



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA ALGILANAN
STRESÖRLERİN VE BAKIMDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜLAY SERTDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof.Dr. ZEHRA DURNA

İSTANBUL - 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tülay SERTDEMİR tarafından hazırlanan *"Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Algılanan Stresörlerin ve Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi"* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 11.10.2012

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

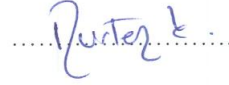
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Zehra DURNA
Bahçeşehir Üniv.(Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Türkinaz AŞTI
Bahçeşehir Üniv.



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Nurten KAYA
ist.Üniv.FNH.Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
Haliç.Üniv.HYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Semiha AKIN
Bahçeşehir Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesinde bana her konuda destek olan, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve özverili desteğini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve bakış açısıyla örnek alacağım, tez danışmanım Sn.Prof.Dr. Zehra Durna' ya, tez çalışmam sırasında veri toplama aşamasında bana gösterdikleri yakın ilgi ve anlayıştan dolayı Özel FMC Şişli Diyaliz Merkezi hekim ve hemşirelerine, çalışmamın her aşamasında yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşım Gökhan Balcı' ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Tülay SERTDEMİR

II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. TABLOLARIN LİSTESİ	V
IV. KISALTMALAR VE SİMGELER	VIII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Böbrek yetmezliği	5
4.2. Akut böbrek yetmezliği	6
4.2.1. Akut böbrek yetmezliğinin sınıflandırılması	6
4.2.2. Akut böbrek yetmezliğinin tedavisi	10
4.3. Kronik böbrek yetmezliği	10
4.3.1. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme	11
4.3.2. Patagonez ve fizyopatoloji	15
4.3.3. KBY' nin klinik özellikleri	15
4.3.4. KBY' de tanı	17
4.3.5. İnsidans ve prevelansı	18
4.3.6. Klinik evrelendirme	18
4.4. KBY' de renal replasman tedavileri	20
4.5. Hemodiyaliz tedavisi	21
4.5.1. Hemodiyaliz endikasyonları	22
4.5.2. Hemodiyaliz kontraendikasyonları	23
4.5.3. Hemodiyalizin fizyolojik prensipleri	23
4.5.4. Hemodiyaliz için damar giriş yolları	25
4.5.5. Hemodiyalizin avantajları ve dezavantajları	26
4.5.6. Hemodiyalizin komplikasyonları	26

4.5.7. Hemodiyalizde Diyaliz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	27
4.6. Periton diyalizi	29
4.6.1. Periton diyalizinin avantajları ve dezavantajları	30
4.6.2. Periton diyalizinin komplikasyonları	30
4.7. Renal transplantasyon	31
4.7.1. Renal transplantasyonun avantajları ve dezavantajları	31
4.7.2. Renal transplantasyonun kontrendikasyonları ve Komplikasyonları	32
4.8. Hemşirelik bakımı	32
4.8.1. Hemodiyaliz hastalarında hemşirelik bakımının önemi	33
4.8.2. Hastanın işlem hakkında bilgilendirilmesi	34
4.9. Hizmet Kalitesi	37
4.10. Hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi	39
4.10.1. Hasta memnuniyeti	40
4.10.2. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi	42
4.11. Stres kavramı	42
4.12. Hemodiyalize bağlı stres yaratan faktörler	44
4.12.1. Hemodiyaliz tedavisine bağlı psikososyal sorunların yarattığı stresörler	47
4.12.2. Hemodiyalize bağlı psikiyatrik sorunların yarattığı stresörler	48
4.12.3. Hemodiyalize bağlı fiziksel sorunların yarattığı stresörler	49
4.13. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda stresörlerle etkin baş etmenin sağlanmasında hemşirenin rolü	50
5. GEREÇ VE YÖNTEM	52
6. BULGULAR	57
7. TARTIŞMA	91
7.1. Kişisel özelliklere ilişkin bulguların tartışılması	91
7.2. Hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	91

7.3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanlarına ilişkin bulguların tartışılması	92
7.4. Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanlarına ilişkin bulguların tartışılması	95
7.5. Semptom puanlarına ilişkin bulguların tartışılması	98
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	100
9. KAYNAKLAR	105
10. EKLER	122
Ek 1 Hasta Bilgi Formu	122
Ek 2 Hemodiyaliz Stres Ölçeği	124
Ek 3 Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	125
Ek 4 İzinler	126
Ek 5 Aydınlatılmış Onam Formu	127
11. ÖZGEÇMİŞ	128

III. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1. Prerenal ABY nedenleri

Tablo 2. Renal (İntrinsik) ABY nedenleri

Tablo 3. Postrenal ABY nedenleri

Tablo 4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Aşamaları

Tablo 5. KBY' de Etyolojik Dağılım

Tablo 6. Kronik böbrek yetersizliğinin klinik bulguları

Tablo 7. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Tablo 8. Kişisel Özelliklere Göre Dağılım (N=102)

Tablo 9. Ölçümsel Kişisel Özelliklere İlişkin Verilerin Dağılımı (N=102)

Tablo 10. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklere Göre Dağılım (N=102)

Tablo 11. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=102)

Tablo 12. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=102)

Tablo 13. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 14. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Yaş ile İlişkisi (N=102)

Tablo 15. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 16. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 17. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 18. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Hemodiyaliz İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 19. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanının Hemodiyaliz Stres Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyut Puanları ile İlişkisi (N=102)

Tablo 20. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 21. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=92)

Tablo 22. KMO ve Bartlett Testi

Tablo 23. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Alt Boyut Tablosu

Tablo 24. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Analizi Sonuç Tablosu

Tablo 25. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Puanları Dağılımı

Tablo 26. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (N=102)

Tablo 27. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Puanları ve Ortalama Puan Dağılımı

Tablo 28. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 29. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaş ile İlişkisi (N=102)

Tablo 30. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 31. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 32. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Hemodiyaliz İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 33. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 34. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=102)

Tablo 35. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 36. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=92)

Tablo 37. Görülen Semptomların Dağılımı (N=102)

Tablo 38. Görülen Semptom Puanlarının Dağılımı (N=102)

Tablo 39. Semptom Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 40. Semptom Puanlarının Hemodiyaliz Uzunluğuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 41. Semptom Puanlarının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

Tablo 42. Semptom Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Tablo 43. Semptom Puanlarının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=92)

IV. KISALTMALAR VE SİMGELER

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
ATN	: Akut Tübüler Nekroz
AVF	: Arteriyovenöz Fistül
CCPD	: Sürekli Alet Yardımıyla Periton Diyalizi
GFH	: Glomerül Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KMO	: Kaiser – Meyer – Olkin
NHBMÖ	: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği
PD	: Periton Diyalizi
PTH	: Parathormon
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TND	: Türk Nefroloji Derneği
TNDT	: Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi

1. ÖZET

Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Algılanan Stresörlerin Ve Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi.

Bu çalışma hemodiyaliz uygulanan hastalarda algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, 2011 ve 2012 yıllarında; İstanbul ilinde bulunan özel bir diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören 102 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Hemodiyaliz Stres Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, frekans, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistikler ve parametrik olmayan testler kullanıldı. Örneklem %59,8' i erkek, %76,5' i evli ve %45' i ilköğretim mezunudur. Araştırmaya katılan hastaların %94,1' i Kronik Böbrek Hastası olduğu görülmektedir. Diyaliz hastalarının "Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği " toplam puan ortalaması $77,91 \pm 16,417$ olduğu saptandı. Araştırmada hemodiyaliz hastalarının yaş grupları, cinsiyet durumları, eğitim durumları, meslekleri, gelir durumları, hemodiyalizle ilgili eğitim alıp almama durumları, başka kronik hastalık bulunup bulunmama durumları ve hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumları ile ölçek memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. "Hemodiyaliz Stres Ölçeği" alt boyut puan ortalaması $3,85 \pm 0,729$ olarak bulundu. Çalışma sonucuna göre en çok karşılaşılan stresörlerin; bulantı ve kusma, tedavinin maliyeti, aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler, giyim tarzlarında kısıtlama, çocuklar ile ailede rollerin yer değiştirmesi olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastalarda semptom puanlarının dağılımı açısından en çok görülen dört semptomun; aşırı yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda azalma, bağırsak hareketlerinde düzensizlik, yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme olduğu saptandı. Bu çalışma bulguları itibariyle, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların algıladıkları stresin ve verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bakımdan Memnuniyet , Hemodiyaliz, Hemodiyaliz Stres Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Stres

2. SUMMARY

Evaluation of Stressors Perceived in Patients Receiving Hemodialyses and Their Satisfaction with Care

This study was performed for the purpose of evaluating the stressors perceived in patients who received haemodialysis and levels of satisfaction from healthcare. The universe of the descriptive research consists of 102 patients receiving haemodialysis treatment at a private dialysis centre located in Istanbul in 2011 and 2012. Patient Datasheet, Newcastle Satisfaction with Nursing Scale and Haemodialysis Stress Scale are used for data collecting. Descriptive statistics and non-parametric tests such as arithmetic average, frequency, standard deviation and percentage are used for assessment of data. Out of the sampling, 59.8% are male, 76.5% are married and 45% are primary school graduates. 94.1% of the patients participating in the research are found to be patients suffering Chronic Kidney Disease. It is found that the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale total point averages of the dialysis patients was 77.91 ± 16.417 . No significant difference was found between the haemodialysis patients' age groups, gender status, educational status, professions, income states, whether they are trained for haemodialysis or not, whether they suffer from other chronic disease and their status of undergoing any haemodialysis connected complication and their scale satisfaction point averages. "Haemodialysis Stress Scale" sub-dimension point average is found to be 3.85 ± 0.729 . According to the result of the study, the most frequently encountered stressors are found to be nausea and vomiting, cost of treatment, changes in responsibilities of family members, limitation in way of dressing and exchange of roles for children and the family. The most frequently seen four symptoms with regard to the distribution of symptom points in patients who participated in the research are found to be extreme fatigue, decrease in sexual functionality, irregularities in intestinal motility and feeling of need to rest during walking or running . According to the findings of this study, the stress perceived by patients receiving haemodialysis treatment and their nursing satisfaction levels are found to be high.

Key Words: Healthcare Satisfaction, Haemodialysis, Haemodialysis Stress Scale, Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, Stress.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar günümüzde toplum sağlığı için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) yaşamı tehdit eden, organik, mental ve psikososyal sorunlar ve çeşitli komplikasyonlara yol açan önemli bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik, endokrin fonksiyonlarda kronik, ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. KBY birçok nedene bağlı gelişebilir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Genel olarak en sık görülen nedenler arasında; kronik glomerülonefrit, diyabet, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstruktif üropati ve interstisyel nefritler vardır. Hastaların önemli bir kısmı hekime ileri üremik tablo içinde başvurduğu için temelde yatan hastalığın bulunması mümkün olmayabilir (Akpolat T., Utaş C. 2001; Akyol AD. 2005). Kronik böbrek yetmezliği günümüzde görülme sıklığı hızla artmakta olan bir hastalıktır. Son dönem kronik renal yetmezlik tüm dünya genelinde artmakta ve gelişmiş ülkelerde 75-300 milyon insanı etkilemektedir. Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 2009 yılı sonu itibariyle Türkiye' de Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek yetmezliği vakalarının prevalansı milyon nüfus başına 819, insidansı ise milyon nüfus başına 197 olarak saptanmıştır. Son dönem böbrek yetmezliği prevalansı; 60-75 yaş grubunda böbrek hastalığı insidansının artması mortalite oranlarının hemen hemen sabit kalmasına bağlı olarak geçen on yılda yaklaşık %8 artmıştır. TND verilerine göre 2009 yılında toplam 59.443 hastanın RRT aldığı tespit edilmiştir. RRT olan hastaların sayısında artış eğilimi devam etmektedir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%78,5) olup bunu transplantasyon (%12,4) takip etmektedir, periton diyalizi (%9,1) ise üçüncü sırada gelmektedir (http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf., Erişim Tarihi: 02 Şubat 2012). Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında hemodiyaliz tedavisi alan hasta popülasyonu en fazla olan beşinci ülkedir.

KBY' de fiziksel gücün ve dayanıklılığın kaybedilmesi, hissedilen ölüm korkusu,

ekonomik güçlüklerin yaşanması, diyet, sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi tedaviye bağımlılık bu hastalığın aşırı bir stresör olarak algılanmasına neden olabilmekte, hastalığın aile ve evlilik yaşamında yol açtığı değişimler de yaşanan stres yönünü arttırmaktadır (Gelmez M. 2002).

Diyaliz tedavisinde sağlanan gelişmeler, diyaliz programındaki hastaların yaşam süresini uzatmış, yaşam kalitesini arttırmıştır (Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2002; Zawada ET. 2003). Ancak teknolojideki gelişmelerin hasta bakımına yansıtılması multidisipliner ekip yaklaşımı ile mümkündür. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşire, hemodiyalizdeki hastanın bakımından, eğitiminden, sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmesinden ve rehabilitasyonundan sorumlu olan profesyonel sağlık elemanıdır (Yürügen B. 2001; Woodcock S. 1999). Özellikle hemşirenin kendine güveni ve donanımı hasta tarafından da fark edilerek, hastanın tedaviyi kabul etmesini kolaylaştıracaktır (Woodcock S. 1999). Hasta memnuniyeti dünyanın birçok ülkesinde hasta bakım kalitesinin bir göstergesi ve bakımın önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Aynı şekilde diyaliz hastasının bakımından duyduğu memnuniyet, diyaliz tedavisine uyumunu ve bağımlılığını önemli derecede etkilemektedir (Tokem Y., Yıldırım YK., Fadıloğlu Ç. 2005). Memnuniyet düzeyinin belirlenmesi, sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir.

Bu çalışma; kronik böbrek yetmezliği tanısı konmuş hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda, hemodiyaliz süresince görülen semptomların, algılanan stresörlerin ve verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Böbrek Yetmezliği

Böbrek yetmezliği; böbreklerin metabolik artıkları atma ve sıvı-elektrolit dengesini devam ettirme fonksiyonlarını yerine getirememesidir.

Normal bir insanda her iki böbrekten toplam olarak ortalama 120 ml/dak. kan süzülür. Bu süzüntünün büyük bir kısmı böbrek tubuluslarından geri emilir. Bir gündeki ultrafiltrat miktarı ortalama 150-180 lt. olmasına rağmen, günlük idrar miktarı 1200-1500 ml. arasında olmaktadır. Glomerül filtrasyon hızının (GFH) normal değeri 120 ml/dk.'dır. GFH 50 ml/dk. olursa, böbrek fonksiyon bozukluğu olduğu halde böbrek yetmezliği görülmez, GFH 50 ml/dk.' ya düşüncüye kadar metabolik artıklar atılabilir, kanda üre yükselmez, idrar miktarı ortalama 400 ml.'dir. GFH 20-30 ml/dak. altına düşerse böbrek yetmezliğinden, 10 ml/dak.' nın altına düşerse SDBY'nden söz edilir (Birol L. 1998). Böbreğin idrar oluşumu dışında birçok görevi vardır. Böbreğin temel fonksiyonları; Ekstresellüler sıvı hacmi ve kan basıncının hormonal (renin - anjiyotensin sistemi, renal prostaglandinler, renal kallikrein - kinin sistemi) düzenlemesi, vücut ısı elektrolit (su, sodyum, potasyum, hidrojen, bikarbonat, kalsiyum, fosfor, magnezyum) dengesinin korunması, metabolik artık ürünlerin (üre, ürik asit, kreatinin) atılımı, ilaçlar, toksinler ve metabolitlerinin detoksifikasyonu ve atılımı, hormon üretimi ve metabolizmasına katkı (eritropoietin, D vitamini), peptit hormonların yıkımı (insülin, glukagon, parathormon, kalsitonin, büyüme hormonu), küçük molekül ağırlıklı proteinlerin (hafif zincirler, beta 2 mikroglobülin), metabolik etki glukoneogenez, lipid metabolizması yıkımı (Efe S. 1992; Akpolat T., Utaş C. 1997).

Böbrek yetmezliği çok kısa süre içinde gelişen "Akut Böbrek Yetmezliği" ve tedaviye rağmen hastalığın ilerlediği, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz (irreversibl) olarak bozulduğu ve üremi tablosunun geliştiği "Kronik Böbrek Yetmezliği" olarak iki gruba ayrılmaktadır (Birol L., Akdemir N. 2005).

4.2. Akut Böbrek Yetmezliği

Akut Böbrek Yetmezliği (ABY) saatler, günler ya da haftalar içerisinde gelişen, glomerül filtrasyon hızındaki (GFH) azalma sonucu böbreğin fonksiyonlarında görülen hızlı kaybın oluşturduğu bir klinik sendromdur (TNDT Dergisi. 2006). ABY en kompleks hastalıklardan birisidir. Genel klinik gözlemlere göre hastanede yatan hastaların yaklaşık %5' inde, yoğun bakım servislerinde yatan hastaların ise yaklaşık %30' unda ABY geliştiği şeklinde kanaat vardır.

Hastane şartlarında ABY' nin en sık nedeni ise %50' ye yakın oranı ile akut tübüler nekrozdur (ATN). İskemik ATN özellikle postoperatif dönemlerde ve şiddetli travma sonrası gelişmektedir (TNDT Dergisi. 2006;15).

4.2.1. Akut Böbrek Yetmezliğinin Sınıflandırılması

Günümüzde ABY; patofizyolojik mekanizmalara göre prerenal, renal (intrinsik) ve postrenal ABY olarak üç sınıfa ayrılmaktadır.

Prerenal ABY

Glomerüler kanlanmayı azaltan hemodinamik bozukluklar nedeni ile gelişir (Tablo 1).

Tablo 1. Prerenal ABY nedenleri

1. Kardiyopulmoner nedenler Ciddi konjestif kalp yetmezliği Perikardiyal tamponad Pulmoner tromboemboli Ciddi aritmiler Kardiyak arrest
2. Hipovolemi Böbrek dışı nedenler Gastrointestinal kayıplar (kusma, ishal, kanama, nazogastrik drenaj vb.) Üçüncü boşluklara kayıp (nekrotizan pankreatit, peritonit, retroperitona kanama, yanık vb.) Vücut dışı kanamalar Yetersiz sıvı alımı ile birlikte aşırı terlemeler Yaşlılarda yetersiz sıvı alımı Böbrekle ilgili nedenler Aşırı diüretik kullanımı Ciddi ozmotik diürez (ciddi hiperglisemi vb.) Adrenal yetmezlik
3. Azalmış periferik damar direnci Sepsis sendromu Sedatif intoksikasyonu Aşırı vazodilatör tedavi Hepatorenal sendrom İnterlökin tedavisi
4. İntrarenal hemodinami değişiklikleri Preglomerüler (aferent) arteriyoler vazokonstriksiyon NSAİİ (Non-steroid antiinflamatuvar ilaç) kullanımı Hiperkalsemi Kalsinörin inhibitör toksisitesi Postglomerüler (eferent) arteriyoler vazodilatasyon ACE inhibitörleri Anjiyotensin-II reseptör antagonistleri
5. Abdominal kompartman sendromu

Kaynak: Kıyıkım, A.A., (2006), Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 15 (Ek/Supplement 1), İstanbul, s.6.

Renal ABY

Böbreğin kendisindeki sorunların yol açtığı ABY tablosudur.

Tablo 2. Renal (İntrinsik) ABY nedenleri

1. Damar hasarlanmaları A. Yapısal sorunlar Akut, iki taraflı renal arter ven tıkanması Ciddi renal arter darlıklarında ACE* inhibitörü veya ARB** kullanımı Renal arteri de içine alan aort diseksiyonları Malign hipertansiyon Skleroderma renal krizi Hemolitik üremik sendrom Ateroembolik hastalık B. İşlevsel sorunlar Hepatorenal sendrom Sepsis Hiperkalsemi İlaçlar (ACE-inhibitörü, kontrast madde, NSAİİ vb.)
2. Glomerül hastalıkları Akut glomerülofrit (poststreptokokkal, kresentik, lupus nefriti, mikroskopik polianjit vb.)
3. Tübülointerstisyel hastalıklar Akut interstisyel nefrit (hipersensitivite reaksiyonu)
İlaçlar (penisilin grubu antibiyotikler, NSAİİ, rifampin vb.) İnfeksiyonlar Sistemik hastalıklar (Sarkoidoz, Sjögren sendromu vb.) Depolanma hastalıkları (ürik asit, miyeloma hafif zincir proteinleri vb.) Akut tübüler nekroz Nefrotoksik (Ağır metaller, kontrast madde, antibiyotikler [aminoglikozidler, amfoterisin B], miyoglobüri ve hemoglobüri vb.)

*ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim, **ARB: Anjiyotensin II reseptör blokleri

Kaynak: Kıyıkım, A.A., (2006), Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 15 (Ek/Supplement 1), İstanbul, s.7-8.

Postrenal ABY

İdrar akımının anatomik olarak engellenmesine bağlı gelişen ABY formudur.

ABY olgularının %50-70' i prerenal nedenler, %20-30' u renal (intrinsik) nedenler, %1-10' u postrenal nedenlerdir.

Tablo 3. Postrenal ABY nedenleri

1. Üreteropelvik bileşke sorunları (iki böbrekte iki, tek böbrekte tek taraflı olmalı) Üreteropelvik darlık (doğuştan ya da kazanılmış) Taş hastalığı Pıhtı
2. Üreter sorunları (iki böbrekte iki, tek böbrekte tek taraflı olmalı) Travma Cerrahi komplikasyon olarak üreterin bağlanması Lümen içi nedenler (taş, pıhtı, kanser, mantar topu vb.) Lümen dışı nedenler (retroperitoneal fibrozis, retroperitoneal veya pelvik maligniteler, aort anevrizması, ürinom, üreteral vaskülit vb.)
3. Mesane sorunları Akut nörojenik mesane (spinal kord travmaları) Rüptür Mesane kanseri
4. Üretra sorunları Benign prostat hipertrofisi veya prostat kanseri Mesane kanseri Üretral kateter disfonksiyonu Diğer (taş, yabancı cisim, darlıklar vb.)

Kaynak: Kıyıkım, A.A. (2006), Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 15 (Ek/Supplement 1), İstanbul, s.11.

ABY' de diyalize başlama kriterleri aşağıda özetlenmiştir;

Oligüri (idrar çıkışı <500 ml/gün), anüri, BUN > 30 mmol/L, serum kreatinin >1000 mcmol / L, hiperkalemi (K>615 mEq / L), diüretik tedavisine yanıt vermeyen pulmoner ödem, metabolik asidoz (pH<7,2), üremik ensefalopati, Üremik perikardit, ABY hastalarında enfeksiyonlar ve kanamalar, mortalite ve morbiditeyi artıran faktörlerdir.

Bu problemler üremi ile arttığı için belirgin üremi başlamadan önce diyaliz tedavisine başlamanın mortalite ve morbiditeyi azalttığı bildirilmektedir (Conger JD. 1995; Star RA. 1998; Taşkopan H., Utaş C. 2002).

Tedavisi

Akut böbrek yetmezliğinin tedavisi, yetmezliğin nedenine ve hangi evrede olduğuna göre planlanır. ABY' de temel amaç sıvı-elektrolit dengesini sağlamak, hiperkalemi ve yaşamı tehdit eden diğer elektrolit dengesizliklerin önlenmesi, metabolik asidozun tedavisi, anemi, enfeksiyonların önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik girişimlerdir (BiroL L., Akdemir N., Bedük T. 1997; Çavuşoğlu H. 2002).

4.3. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. Üremi; kronik böbrek yetersizliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal normallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta kronik böbrek yetersizliği ile eş anlamda kullanılmaktadır (Tanrıverdi MH ve ark. 2010).

Kronik Böbrek Yetmezliği, glomerül filtrasyon hızının (GFH) böbrek fonksiyonlarında tespit edilebilir düzeyde değişikliklere neden olacak kadar kalıcı bir şekilde azaldığı durum olarak da tanımlanabilir. Bu durum genellikle GFH 25 ml/dk.'nın altına indiğinde ortaya çıkar. Glomerüler filtrasyon hızı normalin %75'i kadar azaldığında buna sebep olan hasar ortadan kaldırılrsa bile böbrek fonksiyonlarındaki bozulma

kaçınılmaz olarak devam eder (Remuzzi G., Bertoni T. 1998).

Kronik böbrek yetmezliğine gidiş beş aşamada gerçekleşir (Tablo 4).

Tablo 4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Aşamaları

1) Böbrek fonksiyonlarında azalma; GFH 50-80 ml/dk arasındadır. Klinik belirti görülmez.
2) Hafif derecede böbrek yetmezliği; GFH 30-50 ml/dk arasındadır. Hipertansiyon ve sekonder hiperparatiroidizm görülür.
3) Orta derecede böbrek yetmezliği; GFH 10-29 ml/dk arasındadır. Hafif derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere ek olarak anemi görülür.
4) Ciddi böbrek yetmezliği; GFH 10 ml/dk' nın altında seyredir. Orta derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere su ve tuz tutulumu, iştahsızlık, kusma, üst düzey mental fonksiyonlarda azalma eklenir.
5) Son dönem böbrek yetmezliği; GFH 5 ml/dk' nın altındadır. Ciddi böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere pulmoner ödem, koma, konvülsiyon, dekompanse asidoz, hiperkalemi ve ölüm eşlik edebilir.

Kaynak: Selamet, U. (2005), Uzmanlık Tezi, İstanbul, s.6.

Bunun sonucunda kandaki artık ürünler (üre, ürik asit, kreatinin, potasyum, fosfat gibi) idrar yolu ile yeterince atılamaz ve kanda bu atık ürünlerin oranı yükselir (Biol L. 1998). Üremi, KBY' nin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta KBY ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Şen A., Sever A., Karako A. 2004; Schrier RW. 2007).

4.3.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etyolojik Değerlendirme

KBY birçok nedenle gelişebilmektedir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Türkiye' de KBY nedenleri ile ilgili en sağlıklı veriler Türk Nefroloji Derneği tarafından elde edilmiştir. Türk Nefroloji Derneği (TND) 2010 Registry Raporu' na göre 31 Aralık 2010 tarihi itibariyle KBY saptanan olguların etyolojik dağılımı (Tablo 5).

Tablo 5. KBY' de Etiyolojik Dağılım

	Sayı	%
Diabetes Mellitus	4.100	32,7
Tip 1 DM	832	6,6
Tip 2 DM	3.268	26,1
Hipertansiyon	3.258	26,00
Glomerülonefrit	836	6,7
Polikistik Böbrek Hastalıkları	470	3,8
Amiloidoz	206	1,6
Renal Vasküler Hastalık	174	1,4
Diğer	1.453	11,6
Etyoloji Bilinmiyor	1.584	12,7
Kayıp (Bilgi Yok)	139	1,1
Toplam	12.515	100,0

Kaynak: (www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 10 Şubat 2012).

