

**T.C.**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN  
SOSYO-EKONOMİK-KÜLTÜREL DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Belkız YILDIRIM**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Erdiñ ÜNAL**

**İSTANBUL - 2017**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Belkıs YILDIRIM

Öğrenci No : 122009144

Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

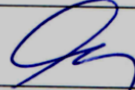
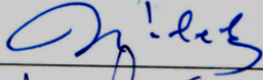
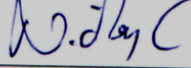
Tez Savunma Tarihi : 27.03.2017

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal

Tez Savunma Saati : 11.30

Tez Konusu : "Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Sosyo-Kültürel Ekonomik Düzeylerinin Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul 'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	
Doç. Dr. Nilüfer Özaydın (Marmara Üni.)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürüğen		

**T.C.**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN  
SOSYO-EKONOMİK-KÜLTÜREL DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Belkız YILDIRIM**

**(122009144)**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Erdiñ ÜNAL**

**İSTANBUL-2017**

## ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği (KBY); fonksiyon kayıpları ve sonucunda kendine yetebilmenin de zorlaşabildiği, tedavisinde önemli güçlüklerin bulunduğu, ruhsal, sosyal ve ekonomik pek çok zorluğu beraberinde getirebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada KBY olan hastaların sosyo-ekonomik-kültürel düzeylerinin değerlendirilmesi ve hastaların hastalığın psikososyal etkilerini algılama durumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi Nefroloji 1 ve 2 servisine, Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasındaki altı aylık dönemde yatan, KBY teşhisiyle diyaliz takibinde olan 163 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunun birinci kısmında; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum vb. demografik özellikleri ikinci kısmında; hastaların davranış biçimi ve alışkanlıkları, üçüncü kısımda ise hastalığın yaşamlarına olan etkilerini algılama durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 53.47 olup, %57.1'i erkek, % 79.1'i evli, % 50.3'u ilköğretim mezunu idi. Hastalık nedeniyle %36.2'si gelecek kaygısı yaşadığını, %33.7'si tedavi ekibine ve hastaneye kendini bağımlı hissettiğini, %26.4'ü başkalarına duyulan ihtiyaçta artma olduğunu, %19.6'sı yakın arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde kayıp yaşadığını belirtmişlerdir. Periton diyalizi yapan hastaların hemodiyaliz hastalarına göre işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duyma durumu, ölüme dair konuları düşünme sıklığı, kendini kısıtlanmış ve bağımlı hissetme durumu; kadın hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme, gelecek kaygısı yaşama, kendini yorgun ve halsiz hissetmeleri anlamlı düzeyde yüksektir. Okur-yazar olmayan ve yüksek gelire sahip olan hastalar daha düşük düzeyde gelecek kaygısı yaşamaktadır. Gazete-kitap okuyan hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme oranları, gelecek kaygısı yaşama ve ölüm korkusu yaşama oranları anlamlı düzeyde düşüktür. KBY olan hastalara eğitsel-kültürel destekleyici programlar sağlanması, hastalık algılarının daha olumlu olmasına ve tedaviye uyum davranışlarının artmasına neden olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği ve sosyo-kültürel özellikler, Kronik böbrek yetmezliğinde psikososyal etkiler

## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF THE SOCIO-ECONOMIC-CULTURAL LEVELS OF THE PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Chronic renal failure (CRF) is an important public health problem that can be difficult to manage as a result of loss of function and bring about many difficulties in psychologic, economic and social which have with significant difficulties in its treatment. In this study, it was aimed to evaluate the socio-economic-cultural levels of patients who have chronic renal failure and to investigate the patients' perception of the psychosocial effects of the disease.

This descriptive research was performed on 163 patients who have CRF with taking dialysis during the six months period between December 2013 and May 2014 in Erciyes University Medical Faculty, Organ Transplantation and Dialysis Hospital Nephrology Department 1 and 2. In the first part of survey form; demographic features like age, gender, marital status etc; in the second part,; the behavior patterns and habits of the patients, and in the third part; questions to determine the perception of the effects of the illness on their lives used as data collection in the research. Chi square test was used to compare categorical variables.

The average age of the patients was 53.47, 57.1% were male, 79.1% were married, 50.3% were primary school graduates. 36.2% of the patients had anxiety about their future, 33.7% felt self-reliance on the treatment team and the hospital, 26.4% had an increase in the need to other people's help, and 19.6% stated that they had loss in their relationship with close friends and relatives. The peritoneal dialysis patients are significantly higher than hemodialysis patients about need for help in doing their jobs, the frequency of thinking about deaths, the feeling of being restricted and dependent; female patients' feeling dependent on the treatment team and the hospital, experiencing future anxiety and feeling tired and fatigued. The patients who are illiterate and have high incidence live at a lower level of future anxiety. The patients who read newspapers and books had significantly lower rate of feel dependent on the treatment team and the hospital, experience anxiety about future and fear of death. Providing educational and cultural support programs to patients with CRF will lead to a more positive perception of illness and an increase in treatment compliance behaviors.

**Keywords:** Chronic renal failure and socio-cultural characteristics, Psychosocial effects in chronic renal failure

## ÖNSÖZ

Bu çalışmamızda, önemli bir sağlık sorunu olan kronik böbrek yetmezliği hastalığı ile bu hastalık teşhisini almış hastaların sosyo-ekonomik-kültürel durumlarıyla olan ilişkisi, hastalığın psikososyal etkilerinin hastalarca algılanma durumları araştırılmıştır. KBY olan hastaların ekonomik ve sosyal durumu ile aile içi dinamikler tedavi süreçlerini etkilemektedir. Araştırmadan çıkan sonuçların hastalar için bu boyutlara ilişkin destekleyici yönetsel çıkarsamalara yol açması amaçlanmıştır.

Tez çalışması yapabilecek bir düzeye beni taşıyan Okan Üniversitesi SBE Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı Öğretim Üyelerine, tez çalışmam süresince bana rehberlik eden değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Erdiñ ÜNAL'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Çalışmam boyunca ayrıca bana destek veren arkadaşım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seval KELOĞLAN'a ve istatistiki çözümlemede katkıda bulunan Sayın Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e teşekkür ederim. Her zaman sevgi, sabır ve desteklerini hissettiğim, her türlü fedakârlıkta bulunan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği .....	3
2.2. Böbrek Yetmezliği ve Evreleri.....	3
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Aşamaları.....	4
2.4. Kronik Böbrek Hastalığında İnsidans ve Epidemiyoloji .....	5
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı İçin Koruyucu Önlemler .....	7
2.5.1. Primordial Korunma .....	7
2.5.1.1. İntrauterin Gelişme Geriliğinin Önlenmesi .....	7
2.5.1.2. Sağlıklı Çevre .....	8
2.5.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi (Toplum Sağlığı Faaliyetleri) .....	8
2.5.2. Primer Korunma.....	8
2.5.2.1. Tarama Programları .....	9
2.5.2.2. Koruyucu Nefroloji Önlemlerinin Halka Yayılması.....	9
2.5.2.3. Anne Sağlığı ve Bakımın Desteklenmesi.....	9
2.5.3. Sekonder ve Tersiyer Korunma .....	9
2.5.3.1. Nefroloji Servislerinin Yaygınlaştırılması .....	10
2.5.3.2. Kadavradan Böbrek Naklinin Teşviki .....	10

2.6. Etiyoloji.....	11
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi .....	12
2.8. Diyaliz Yöntemleri .....	14
2.8.1. Hemodiyaliz.....	14
2.8.2. Periton Diyalizi (PD).....	15
2.9. Transplantasyon.....	17
2.10. Konservatif Tedavisi.....	18
2.11. KBY'de Oluşabilecek Psikososyal Sorunlar .....	18
2.12. KBY'nin Sosyoekonomik Boyutu .....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	22
4.2. Hastaların Aldıkları Diyaliz Tipine Göre Dağılımı .....	35
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle KBY Nedenlerinin Karşılaştırılması.....	39
4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Fiziksel, Psikolojik ve Sosyal Durumlarını Algılamaları Arasındaki İlişki.....	41
4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hastalığını ve Hayatına Etkilerini Algılamaları Arasındaki İlişki .....	44
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA.....	59
FORMLAR.....	65
ETİK KURUL ONAYI.....	70
ÖZGEÇMİŞ .....	71



## TABLO LİSTESİ

### SAYFA NO

<b>Tablo 1. K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri</b>	3
<b>Tablo 2. 2013 yılı içinde yeni kronik HD hastalarının başlangıç sırasında eşlik eden / komorbid durumlara göre dağılımı</b>	6
<b>Tablo 3. Kronik böbrek hastalığı risk faktörleri (U.S. Renal Data)</b>	11
<b>Tablo 4. 2013 yılı sonu itibarıyla kronik Hemodiyaliz programında izlemde olan hastaların etiyolojik nedenlere göre dağılımı</b>	12
<b>Tablo 5. 2013 yılı sonu itibarıyla kronik HD/PD programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) RRT tipine göre dağılımı</b>	13
<b>Tablo 6. 2013 yılında kronik PD hastalarında peritonit dışındaki diğer komplikasyonlar</b>	17
<b>Tablo 7. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özelliklerine ilişkin bulgular</b>	23-24
<b>Tablo 8. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin davranış biçimi ve alışkanlıkları</b>	25
<b>Tablo 9. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin içinde buldukları ev ve çevre şartlarına ilişkin bulgular</b>	26
<b>Tablo 10. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre hastaların verdiği yanıtlara ilişkin bulgular</b>	27
<b>Tablo 11. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hemodiyaliz tedavisi aldıkları süreçte zamanı değerlendirmesine ilişkin bulgular</b>	28
<b>Tablo 12. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalık algılarına göre fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin bulgular</b>	29
<b>Tablo 13. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin, hastalığın diğer insanlarla ilişkiyi etkileme durumuna ilişkin bulgular</b>	31
<b>Tablo 14. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalığını ve hayatına etkilerini algılama durumu ile ilişkili bulgular</b>	33

<b>Tablo 15. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre dağılımı</b>	35
<b>Tablo 16. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre hastalık algılarının dağılımı</b>	36
<b>Tablo 17. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre hastalığını ve hayatına etkilerini algılama durumları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması</b>	38
<b>Tablo 18. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri ile kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasındaki ilişkiler</b>	40
<b>Tablo 19. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri ile hastalık algılarına göre fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri arasındaki ilişkiler</b>	42-43
<b>Tablo 20. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığını ve hayatına etkilerini algılamaları arasındaki ilişki</b>	45-46
<b>Tablo 21. Hastaların fiziksel görünümü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	47
<b>Tablo 22. Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	48
<b>Tablo 23. Hastaların psikolojik yönü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	48
<b>Tablo 24. Hastaların hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	49
<b>Tablo 25. Hastaların hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yordüğünü düşünme durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	49
<b>Tablo 26. Hastaların sosyal yönü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar</b>	50

## KISALTMALAR LİSTESİ

- BTx** : Böbrek Transplantasyonu
- GFH** : Glomeruler Filtrasyon Hızı
- HD** : Hemodiyaliz
- KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği
- KVH** : Kardiyovasküler hastalıklardır
- PD** : Periton Diyalizi
- RRT** : Renal Replasman Tedavisi
- SAPD** : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
- SDBY** : Son Dönem Böbrek Yetmezliği
- SPSS** : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package For Social Sciences)
- TND** : Türk Nefroloji Derneği
- CREDIT** : Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (Chronic Renal Disease In Turkey)

## 1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), bütün sistemleri etkileyen, hasta yönetiminin yakın takip gerektiren, prognozu kötü seyreden, ciddi metabolik bozukluklara ve bununla ilişkili komplikasyonlara yol açabilen bir tıbbi durumdur (1).

Kronik böbrek hastalığı (KBH) ise, temelde yatan böbrek hastalığının etiyojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı ve/veya glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup>'nin altına inmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (2).

KBY görülme sıklığındaki artış, yüksek tedavi maliyeti nedeniyle özelde ülkemizde ve genelde dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (3).

KBY; genç erişkin grubunda en sık olmak üzere hemen her yaşta görülebilen, fonksiyon kaybına yol açabilen, çeşitli komplikasyonlara sebep olabilmenin ötesinde ölümlü de sonuçlanabilen bir hastalıktır (4).

Düşük farkındalık nedeniyle hastalık Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) evresine ilerlemekte, yüksek morbidite ve mortalite oranları ve kötü yaşam kalitesi ile hasta sağlığını ve uygulanması gereken yüksek maliyetli diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile sağlık bütçesini ciddi olarak tehdit etmektedir (5).

KBY, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi diğer sistem hastalıkları ve sigara, alkol kullanımı, sedanter hayat gibi yaşam tarzı ile ilgili problemlerin etkileşmesi sonucunda ortaya çıkan, kronik tabiatlı, son dönem böbrek hastalığı noktasına varabilen ve hayatta kalınabilmesi için diyaliz, ya da renal transplantasyona ihtiyaç duyulan psikolojik, sosyal, davranışsal ve ekonomik sonuçları olabilen bir hastalıktır.

KBY'nin etiyojisinde diyabet, hipertansiyon ve glomerüler hastalıklar önemli yer tutar. Türkiye'de de kronik böbrek yetmezliğinin en sık sebebi bu üç kronik hastalıktır (3).

KBH, SDBY ve kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olduğundan, bu hastalıktan korunma, önleyici tedbirler ve hastalığın ilerlememesine yönelik tedavi hem son dönem böbrek yetmezliğine gidişi engeller hem de kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkmasını azaltır (6).

KBY'nin erken tanısı; komplikasyonların önlenmesi, hastalığın ilerleme sürecinin geciktirilmesi ve renal replasman tedavisi için zamanında hazırlık yapılması açısından önemlidir (10).

KBY'si olan hastaların tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de hemodiyalizdir. Hemodiyaliz, hayat kurtarıcı olmasına karşılık kişilerin normal hayat düzenini önemli ölçüde değiştirmekte, yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (7-9).

Bu çalışmada, önemli bir sağlık sorunu olan kronik böbrek yetmezliği hastalığı ile bu hastalık teşhisini almış hastaların sosyo-ekonomik-kültürel durumlarıyla olan ilişkisi, hastalığın psikososyal etkilerinin hastalarca algılanma durumları incelenecektir. Çalışmanın amacı; kronik böbrek yetmezliği olan hastaların sosyo-ekonomik-kültürel düzeylerinin değerlendirilmesi ve hastalığın bu hastalar üzerindeki psikososyal etkilerini araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

KBY, GFH böbrek fonksiyonlarında tespit edilebilir düzeyde değişikliklere neden olacak kadar, kalıcı bir şekilde azaldığı durum olarak tanımlanabilir. Bu durum genellikle dakikada GFH 25 ml'nin altına indiğinde ortaya çıkar (11).

KBH; düşük glomeruler filtrasyon oranları ve/veya anormal idrar bulguları ile ayırt edilen böbrek hasarı, görüntüleme tespit edilen patolojinin en az 3 ay sürdüğü bir sendrom olarak tanımlanır (12, 13).

### 2.2. Böbrek Yetmezliği ve Evreleri

Böbrek hasarının en sık rastlanan ve kolayca saptanabilen göstergesi proteinürüdür. KBH hesaplanan GFH'na göre evrelendirilmiştir (2).

Ulusal Böbrek Vakfı - Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite İnisiyatifi (National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI)) tarafından hazırlanan 2002 yılı Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre KBH;

1) GFH'nda azalma olsun veya olmasın, böbrekte 3 ay veya daha uzun süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallikler olması,

2) Böbrek hasarı olsun ya da olmasın GFH'nin 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup>'den daha düşük olmasıdır (14).

**Tablo 1. K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri.**

Evre	Tanım	GFK (ml/dk/1,73m <sup>2</sup> )
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	SDBY	<15

**Evre I**, GFH'nin iyi korunduğu ancak proteinürisi/albuminürisi olan hasta veya böbrek görüntülemesinde değişikliklerin bulunduğu durumlardır ( $\geq 90$ ).

**Evre II** KBH, böbrek hasarı ile birlikte azalmış GFH'nin bulunması (60-89 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>) durumudur.

**Evre III**, GFH'ında orta derecede azalma (59-30 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>).

**Evre IV**, ciddi GFH azalması (29-15 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>) söz konusudur.

**Evre V**, böbrek yetmezliği aşaması olup GFH 15 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup> nın altına indiği renal replasman tedavisinin gerekli olduğu evredir (2).

### **2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Aşamaları: (15)**

#### **i. Böbrek Fonksiyonlarında Azalma**

GFH 50-80 ml/dk arasındadır. Klinik belirti görülmez.

#### **ii. Hafif Derecede Böbrek Yetmezliği**

GFH 30-50 ml/dk arasındadır. Hipertansiyon ve sekonder hiperparatiroidizm görülür. Bu dönemde kreatinin klerensi 60–89 mL/dk düzeyindedir (15). GFR'deki azalmalar kandaki kreatinin ve üre seviyesinde ani fakat geriye dönüşlü yükselmelere neden olabilmektedir (16).

#### **iii. Orta Derecede Böbrek Yetmezliği**

GFH 10-29 ml/dk arasındadır. Hafif derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere ek olarak anemi görülür (15). GFR'nin azalması bütün organ sistemlerini özellikle de sindirim, dolaşım ve sinir sistemlerini etkileyen, üremi adı verilen klinik tabloyu beraberinde getirmektedir (16).

#### **iv. Ciddi Böbrek Yetmezliği**

GFH 10 ml/dk'nın altında seyrederek. Orta derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere belirgin su ve tuz tutulumu, iştahsızlık, kusma ve üst düzey mental fonksiyonlarda azalma eklenir (15).

## **v. Son Dönem Böbrek Yetmezliği**

GFH 5 ml/dk'nın altındadır. Ciddi böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere pulmoner ödem, koma, konvulziyon, dekompanse asidoz, hiperkalemi ve olum eşlik edebilir (15). Üreminin bütün belirtileri şiddetlenmekte, azotemi, hipertansiyon, kalp yetmezliği, perikardit, kanamalar ve komaya kadar varabilen bilinç bulanıklığı görülebilmektedir. Diyaliz dışı tedavi ve diyet önlemleri, terminal üremi döneminde yetersiz kalmaktadır (16).

