiriyle olan etkileşiminde daha az dalgalanma yaşanmıştır. Fakat bu durum başlangıçtaki amacımıza uygun bir sonuç değildir. Amaçlarımızdan biri de hastaların tedaviye ve diyetle uyumları ile kan değerleri arasındaki ilişkiyi bulmaktır, aynı şekilde bu konuda da bir ilişki bulunamadı. Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi arasındaki ilişki değerlendirildi. Hemodiyaliz hastaların diyet ve sıvı alımları konusunda uyum sorunu yaşadığı, hastalık hakkında eğitim almanın da bu duruma etki etmediği saptandı. Bu nedenle yeterli bilgiyle donatılmış hemodiyaliz hemşirelerine, eğitim sırasında etkili tekniklerin kullanılması, eğitimin sürekliliğinin sağlanması ve hastaların verilen eğitimden verimli bir şekilde yararlanması konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü hastaların durumları ile ilgili olarak gerçekçi bir biçimde bilgilendirmek ve tedaviye katılımlarını sağlamak daha başarılı tedavi sonuçlarına ulaşmayı kolaylaştıracaktır.

Eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunun iki diyaliz seansı arasında 2 litreden fazla sıvı almaktadır. Bu nedenle diyaliz hastalarına tuz ve sıvı kısıtlaması tedavilerine uymaları konusunda eğitim verilmelidir. Türkiye’ de hastalarının çoğunun eğitim düzeyinin düşük olması bu konularda bilgi düzeylerinin az olmasına yol açabilir. Bu konularda bilgili olan hastalar bile sıvı kısıtlaması ve diyet tedavilerine uymayabilirler. Bundan dolayı tedaviye etkinliğini artıracak eğitim sürekli olmalı, akılda kalıcı şekilde verilmeli ve belirli aralıklarla yenilenmelidir. Bu şekilde verilen bir eğitim ile hastaların sıvı kısıtlaması ve diyet tedavilerine uymaları sağlanabilir.

Hastaların iki diyaliz arası 2 litreden fazla sıvı alımındaki artış, göstermektedir ki verilen eğitime rağmen azalma göstermemiştir. Hastalarımızın verilen eğitime göre iki diyaliz arası sıvı alımı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalsa da gram olarak belirgin bir azalma olmamıştır. Bu durum çalışmamızın süresinin kısıllığından kaynaklanıyor olabilir. Daha uzun süreli bir eğitim ve hasta takibi ile iki diyaliz arası kilo alımında daha belirgin azalma gözlenebilir.

Çalışmamızda erkek hastalar kadınlara göre; evliler, bekar ve dullara göre; lise ve üniversite mezunu olanlar, okula gitmeyen ve ilköğretim mezunlarına göre; 40-60 yaş arasındakiler diğer yaş gruplarına göre ve 1-5 yıldır diyalize girenler uzun süredir diyalize giren hastalara göre; genel olarak diyet ve sıvı kısıtlamalarında en uyumsuz gruplardır. Yapılan çalışmalarda da 40 yaşın altında olan yani en uyumsuz grubun içinde genç hastaların, diyetlerine uymadıkları görülmüştür. Bizim hastalarımızda ise evli hastaların aile uyumunun daha iyi olması, hastaların eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artması bu hastaların tedaviye uyumlarını artırmış olabilir.

60 yaş ve üstündeki diyaliz hastalarında fiziksel disabilite oldukça yaygın olup, genel bir kuvvetsizlik ve ardından da günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılığa neden olmaktadır. Başka bir çalışmada diyalize giren hastalar ile yaş uyumlu kontroller karşılaştırıldığında KBY hastalarda fonksiyonel bozukluğunu, kontrollerden fazla olduğunu özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerinin de görüldüğü saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da beklenildiği gibi diyalize giren yaşlı hastalarda fiziksel aktivite seviyelerinin yaşla birlikte azaldığı, yaşam kalitelerinde düşüş olduğu görüldü. Sadece %10 anlamlılık düzeyinde yeni diyaliz hastalarının sağlıklı yaşam sürdürebilecekleriyle ilgili beklentileri; eski diyaliz hastalarına göre; sağlıklarına geri kavuşma ümitleri ve hayata bağlılıklarının daha fazla olduğu görüldü.