Son dönem böbrek yetmezliği etiolojisinde diabetes mellitus en sık rastlanan nedendir. Sıklığı geçen yıllarla benzer bulunmuştur. Etiyolojide yüksek oranda bulunan hipertansiyonun, primer mi yoksa tespit edilmemiş başka bir sonuca göre gelişen renal yetersizliğe bağlı sekonder hipertansiyon mu olduğu tartışılmalıdır (http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 15 Mart 2012).

Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) her yıl bir milyon kişiden 100-150' sinde KBY gelişmektedir. ABD' de kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalıklar sıklık sırasına göre; diyabetik nefropati, hipertansif nefroskleroz, glomerülonefrit, intersitisyel nefritler ve polikistik böbrek hastalığı şeklinde sıralanabilir (Pisoni R. and Remuzzi G. 2001).

Kronik böbrek hastalığı giderek artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi ve yüksek maliyeti nedeniyle

toplumsal yükü büyük olan bir hastalıktır. Günümüzde halk sağlığını ve sağlık bütçelerini tehdit eden bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, tansiyon yüksekliği, şeker hastalığı ve kronik böbrek hastalığı vs.) bulaşıcı hastalıkların yerini almıştır. İnfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin gelecek 10 yılda %3 kadar azalacağı tahmin edilmektedir. Buna karşın 30 yaşın üzerindeki bireylerdeki dünyadaki hastalık yükünün %72' sini oluşturan kronik hastalıkların, çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere %17 kadar artış göstereceği öngörülmektedir (<http://www.medikalakademi.com.tr/index.php/ailehekimligi/121-kronik-boebrek-hastal-tan-ve-tedavisi.>, Erişim Tarihi:12 Mayıs 2012).

Son dönem böbrek yetmezliğinin maliyetleri giderek artmaktadır. Dünyada 1,5 milyonun üzerinde diyaliz tedavisi (hemodiyaliz, periton diyalizi) gören veya böbrek transplantasyonu yapılmış insan yaşamaktadır. Bu sayının gelecek 10 yılda ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir. Gelecek 10 yılda diyaliz ve transplantasyonun dünyadaki toplam maliyetinin 1 trilyon USD' yi geçeceği sanılmaktadır. Bu ekonomik yük gelişmiş ülkelerde sağlık bütçesini zorlamaktadır. Daha düşük gelir düzeyi olan ülkelerde ise altından kalkılması mümkün olmayan bir ekonomik bütçe ortaya çıkacaktır. Ülkemizde ise 2005 yılında diyalize giren KBY hastaları için bütçeden yaklaşık 1 milyar USD harcandığı hesaplanmıştır. Gelişmiş ülkelerde renal replasman tedavisi (RRT) gören hastaların %80' inden fazlası yaşamakta iken gelişmekte olan ülkelerde bu yük büyük oranda karşılanamamaktadır. Örneğin Hindistan ve Pakistan gibi ülkelerde RRT ihtiyacı olan hastaların ancak %10' u bu tedavileri olabilmektedir. Birçok Afrika ülkesinde RRT' ne ulaşma olanağı yok ya da çok azdır, yani bu ülkelerde SDBY olan insanların çoğu ölmektedir. Ancak ülkemizde son döneme ulaşmış bütün hastalara diyaliz tedavisi sunulabilmektedir (<http://bizimsaglik.org/c/ho.asp?Pagenum=7&id=6259&yid=-1&..>, Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2012).

Böbrekleri kalıcı olarak bozan hastalıklar sonucu gelişen kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığı dünya genelinde ve ülkemizde büyük bir hızla adeta epidemi boyutlarında artmaktadır. Bu hastalıkların görülme sıklığı yıllık yüzde 12 civarındadır. Kronik böbrek yetmezliği sıklığındaki bu artış doğrudan doğruya gelişen toplumlarda ve ülkemizde

başıboş, kontrolsüz kalmış şeker hastalığı ve hipertansiyondaki artış ile ilgilidir. Şeker hastalığı artık dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde SDBY' nin en önemli nedenidir. Dünya çapında son dönem böbrek hastalığı için tedaviye başlayan insanların % 20-40' ında böbrek hastalığına neden olan tanı budur. Avustralya' da diyalize başlayan yeni tip 2 diyabet hastalarının sayısı 1993 ile 2007 arasında beş kat artmıştır. Son yıllarda ülkemizde diyalize girmekte olan hastaların % 32,5' ini şeker hastası, % 27' sini ise hipertansiyon hastası oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar her yedi kişiden birinin böbrek hastası olduğunu göstermektedir (www.bezmialemastanesi.com/downloads/Prof.Dr. Rumeysa_KAZANCIUGLU.pdf., Erişim Tarihi: 07 Nisan 2012)

Ülkemizde 2010 yılı sonu itibariyle kronik hemodiyaliz programında olan hastaların etyolojik nedenlere göre sıralamasında başlıcaları; Tip 1 - Tip 2 Diabetes Mellitus (%30,5), Hipertansiyon (%27,2), Glomerülonefrit (%7,2) dir (www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 09 Nisan 2012). Amerika Birleşik Devletleri' nde 1997 yılında 79.102 yeni hastaya son dönem böbrek yetmezliği tedavisi uygulanmıştır ve bu hastalarda hastalık nedenleri arasında, Diyabetik nefropati (%42), Hipertansiyon (%25), Glomerülonefrit (%9), Kistik böbrek hastalığı (%2), Diğer nedenler (%10) başlıcalarıdır.

Hemodiyaliz tedavisi ile hasta hızı; altta yatan hastalık, hasta yaşı, merkeze ve ülkeye göre değişkenlik göstermektedir. 1 yıllık yaşam hızı % 80-90, 5 yıllık yaşam hızı % 60-75 ve 8 yıllık yaşam hızı % 50-70 arasında değişmektedir. SDBY olan hastalarda yaşam süresi birçok kanserden daha düşüktür (Tanrıverdi MH ve ark. 2010). 2010 yılı registry verilerine göre ülkemizde hemodiyaliz hastalarında ölüm nedenleri; Kardiyovasküler (%53), Malignite (%12,6), Serebrovasküler askidan (%9,8), İnfeksiyon (%7,8), Karaciğer yetmezliği (%1,7), Gis kanama (%1,4), Akciğer embolisi (%1,3), Diyalize girmeyi reddetme (%0,6), Diğer (%11,9) olarak görülmekte, ABD' de ise Kardiyak arrest (nedeni belirsiz) (%20), Sepsis (%11), Akut miyokard infarktüsü (%9), Aritmi (%6), Serebrovasküler hastalık (%5), Diğer nedenler (%45) olarak görülmektedir (http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 08 Mart 2012).

4.3.2. Patagonez ve Fizyopatoloji

Süreç “ilerleyici nefron kaybı” sürecidir. Böbrekte hasar yapan orjinal hastalık ne olursa olsun, böbrek hasarı belli bir evreden sonra orjinal nedenden bağımsız olarak ilerler, yani hasarı başlatan neden ortadan kalksa bile yetmezlik süreci devam eder. Buna “ortak yol” (common pathway) teorisi denir (Remuzzi G., Bertoni T. 1998).

Nefron sayısındaki azalma, ilerleyici böbrek fonksiyon kaybını doğurmaktadır. Çeşitli araştırmacılar tarafından ilerleyici böbrek hasarı; glomerüler hiperfiltrasyon ve hipertansiyon, hipertrofi, hızlanmış lokal ateroskleroz, büyüme faktörleri, tuzlu yeme, henüz saptanmamış ancak varlığına inanılan renotropik maddeler ile açıklanmaya çalışılmıştır (Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2007).

4.3.3. KBY’ nin Klinik Özellikleri

Hastaların klinik semptomları; altta yatan patoloji, böbrek yetersizliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilgilidir. Kronik böbrek yetmezliğinde etkilenmeyen organ ve sistem yok kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dk.’nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk. olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dk. inince son dönem böbrek yetersizliğinden bahsedilir ve hastalar; diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (İsmail N., Becker BN. 1994; Zawada ET. 1994).

Üremik sendrom ciddi renal yetmezliğin belirtisidir. Üremik sendrom tüm sistemleri etkiler. Bunlar aşağıda özetlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kronik böbrek yetersizliğinin klinik bulguları

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
Sinir Sistemi	Stupor, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal Sistem	Hiçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit
Hematoloji-İmmünoloji	Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevapta azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Kardiyovasküler Sistem	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
Cilt	Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik-Endokrin Sistem	Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
Diğer	Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri

Kaynak: Tanrıverdi, M.H. ve ark., (2010), Konuralp Tıp Dergisi, Düzce, s.30.

4.3.4. KBY' de Tanı

Kronik böbrek yetmezliği, fonksiyonel böbrek kitlesinin kaybına bağlı glomerül filtrasyon hızının kalıcı olarak azaldığı ve biriken üremik toksinlerin (üre, kreatinin, ürik asit, potasyum, fosfat gibi) tüm sistemleri etkilediği klinik durumdur (Selamet U. 2005).

KBY' li hastaların büyük bir kısmında böbrek boyutları küçülmüştür ve biyopside primer nedene bağlı olmaksızın glomerüloskleroz görülür (Tanrıverdi MH ve ark. 2010).

Böbrek fonksiyon bozukluğunun “akut mu yoksa kronik mi” olduğu aydınlatılmalıdır. Üç aydan daha uzun süredir var olan böbrek fonksiyon bozukluğu ve noktüri, bilateral atrofik böbreklerin varlığı, seksüel disfonksiyon varlığı, uzun süredir ciltte kaşıntı olması, kemik hastalığı saptanması, PTH değerinde ciddi yükseklik (>500) olması ve geçmişte böbrek hasarına neden olabilecek sorunların var olması KBY lehine verilerdir. İstisna olarak böbreklerin normal boyutlarda kaldığı kronik böbrek yetmezliği durumları ise; polikistik böbrek hastalığı, hidronefroz, diyabetes mellitus, amiloidoz, infiltratif hastalıklar, multiple hastalıklar, multiple myeloma, lösemi ve lenfomadır (<http://www.docstoc.com/docs/106257481/KRONIK-B%EF%BF%BDBREK-YETMEZLIGI>., Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2012). Tanıda kullanılabilen laboratuvar çalışmaları arasında; idrar incelemesi ve gerekli ise kültür, kan sayımı ve periferik yayma, hematokrit, böbrek fonksiyon testleri (özellikle BUN, kreatinin ve endojen kreatinin klirens testi), serum kalsiyum, fosfor ve alkalin fosfataz değerler, kan pH ve kan gazları, radyolojik ve nükleer tıp görüntüleme yöntemleri (özellikle direkt karın grafisi, abdominal ultrasonografi, beyin tomografisi, nükleer görüntüleme yöntemleri) sayılabilir (Akoğlu E. 1997).

Kronik böbrek hastalığının tanı kriterleri American Journal of Kidney Diseases 2002' de şu şekilde özetlenmiştir; GFH' da azalma bulunsun ya da bulunmasın en az üç ay aşağıdaki kriterlerin yer aldığı, böbreğin yapısal ve fonksiyonel bozuklukları, patolojik bozukluklar veya kan ya da idrar kompozisyon bozuklukları veya görüntüleme yöntemleri ile saptanan bozukluklar. Böbrek hasarı bulunsun ya da bulunmasın GFH' nin en az üç ay süre ile $60 \text{ ml/dk./1,73m}^2$ den düşük seyretmesi (National Kidney Foundation. 2002).

4.3.5. İnsidans ve Prevelansı

Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 2010 yılı sonu itibariyle Türkiye’de Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek yetmezliği vakalarının nokta prevelansı milyon nüfus başına 853 olarak saptanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dahildir). 2010 yılında Türkiye’de RRT insidansı 264 olarak hesaplanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dahildir, yeni transplant yapılan vakalarda yalnızca preemtif olanlar hesaba dahil edilmemiştir) (http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 15 Mart 2012).

TND verilerine göre 2009 yılında toplam 59.443 hastanın RRT aldığı tespit edilmiştir. RRT alan hastaların sayısında artış eğilimi devam etmektedir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%78,5) olup bunu transplantasyon (%12,4) takip etmektedir. Periton diyalizi (%9,1) ise üçüncü sırada gelmektedir (http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf., Erişim Tarihi: 02 Şubat 2012).

4.3.6. Klinik Evrelendirme

Klinik açıdan KBY, asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından üremik sendroma kadar uzanan, değişken bir spektrum gösterir.. Aslında böbrek yetmezliğinin evreleri birbirinin içine girmiş olup kesin sınırlarla ayrılması mümkün değildir. Ancak fonksiyonel değişiklik derecesine göre evreleme klinik tedavi ve planlaması açısından faydalıdır (Battaloğlu B. 2007).

Kronik böbrek yetmezliği hastalığı üç ay veya daha uzun süreli böbrek hasarı veya glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma olması durumu olarak tanımlanmıştır. Bu değer en az üç ay süre ile $60 \text{ ml/dk./1,73 m}^2$ nin altında olması tanı kriteridir (Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. (2007).

Böbrek hastalığının göstergeleri; proteinüri, idrar sedimenti ve görüntüleme çalışmalarındaki anormalliklerdir. Serum kreatinin değerinden hesaplanan GFH, günümüzde böbrek fonksiyonunun en iyi ölçüm yöntemi olarak kabul edilir. Hastalık ilerledikçe GFH azalır.

Aşağıdaki tabloda kronik böbrek hastalığının evreleri yer almaktadır.

Tablo 7. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Evre	Tanım	GFR (ml/dak/1,73 m ²)	Girişim
1	Böbrek hasarı (Normal veya artmış GFH ile birlikte)	≥ 90	Teşhis ve tedavi, eşlik eden diğer durumların tedavisi, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma girişimleri, kardiyovasküler risklerin azaltılması
2	Hafif GFH azalması	60-89	İlerleme sürecinin değerlendirilmesi*
3	Orta düzeyde GFH azalması	30-59	Komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi*
4	Ağır GFH azalması	15-29	Diyaliz veya transplantasyon için hazırlık*
5	Böbrek yetmezliği	<15 (veya diyaliz ya da transplantasyon gereksinimi)	

*Önceki evrelerdeki girişimleri de kapsar

Kaynak: Johnson CA, Levey AS, Coresh J, et.al.: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: Part I. Definiton, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. American Family Physician, 70(5), 2004.

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerin yaklaşık %65'i evre 1' e uymaktadır (Ertürk Ş. 2002).

Nefronlarda kalıcı hasara yol açan herhangi bir durum kronik böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilir. Kronik böbrek yetmezliğinin erken evresinde sadece böbreğin fonksiyonel rezervinde azalma vardır yani GFH düşüklüğü dışında KBY' nin belirgin belirti ve bulguları yoktur. İkinci evresinde ise %75-%90 nefron kaybı vardır. Serum kreatinin ve BUN yükselir, böbreğin idrarı konsantre etme yeteneği kaybolur, anemi, poliüri ve noktüri gelişir. Üçüncü evre, fonksiyon gören nefron sayısı %10'un altına inince gerçekleşir. Kanda kreatinin ve BUN yükselir, elektrolit dengesizliği belirgin hale gelir. Hasta bu noktaya gelince genellikle diyaliz endikasyonu vardır. Diyaliz uygulaması ile üreminin bu semptomları geriye döndürülebilir (Biol L., Akdemir N. 2005; Değirmenci Saltürk G.A. 2006).

4.4. KBY' de Renal Replasman Tedavileri

KBY' nde bozulan böbrek fonksiyonlarını tedavi ile eski haline getirmek olanaksız olduğu için, tedavi ancak semptomatiktir. KBY tedavisinde ana prensipler şunlardır;

Böbreklerin fonksiyonel rezervinin doğru olarak saptanması, altta yatan hastalığın tedavisi, böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerin kontrolü, böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması, böbrek fonksiyonlarında azalmanın yol açtığı sorunların önlenmesi ve tedavisidir (Biol L., Akdemir N., Bedük T. 1997; Utaş C. 2005).

Kronik diyaliz tedavisine başlamak için kullanılan en objektif parametre, glomerüler filtrasyon değeridir. Kreatinin klirensi 0,1-0,5 ml/dk/kg düzeyine inince (70 kg bir hastada 7-11 ml/dk) kronik diyaliz tedavisine başlanmalıdır. Pratik olarak kreatinin klirensi 10 ml/dk altına inince veya serum kreatinin düzeyi 12 mg/dl' ye ve BUN (Blood Urea Nitrogen, kan üre azotu) 100 mg/dl' yi aşınca kronik diyaliz tedavisine başlanır.

Diyabetik hastalarda, kreatinin klirensi 10 ml/dk.' dan daha yüksek düzeylerde iken kronik diyaliz tedavisine başlamak gerekebilir; çünkü diyabetik hastalarda diyaliz tedavisine başlamadan kan basıncı yüksekliliğini kontrol altına almak mümkün olmayabilir.

İlerlemiş kronik böbrek hastalığının hangi noktasında renal replasman tedavisine (RRT) başlanması gerektiğine laboratuvar verilerinin yanısıra klinik belirti ve bulguların da

ışığında karar verilmelidir. Hangi RRT yönteminin seçilmesi gerektiği konusunda çok fazla belirsizlik bulunmakla birlikte, RRT, SDBY’de hayatın devamı için gereklidir (Ersoy F.F. 2005).

Burada böbreğin görevini üstlenecek renal replasman tedavi yöntemleri gereklidir. Bu yöntemler başlıca; hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek transplantasyonudur (Bergman JM. et al. 2008).

SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler.

4.5. Hemodiyaliz Tedavisi

Akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisinde kullanılan pratik, günümüz teknolojisi ile paralel olarak hızla gelişmekte ve yaygınlaşmakta olan RRT alternatifleri arasında en yaygın kullanılanıdır (Oymak O., Akpolat T. 2011).

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-elektrolit değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve elektrolit hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı ve elektrolit dengesizliği normal değere yaklaştırılır (Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2007).

Diyaliz kavramı ilk defa 1861 yılında Grahm tarafından ortaya atılmıştır. Deneysel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913’ te John Abel, Rowntree ve Turner tarafından nefrektomize köpekler üzerinde yapılmıştır. 1925’ te heparin antikoagülan olarak kullanılmıştır. 1927’ de H.F.Pierce selüloz membranı geliştirdi. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollanda’ lı bir hekim olan William John Kolff tarafından yapılmıştır. 1959 yılında Maxwell ve Grolman periton diyalizini bir metod olarak kullanmaya başlamışlardır (Akpolat T., Utaş C. 1997; Akpolat T., Utaş C. 2001). 1947’ de Dr.Alwill coil tipi diyalizörleri, 1960 yılında ilk plate diyalizörler geliştirildi. 1964 yılında Stewart tarafından geliştirilen hollow fiber diyalizörler halen en çok kullanılmakta olanıdır (Bayraktar K. Ve ark. 1991; Akpolat T., Utaş C. 1997; Hamzaçebi F.,1999).

1960 yılında Bronx’ da bir hastanede ilk çoklu damar giriş yolu sağlayacak teflondan bir şant (arteriyovenöz fistül) yapıldı. Bundan altı yıl sonra Washington’ da Arteriyovenöz Fistül (AVF) Cimino-Brescia tarafından geliştirilmiştir. Bugün halen bu fistül uygulaması kullanılmaktadır. Böylece hastalara haftada 3-4 saatlik hemodiyaliz tedavisi rutin uygulanmaya başlanmıştır (Akpolat T., Utaş C. 1997; Hamzaçebi F. 1999).

Türkiye’de nefroloji ve diyaliz tarihi 1960’ lı yıllara dayanmaktadır. 1961 yılı sonunda dünyada ilk kez hemodiyaliz uygulayan doktor olan Dr.Kolff tarafından gerçekleştirilen ve Kore’de denenilen hemodiyaliz cihazı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından ithal edilerek, 1962 yılı haziran ayında ilk kez uygulanmıştır. 1980’ li yıllara kadar münferit uygulamalar şeklinde giden diyaliz ve transplantasyon işlemleri merkez oluşturarak devam etmeye başlamıştır. Gerçek hızlanma 1990 yıllarına rastlamaktadır. Özellikle son yıllarda hemodiyaliz merkezlerinin sayısındaki artış dikkat çekici boyutlara ulaşmıştır (http://www.tsn.org.tr/folders/file/ulkemizde_hemodiyaliz_tarihcesi.pdf., Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2012).

4.5.1. Hemodiyaliz Endikasyonları

Kesin endikasyonları; üremik perikardit, üremik ensefalopati veya nöropati (konvülsiyon, oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, miyoklonüs), pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye cevapsız hipervolemi, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, üremik kanamalar, sık bulantı, kusma ve halsizlik, kreatinin düzeyi >12 mg/dl ve BUN>100 mg/dl, akut psikoz, malnütrisyon, hiperkalemidir ($k > 6,5 - 7$ mEq/l).

Rölatif endikasyonları; hafızada ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar, erken periferik nöropati, diüretiklere yanıtız periferik ödem, inatçı kaşıntı, serum, kalsiyum ve fosfor düzeyinin iyi kontrol edilememesi, eritropoietin tedavisine dirençli anemidir (Mallick NP. 1997).

Hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumu göz önünde bulundurularak kronik diyaliz tedavisi planlanır. Diyaliz tedavisi uygulanan hastalar içinde sürekli ayaktan

periton diyalizi (SAPD) tedavisi uygulanan hasta oranı ülkelere göre değişmektedir. Günümüzde daha yaygın olarak uygulanan kronik diyaliz yöntemi hemodiyaliz yöntemidir.

Günümüzde böbrek yetmezliğinde kullanılan ekstrakorporeal tedavi tipleri; Hemodiyaliz (HD), Konvansiyonel HD, Yüksek Verimlilikli HD, Yüksek Akımlı HD, Hemofiltrasyon (HF), Aralıklı HF, Sürekli Arteriovenöz HF, Sürekli Venövenöz HF, Hemodiyafiltrasyon (HDF), Aralıklı HDF, Sürekli Arteriovenöz HDF, Sürekli Venövenöz HDF, Hemoperfüzyon (Güven Apaydın S. 1997; Hamzaçebi F. 1999; Emir G. 2000).

4.5.2. Hemodiyaliz Kontrendikasyonları

Alzheimer hastalığı, multi infarkt demans, hepatorenal sendrom, hepatik ensefalopati ile birlikte ilerlemiş siroz, hastanın psikolojik durumu veya tedaviyi kabul etmemesi, ilerlemiş malignite (Akpolat T., Utaş C. 1997; Akoğlu E. 1997-Mayıs).

4.5.3. Hemodiyalizin Fizyolojik Prensipleri

Hemodiyaliz bazı fiziksel ve kimyasal prensiplerden faydalanılarak yarı geçirgen bir zar aracılığı ile solütler arasında karşılıklı madde transportunun sağlanmasıdır. Bu transport moleküllerin kinetik enerjileri sebebiyle çok yoğun ortamdan az yoğun ortama rastlantısal geçişleri olan difüzyon işlemi ile gerçekleşir. Difüzyonun hızını etkileyen faktörler; membranın her iki yanındaki konsantrasyon farkı, solütün molekül ağırlığı ve hızı ve membran direncidir. Hemodiyalizde difüzyonun etkinliğini artırmak için zıt akımlar prensibi uygulanır, yani hastanın kanı ile diyalizat akım ters yönlüdür. Transportun sağlanmasında bir diğer etken olan ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferi de eşlik ettiğinden (konveksiyon), ultrafiltrasyon solüt değişimine katkıda bulunur. Transmembran hidrostatik basınç, yüzey alanı, membran geçirgenliği, ultrafiltrasyonu etkileyen faktörlerdir (Biol L., Akdemir N., Bedük T. 1997; Akpolat T., Utaş C. 2001).

Hemodiyalizde kullanılan araç ve gereçler; hemodiyaliz seansı sırasında bu işlemi yerine getirmeye yarayacak bazı araç ve gereçlerin yapıları ve işlevlerinin bilinmesi

gerekir. Hemodiyaliz işleminin üç ana bileşeni vardır; Diyalizer (Filtre), Diyaliz solüsyonu, Hemodiyaliz makinesi ve setler / hatlar.

Diyalizdeki konsantre elektrolitler reverse osmosisten gelen arıtılmış su ile 1/34 oranında karıştırıldıktan sonra diyaliz membranının etrafındaki boşluktan geçerler ve hastanın kanında diyalizattaki sıvıya göre yüksek konsantrasyonda bulunan tüm elektrolitler diyaliz sıvısına geçer (Evrenkaya R. 1996; Akpolat T., Utaş C. 2001; Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2007).

Kan akımı 300 ml/dk.' da tutmak için yeterli olan geçici veya kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıdaki kapillere pompalanır. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. Membrandaki difüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradientine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına difüze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Diyalizörler hollow fiber (içi boş kopiller) veya paralel tabakalar yapısında olabilir. Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir. Günümüzde en çok hollow fiber diyalizörler kullanılmaktadır.

HD' de diyalizörlerin biouyumluluğu çok önemlidir. Yabancı bir madde olarak diyalizörlere hasta vücudu değişik reaksiyonlarla cevap verir. HD sırasında komplement gibi plazma proteinleri, lokosit ve trombosit gibi kan hücreleri ile diyaliz membranı reaksiyona girerek aktive olur. Bu aktive ürünler klinik ve subklinik olaylara yol açarlar. Ayrıca diyalizörden ayrılan etilen oksit gibi maddeler toksik etki yapabilirler (Akpolat T., Utaş C. 2001; Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2007).

Hemodiyaliz işlemi genellikle haftada 3 gün ortalama 4 saat olarak yapılır. Bazı merkezlerde bu süre haftada ortalama 24 saati bulabilmektedir. Bu işlem diyalizörlerin yıkanması ve doldurulması, vasküler giriş, diyalizi başlatma, gösterge ve uyarı sistemlerinin kurulması, hasta takibi, diyalizi sonlandırma ve diyaliz sonrası değerlendirme

aşamalarını kapsar. Vasküler giriş; geçici veya kalıcı perkütan venöz kateterler, AV fistül veya greft ile sağlanır (Evrenkaya R. 1996).

4.5.4. Hemodiyaliz için Damar Giriş Yolları

HD hastasının ve tedavisinin “aşıl topuğu” olarak tanımlanabilir. HD uygulaması için damar giriş yolu gereksinimi geçici veya kalıcı olabilir (Akpolat T., Utaş C. 1997).

Geçici damar yolu gereksinimi birkaç saatten (tek diyaliz) birkaç aya kadar (arterio-venöz fistülün olgunlaşması beklenirken diyaliz uygulanacaksa) sürebilir.

Geçici vasküler girişim yolu, sıklıkla büyük venlerden birine perkütan olarak kateter yerleştirilmesi ile sağlanır. Uzun süreli kronik HD uygulaması için cilt altı arteriyovenöz fistül veya arteriyovenöz greft oluşturulabilir veya internal juguler vene çift lümenli silikon kateter yerleştirilebilir. Kronik HD tedavisi uygulanacaksa en çok tercih edilen vasküler girişim yolu arteriyovenöz fistüldür (Hamzaçebi F., 1999; Özpoyraz N., Yalçın E., İnal M. 1996; Akpolat T., Utaş C. 2001). Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntemler; subklaviyen ven kateterizasyonu, juguler ven kateterizasyonu, femoral ven kateterizasyonudur.