### **2.4. Kronik Böbrek Hastalığında İnsidans ve Epidemiyoloji**

KBH erken saptandığında sıklıkla önlenbilir veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına karşın, farkındalığının ve erken tanısının düşük olması birçok olguda buna olanak vermemektedir. Dünyada hastalık farkındalığının %10'un altında olduğu bildirilmektedir (17). Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışmasına (CREDIT) göre ülkemizde KBH'nin farkındalığı %2'nin altındadır (18).

Hindistan'da uzun dönem tahminlere göre yılda yaklaşık 100.000 son dönem böbrek hastası renal replasman tedavisine ihtiyaç duymaktadır (19). Kronik böbrek hastalığı, ölüm sebebi olarak yaklaşık 12. sırada sakatlık sebebi olarak ta 17. sırada yer almaktadır (20). KBH tahminen %10-15'inde önemli sağlık harcamaları ile sonuçlanmakta ve bunların çoğu Hindistan halkının cebinden karşılandığı bildirilmektedir. Kronik böbrek hastalıklarının toplumlara olan yükü tam olarak bilinmemektedir (21).

Japonya'da son dönem böbrek yetmezliği görülme sıklığı artmaktadır. Son yıllarda, mevcut hasta sayısının 2 milyondan fazla olduğu bilinmektedir. Son dönem böbrek yetmezliğinin %40'ı diabetes mellitus'a bağlı olduğu bildirilmektedir (6).

Düşük sosyo-ekonomik faktörlerin olduğu ülkelerde son dönem böbrek hastalığının yaygınlığı gelir seviyesi yüksek olan ülkelerekinden daha fazladır. Bu yükseklik sahra altı Afrika gibi fakir milletlerde son dönem böbrek hastalığı için fonların olmayışı, düzenli diyaliz ve renal transplantasyon olanağının olmayışı ile ilişkilidir (22). Son dönem böbrek hastalıklarının ekonomik etkileri gelişmiş ülkeler için bile önemlidir (23).



Türk Nefroloji Derneği (TND)'nin Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre, Türkiye’de 2001 yılında milyon nüfus başına 314 olan SDBY’li hasta sayısı, günümüzde milyon nüfus başına 870'e ulaşmıştır. 2013 yılı sonu verilerine göre ülkemizde diyaliz uygulanan veya böbrek nakli yapılmış yaklaşık 65.000 hasta bulunmaktadır. SDBY insidansı ise milyon nüfus başına 138 olarak belirlenmiştir (24).

TND tarafından 23 ilde 10.748 erişkinin katılımı ile gerçekleştirilen CREDIT çalışması, Türkiye’de erişkinlerin %15,7’sinde KBH bulunduğunu, kadınlarda KBH prevalansının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir (% 18,4 ve %12,8) (18).

TND-2013 kayıtlarına göre düzenli diyaliz programına giren hasta sayısı (19 yaş üzerinde) 52215; bunların 22.926’sı kadın (% 43.52), 29529’u erkek (% 55.60) idi. 2013 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 870 olarak saptanmıştır (24).

KBY hastalarında mortalite artmıştır. Bu hastalarda ölüm oranının yüksek olmasının nedenleri arasında hastaların genellikle ileri yaşta olmaları, yetersiz beslenme, böbrek yetmezliğine eşlik eden diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon ve malignite gibi hastalıkların bulunması sayılabilir (25). TND-2013 kayıtlarına göre (24) 2013 yılı içinde yeni kronik hemodiyaliz hastalarının başlangıç sırasında eşlik eden / komorbid durumlara göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. En sık eşlik komorbid durum diyabetes mellitus (%33.86) olup, bunu %26.56 ile iskemik kalp hastalıkları izlemektedir.

**Tablo 2. 2013 yılı içinde yeni kronik hemodiyaliz hastalarının başlangıç sırasında eşlik eden / komorbid durumlara göre dağılımı ( TND Böbrek Kayıt Sistemi verileri 2013)**

	<i>n</i>	%
<b>Diabetes mellitus</b>	2282	33.86
<b>İskemik kalp hastalığı</b>	1790	26.56
<b>Konjestif kalp yetersizliği</b>	856	12.70
<b>Periferik damar hastalığı</b>	403	5.98
<b>Kronik akciğer hastalığı</b>	290	4.30
<b>Malignite</b>	284	4.21
<b>Serebrovasküler hastalık</b>	240	3.56
<b>Kronik karaciğer hastalığı</b>	86	1.28
<b>Diğer</b>	508	7.54
<b>Toplam</b>	6739	100

## **2.5. Kronik Böbrek Hastalığı İçin Koruyucu Önlemler**

Şans eseri olarak, önleyici ölçümler basit ve zor olmayan uygulamalardır. Halk sağlığı stratejilerinde ilerleyen problemin kontrolü temeldir (21). Böbrek hastalığı gelişimi için; en önemli düzeltilbilir risk faktörleridir diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, obezite, aşırı tuz tüketimi ve sigara alışkanlığıdır. Yaşam tarzı ve sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik tedbirlerle böbrek hastalığı gelişimi için; en önemli düzeltilbilir risk faktörlerinden olan diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları ve obezite sıklıkları azaltılmış olmasının yanı sıra böbrekler ve diğer organların korunmasına doğrudan katkı sağlayacaktır. Böylece böbrek hastalığının toplumda görülme sıklığı azalacaktır (5). Bu doğrultuda; yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersizi yaşam tarzı haline getirme, sağlığa zararlı madde ve alışkanlıklardan uzak durma konusunda toplumunun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir (5). Yaşam tarzı modifikasyonları obezite sıklığını, hipertansiyonu ve diyabeti azaltabilir. Bu hastalıklar kronik böbrek hastalıklarında yüksek oranda görülür. Halk sağlığı uzmanlarının esas rolü, halk eğitim programlarını organize etmek ve tarama kampları oluşturmaktır. Aktif hasta destek grupları, sağlık bakım sistemlerinin farklı basamaklarındaki önleyici programlarına katılımın sağlanmasıdır (21).

### **2.5.1. Primordial Korunma**

Kronik böbrek yetmezliğinde temel koruma, bir bozukluğun ilk ortaya çıkışını önlemeye yöneliktir (26). Primordial korunmaya örnek olarak, acil ya da gelişimsel risk faktörlerinin önlenmesi o popülasyonda kronik böbrek hastalığının önlenmesinde hayati bir rol oynar (21).

Primordial koruma aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

#### **2.5.1.1. İntrauterin Gelişme Geriliğinin Önlenmesi**

İntrauterin gelişme geriliği, normal fetal büyümenin engellendiği ve fetüsün ağırlığının genetik potansiyelinin altında kaldığı patolojik bir durumdur (27). Pek çok epidemiyolojik çalışma, düşük doğum ağırlığı ile erişkin hipertansiyon arasında ters ilişki olduğunu ortaya koymuştur (28,29).

### **2.5.1.2. Sağlıklı Çevre**

İnsan sağlığı çevre ile genetik örüntüsü arasındaki etkileşimin bir ürünüdür. Kişi daha dölleme anından başlayarak birçok çevresel sorundan etkilenmektedir (30). İnsanın yaşadığı çevredeki her türlü olumlu veya olumsuz etmenler, başta insanın büyümesi, gelişmesi, sağlığı ve performansı olmak üzere anatomik, fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal yapısını etkilemektedir (31). Bakteriyel, viral ve paraziter enfeksiyonlar, post enfektif glomerulonefrite yol açabilir. Endüstrileşmiş ülkelerde enfeksiyon hastalıklarındaki azalma, yaşam şartlarındaki iyileşmenin bir sonucu olarak post glomerulonefritis insidansının azalmasını sağlamıştır. Nitekim bu böbrek hastalığı daha fakir ülkelerde hala daha yaygındır (32).

### **2.5.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi (Toplum Sağlığı Faaliyetleri)**

Toplumlarda böbrek hastalıklarının yüksek yaygınlığının ciddi sonuçları hala yeterince fark edilmiş değildir. Sağlıklı yaşam tarzı, obezite, hipertansiyon ve tip 2 diyabeti önleyebilir. İlâveten böbrek hastalıkları, kardiyovasküler hastalık riskini artırır ve kardiyovasküler hastalıklar da böbrek hastalığı riskini artırır. Halk bilinçlendirme programları, sağlıklı yaşam biçimi için hayati öneme sahiptir. Böbrek hastalığı bilinçlendirme programları lise seviyesinde başlamalıdır. Medya ve sosyal organizasyonların aktif rolü yaygın mesajlar için gereklidir (21).

Hastaya Kronik böbrek yetmezliği tanısı konduğu andan itibaren proteinüri, hipertansiyon, hiperglisemi, protein ve fosfattan zengin diyet, tuzlu yeme, dislipidemi, hiperfosfatemi, anemi, sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıklar gibi böbrekteki hasarı ve yetmezlik sürecini hızlandıran faktörlerin kontrol altına alınarak, bu konuda hastanın bilinçlendirilmesi zaruridir (33).

### **2.5.2. Primer Korunma**

Primer önleme programındaki temel yaklaşımlar şunlardır: (5).

- Böbrek hastalığı gelişimi için risk altındaki bireyleri saptamak,
- Böbrek hastalığı riski yüksek hastalıkların etkin izlem ve tedavisi ile böbrek hastalığı gelişimini önlemek,
- Risk altındaki bireylere yapılacak düzenli taramalar ile böbrek hastalığının erken evrede tanısını sağlamak,
- Böbrek hastalığını geri döndürmek veya ilerlemesini engellemek, geciktirmek.

### **2.5.2.1. Tarama Programları**

Renal hastalıklar için bir tarama programının anahtar özellikleri; hipertansiyonun ayırt edilmesi, diyabet ve proteinüri-hematüri açısından idrar muayenesini kapsar (34). Birçok ülkede, tarama programları; böbrek hastalığının teşhisi için çocukluk döneminde başlar (35-37). Bu programlarının maliyet-fayda oranı hala tartışmalıdır (37).

### **2.5.2.2. Koruyucu Nefroloji Önlemlerinin Halka Yayılması**

Diyabetli hastalar, hipertansiyon ve diğer sistemik hastalıklar kronik böbrek hastalığının gelişmesi açısından yüksek risk faktörleridir. Bu hastalıkların uygun yönetimi, hastalıklarla ilgili bilgilendirme, yapılan eğitimler kronik böbrek hastalığının başlamasını önlemeye yardım eder. Bu hastalıklarla ilgili hastaların bilgilendirilmesi önemlidir.

Son zamanlarda yapılan bir çalışmada, tip 2 diyabetin önlenmesi için yaygın tedbirlerin alınmasının, diyabetik nefropatinin gelişmesinin yanısıra kardiyavasküler mortalitenin azalmasını sağladığı gösterilmiştir (38).

### **2.5.2.3. Anne Sağlığı ve Bakımın Desteklenmesi**

Üçüncü dünya ülkelerinde sepsisin oluşturduğu akut renal yetmezlikler, bütün vakaların %50'si kadarında akut böbrek yetmezliği oluşturmaktadır. Bu şekilde gelişen böbrek yetmezliği, akut böbrek hasarı olarak tanınmaktadır. Bundan dolayı, yüksek mortalitenin yanısıra, hayatta kalanlarda önemli oranda kronik böbrek yetmezliği hastalığı gelişir (21).

### **2.5.3. Sekonder ve Tersiyer Korunma**

Sekonder önleme programındaki temel yaklaşımlar şunlardır (5):

- Böbrek hastalıklarının farkındalığını ve erken tanısını arttırmak,
- Böbrek hastalığının ileri evrelere ilerlemesini engellemek veya yavaşlatmak, böbrek yerine koyma, tedavi gereksinimini geciktirmek, hastaların morbidite ve mortalitesini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak,
- Hastaları uygun zamanda ve şekilde Renal Replasman Tedavisine (RRT) hazırlamaktır.

### **Tersiyer Önleme Programındaki Temel Amaçlar (5):**

- Hastaların uygun zamanda ve şekilde RRT'ye başlatılması.
- Hastaların morbidite ve mortalitesinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması.
- Aile, sosyal ve iş yaşamı ile uyumlarının ve ekonomik üretkenliklerinin artırılması.

Diyabet ve primer hipertansiyon son dönem böbrek hastalıklarının 2/3'ünde mevcuttur. Bu vakalarda böbrek hastalığının erken teşhisi ve uygun ölçümler gerilemeye yardım eder. Aksi takdirde kronik böbrek hastalığı son dönem böbrek hastalığına ilerler (39).

#### **2.5.3.1. Nefroloji Servislerinin Yaygınlaştırılması**

Nefroloji servislerinin yaygınlaştırılması sekonder ve tersiyer önleme programlarında önemli kuruluşlardır. Nefroloji servislerinin yaygınlaştırılması halkın eğitimi için çok önemlidir. Mevcut nefroloji servislerinin çok azında, üçüncül koruma vardır. Diyaliz donanımlı, kalifiye nefrologistlerin varlığı sekonder ve tersiyer önleme programlarını uygulamada temeldir (21).

#### **2.5.3.2. Kadavradan Böbrek Naklinin Teşviki**

Son dönem böbrek hastalarında en iyi tedavi yönteminin renal transplantasyon olduğu şüphesizdir. Bununla birlikte, nakil için organ sayısında ciddi yetersizlik vardır. Bu ihtiyaç ve mevcut böbrek sayısındaki düşüklük, gelişmiş ülkelerde yasa dışı böbrek naklini doğurmaktadır.

Halihazırda bu ülkelerin çoğunda, kadavradan transplantasyon programları hala ön plandadır. Başarılı bir kadavra transplantasyon programının kurulması, bu problemin çözülmesini uzun vadede mesafe kat ettirecektir (21).

Ülkemizde 2013 yılında; nakillerde kadavra donörü oranı % 19.8, yapılan böbrek transplantasyonu sayısı ihtiyacın altında olup kadavra vericilerde artış olmamış, aksine düşüş olmuştur (24).

## 2.6. Etiyoloji

KBY nefron sayısı ve nefron fonksiyonlarında azalma ile sonuçlanan ve sıklıkla son dönem böbrek yetmezliklerine götüren pek çok etyolojik sebebi olan patofizyolojik bir süreçtir (1).

KBY birçok sebeple gelişebilmektedir. Bunlardan başlıcaları aşağıda belirtilmiştir (40):

**i. Prerenal Nedenler:** Böbrek süzme fonksiyonlarının bozulmasıdır. Bunlar ciddi, uzun süren renal arter stenozu, bilateral renal arter embolizmidir.

**ii. Renal Nedenler:** Kronik glomerulonefrit, kronik tübüler intersisyal nefrit, diabetes mellitus, amiloidozis, hipertansiyon, kistik hastalıklar, neoplazi gibi böbreğin kendine özgü hastalıklarıdır.

**iii. Postrenal Nedenler:** Toplayıcı sistemdeki bozukluklardır. Bunların arasında en sık görülen nedenler idrar yolu obstrüksiyonu, böbrek ve idrar yollarındaki tümör ve böbrek taşları oluşturmaktadır.

TND tarafından gerçekleştirilen CREDIT çalışmasında, KBH açısından risk oluşturan komorbid durumlar; hipertansiyon % 32,7, diyabetes mellitus % 12,7, obezite % 20,1, abdominal obezite %32,1, metabolik sendrom % 31,3, dislipidemi % 76,3 ve aktif sigara kullanımı % 35,2 oranında saptandığı bildirilmiştir (18).

Geçmişte KBH'ye götüren en önemli neden glomerulonefritler iken, günümüzde altta yatan en sık nedenler diyabet ve hipertansiyon olduğu belirtilmektedir (41).

**Tablo 3.Kronik böbrek hastalığı risk faktörleri (U.S. Renal Data)**

İleri yaş	Diabetes Mellitus	Kontrolsüz hipertansiyon
Ailede KBH öyküsü	Hipertansiyon	Proteinüri
Böbrek kitlesinde azalma	Otoimmün hastalıklar	Kötü glisemik kontrol
Düşük doğum ağırlığı	Sistemik enfeksiyonlar	Obezite
İrk	Üriner enfeksiyonlar	Dislipidemi
Düşük sosyoekonomik durum	Üriner sistem taşları	Sigara içme
Düşük eğitim düzeyi	Üriner sistem obstrüksiyonu	
	İlaç toksisitesi	

Türk Nefroloji Derneği-2013 Registry raporuna göre 2013 yılı içinde KBY saptanan olguların etiyolojik dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir. Ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden diyabet, hipertansiyon ve glomerulonefrit olarak bulunmuştur (24).

**Tablo 4. 2013 yılı sonu itibarıyla kronik Hemodiyaliz programında izlemde olan hastaların etiyolojik nedenlere göre dağılımı ( TND Böbrek Kayıt Sistemi verileri 2013)**

	%
<b>Diabetes mellitus</b>	33.83
<b>Tip 1 DM</b>	4.51
<b>Tip 2 DM</b>	29.32
<b>Hipertansiyon</b>	28.47
<b>Glomerülonefrit</b>	7.37
<b>Polikistik böbrek hastalıkları</b>	4.41
<b>Amiloidoz</b>	1.91
<b>Tübülointerstisyel nefrit</b>	1.58
<b>Renal vasküler hastalık</b>	0.92
<b>Diğer</b>	7.39
<b>Etyoloji bilinmeyen</b>	14.12
<b>Toplam</b>	100.00

## **2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi**

Tedavi; yaşam tarzı modifikasyonları, ideal vücut ağırlığı, kan basıncı, kan şekeri ve dislipideminin iyi bir şekilde kontrolünden oluşur (42).

SDBY olan hastalarda tedavi yöntemleri; hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve renal transplantasyondur (1). Halen bütün dünyada 2 milyonu aşkın kişi diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir (44).