Fiziksel fonksiyon yaşam kalitesinin sadece bir komponentidir. Kolaylıkla ölçülebilir ve küçük müdahalelerle geliştirilebilir. Psikolojik iyilik hali ve sosyal performans değerlendirilmesi ise daha komplikedir. Son zamanlarda psikososyal faktörlerin diyaliz hastalarının üzerindeki etkileri üzerinde daha dikkatli çalışmalar yapılmaktadır. Örneğin; SF-36 yaşam kalitesi soru skalası oldukça geniş bir kullanıma sahiptir. Bu araştırmaların sonucunda, hastalarda fonksiyonel limitasyonun yanında

emosyonel sıkıntılar ve depresyon sıkça rapor edilmektedir. SF-36 hastaların genel olarak bireysel sağlık durumlarını değerlendirmede kullanılan hasta tarafından raporlanan hasta sağlığı raporları adı altında hastalığın gidişatı üzerinde etkili olan parametrelerdir. Bizim çalışmamızda da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre değerlendirdiğimizde; diyalize giren hastalarda yaşam kalitelerinin, sağlıklı gruptaki insanlara göre yaşam kalitelerinde daha çok düşüş olduğu görüldü. Özellikle depresyon diyaliz hastaları içinde en çok görülen psikolojik problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özet olarak egzersizin KBY hastalarında fiziksel kapasiteyi artırdığı bunun yanında anksiyete ve depresyonu azalttığı, sosyal iletişimi artırdığı, emosyonel durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili öteki göstergeleri geliştirdiği bilinmektedir. Bu hastalarda rehabilitasyonun amacı fiziksel fonksiyonunu artırıp, psikolojik ve sosyal destek sağlanarak yaşam kalitesini artırmak olmalıdır. Özellikle yaşlı hastalarda kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemini dayanıklılığını geliştirecek egzersiz programları uygulanmalıdır. Böylelikle günlük yaşamda bağımlı hale gelmeleri engellenmiş ve yaşam kalitelerinde iyileşme sağlanacaktır. Bizim çalışmamızda da görüldüğü gibi hemodiyaliz hastalarının fiziksel fonksiyon kapasiteleri düşük olup, sedanter yaşayan sağlıklı insanlardan daha az aktiftirler. Bu hastalar için özel egzersiz programları düzenlenmelidir. Hatta bu konu üzerine minimal bir ilgi bile fiziksel fonksiyonda gelişmeye neden olacak ve önemli yarar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Akdağ Y. (2012). "Sağlık Harcamalarının Hayat Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği", Yüksek Lisans Tezi Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı.

Akpolat T, Utaş C. (1999). "Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı", Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1999, s.11-20.

Akpolat T, Utaş C. (1999). "Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı", Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1999, s.1-5.)

Altuntaş A. Diyaliz Öncesi Beslenme. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 19 (4):156-161.

Aysun Perim, *Trakya Üniversitesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*, Yüksek lisans Bitirme Tezi, Edirne, 2007, <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/203459.pdf> / (1.03.2016)

Babadağ K., Aştı T. A. (2012). "Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi", Medikal Yayıncılık, Bilimsel Eserler Dizisi 2012, 2.Baskı, İstanbul, 8.

Barnett T, Li Yoong T, Pnikahana J, Si-Yen T. (2008). "Fluid compliance among patients having hemodialysis: Can an educational programme make a difference ?", Jadv Nurs 2008; 61; 300-306.

Bozfakıoğlu S. (2003). "Diyaliz El Kitabı" Güneş Kitabevi, 2003, 3.Baskı Ankara.

Burckhardt, Carol S., S. R. Clark, and R. M. Bennett. (1993). "Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis." The Journal of rheumatology 20.3 (1993): 475-479.

Cella, David F. (1992). "Quality of life: the concept. Journal of Palliative Care". 8 (3): 8–13.

Christopher E Shaw, Serguei, Chatrchyan et al. (2012). "Observation of a new boson at a mass of 125 GeV with the CMS experiment at the LHC." Physics Letters B. 716.1 (2012): 30-61.

Dadalı Z. (2009). "Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması" Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Birimi, İstanbul.

De Haes JCJ, Van Knippenberg FCE. (1984). The quality of life of cancer patients: a review of the literature. Social Science and Medicine, 20(8): 809–817.

Efe S. (1992). "İç Hastalıkları Tedavi Yıllığı 1992" Uycan Yayınları, İstanbul, 6. Baskı, 1992, 224-253.

Elmas A, Saral E. E, Tuğrul A, Şengül E, Bülbül F. (2012). "Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Bilgi Düzeyi İle Klinik ve Laboratuvar Bulguları Arasındaki İlişki", Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz Ünitesi, Kocaeli Tıp Dergisi, 2012 (3); 23-26.