Kalıcı vasküler giriş yolları başlıca iki tanedir; internal arteriyovenöz fistül (AVF), internal AV köprü greftleri (AVG).

Arterio-venöz fistül (AVF), bir arter ve bir komşu ven arasındaki subkuten anastomozdan oluşur. En güvenli ve en uzun süreli kalıcı damar giriş yoludur.

Diğer giriş yollarına üstünlüğü, mükemmel çalışabilirliği, oluşturulmasına ilişkin morbiditenin düşük olması ve düşük komplikasyon oranlarıdır. Dezavantajları ise; olgunlaşması için uzun zaman gerekmesi (bazı vakalarda ortalama 2-3 hafta beklemek gerekir). Bazı vakalarda diyalize yeterli olacak kadar kan akımının sağlanamamasıdır. Arteriyel hastalığı (örn; diyabet veya ciddi ateroskleroza bağlı) olan bazı hastalarda, belirgin obezitesi olanlarda, venleri ince veya derin olan hastalarda, yaşlı hastalarda ve daha önceden yapılmış çok sayıda ven ponksiyonu nedeniyle venleri hasar görmüş olan

hastalarda yeterli bir AV fistülün oluşturulması mümkün olmayabilir. Yeterli bir AVF oluşturulmadığında, AV bağlantı sentetik materyalden elde edilmiş bir tüp greft kullanılarak yapılabilir (Özpoyraz N., Yalçın E., İnal M. 1996; Besarab A., Raja RM. 2003).

Arteriyovenöz Fistül Komplikasyonları; stenoz / tromboz, anevrizma, hemoraji, infeksiyon, sinir yaralanmaları, karpal tünel sendromu, elde ödem, venöz hipertansiyon, venöz dönüş artışı nedeniyle kardiyak yetmezlik, resirkülasyon (Biol L., 1998; Besarab A., Raja RM. 2003; Değirmenci Saltürk G.A. 2006).

4.5.5. Hemodiyalizin Avantajları ve Dezavantajları

Hemodiyalizin avantajları; hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenmesi, diğer zamanlarda serbest olması, artık maddeler vücuttan hızla ve başarıyla uzaklaştırılması, diyaliz ortamının hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlaması, metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az sorun olması, hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması, malnütrisyon ile daha az karşılaşılması, uzman hekim ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından uygulanması, karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmasıdır. Hemodiyalizin dezavantajları ise; 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 hissedilmesi, tedavi sırasında fistül iğneleri kullanılması, çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlamalar olması, fistül için küçük bir cerrahi operasyon gerekmesi, heparinizasyon gereksinimi, fazla araç gereksinimi, anemiye neden olan artmış kan kaybı, özel yetişmiş personel gereksinimidir (Zawata ET. 2003).

4.5.6. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyaliz günümüzde güvenli bir prosedür olmakla beraber birçok komplikasyon ortaya çıkabilir. Bunlar akut ve kronik olabilir (Biol L., Akdemir N., Bedük T. 1997).

Akut Komplikasyonlar; hipotansiyon, kas krampları, bulantı, kusmalar, baş ağrıları, göğüs ve sırt ağrıları, ateş ve titreme (stafilokoka bağlı), antikoagülasyona bağlı HD' de sık görülen genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlardır.

Disequilibrium sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponatı, intrakranial kanamalar, konvülziyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest, HD' de daha az görülen fakat ciddi ve hayati tehlike oluşturabilen komplikasyonlardır (Akpolat T., Utaş C. 1997; Koşar A., Biricik S.S. 2006).

Kronik Komplikasyonlar; ateroskleroza hızlandırır, seksüel disfonksiyon, infertilite, depresyon, alüminyum nörotoksisitesi, üremik periferik nöropati, Wernicke Sendromu, santral pontin miyelinozis, fistül komplikasyonları, üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozları, anemi, kanama, diatezi, lökopeni ve enfeksiyona eğilim, karpal tünel sendromu, renal osteodistrofi (üremik kemik hastalığı), hipertansiyon, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, perikardit, diyaliz amiloidinden biriken madde beta-2 mikroglobulindir, artropatiye neden olur, psikososyal sorunlar, gis kanaması, konstipasyon, asit, karaciğer hastalıkları (Akpolat T., Utaş C. 2001; Birol L., Akdemir N. 2005).

Sık Görülen Komplikasyonlar; hipotansiyon (diyalizlerin %20-30' unda), kramplar (%15-20), bulantı ve kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (%2-5), sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5), titreme ve ateş (<%1) (Bregman H., Daugirdas JT., Ing TS. 2003).

Diyaliz hastalarında en sık ölüm sebebi, infeksiyonlar ve kardiyovasküler hastalıklardır. (Çetinkalp Ş. 2005).

KBY olan hastaların hipertansiyon prevalansı yüksektir, KBY evresinde bu oran %60 ve SDBY' nde önemli bir şekilde %90 kadardır (Badaran A., Nasri H. 2006).

4.5.7. Hemodiyalizde Diyaliz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

“Hastanın üremik semptomlarının giderilmesinin yanında, hastanın kendini tümüyle iyi hissetmesinin sağlanması ve morbidite ile mortalite oranlarının azalması” olarak

tanımlanan diyaliz yeterliliği kavramı ilk kez 1983 yılında The National Cooperative Dialysis Study (NCDS) çalışmasıyla ortaya konmuş, Üre Kinetik Model (ÜKM) hayata geçirilmiştir (TNDT Dergisi. 2002).

Lawrie ve ark. tarafından yayınlanan çalışmada yüksek TAC üre (time-averaged concentration of urea) ve kısa süreli hemodiyaliz grubuna dahil olan hastalarda morbidite (bu çalışmaya göre hastaneye yatış) ve mortaliteleri yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada hastanın üre düzeyini belli bir düzeyde tutabilmek için diyaliz yeterliliğinin doz olarak kantifiye edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışmada diyaliz yeterliliği göstergesi olarak kullanılan üre klirensi kavramı diyaliz yeterliliği parametrelerinin de esasını oluşturur.

Gotch ve Sargent 1985' te yayınladıkları çalışmalarında NCDS çalışmasına dayanarak diyaliz dozunu üre klirensini esas alan dinamik bir modele göre tanımlamışlardır (Moreno F., et al. 1996). Bu retrospektif analizin sonucu olarak Kt/V oranı ortaya çıkmıştır ve halen en çok bilinen üre kinetik modelidir (ÜKM). Kt/V fraksiyonel üre klirensini temsil eden boyutsuz bir orandır. K; diyalizörün üre klirensini (ml/dk veya L/saat), t; diyaliz tedavi süresini (dk veya saat), V; üre dağılım hacmini (ml veya L) belirler. Kt/V 1.0 olduğunda diyaliz tedavisi sırasında temizlenen toplam hacmi üre dağılım hacmine eşit demektir.

Daugirdas 1993 yılında yayınlanan makalesinde Kt/V'nin logaritmik bir formülle hesaplanabileceğini göstermiştir. $Kt/V = \ln(R - 0.008 \times t) + (4 - 3.5 \times R) \times UF / W$

Bu formül halen diyaliz dozu hesaplanması için NKF-DOQI (National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative) tarafından önerilen formüldür. Üre azalma oranı (ÜRR) ise ÜKM için kullanılan başka bir diyaliz yeterliliği parametresidir ve daha basit bir formülle hesaplanabilir. $URR (\%) = 100 \times (1 - BUN_{sonra} / BUN_{önce})$

URR tek bir hemodiyaliz tedavisi boyunca kan üre azotu (BUN)'nun azalma yüzdesidir. NKF-DOQI'nın en son 2001 önerilerine göre optimal hemodiyaliz için Kt/V en

az 1.3; URR en az 0.70 olmalıdır. Diyaliz dozunun artırılmasının hastaların morbidite ve mortalitelerini anlamlı olarak azalttığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Fellner SK., et al. 1993; Vanketeson J. 1999).

Diyaliz hastalarının morbidite ve mortalitesini etkileyen başka faktörler de vardır; hastaların nütrisyon durumları, ko-morbidite varlığı, anemi derecesi, sosyo-ekonomik durum, kompliyansı ve hemodiyaliz için kullanılan membran tipi bunlardan bazılarıdır. Hemodiyaliz yeterliliğinde etkili faktörlerden diğerleri ise; seans sayısı, seans süresi, diyalizör KoA'sı, diyalizör membranı, kan akımı, uf hızı, diyalizat, antikoagülasyon antihipertansif tedavi, kuru ağırlık, kan alma tekniğidir.

4.6. Periton Diyalizi

Periton diyalizi hastaların periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla diyaliz işleminin gerçekleştirildiği bir yöntemdir. Periton yüzeyi 22.0000 cm³ genişliğindedir ve yarı geçirgen zar görevini görür (Smeltzer SC., Bare BG. 1996; Birol L., Akdemir N. 2005).

PD, HD ve böbrek nakli ile birlikte RRT seçenekleri arasında yer alan, ülkemizde SDBY tedavisi gören hastaların yaklaşık %11' inin tercih ettiği ve Türkiye' de son yıllarda giderek yaygınlaşan bir tedavi şeklidir (Arık N., Dilek M. 2008). Periton diyalizi, yeni doğan veya küçük çocuklarda, damar yolu erişim sorunu olan hemodiyaliz hastalarında, diyabetik hastalarda, transplantasyon bekleyenlerde, antikoagülasyonun riskli olduğu diyaliz hastalarında ve bir merkezde düzenli hemodiyaliz görmesi yaşam koşulları açısından güç olan hastalarda tercih edilir (Selamet U. 2005).

Türkiye' de TND' nin Registry verilerine göre; 2009 yıl sonu itibariyle periton diyalizi hasta sayısı 5418'dir. Bu sayıya çocuk hastalar da dahildir. Geçen yıla göre periton diyalizi hasta sayısında azalma dikkat çekmektedir. Diyaliz süresi 6-10 yıl olan PD hastalarının oranı (%20,7), diyaliz süresi 0-5 yıl olan HD hastalarının oranından (%76,0)

daha azdır (http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf., Erişim Tarihi: 14 Nisan 2012).

4.6.1. Periton Diyalizinin Avantajları ve Dezavantajları

Periton diyalizinin avantajları; kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik, dolayısıyla seyahat etmek isteyen hastalarda rahatlık sağlanması, hasta, PD hemşiresi tarafından eğitim verildikten sonra tedavisini kendi başına yapabilmesi, hastaneye bağımlılığının azalması, gıda ve sıvı alımının serbest olması, eğitiminin basit ve kısa süreli olması, kardiyovasküler problemi olanlarda daha iyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması, sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması, hemodiyalizde olduğu gibi kan kayıplarının görülmemesi vb. dezavantajları ise; SAPD' de günde 4-5 kez değişim yapmak gerekmesi, artmış enfeksiyon riski (özellikle peritonit), potansiyel protein kaybı ve malnütrisyon oluşması, hastanın karnında sürekli bir kateter kalmasına bağlı psikolojik problemler, CCPD' de hastanın gece boyunca makinaya bağlı kalması, periton geçirgenliğinin zaman içinde azalması, hiperglisemi, ultrafiltrasyon yetersizliği vb.dir (Utaş C., Akpolat T. 2001).

4.6.2. Periton Diyalizinin Komplikasyonları

Peritonit (en sık komplikasyon), kateter blokajı, hiperglisemi, hipertrigliseridemi, obezite, ateroskleroz gelişiminde artış, diyabetiklerde kan şekeri regülasyonunun zorlaşması, protein ve aminoasit depleksyonu, bazal ateletazi, plevral efüzyon, herni, ileus, konstipasyon (Koşar A., Biricik S.S. 2006).

ABD' de 1990' ların ortalarında yürütölen çalışmaların uzun dönemli sonuçları periton diyalizinin hemodiyalizden daha yüksek mortaliteye sahip olduğu şeklindeydi. Bu sonuçlarla ilişkili bir başka gözlem ise periton diyalizi dozu arttırılarak üre uzaklaştırılmasında daha etkin olunduğunda hasta sürvisinin artmasıydı. Daha yakın zamanda yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları ise periton diyalizi ile tedaviye başlanan ve periton diyalizinin yetersiz kaldığı anda hemodiyaliz tedavisine döñölen hastaların mortalitelerinin en iyi olduğu yönündedir (Fenton S.S.A., et al. 1997).

4.7. Renal Transplantasyon

SDBY' ndeki hastaların tedavisi için canlı ve sağlam kişilerden veya kadavradan alınan bir böbreğin üremik hastaya nakline böbrek transplantasyonu denir (Akpolat T., ve ark. 2007).

Transplantasyon son dönem böbrek yetmezliğinin seçkin tedavisidir. Transplantasyon ile diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarının bazıları değil tamamı yerine getirilir ve yaşam kalitesi artar.

Türk Nefroloji Derneği (TND) registry raporlarına göre; 2010 yılında yapılan BTx sayısı toplam 1164 olarak bildirilmiştir. Sağlık bakanlığı verisine göre ise toplam 2545 nakil yapılmıştır. Aradaki farkın sonuçlarını bildirmeyen bazı merkezlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadavra donörü oranı %24.0'dır. 2010 yılında yapılan BTx sayısı olması gerekenin altındadır. En önemli potansiyel kaynak olan kadavra vericilerde istenilen artışın olmaması düşündürücüdür. Etkinlik-maliyet açısından en uygun tedavi olan böbrek transplantasyonunun arttırılması için üniversite, bakanlık ve toplum ilişkilerinin geliştirilmesi ve etkin bir organizasyon kurulması hastalarımızın sağlığı ve ülke ekonomisi açısından çok önemlidir. Kadavra vericilerinin yakınlarına devlet tarafından çeşitli avantajlar sağlanmalıdır (http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 23 Nisan 2012).

Renal Transplantasyonun Endikasyonları; hipertansif kronik böbrek yetmezliği (en sık neden >%75), diabetes mellitusa bağlı kronik böbrek yetmezliği, glomerulonefrite bağlı kronik böbrek yetmezliği (Koşar A., Biricik S.S. 2006).

4.7.1. Renal Transplantasyonun Avantajları ve Dezavantajları

Renal transplantasyonun avantajları; sağlıklı bir insan gibi tam özgürlüğünün olması, diyet kısıtlamalarının hemen hemen hiç olmaması, daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesidir. Dezavantajları ise; istendiği zaman vericinin bulunamaması, büyük ve önemli bir ameliyat geçirilmesi, böbreğin vücut tarafından reddedilme riskinin olması,

ömür boyu kullanılması gereken ilaçların olması ve bu ilaçların ciddi yan etkilerinin olması, maliyetinin yüksek olması ve özel bir ekip gerektirmesidir (Erol N. 2010).

4.7.2. Renal Transplantasyonun Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları

Renal transplantasyonun kontrendikasyonları; reversibl böbrek tutulumu, AIDS olanlar, destekleyici tedavi ile yaşamın sürdürülmesi, donör dokusuna sensitizasyon, aktif glomerulonefrit, aktif injeksiyon, kalıcı pıhtılaşma hastalığı olanlar, damar sistemi hastalığı olanlar, ileri yaş, psikiyatrik problemlerdir. Renal transplantasyonun komplikasyonları; anastomoz yerinde kanama, arteryal ve venöz trombozlar, periferik lenf birikimi, üretral obstrüksiyon, üreter nekrozu, idrar ekstravazasyonu, fistüller, rejeksiyondur (Koşar A., Biricik SS. 2006).

4.8. Hemşirelik Bakımı

Hemodiyaliz sırasında hasta bakımı şunları içermektedir; hemodiyaliz öncesi hazırlık, hemodiyalizi başlatma, hemodiyaliz sırasında hastanın takip edilmesi, hemodiyalizin sonlandırılması, hemodiyaliz sonrası gözlem.

Günümüzde toplumun her kesiminde kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve sosyal sağlık gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını planlayan, örgütleyen, bu planı uygulamaya koyan ve sistematik bir biçimde değerlendiren bir süreç ve bir sağlık disiplini olarak tanımlanan hemşirelik; hemodiyaliz, yoğun bakım gibi özel birimlerde, birime özgü uzmanlık alanını kapsayan çağdaş bir rolü de içermektedir. Bu çağdaş rolü gereği hemşire, yukarıda sözü edilen süreç kapsamını geliştirerek hemodiyaliz birimine özgü bilgi ve becerileri ile hasta ve ailesinin sağlık sorunlarını önleme, var olanları çözümlenme ve hafifletmeye yardımcı olur (İnan İ. 1988).

Hemşireler; hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Bir hemodiyaliz ünitesi düşünüldüğünde, hasta ile içiçe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir (Eşit Üstün M., Karadeniz G. 2006).

Hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir dengeleyicisidir (Algier L. Ve ark. 2005). Birincil görevi bireyin bakımına, bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek olan ve bireyleri bütüncül olarak ele alan hemşireler, hastalığa bağlı ortaya çıkabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde ve bu sorunlara yapılabilecek girişimlerde etkin rol oynayabilecek sağlık personeli konumundadır (Değirmenci Saltürk AG. 2006).

Bu nedenle hemodiyaliz başarısında, hemodiyaliz tekniğinin yeri her ne kadar birincil faktör olarak belirlense de hemodiyalize bağımlı hastaların var olan ve gelişebilecek sorunları çözümlenecek, hastanın hastalığı ile yaşama uyumunu sağlayacak hemşirelik bakımının önemi ve yeri de yadsınmaz (İnan İ. 1988).

4.8.1. Hemodiyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Önemi

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, diyaliz programındaki hastaların yaşam süresini uzatmış, yaşam kalitesini arttırmıştır (Akpolat T. 2002); ancak teknolojiye gelişmelerin hasta bakımına yansıtılması multidisipliner ekip yaklaşımı ile mümkündür. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşire, hemodiyalizdeki hastanın bakımından, eğitiminden, sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmesinden ve rehabilitasyonundan sorumlu olan profesyonel sağlık elemanıdır (Woodcock S. 1997; Yürügen B. 2001). Bu nedenle hemodiyaliz programına alınmasına karar verilmiş olan hastaların hazırlığında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Özellikle hemşirenin kendine güveni ve donanımı hasta tarafından fark edilerek, hastanın tedaviyi kabul etmesini kolaylaştıracaktır (Erek E. ve ark. 1997).

Hastanın diyalize bağımlı olarak yaşamak zorunda olması, hastayı ve bakımına aktif katılan ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkiler. Hastalar; fiziksel güçte azalma, işini kaybetme olasılığı, aile düzeninde bozulma, özgürlüğünü kaybetme, sıvı

alımını ve beslenmedeki kısıtlamalara bağılı stres, cinsel işlev kayıpları, ölüm korkusu, sosyal izolasyonu sağıık kuruluşuna ulaşım sorunu, otonomi kaybı gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. 2007). Bu nedenle diyaliz hemşireleri biyopsikososyal yönden hastaları değerlendirme ve riskleri saptayabilmede kilit bir role sahiptirler. Etkin baş etmenin tedavinin başarısı ve hastalığa uyumda önemli rolü olduğu bilgisi ışığında, hastaların yaşadıkları stresörlerin belirlenmesi, bunlara karşı kullanılan baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi, etkin baş etme yöntemlerinin desteklenmesi, etkin olmayanların etkin olanlarla değiştirilmesi ve gerekirse konsültan liyezon psikiyatrisi hemşirelerinden destek alınması gibi süreçlerin yönetiminde diyaliz hemşirelerine büyük görevler düşmektedir (Tunmore R., 1990; Özkan S., 1993; Özpoyraz N. Ve ark. 1996).

Hemodiyaliz işleminde hasta hazırlığındaki temel amaç, hastayı işlem hakkında bilgilendirmek, işlem süresince kullanılabilir bir damar yolu sağlamak, hastayı olası komplikasyonlardan korumak ve komplikasyon geliştiğinde uygun girişimleri yapmaktır (Gelmez M. 2002). Hasta hazırlığında stresörler ve yanıtlarının araştırıldığı bir çalışmada, KBY'li hastalara eğitim ve destek verilmesinin hasta uyumunu arttırdığı belirlenmiştir (Harwood L. et al. 2005).

4.8.2. Hastanın İşlem Hakkında Bilgilendirilmesi

Hemodiyaliz tedavisine erken başlamak, üremiye bağılı ortaya çıkabilecek tehlikeli komplikasyonları engeller (Hegglin J. et al. 1995). Bu nedenle hastaya; işlemin gerekliliği, amacı, diyaliz programı, beslenme prensipleri, fistül bakımı, alacağı ilaçlar ve diyaliz sırasında karşılaşılabileceği sorunlarla ilgili bilgi verilmesi gerekir (Brunier G., 1996; Şahin N. 1998; Jungers P. et al. 2001).

Hemşire eğitim yaparken; karalı, sabırlı, istekli olmalı, hastanın algılama ve kültürel durumunu değerlendirmeli, hasta motive edilmeli, eğitim planı hastaya göre değiştirilmelidir (Öztarhan S. ve ark. 1995; Yılmaz M. 2002).

İşlemin amacı: Hastaya hemodiyaliz işlemi sırasında vücudundaki toksik maddelerin birçoğunun bu işlem ile yok edileceği, ayrıca ultrafiltrasyonla vücudundaki fazla sıvının alınabileceği açıklanır .

Diyaliz programı: Hastanın rezidüel renal fonksiyonlarına göre haftada iki veya üç kez, her bir seans en az dört-altı saat olmak üzere hastaya program verilir.

Diyet: Hemodiyaliz hastalarında uygulanması en zor olan durumdur. KBY, hem yeme alışkanlıklarını ve tercihlerini etkilemekte hem de özellikle sıvı, protein ve potasyum alımı konusunda hastaya kısıtlamalar getirmektedir. Diyete uyumsuzluk çoğu zaman sıvı-elektrolit dengesini bozarak, malnütrisyon gelişme riskini ve mortaliteyi arttırmaktadır (Dobell E. et al., 1993; Ataman R., 1995). Özellikle diyalizin başlangıç döneminde bazı hastalarda bulantı-kusma gibi semptomlar nedeniyle beslenme problemleri ortaya çıkabilir. Hastanın diyeti; laboratuvar sonuçlarına ve diyet programına uyumuna göre ayarlanır. Bu nedenle hastaların protein, karbonhidrat, lipit, kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum ve su alımı ile ilgili detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekir (Ataman R. 1995; Paydaş S.).

Aşılama: KBY olan hastalar birçok nedenle Hepatit B virüsü açısından risk altındadır. Hemodiyaliz hastalarına, immün sistem baskılandığı için, Hepatit B aşısı çift doz yapılır. Çift doz yapılmasına rağmen hastaların ancak %33-92'sinde koruyuculuk sağlanabilmektedir. Hepatit B aşısı 0-1-2 ve 3 veya 6. aylarda yapılmalı (Beleed K. Et al., 2002), rapeli ise 12 veya 18. aylarda uygulanmalıdır. Anti HBs titresini 10 U/litrenin altına inince rapel hepatit B aşısı yapılmalıdır (Akpolat T., Utaş C. 2001).

Damar Yolu: Hemodiyaliz esnasında dakikada en az 250-300 ml. kan akımını sağlamak gerekir. Bunun için ilk seçenek AV fistül, ikinci seçenek ise greft ve santral ven kateterleridir (Ferrari G. Et al. 2003). Hastaya fistül ya da greft olan kolun nasıl korunacağı konusunda eğitim verilir. Bu eğitim şunları içermelidir; AV fistüllü veya greftli kolu ile ağır taşımaması, sıkı giysi giymemesi, fistülün bulunduğu koldan kan basıncı ölçtürmemesi, kan aldirmaması, intravenöz tedavi uygulatmaması, AV fistüllü veya greftli

ekstremitelerine zarar vermemesi, travmalardan korunması, enfeksiyon belirtilerinin varlığında hemodiyaliz hemşiresi ve hekimine haber vermesi, iki diyaliz seansı arasında sıvı alımına dikkat etmesi, özellikle hipotansiyon sonrası fistül thrill sesini dinlemesi, nabız palpe etmesi, palpe edemiyorsa kulak ile dinlemesi ve thrill yokluğunda hemodiyaliz hemşiresi ve hekimine haber vermesi önerilir (Gelmez M. 2002).

Hastaların diyalize uyum sağlamaları diyaliz ünitesinin yönetim tarzı ile çok yakından ilişkilidir. Örneğin tedavi ekibine psikolojik destek sağlanan ünitelerden hastaların daha iyi uyum yaptıkları gösterilmiştir. İdeal bir diyaliz ünitesinde kadrolu eleman olarak hekim (nefrolog), hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog ve teknisyen bulunması gerekir.

Hemodiyalize alınacak olan hastanın hazırlığında diyaliz ekibi ortaya çıkabilecek fiziksel, ruhsal ve sosyal problemler açısından hastaları ve bakıma katılan aile ve bireylerini bilgilendirecek eğitim programları geliştirmelidir. Aile ve tedavi ekibi, hasta bireyin yaşadığı sorunlarla baş etmesinde en önemli destek kaynaklarıdır (Yılmaz M. 2002).

Hasta ile yakın iletişimde bulunan, hastanın ihtiyaçlarını anında görebilen ve müdahale edebilecek olan hemşireye önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesi için hastalık hakkında bilgi sahibi olması, kronik hastalığı olanların tepkilerinin neler olabileceğini bilmesi ve hastaların gereksinimleri doğrultusunda bakım vermesi gerekir (Yılmaz M., 2002). Hemşire bakım verirken; hastaya rutin yaklaşım biçiminden kaçınmalı, beklenmedik durumlar ile karşılaşıldığında doktor ve hemşireye bilgi verme alışkanlığı kazandırmalı, baş etme yöntemlerini ailelere öğretip, uygulamaları için fırsat ve destek sağlamalı, bunun için hasta ve ailesinin tutumları, inançları, davranışları ve başa çıkma stratejileri belirlenmeli, yeniden güven, cesaret verme, farkına varma, yardım edici iletişim teknikleri kullanma yoluyla hasta ve ailesine gereksinim duydukları duygusal desteği sağlamalıdır (Fadıloğlu Ç., Akyol AD., Kaya B., 1995; Yılmaz M. 2002).

4.9. Hizmet Kalitesi

Kalite bugün yaşıntımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup, her zaman her yerde ve her konuda talep edilen bir değer haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması da zordur (Hogston R. 1995).

Kalite, üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu ve beklentilerini karşılama derecesi olarak bilinmektedir. Kısacası kalite “kullanıma uygunluk” olarak tanımlanabilir (Ovayolu N., Bahar A. 2006). Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)’ nün tanımına göre kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır. Kalite kavramı Feigenbaum, Crosby, Deming gibi uzmanların çalışmalarında yeniden yapılandırılarak sağlık bakımına taşınmıştır. Ulusal Kalite Derneği kaliteyi, hasta bakım sürecinde mümkün olabilecek en iyi bilgi ve kayıtlara geçirilmiş mükemmel bir ürün olarak ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise, hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin bir özeti olarak tanımlamaktadır (Ovayolu N., Bahar A. 2006; Bayık A. 2004).