Diyaliz; diyet ve tıbbi tedavinin sonuç vermediği, kronik böbrek yetmezliği en son aşamaya gelmiş hastalarda yaşam kurtarıcı bir tedavi yöntemidir (45).

Renal replasman tedavisi olarak adlandırılan diyaliz veya böbrek transplantasyonu tedavileri, SDBY hastalarının yaşamını sürdürebilmesi için gereklidir. SDBY’nin ideal tedavisi, böbreğin bütün fonksiyonlarının yerine gelmesini sağlayan bir yöntem olan böbrek transplantasyonudur. Ancak, kısıtlı renal transplantasyon

olanağından dolayı, hastaların önemli bir kısmı diyaliz ile yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Dünyada RRT altındaki 2 milyonu aşkın hastanın yüzde 25’den azı böbrek nakillidir. Ülkeler arasında bazı farklılıklar olmakla beraber, tüm dünyada baskın olan diyaliz yöntemi yaklaşık yüzde 90’lık oran ile hemodiyalizdir (5).

SAPD; renal replasman tedavileri içinde giderek gelişen ve önem kazanan bir tedavi olup ülkemizde giderek daha fazla hastanın tedavisinde kullanılmaktadır. Ülkemizde SAPD ile tedavi edilen son dönem böbrek hastası oranı %10-15’dir (43).

Ülkemizde 2013 yılı sonu itibarıyla RRT (Hemodiyaliz/Periton diyalizi/Transplantasyon) uygulanan merkez sayısı; hemodiyaliz 847, periton diyalizi 146, transplantasyon 61 olmak üzere toplam 1054 idi. HD cihaz sayısı toplam 15979 olup Sağlık Bakanlığı HD cihaz sayısı 4746 (%29.70), üniversitelerin 1133 (%7.09), özel sektörde ise 10100 (%63.21) idi. Hemodiyaliz programında olan hasta sayısı ise 52675, PD hasta sayısı 4537, böbrek transplantasyonu hasta sayısı 2944 idi (24).

Türkiye’de KBY hastalarının çok önemli bir bölümü hemodiyaliz ile tedavi edilmektedir. 2013 yılında hastaların tedavi türüne göre dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur. TND verilerine göre; SDBY olan hasta popülasyonunun %78.96’unu hemodiyalizle, %6.8’ini periton diyalizi ve %14.24’ünü renal transplantasyon olan hastalar oluşturmaktadır (24).

**Tablo 5. 2013 yılı sonu itibarıyla kronik HD/PD programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dâhil) RRT tipine göre dağılımı (TND Böbrek Kayıt Sistemi verileri 2013)**

	<i>n</i>	%
<b>Hemodiyaliz</b>	<b>52675</b>	<b>78.96</b>
<b>Periton diyalizi</b>	<b>4537</b>	<b>6.80</b>
<b>Transplantasyon</b>	<b>9499</b>	<b>14.24</b>
<b>Toplam</b>	<b>66711</b>	<b>100.00</b>



## **2.8. Diyaliz Yöntemleri**

Diyaliz hemodiyaliz ve periton diyalizi olarak iki başlıkta incelenir.

### **2.8.1. Hemodiyaliz**

Böbreğin işlev göremediği kanın hipotonik diyaliz sıvısı içindeki yarı geçirgen bir zardan geçirilerek bileşimindeki ayrılması gereken maddelerden temizlenmesi işlemine hemodiyaliz denilmektedir (46).

Vücutta biriken metabolik atıkların uzaklaştırılmasını sağlayan bir tedavi yöntemi olan hemodiyaliz, yaklaşık 40 yıllık geçmişi olan bir tedavi yöntemidir (47).

Vücuttaki artık ürünlerin uzaklaştırılması ve kuru ağırlığın sağlanması diyaliz işleminin temel amaçlarıdır. Hemodiyalizde, hastanın kanı diyalizer denilen yarı geçirgen bir zardan geçirilmekte ve diyalizat denilen bir sıvı ile temas ettirilmektedir. Daha sonra kan tekrar hastaya geri döndürülmektedir (46).

Hemodiyaliz, ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemidir. Hemodiyaliz hastalarındaki en sık rastlanan ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (% 53.5). Bu durum, renal ve kardiyovasküler patolojiler arasındaki ilişkinin bir sonucu olarak kabul edilebilir. Bunu serebrovasküler hastalıklar (%11.84), maligniteler (%10.43) ve infeksiyonlar (%7.66) izlemektedir (24).

#### **Hemodiyalizin Avantajları:**

- a. Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırılmakta,
- b. Diyaliz ortamı hastaların diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlamakta,
- c. Periton diyalizi gibi her gün değil haftada iki veya üç kez uygulanır,
- d. Karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaz (46).

### **Hemodiyalizin Dezavantajları:**

- a. Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir.
- b. Tedavi sırasında iğne girişi yapıldığı için ağrı yaşanabilmektedir.
- c. Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlanmalar vardır.
- d. Fistül için minor cerrahi bir girişim gerekmektedir (40).

### **Hemodiyalizin Komplikasyonları:**

Hemodiyaliz tedavisi, akut ya da kronik nitelikte bir takım komplikasyonlara da sebep olabilmektedir. Hipotansiyon, hemodiyaliz işlemi esnasında en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir (48).

Diyaliz tedavisi gören son dönem renal yetersizliği olan hastalarda, görülen nörolojik komplikasyonlar; üremi ile ilgili olanlar (üremik ensefalopati, polinöropati) ve direkt olarak hemodialize bağlı (dializ disekilibrium sendromu, alüminyum ensofalopatisi) ortaya çıkan komplikasyonlardır (49). Üremik nöropati, hemodializ uygulanan hastalarda yaygın olarak görülen bir komplikasyondur (50).

Kronik böbrek yetmezliğinin sık görülen komplikasyonlardan olan sekonder hiperparatiroidizm diyaliz öncesi dönemde başlar, böbrek yetmezliğinin süresi ile sıklığı artar (51).

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sıklıkla anksiyete, umutsuzluk, depresyon, uyku ve uyum bozukluğu gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (52).

#### **2.8.2. Periton Diyalizi (PD)**

Periton diyalizi, 1- 3 litre dekstroz içeren bir solüsyonun periton boşluğuna verilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Toksin maddeler difüzyon ve ultra filtrasyon ile kandan ve çevre dokulardan diyaliz solüsyonuna geçmektedir. Diyalizat drene edildiği zaman, atık ürünler ve suyun fazlası vücuttan uzaklaştırılmış olmaktadır (53).

PD basit, rahat ve ucuz olması nedeniyle kronik böbrek hastalarında yaygın olarak kullanılan bir renal replasman tedavi yöntemidir (54).

PD hastalarında infeksiyon dışı sorunların başında hipervolemi gelmektedir. PD hastalarındaki en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar (% 43.2) olup, bunu serebrovasküler hastalıklar (%16.22), infeksiyonlar (%14.41) ve karaciğer yetmezliği (%7.21) izlemektedir (24).

PD kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda başarı ile uygulanmakla beraber, uzun dönemde bir takım komplikasyonlarla karşılaşmaktadır (54).

### **Periton Diyalizinin Metabolik Komplikasyonları:**

- Glüköz ve yan etkileri
- Obezite
- Lipit Bozuklukları
- Protein kaybı
- Sıvı-elektrolit bozuklukları (Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi, hiperkalsemi)

-Mekanik komplikasyonlar (periton membran değişiklikleri, yetersiz ultrafiltrasyon, membran yetmezliği)

-Karın-içi basınç artışına bağlı komplikasyonlar (Hidrotoraks, fitiklar, karın duvarına ve genital bölgeye kaçaklar).

### **Periton Diyalizinin Avantajları:**

- a. Hastalara normal yaşamlarını sürdürme fırsatını vermesi,
- b. Hemodiyalize kıyasla daha iyi kan basıncı kontrolünün sağlanması,
- c. Çok az diyet kısıtlanması gerekmesi,
- d. Tedavinin uygulama şekli ve eğitiminin basit ve kısa süreli olması, (53).
- e. Ucuz olması (54).

### Periton Diyalizinin Dezavantajları:

a. Peritondiyalizi, atık maddelerin vücuttan uzaklaştırılması için hemodiyalize göre daha az etkin bir yöntemdir.

b. Değişimler günde 4- 5 defa yapılmaktadır (53).

### Periton Diyaliz Komplikasyonları:

Tablo 6. 2013 yılında kronik PD hastalarında peritonit dışındaki diğer komplikasyonlar (TND Böbrek Kayıt Sistemi verileri 2013)

Hipervolemi	86	13.76
İskemik kalp hastalığı	67	10.72
Fıtık	62	9.92
Hiperlipidemi	62	9.92
Psikolojik sorunlar	61	9.76
Ultrafiltrasyon yetersizliği	55	8.80
Obezite (VKİ >30)	54	8.64
Hiperglisemi	46	7.36
Diyalizat kaçağı	43	6.88
Diyaliz yetersizliği	41	6.56
Drenaj bozukluğu	38	6.08
Enkapsüle peritoneal skleroz	10	1.60
Toplam	625	100.00

### 2.9. Transplantasyon

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda renal transplantasyon uygulaması son yıllardaki immünespresif ve antimikrobiyal tedavilerdeki gelişmeler, infeksiyonların kontrolünde ve cerrahideki ilerlemeler sayesinde en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline gelmiştir (1).

2013 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi gerektiren SDBY insidansı 138 olarak hesaplanmıştır. Toplam 2944 nakil yapılmıştır. Kadavra donörü oranı % 19.8’dir. Canlıdan yapılan böbrek nakillerinin % 72.6’sı kan bağı olan akraba donörlerden yapılmıştır. Greft kayıplarının en sık rastlanan nedenleri ölüm ve kronik rejeksiyondur.

İnfeksiyonların en önemli ölüm nedeni olduğu (% 51.4) saptanmıştır. 2013 yılı sonu itibarıyla fonksiyone greftle izlenmekte olan transplantasyon hastalarının donör kaynağına göre dağılımı (18 merkezden elde edilen verilere göre) incelendiğinde; 1177 (%66.72)'si canlı vericiden transplantasyon, 587 (%33.28)'si kadavra vericiden transplantasyon idi (24).

Renal transplantasyon sonrasında; hastalarda kanama, hematoma, lenfositik, insizyonel herni ve yara enfeksiyonu gibi cerrahiye bağlı genel komplikasyonların yanı sıra, üriner fistül, üreteral obstrüksiyon ve taş oluşumu gibi ürolojik komplikasyonlar ve arteriyel veya venöz tromboz ya da darlık gibi vasküler komplikasyonlar görülebilmektedir (55).

Transplantasyon sonrası hayat boyu immünsüpressif ilaç kullanma zorunluluğuna bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarına ve tümör gelişimine eğilimin artması gibi istenmeyen etkilerin yanı sıra, akut veya kronik rejeksiyon sonucu greftin fonksiyon kaybına uğraması bugün için tam olarak çözülemeyen sorunlardır (56).

## **2.10. Konservatif Tedavi**

a. Predispozan nedenlerin saptanması ve ortadan kaldırılması

b. Son döneme gidişin yavaşlatılması (Diyet tedavisi, sistemik ve intraglomeruler hipertansiyon tedavisi, proteinürinin azaltılması, hiperfosfateminin tedavisi, hiperlipidemi tedavisi),

c. Üremik bulguların tedavisi

d. Son dönem böbrek yetersizliğinde tedavi (Kronik diyalizde tedavi seçimi) (1).

## **2.11. KBY'de Oluşabilecek Psikososyal Sorunlar**

Hemodiyalize giren hastaların hayatta kalabilmeleri için böbrek fonksiyonlarını üstlenecek olan hemodiyaliz makinesine ve bununla ilgili sağlık ekibine bağımlı olarak yaşamını sürdürebilmektedir. Ancak psikolojik ve sosyal (aile içi rollerin değişimi, ekonomik güçlükler, beden imgesi ve cinsel işlevlerde bozukluklar, toplumsal yaşamda kısıtlanma, yaşamı sürdürme endişesi gibi) çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır (7).

Kronik böbrek yetmezliği bir taraftan hastalığın bizatihi kendisinin doğuracağı fiziksel kısıtlılıkların yanısıra tedavi güçlükleri, insan ilişkilerinde azalma işini yapamama ve bütün bunlarla bağlantılı ruhsal bozuklukların gelişebildiği bir hastalıktır (57).

Uzun süreli tedavi gerektirme, makineye bağımlı olma, sıklıkla ortaya çıkan mental ve fiziksel sorunlar ve böbrek bulma gibi sorunlar bu hastalarda ortaya çıkan psikososyal sorunların başlıca nedenleridir (53).

Kronik böbrek yetmezliği ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik ve sosyal sorunların da eşlik ettiği hastanın biyolojik-psikolojik sosyal bir varlık olduğu gerçeğinden hareketle "bütüncül yaklaşımın" sergilenmesi gereken bir durumdur (57).

Diyaliz; bir taraftan yaşamı sürdürebilme açısından çok büyük önem taşımasına karşılık, tedavinin sürdürülmesin de zorlukları da beraberinde taşımaktadır. Kişinin hayatta kalması makinaya bağlı kalma durumundadır (4).

Depresyon hemodiyaliz hastalarında en sık görülen ve açık ya da gizli intihar potansiyelini de barındıran bir ruhsal hastalıktır (58). Depresyon yaşam kalitesini düşürmesi yanı sıra yaşama motivasyonunu da azalmakta ve bu çerçevede sosyal çekişmenin yanısıra tedavinin aksatılması, sağlığını koruyucu tedbirlere uyulmaması gibi komplikasyonlarla tedavi süreci olumsuz yönde etkilenmektedir (57).

Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi diyaliz hastalarında da fiziksel zorluklar ve psikolojik yüklenmeye bağlı olarak kimi zaman çevreye kimi zaman da kendine yönelik öfke gelişebilmektedir (58). KBY'li hastalarda depresyonun olması hastaların yaşam kalitesini negatif yönde etkileyerek daha yüksek oranda komorbidite ile ilişkili olmasına neden olabilir. Diyaliz tedavisi süresi arttıkça depresyon, iş gücü, cinsel istekte ve yaşam süresinde azalma olasılığı artmaktadır (57-59).

KBY, hastanın hayatını sürdürebilmesi tedavi ekibine ve diyaliz makinesine bağlı kalmakta bu da bağımlı bir hayata mecbur kalması, iş gücünde kayıp, kendine güvende azalma, akibetinin belirsizliğine bağlı olarak gelecek kaygısı ve uzun vadeli planlar yapamama gibi durumları ve bunlara eşlik eden depresyon, anksiyete, değersizlik duyguları oluşturabilmektedir (59).

## 2.12. KBY'nin Sosyoekonomik Boyutu

Kronik böbrek yetmezliği; fonksiyon kaybına, özerkliliğin kaybına, aile içi ilişkilerde etkinlikten ziyade edilgen, destek ve korunma ihtiyacı doğuran, başka fiziksel hastalıkların gelişmesine zemin hazırlayabilen, ruhsal ve sosyal pek çok zorluğu beraberinde getirebilen bir hastalıktır. Bu nedenle tek bir disiplin tarafından değil, multidisipliner yaklaşımın gerekli olduğu, ailelerin de dahil edildiği psikososyal destek süreçlerinin gerekli olduğu bir hastalıktır (57).

Hastanın psikolojisi, ekonomik ve sosyal durumu, aile içi dinamikler tedavi süreçlerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Kronik böbrek yetmezliği oluşan kişilerdeki iş gücü kayıpları hem kendi ailelerinin hem de buldukları toplumda sosyo-ekonomik düzeylerinde azalmaya neden olabilmektedir. Bu ekonomik yük gelir düzeyi düşük olan toplumların baş edebilme potansiyelini imkansız kılabilir. Gelir düzeyi yüksek olan toplumlarda ise sağlık bütçelerini zorlamaktadır (60). Erken tanı ve teşhis bu sosyo-ekonomik olumsuzluklar ile baş edebilmede çok önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinin Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi Nefroloji 1 ve Nefroloji 2 servisinde Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında yatan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların sosyo-ekonomik-kültürel düzeylerinin değerlendirilmesi; demografik sosyo-kültürel özellikleri yanı sıra hastalığın psikososyal etkilerini araştırmaktır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte bu çalışmanın evrenini, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinin, Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi Nefroloji 1 ve Nefroloji 2 servisine Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında (5 ayda) başvuran, kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulmuş ve diyaliz takibinde olan 312 hasta oluşturmaktadır. Bu evrenden çalışmaya katılmayı kabul eden 163 hasta üzerinde çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür ışığında araştırmacı tarafından düzenlenen ve üç kısımdan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmında hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir seviyesi, sosyal güvence, ikamet yeri vb. demografik sosyo-kültürel özelliklerini; ikinci kısmında alışkanlıklar, eşlik eden hastalıklar, diyaliz tipi, diyaliz süresi gibi hastalığa ilişkin bilgiler, gazete ya da kitap okuma, egzersiz yapma, ev dışında yemek yeme, ideal kiloyu koruma gibi hastaların davranış biçimi ve alışkanlıklarına ilişkin bilgiler; üçüncü kısmında ise hastaların içinde buldukları ev ve çevre şartları, hastalığın hayatına etkilerini algılama durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Anket toplam 49 sorudan oluşmaktadır. Uygulanan anket maddeleri arasında ölçek bulunmadığından dolayı geçerlilik ve güvenilirlik analizi uygulanmadı. İstatistik analiz için anket formundan elde edilen veriler R 3.2.2 ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)) programına aktarılmıştır. Verilerin frekans ve yüzde dağılımları gösterildi. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında, çapraz tabloların kategori sayılarına ve beklenen değer durumlarına göre Exact test, Pearson, Yates düzeltmeli ve Fisher's Kesin kıkare analizleri kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda nicel değişkenler için Mann-Whitney U testi uygulandı. Anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllü olmaları esas alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliğinden gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-B).



## **4. BULGULAR**

### **4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi Nefroloji 1 ve Nefroloji 2 servisine Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında yatış verilen, kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulmuş ve diyaliz takibinde olan 163 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.