Erefe İ. (2012). "Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri Kitabı" Odak Ofset Matbaacılık 2012, 4. Baskı, 28-29.

Erek E., Serdengeçti K., Ataman R., Dalman S. (1997). "Hemşireler İçin Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kitabı", İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Kliniği, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Cerrahpaşa-İstanbul.

Erek, E. (2005). "Nefroloji Kitabı" İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı Başkanı, Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık 2005, 5. Baskı, 291-363.

Etik D. Ö. (2006). ‘‘Dahiliye II Kitabı’’ Tus’a Hazırlıkta Tek Kaynak, Tusem Tıbbı Yayıncılık, Özkan Matbaacılık 2006, Ankara, 136-175.

Fauci S. A., Brounwald E., Wilson J.D. (2001). ‘‘Harrison’s Principles of Internal Medicine Companion Handbook’’ Mc Grow Hill el kitapları serisi, 14.Baskı, 1. Cilt, 244.

Fırat Reha., ‘‘Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı? Köprü Dergisi’’, <http://www.koprudergisi.com/> (01.03.2016)

Güllü B.E. (2012) ‘‘Prediyaliz Kronik Böbrek Yetmezliği Seksüel Aktif Bireylerde Seksüel Fonksiyonun Değerlendirilmesi, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Hormonal Durumun Seksüel Disfonksiyon Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi’’, Yan Dal Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, Bursa, 17.

Harris D., Elder G., Karatıs L., Rangan G. (2008). ‘‘Basic Clinical Dialysis’’ , Mc Grow Hill 2008.

Hayes M. P., Mackay T. W., Forrest E. H. (2003). ‘‘Churcill’in İç Hastalıkları El Kitabı’’, And Danışmanlık Eğitim ve Yayıncılık 2003, 1.Baskı, 159-160.

İliçin G., Biberoglu K., Süleymanlar G., Ünal S. (2003), ‘‘ İç Hastalıkları Ansiklopedisi ‘‘ Güneş Kitabevi Cilt 2, 2149.

İnan N. (2003) ‘‘Allerjik Rinit ve Kronik Rinosinüzitli Hastaların Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi’’, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Edirne, 19

Kaymak A. D. (2012). ‘‘Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi’’ T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2012, 2.

Koç S., Sever Ş. M. (2011). ‘‘Diyaliz Hastalarında Beslenme’’ İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 10-78.

Koltarla S. Taksim Eğitim ve araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 2008;İstanbul.

Kurt T. Y, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. (2012). ‘‘Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Kan Basıncı Ve Kilo Alımına Etkisi’’, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Samsun 2012; 21(1):39-44.

Kurt T. Y, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Arık N. (2012). ‘‘Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Kan Basıncı Ve Kilo Alımına Etkisi’’ On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Samsun, 2012; 21 (1): 39-44.

Leggat JE Jr, Orzol SM, Hulbert- Shearon T.E, Golber T.A, Jones C.A, Held P.J, Port FK. (1998). ‘‘Noncompliance in hemodialysis’’, Predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis, 1998, 32;19-145.

Maeland, J. G., Karlsen, K. H., Larsen, J. P., Tandberg, E. (1999). Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with Parkinson’s disease. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 66(4), 431-435.

Mahon A., Jenkins K. (2007). ‘‘Chronic Kidney Disease Interest Group (Evre-1-3)’’, EDTNA/ERCA, European Dialysis and Transplant Nurses Association/european Renal Care Association 2007, İsviçre, 36-37.

Miller C. K, Edward L, Kissling G, Sanville L. (2002). ‘‘Nutrition education improves metabolic outcomes among older adults with diabetes mellitus: results from a randomized controlled trial’’, 2002; 34(2):252-9.

Mutlu Ayşegül ve Işık A. Kadir, ‘‘Sağlık Ekonomisine Giriş’’, Bursa, 2005

National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Nutrition in Chronic Renal Failure. Am J Kidney Dis 2001; 37 (1 suppl 2):

Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S ve ark. Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye ve Diyete Uyumluluğu İle Bazı Kan Değerleri Arasındaki İlişki. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (4): 93-100. 66-70.

Özener Ç., Akoğlu E. (1999). ‘‘Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı-Malnütrisyon ve Beslenme’’ Güzel Sanatlar Matbaası 1999, İstanbul, 197-205.

Özüdoğru E. (2013). ‘‘Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitim ve Spor Öğretimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 19-35.

Patrick, D. L., Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.

Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak M.R. Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. 2008)

Seyahi N., Altıparmak M.R. (2015). ‘‘Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu’’ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı 2015, İstanbul, 24(1): 10-16.

Stoudemire, A; Fogel, BS, eds. (1991–1995). Medical-Psychiatric Practice, Volumes 1, 2, and 3. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc. ISBN 978-0-880-48425-1.

Süleymanlar G, Erek E. Diyaliz Tedavisi. 3.Baskı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları 2004, s.1-6.)

Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji – Diyaliz ve Transplantasyon Registry. 2009. 1. Baskı, İstanbul: Metris Matbaacılık, 2010: 3-28.)

Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak MR, Serdengeçti K: Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti. Turk Neph Dial Transpl 2011; 20 (1): 1-6

Szalai, J. P., Tierney, M. C., Snow, W. G., Fisher, R. H., Nores, A., Nadon, G., George-Hyslop, P. S. (1996). Prediction of probable Alzheimer's disease in memory-impaired patients A prospective longitudinal study. *Neurology*, 46(3), 661-665.

Şirin B. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008;İstanbul.

Taş F.S, Cengiz K, Erdem E, Karataş A, Kaya C. (2011). ‘Akut ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Mortalite Nedenleri’, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(3): 120-124.

Tsay SL. (2003). ‘Self- efficacy training for patients with end- stage renal disease’, *Jadv Nurs* 2003; 43 370-375.

Ülkü N. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Tedavinin Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009;Afyon. 18.

Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. (1997). ‘Diyaliz Hastalarının Bilgilendirme Gereksinimleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, Ankara, 1997;3-4:125-130.

Vatansever, Ş., Ölçücü, B., Özcan, G., Çelik, A. ‘Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi’.

Yalçın U. A, Akpolat T. (1999). ‘Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı’, Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş.-İstanbul, 1999, s.11-20.

EKLER

EK 1. KİŞİ İLE İLGİLİ TANIMSAL SORULAR

HEMODİYALİZİN HASTALARIN HAYAT KALİTESİNE ETKİLERİNİN ÖLÇÜLMESİ ANKETİ

1-Yaşınız

10-19 20-39 40-59 60 ve üstü

2- Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3-Eğitiminiz

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Okuryazar değil

4-Medeni durumunuz

Evli Bekar Dul/Boşanmış

5- Yaşadığınız yer

Köy İlçe Şehir merkezi

6- İş durumunuz

Çalışıyor Çalışmıyor Emekli

7-Eşlik eden hastalık

Hipertansiyon Şeker Hastalığı Kardiyovasküler Hastalık

Böbrek yetmezliği Felç-İnme Obezite

Depresyon

Diğer

8- Sigara kullanımı

Evet

Hayır

8- Diyalize başlayalı ne kadar oldu?

1-6 ay

12 ay

1-3yıl

3-5 yıl

5yıl >

2.) Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık ve Hastalığa Uyumla İlgili Verilerinin Dağılımı

Tedavi süresi:

0-1 Yıl :

2-3 yıl :

4-5 yıl :

5 yıl ve üzeri :

Haftalık diyalize girme sayısı:

2 defa :

3 defa :

Hastalıkla ilgili eğitim alma:

Evet:

Hayır :

İki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı:

İki ve ikinin altı :

2'nin üstü :

Diyete uyma durumu:

Uyan :

Uymayan:

3. Hastaların Diyete Uyumları İle Bazı Kan Değerleri Arasındaki İlişki

Özellikler	Uyan	Uymayan	Önemlilik testi
Sistolik kan basıncı			
Diastolik kan basıncı			
Sodyum			
Potasyum			
Kalsiyum			
Fosfor			
Albümin			
Hemoglobin			
Hematokrit			
Üre			
Kreatinin			

EK 2. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1-) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orda e) Kötü

2-) Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3-) Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle (işlerle) ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
1. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi			
2. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
3. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
4. Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
5. Merdivenle bi kat çıkma			
6. Öne eğilme veya diz çökme			
7. Bir iki kilometre yürüme			
8. Birkaç sokak öteye yürüme			
9. Bir sokak öteye yürüme			
10. Kendi başına banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük işleriniz sırasında bedensel sorunlarınız nedeniyle aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
1. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
2. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
3. İş veya diğer etkinliklerin çeşidinde kısıtlanma yaptınız mı?		
4. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Aşırı çaba gösterdiniz mi)		

5. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya diğer günlük etkinlikleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon, çökkünlük veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
1. İş veya diğer aktivitelere ayırdığınız zamanı kısalttınız mı?		
2. Hedeflediğinizden daha az şey mi yaptınız?		
3. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta içinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif
d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta içinde ağrınız, normal işinizi(hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
b. Çok sınırlı bir insan olduğunuz mu?						
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
e. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						

h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta içinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi(arkadaş veya akrabaları ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen
d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	a.Kesinlikle doğru	b.Çoğunlukla doğru	c.Bilmiyorum	d.Çoğunlukla yanlış	e.Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyorum					
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
d. Sağlığım mükemmel					

EK:3 YAPILAN ANALİZ SONUÇLARI

Tablo 29: Tedavi Süresi İle İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar...)

10A	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
24A 1	22	25,05	3,946	,841	0,541	1,385
2	50	25,52	3,177	,449	0,590	0,243

Tablo 30: Tedavi Süresi İle Diyete Uyma Arasındaki İlişki

14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
10A 1	39	1,67	,478	,076	0,550	1,232
2	33	1,73	,452	,079	0,584	0,271

Tablo 31: Eğitim Alanlar İle Tedavi Süresi Arasındaki İlişki

12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
10A 1	53	1,72	,455	,062	0,686	1,488
2	19	1,63	,496	,114	0,495	0,227

Tablo 32: Diyete Uyuma İle Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişkisi

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
26A	1	39	1,59	,498	,080	0,628	0,983
	2	33	1,52	,508	,088	0,532	0,325

Tablo 33: Haftalık Diyalize Girme Sayısı İle Sağlık Değerlendirme Derecesi Arasındaki İlişki

11		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
26A	1	3	1,33	,577	,333	0,784	1,229
	2	69	1,57	,499	,060	0,436	0,271

Tablo 34 : Haftalık Diyalize Girme Sayısı ile İnsani İlişkiler (Beden Sağlığı, Duygusal Sorunlar...)

11		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
24A	1	3	2,00	,000	,000	1,168	19,301
	2	69	1,68	,469	,057	0,247	0,000

Tablo 35: Diyete uyma ile Arkadaş/Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
25	1	39	2,46	1,335	,214	0,873	2,176
	2	33	2,76	1,542	,268	0,385	0,145

Tablo 36 :Diyete uyma durumu ile hemoglobin değeri arasındaki ilişki

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15ğ	1	39	10,646154	1,7044595	,2729320	0,109	0,027
	2	33	10,600000	1,8940697	,3297152	0,914	0,869



Tablo 37: Diyete Uyma Durumu İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15c	1	39	136,41	2,521	,404	0,184	0,143
	2	33	136,30	2,391	,416	0,854	0,706

Tablo 38: Eğitim Alanlar İle Hemoglobın Değeri Arasındaki İlişki

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15ğ	1	53	10,867925	1,7458493	,2398108	1,972	0,057
	2	19	9,947368	1,7462240	,4006113	0,053	0,812

Tablo 39: Eğitim Alma Durumu İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15c	1	53	136,51	2,614	,359	0,858	1,492
	2	19	135,95	1,900	,436	0,394	0,226

Tablo 40: Yaş Aralıkları İle Fosfor Değeri Arasındaki İlişki

1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15f 3	30	5,403000	1,2465266	,2275836	1,200	0,119
4	37	5,021351	1,3311527	,2188402	0,234	0,732

Tablo 41: Yaş Aralıkları İle Sodyum Değeri Arasındaki İlişki

1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
15c 3	30	136,27	2,532	,462	0,404	0,054
4	37	136,51	2,445	,402	0,687	0,817

Tablo 42: Eğitim Alma Durumu İle Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
22	1	53	2,83	1,438	,197	1,226	0,459
	2	19	3,32	1,600	,367	0,224	0,500

Tablo 43: Eğitim Alma Durumu İle Arkadaş/ Akraba İlişkileri Arasındaki Değişim

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
25	1	53	2,45	1,367	,188	1,441	0,076
	2	19	3,00	1,563	,359	0,154	0,783

Tablo 44: Eğitim Alma Durumu İle Günlük Aktivitelerle Uyumu

12		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
19A	1	53	1,25	,434	,060	0,152	0,090
	2	19	1,26	,452	,104	0,879	0,766

Tablo 45: Diyete Uyma İle Diyalize Başlama Yılı Arasındaki İlişki

14		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	T-test&p-değeri	F testi ve p değeri
8	1	39	1,82	,389	,062	1,505	8,856
	2	33	1,67	,479	,083	0,137	0,004