Bireylerin hastalığa ve hastaneye uyumunu artırma ve sağlık düzeyini yükseltmeye çalışmak sağlık hizmetlerinde kaliteyi ön plana çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının eksiksiz karşılanması olarak tanımlanabilir. Kaliteli sağlık bakımı, hastaların bakım süreci ile ilgili kararların alınmasında ve bakım hizmetinin sunulmasında aktif rol almalarını hedeflemektedir (Aksakal T., Bilgili N. 2008).

Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm bireyler ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilir. İç müşteri; sağlık kurumlarında çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi

bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır (Özer A., Çakıl E. 2007).

Hastalara yani dış müşterilere sunduğumuz hizmetin kalitesi iç müşterilerimize sunduğumuz hizmetle doğru orantılıdır. Bir zincirin halkaları gibi birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verdiğimiz hizmetin kalitesinde aksamalar olur (Özer A., Çakıl E. 2007).

İyi kalitede bir hizmette ölçülebilir dört temel öğe, aşağıdaki biçimde belirtilmektedir;

- Ulaşılabilir optimal süreç ve hizmet kalitesi,
- Kaynakların verimli kullanılması,
- Hizmetten kaynaklanabilecek problemlerin en aza indirgenmesi,
- Müşteri ve personel memnuniyeti,

Hizmetin üretilmesi ve sunulması sürecinde kaliteyi etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Hizmet kalitesi değerlendirilirken, hizmeti verenle hizmeti alan arasındaki ilişkiyi yani insan faktörünü ve teknik faktörleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin ölçümünü, diğer meslek alanlarında kullanılan yöntemlerden farklı değildir. Ölçüm yapabilmek için, hemşirelerin çalıştıkları ünitelere özgü, belli standartların oluşturulması ve bu standartlara ulaşma durumunun belirlenmesi en bilinen yöntemdir (Albayrak N. 1999).

Kaliteli sağlık hizmeti, mümkün olan en kısa sürede sağlığı iyileştirmek, korunma, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, kabul edilebilir bilimsel ilkeleri, uygun modern teknolojiyi, uygun profesyonel kaynakları kullanmak, hizmetin sürekliliği ve değerlendirmek için belgelemek ve kayıt tutmak ile sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinde hayati önem taşıyan tüm alanlarda hataları azaltmak ve ortadan kaldırmak amacıyla kalite güvenliği programları oluşturulmuştur. Kalite güvenliği, kaliteli hizmet sunumudur (Okumuş H. 2003). Kalite güvenliği, standartların geliştirilmesiyle başlar ve ona

dayandırılır. Hemşirelik mesleği, geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hemşirelik hizmetlerinin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve bunun sonunda ulaşılanları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hastanın gereksindiği hemşirelik bakımının belirli gelişmişlik düzeyine ulaştırılmasını güvence altına alır (Uyer G. 1993).

Gelişmiş ülkelerde bakımda temel oluşturan hemşirelik sürecinin, ülkemizde sadece bir eğitim aracı olarak görülmesi kuşkusuz kaliteli bakımı etkileyen bir faktördür. Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için önce Türkiye’de ve dünyada hemşirelikte beklenen kalite standardını, sağlık sisteminde ve hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan güçlükleri iyi değerlendirmek gerekir (Ünal A. 1998).

Bu bağlamda Ulusal Kalite Forumu (NQF) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) bazı kalite ölçütleri (quality indicators) belirlemiştir. Bu ölçütler şunlardır; basınç ülserleri, düşmeler, özel ünitelerdeki hastalarda üriner kateter, pnömani ve akut Miyokart infarktüsü olan hastalar için sigara içmeyi durdurma, nazokomiyal enfeksiyonlar, ihmallerin önlenmesi, ağrının yönetimi, psikososyal etkileşim, hasta memnuniyeti, tutarlı iletişim, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi, hergün her hasta için hemşirelik bakım saatleri (Ovayolu N., Bahar A. 2006).

Standartların oluşturulmasında toplumun beklentisinin ne olduğunun bilinmesi önem taşır. Ürünü ve hizmetin kalitesini belirleyen hastadır. Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergesi hasta memnuniyetidir (Ovayolu N., Bahar A. 2006).

4.10. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi

Bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde başlıca iki yaklaşım izlenmektedir. Bunlardan birincisi, bakımın standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirme ve kontrol yöntemidir. Kalite garantisi için diğer yaklaşım ise, hasta memnuniyeti izlenmesi yöntemidir.

Risser, hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi üç boyutlu olarak tanımlamıştır;

Teknik ve Profesyonel Davranışlar: Hemşirelik işlevlerini yeterli düzeyde yapabilmesi için hemşirenin sahip olması gereken bilgi ve teknik aktivitelerdir.

Güvenilir İlişki: Hemşirenin, olumlu bir hasta hemşire ilişkisi ve iletişim kurmaya izin verecek yapıcı özellikte olmasıdır.

Eğitimsel İlişki: Hemşirenin hastaları bilgilendirme yeteneğinin olması, sorulara doyurucu yanıtlar verebilmesi, bakımı açıklaması, teknikleri gösterebilmesidir (Yılmaz MÇ. 2001).

4.10.1 Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, özellikle son 15 yıldır sağlık kurumunun etkinliğinin en önemli göstergesi olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hemşirelik alanında değerlendirilmiş olup, son on yıldır özellikle ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak önem kazanmıştır.

Uluslararası Sağlık Kurumlarının Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission International, JCI) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)' ne göre hasta memnuniyeti hasta çıktılarının anahtar göstergesi gibi görünmektedir (Arslan Ç., Kelleci M. 2011).

Donabedian, hasta memnuniyetini “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakım kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise ilk kez 1975 yılında Risser tarafından “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte alışmış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır. Greeneich' te Risser' in tanımına benzer şekilde hasta memnuniyetini “hastanın beklentileri ve aldığı bakımın uyumu” olarak tanımlamıştır.

Greeneich ve ark. tarafından geliştirilen hemşireliğe özel hasta memnuniyeti modeli, pek çok araştırma üzerine temellenmiştir. Bu model; hemşire, hasta ve kurum olmak üzere üç farklı alanı kapsamaktadır.

Hemşire alanı; hemşirelerin var olan kişilik özellikleri, verilen hemşirelik bakımının özellikleri ve hemşirelik becerisinden oluşmaktadır. Hasta alanı; hasta beklentilerini içermektedir. Kurum alanı; hemşirelik bakımının yer aldığı ortamdır. Bu alan fiziksel ve organizasyonel ortamı içermektedir; ışık, gürültü, yiyecek hizmetleri ve hasta bakımına katkıda bulunan diğer hizmetler fiziksel çevre örnekleridir. Organizasyonel çevre ise, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesini içine almaktadır (Yılmaz MÇ. 2001).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti birtakım faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar iç şekilde gruplandırılabilir;

Hastaya ilişkin faktörler; Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi,

Hizmet verenlere ilişkin özellikler; Sağlık personelinin kişilik özelliği, gösterdiği nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimi, özellikle hasta – hemşire ilişkisi,

Çevresel ya da kurumsal faktörler; Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, temizlik, beslenme hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir (Yılmaz MÇ. 2001; Özer A., Çakıl E. 2007).

Ülkemizde hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalar çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla giderek artmaktadır. Öncelikle üniversite hastanelerinin ilgilendiği bu kalite geliştirme çalışmaları devlet hastanelerinde de giderek yaygınlaşmaktadır. Akın ve Erdoğan hasta memnuniyetini ölçmede kullanılan bir başka ölçek ile, yatan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada genel olarak hastaların hemşirelik bakımından memnun oldukları, özellikle bayan ve / veya yaşlı olan hastaların daha memnun oldukları bulunmuştur (Arslan Ç., Kelleci M. 2011).

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında hemşirenin rolü, bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde memnuniyeti maksimum düzeye çıkarmaktır. Hasta memnuniyetinin sağlanmasıyla hastalığa uyumun ve yaşam kalitesinin arttığı, mortalite ve morbidite oranının azaldığı bildirilmektedir (Pehlivan

S. ve ark. 2007). Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma hem de hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Arslan Ç., Kelleci M. 2011).

4.10.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet arasındaki fark olarak tanımlanır. Hasta memnuniyeti; sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar. Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir. Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar. Doktorlarından memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre daha yüksek oranda doktor isteklerine uyduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir. Aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşmaktadır (Özer A., Çakıl E. 2007). Ayrıca hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kalitesinin belirlenmesinde geri bildirim sağlamaktadır (Pehlivan S. ve ark. 2007).

4.11. Stres Kavramı

Stres çevresindeki bir değişim tarafından başlatılan, bireyin dinamik denge durumu için bir tehdit, mücadele ya da zarar verici olarak algılanan bir durumdur. Bu durumu yaratan değişim ya da uyarıcı ise stresör olarak tanımlanmaktadır.

Psikolojik anlamda stres, kişiye özgü ve biricik olan bireysel bütünlüğü zorlayan, bozan etkidir (Baltaş ZA. 1999).

Hans Selye, stresi; bedeninin yapısına bakılmaksızın herhangi bir talebe spesifik olmayan yanıt olarak tanımlar. Bu yanıt Genel Adaptasyon Sendromu olarak adlandırılan bir seri fizyolojik reaksiyonları içerir, aynı zamanda stres bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsuz bir davranım olup bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansımaları sonucu ortaya çıkar (Erbinç S. ve ark. 2002).

Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres, aslında günlük hayatın bir parçasıdır. Stres, pek çok farklı ortamda ve sosyokültürel etkilerle bireylerin yaşantılarında yer almaktadır. Genel bir bakış ile strese neden olan etkenler altı farklı grupta belirtilebilmektedir. Fiziksel etkenler: Kişinin içinde ve dışında olan etkenler. Psikolojik etkenler: Kişilik yapıları ve düşünce tarzları. Toplumsal etkenler: Kişiler arası çatışmalar, maddi durumlar, zaman yönetimi. Ruhsal etkenler: Değerlerin kaybı, yaşam amacının olmaması, anlamlı bir ilişki içerisinde olmamak. İşle ilgili etkenler: İş arkadaşları ile ilişkiler, çatışmalar, ücretlendirme, rol karmaşası vb. Durumsal etkenler: Kişinin dışarıdan destek almaması, yetersiz eğitim almış olmak, meslektaşları ile duygu paylaşımı yaşayamama.

KBY ve diyaliz tedavisi de bireylerde iş kaybı, ekonomik sorunlar, diyet ve sıvı sınırlaması, beden imajında değişim, rol kayıpları ve değişimleri, cinsel işlevlerde değişim, bağımlılık gibi çok nedenli stres kaynakları oluşturmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının yaşamında yol açtığı zorunlu yaşam değişimleri stresör olarak algılanmakta, stresle etkili baş edilmezse kriz ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları olarak, psikoterapi, telkin, açıklama, psikososyal desteklerin artırılması, hastanın beden imajı özgüvenini desteklemeye yönelik faaliyetler yapılması planlanabilir (Küçük L. 2006).

Diyaliz hastalarında yaşanan stresler dramatik yaşam değişikliklerine neden olduğu için etkili baş etme gücü gerektirmektedir. Bu baş etme davranışları hastalık ile başlar ve tedavi ile devam eder (Karabulutlu E. ve ark. 2004). Baş etme psikolojik bütünlüğü tehdit

edici olarak algılanan stres ve gerginlik ile ilgili bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanılan çeşitli stratejilerdir. Kronik hastalığı olan hastaların çoğunluğu kendi sosyal destek ağlarını kullanmakta ve stres yaratan olaylar ile karşı karşıya geldiklerinde tipik başa çıkma stratejileri kullanmaktadır (Argon G. 2002). Başa çıkma stratejileri, probleme yönelik ve duygulara yönelik başa çıkma stratejileri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

Baş etme yönteminin seçiminde bireyin olaya ilişkin değerlendirmesi önemlidir. Eğer bir olay değiştirilebilir olarak değerlendiriliyorsa, problem odaklı baş etme, değiştirmeye uygun olmadığı ancak tolere edilmesi gerektiği düşünülüyorsa, duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır (Stone AA., Neale JM. 1984). Yapılan çalışmalarda diyaliz hastalarının hem problem odaklı hem de duygusal odaklı baş etme stratejilerini kullandıkları belirtilmiştir (Karabulutlu E. ve ark. 2004).

Bir hastanın hastalığa reaksiyonu hastanın premorbid kişiliği, aile ve arkadaş desteği ve altta yatan hastalığın seyrine bağlıdır. Sosyal destek stresin oluşturduğu negatif etkilere karşı koruma, sağlığı yükseltme, iyileşmeyi hızlandırma ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (Karabulutlu E. ve ark. 2004).

Yapılan bazı çalışmalarda sosyal desteği yüksek olan hastaların daha çok problem odaklı baş etme yöntemlerini, sosyal desteği düşük olan hastaların ise daha çok duygusal odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir (Daigle MC., Stewart M. 1997).

Sağlık bakımının amaçlarından birisi de hastaların sorunlar ile baş etme gücünü artırmaktır.

4.12. Hemodiyalize Bağlı Stres Yaratan Faktörler

Hemodiyaliz tedavisi hasta yaşamında değişiklik yaratan, yeni ve farklı bir deneyimdir. Bu durum hem hasta hem de ailesini yakından etkiler ve yaşamla ilgili yeni düzenlemeler gerektirir. Aile içi rol kaybı, iş kaybı ve vücut fonksiyonlarındaki kayıplar hasta için büyük psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Böbrek yetmezliğine

bağlı gelişen anemi, eklem ağrıları, kaşıntı, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu gibi komplikasyonlar hastanın sosyal yaşamdan uzaklaşmasına neden olur. Hemodiyaliz hastası kronik hastalıklara ve onun neden olduğu stresörlerle yaşamak ve bunlara uyum sağlamak zorundadır (Çınar S. 2009).

Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastalar birçok zorunlu değişim yaşamakta, bu değişimler fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal olarak pek çok soruna neden olmaktadır. Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemi, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı bulurlar ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı gibi streslere maruz kalırlar (Akpolat T., Utaş C. 1997). Başlıca stres kaynakları; haftada 3 gün, ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinasına, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi, diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması, üremiye bağlı cilt, kemik, gastrointestinal sistem, sinir sistemi sorunları, sıvı elektrolit dengesizlikleri, fistül açılması sonucu hastaların beden imajının etkilenmesi, anemiye bağlı güçsüzlük, hareketlerde azalma, fiziksel durumda sık döngülü değişimlerin olması, uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması, diyalizde geçirilen zaman, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın azalması, hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi, sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü, hastalarda cinsel işlev kayıpları, hemodiyaliz tedavisi esnasında meydana gelen komplikasyonlardır (bulantı, kusma, hipotansiyon, kramp, kaşıntı vb.) ve aynı zamanda hastanın tedaviye uyumunu güçleştiren nedenler arasında yer alırlar.

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşam sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Diğer birçok hastalıkta ara tatil dönemleri vardır.

Hemodiyaliz hastaları bağımlılık ve bağımsızlık çatışmasının yanı sıra pek çok stresörle karşı karşıya bulunmaktadır. Wright ve arkadaşları hastalarda hemodiyalizin yarattığı stresi üç gruba ayırmışlardır; gerçek ve tehdit edici kayıplar vardır. Birçok organ

komplifikasyonları ve yetersizlikleri nedeniyle vücut fonksiyonlarındaki kayıpların yanı sıra işin kaybedilmesi ya da verimliliğin kaybedilmesi söz konusudur. İkinci grup stres, yara ve yara tehditleri sonucu ortaya çıkar. Üçüncü grup stresler, içgüdüsel dürtülerin engellenmesiyle ilgilidir. Diyet sınırlaması, yemek yememe ile ilgili zevklerin kaybına yol açar (Hiçdurmaz D. 2005; Küçük M. 2008)

Bütün bu stresörlerin yol açtığı duygusal tepkilerle baş edebilmek için bazı ruhsal sorunlarını yok saymak, kabullenmemek gibi bazı savunma mekanizmalarını yoğun olarak kullanırlar (Ocak Z. 2002).

Abraham, hemodiyaliz hastalarının tedavisini kabullenmede en önemli sorun bağımlılık – bağımsızlık çatışması olduğunu ve hastaların diyaliz sürecine uyumunu dört aşamada incelemiştir:

1.Dönem (Üremik Dönem): Hastaların hemodiyaliz tedavisine başladıkları üremik evredir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplifikasyonları içindedirler. Yaşamın tehdit edici olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik, ruhsal çöküntü içindedirler.

2.Dönem (Fizyolojik Dengeye Geçiş): Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği dönemdir. Bu döneme “balayı dönemi” de denmektedir. Birkaç ay sürer.

3.Dönem (Yaşama Dönüş): Sekiz dokuz hemodiyaliz uygulamasından sonra başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların ortaya çıktığı dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir. Hasta bağımlılığının farkına varır. Makineden kurtulma isteği, üzüntü, yardımsızlık, çaresizlik, ümitsizlik duygularının hakim olduğu ve hemodiyaliz ekibi ile sorunların belirginleştiği dönemdir (depresyon dönemi) (Karakoç A. 2001).

4.Dönem (Normale Dönüş): Günlük yaşama dönüş ve tedavi programına alışmıştır. Ölümden kurtuluşun gerçekleştiği, ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir (Ocak Z. 2002). Hasta makineye alışmıştır. Hastalığın; tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullenme sağlanmıştır, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir.

Sürekli olarak haftada üç kez diyalize girdikleri ve ilaçların yanında sıkı bir diyet uygulamak zorunda olduklarından dolayı birçok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün değildir. Bu bağımlılık makineye olduğu kadar, tedavi ve bakım ekibi için de söz konusudur (Küçük L. 2005).

4.12.1 Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunların Yarattığı Stresörler

KBY sürecinin aile ve evlilik yaşamında yarattığı stres: Hasta ve eşlerin diyaliz tedavisine psikososyal uyumlarını inceleyen bir çalışmada hem hastalar hem de eşler arasında psikososyal sıkıntı ve psikososyal uyum problemlerinin yüksek olduğu, hasta ve eşlerin hastalığa bir bütün olarak tepki verdikleri bulunmuştur (Argon G. 2002). Bu durum KBY' nin sadece bireyin hastalığı olmaktan çıkıp ailenin de hastalığı haline geldiğini düşündürmektedir. KBY hasta ve eşlerinin psikolojik iyiliği ve evlilik ilişkisi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada, hastalığın yaşam tarzında neden olduğu değişimler arttıkça evlilikte üstlenilen rollere ilişkin stres ve psikolojik iyilik arasındaki ilişkinin özellikle diyaliz gruplarında arttığı gösterilmiştir (Chowanec GD., Binik YM. 1989).

Diyalize bağlı kayıpların yarattığı stres: Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmekte birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Hastada KBY'nin bazı belirtileri devam eder (özellikle bulantı, kusma, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Buna diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler eklenir. Tüm bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur (Karakoç A. 2001; Cimilli C. 2003).

Ekonomik kayıpların yarattığı stres: Ekonomik güvence kayıpları da KBY'nde sık görülmektedir. Ailede bir kişinin diyaliz programına girmesi çoğu kez bir ekonomik yıkım oluşturmaktadır (Cimilli C. 2003). Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir (Karakoç A. 2001; Cimilli C. 2003). Diyaliz başlı başına bir mesai oluşturduğundan hasta bireyden çalışması beklenmemelidir. Hasta erkekse bazen karısı çalışmaya başlamakta,

hasta kadınsa kocası diyaliz nedeni ile işini aksatmaktadır (Karakoç A. 2001; Cimilli C. 2003). Bu da ekonomik kayıpları arttırmaktadır.

Hemodiyalizde cinsel sorunların yarattığı stres: Kadınlarda menstrüasyon kesilmesi, kadınlık fonksiyonlarının azaldığı inancını geliştirmekte ve muhtemelen bu da libido azalmasına neden olmaktadır (Rettig RA., Lehr KM. 1994). Kadın hastalarda cinsel ilişki sıklığında ve orgazmada azalma saptanmıştır. Erkeklerde ortaya çıkan empotans organik nedenlerin dışında önemli bir nedeni de hem idrar yapma hem de seks organı olarak kullandığı penisin işlevlerinden birini yitirmiş olmasının, hastada sanki diğer işlevin de bozulması gerektiği düşüncesine yol açmasıdır (Procci WR. et al. 1983).

4.12.2. Hemodiyalize Bağlı Psikiyatrik Sorunların Yarattığı Stresörler

Hemodiyaliz tedavisine bağlı psikiyatrik sorunlar ve yarattığı stres: Tüm bu kayıplar diyaliz hastalarında kendilerine özgü bir takım uyum bozukluklarına neden olmaktadır. Bu bozukluklar kişiden kişiye önemli ölçüde değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır (Petrie K. 1989; Cimilli C. 2003).

Depresyon, diyaliz hastalarında görülen en büyük psikolojik sorunlardan biridir. Depresyon, genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanıtıdır (Terakye G. 1998). Diyaliz hastalarında görülen depresyonun en önemli nedeni; sürekli hemodiyaliz makinesine ve tıbbi ekibe bağlı kalmak ve sosyal rollerin değişmesi olarak sayılabilir (Baltaş A., Baltaş Z. 1993). KBY kanserle birlikte depresyon ve intiharın en fazla görüldüğü hastalıkların başında gelmektedir (Hiçdurmaz D. 2005). Abram ve ark. yaptıkları bir çalışmada ölümlerle sonuçlanan intihar girişimlerine, hemodiyaliz programına devam etmeme ve bilinçli olarak tedavi kurallarına uymama sonucu oluşan ölümler de eklendiğinde, intihar sıklığının normal popülasyonun yaklaşık 400 katı olduğunu saptayarak, hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %5'inin intihar davranışı gösterdiğini ileri sürmüşlerdir.

KBY' nde giderek zorlaşan fiziksel yeti kaybı, karmaşık tıbbi diyet (sodyum, potasyum, protein ve sıvının azaldığı bir diyet söz konusudur. Bu pratik olarak, birçok sebze ve meyvenin yenmemesi, çok az miktarda et yiyebilmek ve serbestçe sıvı alamamak

demektir), ilaç kullanımı, zaman, ekonomik sorunlar, cinsel fonksiyon ve kontrol kaybı depresif semptomların artmasına zemin hazırlar. Yapılan araştırmalarda, 5.000'den fazla hemodiyaliz hastasını içeren kohort çalışmalarında, depresyon prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Ayrıca deprese hastalarda, mortalite ve hospitalizasyonun riski, nondepres hastalara göre %23 oranında daha fazladır. Çünkü fiziksel durum kötüleştikçe, bireyin immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücü etkilenerak hastalık seyri etkilenmektedir (Henrich William L. 2004; uhadar D., Sertbaş G. 2004).

Tüm kronik fiziksel hastalıklar gibi KBY ve hemodiyaliz hastalarında da psikiyatrik bir diğer sorun anksiyetedir. zatay' ın hemodiyaliz hastalarındaki anksiyeteye ilişkin çalışmalarında ise hastalığın günlük yaşantıyı, evlilik ilişkisini ve aile bireyleriyle ilişkiyi olumsuz etkilediği, anksiyetenin gelir düzeyi düşük olanlarda, üç aydan kısa süredir diyalize girenlerde daha yüksek olduğu, ayrıca diyaliz öncesi anksiyetenin diyaliz sonrası anksiyeteden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Karakoç A. 2001).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada; ICD-10 tanı ltlerine göre hastaların %22,9'unda en az bir ruhsal bozukluk olup, en sık konulan tanı depresyon (%17,1) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%8,7)'dur. Depresyon tanısı konulan hastalarda en sık görülen belirtiler uyku bozukluğu, halsizlik, cinsel istek azalması, çökkün duygulanımdır. Böbrek reddi olanlarda depresyon olasılığı artmakta, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluğu olanlarda yeti yitimi oranları ve düzeyleri yükselmektedir (Ertan Y., Sağduyu A. 1998).

Diyaliz hastalarında söz edilen yeti yitiminden dolayı meydana gelen psikolojik, psikiyatrik sorunlar; uyum ve davranış bozukluğu, organik beyin sendromu, anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve cinsel sorunlardır.

4.12.3. Hemodiyalize Bağlı Fiziksel Sorunların Yarattığı Stresörler

Hemodiyaliz tedavisinin fiziksel komplikasyonları; hipotansiyon, kramplar, baş, sırt ve göğüs ağrısı, kanama, hava embolisi, elektrolit dengesizlikleri, aritmiler, üremik kemik hastalığı, perikardit, alüminyum intoksikasyonu, plevral effüzyon, vasküler yol

enfeksiyonları ve tromboz, diyaliz demansı, hepatit B, hepatit C ve anemidir (Erek E. ve ark. 1997).

4.13. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Stresörlerle Etkin Baş Etmenin Sağlanması Hemşiresinin Rolü

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşadıkları stresle daha etkin baş etmeleri, tedaviye ve hastalığa uyumlarını arttırmakta, biyopsikososyal sorunları önlemektedir (Özkan S. 1993). Hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez 4-6 saat süreyle diyaliz makinasına bağlı olmaları nedeniyle hastalarla sık ve yoğun temas içinde olan sağlık personeli diyaliz hemşireleridir. Hemşireler hastalara 24 saat kesintisiz hizmet vermeleri nedeniyle sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hastalarla ilgili verileri doğrudan, kolay ve etkin biçimde toplayabilmek açısından daha avantajlı bir konumdadırlar. Eğitimlerle bu konuda farkındalık kazanan hemşireler ise bu alandaki avantajlarının farkına vararak bütüncül bakım hedefleri doğrultusunda hastaya ilişkin verilerin toplanması, değerlendirilmesi, bakımının planlanması ve uygulanmasında daha etkin sonuçlar elde edebilirler. Böylece hemşireler bakımı sürekli değerlendirmeleri sayesinde yapılan girişimler etkili olmadığından bunu görür ve daha etkin ve psikososyal sorunları psikiyatrik hastalıklara dönüşmeden çözümlenebilir; hastanın tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve bakımdan memnuniyet durumu artar; ancak literatürde, çalışılan kurumlarda hemşirelerden beklentilerin daha çok fiziksel bakıma odaklanması nedeniyle hemşirelerin daha çok rutin fiziksel işlemlere yöneldikleri, bedensel hastalık ile birlikte psikososyal ve psikiyatrik sorunları olan hastalara yaklaşımda güçlük çektikleri, böyle hastalara yaklaşıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ifade edilmektedir (Kelleci M. 1998; Öz F. 1999; Akdemir N., Birol L. 2003). Bu nedenle hemşirelere düzenlenecek hizmet içi eğitim programlarında bütüncül yaklaşım, stresle baş etme, kendini tanıma ve iletişim becerileri, empatik dinleme ve anlama gibi konuların ele alınması ve bu konularda uygulamalar yapılması ile hemşirelerin kendilerine ve bakım verdikleri bireylere ilişkin farkındalıkları geliştirilebilir, bu konularla ilgili bilgi eksiklikleri giderilebilir ve duyarlılık kazandırılabilir. Böylece hemşirelerin diyaliz hastalarına bakım verirken hastaların gösterdikleri ve davranışlara

dayalı ipuçlarını değerlendirip psikososyal sorunları saptama ve ele alma konularında daha yeterli ve etkili hissedebilirler. Böylece verilen hemşirelik bakımının kalitesi artırılarak hasta memnuniyetinin en üst düzeye ulaşması sağlanmış olur.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, diyaliz uygulanan hastalarda algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde 2011-2012 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri ise Aralık 2011- Şubat 2012 tarihlerinde toplandı.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; araştırma tarihleri arasında, FMC Özel Şişli Diyaliz Merkezi' nde HD tedavisi gören 140 KBY hastası oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında araştırma kriterine uyan ve araştırmayı katılmayı kabul eden (N:102) KBY hastası oluşturdu.