**Tablo7. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özelliklerine ilişkin bulgular**

<b>Sosyodemografik özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Yaş Grupları</b>		
18-30	17	10.4
31-40	16	9.8
41-50	22	13.5
51-60	39	23.9
61-70	52	31.9
71 ve üzeri	17	10.4
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	93	57.1
Kadın	70	42.9
<b>Medeni Hali</b>		
Evli	129	79.1
Bekar	34	20.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil	22	13.5
Okur Yazar	18	11.0
İlköğretim	82	50.3
Lise	22	13.5
Üniversite	19	11.6
<b>Meslek</b>		
Memur	6	3.7
İşçi	7	4.3
Emekli	58	35.6
Ev hanımı	62	38.0
Serbest meslek	21	12.9
Esnaf	5	3.1
İşsiz	4	2.5
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin yaş ortalaması 53.47 (18-93) olup, hastaların 31.9'u 61-70 yaş aralığında, %57.1'i erkek, % 79.1'i evli, % 50.3'u ilköğretim mezunu, %38.0'ı ev hanımı, %35.6'sı da emeklidir (Tablo 7).

**Tablo 7. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özelliklerine ilişkin bulgular (devam)**

<b>Demografik-sosyokültürel özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Yeşil Kart	5	3.1
SGK	156	95.7
Özel Sigorta	2	1.2
<b>En uzun süre yaşanan yer</b>		
İl	73	44.8
İlçe	50	30.7
Kasaba	15	9.2
Köy	25	15.3
<b>Aylık gelir</b>		
Asgari Ücret	84	51.5
1000-2000 TL	62	38.0
2001-3000 TL	13	8.0
3001 TL ve üzeri	4	2.5
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Hastaların sağlık güvencelerine göre dağılımları incelendiğinde; %95.7'sinin SGK'lı, %3.1'i yeşil kartlı, %1.2'si ise özel sigortalıdır.

Hastaların %75.5'i en uzun süreli yaşadığı yer il ve ilçe merkezi olup, %44.8'inin en uzun süreli yaşadığı yer il, %30.7'sinin ilçe, %15.3'ü köy, %9.2'si kasabadır.

Hastaların yaklaşık %90'nının aylık geliri 2000TL'nin altında olup, %51.5'inin aylık geliri asgari ücret düzeyinde, %38.0'ının 1000-2000 TL, %8.0'ının 2001-3000 TL, %2.5'inin ise 3001 TL ve üzerindedir (Tablo 7).

**Tablo 8. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin davranış biçimi ve alışkanlıkları**

<b>Davranış biçimi ve alışkanlıklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçiyor	18	11.0
Hiç içmedi	72	44.2
Ara sıra	16	9.8
Bıraktı	57	35.0
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hiç içmedi	132	81.0
Ara sıra	8	4.9
Bıraktı	23	14.1
<b>Gazete ya da kitap okuma durumu</b>		
Düzenli okur	21	12.9
Ara sıra	55	33.7
Ele geçtikçe okur	23	14.1
Hiç okumaz	64	39.3
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Her gün	13	8.0
Ara sıra	75	46.0
Hiç Yapmadı	75	46.0
<b>İdeal kiloyu koruma durumu</b>		
Hayır	43	26.4
Bazen	34	20.9
Sık Sık	3	1.8
Fikrim yok	83	50.9
<b>Diyaliz süresince yardımcı olan var mı?</b>		
Evet	147	90.7
Hayır	15	9.3
<b>Ev dışında yemek yeme durumu</b>		
Hayır	94	57.7
Bazen	66	40.5
Sık Sık	3	1.8
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Hastaların %35.0'i sigarayı bıraktığını, %44.2'si hiç sigara içmediğini, %14.1'i alkol kullanmayı bıraktığını, %81.0'ı hiç alkol kullanmadığını bildirmiştir. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin %33.7'si ara sıra gazete ya da kitap okuduğunu, %39.3'ü ise hiç okumadığını ifade etmiştir. Hastaların %46.0'ı ara sıra, %8.0'ı her gün egzersiz yapmaktadır. Hastaların %57.7'si ev dışında yemek yemediğini belirtmiştir. Hastaların %26.4'ü ideal kiloyu koruyamadığını bildirmiştir (Tablo 8).

**Tablo 9. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin içinde buldukları ev ve çevre şartlarına ilişkin bulgular**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Evin tipi</b>		
Apartman dairesi	87	53.4
Müstakil Ev	61	37.4
Gecekondu	15	9.2
<b>Evin mülkiyeti</b>		
Kendi Evi	109	66.9
Kira	34	20.9
Yakının evi (ücretsiz)	20	12.3
<b>Konutun oda sayısı</b>		
Tek odalı	2	1.2
İki odalı	16	9.8
Üç odalı	73	44.8
Dört ve daha fazla	72	44.2
<b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>		
Yalnız	10	6.1
Eş ile	51	31.3
Eş ve çocukları ile	64	39.2
Evli çocukları ile	15	9.2
Diğer (Akraba vb.)	23	14.1
<b>Ulaşımında kullanılan araç</b>		
Özel araç	72	44.2
Toplu taşıma	78	47.9
Taksi	13	8.0
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin % 53.4'ü yaşadığı ev tipinin apartman olduğunu, %66.9'u evin mülkiyetinin kendine ait olduğunu, % 44.8'i yaşadığı evde oda sayısının 3 olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %39.2'i eş ve çocukları ile yaşamaktadır. Hastaların %47.9'u toplu taşıma araçlarını, %44.2'si ise özel araç kullandığını bildirmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre hastaların verdiği yanıtlara ilişkin bulgular**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>KBY nedenleri</b>		
HT	32	19.6
Sistemik hastalıklar (DM, ailevi Akdeniz ateşi vb.)	52	31.9
Böbrek kistleri	13	8.0
Kanamalar	3	1.8
Bazı ilaçlar	9	5.5
Glomerulonefrit	4	2.5
Bilinmeyen nedenler	50	30.7
<b>Şu anda kullandığınız diyaliz tipi</b>		
Hemodiyaliz	79	48.5
Periton diyaliz	84	51.5
<b>KBY'ne eşlik eden hastalıklar</b>		
Diyabetes Mellitus	35	21.5
Hipertansiyon	72	44.2
Kalp Damar hastalığı	30	18.4
Yok	26	16.0
<b>Mevcut kronik böbrek hastalığının süresi/yıl</b>		
1	24	14.7
2-3	45	27.6
4-5	27	16.6
6 ve üzeri	67	41.1
<b>Hastalık ile ilgili yeterince bilgi sahibi olma</b>		
Evet	138	84.6
Hayır	25	15.4
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Çalışmamızda; sistemik hastalıklar (DM, ailevi Akdeniz ateşi vb.) (% 31.9), hipertansiyon (% 19.6), bazı ilaçlar (%5.5), böbrek kistleri (%8.0), kanamalar (1.8) ve glomerulonefrit (% 2.5) kronik böbrek yetmezliği nedenlerini oluştururken, hastaların % 30.7'si KBY nedenlerini bilmediği saptandı. Hastaların %51.5'ine periton diyalizi, %48.5'ine hemodiyaliz uygulanmaktadır (Tablo 10).

Şu anda hemodiyalize giriş süresi ortalaması  $3.62 \pm 3.83$ /yıl (minimum 1- maksimum 20), periton diyalize giriş süresi ise ortalama  $3.62 \pm 3.14$ /yıl (minimum 1- maksimum 14) idi.

Hastalarda tespit edilen ek tanılar; %44.2'sinde hipertansiyon, %21.5'inde diyabetes mellitus, %18.4'ünde ise kalp damar hastalığı idi (Tablo 10).

Hastalardan %41.1'inde mevcut kronik böbrek hastalığının süresi 6 yıl ve üzeri idi (Tablo 10). Çalışmada hastaların KBY tanısını aldıkları süre ortalama  $6.84 \pm 6.9$ /yıl idi.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %86.1'i haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi ( $2.90 \pm 0.41$ ), periton diyalizi uygulanan hastaların %73.8'i haftada 4 kez periton diyalizi ( $3.45 \pm 1.07$ ) uygulanmaktadır. Diyaliz tipi periton olan hastaların diyaliz tedavi süresi ortancası 3.0 (en küçük=1.0-en büyük=4.8) hemodiyaliz olanların ortancası 2.0 (1.0-4.0) olarak tespit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p=0.854$ ).

**Tablo 11. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hemodiyaliz tedavisi aldıkları süreçte zamanı değerlendirilmesine ilişkin bulgular**

<b>Diyaliz seansı süresince uğraşlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Uyuma durumu</b>		
Uyuyan	47	28.8
Uyumayan	116	71.2
<b>Televizyon izleme durum</b>		
TV izleyen	23	14.1
TV izlemeyen	140	85.9
<b>Müzik dinleme durumu</b>		
Müzik dinleyen	7	4.3
Müzik dinlemeyen	156	95.7
<b>Kitap okuma durumu</b>		
Kitap okuyan	16	9.8
Kitap okumayan	147	90.2
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %28.8'si diyaliz seansı esnasında uyuduğunu, %14.1'ü TV izlediğini, %4.3'ü kitap okuduğunu, %9.8'i ise müzik dinlediğini bildirmiştir (tablo 11).

**Tablo 12. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalık algılarına göre fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin bulgular**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Fiziksel görünümünü algılama durumu</b>		
Olumsuz algılama	67	41.1
Olumlu algılama	96	58.9
<b>Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu</b>		
Bağımlı hissetme	95	58.3
Bağımlı hissetmeme	68	41.7
<b>Psikolojik yönü algılama</b>		
Hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşama durumu		
Yaşıyor	86	52.8
Yaşamıyor	77	47.2
<b>Hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşama durumu</b>		
Yaşıyor	53	32.5
Yaşamıyor	110	67.5
<b>Hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yorduğunu düşünme durumu</b>		
Düşünüyor	124	76.1
Düşünmüyor	39	23.9
<b>Sosyal yönü algılama</b>		
Hastalık nedeni ile günlük aktivitelerinin kısıtlandığını düşünme		
Düşünüyor	90	55.2
Düşünmüyor	73	44.8
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Hastaların %41,1'i fiziksel görünümünü olumsuz algılamakta, %58,9'u fiziksel görünümünü olumsuz algılamamaktadır.



Hastaların %58.3'si hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissettiğini %41,7'si hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetmediğini belirtmiştir.

Hastaların %52.8'si hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşadığını, %47,2'si hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşamadığını belirtmiştir.

Hastaların %32.5'i hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşadığını, %67,5'i hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşamadığını belirtmiştir.

Hastaların %76.1'si hastalığı nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yorduğunu düşünmekte, %23,9'u hastalığı nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yorduğunu düşünmemektedir.

Hastaların %55,2'si, hastalık nedeniyle günlük aktivitelerinin kısıtlandığını, %44,8'i hastalık nedeniyle günlük aktivitelerinin kısıtlanmadığını düşünmektedir (Tablo 12).

**Tablo 13. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin, hastalığın diğer insanlarla ilişkisi etkileme durumuna ilişkin bulgular**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Hastalık nedeni ile aile tarafından terk edilme durumu</b>		
Yaşıyorum	6	3.7
Yaşamıyorum	157	96.3
<b>Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememe durumu</b>		
Yaşıyorum	68	41.7
Yaşamıyorum	95	58.3
<b>Yakın arkadaşlar ve akrabalarla ilişkilerde kayıp durumu</b>		
Yaşıyorum	50	30.7
Yaşamıyorum	113	69.3
<b>Yaşadığı çevreden uzaklaşma durumu</b>		
Yaşıyorum	25	15.3
Yaşamıyorum	138	84.7
<b>Başkalarına duyulan ihtiyaçta artma durumu</b>		
Yaşıyorum	68	41.7
Yaşamıyorum	95	58.3
<b>Yalnız yaşamaya mecbur kalma durumu</b>		
Yaşıyorum	5	3.1
Yaşamıyorum	158	96.9
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin %96,3'ü hastalık nedeni ile aile tarafından terk edilme duygusu yaşamadığını, %3,7'sinin terk edilme duygusunu yaşadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %41,7'si aileye karşı sorumlulukları yerine getirememe durumunun olduğunu,%58,3'ü aileye karşı sorumlulukları yerine getirememe durumunun olmadığını ifade etmişlerdir.

Hastaların %30,7'si yakın arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde kayıp yaşadığını. %69,3'ü yakın arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde kayıp yaşamadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %15,3'ü yaşadığı çevreden uzaklaşma durumunun olduğunu, %84,7'sinin yaşadığı çevreden uzaklaşma durumunun olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %41.7'si başkalarına duyulan ihtiyaçta artma olduğunu, %58,3'ü başkalarına duyulan ihtiyaçta artma olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %3,1'i yalnız yaşamaya mecbur kalma durumunun olduğunu, %96,9'u yalnız yaşamaya mecbur kalma durumunun olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 13).



**Tablo 14. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin hastalığını ve hayatına etkilerini algılama durumu ile ilişkili bulgular**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kendimi yorgun hissetme durumu</b>		
Evet	97	59.5
Hayır	66	40.5
<b>Halsiz hissetme durumu</b>		
Evet	101	62.0
Hayır	62	38.0
<b>Kendini ruhen yorgun hissetme durumu</b>		
Evet	51	31.3
Hayır	112	68.7
<b>Kendini keyifli hissetme durumu</b>		
Evet	50	30.7
Hayır	113	69.3
<b>Kendini bağımlı hissetme durumu</b>		
Evet	63	38.7
Hayır	100	61.3
<b>Hayatının kısıtlandığını hissetme durumu</b>		
Evet	75	46.0
Hayır	88	54.0
<b>Hastalığını kabullenme durumu</b>		
Evet	96	58.9
Hayır	67	41.1
<b>Geleceğe dönük plan yapma durumu</b>		
Evet	39	23.9
Hayır	124	76.1
<b>Diyaliz tedavisinden ümitli olma durumu</b>		
Evet	43	26.4
Hayır	120	73.6
<b>Kendini sürekli hasta hissetme durumu</b>		
Evet	94	57.7
Hayır	69	42.3
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

Hastaların %59,5'u kendini yorgun hissettiğini, %40,5'inin yorgun hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %62'si halsiz hissettiğini, %38'i halsiz hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %31,3'ünün ruhen yorgun hissettiğini, %68,7'si ruhen yorgun hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %30,7'si keyifli hissettiklerini, %69,3'ü keyifli hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %38,7'si bağımlı hissettiğini, %61,3'ü bağımlı hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %46'sı hayatının kısıtlandığını hissettiğini, %54'ü hayatının kısıtlanmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %58,9'u hastalığını kabullendiğini, %41,1'i hastalığını kabullenmediğini ifade etmişlerdir.

Hastaların %23,9 geleceğe dönük planlarının olduğunu, %76,1'i ise geleceğe dair planının olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %26,4'ünün diyaliz tedavisinden ümitli olduğunu, %73,6'sının diyaliz tedavisinden ümitleri olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %57,7'sinin kendini sürekli hasta hissettiğini, %42,3'ü sürekli hasta hissetmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 14).

## 4.2. Hastaların Aldıkları Diyaliz Tipine Göre Dağılımı

Tablo 15. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre dağılımı

Değişkenler	Diyaliz Tipi		p
	Hemodiyaliz Sayı (%)	Periton Diyaliz Sayı (%)	
<b>Diyaliz tedavisi süresi/yıl</b>			
1	10(41.7)	14(58.3)	0.899
2-3	22(48.9)	23(51.1)	
4-5	14(51.9)	13(48.1)	
6 ve üzeri	33(49.3)	34(50.7)	
<b>KBY dışı hastalığı olma durumu</b>			
Diabetes Mellitus	14(17.7)	21(25.0)	0.274
Hipertansiyon	33(41.8)	39(46.4)	
Kalp damar hastalığı	19(24.1)	11(13.1)	
Hayır	13(16.5)	13(15.5)	
<b>Diyaliz süresince yardımcı olan var mı?</b>			
Evet	73(92.4)	74(89.2)	0.659
Hayır	6(7.6)	9(10.8)	
<b>Hastalığınız ile ilgili yeterince bilgi sahibi misiniz?</b>			
Evet	68(86.1)	70(83.3)	0.789
Hayır	11(13.9)	14(16.7)	
<b>Hastalığa bağlı olarak işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duyma durumu</b>			
Evet	69(87.3) <sup>a</sup>	62(73.8) <sup>b</sup>	<b>0.048</b>
Hayır	10(12.7) <sup>a</sup>	22(26.2) <sup>b</sup>	
<b>Egzersiz yapabilme durumu</b>			
Her gün yapar	7(8.9)	6(7.1)	0.243
Ara sıra yapar	31(39.2)	44(52.4)	
Hiç yapmaz	41(51.9)	34(40.5)	
<b>Toplam</b>	79(100.0)	84(100.0)	

Ki kare testi istatistiksel olarak anlamlı olan durumlarda alfabetik üst simgeleri farklı olan gözeler anlamlılığı ifade eder.

Diyaliz tipi ile diyaliz tedavisi süresi, KBY dışı hastalığı olma durumu, diyaliz süresince yardımcı olma durumu, hastalık ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunu düşünüyor olma ve egzersiz yapabilme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15). Diyaliz tipi ile hastalığına bağlı olarak işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duyma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Periton diyalizi grubundaki hastaların, işlerini yapmada

yardımcıya ihtiyaç duyma durumu hemodiyaliz grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

**Tablo 16. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre hastalık algılarının dağılımı**

Değişkenler	Diyaliz tipi		p
	Hemodiyaliz Sayı (%)	Periton Diyaliz Sayı (%)	
<b>Hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı</b>			0.175
Var	46(58.2)	40 (47.6)	
Yok	33(41.8)	44 (52.4)	
<b>Hastalık nedeni ile kendini bağımlı hissetme durumu</b>			0.058
Evet	52(65.8)	43(51.2)	
Hayır	27(34.2)	41(48.8)	
<b>Hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşama durumu</b>			<b>0.005</b>
Var	34(43.0) <sup>a</sup>	19(22.6) <sup>b</sup>	
Yok	45(57.0) <sup>a</sup>	65(77.4) <sup>b</sup>	
<b>Ölüme dair konuları düşünme sıklığı</b>			<b>0.009</b>
Hiç	13(16.5)	17(20.2)	
Ara sıra	27(34.2)	43(51.2)	
Çoğu zaman	25(31.6) <sup>a</sup>	9(10.7) <sup>b</sup>	
Her Zaman	14(17.7)	15(17.9)	
<b>Hastalık nedeni ile aile tarafından terk edilme durumu</b>			0.211
Var	1(1.3)	5(6.0)	
Yok	78(98.7)	79(94.0)	
<b>Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememesi durumu</b>			0.199
Var	37(46.8)	31(36.9)	
Yok	42(53.2)	53(63.1)	
<b>Yakın arkadaşlar ve akrabalarla ilişkilerde kayıp</b>			0.441
Var	27(34.2)	23(27.4)	
Yok	52(65.8)	61(72.6)	
<b>Yaşadığı çevreden uzaklaşma</b>			0.300
Var	15(19.0)	10(11.9)	
Yok	64(81.0)	74(88.1)	
<b>Başkalarına duyulan ihtiyaçta artma</b>			0.333
Var	36(45.6)	32(38.1)	
Yok	43(54.4)	52(61.9)	
<b>Yalnız yaşamaya mecbur kalma</b>			<b>0.025</b>
Var	5(6.3) <sup>a</sup>	0 (0.0) <sup>b</sup>	
Yok	74(93.7) <sup>a</sup>	84(100.0) <sup>b</sup>	
<b>Yorgunluk/halsizlik hissi</b>			<b>0.026</b>
Var	54(68.4) <sup>a</sup>	43(51.2) <sup>b</sup>	
Yok	25(31.6) <sup>a</sup>	41(48.8) <sup>b</sup>	
<b>Toplam</b>	79(100.0)	84(100.0)	

Ki kare testi istatistiksel olarak anlamlı olan durumlarda alfabetik üst simgeleri farklı olan gözeler anlamlılığı ifade eder.

Çalışmamızda, periton diyalizi grubu hastaların, hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı, hastalık nedeni ile kendini bağımlı hissetme durumu, aileye karşı sorumlulukları yerine getirememesi durumu, yakın arkadaşlar ve akrabalarla ilişkilerde kayıp yaşama durumu, yaşadığı çevreden uzaklaşma ve başkalarına duyulan ihtiyaçta artma durumu hemodiyaliz grubu hastalara göre yüksek olmakla birlikte bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Periton diyalizi grubu hastaların ölüme dair konuları düşünme sıklığı, hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0.05$ ). Bu farklılık ölüme dair konuları daha yüksek oranında düşünen periton diyalizi grubu hastalardan kaynaklanmaktadır. Benzer biçimde, periton diyalizi grubu hastaların yalnız yaşamaya mecbur kalma ve yorgunluk/halsizlik durumunu hissetme sıklığı hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0.05$ ) (Tablo 16).



**Tablo 17. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin diyaliz tipine göre hastalığını ve hayatına etkilerini algılama durumları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması**

Değişkenler	Diyaliz Tipi		p
	Hemodiyaliz Sayı (%)	Periton Diyaliz Sayı (%)	
<b>Kendini ruhen yorgun hissetme</b>			0.736
Var	26(32.9)	25(29.8)	
Yok	53(67.1)	59(70.2)	
<b>Kendini keyifli hissetme</b>			0.791
Var	25(31.6)	25(29.8)	
Yok	54(68.4)	59(70.2)	
<b>Kendini bağımlı hissetme</b>			<b>0.016</b>
Var	38(48.1) <sup>a</sup>	25(29.8) <sup>b</sup>	
Yok	41(51.9) <sup>a</sup>	59(70.2) <sup>b</sup>	
<b>Hayatının kısıtlandığını hissetme</b>			<b>0.016</b>
Var	44(55.7) <sup>a</sup>	31(36.9) <sup>b</sup>	
Yok	35(44.3) <sup>a</sup>	53(63.1) <sup>b</sup>	
<b>Hastalığını kabullenme</b>			0.867
Var	46(58.2)	50(59.5)	
Yok	33(41.8)	34(40.5)	
<b>Geleceğe dönük plan yapabilme</b>			0.340
Var	22(27.8)	17(20.2)	
Yok	57(72.2)	67(79.8)	
<b>Diyaliz tedavisinden ümitli olmama durumu</b>			<b>0.006</b>
Evet	29(36.7) <sup>a</sup>	14(16.7) <sup>b</sup>	
Hayır	50(63.3) <sup>a</sup>	70(83.3) <sup>b</sup>	
<b>Kendini sürekli hasta hissetme durumu</b>			0.275
Var	49(62.0)	45(53.6)	
Yok	30(38.0)	39(46.4)	
<b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>			<b>0.008</b>
Yalnız	7(8.9) <sup>a</sup>	3(3.6) <sup>a</sup>	
Eş ile	25(31.6) <sup>a</sup>	26(31.0) <sup>a</sup>	
Eş ve çocuklar ile	26(32.9) <sup>a</sup>	38(45.2) <sup>a</sup>	
Eş ve evlenmemiş çocuklar ile	3(3.8) <sup>a</sup>	7(8.3) <sup>a</sup>	
Evli çocuklar İle	13(16.5) <sup>a</sup>	2(2.4) <sup>b</sup>	
Diğer	8(10.1) <sup>a</sup>	15(17.9) <sup>a</sup>	
<b>Evin tipi</b>			<b>0.013</b>
Apartman dairesi	35(44.3) <sup>a</sup>	52(61.9) <sup>b</sup>	
Müstakil Ev	32(40.5)	29(34.5)	
Gece Kondu	12(15.2) <sup>a</sup>	3(3.6) <sup>b</sup>	
<b>Toplam</b>	79(100.0)	84(100.0)	

Ki kare testi istatistiksel olarak anlamlı olan durumlarda alfabetik üst simgeleri farklı olan gözeler anlamlılığı ifade eder.

Çalışmamızda, periton diyalizi grubu hastaların, kendini ruhen yorgun hissetme, geleceğe dönük plan yapamama ve kendini sürekli hasta hissetme durumu, hemodiyaliz grubu hastalara göre yüksek olmakla birlikte bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

Periton diyalizi grubu hastalar, hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek oranda kendini kısıtlanmış, bağımlı hissetme durumu ve tedaviden ümitli olmama durumu hissetmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).

#### **4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile KBY Nedenlerinin Karşılaştırılması**

**Tablo 18. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri ile kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasındaki ilişkiler**

Değişkenler	Kronik böbrek yetmezliği nedenleri							Toplam	p
	Yüksek tansiyon	Sistemik Hastalıklar	Böbrek Kistleri	Kanama	Bazı İlaçlar	Glomerülü nefrit	Bilinmeyen Nedenler		
<b>Yaş Grupları</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	<b>Sayı(%)</b>	0.176
18-50	12(37.5)	11(21.2)	5(38.5)	2(66.7)	3(33.3)	3(75.0)	19(38.0)	55(33.7)	
50 ve üstü	20(62.5)	41(78.8)	8(61.5)	1(33.3)	6(66.7)	1(25.0)	31(62.0)	108(66.3)	
<b>Cinsiyet</b>									0.658
Erkek	15(46.9)	31(59.6)	7(53.8)	1(33.3)	4(44.4)	3(75.0)	32(64.0)	93(57.1)	
Kız	17(53.1)	21(40.4)	6(46.2)	2(66.7)	5(55.6)	1(25.0)	18(36.0)	70(42.9)	
<b>Eğitim Durumu</b>									0.575
İlköğretim ve altı	25(78.1)	40(76.9)	10(76.9)	3(100.0)	8(88.9)	2(50.0)	34(68.0)	122(74.8)	
Lise ve üstü	7(21.9)	12(23.1)	3(23.1)	0(0.0)	1(11.1)	2(50.0)	16(32.0)	41(25.2)	
<b>Yaşadığı yer</b>									0.282
Apartman	21(65.6)	22(42.3)	9(69.2)	2(66.7)	6(66.7)	4(100.0)	23(46.0)	87(53.4)	
Müstakil ev	10(31.3)	23(44.2)	4(30.8)	1(33.3)	3(33.3)	0(0.0)	20(40.0)	61(37.4)	
Gecekondu	1(3.1)	7(13.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(14.0)	15(9.2)	
<b>Gelir Durumu</b>									0.206
Asgari ücret ve ↓	17(53.1)	25(48.1)	7(53.8)	3(100.0)	4(44.4)	3(75.0)	25(50.0)	84(51.5)	
1000-2000 TL	11(34.4)	23(44.2)	5(38.5)	0(0.0)	4(44.4)	1(25.0)	18(36.0)	62(38.0)	
2000 ve üstü	4(12.5)	4(7.7)	1(7.7)	0(0.0)	1(11.1)	0(0.0)	7(14.0)	17(10.4)	
<b>Sigara içme Durumu</b>									0.930
İçiyor	3(9.4)	5(9.6)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	9(18.0)	18(11.0)	
Hiç içmedi	15(46.9)	24(46.2)	9(69.2)	1(33.3)	5(55.6)	1(25.0)	17(34.0)	72(44.2)	
Ara sıra	4(12.5)	3(5.8)	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(16.0)	16(9.8)	
Bıraktım	10(31.3)	20(38.5)	3(23.1)	1(33.3)	4(44.4)	3(75.0)	16(32.0)	57(35.0)	
<b>Gazete Kitap okuma</b>									0.222
Evet	21(65.6)	25(48.1)	10(76.9)	2(66.7)	5(55.6)	4(100.0)	32(64.0)	99(60.7)	
Hayır	11(34.4)	27(51.9)	3(23.1)	1(33.3)	4(44.4)	0(0.0)	18(36.0)	64(39.3)	
<b>Kiminle Kalıyor</b>									0.045
Yalnız	2(6.3)	1(1.9)	1(7.7)	1(33.3)	1(11.1)	1(25.0)	3(6.0)	10(6.1)	
Eşimle	7(21.9)	23(44.2)	5(38.5)	1(33.3)	4(44.4)	0(0.0)	11(22.0)	51(31.3)	
Eş ve çocuklar	20(62.5)	17(32.7)	5(38.5)	0(0.0)	2(22.2)	1(25.0)	19(38.0)	64(39.3)	
Evli çocuklar	1(3.1)	6(11.5)	2(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(12.0)	15(9.2)	
Diğer	2(6.3)	5(9.6)	0(0.0)	1(33.3)	2(22.2)	2(50.0)	11(22.0)	23(14.1)	
<b>Toplam</b>	<b>32(100.0)</b>	<b>52(100.0)</b>	<b>13(100.0)</b>	<b>3(100.0)</b>	<b>9(100.0)</b>	<b>4(100.0)</b>	<b>50(100.0)</b>	<b>163(100.0)</b>	

Ki kare testi istatistiksel olarak anlamlı olan durumlarda alfabetik üst simgeleri farklı olan gözeler anlamlılığı ifade eder.

Çalışmamızda, KBY nedenleri ile cinsiyet, eğitim, yaş grupları, yaşadığı yer, gelir durumu, sigara içme durumu, gazete ve kitap okuma durumu değişkenleri arasındaki ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 18). KBY nedenleri ile kiminle kaldığı durumu değişkenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu ilişkinin anlamlı olması eş ve çocuklar ile kalma durumunun diğer durumlardan yüksek çıkmasından kaynaklanmaktadır.

#### **4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Fiziksel, Psikolojik ve Sosyal Durumlarını Algılamaları Arasındaki İlişki**



**Tablo 19. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri ile hastalık algılarına göre fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri arasındaki ilişkiler**

Değişkenler	Fiziksel Yönü Algılama Durumları		Tedavi Ekibine ve Hastaneye Bağımlı Hissetme Durumu		Gelecek Kaygısı Yaşama Durumu		Ölüm Korkusu Yaşama Durumu		Ailesini Üzdüğünü ve Yordüğünü Hissetme Durumu		Günlük Aktivitelerin Kısıtlanma Durumu		Toplam
	Olumlu	Olumsuz	Olumlu	Olumsuz	Yaşayan	Yaşamayan	Yaşayan	Yaşamayan	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Yaş Grupları	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
18-50	21(31.3)	34(35.4)	28(29.5)	27(39.7)	28(32.6)	27(35.1)	14(26.4)	41(37.3)	41(33.1)	14(35.9)	33(36.7)	22(30.1)	55(33.7)
50 ve üstü	46(68.7)	62(64.6)	67(70.5)	41(60.3)	58(67.4)	50(64.9)	39(73.6)	69(62.7)	83(66.9)	25(64.1)	57(63.3)	51(69.9)	108(66.3)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.709		0.232		0.735		0.232		0.895		0.478		
<b>Cinsiyet</b>													
Erkek	35(52.2)	58(60.4)	48(50.5) <sup>a</sup>	45(66.2) <sup>b</sup>	36(41.9) <sup>a</sup>	57(74.0) <sup>b</sup>	25(47.2)	68(61.8)	70(56.5)	23(59.0)	47(52.2)	46(63.0)	93(57.1)
Kadın	32(47.8)	38(39.6)	47(49.5) <sup>a</sup>	23(33.8) <sup>b</sup>	50(58.1) <sup>a</sup>	20(26.0) <sup>b</sup>	28(52.8)	42(38.2)	54(43.5)	16(41.0)	43(47.8)	27(37.0)	70(42.9)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	23(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.299		<b>0.047</b>		<b>&lt;0.001</b>		0.109		0.781		0.166		
<b>Eğitim Durumu</b>													
İlköğretim ve altı	54(80.6)	68(70.8)	71(74.7)	51(75.0)	68(79.1)	54(70.1)	39(73.6)	83(75.5)	89(71.8)	33(84.6)	68(75.6)	54(74.0)	122(74.8)
Lise ve üstü	13(19.4)	28(29.2)	24(25.3)	17(25.0)	18(20.9)	23(29.9)	14(26.4)	27(24.5)	17(13.7)	35(28.2)	22(24.4)	19(26.0)	41(25.2)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.727		1.000		<b>0.257</b>		0.948		0.161		0.767		
<b>Yaşadığı yer</b>													
Apartman	30(44.8)	57(59.4)	51(53.7)	36(52.9)	46(53.5)	41(53.2)	28(52.8)	59(53.6)	64(51.6)	23(59.0)	47(52.2)	40(54.8)	87(53.4)
Müstakil ev	28(41.8)	33(34.4)	34(35.8)	27(39.7)	34(39.5)	27(35.1)	19(35.8)	42(38.2)	46(37.1)	15(38.5)	33(36.7)	28(38.4)	61(37.4)
Gecekondu	9(13.4)	6(6.3)	10(10.5)	5(7.4)	6(7.0)	9(11.7)	6(11.3)	9(8.2)	14(11.3)	1(2.6)	10(11.1)	5(6.8)	15(9.2)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.113		0.741		0.550		0.803		0.250		0.645		
<b>Gelir Durumu</b>													
Asgari ücret ve ↓	36(53.7)	48(50.0)	49(51.6)	35(51.5)	45(52.3)	39(50.6)	24(45.3)	60(54.5)	61(49.2)	23(59.0)	47(52.2)	37(50.7)	84(51.5)
1000-2000TL	26(38.8)	36(37.5)	36(37.9)	26(38.2)	31(36.0)	31(40.3)	23(43.4)	39(35.5)	50(40.3)	12(30.8)	34(37.8)	28(38.4)	62(38.0)
2000 ve üstü	5(7.5)	12(12.5)	10(10.5)	7(10.3)	10(11.6)	7(9.1)	6(11.3)	11(10.0)	13(10.5)	4(10.3)	9(10.0)	8(11.0)	17(10.4)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)

<i>p</i>	0.581		0.998		<b>0.794</b>		0.536		0.532		0.755		
<b>Sigara içme</b>													
İçiyor	6(33.3)	12(66.7)	8(8.4)	10(14.7)	6(7.0)	12(15.6)	5(9.4)	13(11.8)	17(13.7)	1(2.6)	11(12.2)	7(9.6)	18(11.0)
Hiç içmedi	27(37.5)	45(62.5)	48(50.5)	24(35.3)	44(51.2)	28(36.4)	25(47.2)	47(42.7)	53(42.7)	19(48.7)	42(46.7)	30(41.1)	72(44.2)
Ara sıra	7(43.8)	9(56.2)	7(7.4)	9(13.2)	10(11.6)	6(7.8)	4(7.5)	12(10.9)	12(9.7)	4(10.3)	8(8.9)	8(11.0)	16(9.8)
Bıraktım	27(47.4)	30(52.6)	32(33.7)	25(36.8)	26(30.2)	31(40.3)	19(35.8)	38(34.5)	42(33.9)	15(38.5)	29(32.2)	28(38.4)	57(35.0)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<i>p</i>	0.625		0.172		0.089		0.856		0.295		0.766		
<b>Gazete-kitap okuma durumu</b>													
Evet	37(37.4)	62(62.6)	51(53.7) <sup>a</sup>	48(70.6) <sup>b</sup>	39(45.3) <sup>a</sup>	60(77.9) <sup>b</sup>	22(41.5) <sup>a</sup>	77(70.0) <sup>b</sup>	71(57.3)	28(71.8)	49(54.4)	50(68.5)	99(60.7)
Hayır	30(46.9)	34(53.1)	44(46.3) <sup>a</sup>	20(29.4) <sup>b</sup>	47(54.7) <sup>a</sup>	17(22.1) <sup>b</sup>	31(58.5) <sup>a</sup>	33(30.0) <sup>b</sup>	53(42.7)	11(28.2)	41(45.6)	23(31.5)	64(39.3)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<i>p</i>	0.229		<b>0.029</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.001</b>		0.152		0.068		
<b>Kiminle yaşıyor</b>													
Yalnız	5(50.0)	5(50.0)	6(6.3)	4(5.9)	6(7.0)	4(5.2)	4(7.5)	6(5.5)	6(4.8)	4(10.3)	5(5.6)	5(6.8)	10(6.1)
Eşimle	18(35.3)	33(64.7)	33(34.7)	18(26.5)	22(25.6)	29(37.7)	13(24.5)	38(34.5)	35(28.2)	16(41.0)	24(26.7)	27(37.0)	51(31.3)
Eş ve çocuklar	24(37.5)	40(62.5)	34(35.8)	30(44.1)	32(37.2)	32(41.6)	21(39.6)	43(39.1)	49(39.5)	15(38.5)	37(41.1)	27(37.0)	64(39.3)
Evli çocuklar	9(60.0)	6(40.0)	10(10.5)	5(7.4)	10(11.6)	5(6.5)	8(15.1)	7(6.4)	14(11.3)	1(2.6)	11(12.2)	4(5.5)	15(9.2)
Diğer	11(47.8)	12(52.2)	12(12.6)	11(16.2)	16(18.6)	7(9.1)	7(13.2)	16(14.5)	20(16.1)	3(7.7)	13(14.4)	10(13.7)	23(14.1)
<b>Toplam</b>	67(100.0)	96(100.0)	95(100.0)	68(100.0)	86(100.0)	77(100.0)	53(100.0)	110(100.0)	124(100.0)	39(100.0)	90(100.0)	73(100.0)	163(100.0)
<i>p</i>	0.416		0.669		0.194		0.349		0.139		0.453		

Ki kare testi istatistiksel olarak anlamlı olan durumlarda alfabetik üst simgeleri farklı olan gözeler anlamlılığı ifade eder.