Örnekleme seçim kriterleri; KBY tanısı almış olmak, 18 yaş ve üzeri olmak, HD tedavi programında olmak, türkçe iletişim kurabilmek, bilinci açık koopere olmak olarak belirlendi.

Araştırmanın Soruları

- Diyaliz hastalarında algılanan stresörler nelerdir?
- Diyaliz hastalarının verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri nedir?
- KBY hastalarında hemodiyaliz süresince görülen semptomlar nelerdir?

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma özel bir diyaliz merkezinde HD tedavisi uygulanan hastalarla sınırlıdır. Hastalar kollarını diyaliz işlemi için kullanamaz durumda olabildikleri ve bu konuda tüm hastalara aynı yaklaşımın uygulanması için veriler görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bu durum hastaların sorulara özgür biçimde cevap verme olasılığını azaltmış olabilir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada bireyleri tanıtıcı Hasta Tanılama Formu, Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği olmak üzere üç form kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu (Ek 1): Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirildi. Hazırlanan Hasta Tanılama Formunda, kişisel özellikleri içeren (9 soru) ve hastalığa özgü özellikleri içeren (14 soru) tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Kişisel özellikler; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, bakımlarıyla ilgilenen/yardımcı olan birinin olup olmama durumu, gelir durumu. Hastalığa özgü özellikler; tanısı, hastalığın evresi, diyaliz başlangıç tarihi, haftalık hemodiyaliz sayısı, hemodiyaliz uzunluğu, hemodiyaliz tedavi süresi, hemodiyalizle ilgili eğitim alma durumu, ailede başka diyaliz hastası olup olmama durumu, başka kronik hastalığı bulunup bulunmaması, vasküler girişim yolu, sigara ve alkol kullanıp kullanmama durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, diyalize bağlı komplikasyonlarla karşılaşma durumuna yönelik sorular bulunmaktadır.

Hemodiyaliz Stres Ölçeği (Ek 2): Baldree ve arkadaşlarının (1982) Hemodialysis Stressor Scale orijinal adıyla geliştirildiği ölçek, Kara (2004) tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır . Hemodiyaliz Stres Ölçeği' nde hemodiyaliz hastalarının tedavi ile ilişkili algıladıkları, fizyolojik (6 madde) ve psikososyal stresörler (23 madde) sıralanmaktadır. Lok (2006) Fizyolojik stresörler sırasıyla; kaşıntı, yorgunluk, kas krampları, uyku bozuklukları, eklem sertleşmesi, bulantı ve kusmadır. Hemodiyaliz Stres Ölçeği beşli likert tipinde ölçek olup “ Her zaman” 5, “Çoğu zaman” 4, “Bazen” 3, “Nadiren” 2, “Hiçbir zaman” 1 puan olarak kodlanır. Fizyolojik Hemodiyaliz Stresör alt boyut puanı 6 ile 30

puan arasında, psikososyal Hemodiyaliz Stresör alt boyutu puanı 23 ile 115 arasında değişmektedir. Hemodiyaliz Stresör Ölçeği toplam puanı 29 ile 145 arasındadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi algılanan stres düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir (Kara B, İşcan B. 2005).

Her bir alt boyutu oluşturan maddeler ve bu maddelerin değerlendirilmesi:

- 1) Faktör 1: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 22. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,925' dir.
- 2) Faktör 2: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 12, 20, 21. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,880' dir.
- 3) Faktör 3: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 17, 18, 28, 29. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,747' dir.
- 4) Faktör 4: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 9, 24, 27. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,561' dir.
- 5) Faktör 5: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 2, 25, 26. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,609' dur.
- 6) Faktör 6: Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 1, 5. maddelerdir. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,417' dir.

Çalışmamız sonucu elde edilen ölçek toplam Cronbach α değeri 0,913'tür.

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Ek 3): Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet ölçeği (NHBMÖ) hastanın hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçer. Thomas ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Akın S., Erdoğan S.(2007) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır 19 soru ve her soru için 5 cevap seçeneği bulunur.

Çalışmamız sonucu elde edilen ölçeğin Cronbach α değeri 0,988'dir.

Verilerin Toplanması

Kurumdan yazılı izin alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastalarla görüşmeler yapılarak araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir. Sorulara uygun cevap verebilecek bilişsel seviyeye sahip ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan sözel ve yazılı onay alındıktan sonra veri toplama formları görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama formlarının etkin doldurulabilmesi için hemodiyaliz hastalarına formlar diyaliz işlemi başladıktan yarım saat sonra ve işlemin bitişinden önceki bir saat arasında uygulanmıştır. Veri toplama formlarının hastalara uygulaması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Verilen Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde hemodiyaliz hastalarının tanıtıcı özellikleri bağımsız, Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanları ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanları ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik yazılım programında değerlendirildi. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorou Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değerleri 0,05' ten küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişkin Mann – Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişkin için Kruskal – Wallis H testi, ilişki analizleri için ise Spearman' s korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmada etik ilkelere bağlı çalışıldı. Kurumdan yazılı izin alındı. Gönüllülük ve gizlilik ilkeleri doğrultusunda kurumun ismi verilmedi ve katılımcıların isimleri istenmedi. Katılımcılar onam formu ile yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildikten sonra kendi istekleri ile katılımları sağlandı.

6. BULGULAR

Bulgular beş ana ayrı başlık altında değerlendirildi.

- 1) Kişisel özelliklere göre değerlendirilmesi.
- 2) Hastalık ve tedavi özelliklerine göre değerlendirilmesi.
- 3) Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ) puanlarının değerlendirilmesi.
- 4) Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.
- 5) Semptom puanlarının değerlendirilmesi.

BÖLÜM-1: HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8. Kişisel Özelliklere Göre Dağılım (N=102)

Kişisel Özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	41	40,2
	Erkek	61	59,8
	Toplam	102	100
Medeni Durum	Evli	78	76,5
	Bekar	10	9,8
	Dul/boşanmış	13	12,7
	Toplam	101	99,0
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	4	3,9
	Okur-yazar	25	24,5
	İlkokul	45	44,1
	Ortaokul	11	10,8
	Lise	14	13,7
	Üniversite	2	2,0
	Toplam	101	99,0
Meslek	İşçi	32	31,4
	Memur	8	7,8
	Serbest meslek	13	12,7
	Ev hanımı	40	39,2
	Diğer	8	7,8
		Toplam	101
Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	6,9
	Çalışmıyor	42	41,2
	Emekli	52	51,0
	Toplam	101	99,0
Aile Tipi	Çekirdek aile	72	70,6
	Geniş aile	24	23,5
	Parçalanmış aile	4	3,9
	Toplam	100	98,0
Bakımıyla İlgilenen Kişi Varlığı	Hayır	26	25,5
	Evet	73	71,6
	Toplam	99	97,1
Bakımıyla İlgilenen Kişi	Çocuğu	23	22,5
	Eşi	43	42,2
	Ebeveyn	6	5,9
	Bakıcı	1	1,0
	Toplam	73	71,6
Gelir Durumu	Gelir gidere göre yüksek	4	3,9
	Gelir ve gider eşit	63	61,8
	Gelir gidere göre az	35	34,3
	Toplam	102	100

Tablo 8’de kişisel özelliklerden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, bakımıyla ilgilenen kişi ve kim olduğuna dair frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %40,2’si (n=41) kadın, 59,8’i (n=61) ise erkektir. Medeni durumlarına bakıldığında, hastaların %76,5’i (n=78) evli, %9,8’i (n=10) bekar ve %12,7’si (n=13) boşanmış durumdadır. Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise yaklaşık %45 ‘lik (n=45) kısmın ilkokul mezunu olduğu, bunun yanında hastaların %24,5’inin (n=25) okuryazar olduğu görülmektedir. Ortaokul ve lise mezunlarının oranları ise birbirlerine yakın olup yaklaşık olarak %11 olarak görülmektedir.

Tablo 9. Ölçümsel Kişisel Özelliklere İlişkin Verilerin Dağılımı (N=102)

Kişisel Özellik	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Yaş	55,18	11,964	24	82

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 55,18 dir. En küçük hasta 24 yaşında, en yaşlısı ise 82 yaşındadır.

BÖLÜM-2: HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİNE GÖRE BULGULAR

Tablo 10. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Özelliklere Göre Dağılım (N=102)

Kişisel Özellikler	Kategori	n	%
Tanı	KBY	96	94,1
	Yüksek tansiyon	1	1,0
	Böbrek yetmezliği	2	2,0
	Kronik amiledoyz	1	1,0
	Nefrit	1	1,0
	Toplam	101	99,0
Hastalığın Evresi	KBY	98	96,1
		98	96,1
Haftalık Hemodiyaliz Sayısı	1 kez	1	1,0
	3 kez	94	92,2
	Toplam	95	93,1
Hemodiyaliz Uzunluğu	4 saat	98	96,1
	4 saat üzeri	4	3,9
	Toplam	102	100
Hemodiyaliz İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Hayır	69	67,6
	Evet	32	31,4
	Toplam	101	99,0
Ailede Başka Hemodiyaliz Hasta Varlığı	Hayır	93	91,2
	Evet	8	7,8
	Toplam	101	99,0
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Hayır	61	59,8
	Evet	40	39,2
	Toplam	101	99,0
Vasküler Girişim Yolu	Arteriyovenöz Fistül	94	92,2
	Arteriyovenöz Greft	1	1,0
	Vasküler Kateterizasyon	7	6,9
	Toplam	102	100
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	94	92,2
	Evet	8	7,8
	Toplam	102	100
Alkol Kullanma Durumu	Hayır	101	99,0
	Evet	1	1,0
	Toplam	102	100
Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumu	Hayır	5	4,9
	Evet	87	85,3
	Toplam	92	90,2

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarını tanı aşamasında incelendiğinde; %94,1'i (n=96) yani yaklaşık her 10 hastadan 9' unun KBY olduğu görülmektedir. %96,1'i (n=98) hastalığın son evresindedir. Hastaların %92,2'si (n=94) haftada 3 kez hemodiyalize girmektedirler. Girmiş oldukları hemodiyaliz süresi ise %96'1'i 4 saattir.

Hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında; hastaların %67,6'sı (n=69) hemodiyaliz ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında hastaların %31,4'ü (n=32) ise hemodiyaliz ile ilgili eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Aile için başka hemodiyaliz hastalık durumuna bakıldığında; hastaların %91,2'si (n=93) hemodiyaliz hastalığının ailede başka birinde olmadığını söylemişlerdir.

Başka bir kronik hastalık durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %59,8'inde (n=61) yani yaklaşık her 10 hastadan 6'sında başka bir kronik hastalık olmadığı görülmektedir. Vasküler girişim yolu hastalar arasında değerlendirildiğinde; %92,2'si (n=94) Arteriyovenöz Fistül olduğu görülmüştür.

Sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde; hastaların %92,2'si (n=94) sigara kullanmadığını, %7,8'i ise sigara kullandığını söylemişlerdir. Aynı şekilde alkol kullanım durumunda da araştırmaya katılan hastaların neredeyse hiçbiri alkol kullanmadıklarını söylemişlerdir. Hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumu değerlendirildiğinde; hastaların %85,3'ü (n=87) hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşmadıklarını, %4,9'u ise karşılaşmadıklarını söylemişlerdir.

BÖLÜM-3: NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE BULGULAR

Tablo 11. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=102)

	Madde Toplam Puan Korelasyonu	
	r_s	P
Madde 1	0,875	0,000
Madde 2	0,893	0,000
Madde 3	0,823	0,000
Madde 4	0,849	0,000
Madde 5	0,834	0,000
Madde 6	0,866	0,000
Madde 7	0,886	0,000
Madde 8	0,908	0,000
Madde 9	0,902	0,000
Madde 10	0,902	0,000
Madde 11	0,909	0,000
Madde 12	0,918	0,000
Madde 13	0,885	0,000
Madde 14	0,891	0,000
Madde 15	0,894	0,000
Madde 16	0,888	0,000
Madde 17	0,921	0,000
Madde 18	0,901	0,000
Madde 19	0,907	0,000
Cronbach α: 0,988		

r_s : Spearman's

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo' 11 de NHBMÖ' ne ait madde toplam puan korelasyon katsayıları ve bu katsayılarla ait anlamlılık değerleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde; ölçeğin tüm maddelerinin korelasyon katsayısının yeterli (0,5 üzeri) olduğu ve bunların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=102)

	N	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Madde 1	102	4,09	0,913	2	5
Madde 2	102	4,10	0,917	2	5
Madde 3	101	4,26	0,879	2	5
Madde 4	99	4,09	0,980	2	5
Madde 5	101	4,21	0,941	2	5
Madde 6	102	4,10	0,990	2	5
Madde 7	100	4,07	1,037	1	5
Madde 8	101	4,11	0,948	2	5
Madde 9	102	4,21	0,871	2	5
Madde 10	102	4,09	1,025	1	5
Madde 11	100	4,11	0,973	2	5
Madde 12	101	4,11	0,979	2	5
Madde 13	101	4,02	1,068	1	5
Madde 14	102	4,16	0,887	2	5
Madde 15	102	4,12	0,957	2	5
Madde 16	102	4,09	0,924	2	5
Madde 17	102	4,12	0,947	2	5
Madde 18	102	4,21	0,883	2	5
Madde 19	102	4,16	0,952	2	5
Genel	102	77,91	16,417	38	95

Tablo 12’de NHBMÖ’ ne ait frekans, ortalama standart sapma, min ve max değerleri verilmiştir. En fazla memnun oldukları maddeler madde 3 (birine ihtiyaç duyduğumuzda etrafımızda daima bir hemşire olur), madde 5 (hemşireleri çağırdığımızda daima yanımıza çabucak gelirler), madde 9 (hemşireler yardımseverdir) ve madde 18 (hemşireler mahremiyetimize saygılıdır).

Tablo 13. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

Cinsiyet	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Kadın	41	76,80	15,164	-0,889	0,374
Erkek	61	78,66	17,292		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 13’de NHBMÖ puanını ortalama değerlerinin cinsiyete göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Hemşirelik bakım memnuniyetinin değerlendirilmesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 14. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Yaş ile İlişkisi (N=102)

	Yaş	
	r_s	P
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanı	-0,013	0,895

r_s : Spearman’s

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 14’de NHBMÖ’ nin puanlarının yaş değişkeni ile arasında ilişki ve anlamlılık katsayıları verilmiştir. Memnuniyet ölçeğinin yaş değişkeni ile arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmektedir.

Tablo 15. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=101)

Eğitim Düzeyi	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Okur-yazar değil (1)	4	72,25	12,527	12,985	0,024*
Okur-yazar (2)	25	78,44	15,880		
İlkokul (3)	45	81,56 ⁽⁵⁾	15,427		
Ortaokul (4)	11	66,57	17,185		
Lise (5)	14	75,91	17,790		
Üniversite (6)	2	95,00	0,000		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo’da NHBMÖ’ nin puanlarının eğitim durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanı hastaların eğitim durumuna göre değişmektedir. En fazla memnuniyetin üniversite mezunu olan hastalarda olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (N=101)

Eğitim Düzeyi	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
İşçi	32	76,56	16,321	2,481	0,648
Memur	8	80,75	18,398		
Serbest meslek	13	80,85	21,035		
Ev hanımı	40	76,48	15,208		
Diğer	8	80,75	15,078		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo’da NHBMÖ’ nin puanlarının mesleklere göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanı hastaların mesleklerine göre değişmemektedir.

Tablo 17. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Gelir Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Gelir gidere göre yüksek	4	79,00	19,596	0,039	0,981
Gelir ve gider eşit	63	77,52	17,169		
Gelir gidere göre az	35	78,49	15,116		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo’da NHBMÖ’ nin puanlarının gelir durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanı hastaların gelir durumuna göre değişmemektedir.

Tablo 18. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Hemodiyaliz İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=101)

Hemodiyaliz Eğitimi	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Hayır	69	79,28	15,922	-1,425	0,154
Evet	32	74,44	17,206		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo’da NHBMÖ’ nin puanlarının hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanı hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre değişmemektedir.

Tablo 19. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanının Hemodiyaliz Stres Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyut Puanları ile İlişkisi (N=102)

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı	
	r_s	P
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör1 Alt Boyutu Puanı	0,122	0,222
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör2 Alt Boyutu Puanı	0,100	0,322
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör3 Alt Boyutu Puanı	0,020	0,843
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör4 Alt Boyutu Puanı	0,015	0,879
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör5 Alt Boyutu Puanı	0,305**	0,002
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör6 Alt Boyutu Puanı	0,197*	0,048
Hemodiyaliz Stres Ölçeği Genel Puanı	0,149	0,134

r_s : Spearman's

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo'da NHBMÖ toplam puanının Hemodiyaliz Stres Ölçeği genel puanı ve alt boyutlarıyla arasındaki ilişki ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Buna göre yalnızca Faktör 5 alt boyutu ve Faktör 6 alt boyutunun hemşirelik bakım memnuniyeti ile arasındaki ilişkiler istatistiksel anlamlıdır. Faktör 5 alt boyutu ile ölçek arasındaki ilişki anlamlıdır ve pozitifdir. Faktör 6 alt boyutu ile ölçek arasındaki ilişkide anlamlıdır ve pozitifdir.

Yani bu iki alt boyut puanı arttıkça, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanı da doğrusal olarak artmaktadır.

Tablo 20. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

Başka Kronik Hastalık	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Hayır	61	77,10	17,398	-0,753	0,451
Evet	40	79,65	14,766		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo'da NHBMÖ' nin puanlarının hastalarda başka kronik hastalık varlığına göre değişip değişmediğine göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanı, hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre değişmemektedir.

Tablo 21. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma DurumunaGöre Karşılaştırılması (N=92)

Komplikasyon	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Hayır	5	81,60	21,019	-0,738	0,461
Evet	87	79,16	15,500		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da NHBMÖ' nin puanlarının hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre değişip değişmediğine göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Memnuniyet puanlarının hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonlarla karşılaşip karşılaşmamasına göre değişmemektedir.

BÖLÜM-4: HEMODİYALİZ STRES ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE BULGULAR

Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Analizi (N=102)

Anti-imagekorelasyon matrisinin köşegenlerinde yer alan ve α üst indislerine sahip değerler her bir değişkenin örneklem yeterliliğini göstermektedir. 6, 13, 19 ve 23 nolu sorularda bu değer 0,5'ten küçük çıkması faktör analizi çözümünü bozduğu için bu sorular analizden atılarak ölçeğe yeniden faktör analizi uygulanmıştır.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu tespit etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett küresellik testi yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi, faktör analizinin uygunluğunu göstermektedir. KMO

değeri olarak 0.5-1.0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken 0.5'in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığını göstermektedir. Ancak, genel olarak araştırmacılarca tatminkar olarak düşünülen asgari KMO değeri 0.70'dir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, Yıldırım, 2007:226).

Ölçeğe uygulanan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett küresellik testi sonuçları şu şekildedir:

Tablo 22. KMO ve Bartlett Testi

KMO ve Bartlett Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Ölçek Geçerliliği		0,803
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Chi – Kare	1180.105
	Serbestlik Derecesi (df)	300
	Anlamlılık (p)	0,000**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

0,803 olarak bulunan KMO değerinin 0.50'nin üzerinde olması ve Bartlett testinin de 0.05 önem derecesinde anlam ihtiva etmesiyle veri setinin faktör analizi yapılması için yeterli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 23. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Alt Boyut Tablosu

Faktörün Adı	Madde	Soru İfadesi
Faktör 1	Madde 22	Fiziksel Aktivitelerde kısıtlama
	Madde 14	Tatil için yer ve zaman kısıtlaması
	Madde 15	Bedensel işlevlerde kayıp
	Madde 16	Başkalarına bağımlılık
	Madde 4	Sağlık personeline bağımlılık
	Madde 3	Gelecek ile ilgili belirsizlik
	Madde 8	Sosyal yaşamda kısıtlanma
	Madde 7	Yorgunluk
	Madde 10	Yalnız kalma korkusu
	Madde 11	Tedavinin süresi
Faktör 2	Madde 21	Çocukları ile ailede rollerin yer değiştirmesi
	Madde 20	Eşi ile ailedeki rollerin tersine dönmesi
	Madde 12	Aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler
Faktör 3	Madde 29	Tedavinin maliyeti
	Madde 28	Giyim tarzlarında kısıtlama
	Madde 17	Beden görünümündeki değişiklikler
	Madde 18	Diyaliz ünitesine geliş ve gidişler
Faktör 4	Madde 27	Bulantı ve kusma
	Madde 24	Kas krampları
	Madde 9	Uyku sorunları
Faktör 5	Madde 26	Eklemlerin sertleşmesi
	Madde 2	Hastaneye sık sık gelme zorunluluğu
	Madde 25	Damar yoluna giriş ile ilgili yaşanan sorunlar
Faktör 6	Madde 1	Sıvı alımının kısıtlanması
	Madde 5	İş yaşantısının etkilenmesi

Hemodiyaliz Stres Ölçeği alt boyut tablosu altı faktöre bölünmüştür. Yukarıdaki tabloda her bir faktörün içerdiği maddeler yer almaktadır.

Tablo 24. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Analizi Sonuç Tablosu

Faktörün Adı	Eigen Değeri	Faktörün Açıklayıcılığı	Faktörün Güvenilirliği	Soru İfadesi	Faktör Yükleri
Faktör1	8,609	%34,436	0,925	Madde 22	0,836
				Madde 14	0,777
				Madde 15	0,754
				Madde 16	0,748
				Madde 4	0,737
				Madde 3	0,707
				Madde 8	0,661
				Madde 7	0,576
				Madde 10	0,569
				Madde 11	0,552
Faktör2	2,375	%9,499	0,880	Madde 21	0,909
				Madde 20	0,813
				Madde 12	0,654
Faktör3	2,312	%9,250	0,747	Madde 29	0,722
				Madde 28	0,656
				Madde 17	0,586
Faktör4	1,592	%6,369	0,561	Madde 18	0,550
				Madde 27	0,763
				Madde 24	0,730
Faktör5	1,285	%5,141	0,609	Madde 9	0,561
				Madde 26	0,876
				Madde 2	0,603
Faktör6	1,098	%4,390	0,417	Madde 25	0,518
				Madde 1	0,797
Tüm Faktörler		%69,085	0,913	Madde 5	0,385
				Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	

Yapılan faktör analizi sonucuna göre ölçeğimizin 6 faktöre bölüdüğü görülmüştür. Buna göre 1. faktörde 10 madde bulunmaktadır, varyans açıklama oranı %34,436,

Cronbach Alfa değeri 0,925'dir. 2. faktörde 3, 3. faktörde 4, 4. faktörde 3 , 5. faktörde 3 ve 6. faktörde 2 madde bulunmaktadır.

Genel olarak bakıldığında 6 faktörün tamamı varyansın toplamda %69,085' ini açıklamaktadır. Bu oran da yeterli görülmektedir. Tabloda faktör yüklerine bakılacak olursa yüklerin tamamının 0,35'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle maddelerin faktörlere yeterli oranda yüklendikleri görülmektedir.