Kadın hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu, gelecek kaygısı yaşama durumu erkek hastalara göre yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Gazete-kitap okuyan hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme oranları, gelecek kaygısı ve ölüm korkusu yaşama oranları gazete-kitap okumayan hastalara göre düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 19).

Hastaların fiziksel yönü algılama, tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme, gelecek kaygısı yaşama, ölüm korkusu yaşama, ailesini üzdüğünü ve yordüğünü hissetme, günlük aktivitelerin kısıtlanma durumları ile yaş grubu, yaşadığı yer, sigara içme, birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

#### **4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalığını ve Hayatına Etkilerini Algılamaları Arasındaki İlişki**

**Tablo 20. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığını ve hayatına etkilerini algılamaları arasındaki ilişki**

Değişkenler	Kendimi yorgun hissediyorum		Kendimi halsiz hissediyorum		Kendimi hastalığımı kabullenmiş biri olarak hissediyorum		Hemodiyaliz tedavisi Alarak İyeleşeceğimi Hissediyorum		Kendimi iyi ve neşeli hissediyorum		Toplam
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
<b>Yaş Grupları</b>											
18-50	33(34.0)	22(33.3)	27(26.7)	28(45.2)	32(33.3)	23(34.3)	12(27.9)	43(35.8)	20(40.0)	35(31.0)	55(33.7)
50 ve üstü	64(66.0)	44(66.7)	74(73.3)	34(54.8)	64(66.7)	44(65.7)	31(72.1)	77(64.2)	30(60.0)	78(69.0)	108(66.3)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	1.000		0.025		1.000		0.450		0.345		
<b>Cinsiyet</b>											
Erkek	47(48.5) <sup>a</sup>	46(69.7) <sup>b</sup>	50(49.5) <sup>a</sup>	43(69.4) <sup>b</sup>	58(60.4)	35(52.2)	24(55.8)	69(57.5)	30(60.0)	63(55.8)	93(57.1)
Kadın	50(51.5) <sup>a</sup>	20(30.3) <sup>b</sup>	51(50.5) <sup>a</sup>	19(30.6) <sup>b</sup>	38(39.6)	32(47.8)	19(44.2)	51(42.5)	20(40.0)	50(44.2)	70(42.9)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100)
<b>p</b>	0.007		0.013		0.299		0.990		0.739		
<b>Eğitim Durumu</b>											
İlköğretim ve altı	74(76.3)	48(72.7)	76(75.2)	46(74.2)	73(76.0)	49(73.1)	36(83.7)	86(71.7)	39(78.0)	83(73.5)	122(74.8)
Lise ve üstü	23(23.7)	18(27.3)	25(24.8)	16(25.8)	23(24.0)	18(26.9)	7(16.3)	34(28.3)	11(22.0)	30(26.5)	41(25.2)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.741		1.000		0.674		0.174		0.673		
<b>Yaşadığı yer</b>											
Apartman	49(50.5)	38(57.6)	50(49.5)	37(59.7)	48(50.0)	39(58.2)	20(46.5)	67(55.8)	26(52.0)	61(54.0)	87(53.4)
Müstakil ev	37(38.1)	24(36.4)	39(38.6)	22(35.5)	38(39.6)	23(34.3)	17(39.5)	44(36.7)	20(40.0)	41(36.3)	61(37.4)
Gecekondu	11(11.3)	4(6.1)	12(11.9)	3(4.8)	10(10.4)	5(7.5)	6(14.0)	9(7.5)	4(8.0)	11(9.7)	15(9.2)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100)
<b>p</b>	0.452		0.233		0.559		0.365		0.875		
<b>Gelir Durumu</b>											
Asgari ücret ve ↓	49(50.5)	35(53.0)	50(49.5)	34(54.8)	49(51.0)	35(52.2)	21(48.8)	63(52.5)	25(50.0)	59(52.2)	84(51.5)
1000-2000TL	39(40.2)	23(34.8)	42(41.6)	20(32.3)	39(40.6)	23(34.3)	17(39.5)	45(37.5)	19(38.0)	43(38.1)	62(38.0)
2000 ve üstü	9(9.3)	8(12.1)	9(8.9)	8(12.9)	8(8.3)	9(13.4)	5(11.6)	12(10.0)	6(12.0)	11(9.7)	17(10.4)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100.0)
<b>p</b>	0.723		0.432		0.495		0.906		0.903		
<b>Sigara içme</b>											
İçiyor	10(10.3)	8(12.1)	9(8.9)	9(14.5)	11(11.5)	7(10.4)	5(11.6)	13(10.8)	6(12.0)	12(10.6)	18(11.0)
Hiç içmedi	45(46.4)	27(40.9)	47(46.5)	25(40.3)	41(42.7)	31(46.3)	17(39.5)	55(45.8)	22(44.0)	50(44.2)	72(44.2)
Ara sıra	10(10.3)	6(9.1)	10(9.9)	6(9.7)	9(9.4)	7(10.4)	5(11.6)	11(9.2)	5(10.0)	11(9.7)	16(9.8)



Bıraktım	32(33.0)	25(37.9)	35(34.7)	22(35.5)	35(36.5)	22(32.8)	16(37.2)	41(34.2)	17(34.0)	40(35.4)	57(35.0)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100.0)
<i>p</i>	0.870		0.697		0.952		0.902		0.994		
<b>Gazete-kitap okuma</b>											
Evet	50(51.5) <sup>a</sup>	49(74.2) <sup>b</sup>	50(49.5) <sup>a</sup>	49(79.0) <sup>b</sup>	61(63.5)	38(56.7)	22(51.2)	77(64.2)	30(60.0)	69(61.1)	99(60.7)
Hayır	47(48.5) <sup>a</sup>	17(25.8) <sup>b</sup>	51(50.5) <sup>a</sup>	13(21.3) <sup>b</sup>	35(36.5)	29(43.3)	21(48.8)	43(35.8)	20(40.0)	44(38.9)	64(39.3)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	50(100.0)	113(100.0)	163(100)
<i>p</i>	<b>0.004</b>		<b>&lt;0.001</b>		0.380		0.188		1.000		
<b>Kiminle Yaşıyor</b>											
Yalnız	6(6.2)	4(6.1)	6(5.9)	4(6.5)	6(6.3)	4(6.0)	2(4.7)	8(6.7)	2(4.0)	8(7.1)	10(6.1)
Eşimle	30(30.9)	21(31.8)	32(31.7)	19(30.6)	29(30.2)	22(32.8)	11(25.6)	40(33.3)	16(32.0)	35(31.0)	51(31.3)
Eş ve çocuklar	37(100.0)	27(100.0)	39(100.0)	25(100.0)	38(39.6)	26(38.8)	18(41.9)	46(38.3)	21(42.0)	43(38.1)	64(39.3)
Evli çocuklar	13(13.4)	2(3.0)	15(14.9) <sup>a</sup>	0(0.0) <sup>b</sup>	10(10.4)	5(7.5)	8(18.6)	7(5.8)	3(6.0)	12(10.6)	15(9.2)
Diğer	11(11.3)	12(18.2)	9(8.9) <sup>a</sup>	14(22.6) <sup>b</sup>	13(13.5)	10(14.9)	4(9.3)	19(15.8)	8(16.0)	15(13.3)	23(14.1)
<b>Toplam</b>	97(100.0)	66(100.0)	101(100.0)	62(100.0)	96(100.0)	67(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	43(100.0)	120(100.0)	163(100.0)
<i>p</i>	0.201		<b>0.006</b>		0.971		0.104		0.797		

Kadın hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

İlköğretim ve altı ile lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Gazete-kitap okuyan hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları gazete-kitap okumayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Evli ve çocukları ile yaşayan hastaların kendini halsiz hissetme oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21. Hastaların fiziksel görünümünü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Fiziksel görünümünü algılama durumu		<i>p</i>
	Olumlu	Olumsuz	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	3.0(1.0-4.0)	2.0(1.0-4.0)	0.490
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.671
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	3.0(1.0-5.0)	3.0(1.0-4.0)	0.839
Periton diyalizi haftada kaç defa yapıyor	4.0(3.0-4.0)	4.0(4.0-4.0)	0.515

Tablo 21’de fiziksel görünümünü olumlu ve olumsuz algılayanların ne kadar süredir (yıl) hemodiyaliz tedavisi alma, haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir (yıl) periton diyalizi yapma ve periton diyalizi haftada kaç defa yapma durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

**Tablo 22. Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu		p
	Bağımlı hissetme	Bağımlı hissetmeme	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	2.5(1.0-4.0)	2.0(1.0-4.0)	0.683
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.323
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	3.0(1.0-5.0)	3.0(1.0-4.5)	0.985
Periton diyalizi haftada kaç defa yapıyor	4.0(4.0-4.0)	4.0(3.0-4.0)	0.899

Tablo 22’de Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu ile ne kadar süredir (yıl) hemodiyaliz tedavisi alma, haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir periton diyalizi yapma ve periton diyalizi kaç defa yapma süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 23. Hastaların psikolojik yönü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşama durumu		p
	Yaşıyor	Yaşamıyor	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	2.0(1.0-3.0)	3.0(1.0-6.5)	<b>0.023</b>
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.218
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	3.0(1.0-4.8)	3.0(1.0-4.8)	0.787
Periton diyalizi haftada kaç defa yapıyor	4.0(3.3-4.0)	4.0(3.3-4.0)	0.926

Tablo 23’de hastaların hastalıkları ile bağlantılı gelecek kaygısı yaşayan ve yaşamayanların hemodiyaliz tedavisi alam süresi (yıl) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Hastaların haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir (yıl) periton diyalizi yapma ve periton diyalizini haftada kaç defa yapma durumları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 24. Hastaların hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşama durumu		<i>p</i>
	Yaşıyor	Yaşamıyor	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	2.0(1.0-3.3)	3.0(1.0-4.5)	0.597
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.559
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	2.0(1.0-5.0)	3.0(1.0-4.5)	0.284
Periton diyalizi haftada kaç defa yapıyor	4.0(4.0-4.0)	4.0(3.0-4.0)	0.556

Tablo 24’de hastalık nedeni ile ölüm korkusu yaşayan ve yaşamayanları ile ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alma, haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir periton diyalizi yapma ve periton diyalizi kaç defa yapma süreleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 25. Hastaların hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yordüğünü düşünme durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yordüğünü düşünme durumu		<i>p</i>
	Düşünüyor	Düşünmüyor	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	2.0(1.0-4.0)	3.0(1.8-6.8)	0.181
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.814
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	2.0(1.0-4.0)	3.0(2.0-5.0)	0.171
Periton diyalizi haftada kaç defa yapıyor	4.0(3.0-4.0)	4.0(3.5-4.0)	0.894

Tablo 25’de hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yordüğünü düşünen hastaların ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alma, haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir periton diyalizi olduğu ve periton diyalizi haftada kaç defa olduğu süreleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 26. Hastaların sosyal yönü algılama durumları ile diyaliz süreleri arasındaki karşılaştırmalar**

Değişken	Hastalık nedeni ile günlük aktivitelerinin kısıtlandığını hissetme durumu		<i>p</i>
	Düşünüyor	Düşünmüyor	
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyor (yıl)	2.0(1.0-3.0)	3.0(2.0-7.0)	<b>0.007</b>
Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyor	3.0(3.0-3.0)	3.0(3.0-3.0)	0.475
Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyor (yıl)	3.0(1.0-5.0)	3.0(1.0-4.0)	0.720
Periton diyalizi kaç defa yapıyor	4.0(3.0-4.0)	4.0(3.8-4.0)	0.667

Tablo 26’da hastalık nedeni ile günlük aktivitelerinin kısıtlandığını düşünen ve düşünmeyen hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi (yıl) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu ile haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alma, ne kadar süredir periton diyalizi aldığı ve periton diyalizi haftada kaç defa aldığı süreleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 53.47 yıl (18-93) olup, hastaların %31.9'u 61-70 yaş aralığındadır. Cingöz (61) çalışmasında hastaların, yaş ortalaması  $58.96 \pm 13.59$  (23-87), Özenç ve ark. (62), SDBY olan erkek hastaların yaş ortalamasını 51, kadınlarda 53 olarak bildirmişlerdir TND-2013 Kayıtlarına göre (24), 2013 yılı içinde kronik HD programına alınan hastaların % 41.07'i 45-64 yaş aralığında yer almaktadır. Çalışma sonuçlarımız benzer bazı çalışmalarda hastalığın çok görüldüğü dönem olarak bildirilen yaş dilimleri ile uyumluluk göstermektedir (4). Ancak yaşın ilerlemesi kronik böbrek hastalıkları için bir risk faktörü olduğu bilgisi ile uyumludur (41).

Çalışmamızda hastaların %57.1'i erkek idi. Cingöz (61) çalışmasında hastaların % 54.7'sinin, Özenç (62) son dönem böbrek yetmezliği hastalarının %71,2'sinin erkek hastalardan oluştuğunu bildirmişlerdir. TND-2013 Kayıtlarına göre (24) 2013 yılı içinde kronik HD programına alınan hasta sayısı 8757 idi. Bunların 3700'i kadın (% 42.3), 5057'si erkek (%57.8) idi. Çalışma bulgularımız TND bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda hastaların %74.8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde idi. Cingöz (61) çalışmasında hastaların % 44.7'sinin ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir. Eğitim düzeyi düşüklüğü, kronik böbrek hastalığı için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (41). Bu durum eğitime ulaşılabilirlik ile birlikte böbrek fonksiyonları ve bunun etiyolojisinde yer aldığı bilinen diğer bir çok sistemik hastalığın oluşmasını engelleyecek bir yaşam tarzının tercih etme bilincine daha çok sahip olmaları ve ayrıca bu hastalıklar ortaya çıktığı taktirde çare arama davranışının ve sonrasında tedaviye uyumun daha bilinçli yapılması önemli bir faktör olmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %38.0'ı ev hanımı, %35.6'sı emekli idi. Cingöz (61) çalışmasında hastaların % 41.3'ünün emekli olduğu ve % 40'ının ev hanımı olduğunu bildirmiştir. KBY, yaşamı tehdit eden, önemli iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan bir hastalıktır (63). Diyaliz, böbrek hastalarının çalışma

kapasitesinde bozulma, fiziksel aktivitenin azalmaya sebep olabilmektedir (4). Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması %53.5 olarak tespit edilmiş olup böyle bir yaş dilimi Türkiye şartlarında emekliliğin gerçekleştiği bir yaş dilimidir. Hastalık süreleri dikkate alındığı takdirde emekliliğin malulen ya da asgari hizmet süresi doldurularak gerçekleşmesi beklenebilecek bir durumdur. Diğer taraftan ülkemizde nüfusun genel dağılımı içerisinde ev hanımlarının oranı zaten yüksek olacağı için genel dağılıma uygun bir hastalık dağılımı söz konusu olmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %51.5'inin aylık geliri asgari ücret idi. Bu sonuç kronik böbrek hastalığı nedeniyle kişilerin iş gücü kaybına sebep olmaktadır ancak asgari ücretle çalışabilecek alanlarda iş bulabilmeleri, kronik hastalığına bağlı olarak sosyal ve ekonomik alanda daha alt kesimlere kaydırabilmektedir.