Tablo 25. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Puanları Dağılımı

Soru İfadesi		N	\bar{x}	$\pm ss$
Faktör1	Madde 22	101	3,63	1,271
	Madde 14	100	3,53	1,473
	Madde 15	102	3,69	1,305
	Madde 16	101	3,79	1,219
	Madde 4	99	3,84	1,251
	Madde 3	101	3,79	1,402
	Madde 8	101	3,57	1,352
	Madde 7	101	3,10	1,136
	Madde 10	102	4,10	1,286
	Madde 11	101	3,58	1,498
Faktör2	Madde 21	94	4,29	0,946
	Madde 20	96	4,24	0,880
	Madde 12	101	4,40	0,873
Faktör3	Madde 29	101	4,43	1,117
	Madde 28	102	4,39	1,006
	Madde 17	99	3,96	1,285
	Madde 18	101	4,03	1,253
Faktör4	Madde 27	101	4,48	0,782
	Madde 24	101	3,54	0,944
	Madde 9	100	3,76	1,190
Faktör5	Madde 26	101	4,16	1,093
	Madde 2	102	3,59	1,345
	Madde 25	100	3,84	1,152
Faktör6	Madde 1	102	2,54	1,078
	Madde 5	97	4,19	1,277

Tabloda, Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanlarına ait frekans, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 26. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (N=102)

		Alt Grup		Ölçek	
		r _p	p**	r _p	p**
Faktör1	Madde 22	0,726	0,000	0,690	0,000
	Madde 14	0,701	0,000	0,611	0,000
	Madde 15	0,807	0,000	0,741	0,000
	Madde 16	0,654	0,000	0,595	0,000
	Madde 4	0,854	0,000	0,806	0,000
	Madde 3	0,776	0,000	0,738	0,000
	Madde 8	0,779	0,000	0,801	0,000
	Madde 7	0,690	0,000	0,654	0,000
	Madde 10	0,657	0,000	0,663	0,000
	Madde 11	0,689	0,000	0,677	0,000
Cronbach α:		0,925			
Faktör2	Madde 21	0,872	0,000	0,408	0,000
	Madde 20	0,883	0,000	0,510	0,000
	Madde 12	0,795	0,000	0,545	0,000
Cronbach α:		0,880			
Faktör3	Madde 29	0,654	0,000	0,521	0,000
	Madde 28	0,614	0,000	0,440	0,000
	Madde 17	0,744	0,000	0,424	0,000
	Madde 18	0,635	0,000	0,495	0,000
Cronbach α:		0,747			
Faktör4	Madde 27	0,605	0,000	0,323	0,000
	Madde 24	0,693	0,000	0,250	0,000
	Madde 9	0,796	0,000	0,486	0,000
Cronbach α:		0,561			
Faktör5	Madde 26	0,748	0,000	0,471	0,000
	Madde 2	0,738	0,000	0,560	0,000
	Madde 25	0,695	0,000	0,372	0,000
Cronbach α:		0,609			
Faktör6	Madde 1	0,810	0,000	0,481	0,000
	Madde 5	0,719	0,000	0,378	0,000
Cronbach α:		0,417			
Toplam Cronbach α:		0,913			

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo 27. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Faktör Puanları ve Ortalama Puan Dağılımı

Faktör	\bar{x}	$\pm ss$
Faktör1	3,65	1,032
Faktör2	4,33	0,803
Faktör3	4,20	0,907
Faktör4	3,92	0,732
Faktör5	3,85	0,901
Faktör6	3,30	0,985
Genel	3,85	0,729

Tabloda, Hemodiyaliz Stres Ölçeği alt boyutlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 28. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

	Cinsiyet	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Faktör1	Kadın	41	3,69	1,007	-0,089	0,929
	Erkek	61	3,63	1,056		
Faktör2	Kadın	41	4,37	0,595	-0,590	0,555
	Erkek	60	4,31	0,923		
Faktör3	Kadın	41	4,10	1,048	-0,580	0,562
	Erkek	61	4,26	0,801		
Faktör4	Kadın	41	3,85	0,846	-0,242	0,809
	Erkek	61	3,97	0,648		
Faktör5	Kadın	41	3,72	1,029	-0,791	0,429
	Erkek	61	3,94	0,800		
Faktör6	Kadın	41	3,45	0,921	-1,349	0,177
	Erkek	61	3,20	1,022		
Ölçek Puanı	Kadın	41	3,84	0,722	-0,109	0,913
	Erkek	61	3,85	0,739		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre test değeri ve anlamlılık katsayısı verilmiştir. Anlamlılık katsayılarına göre hiçbir alt boyut ve genel puan cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 29. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaş ile İlişkisi (N=102)

	Yaş	
	r_s	P
Faktör1	-0,083	0,405
Faktör2	-0,093	0,356
Faktör3	0,149	0,135
Faktör4	-0,060	0,549
Faktör5	-0,075	0,455
Faktör6	0,117	0,243
Ölçek Puanı	-0,060	0,547

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş değişkeni ile arasında ilişki ve anlamlılık katsayıları verilmiştir. Anlamlılık katsayılarına göre hiçbir alt boyutun ve genel puanın yaş değişkeni ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 30. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=101)

	Eğitim Düzeyi	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Faktör1	Okur-yazar değil	4	3,70	0,632	9,743	0,083
	Okur-yazar	25	4,16	0,640		
	İlkokul	45	3,61	1,022		
	Ortaokul	14	3,48	1,273		
	Lise	11	2,90	1,197		
	Üniversite	2	4,15	0,636		
Faktör2	Okur-yazar değil (1)	4	4,17	0,430	13,069	0,023*
	Okur-yazar (2)	25	4,65	0,466		
	İlkokul (3)	45	4,32	0,810		
	Ortaokul (4)	14	4,12	1,181		
	Lise (5)	10	3,93	0,681		
	Üniversite (6)	2	5,00	0,000		
Faktör3	Okur-yazar değil	4	4,52	0,336	7,350	0,196
	Okur-yazar	25	4,55	0,495		
	İlkokul	45	4,14	0,988		
	Ortaokul	14	3,95	1,146		
	Lise	11	3,84	0,976		
	Üniversite	2	4,38	0,884		
Faktör4	Okur-yazar değil	4	3,75	0,500	2,197	0,821
	Okur-yazar	25	3,88	0,666		
	İlkokul	45	3,91	0,783		
	Ortaokul	14	3,96	0,873		
	Lise	11	4,00	0,667		
	Üniversite	2	4,50	0,707		
Faktör5	Okur-yazar değil(1)	4	3,58	0,319	13,611	0,018*
	Okur-yazar (2)	25	4,23	0,712		
	İlkokul (3)	45	3,86	0,951		
	Ortaokul (4)	14	3,81	0,931		
	Lise (5)	11	3,21	0,734		
	Üniversite (6)	2	4,33	0,943		
Faktör6	Okur-yazar değil	4	3,00	0,913	3,632	0,604
	Okur-yazar	25	3,52	0,823		
	İlkokul	45	3,38	0,840		
	Ortaokul	14	3,00	1,359		
	Lise	11	2,91	1,200		
	Üniversite	2	3,50	2,121		
Ölçek Puanı	Okur-yazar değil(1)	4	3,83	0,389	12,768	0,026*
	Okur-yazar (2)	25	4,21	0,412		
	İlkokul (3)	45	3,82	0,709		
	Ortaokul (4)	14	3,68	1,034		
	Lise (5)	11	3,34	0,705		
	Üniversite (6)	2	4,27	0,800		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar bazında inceleyecek olursak; Faktör 2 ve Faktör 5 alt boyutları %95 güvenirlikte eğitim durumuna göre farklılık göstermektedirler. Yani eğitim durumlarına göre bu iki alt boyut puanları farklılık göstermektedir. Diğer alt boyutlar ise farklılık göstermemektedir. Ölçeğin genel puanına bakılacak olursa eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

Tablo 31. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

	Gelir Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Faktör1	Gelir gidere göre yüksek (1)	4	4,28	0,465	13,965	0,001**
	Gelir ve gider eşit (2)	63	3,88	0,955		
	Gelir gidere göre az (3)	35	3,17	1,048		
Faktör2	Gelir gidere göre yüksek (1)	4	4,50	0,577	12,463	0,002**
	Gelir ve gider eşit (2)	63	4,49	0,778		
	Gelir gidere göre az (3)	34	4,02	0,800		
Faktör3	Gelir gidere göre yüksek (1)	4	4,56	0,591	7,133	0,028*
	Gelir ve gider eşit (2)	63	4,35	0,841		
	Gelir gidere göre az (3)	35	3,88	0,981		
Faktör4	Gelir gidere göre yüksek	4	4,25	0,957	3,134	0,209
	Gelir ve gider eşit	63	3,99	0,683		
	Gelir gidere göre az	35	3,78	0,787		
Faktör5	Gelir gidere göre yüksek	4	4,00	0,720	1,461	0,482
	Gelir ve gider eşit	63	3,95	0,819		
	Gelir gidere göre az	35	3,66	1,042		
Faktör6	Gelir gidere göre yüksek	4	3,88	1,436	2,136	0,344
	Gelir ve gider eşit	63	3,36	0,859		
	Gelir gidere göre az	35	3,14	1,135		
Ölçek Puanı	Gelir gidere göre yüksek (1)	4	4,27	0,557	12,415	0,002**
	Gelir ve gider eşit (2)	63	4,00	0,687		
	Gelir gidere göre az (3)	35	3,52	0,716		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar bazında inceleyecek olursak; Faktör 1, Faktör 2 ve Faktör 3 alt boyutu gelir durumuna göre farklılık göstermektedir. Diğer alt boyutlar ise farklılık göstermemektedir.

Ölçeğin genel puanına bakılacak olursa gelir durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Genel olarak incelenirse farklılık olanlarda gelir durumu arttıkça stres puanının arttığı gözlenmiştir.

Tablo 32. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Hemodiyaliz İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=101)

	Hemodiyaliz Eğitimi	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Faktör1	Hayır	69	3,67	1,014	0,000	1,000
	Evet	32	3,68	1,048		
Faktör2	Hayır	69	4,33	0,784	-0,030	0,976
	Evet	32	4,32	0,857		
Faktör3	Hayır	69	4,28	0,803	-1,015	0,310
	Evet	32	4,03	1,103		
Faktör4	Hayır	69	3,94	0,732	-0,707	0,479
	Evet	32	3,86	0,728		
Faktör5	Hayır	69	3,93	0,829	-0,975	0,329
	Evet	32	3,70	1,049		
Faktör6	Hayır	69	3,34	0,914	-0,249	0,803
	Evet	32	3,30	1,077		
Ölçek Puanı	Hayır	69	3,88	0,690	-0,336	0,737
	Evet	32	3,80	0,804		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar bazında ve ölçeğin genel puanına bakılacak olursa stres puanı hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 33. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (N=101)

	Meslek	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p
Faktör1	İşçi	32	3,65	0,993	7,135	0,129
	Memur	8	4,21	0,848		
	Serbest meslek	13	3,69	1,143		
	Ev hanımı	40	3,68	1,016		
	Diğer	8	2,85	1,077		
Faktör2	İşçi (1)	31	4,46 ⁽⁵⁾	0,739	11,730	0,019*
	Memur (2)	8	4,71 ⁽⁵⁾	0,415		
	Serbest meslek(3)	13	4,13	1,229		
	Ev hanımı (4)	40	4,38 ⁽⁵⁾	0,600		
	Diğer (5)	8	3,46	0,925		
Faktör3	İşçi	32	4,33	0,699	6,416	0,170
	Memur	8	4,69	0,320		
	Serbest meslek	13	4,04	1,138		
	Ev hanımı	40	4,08	1,051		
	Diğer	8	3,91	0,743		
Faktör4	İşçi	32	3,99	0,625	3,865	0,425
	Memur	8	4,38	0,486		
	Serbest meslek	13	3,87	0,714		
	Ev hanımı	40	3,83	0,836		
	Diğer	8	3,79	0,815		
Faktör5	İşçi	32	3,95	0,889	6,873	0,143
	Memur	8	4,46	0,533		
	Serbest meslek	13	3,85	0,702		
	Ev hanımı	40	3,69	1,031		
	Diğer	8	3,58	0,661		
Faktör6	İşçi	32	3,28	0,915	7,571	0,109
	Memur	8	3,81	1,033		
	Serbest meslek	13	3,04	1,181		
	Ev hanımı	40	3,41	0,898		
	Diğer	8	2,75	1,225		
Ölçek Puanı	İşçi (1)	32	3,90	0,635	9,670	0,046*
	Memur (2)	8	4,35 ⁽⁵⁾	0,477		
	Serbest meslek(3)	13	3,77	0,972		
	Ev hanımı (4)	40	3,83	0,723		
	Diğer (5)	8	3,29	0,640		

X^2_{kw} : Kruskal – Wallis H testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının mesleklere göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar bazında inceleyecek olursak; sadece Faktör 2 alt boyutu meslek durumuna göre farklılık göstermektedir. Diğer alt boyutlar ise farklılık göstermemektedir.

Ölçeğin genel puanına bakılacak olursa meslek durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Memur kesimin diğer mesleklere göre stres puanları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Hemodiyaliz Stres Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=102)

	r_s	P
Faktör1 Alt Boyutu – Faktör2 Alt Boyutu	0,489**	0,000
Faktör1 Alt Boyutu – Faktör3 Alt Boyutu	0,572**	0,000
Faktör1 Alt Boyutu – Faktör4 Alt Boyutu	0,369**	0,000
Faktör1 Alt Boyutu – Faktör5 Alt Boyutu	0,528**	0,000
Faktör1 Alt Boyutu – Faktör6 Alt Boyutu	0,488**	0,000
Faktör2 Alt Boyutu – Faktör3 Alt Boyutu	0,317**	0,001
Faktör2 Alt Boyutu – Faktör4 Alt Boyutu	0,298**	0,003
Faktör2 Alt Boyutu – Faktör5 Alt Boyutu	0,317**	0,001
Faktör2 Alt Boyutu – Faktör6 Alt Boyutu	0,165	0,100
Faktör3 Alt Boyutu – Faktör4 Alt Boyutu	0,277**	0,005
Faktör3 Alt Boyutu – Faktör5 Alt Boyutu	0,413**	0,000
Faktör3 Alt Boyutu – Faktör6 Alt Boyutu	0,392**	0,000
Faktör4 Alt Boyutu – Faktör5 Alt Boyutu	0,373**	0,000
Faktör4 Alt Boyutu – Faktör6 Alt Boyutu	0,271**	0,006
Faktör5 Alt Boyutu – Faktör6 Alt Boyutu	0,378**	0,000

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki ve bunların anlamlılık değerleri verilmiştir. Faktör 2 alt boyutu ile Faktör 6 alt boyutu arasındaki ilişki hariç tüm alt boyutların birbiri arasındaki ilişki anlamlıdır. Yani örneğin Faktör 1 alt boyutu ile Faktör 2 alt boyutunu ele alırsak, Faktör 1 boyutu puanı arttıkça Faktör 2 boyutu puanı da doğrusal olarak artmaktadır veya tam terside geçerlidir.

Tablo 35. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

	Başka Kronik Hastalık	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Faktör1	Hayır	61	3,76	0,958	-0,967	0,334
	Evet	40	3,50	1,142		
Faktör2	Hayır	60	4,43	0,661	-1,194	0,233
	Evet	40	4,18	0,975		
Faktör3	Hayır	61	4,25	0,846	-0,456	0,648
	Evet	40	4,12	1,009		
Faktör4	Hayır	61	4,05	0,664	-2,380	0,017*
	Evet	40	3,73	0,802		
Faktör5	Hayır	61	3,78	0,950	-0,703	0,482
	Evet	40	3,95	0,829		
Faktör6	Hayır	61	3,25	1,059	-0,092	0,927
	Evet	40	3,38	0,883		
Ölçek Puanı	Hayır	61	3,91	0,693	-0,792	0,428
	Evet	40	3,75	0,788		

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar bazında incelendiğinde; Faktör4'te stres puanı hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre farklılık göstermektedir.

Tablo 36. Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=92)

	Komplikasyon	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Faktör1	Hayır	5	2,64	1,565	-1,656	0,098
	Evet	87	3,73	0,961		
Faktör2	Hayır	5	3,27	1,738	-1,226	0,220
	Evet	87	4,36	0,720		
Faktör3	Hayır	5	2,85	1,884	-1,558	0,119
	Evet	87	4,27	0,784		
Faktör4	Hayır	5	3,00	1,491	-1,784	0,074
	Evet	87	3,99	0,636		
Faktör5	Hayır	5	3,27	1,038	-1,729	0,084
	Evet	87	3,97	0,839		
Faktör6	Hayır	5	2,40	1,673	-1,767	0,077
	Evet	87	3,39	0,854		
Ölçek Puanı	Hayır	5	2,84	1,388	-1,749	0,080
	Evet	87	3,92	0,631		

Z_{mwu}: Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo’da Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Alt boyutlar ve genel ölçek puanı bazında incelendiğinde stres puanı hastalarda hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre farklılık göstermemektedir.

BÖLÜM-5: SEMPTOM PUANLARINA GÖRE BULGULAR

Tablo 37. Görülen Semptomların Dağılımı (N=102)

Semptomlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Baş ağrısı	14 (%13,7)	33 (%32,4)	42 (%41,2)	11 (%10,8)	2(%2,0)
Baş dönmesi	24 (%23,5)	38 (%37,3)	32 (%31,4)	7 (%6,9)	1 (%1,0)
Kaşıntı	24 (%23,5)	47 (%46,1)	19 (%18,6)	8 (%7,8)	4 (%3,9)
Bacak ağrısı	34 (%33,3)	27 (%26,5)	17 (%16,7)	17 (%16,7)	7 (%6,9)
Kas ağrısı	41 (%40,2)	20 (%19,6)	17 (%16,7)	17 (%16,7)	6 (%5,9)
Kemik ağrısı	52 (%51,0)	19 (%18,6)	17 (%16,7)	11 (%10,8)	2 (%2,0)
Uyku düzensizliği	17 (%16,7)	43 (%42,2)	23 (%22,5)	10 (%9,8)	9 (%8,8)
Konsantrasyon güçlüğü	26 (%25,5)	34 (%33,3)	27 (%26,5)	10 (%9,8)	1 (%1,0)
Cinsel fonksiyonlarda azalma	20 (%19,6)	20 (%19,6)	15 (%14,7)	15 (%14,7)	11 (%10,8)
İştahsızlık	46 (%45,1)	32 (%31,4)	16 (%15,7)	3 (%2,9)	3 (%2,9)
Bulantı kusma	57 (%55,9)	22 (%21,6)	19 (%18,6)	-	1 (%1,0)
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	18 (%17,6)	31 (%30,4)	25 (%24,5)	25 (%24,5)	3 (%2,9)
Nefes darlığı	34 (%33,3)	32 (%31,4)	26 (%25,5)	7 (%6,9)	3 (%2,9)
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	19 (%18,6)	33 (%32,4)	23 (%22,5)	19 (%18,6)	8 (%7,8)
Aşırı yorgunluk	10 (%9,8)	32 (%31,4)	31 (%30,4)	22 (%21,6)	7 (%6,9)

Araştırmaya katılan hastalarda görülen semptomların dağılım tablosu incelendiğinde; %10.8 oranında en fazla görülen semptom cinsel fonksiyonlarda azalma, %55.9 oranında en az görülen semptom bulantı ve kusma olarak görülmektedir. Hastalarda görülen diğer semptomlar ise genel olarak eşit oranda bir sıklık göstermektedir.

Tablo 38. Görülen Semptom Puanlarının Dağılımı (N=102)

Semptomlar	N	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Aşırı yorgunluk	102	2,84	1,088	1	5
Cinsel fonksiyonlarda azalma	81	2,72	1,381	1	5
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	102	2,65	1,123	1	5
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı ihtiyacı hissetme	102	2,65	1,208	1	5
Baş ağrısı	102	2,55	0,929	1	5
Uyku düzensizliği	102	2,52	1,15	1	5
Bacak ağrısı	102	2,37	1,289	1	5
Kas ağrısı	101	2,28	1,312	1	5
Baş dönmesi	102	2,25	0,927	1	5
Konsantrasyon güçlüğü	98	2,24	0,995	1	5
Kaşıntı	102	2,23	1,024	1	5
Nefes darlığı	102	2,15	1,057	1	5
Kemik ağrısı	101	1,93	1,142	1	5
İştahsızlık	100	1,85	0,999	1	5
Bulantı kusma	99	1,65	0,861	1	5

Tabloda hastalarda görülen semptomların puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir.

Buna göre en sık görülen dört semptom; aşırı yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda azalma ve bağırsak hareketlerinde düzensizlik, yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme; en az görülen 3 semptom ise kemik ağrısı, iştahsızlık ve bulantı-kusma olarak değerlendirilebilir.

Tablo 39. Semptom Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=102)

Semptomlar	Cinsiyet				Z _{mwu}	p
	Kadın		Erkek			
	\bar{x}	$\pm ss$	\bar{x}	$\pm ss$		
Baş ağrısı	2,59	0,894	2,52	0,959	-0,459	0,646
Baş dönmesi	2,51	0,925	2,07	0,892	-2,426	0,015*
Kaşıntı	2,41	1,095	2,10	0,961	-1,664	0,096
Bacak ağrısı	2,80	1,308	2,08	1,201	-2,820	0,005**
Kas ağrısı	2,73	1,361	1,97	1,193	-2,851	0,004**
Kemik ağrısı	2,22	1,215	1,73	1,056	-2,069	0,039*
Uyku düzensizliği	2,66	1,296	2,43	1,040	-0,670	0,503
Konsantrasyon güçlüğü	2,32	0,997	2,19	0,999	-0,672	0,502
Cinsel fonksiyonlarda azalma	3,00	1,503	2,53	1,276	-1,384	0,166
İştahsızlık	1,95	1,061	1,78	0,958	-0,741	0,459
Bulantı kusma	1,85	0,989	1,50	0,731	-1,793	0,073
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	2,76	1,241	2,57	1,040	-0,892	0,372
Nefes darlığı	2,00	1,025	2,25	1,075	-1,188	0,235
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	2,73	1,162	2,59	1,243	-0,679	0,497
Aşırı yorgunluk	2,93	1,127	2,79	1,066	-0,549	0,583

Z_{mwu}: Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da semptom puanlarının cinsiyete göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Semptomlardan baş dönmesi, kemik ağrısı, bacak ağrısı ve kas ağrısı cinsiyete göre değişmektedir. Baş dönmesi, kemik ağrısı, bacak ağrısı ve kas ağrısı semptomları kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Diğer semptomlarda cinsiyet açısından fark yoktur.

Tablo 40. Semptom Puanlarının Hemodiyaliz Uzunluğuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Semptomlar	Hemodiyaliz Uzunluğu				Z_{mwu}	P
	4 saat		4 saat üzeri			
	\bar{x}	$\pm ss$	\bar{x}	$\pm ss$		
Baş ağrısı	2,59	0,906	1,50	1,000	-2,098	0,036*
Baş dönmesi	2,29	0,919	1,25	0,500	-2,266	0,023*
Kaşıntı	2,18	0,956	3,25	2,062	-1,019	0,308
Bacak ağrısı	2,41	1,299	1,50	0,577	-1,337	0,181
Kas ağrısı	2,31	1,326	1,50	0,577	-1,074	0,283
Kemik ağrısı	1,95	1,158	1,50	0,577	-0,510	0,610
Uyku düzensizliği	2,54	1,150	2,00	1,155	-0,796	0,426
Konsantrasyon güçlüğü	2,29	0,991	1,25	0,500	-2,137	0,033*
Cinsel fonksiyonlarda azalma	2,70	1,405	3,00	0,816	-0,569	0,569
İştahsızlık	1,86	1,001	1,50	1,000	-0,851	0,395
Bulantı kusma	1,67	0,868	1,00	0,000	-1,678	0,093
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	2,65	1,122	2,50	1,291	-0,240	0,810
Nefes darlığı	2,15	1,059	2,00	1,155	-0,216	0,829
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	2,67	1,217	2,00	0,816	-1,066	0,286
Aşırı yorgunluk	2,88	1,087	2,00	0,816	-1,600	0,110

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 'da semptom puanlarının hemodiyaliz uzunluğuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir. Semptomlardan baş ağrısı, baş dönmesi ve konsantrasyon güçlüğü hemodiyaliz uzunluğunu göre değişmektedir. Bu üç semptom sıklığı 4 saat hemodiyalize girenlerde 4 saatten fazla girenlere göre daha fazladır.

Tablo 41. Semptom Puanlarının Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması (N=101)

Semptomlar	Başka Kronik Hastalık				Z _{mwu}	P
	Hayır		Evet			
	\bar{x}	±ss	\bar{x}	±ss		
Baş ağrısı	2,64	0,857	2,42	1,035	-1,338	0,181
Baş dönmesi	2,23	0,864	2,28	1,037	-0,095	0,924
Kaşıntı	2,25	0,994	2,22	1,074	-0,255	0,798
Bacak ağrısı	2,30	1,295	2,50	1,301	-0,822	0,411
Kas ağrısı	2,16	1,331	2,46	1,295	-1,216	0,224
Kemik ağrısı	1,83	1,167	2,08	1,118	-1,330	0,184
Uyku düzensizliği	2,52	1,105	2,55	1,218	-0,058	0,953
Konsantrasyon güçlüğü	2,25	0,985	2,24	1,038	-0,136	0,892
Cinsel fonksiyonlarda azalma	2,45	1,254	3,10	1,472	-1,947	0,052
İştahsızlık	1,85	0,928	1,87	1,119	-0,340	0,734
Bulantı kusma	1,59	0,795	1,75	0,954	-0,774	0,439
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	2,74	1,124	2,55	1,108	-0,811	0,417
Nefes darlığı	1,97	0,816	2,40	1,317	-1,438	0,151
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	2,49	1,149	2,88	1,285	-1,457	0,145
Aşırı yorgunluk	2,67	1,060	3,10	1,105	-1,810	0,070

Z_{mwu}: Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da semptom puanlarının hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Semptomların hiçbiri başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre fark etmemektedir; yani başka kronik hastalık bulunup bulunmamasının, tablodaki semptomların hastalarda görülmesine herhangi bir etkisi yoktur.

Tablo 42. Semptom Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=102)

Semptomlar	Sigara Kullanımı				Z _{mwu}	P
	Hayır		Evet			
	\bar{x}	$\pm ss$	\bar{x}	$\pm ss$		
Baş ağrısı	2,60	0,931	2,00	0,756	-1,792	0,073
Baş dönmesi	2,31	0,916	1,50	0,756	-2,409	0,016*
Kaşıntı	2,22	0,974	2,25	1,581	-0,504	0,615
Bacak ağrısı	2,44	1,266	1,62	1,408	-2,060	0,039*
Kas ağrısı	2,31	1,285	1,88	1,642	-1,268	0,205
Kemik ağrısı	1,97	1,165	1,50	0,756	-0,975	0,330
Uyku düzensizliği	2,50	1,143	2,75	1,282	-0,581	0,561
Konsantrasyon güçlüğü	2,23	0,990	2,43	1,134	-0,554	0,579
Cinsel fonksiyonlarda azalma	2,73	1,407	2,62	1,188	-0,105	0,916
İştahsızlık	1,82	0,960	2,25	1,389	-0,867	0,386
Bulantı kusma	1,66	0,872	1,50	0,756	-0,419	0,676
Bağırsak hareketlerinde düzensizlik	2,62	1,118	3,00	1,195	-0,868	0,385
Nefes darlığı	2,15	1,037	2,12	1,356	-0,358	0,721
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	2,65	1,170	2,62	1,685	-0,269	0,788
Aşırı yorgunluk	2,86	1,043	2,62	1,598	-0,555	0,579

Z_{mwu}: Mann – Whitney U testi

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo'da semptom puanlarının sigara kullanım durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Semptomlardan baş dönmesi ve bacak ağrısı sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu iki semptom sıklığı sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre daha fazladır.

Tablo 43. Semptom Puanlarının Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=92)

Semptomlar	Hemodiyalize Bağlı Komplikasyon				Z_{mwu}	P
	Hayır		Evet			
	\bar{x}	$\pm ss$	\bar{x}	$\pm ss$		
Baş ağrısı	2,20	1,095	2,54	0,900	-0,566	0,572
Baş dönmesi	2,00	1,000	2,20	0,887	-0,408	0,683
Kaşıntı	1,80	0,837	2,18	0,959	-0,840	0,401
Bacak ağrısı	2,40	1,673	2,29	1,219	-0,018	0,986
Kas ağrısı	2,00	1,000	2,18	1,253	-0,190	0,849
Kemik ağrısı	1,60	0,894	1,91	1,127	-0,499	0,618
Uyku düzensizliği	3,20	1,789	2,44	1,031	-1,006	0,314
Konsantrasyon güçlüğü	2,00	1,732	2,22	0,970	-0,587	0,557
Cinsel fonksiyonlarda azalma	3,00	2,000	2,65	1,353	-0,368	0,713
İştahsızlık	2,60	1,673	1,78	0,918	-1,187	0,235
Bulantı kusma	2,60	1,673	1,55	0,767	-1,632	0,103
Bağırsak hareketlerinde	2,60	1,673	2,71	1,109	-0,312	0,755
Nefes darlığı	1,60	0,894	2,21	1,047	-1,286	0,198
Yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme	2,80	1,483	2,63	1,173	-0,231	0,817
Aşırı yorgunluk	2,20	1,643	2,89	1,016	-1,576	0,115

Z_{mwu} : Mann – Whitney U testi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo'da semptom puanlarının hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre test değeri ve anlamlılık katsayıları verilmiştir.

Semptomların hiçbiri hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre fark etmemektedir; yani semptomların sıklığı hastalarda hemodiyalize bağlı komplikasyon olup olmasına göre değişmemektedir.

7. TARTIŞMA

Tartışma beş ana başlık halinde toplandı.

- 1) Kişisel özelliklere ilişkin bulguların tartışılması.
- 2) Hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.
- 3) Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.
- 4) Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.
- 5) Semptom puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.

7.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların %40,2'si kadın, 59,8'i ise erkektir. Medeni durumlarına bakıldığında, hastaların %76,5'i evli, %9,8'i bekar ve %12,7' si boşanmış durumdadır. Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise yaklaşık %45 'lik kısmın ilkökul mezunu olduğu, bunun yanında hastaların %24,5'inin okuryazar olduğu görülmektedir. Ortaokul ve lise mezunlarının oranları ise birbirlerine yakın olup yaklaşık olarak %11 olarak belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 55,18' dir. En genç hasta 24, en yaşlı hasta ise 82 yaşında olarak tespit edilmiştir.

7.2. Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarını tanı aşamasında incelendiğinde; %94,1'i KBY olduğu görülmektedir. %96,1' i hastalığın son evresindedir. Hastaların %92,2' si haftada üç kez hemodiyalize girmektedirler. Girmiş oldukları hemodiyaliz süresi ise %96'1' i 4 saattir.

Hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında; hastaların %67,6' sı hemodiyaliz ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında hastaların %31,4' ü ise hemodiyaliz ile ilgili eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Aile için başka hemodiyaliz hastalık durumuna bakıldığında; hastaların %91,2' si hemodiyaliz hastalığının ailede başka birinde olmadığını söylemişlerdir.

Başka bir kronik hastalık durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %59,8' inde başka bir kronik hastalık olmadığı görülmektedir. Vasküler girişim yolu hastalar arasında değerlendirildiğinde; %92,2' si Arteriyovenöz Fistül olduğu görülmüştür.

Hastaların sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %92,2' sinin sigara kullanmadığı, %7,8' inin ise sigara kullandığı belirlenmiştir. Aynı şekilde alkol kullanım durumunda da araştırmaya katılan hastaların neredeyse hiçbiri alkol kullanmadıklarını söylemişlerdir. Hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumu değerlendirildiğinde; hastaların %85,3' ü hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaştıklarını, %4,9' u ise karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

7.3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların “Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği” toplam puan ortalaması $77,91 \pm 16,417$ olarak ortalamanın üzerinde bulundu (Tablo 12). Bu durum; hemodiyaliz hastalarının verilen hemşirelik bakımından memnun olduklarını göstermektedir. Çalışmamıza katılan hastaların genel bakımdan memnun olma puanlarının yüksek bulunmasının nedeni; hizmet veren diyaliz ünitesinin hastaların her türlü gereksinimine cevap vermesi, son teknoloji ile hasta beklentilerini karşılaması ve personelin hastalara yükledikleri olumlu tutum ve davranışları göstermiştir. Jean Blaise W et al.' nin (2006), kronik dializ tedavisi gören hastalarda yaptığı çalışmada hastaların genel bakım memnuniyeti düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmada hastaların en fazla memnun oldukları

maddeler; madde 3 (birine ihtiyaç duyduğumuzda etrafımızda daima bir hemşire olur), madde 5 (hemşireleri çağırdığımızda daima yanımıza çabucak gelirler), madde 9 (hemşireler yardımseverdir) ve madde 18 (hemşireler mahremiyetimize saygılıdır). Demir ve ark. 2005; Demirtaş 2004; Tükel ve ark. 2004; Öz 2004' ün çalışmalarında da hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları tespit edilmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının yaş gruplarına Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Tablo 14) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Eroğlu ve arkadaşlarının (2001), Uzun' un (2003) ve Yürümezoğlu' nun (2007) yaptıkları çalışmalarda da yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bölükbaş ve Türköz' ün çalışmasında (2002) da yaş ile hastaların hemşirelik bakımından memnun olup olmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla benzer hatta aynı bulgular saptandı. Bazı çalışmalarda ise yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları (Aksakal T., Bilgili N. 2008) veya yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunmadığı da bildirilmiştir (Hart J. et al. 1996; Uz HM. 1997). Yapılan diğer çalışmalarda da verilen hizmetten memnuniyet oranının ileri yaş hastalarda çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Argan M., Tokay AM., 2002). Günümüz koşullarında sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla hemşirelik hizmetlerinin kalitesi geçmişe oranla giderek artmaktadır. İleri yaşlardaki hastaların geçmişte daha kötü deneyimler yaşamış olabilecekleri, bu nedenle şu anki hizmetlerden daha fazla memnun oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği (Tablo 13) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hasta memnuniyeti üzerine yapılmış birçok çalışmada da hemşirelik bakımından memnuniyetle cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Okumuş ve ark. 1993; Demir ve Eşer 2005). Bölükbaş ve Türköz' ün çalışmasında da (2002) cinsiyet ile hastaların hemşirelik bakımını yeterli bulup bulmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim sonucumuzu desteklemektedir.

Uz' un (1997) ve Yürümezoğlu' nun (2007) yaptıkları araştırmalarda ise kadınların erkeklere göre hemşirelik bakımından daha memnun oldukları saptanmıştır. Yukarıdaki araştırmalarda cinsiyete göre memnuniyet konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bunun nedeni bu araştırmaların yapıldığı hasta gruplarının kültürel özellikleridir.

Eğitim durumuna göre, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puanları (Tablo 15) hastaların eğitim durumuna göre değişmektedir. Yürümezoğlu' nun çalışmasında (2007) hastaların eğitim durumlarına göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuş, farkın "lise-üniversite" mezunu olan hasta grubundan kaynaklandığı, bu grubun diğerlerine göre hemşirelik bakımından daha memnuniyetsiz olduğu belirlenmiştir. Eğitim yükseldikçe hastaların aldıkları hizmetler konusunda bilgi ve beklentilerinin artması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Uz' un (1995) alışmasında eğitim düzeyi yüksek hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Hastaoğlu' nun (2007) ve Yurt' un (1999) yapmış oldukları çalışmalarda, eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği görülmüştür. Yılmaz' ın (2000) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu saptanmıştır bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bizim alışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak en fazla memnuniyetin üniversite mezunu olan hastalarda olduğu görülmektedir.

Hastaların meslekleri ile memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 16). Okumuş ve ark. (1993) ve Yalçınkaya (2000)' nin yaptığı çalışmalarda da mesleki farklılıklar ile hemşirelik bakımından memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların gelir durumları ile memnuniyet puan durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 17). Daha önce yapılan çalışmalarda da gelir durumu ile verilen bakımın memnuniyeti etkileyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir (Akyol 1993, Cihangiroğlu 1996, Arıkan 1999).

Hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almama durumları ile memnuniyet puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 18). Görge'n

in (2000) araştırmasında da hastaların en az memnun olduğu konu, hemşirelik hizmeti bilgilendirme olmuştur. Ulus'un (2004) yaptığı çalışmada da hastalık hakkında bilgilendirme alanında elde edilen memnuniyet ortalama puanı dűřük bulunmuştur. Bu sonuç araştırmamızla farklılık gűstermektedir. Bunun nedeni araştırmanın yapıldığı yıl ve kurumun özellikleri olabilir.

Hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmaması ile Newcastle Hemřirelik Bakım Memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 20). Benzer olarak başka bir çalışmada kronik hastalığın olması durumunun, hemşirelik hizmetinden memnuniyet dűzeylerini etkilemediği belirtilmiştir (İpek, oban ve Kaşıkçı, 2007). Bu sonuç başka bir hastalık varlığının hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini arttırmadığını ve dolayısıyla memnuniyet dűzeylerini etkilemediğini ortaya koymaktadır.

Hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumları ile memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 21). Bařka bir çalışmada; kemoterapi uygulanan hastalarda sıklıkla yaşanan kemoterapinin komplikasyonlarının kontrol altına alınamaması hasta memnuniyetini olumsuz yűnde etkilemektedir (Walsh and Walsh, 1999). Bu sonuç çalışmamızla uyumlu bulunmamaktadır. Bunun nedeni, çalışmanın yapıldığı hasta grubunun ve kurumun özellikleri olabilir.

NHBMű toplam puanının Hemodiyaliz Stres űleđi puanı ve alt boyutları ile arasındaki iliřki incelendiđinde yalnızca Faktűr 5 alt boyutu ve Faktűr 6 alt boyutunun hemřirelik bakım memnuniyeti ile arasındaki iliřkiler anlamlı bulunmuřtur (Tablo 19).

7.4. Hemodiyaliz Stres űleđi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların "Hemodiyaliz Stres űleđi" toplam puan ortalaması $3,85 \pm 0,729$ olarak bulundu (Tablo 27). Bu durum; hemodiyaliz hastalarının diyalize bađlı yűksek dűzeyde stres yařadıđını gűstermektedir. Bulgumuz "diyaliz hastalarının algıladıkları stres dűzeyleri yűksektir" varsayımımızla paralellik gűstermektedir.

Yaptığımız çalışmada hemodiyaliz hastalarında en çok karşılaşılan stresörler sırasıyla; bulantı ve kusma, tedavinin maliyeti, aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler, giyim tarzlarında kısıtlama, çocukları ile ailede rollerin yer değiştirmesidir (Tablo 25). Bu sonucun aksine aynı ölçeğin kullanıldığı Mok ve Tam (2001)' in çalışmasında başlıca stresörler; sıvı kısıtlaması, gıda kısıtlaması ve kaşıntı olarak tespit edilmiştir. Bunun sebebi Mok ve Tam (2001)'in kendi çalışmalarında belirttikleri üzere, bölgesel yaşam biçimlerinin insan algıları üzerinde yarattığı etkidir. Bu etki adı geçen çalışmada, Çinlilerin kültürel bir geleneği olan Dim Sum adı verilen çay seanslarına, hastaların, sıvı kısıtlaması nedeni ile katılamamaları, aile için önemli bir sosyal fonksiyona sahip olan bu ritüelden mahrum kalınmasına yol açmaktadır ve dolayısıyla sıvı kısıtlaması adı geçen çalışmadan birincil stresör olarak ortaya çıkmaktadır. Chan et al. (1992)' in çalışmasında ise bizim çalışmamıza paralel şekilde tedavinin maliyeti en ciddi problemlerden biri olarak tespit edilmiş, hemodiyaliz hastasının evde geçimi temin eden kişi olması durumunda ciddi gelir kaybı yaşandığı, yaşam kalitesinin önemli derecede düştüğü, diyaliz maliyetlerinin aile açısından ciddi bir yük olduğu ve bu maliyetlerin ailenin tüm kaynaklarının kurumasına yol açtığı belirtilmiştir.

Mok ve Tam (2001) yapmış olduğu çalışmada da bizim yaptığımız çalışmayı destekler şekilde kadın ve erkek katılımcılar arasında stres derecesi açısından önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 28). Yaptığımız çalışmada, sadece Faktör 2 alt boyutu meslek durumuna göre farklılık göstermektedir (Tablo 33), diğer alt boyutlarda ise farklılık göstermemektedir. Faktör 2 alt boyutunda yer alan memur kesiminin diğer mesleklere göre daha fazla stres yaşadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızın aksine Mok ve Tam (2001)'in çalışmasında ise meslek gruplarına göre önemli bir fark saptanamamıştır.

Bizim yapmış olduğumuz çalışmada Hemodiyaliz Stres Ölçeği' nin alt boyut puanlarına göre Faktör 2 ve Faktör 5, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir (Tablo 30). Diğer alt boyutlarda ise farklılık bulunmamaktadır. Mok ve Tam (2001)' in çalışmasında ise eğitim düzeyi açısından bir fark bulunmamıştır.

Yaptığımız çalışmada Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş değişkeni ile aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 29); fakat Gurklis & Menke (1988)' nin çalışmasında fizyolojik stresörlerin daha yaşlı olan hastalar açısından psikososyal stresörlere oranla daha kısıtlayıcı oldukları tespit edilmiştir. Bu tespit Lok (1996)' un çalışmasında atıfta bulunulan Hence' nin “fiziksel aktivite kısıtlaması” nın fizyolojik stresör olarak sınıflandırılması gerekliliğini destekler bir veri olarak sunulmuştur.

Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3 farklılık göstermektedir, diğer alt boyutlar ise farklılık göstermemektedir (Tablo 31). Genel olarak incelenirse; farklılık olanlarda gelir durumu arttıkça stres puanının arttığı gözlemlenmiştir; ancak literatür bulguları ekonomik gelir açısından araştırma bulguları ile çelişmektedir. Funch et al. (1982) yapmış olduğu çalışmada ekonomik desteğin statüyü iyileştirdiği ve fiziksel iyiliği ve özsaygıyı arttırdığı saptanmıştır. Ekonomik desteğin bireylerin tedavisine bağlı maddi kayıplarını yerine koymada yararlı olabileceği, bireylerin ekonomik stresörlerini azaltarak etkin baş etmeyi arttıracığı düşünülmüştür; ancak bu desteğin başka insanlardan veya kurumlardan gelmesi ve sürekliliğinin sağlanamaması bireylerin bu alanda gelecek kaygısı yaşamalarına neden olabilir.

Başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre Hemodiyaliz Stres Ölçeği alt boyutlarından, Faktör 4 içinde gruplanmış bulunan fizyolojik stresörlerden; bulantı ve kusma, kas krampları ve uyku sorunları maddelerinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 35); ancak bunu destekleyen literatür bilgilerine rastlanmamıştır.

Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının, hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre, araştırmamızda, anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 36).

Hemodiyaliz Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının, hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumuna göre, araştırmamızda, anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 32).

Hemodiyaliz Stres Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, Faktör 2 alt boyutu ile Faktör 6 alt boyutu arasındaki ilişki hariç tüm alt boyutların birbirleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 34).

7.5. Semptom Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Görülen semptom puanlarının dağılımı açısından, en çok görülen dört semptom; aşırı yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda azalma, bağırsak hareketlerinde düzensizlik, yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme olarak tespit edilmiştir (Tablo 37). Bizim çalışmamızı destekler şekilde Taşçı (1998)' nin çalışmasında da; hastalarda, yürüme ve koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme, kaslarda kuvvet azlığı ve cinsel istekte azalma semptomları görülmüştür, diğer taraftan Weisbord et al. (2008) çalışmasında; deneyimlenen semptomların kültürel zeminle ilgili olabildiği, ülkeler arasında farklılık gösterebileceği tespit edilmiştir, örneğin; Straub et al. (2008) çalışmasında en önemli semptomun yorgunluk olduğu görülmektedir. Semptom puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında (Tablo 39) semptomlardan; baş dönmesi, kemik ağrısı, bacak ağrısı ve kas ağrısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Baş dönmesi, bacak ağrısı, kemik ağrısı, kas ağrısı semptomları kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Diğer semptomlarda cinsiyet açısından fark görülmemektedir.

Semptom puanlarının hemodiyaliz uzunluğuna göre karşılaştırılmasında (Tablo 40), semptomlardan; baş ağrısı, baş dönmesi ve konsantrasyon gücü hemodiyaliz uzunluğuna göre değişmektedir. Bu üç semptom sıklığı dört saat hemodiyalize girenlerde, dört saatten fazla hemodiyalize girenlere göre daha fazladır.

Semptom puanlarının hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre değerlendirilmesinde (Tablo 41), anlamlı bir fark bulunmamıştır, bir başka deyişle, başka bir kronik hastalık bulunup bulunmaması ile Tablo 40' daki semptomların hastalarda görülmesi arasında herhangi bir ilişki yoktur. Bizim çalışmamızı destekler şekilde, Steven

et all. (2005) alışmasında, kronik bir hastalık olarak diabetin, uzmanların kanısının aksine semptom yükünde bir artışa sebep olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Semptom puanlarının sigara kullanma durumuna göre değerlendirilmesinde (Tablo 42), semptomlardan; baş dönmesi ve bacak ağrısı, sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu iki semptom sıklığı sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre daha fazladır.

Semptom puanlarının hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre değerlendirilmesinde (Tablo 43), semptomların sıklığı ile hastalarda hemodiyalize bağlı komplikasyon olup olmaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi ve önerilerde bulunmak amacı ile planlanan bu çalışmanın araştırma sonuçları;

1) Örneklemin kişisel özellikleri incelendiğinde;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 55,18 dir. En küçük hasta 24 , en yaşlı hasta ise 82 yaşında olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların %40,2'si kadın, 59,8'i ise erkektir.
- Medeni durumlarına bakıldığında, hastaların %76,5'i evli, %9,8'i bekar ve %12,7'si boşanmış durumdadır.
- Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise yaklaşık %45 'lik kısmının ilkokul mezunu olduğu, bunun yanında hastaların %24,5'inin okuryazar olduğu görülmektedir. Ortaokul ve lise mezunlarının oranları ise birbirlerine yakın olup yaklaşık olarak %11 olarak belirlendi.

2) Örneklem, hastalık ve tedavi özellikleri açısından incelendiğinde;

- Hastaların %94,1' inin KBY olduğu görülmektedir ve %96,1' i hastalığın son evresindedir. Hastaların %92,2' si haftada 3 kez hemodiyalize girmektedirler. Girmiş oldukları hemodiyalizin süresi ise %96'1' i 4 saattir.
- Hastaların %67,6' sı hemodiyaliz ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında hastaların %31,4' ü ise hemodiyaliz ile ilgili eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Hastaların %91,2' si hemodiyaliz hastalığının ailede başka birinde olmadığını söylemişlerdir.

- Araştırmaya katılan hastaların %59,8' inde başka bir kronik hastalık olmadığı görülmektedir. Vasküler girişim yolu olarak, hastaların, %92,2' sinin Arteriyovenöz Fistül olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların %92,2' lik kısmının sigara kullanmadığı, %7,8' inin ise sigara kullandığı belirlenmiştir. Aynı şekilde alkol kullanım durumunda da araştırmaya katılan hastaların neredeyse hiçbirinin alkol kullanmadığı belirlendi. Hastaların %85,3' ü hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaştıklarını, %4,9' u ise karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

3) Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde;

- Hastaların ölçek toplam puan ortalaması $77,91 \pm 16,417$ olarak ortalamının üzerinde bulundu. Bu durum; hemodiyaliz hastalarının verilen hemşirelik bakımından memnun olduklarını göstermektedir.
- Hemodiyaliz hastalarının yaş grupları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.
- Cinsiyet durumlarına göre memnuniyet ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
- Eğitim durumuna göre ölçek toplam puanları hastaların eğitim durumuna göre değiştiği saptandı.
- Hastaların meslekleri ile ölçek memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.
- Hastaların gelir durumları ile ölçek memnuniyet puan durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşamamıştır.
- Hastaların hemodiyaliz ile ilgili eğitim alıp almama durumları ile ölçek memnuniyet puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

- Hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmaması ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
 - Hastaların hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumları ile ölçek memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
- 4) Hemodiyaliz Stres Ölçeği puanlarının dağılımını incelendiğinde;
- Hastaların ölçek toplam puan ortalaması $0,729 \pm 3,85$ olarak bulundu. Bu durum; hemodiyaliz hastalarının diyalize bağlı yüksek düzeyde stres yaşadığı belirlendi. Çalışmamızda, hemodiyaliz hastalarında en çok karşılaşılan stresörler, sırasıyla; bulantı ve kusma, tedavinin maliyeti, aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler, giyim tarzlarında kısıtlama, çocukları ile ailede rollerin yer değiştirmesi olarak belirlendi.
 - Araştırmamızda, kadın ve erkek katılımcılar arasında stres derecesi açısından önemli bir fark bulunamadı.
 - Araştırmamızda, ölçeğin Faktör 2 ve Faktör 5 alt boyut puanlarında eğitim durumuna göre farklılık tespit edildi.
 - Ölçek ve alt boyut puanlarının yaş değişkeni ile aralarında anlamlı bir fark bulunamadı.
 - Ölçek ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3 açısından farklılık gösterdiği, diğer alt boyutlar açısından ise farklılık göstermediği tespit edildi.
 - Araştırmamızda, başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre ölçeğin alt boyutlarından, Faktör 4 içinde gruplanmış bulunan fizyolojik stresörlerden; bulantı ve kusma, kas krampları ve uyku sorunları maddelerinde anlamlı fark bulundu.

- Ölçek ve alt boyut puanlarının, hemodiyalize bağlı komplikasyonla karşılaşma durumuna göre incelemesinde; anlamlı bir fark bulunamadı.
- Ölçek ve alt boyut stres puanlarının, hastaların hemodiyalize ilgili eğitim alıp almadıklarına göre anlamlı bir fark bulunamadı.
- Araştırmamızda, meslek durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından , Faktör 2 farklılık göstermektedir. Memur kesimin diğer mesleklere göre daha fazla stres yaşadığı bulundu.

5) Semptom puanlarına ilişkin bulgular incelendiğinde;

- Araştırma sonucunda, en çok görülen dört semptom; aşırı yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda azalma, bağırsak hareketlerinde düzensizlik, yürüme koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme olarak tespit edildi.
- Semptom puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında baş dönmesi, kemik ağrısı, bacak ağrısı ve kas ağrısı semptomlarının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü saptandı.
- Semptom puanları hemodiyaliz uzunluğuna göre karşılaştırılmış, semptomlardan; baş ağrısı, baş dönmesi ve konsantrasyon güçlüğü hemodiyaliz uzunluğuna göre değiştiği tespit edildi.
- Hastalarda başka kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre yapılan değerlendirmede anlamlı bir fark bulunmadı.
- Semptom puanlarının sigara kullanma durumuna göre değerlendirilmesinde, semptomlardan; baş dönmesi ve bacak ağrısı, sigara kullanım durumuna göre farklılık gösterdiği, bu iki semptom sıklığının sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre daha fazla olduğu tespit edildi.
- Semptomların sıklığı ile hastalarda hemodiyalize bağlı komplikasyon olup olmaması arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda;

- Kronik Böbrek Yetmezliği ve benzeri pek çok hastalıklarda, memnuniyet araştırmaları hasta bakım kalitesinde bir parametre olarak kullanılmalıdır. Bu araştırmalar kliniklere ve hastanelere özgü, farklı zamanlarda ve daha geniş örneklem grupları ile yapılarak, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri değerlendirilmelidir.
- Çalışmamızda görülme sıklığı yüksek stresörlerden olan aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler; iş hayatından mahrum kalınması, eş ve çocukların çalışmak zorunda olması, Türk aile yapısında önemli yeri bulunan aile reisliğinin kaybedilmesi vb. alt boyutlarının sorgulanarak ve aynı şekilde diğer görülme sıklığı yüksek stresörlerden; bulantı ve kusma, tedavinin maliyeti, giyim tarzlarında kısıtlama ve çocukları ile ailede rollerin yer değiştirmesi vb. stresörlerin de kendi olası alt boyutları açısından değerlendirilerek, aslında hastalar için neyi ifade ettiğinin kesin tespitine varılması ve bu stresörlerin en aza indirgenebilmesi yolunda daha net verilere ulaşılması için farklı çalışmaların planlanması.
- Araştırma sonuçlarına göre hemodiyaliz hastalarında en çok görülen dört semptom; aşırı yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda azalma, bağırsak hareketlerinde düzensizlik, yürüme ve koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme olarak tespit edilmiştir. Bu semptomların görülme sıklığının azaltılması amacıyla, hastaya özgü bakım planlarının oluşturulması ve dönemsel olarak bu planların etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.
- Hastaların, hemodiyalize bağlı oluşan stresörler ile etkin baş edebilmesine yardımcı olması amacıyla, verilen hemşirelik bakımının yanında, hemşireler ve hekim ile uyum içinde çalışacak bir terapistin de diyaliz merkezleri bünyesinde istihdam edilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Akdemir N., Birol L. (2003) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı Yayını. İstanbul, s.578-603.

Akın S.,Erdoğan S. (2007) Journal Of Clinical Nursing, 16,s.646-653.

Akoğlu E. (1997-Mayıs) Hemodiyaliz Tedavi İlkeleri. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s.17-21.

Akpolat T. (2002) Diyaliz Hastası El Kitabı 1. Roche Müstahzarları San.A.Ş. Samsun. s.9.

Akpolat T., Utaş C. (1997) Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı.

Akpolat T., Utaş C. (1997) Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri.

Akpolat T., Utaş C. (2001) Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Sorunlar. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, (Editör: Tekin Akpolat, Cengiz Utaş), Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş., İstanbul, s.205-206.

Akpolat T., Utaş C. (2001) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 3.Baskı. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul.

Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. (2007) Nefroloji El Kitabı 4.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s.1-21, 283-363.

Aksakal T., Bilgili N. (2008) Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Tıp Dergisi; 30(4), s.242-249.

Akut Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, (2006;15) (ek supplement 1).

Akut Böbrek Yetmezliğine Genel Bakış, Türk Nefroloji Derneği ve Transplantasyon Dergisi, (2006) 15 (ek/supplement 1), s.5-12.

Akyol AD. (2005) Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım.Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, İzmir.

Akyol DA. (1993) Hemodiyalize Giren Hastaların Verilen Bakımdan Memnun Olmalarının Değerlendirilmesi. Uluslararası Değerlendirme, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s.80-91.

Aksakal T., Bilgili N., (2008) Hemşirelik Hizmetlerinde Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği.Erciyes Tıp Dergisi, 30(4); 243.

Albayrak N. (1999) Kalite ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2(2), s.34-42.

Algier L., Abbasoğlu A., Hakverdioğlu G., Ökdem Ş., Göçer S. (2005) Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 9(1), s.33-40.

Argan M., Tokay AM. (2002) Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(2); 10-17.

Argon G. (2002) Kronik Hastalıklara Uyum. Kronik Hastalıklarda Bakım. İnter Tıbbi Yayıncılık, İzmir.

Arık N., Dilek M. (2008) Nefroloji, 2.Baskı. Karakter Color A.Ş., İstanbul. s.336-354, 355-374.

Arıkan Y. (1999) Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Arslan Ç., Kelleci M. (2011) Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik

Bakımından Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 14:1.

Ataman R. (1995) Diyaliz Hastalarında Diğer Tedaviler, Hemodiyaliz El Kitabı, Editör: Emel Akoğlu), Türk Nefroloji Derneği Yayını, İstanbul. S.57-63.

Badaran A., Nasri H. (2006) Correlation of Serum Parathormone with Hypertension in Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis. Erciyes Tıp Dergisi, Kayseri. 28(3), s.105-110.

Baldree KS., Murphy SP. & Powers MJ. (1982) Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. Nursing Research, 31(2);107-112

Baltaş A., Baltaş Z. (1993) Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Baltaş ZA. (1999) Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Battaloğlu B. (2007) Kronik Böbrek Yetmezliği Hastlarında Etyolojik Değerlendirme, İstanbul. s.7.