Hastaların %35.0'ı sigarayı bıraktığını, %44.2'si hiç sigara içmediğini, %14.1'i alkol kullanmayı bıraktığını, %81.0'ı hiç alkol kullanmadığını bildirmiştir. Cingöz çalışmasında, hastaların % 16.7'sinin aktif olarak her gün sigara içtiği, % 3'ünün düzenli olarak her hafta alkol kullandığını belirtmiştir(61). Sigara; koroner ve periferik damar hastalıklarına eşlik eden aterosklerozun gelişmesinde major risk faktörlerinden biridir (64). Kronik sigara içiciliği ile KBH'nın görülme sıklığında artış olduğu, sigara içiminin ileri derecede böbrek fonksiyonlarında kayba neden olduğu bildirilmektedir (65). Sigara ve kronik böbrek hastalığı arasında çift taraflı bir etkileşim söz konusu olabilir. Bir taraftan sigaranın KBH'nı doğrudan artırması, kalp damar hastalıkları gibi hastalıkları da artırarak dolaylı yoldan etkilemesi nedeniyle de sigaranın terk edilmesi söz konusu olacaktır. Nitekim çalışma grubumuzda halen sigara içenler (%11.0) ve sigarayı bırakanlar (%35.0) hesaba katıldığı takdirde sigarayla bir şekilde ilişkisi olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda; hastaların %46.0'sı ara sıra, %8.0'i her gün egzersiz yapmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında, esneklik kazandırıcı, güçlendirici ve kardiyovasküler (aerobik) egzersiz olmak üzere 3 tip egzersiz vardır. Önerilen egzersizler; günde 5-10 dakika ile başlanması, 6-10 kez yapılması, en fazla bir günde 30 dakika süreler halinde olmalıdır (66). KBY ile kardiyovasküler hastalıklar arasında karşılıklı sebep-sonuç ilişkisi olması nedeniyle sedanter hayat her ikisi için de risk oluşturmaktadır. Fiziksel inaktivite ile insülin duyarlılığı ve glukoz toleransı gelişmekte, HDL-kolesterol artmakta, fiziksel aktivite ise kan basıncı ve kilo kontrolü sağlanmaktadır (67). Periton

diyalizi hastalarında obezite, özellikle abdominal obezite metabolik değişikliklere yol açarak kardiyovasküler hastalık gelişim riskini artırabilir (68). Bu çalışmada hastaların %53.8'i ideal kiloyu koruyamadığını %52.9'u diyetle uyma konusunda sorun yaşadığını, (%51.5'i yeme alışkanlığını değiştiremediğini) belirtmişlerdir.

Sistemik hastalıklar (DM, ailevi akdeniz ateşi vb.) (%31.9), hipertansiyon (%19.6), bazı ilaçlar (%5.5) KBY nedenleri arasında ilk üç sırayı oluşturmakta olup, hastalar %30.7'sinde KBY nedenini bilmemektedir. Cingöz (61) çalışmasında KBY nedenleri olarak; diabetes mellitus (%30.7), hipertansiyon (%23.7) ve kronik glomerulonefriti (%6.3) göstermektedir. Nadir ve ark.(69), DM (%36.7), HT (% 27) ve glomerulonefrit (%8), bilinmeyen nedenler (%12) olarak bildirmişlerdir. Türk Nefroloji Derneği-2013 raporuna (24) göre ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden; diyabet, hipertansiyon, glomerulonefrit olarak bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan benzer pek çok çalışmada da, kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden olarak; DM, HT, glomerulonefrit olduğunu bildirilmektedir (70-72). Çalışma bulgularımız literatürle örtüşmektedir.

Hastalarda tespit edilen ek tanılar; %44.2'sinde hipertansiyon, %21.5'inde diyabetes mellitus, %18.4'ünde ise kalp damar hastalığı idi. Özenç ve ark. (62) çalışmalarında, SDBY hastalarında en sık eşlik eden hastalık olarak HT ve DM'un aynı zamanda böbrek yetmezliğinin en sık nedeni olan hastalıklar olduğunu bildirmişlerdir. TND 2013 raporuna göre (24), en sık eşlik eden komorbid durum diyabetes mellitus (%33.86) olup, bunu %26.56 ile iskemik kalp hastalıkları izlemektedir.

Çalışmada hastaların KBY tanısını aldıkları süre ortalama  $6.84 \pm 6.9$ /yıl idi. Lacson ve ark. (73) hastaların KBY tanısı aldıkları ortalama süreyi  $3.6 \pm 3.9$  yıl Karabiber (74)  $54.9 \pm 46.6$ /ay, Cingöz (61)  $78.4 \pm 74.27$  (6-372) ay olarak bildirmişlerdir. Hemodiyalize giriş süresi ortalaması  $3.62 \pm 3.83$  yıl, periton diyalize giriş süresi ise ortalama  $3.62 \pm 3.14$ /yıl idi. Wystrychowski ve ark. (75) hemodiyalize giriş süresi ortalamasını  $3.2 \pm 3.7$  yıl, Cingöz (61) bu süreyi  $52.91 \pm 53.64$  (5-324) ay, Çetinkaya ve ark. (76)  $50 \pm 28$  ay olarak bildirmişlerdir. Anlaşılmaktadır ki hastalarda tanı aldıktan sonraki 3-4 yıl içerisinde hastalığın seyri itibarıyla diyalize ihtiyaç duyulacak evresi gelişmiş olmaktadır.



Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %43.0'ına haftada 3 kez, periton diyalizi uygulanan hastaların %53.6'sına haftada 4 kez periton diyalizi uygulanmaktadır. Cingöz (61) çalışmasında, hastaların % 91'inin haftada 3 seans hemodiyalize girdiğini, Karabiber (74) bu oranı % 91, Çetinkaya ve ark. (76) ise % 94.1 olarak bildirmiştir. Türk Nefroloji Derneği 2013 raporuna göre, hastaların % 90'ından fazlasına haftada üç seans diyaliz tedavisi uygulanmaktadır (24). Bulgularımız benzer çalışma bulguları ve nefroloji derneğinin konu ile ilgili bildirimleri ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %79.8'i ilaçlarını düzenli kullandığını, %82.7'si tedavi ekibinin (doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) önerilerine uyduğunu %83.7'si hastalığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir. Durna ve ark. çalışmasında hemodiyaliz tedavisi gören hastaların büyük çoğunluğunun yeterince bilgi sahibi olmadığını ve tedaviye uyum sağlamada zorlandıklarını bildirmişlerdir(48).

Hastaların %58.9'u hastalığını kabullendiğini, %59.5'i kendini yorgun hissettiğini, %57.7'si kendini sürekli hasta hissettiğini, %30.7'si yakın arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde kayıp yaşadığını, hastaların %76.1'i hastalık nedeniyle ailesini üzdüğünü ve yordüğünü düşünmekte, %52.8'i hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşadığını belirtmişlerdir. Periton diyalizi grubu hastaların ölüme dair konuları düşünme sıklığı, hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Bu yükseklik ölüme dair konuları çoğu zaman düşünen periton diyalizi grubu hastalarından kaynaklanmaktadır (p<0.05). Hemodiyaliz hastalarında KBY'ye bağlı olarak kardiyovasküler, hematopoetik, metabolik ve endokrin sistem fonksiyonlarının etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk-bitkinlik sık karşılaşılan ve psikolojik, sosyal, fonksiyonel, insan ilişkileri ile bağlantılı olumsuzlukların, yetersizliklerin ortaya çıkmasına sebep olabilen bir semptomdur (77). Hemodiyaliz bir tedavi seçeneği olarak böbrek hayat kurtarmasına karşılık, yaşam kalitesini ve günlük aktivite süreçlerini bozmaktadır. Diğer taraftan haftada bir kaç kez makineye bağımlı hale gelme, kişinin bağımsızlığını yitirmesine, sosyal ilişkilerde bozulmalara, yadsıma, negativizm, tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü vb. ruhsal yansımalara sebep olabilmektedir (78).

Çalışmamızda hastaların %46.0'ı hayatının kısıtlandığını hissettiğini, %41.7'si başkalarına duyulan ihtiyaçta artma olduğunu, %41.7'si aileye karşı sorumlulukları yerine getirememeye durumunun olduğunu, %55.2'si hastalık nedeniyle günlük

aktivitelerimin kısıtlandığını, %38.7'si hastalık nedeni ile kendini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissettiğini belirtmişlerdir. Periton diyalizi grubu hastalar, hemodiyaliz grubu hastalara göre hem kendini kısıtlanmış ve bağımlı hissetmektedirler, hem de, işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duyma durumu daha fazladır ( $p<0.05$ ).

Hastalık tablosuna ek olarak, hemodiyaliz uygulanması nedeni ile kısıtlamalar (diyet, gelecek ile ilgili planlar), beden imajında değişiklikler (idrar yapamama, seksüel aktivitede azalma), bağımlılığın artması, ölüm tehdidi, aile içindeki rollerin değişmesi, ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (77).

Diyaliz uygulaması, hastanın tıbbi, psikolojik durum ve uyumunun yanında bütün yaşantısını da etkilemektedir. Aile içinde rol değişimi, geleceğe dair kaygılar ve plan yapmada zorluk yanı sıra, evde, işte ve sosyal yaşamda başkalarına bağımlı hale gelme söz konusu olabilmektedir (57).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların sosyo-ekonomik-kültürel düzeylerinin değerlendirilmesi; demografik sosyo-kültürel özellikleri yanı sıra hastalığın psikososyal etkilerini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Hastaların yaş ortalaması 53.47 yıl (18-93) olup, hastaların %31.9'u 61-70 yaş aralığında, %57.1'i erkek, % 50.3'ü ilköğretim mezunu, %38.0'ı ev hanımı, %51.5'inin aylık geliri asgari ücret idi.
- Hastaların %95.7'si SGK'lıdır.
- Hastaların %75.5'inin en uzun süreli yaşadığı yer il ve ilçe merkezidir.
- Hastaların yaklaşık %90'nının geliri orta ve alt düzey kesimden gelmektedir.
- Katılımcıların, %66.9'u evin mülkiyetinin kendine ait, %37,4'ü müstakil ev %9,2'sinin gecekondu olduğunu belirtmişlerdir.
- Katılımcıların %96,3'ü aile tarafından terk edilme duygusu yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bu veri hastaların sosyal destek ağının yüksek olduğunu gösterebilir.
- Kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç nedeni; sistemik hastalıklar, hipertansiyon ve bazı ilaçlar oluşturmaktadır.
- Çalışmada görüşülen hastalar KBY tanısını aldıkları süre ortalama  $6.84 \pm 6.9$ /yıl olan hastalardı.
- Araştırma grubundaki Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %43.0'üne haftada 3 kez, periton diyalizi uygulanan hastaların %53.6'sına haftada 4 kez periton diyalizi uygulanmaktaydı.

- Hastaların hastalıkla bağlantılı gelecek kaygısı yaşadığı, günlük aktivitelerinin kısıtlandığını düşündükleri, kendilerini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissettiğini, başkalarına duyulan ihtiyaçta ve yetersizlik algısında artma olduğunu, yakın arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde güçlük yaşadıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.
- Periton diyalizi grubundaki hastaların, işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duyma durumu, ölüme dair konuları düşünme sıklığı, kendini kısıtlanmış ve bağımlı hissetme durumu hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- Kadın hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme durumu, gelecek kaygısı yaşama durumu anlamlı düzeyde yüksektir. Yine kadın hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları anlamlı düzeyde yüksektir.
- Okur-yazar olmayan ve gelir düzeyi düşük olan hastalar gelecek kaygısını daha az yaşamaktadır.
- Gazete-kitap okuyan hastaların tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissetme oranları, gelecek kaygısı yaşamama ve ölüm korkusu yaşama oranları gazete-kitap okumayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- Periton diyalizi grubu hastalar, hemodiyaliz grubu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek oranda kendini kısıtlanmış, bağımlı hissetme durumu ve tedaviden ümitli olmama durumu mevcuttur.
- Lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları diğer eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktür.
- Gazete-kitap okuyan hastaların kendini yorgun ve halsiz hissetme oranları gazete-kitap okumayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktür.
- Evli ve çocukları ile yaşayan hastaların kendini halsiz hissetme oranları anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- KBY'nin oluşmasına zemin hazırlayan kronik hastalıklarla (sistemik hastalıklar, hipertansiyon ve ilaçlarla müdahale ) mücadele edilmesi,
- Erken tanı için tarama programlarının uygulanması,
- Tanı konulduktan sonra da hastalığın şiddet artışlarının gözden kaçmaması için gerekli rutin kontrollerin yapılması,
- Hastalığın klinik olarak iyi yönetimi ile son dönem böbrek hastalığı boyutuna ulaşmasının dolayısıyla transplantasyon ya da diyaliz gereksinimi duymasının önüne geçilmeye çalışılması,
- Hastaların gazete ve kitap okumaları bütün kaygı durumlarını düşürerek onlara yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla hastaların bu yöndeki yetilerini geliştirecek ve destekleyecek programlara önem verilmesi.

## KAYNAKLAR

1. Tanrıverdi MT, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. "Kronik böbrek yetmezliği", *Konuralp Tıp Merkezi* 2010;2(2):27-32.
2. Süleymanlar G. "Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi", *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2007;3(38):1-7.
3. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Seyahi N. "Türkiye'de Nefroloji - Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2009. 1. Baskı, İstanbul: Metris Matbaacılık, 2010: 3-28.
4. Gender M, Gath D, Mayou R et al. Oxford Textbook of Psikiyatri 3th edition, Oxford University press 1996;385.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye'de böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı (2014-2017)", Ankara 2014:15.
6. Seki K. "Epidemiology of CKD in Japan", *Nihon Rinsho*, 2008 Sep;66(9):1650-6.
7. Şentürk A, Levent BA, Tamam L. "Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji", *O.M.Ü. Tıp dergisi*, 2000;17(3):163-172.
8. Karakoç A., Olgun N. "Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu Üzerine Etkisi", *Hemşirelik Forumu*, 2001;6(4):53-59.
9. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. "Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003;14(1):72-80.
10. Pereira BJ. "Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease", *Am J Manag Care*, 2002;8(4 Suppl):122-35.
11. Pisoni R, Remuzzi G. "Pathophysiology and Management of Progressive Chronic Renal Failure", *Primer on Kidney Diseases- 3 rd Edition.*, 2001, NKF. Chapter 58: 385-396.
12. Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, Locatelli F, MacLeod A, Vanholder R, Walker R, Wang H. "The burden of kidney disease: improving global outcomes", *Kidney Int*, 2004 Oct;66(4):1310-4.
13. Levey AS, Atkins R, Coresh J, et al. "Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes", *Kidney Int* 72: 247-259, 2007.

14. K/DOQI "Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification", *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (2 Suppl 1): S1-266.
15. Winearls G. Christopher. "Clinical Evaluation and Manifestations of Chronic Renal Failure", *Comprehensive Clinical Nephrology*, 2000, Harcourt Publishers Limited. Section 14, Chapter 68: 68.1-68.14.
16. Parmar MS. "Chronic renal disease", *BMJ*, 2002;326:85- 90.
17. Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, et al. "Patient awareness of chronic kidney disease. Trends and Predictors", *Arch Intern Med* 2008; 168: 2268-75.
18. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al. "A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study", *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1862-71.
19. Mani MK. "Prevention of chronic renal failure at the community level", *Kidney Int* 2003;63:86-89.
20. Schieppati A, Remuzzi G. "Chronic renal diseases as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications", *Kidney International* 2005;68:7-10.
21. Bhowmik D, Pandav CS, Tiwari SC. "Public health strategies to stem the tide of chronic kidney disease in India", *Indian Journal of Public Health* 2008;52(4):224-229.
22. Naicker S. "End-stage renal disease in sub-Saharan and South Africa", *Kidney Int* 63(Suppl 83):119–122, 2003.
23. Iseki K, Iseki C, Ikemiya Y, Fukiyama K. "Risk of developing endstage renal disease in a cohort of mass screening", *Kidney Int* 49:800-805, 1996.
24. Türk Nefrology Derneği 2013 Registry raporu. "Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon", T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, Ankara 2014.
25. Mauri JM, Cleres M, Vela E. "Design and validation of a model to predict early mortality in hemodialysis patients", *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 1690-1696.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Anıl Matbaacılık. 1. Baskı Nisan 2011, Ankara.
27. Lestou VS, Kalousek DK. "Confined placental mosaicism and intrauterine growth", *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998;79:F223-F226.

28. Bagby SP. "Maternal nutrition, low birth weight, number, and hypertension in later life: pathways of nutritional programming", *J Nutr* 2007;137:1066-1072.
29. Luyckx VA, Brenner BM. "Low birth weight, nephron number, and kidney disease", *Kidney Int Suppl* 2005;72:265-268.
30. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sosyal çevre. Çevre Sağlığı Temel Kaynak dizisi no:27, Aydoğdu Ofset, Ankara 1994.
31. Akın G. "İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2014;54:105-116.
32. Rodriguez-Iturbe B, Burdmann EA, Ophascharoensuk V, Barsoum RS. Glomerular disease associated with infection. In: Feehally J, Floege J, Johnson R (eds) *Comprehensive Clinical Nephrology* 3<sup>rd</sup> edition. Mosby An imprint of Elsevier Philadelphia 2007;305-318.
33. Kıyıkım AA. Kronik Böbrek Yetmeliği, [http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/291/files/V\\_KRON%C4%B0K%20B%C3%96BREK%20YETMEZL%C4%B0%C4%9E%C4%B0.doc](http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/291/files/V_KRON%C4%B0K%20B%C3%96BREK%20YETMEZL%C4%B0%C4%9E%C4%B0.doc). Erişim Tarihi: 02.01.2015.
34. Vathsala A, Yap HK. "Preventive Nephrology: A time for action", *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:1-2.
35. Perico N, Plata R, Anabaya A, Codreanu I, Schieppati A, Ruggenti P, Remuzzi G. "Strategies for national health care systems in emerging countries: the case of screening and prevention of renal disease progression in Bolivia", *Kidney Int Suppl* 2005;97:87-94.
36. Li PK, Kwan BC, Leung CB, Kwan TH, Wong KM, Lui SL, Tsang WK, Mak CC, Yu AW, Tang S. "Hong Kong Society of Nephrology. Prevalence of silent kidney disease in Hong Kong: the screening for Hong Kong Asymptomatic renal population and evaluation (SHARE) program", *Kidney Int Suppl* 2005;94:36-40.
37. Yap HK, Quek CM, Shen Q, Joshi V, Chia KS. "Role of urinary screening programmes in children in the prevention of chronic kidney disease", *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:3-7.
38. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pederson O. "Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes", *N Engl J med* 2008;358:580-591.
39. Ritz E. "Prevention and treatment of diabetic nephropathy". In Feehally J, Floege J, Johnson RJ (eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*. Mosby Philadelphia 2007;365-373.



40. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. "Nefroloji el kitabı". 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007.
41. U. S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, 2013.
42. Skankar A, Klein R, Klein BLS. "The association among smoking, heaving drinking and chronic kidney disease", *Am J Epidemiol* 2006;164:263-271.
43. Türkmen A. "Periton diyalizi". *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2008;6:7-10.
44. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G. "End-stage renal disease- Global demographics in 2005 and observed trends", *Artif Organs* 2006; 308: 95-7.
45. Sever M Ş. "Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri", *Türk Böbrek Vakfı Hasta Eğitim Yayınları*, İstanbul,1997.
46. Levy, J.,Morgan, J., Brown,E. (2004). Oxford Diyaliz El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul
47. Topal M, Özdemir F. "Hemodiyalizin akut komplikasyonları", *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 2(4): 24-29.
48. Durna Z, Özcan Ş, Erdoğan N, Yeşiltepe G. "Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri", *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2000; 3(2): 6-14.
49. Goulon GC, Said G. "Neurologic complications in hemodializ patients", *Rev Prat* 1990;40:644-646.
50. Lai CL, Lai YH, Howng SL. "Neuroelectrophysiological study in patients on long term hemodialysis", *Kao Hisung* 1990;6:194-200.
51. Torun D, Yüksel C, Köroğlu M. "Diyaliz öncesi kronik böbrek yetmezlikli hastalarda subperiosteal rezorpsiyon bulgusu ile serum intakt parathormon ve kemik alkale fosfataz düzeyleri arasındaki ilişki", *T Klin J Med Sci* 2002;22:549-552.
52. Karadeniz G. "Kronik böbrek hastalığının ilerlemesinin önlenmesi ve yönetimi", *Nefroloji Hemşireliği Dergisi/ Eylül-Aralık 2007- Ocak-Nisan 2008*;1-5.
53. Serdengeçti, K. "Kronik Böbrek Yetmezliği ( fizyopatoloji ve klinik bulgular)", *Aktüel Tıp Dergisi*,1997;2:190-197.
54. Yılmaz R, Arıcı M. "Periton diyalizinin uzun dönem komplikasyonları", *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2007; 16:62-67.

55. Bayazıt Y, Yaman M, Erken U. "Renal transplantasyonlu hastalarda cerrahi komplikasyonlar", *T Klin Tıp Bilimleri* 2000;20:272-278.
56. Morris PJ. "Factors influencing outcome in cadaveric renal transplantation", *Br J Surg* 1994; 81(5): 635-636.
57. Özkan S. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon - Liyezon psikiyatrisi. Roche. İstanbul , 1993, 187-190.
58. Sezer, M.T. Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Psikiyatrik sorunlar* (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık,2001.
59. Kumbasar, H. Kronik böbrek hastalarında karşılaştığımız psikiyatrik sorunlar ve yaklaşım. (Ed. Sedat Özkan) *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004*. İstanbul,2005
60. Callahan, MB. "The role of the nephrology social worker in optimizing treatment outcomes for end-stage renal disease patients", *Dialysis & Transplantation*, 1998;27 (10), 144-155.
61. Cingöz Ş. "Kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yollarının kullanım süresi ve bu süreyi etkileyen faktörler", İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
62. Özenç S, Yılmaz Mİ, Çeliktepe M, Açikel C, Sağlam K, Aydoğan Ü. "2005–2010 Yılları Arasında nefroloji bölümünde takip edilen son dönem böbrek yetmezliği hastalarının geriye dönük analizi", *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2012; 21 (3): 253-257.
63. Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D, et al. "Psikosomatik bozukluklar", *Medikomat*, Ankara, 1996;55-63.
64. Akçakoyun, M. "Koroner arter hastalığı olgularında koroner risk faktörleri ile endotel fonksiyonları arasındaki ilişki", Uzmanlık Tezi. T. C. Sağlık Bakanlığı Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi,2004.
65. Tomson C, Udayaraj U. "Management of chronic kidney disease", *Medicine*,2007; 35: 442-446.
66. Ertuğ AE. "Böbrek Yetmezliği Egzersiz", Türkiye'de Böbrek Hastalıkları Beslenme- Metabolizma II. Kongresi Kitabı.2004.

67. Onat A, Sansoy V, Erer B, Başar Ö, Ceyhan K. "Tekharf Çalışması 2001 Yılı Takibi Kısmi Sonuçları. Koroner Ölüm ve Olaylar", Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları. 2001;29:633-636.
68. Johnson DW, Herzig KA, Purdie DM et al. "Is obesity a favorable prognostic factor in peritoneal dialysis patients?" *Perit Dial Int* 2000;20(6):715-721.
69. Nadir I. Topçu S. Gültekin F. Yöner Ö. "Kronik böbrek yetmezliğinde etiyolojik değerlendirme". *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 24(2): 62-64.
70. Vargas PAL. Craig JC.Gallagher MP. Walker RG. Snelling PL. Pedagogos E. Gray NA. Divi MD.Gillies AH. Suranyi MG. Thein H. McDonald SP. Russell C. Polkinghorne KR. Barriers to Timely Arteriovenous Fistula Creation: A Study of Providers and Patients. *Am J Kidney Dis*. 2011, 57(6):873-882.
71. Foley RN. Chen SC.Collins AJ. "Hemodialysis Access at Initiation in the United States, 2005 to 2007: still "catheter first". *Hemodial Int*. 2009, 13(4):533-542.
72. United States Renal Data System. "Incidence and prevalence of ESRD", *Am J Kidney Dis* 1998; 32(2):38-49.
73. Lacson EJ. Wang W. Lazarus JM. Hakim RM. "Change in vascular access and mortality in maintenance hemodialysis patients", *Am J Kidney Dis*. 2009, 54(5): 912-921.
74. Karabiber AH. "Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Girişim Yollarının Çok Yönlü Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun, 2010.
75. Wystrychowski G. Kitzler TM. Thijssen S. Usvyat L. Kotanko P. Levin NW. "Impact of switch of vascular access type on key clinical and laboratory parameters in chronic haemodialysis patients", *Nephrol Dial Transplant*. 2009, 24(7): 2194-2200.
76. Çetinkaya S. Nur N. Ayvaz A. Özdemir D. "Sivas İl merkezinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri", *Türkiye Klinikleri J Nephrol*. 2008,3(2): 56-63.
77. Yurtsever S, Bedük T. "Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003.
78. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz EK. "Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü ve Etkileyen Faktörler", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2008;9:156-161.

## EK- A

ANKET NO.: ..... ADI SOYADI:.....

Bu anket diyaliz hastalarının sosyal, ekonomik, kültürel durumlarına ilişkin bir araştırma olup, hastalık ile hastaların sahip olduğu yaşam koşulları arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmeye yönelik bir çalışmadır. Söz konusu araştırmanın yapılabilmesi için aşağıdaki soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırıp ilgi gösterdiğiniz için teşekkür ederim.

### DİYALİZ HASTALARININ SOSYAL, EKONOMİK, KÜLTÜREL DURUMLARINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

1) Yaş.....

2) Cinsiyetiniz

1-Erkek 2-Kadın

3) Medeni haliniz nedir?

1-Evli 2-Bekâr 3-Boşanmış 4-Ayrı yaşıyor

4) Eğitim durumunuz nedir?

1-Okur-Yazar değil 2-Okur- Yazar 3-İlköğretim 4-Lise Mezun

5-Yükseköğretim 6-Lisans Üstü/Doktora

5)Mesleğiniz nedir?

1- Memur 2-İşçi 3-Emekli 4-Ev Hanımı 5-Serbest Meslek  
6-Esnaf 7-İşsiz

6)Sağlık güvenceniz nedir?

1-Yeşil Kart 2-SGK 3-Özel Sigorta

7) En uzun süre yaşadığınız yerleşim yerinin özelliği nedir?

1-İl 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

8) Aylık ortalama kazancınız nedir? (TL/Ay)

1-Asgari ücret ve altı 2-1000-2000 3-2000-3000 TL 4-3000 TL ve üstü TL

9) Yaşadığınız yer hangisidir?

1-Apartman dairesi 2-Müstakil ev 3-Gecekondu

10) Ulaşımında kullandığınız araç nedir?

1- Özel araç 2-Toplu taşıma 3-Taksi

11) Çocuklarınız varsa hangi okulda okutmayı tercih edersiniz?

1-Devlet okulu 2-Özel okul

12) Dışarda yemek yeme alışkanlığınız var mı?

1-Hiç gitmem 2-Bazen giderim 3-Sık sık giderim

13) Oturduğunuz konutun mülkiyeti kime ait?

1-Kendi evim 2-Kira 3-Yakınımın evi kira ödemiyorum

14) Konutunuzdaki oda sayısı nedir? (mutfak, antre (giriş), banyo, hariç oda sayısı)

1-Tek odalı 2-İki odalı 3-Üç odalı 4-Dört ve daha fazla

15) Kiminle kalıyorsunuz?

1-Yalnız 2-Eşim ile 3-Eşim ve çocuklarım ile 4-Eşim ve evlenmemiş çocuklarım ile 5-Evli çocuklarımla 6-Diğer

16) Eşinizin eğitim durumu nedir?

1-Okur-Yazar değil 2-Okur- Yazar 3-İlköğretim 4-Lise mezunu  
5-Yükseköğretim 6-Lisans Üstü/Doktora

17) Ne sıklıkla gazete / kitap okursunuz?

1-Düzenli olarak okurum 2-Ara sıra 3-Elime geçtikçe okurum 4-Hiç okumam

18) Herhangi bir derneğe üyeliğiniz var mı?

1-Evet 2-Hayır

19) Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet halen içiyorum 2-Hiç içmedim 3-Ara sıra 4-Bıraktım

20) Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet halen içiyorum 2-Hiç içmedim 3-Ara sıra 4-Bıraktım

21) Egzersiz yapıyor musunuz?

1-Hergün düzenli yaparım 2-Ara sıra yaparım 3-Hiç yapmadım

22) Rahatsızlığınız olmadan önce kontrol amaçlı doktora gittiniz mi?

1- Evet 2-Hayır

23) Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

1-Şeker hastalığı 2-Tansiyon 3-Kalp-Damar hastalığı  
4-Akciğer hastalığı 5-Kalp yetmezliği 6-Hayır

24) Ailede kronik rahatsızlığı olan var mı?

1-Evet 2-Hayır

25) Böbreklerinizin iflas etme nedeni nedir?

1-Yüksek tansiyon 2-Sistemik hastalıklar ( şeker hastalığı, ailevi akdeniz ateşi vb.. )  
3-Böbrek kistleri 4-Kanamalar 5-Bazı ilaçlar 6-Glomerülonefrit  
7-Veziko-Üretral reflü 8-Travma 9-Bilinmeyen nedenler

26) Kaç yıldır KBY (Hastalığın teşhis yılına göre) hastasıdır?.....

27) KBY sürecinde kullanılan diyaliz yöntemlerinden hangilerini denediniz?

1-Hemodiyaliz 2-Periton 3-İkicide

28) KBY sürecinde şu anda kullandığınız diyaliz yöntemi hangisidir?

1-Hemodiyaliz 2-Periton

(Hemodiyalize girmiyorsanız 29 ve 30'uncu soruları geçiniz)

29)Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?.....

30)Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?.....

(Periton diyalize girmiyorsanız 31, 32 ve 33'üncü soruları geçiniz.)

31) Ne kadar süredir periton diyalizi yapıyorsunuz?.....

32)Periton diyalizi kaç defa yapıyorsunuz?.....

33)Periton diyaliz kateterinizle ilgili sorun yaşar mısınız? .....

1-Hiç sorun yaşamadım 2-Bazen yaşarım 3-Sık sık yaşarım

34) İki hemodiyaliz seansı arasında geçen zamanda almanız gereken ideal kilo konusunda sorun yaşıyor musunuz?

1-Hiç sorun yaşamadım 2-Bazen yaşarım 3-Sık sık yaşarım

35) Hemodiyaliz seanslarında genellikle vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Uyuyarak	1-Evet	2-Hayır
- Diğer hastalarla konuşarak	1-Evet	2-Hayır
- Televizyon izleyerek	1-Evet	2-Hayır
- Müzik dinleyerek	1-Evet	2-Hayır
- Kitap okuyarak	1-Evet	2-Hayır
- Dergi okuyarak	1-Evet	2-Hayır

36)İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

1-Evet daima uyarım 2-Hayır hiç uymuyorum 3-Ara sıra aksatırım

37)Tedavi ekibince (doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) yapılan önerilere uyuyor musunuz?

1-Evet daima uyarım 2-Hayır hiç uymuyorum 3-Ara sıra aksatırım

38) Diyetinize uymak konusunda sorun yaşıyor musunuz?

1-Hiç sorun yaşamadım      2-Bazen yaşarım      3-Sık sık yaşarım

39) Diyet konusunda sorun yaşamanızın sizce sebebi nedir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Yeme alışkanlığımı değiştirememem      2- Ekonomik zorluklar  
3- Diğer.....

40) Kendinizi hastalığınızla ilgili konularda bilgi sahibi olarak görüyor musunuz?

1-Evet.....      2-Hayır

41)Diyaliz tedavisi süresince karşılaştığınız güçlüklerle ilgili olarak size yardımcı olan kişi ve/veya kişiler var mı?

1-Evet.....      2-Hayır

42)Diyaliz tedavisi süresince ihtiyaçlarınızın karşılanması için size para, eşya, ilaç, yiyecek, giyecek gibi yardımda bulunan kişi veya kişiler var mı?

1-Evet.....      2-Hayır

43)Diyaliz tedavisi süresince hastalığınız nedeniyle yerine getirmekte güçlük çektiğiniz sorumlulukları (çocuklarınızın bakımı, yemek yapma, fatura ödeme, alışveriş yapma gibi) üstlenen ve size bu konuda destek sağlayan kişi veya kişiler var mı?

1-Evet.....      2-Hayır

44) Diyaliz tedavisi süresince sizi neşelendiren, üzülmemeniz için size destek olan, her şeyin yolunda gideceğini söyleyen ve böylelikle hastalığınızdan uzaklaşmanızı sağlayan kişi veya kişiler var mı?

1-Evet.....      2-Hayır

45) Şu an hastalığınızı düşündüğünüzde aşağıdakilerden hangilerini hissediyorsunuz?

-Fiziksel görünümümü olumsuz olarak algılıyorum      1Evet      2-Hayır

-Geleceğime ilişkin kaygı duyuyorum      1Evet      2Hayır

-Kendimi tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum      1Evet      2Hayır

-Günlük aktivitelerimin kısıtlandığını düşünüyorum      1Evet      2Hayır

-Ölüm korkusu yaşıyorum      1Evet      2Hayır

-Hastalığımdan dolayı ailemi üzdüğümü ve yordüğümü düşünüyorum      1Evet      2Hayır

46) Ölüm ve ölümlle ilgili konuları ne sıklıkla düşünüyorsunuz?

1-Hiç      2-Ara sıra      3-Çoğu zaman      4-Her zaman

47) Diyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş yaşamınızda ne tür değişiklikler meydana

geldi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Malulen emekli oldum 2-İşsiz kaldım 3-Meslek değiştirmek zorunda kaldım

4-Çalışma saatimde düşme oldu 5-Diğer.....

48) Hastalığınız diğer insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiledi?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Hastalığım sebebiyle eşim ve/veya çocuklarım tarafından terk edildim.

2-Aile üyelerine karşı rol ve sorumluluklarımı yerine getiremez hale geldim.

3-Yakın arkadaşlarım ve akrabalarım ile ilişkilerim azaldı.

4-Yaşadığım çevreyi değiştirmek zorunda kaldım.

5-Diğer insanlara (eş, çocuk, arkadaş, akraba vs.) karşı beklentilerim çoğaldı.

6-Yalnız yaşamak zorunda kaldım.

7- Diğer.....

49) Aşağıdaki ifadelere sizin için en uygun olan cevabı veriniz?

-Kendimi yorgun hissediyorum	1-Evet	2Hayır
-Kendimi halsiz hissediyorum	1-Evet	2Hayır
-Kendimi zihinsel çökkünlük içinde hissediyorum	1-Evet	2Hayır
-Kendimi iyi ve neşeli hissediyorum.	1-Evet	2Hayır
-Kendimi bağımlı biri olarak görüyorum.	1-Evet	2Hayır
-Kendimi yaşamı kısıtlanmış biri olarak görüyorum	1-Evet	2Hayır
-Kendimi hastalığımı kabullenmiş biri olarak görüyorum.	1-Evet	2Hayır
-Kendimi ileriye dönük plan ve beklentileri olan biri olarak görüyorum.	1-Evet	2Hayır
-Hemodiyaliz tedavisi alarak hastalığımın iyileşebileceğini düşünüyorum.	1-Evet	2Hayır
-Kendimi yaşam boyu süren hastalığa sahip biri olarak görüyorum.	1-Evet	2Hayır



## EK- B: Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri

T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
KAYSERİ

K - G  
TSE 180-881  
30001

Sayı: 44008645-000/ <sup>7852</sup>  
Konu: Anket.

**KAYSERİ**  
07.11.2013

**HEMODİYALİZ ÜNİTESİ SORUMLUSUNA**

Özel Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık Yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi yapan Belkız YILDIM'ın, dilekçesinde belirtilen anketin, diyalize giren hastalara uygulaması uygun görülmüştür.  
Konu ile ilgili dilekçe ve anket örneği yazımız ekinde gönderilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

~~Prof. Dr. Kudret DOĞRU~~  
Başhekim

Eki: 6 Sayfa Evrak.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 38039 – KAYSERİ  
Tel : (0) 352 207 66 66 Fax : (0) 352 437 52 73 e-mail : tlb@erciyes.edu.tr

Dok. No : F-814-099 Yayın Tar. : Mayıs 2005 Rev. No : - Rev. Tar. : -

## Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

Adı: Belkız	Soyadı: Yıldırım
Doğ.Yeri: Kayseri	Doğ.Tar: 14.10.1982
Uyruğu:T.C.	Tel: 530 353 70 62

Email: belkizyildirim38@gmail.com

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans	Okan Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2017
Lisans	Erciyes Üniv. Atatürk Sağlık Yüksekokulu	2006
Lise	İpek Lisesi Kayseri	2000

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Hemşire	Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi	6 Yıl
Hemşire	Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi	3 Yıl