Bayık A. (2004) “Hemşirelik Araştırmalarına Kalite Yaklaşımı” II.Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü ve Hemşirelik Neredeyiz?. Odak Ofset, s.161-79.

Bayraktar K., Gedikoğlu G., Kazancıgil A. (1991) Klinik Bilimler. Tayf Ofset, İstanbul.

Beleed K., Wright M., Eadington D., Farr M., Sellars L. (2002) Vaccination Against Hepatitis B Infection in Patients with End Stage Renal Disease, Postgrad Med J., 78(923): 538-540.

Bergman JM. et al. (2008) Chronic Kidney Disease In: Harrison's Principles of Internal Medicine (17th Edition).

Besarab A., Raja RM. (2003) Hemodiyaliz için damar giriş yolları, Bozfacıoğlu S.

(Çev.Ed.), Diyaliz El Kitabı, 3.Baskı. Ankara Güneş Kitabevi, Ankara. s.67-83.

Birol L. (1998) Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul. 9.Baskı, s.199-228.

Birol L., Akdemir N. (2005) Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, In: İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, 2.Baskı, s.552-553.

Birol L., Akdemir N., Bedük T. (1997) Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In: İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara Vehbi Koç Vakfı Yayını, No:6, s.436-480.

Bölükbaşı N., Türköz Z. (2002) Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 5(2); s.18-28

Bregman H., Daugirdas JT., Ing T.S. (2003) Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar. Bozfakıoğlu S. (çev.ed.), Diyaliz El Kitabı, 3.baskı. Güneş Kitabevi, Ankara. s.148-165.

Brunier G. (1996) Care of the Hemodialysis Patient with a New Permanent Vasculer Access: Review of Assessment and Teaching Anna J., 23(6), s.547-556.

Chan C., Wong D. & Ho P. (1992) Preliminary Reports of a Survey of the Members of the Self-Help Groups for Persons with Chronic Illness in Hong Kong. Department of Social Work and Administration, Hong Kong University, Hong Kong.

Chowanec GD., Binik YM. (1989) End Stage Renal Disease and the Marital Dyad: an ampirical investigation. Social Science and Medicine, 28(9), s.971-983.

Cihangiroğlu N. (1996) GATA Eğitim Hastanesi' nde Yatarak Tedavi olan Hastalara Verilen Sağlık Bakım Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmininin İncelenmesi. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Cimilli C. (2003), Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve

Transplantasyon Dergisi, 12(1), s.88-92.

Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Diseases: Evaluation, Classification and Stratification. AJKD, National Kidney Foundation, Vol.39, No:2 Supplement, 1 February 2002.

Conger JD. (1995) Interventions in Clinical Acute Renal Failure: what are the data?, Am J Kidney Disease, 26:565.

Çavuşoğlu H. (2002) Cecil Essentials of Medicine (5th edition), Böbrek Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, s.221-291.

Çetinkalp Ş. (2005) Pratik İç Hastalıkları. Asya Tıp Kitabevi, İzmir. s.365-416.

Çınar S. (2009) Diyaliz Hastalarında Psikososyal Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Cilt:6 Sayı: 1-2, Ocak/Haziran 2009, Temmuz/Aralık 2009, s.23.

Çuhadar D., Sertbaş G. (2004) Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar. Hemşirelik Forum Dergisi, Cilt 7, Mayıs-Haziran s.27-31.

Daigle MC., Stewart M. (1997) Support and Coping of Male Hemodialysis-Dependent Patients. International of Nursing Studies 34(6): s.420-430.

Değirmenci Saltürk AG. (2006) Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 111.Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Değirmenci Saltürk G.A. (2006) Hemodiyaliz Hastaları Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Demir C., Çimen M., Peker S., Kostik Z., Şen D. (2005) Gata Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeylerinin Hesaplanması.

Gülhane Tıp Dergisi, 42; 65-67.

Demir Y., Eşer İ. (2005) Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bir Ölçek Çalışması. Hastane Yönetimi Dergisi, 1:31-42.

Demirtaş B. (2004) Jinekoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Aldıkları Hemşirelik Hizmetlerinden Memnun olma Durumları ve Beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(1); 34-37.

Dobell E., Chan M., Williams P., Allman M. (1993) Food Preferences and Food Habits of Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Dialysis. J Am Diet Assoc. 93(10): s.1129-1135.

Efe S. (1992) İç Hastalıkları Tedavi Yıllığı (6.baskı), Böbrek Hastalıkları. Uycan Yayınları, İstanbul, s.225-251.

Emir G. (2000) Hemodiyaliz Yöntemleri. Çınar Dergisi. 6(3-4): s.53-58.

Erbinç S., Açikel C., Başoğlu C., Çetin M., Çeliköz B. (2002) Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, s.162-168.

Erek E., Serdengeçti K., Ataman R., Damak S. (1997) Türkiye’ de Nefroloji – Dializ ve Transplantasyon. Tayf Ofset, İstanbul.

Eroğlu F., Özmen S., Noyaner A., Aydın C. (2001) Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz? Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8(3); 9-11.

Erol N. (2010) Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof.Dr. Birsen Yürügen, İstanbul. s.24-25.

Ersoy F.F. (2005) Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yöntemi Seçimi,

Tükiye Klinikleri Int.J.Mes.Sci.: 1(21): s.88-92.

Ertan Y., Sağduyu A. (1998) Hemodiyalize Giren Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi, 9(1): s.13-22.

Ertürk Ş. (2002) Kronik Böbrek Hastalarına Yaklaşım. Galens Tıp Dergisi. 6:8-11

Eşit Üstün M., Karadeniz G. (2006) Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 1(1), s.33-43.

Evrenkaya R. (1996) Kronik hemodiyaliz uygulananlarda introvasküler sıvı hacmi ve kuru ağırlığın non-invaziv yöntemler ile araştırılması, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nefroloji Servis Şefliği, Yan dal uzmanlık tezi, T49507, İstanbul.

Fadiloğlu Ç., Akyol AD., Kaya B. (1995) Hemodiyalize Giren Hastaların Ailelerinin Hastalığa Olan Yaklaşımları ve Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. Çınar Hemşire Dergisi, 1(4): s.1-7.

Fellner SK., Lang RM., Neumann A., et al. (1993) Cardiovascular Consequences of the Correction of the Anemia of Renal Failure with Erythropoetin. Kidney Int.: 44:1309-1315.

Fenton S.S.A., Schaulbel D.E., Desmeules M., et al. (1997) Hemodialysis versus peritoneal dialysis: A comparison of adjusted mortality rates. Am J Kidney Dis, 30:334-342.

Ferrari G., Talassi E., Baraldi C., Lambertini D., Tarchini R. (2003) Vascular Access Validity and Treatment Efficiency in Hemodialysis. G Ital Nefrol, 20 Suppl 22; s.22-29.

Funch DP., Metlin C. (1982) The role of support in relation to recovery from breast surgery. Social Science and Medicine; 16,91-98.

Gelmez M. (2002) Hemodiyaliz İşlemini Başlatma ve İzleme. Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları (Fethiye Bulut, Sema Çiçek, Gönül Emir ve ark.). İntaş Matbaacılık, İstanbul. s.3-13.

Görgeç Ö. (2000) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Gurklis J., Menke E. (1998) Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. Nursing Research 37, 236-239.

Güven Apaydın S. (1997) Diğer Hemodiyaliz Tipleri, Aktüel Tıp Dergisi. 2(4): s.234-237.

Hamzaçebi F. (1999) Düzenli hemodiyaliz tedavisi olan hastaların beslenme düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. T91423.

Hart J., Neiman V., Chaimoff C., Walloch Y., Djaldetti M., (1996) Patient satisfaction in two departments of surgery in a community hospital. Isr J.Med.Sci, 32; 1338-1343.

Harwood L., Locking-Cusolito H., Spittel J., Wilson B., White S. (2005) Preparing for Hemodialysis: Patient Stressors and Responses. Nephrology Nursing Journal,32(3), s.295-302.

Hastaoğlu S. (2007) Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Heggin J., Hafner G., Zaruba K., Sikora J. (1995) Surgical Preparation Planning of Hemodialysis Candidates, Helv Chir Acta, 42(1-2): s.135-137.

Henrich William L. (2004) Principles and Practice of Dialysis. University of Maryland

Medical Center. Baltimore, Maryland, s.556.

Hiçdurmaz D. (2005) Hemodiyaliz ve sürekli ayakta periton diyalizi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman: Prof.Dr. Fatma Öz).

Hogston R. (1995) Quality Nursing Care: a qualitative enquiry. Journal of Advanced Nursing, 21(1).

<http://bizimsaglik.org/c/ho.asp?Pagenum=7&id=6259&yid=-1&..>, Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2012.

<http://www.docstoc.com/docs/106257481/KRONIK-B%EF%BF%BDBREK-YETMEZLIGI.>, Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2012.

<http://www.medikalakademi.com.tr/index.php/ailehekimligi/121-kronik-boebrek-hastaltan-ve-tedavisi.>, Erişim Tarihi:12 Mayıs 2012.

http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 23 Nisan 2012.

http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 15 Mart 2012.

http://www.tsn.org.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 08 Mart 2012..

http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf., Erişim Tarihi: 02 Şubat 2012.

http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2009.pdf., Erişim Tarihi: 14 Nisan 2012.

http://www.tsn.org.tr/folders/file/ulkemizde_hemodiyaliz_tarihcesi.pdf., Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2012.

İnan İ. (1988) Hemodiyalize devam eden hastalarda hijyenik bakımın sağlanmasında hemşirelik etkinliklerinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

İpek Çoban G., Kaşıkçı M. (2007) Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin

Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

İsmail N., Becker BN. (1994) Treatments Options and Strategies in Uremia: Current Trends and Future Directions. *Semin Nephrol.* 14:292-299.

Jean-Blaise W., Micheline M., Georges H., et al. (2006) Satisfaction of Patients on Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis, *Swiss Med Wkly.*

Johnson CA, Levey AS, Coresh J, et.al.: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: Part I. Definiton, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. *American Family Physician*, 70(5), 2004.

Jungers P., Robino C., Choukroun G., Man NK. (2001) Indications and Preperations for Kidney Dialysis, *Rev Prat*, 28;51(4): s.391-395.

Kara B. (2004) Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Stres ve Başetme. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara.

Kara B., İşcan B. (2005) Hemşirelerin Hemodiyaliz Hastalarında Algıladıklar Stresörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. Kasım 2005-Şubat 2006: 57-64.

Karabulutlu E., Tan M., Erdem N., Okanlı A. (2004) Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Kabul Tarihi 26 Kasım 2004.

Karakoç A. (2001) Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kelleci M. (1998) Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.

Kıyıkım, A.A. (2006), *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 15

(Ek/Supplement 1), İstanbul, s.11.

Koşar A., Biricik S.S. (2006) Dahiliye. Kelebek Matbaacılık, İstanbul. s.419.

Küçük L. (2005) Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14(4), s.166-170.

Küçük L. (2006) Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi (Danışma Yrd.Doç.Dr.Özlem Işıl), İstanbul.

Küçük M. (2008) Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumların arasındaki ilişkinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar, (Danışman:Doç.Dr. Serap Demir).

Lok P. (1996) Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. Journal of Advanced Nursing 23(5), 873-881.

Mok E., Tam B. (2001) Stressors and coping methods among chronic hemodialysis patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. 10, 503-511.

Moreno F., Lopez-Gomez JM., Sanz-Guajardo D, et al. (1996) Quality of Life in Dialysis Patients. A Spanish Muticentre Study, Nephrol Dial Transplant, 11(suppl.2): 125-129.

Ocak Z. (2002) Hemodiyaliz Hastalarında Yalnızlık ve Hemşirelik Yaklaşımının Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Okumuş H. (2003) Hemşire Hizmetlerinde Kalite Güvenliği. Türk HemşirelerDergisi; 1(53), s.7-11.

Okumuş H., Akçay H., Karakurt H. ve ark. (1993) Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s.177-183.

Ovayolu N., Bahar A. (2006) Hemşirelik ve Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik

Yüksekokulu Dergisi, C:9 S:1, s.104-108.

Öz F. (1999) Cerrahi Girişim Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar. 5.Uusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. Novartis A.Ş., İstanbul, s.56-60.

Öz M. (2004) Hasta memnuniyeti ve S.S.K.B. Ankara Eğitim Hastanesi' nde bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.

Özer A., Çakıl E. (2007) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi; 30(4), s.140-143.

Özkan S. (1993) Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi, Roche, İstanbul.

Özpoyraz N., Yalçın E., İnal M. (1996) Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi: Tanımı, gelişimi, işlevleri ve uygulamaları. Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. s.69-79.

Öztarhan S., Kaya G., Ünal B., Küçüker H., Kütük P. (1995) Ayaktan Devamlı Periton Diyalizinde Hemşirenin Rolü. Çınar Hemşire Dergisi, 1(3): s.27-28.

Paydaş S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyet Tedavisi, Nefroloji Seminerleri 4, Kronik Böbrek Yetmezliği, (Editör: Nurol Arık), Sanofi Pharma, Samsun. s.75-76.

Pehlivan S., Ovayolu N., Uçan Ö., Karadağ G. (2007) Hemodiyaliz hastalarının verilen bakımdan memnun olma durumları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2,Sayı:4.

Petrie K. (1989) Psychological Well-Beeing and Psychiatric Disturbance in Dialysis and Renal Transplant Patients. British Journal of Medical Psychology, 62, s.91-96.

Pisoni R. and Remuzzi G. (2001) Pathophysiology and Management of Progressive Chronic Renal Failure Primer on Kidney Diseases (3rd Edition), NKF. Chapter 58:385-

396.

Procci WR., Goldstein DA., Kletzky OA. (1983) Impotence in Uremia. Preliminary results of combined medical and psychiatric investigation. "Psychonephrology II. Psychological Problems in Kidney Failure and Their Treatment" (End.N.B. Levy)' da, New York Plenum, New York, s.235-246.

Remuzzi G., Bertoni T. (1998) Pathophysiology of Progressive Nephropathies. New England Journal of Medicine, 339:1448-1156.

Rettig RA., Lehr KM. (1994) Measuring, Managing and Improving Quality in the End-Stage Renal Disease Treatment Setting. American Journal of Kidney Diseases, 24(2), s.228-234.

Schrier RW. (2007) Nefroloji El Kitabı, 6.Baskı, Çeviri Editörü: Süleymanlar G. Güneş Kitabevi Ltd,Şti. s.187-195.

Selamet U. (2005) Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektoretinogram Değişiklikleri Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Dahiliye Kliniği, İstanbul.

Smeltzer SC., Bare BG. (1996) Brunner and Suddarth's Textbok of Medical Surgical Nursing, 8th Edition. J.B. Lippincott Company, Philadelphia. s.106-118, 318-324, 1154-1167, 1196-1204.

Star RA. (1998) Treatment of Acure Renal Failure. Kidney Int., 54:1817.

Stone AA., Neale JM. (1984) New Measure of Daily Coping: Development and Preliminary Results. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), s.892- 906.

Straub CK., Murphy SO., Rosenblum R. (2008) Exercise in the Management of Fatigue in Patients on Peritonel Dialysis. Nephrol Nurs J. Sep-Oct; 35(5); s.469-475.

Şahin N. (1998) Hemodiyaliz Hastalarının Rehabilitasyonu. Çınar Hemşire Dergisi, 4(2);

s.31-35.

Şen A., Sever A., Karako A. (2004) Periton Diyalizi Uygulamaları. Eczacıbaşı Baxter.

Tanrıverdi MH ve ark. (2010) Kronik Böbrek Yetmezliği, Konuralp Dergisi, 2(2) s.27-32.

Taşçı S. (1998) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman Doç.Dr. Tülin Bedük). Ankara

Taşkopan H., Utaş C. (2002) Akut Böbrek Yetmezliği Tedavisinde Diyaliz Yöntemleri, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, II (4); 191-198.

Terakye G. (1998) Hasta hemşire İlişkileri. Zirve Ofset Ltd.Şti., Ankara. s.10-107.

Token Y., Yıldırım YK., Fadiloğlu Ç. (2005) Diyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Temmuz-Ekim, s.50.

Tunmore R. (1990) Setting the Pace. Nursing Times, 86(34), s.29-32.

Tükel B., Acuner AM., Önder ÖR., Özgül A. (2004) A.Ü. İbni Sina Hastanesi' nde Yatan Hastaların Hasta Memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 57; 204-214.

Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi I Official Journal of the Turkish Society of Nephrology: II (I): 45, (2002) Hemodiyaliz yeterliliği ile komorbid faktörler arasındaki ilişki.

Utaş C. (2005) Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliği Dergisi Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Int.J.Med.Sci.: 1(21): s.9-10, s.18-20, s.21-23, s.82-87.

Ulus B. (2004) İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi' nde Hizmet Alan Ebeveynlerin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Uyer G. (1993) Hemşirelik ve Yönetim. Hürbilek Matbaacılık, Ankara.

Uz HM., Özbakır Dİ., Engin C., (1997) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti; Bir Saha Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara. s.113-118.

Uz MH. (1995) Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirme Tecrübeleri, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

Uzun Ö. (2003) Hemşirelik Bakım Kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Saptanması. Türk Hemşireler Dergisi, 54(2); 16-24.

Ünal A. (1998) Hastane Hemşirelik ve Ebelik Uygulama Alanlarında Kalite. Hemşirelik Ebelik Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı. Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri.

Vanketeson J. (1999) Dialysis Considerations in the Patient with Chronic Renal Failure, Second Edition. William LH.(ed), Lippincott Williams and Wilkins, s.549.

Walsh M., Walsh A. (1999) Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. Journal of Advanced Nursing, 29(2); 307-315.

Weisbord SD., Bossola M., Fried LF., Giungi S., Tazza L., Palevsky P., Arnold RM., Luciani G., Kimmel PL. (2008) Cultural Comparison of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis. Hemodialysis International; 12: s.434-440.

Weisbord SD., Fried LF., Arnold RM., Fine MJ., Levenson DJ., Peterson RA., Switzer GE. (2005) Prevalence, Severity and Importance of Physical and Emotional Symptoms in

Chronic Hemodialysis Patients. J Am So Nephrol 16:2487-2494.

Woodcock S. (1997) Why do Renal Nurses Focus on Issues of Compliance When Working in the Rehabilitative. Tayf Ofset, İstanbul. s.93-94.

Woodcock S. (1999) Why do Renal Nurses Focus on Issues of Compliance When Working in the Rehabilitative Hd Setting, Edtna Erca J. 25(1): s.28-30.

www.bezmialemastanesi.com/downloads/Prof.Dr.Rumeyza_KAZANCIUGLU.pdf.Erişim Tarihi: 07 Nisan 2012.

www.tsn.og.tr/folders/file/2010_registry.pdf., Erişim Tarihi: 09 Nisan 2012.

Yalçınkaya N. (2000) Malatya Turgut Özalp Tıp Merkezi' nde 1999 Yılında Yatarak Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Durumları ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Yılmaz M. (2002) Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı olan Hasta ve Ailesinin Hastalıkla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. Çınar Hemşire Dergisi, İstanbul. 8(2),s.29-35.

Yılmaz M. (2000) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Yılmaz MÇ. (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü; Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Meslek Yüksekokulu Dergisi; 5(2), s.69-74.

Yurt AS. (1999) Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yürügen B. (2001) Nefroloji Hastasının Hemşirelik Değerlendirmesi. Böbrek hastalıkları, diyaliz ve transplantasyon hemşireliği eğitim programları kitabı. Mat Yapım, İstanbul. s.6-8.

Yürümezoğlu Arslan H. (2007) Yataklı Tedavi Kurumlarında alışan Hemşirelerin İş Doyumları ve Hastaların Hemşlirelik Hizmetinden Memnuniyeti. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Zawada ET. (1994) Indications for Dialysis. Handbook of Dialysis. Daugirdas JT, Ing TS (eds). Boston: Little Brown and Company, s.3-9.

Ek 1

HASTA TANIM FORMU

BÖLÜM 1. Kişisel Özellikler

1. Cinsiyet: Kadın Erkek
2. Yaş
3. Medeni Durumunuz ? Evli Bekar Dul/Boşanmış
4. Eğitim Durumunuz? Okur-Yazar İlkokul Mezunu Lise Mezunu
 Ortaokul Mezunu Üniversite Mezunu
5. Mesleğiniz? İşçi Memur Serbest Meslek Ev Hanımı Diğer..
6. Çalışma Durumunuz? Çalışıyor Çalışmıyor Emekli
7. Aile Tipiniz? Çekirdek Aile Geniş Aile Parçalanmış Aile
8. Sizin bakımınızla ilgilenen, size yardımcı olan biri var mı? Hayır Evet (Kim.....)
9. Gelir Durumunuz? Gelir gidere göre yüksek Gelir ve gider eşit
 Gelir gidere göre az

BÖLÜM 2. Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Özellikler

1. Tanısı:
2. Hastalığın evresi :
3. Diyaliz başlangıç tarihi :
4. Haftalık hemodiyaliz sayısı:
5. Hemodiyaliz uzunluğu : 3 saat 3,5 saat 4 saat 4saat üzeri
6. Hemodiyaliz tedavi süresi (ay):
7. Hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumu : Hayır Evet
8. Ailede başka hemodiyaliz hastası var mı? : Hayır Evet
9. Şimdiki hastalığımız dışında başka bir kronik sağlık sorunuz var mı? : Hayır Evet ..

10. Vasküler girişim yolu : Arteriyovenöz Fistül Arteriyovenöz Greft
 Vasküler Kateterizasyon

11. Sigara içiyor musunuz? Hayır Evet ise miktarı

12. Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet

13. Sürekli kullandığınız ilaçlar : 1 2 3

14. Hemodiyalize bağlı komplikasyonlarla karşılaşma durumu: Hayır Evet ise...

SEMPATOMLAR	1. HER ZAMAN	2. ÇOĞU ZAMAN	3.BAZEN	4.NADİREN	5.HİÇBİR ZAMAN
BAŞ AĞRISI					
BAŞ DÖNMESİ					
KAŞINTI					
BACAK AĞRISI					
KAS AĞRISI					
KEMİK AĞRISI					
UYKU DÜZENSİZLİĞİ					
KONSANTRASYON GÜÇLÜĞÜ					
CİNSEL FONKSİYONLAR DA AZALMA					
İŞTAHSIZLIK					
BULANTI KUSMA					
BAĞIRSAK HAREKETLERİN DE DÜZENSİZLİK					
NEFES DARLIĞI					
YÜRÜME KOŞMA ESNASINDA DİNLENME İHTİYACI HİSSETME					
AŞIRI YORGUNLUK					

Ek 2

HEMODİYALİZ STRESS ÖLÇEĞİ

Aşağıda hemodiyaliz hastalarına tedavi ile ilişkileri algılanan, fiziksel, fizyolojik ve psikososyal stresörler belirtilmektedir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizin için ne kadar uygun olduğuna karar veriniz ve işaretleyiniz.

Stresörler	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Sıvı alımının kısıtlanması	1	2	3	4	5
2.Hastaneye sık sık gelme zorunluluğu	1	2	3	4	5
3.Gelecekle ilgili belirsizlik	1	2	3	4	5
4. Sağlık personeline bağımlılık	1	2	3	4	5
5.İş yaşantısının etkilenmesi	1	2	3	4	5
6.Yiyecek kısıtlaması	1	2	3	4	5
7. Yorgunluk	1	2	3	4	5
8.Sosyal yaşamda kısıtlanma	1	2	3	4	5
9.Uyku sorunları	1	2	3	4	5
10.Yalnız kalma korkusu	1	2	3	4	5
11.Tedavinin süresi	1	2	3	4	5
12.Aile bireylerinin sorumluluklarındaki değişimler	1	2	3	4	5
13. Çocuk sahibi olma yeteneğinin azalma	1	2	3	4	5
14.Tatil için yer ve zaman kısıtlaması	1	2	3	4	5
15.Bedensel işlevlerde kayıp	1	2	3	4	5
16.Başkalarına bağımlılık	1	2	3	4	5
17.Beden görünümündeki değişiklikler	1	2	3	4	5
18.Diyaliz ünitesine geliş ve gidişler	1	2	3	4	5
19.Cinsel istekte azalma	1	2	3	4	5
20.Eşi ile ailedeki rollerin tersine dönmesi	1	2	3	4	5
21.Çocukları ile ailede rollerin yer değiştirmesi	1	2	3	4	5
22.Fiziksel aktivitelerde kısıtlama	1	2	3	4	5
23.Kaşıntı	1	2	3	4	5
24.Kas krampları	1	2	3	4	5
25.Damar yoluna girişle ilgili yaşanan sorunlar	1	2	3	4	5
26.Eklemlerin sertleşmesi	1	2	3	4	5
27.Bulantı ve kusma	1	2	3	4	5
28.Giyim tarzlarında kısıtlama	1	2	3	4	5
29.Tedavinin maliyeti	1	2	3	4	5

Ek 3

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Oldukça Memnunum</i>	<i>Çok Memnunum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığımız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavrardan	1	2	3	4	5
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16.	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17.	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18.	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19.	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

Ek 4



Fresenius Medical Care

**FRESENIUS ŞİŞLİ DİYALİZ
HİZMETLERİ A.Ş.
Mecidiyeköy V.D. 295 023 9077**

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisi Tülay Sertdemir'in "Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda

Algılanan Stresörlerin Ve Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi "adlı çalışmasının anketlerini FMC Şişli Diyaliz Merkezimizde

yapmasına gerekli izin kurumumuzca verilmiştir.

Saygılarımla.

Mesul müdür

imza ve kaşe

Dr. Yaşar Serhan KARACA
ÖZEL FMC ŞİŞLİ DİYALİZ MERKEZİ
Sertifika Tabip / Mesul Müdür
Dip. No: 1992 Sertifika No: 1006
Dip. Tes. No: 91800 Tesis Kod: 12345306

Başhemşire
imza ve kaşe

Ek 5

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

“Hemodiyaliz uygulanan hastalarda algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi” üzerinde bir araştırma yapmaktayım.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyorum. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdıan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma anket soruları ile iki ölçekten oluşmaktadır ve anketi dolduran gönüllü katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır. Anket sorularını eksiksiz ve doğru cevaplamanız araştırmanın güvenilir olmasını sağlayacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

ARAŐTIRMACININ ADI SOYADI: Tülay SERTDEMİR

İMZA:

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranıŐla karŐılaŐmıŐ değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamıŐ bulunmaktayım. Kendi baŐıma adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

KATILIMCININ ADI SOYADI:

İMZA:

11. ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Bartın' da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Bartın' da tamamladıktan sonra girmiş olduğu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Meslek Yüksek Okulu' ndan 2002 yılında mezun oldu. Özel Fresenius Medical Care Şişli Diyaliz Merkezi' nde hemodiyaliz hemşiresi olarak çalıştı. Bu kurumdan kendi isteğiyle ayrılarak Beykoz Devlet Hastanesi' nde dahiliye hemşiresi olarak çalışmaya başladı ve halen bu görevine devam etmektedir.