



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYALİZ TEDAVİSİNE BAŞLANMAYAN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİĞİ HASTALARI İLE HEMODİYALİZ TEDAVİSİ
OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

NİLGÜN EROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. BİRSEN YÜRÜGEN**

İSTANBUL-2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

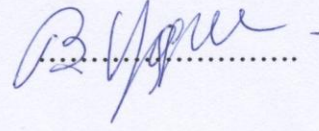
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nilgün EROL tarafından hazırlanan **“Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları İle Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :05.02.2010

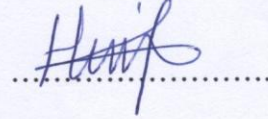
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

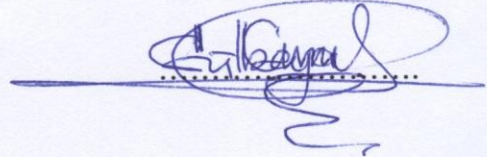
Jüri Üyesi :Prof.Dr.Birsen YÜRÜĞEN
:Haliç Üniversitesi / SBYO.
(Danışmanı)



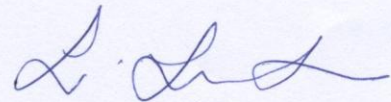
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
: Haliç Üniversitesi / HYO



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Gülbeyaz CAN
: İst. Üni./Florence Nigh. HYO.



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

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca sabırlı, özverili desteği, bilgisi ve engin deneyimiyle kendisinden çok şey öğrendiğim, çalışmalarını ve bakış açısıyla her zaman örnek alacağım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN'e,

Tez çalışmam boyunca her türlü desteğini esirgemeyen Sayın Uzman Doktor Erdem TOĞROL'a ve Sayın Doç. Dr. Özgür YORBIK'a

Veri toplama aşamasında bana gösterdikleri yakın ilgi ve anlayıştan dolayı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nefroloji Kliniği ve Hemodiyaliz Merkezi, Uğur Diyaliz Merkezi hekim ve hemşirelerine,

Tez çalışmama katılan tüm hastalara,

Hayatım boyunca bana desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nilgün EROL

II) İÇİNDEKİLER	SAYFA
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-4
4. GENEL BİLGİLER.....	5-32
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33-38
6. BULGULAR.....	39-77
7. TARTIŞMA.....	78-87
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88-91
9. KAYNAKLAR.....	92-100
10. EKLER.....	101-114
11. ÖZGEÇMİŞ.....	115

III) KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devleti
- ABY** : Akut Böbrek Yetmezliği
- APD** : Aletli Periton Diyalizi
- BUN** : Kan-üre azotu
- DM** : Diyabetes Mellitus
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EPO** : Eritropoietin
- F** : One-Way ANOVA
- GFR** : Glomeruler Filtrasyon Hızı
- GİS** : Gastrointestinal Sistem
- HD** : Hemodiyaliz
- HT** : Hipertansiyon
- HIV** : Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
- KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği
- MDRD** : Modification of Diet in Renal Disease
- n** : Örneklem Sayısı
- NHP** : Nottingham Health Profile
- Ort** : Ortalama
- p** : Anlamlılık Düzeyi
- PD** : Periton Diyalizi
- r** : Pearson Corelation
- RI** : Roser Index
- RRT** : Renal Replasman Tedavisi
- SAPD** : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
- SDBY** : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

III) KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ (Devamı)

SF-36 : The MOS 36 Item Short Form Health Survey-SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

SIP : Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Profili)

SİYK : Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

SS : Standart Sapma

t : Independent-Samples T Test

TND : Türk Nefroloji Derneği

IV) TABLO LİSTESİ

Tablo A. Kronik Böbrek Hastalığı Evrelendirmesi

Tablo B. Akut Diyaliz Endikasyonları

Tablo C. Diyaliz Kontrendikasyonları

Tablo D. Üremide Diyaliz Endikasyonları

Tablo E. SF 36'nın Her Bir Alt Boyutunun Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Tablo 1. Olguların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Olguların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3A. KBY Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 3B. HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 4A. KBY Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 4B. HD Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 5A. KBY ve HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları

Tablo 5B. KBY ve HD Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları

Tablo 6. KBY ve HD Hastalarının Hastalık Semptomlarının Görülme Sıklığının Farklılık Gösterip Göstermediğine Göre Dağılımı

Tablo 7A. KBY Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 7B. HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 7C. KBY ve HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları

Tablo 8A. KBY ve HD Hastalarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Tablo 8B. KBY ve HD Hastalarına Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları

1.ÖZET

Bu araştırma, diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastaları ile hemodiyaliz (HD) tedavisi gören hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla planlandı.

Çalışmanın evrenini, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi nefroloji polikliniğine müracaat eden (N:225) KBY hastası ile aynı hastanenin HD ünitesinde ve Uğur diyaliz merkezinde tedavi gören toplam (N:285) hasta, örnekleme ise çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (16.04.09-10.07.09) araştırmaya katılmayı kabul eden (n:100) KBY hastası ile, (n:100) HD hastası oluşturdu.

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik, hastalığa ilişkin özelliklerini belirleyen anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak toplandı. Sonuçlar; sayı, yüzde, ortalama olarak verildi, istatistiksel analizde Pearson Korelasyon, Independent Samples t Test, One-Way ANOVA ve Post Hoc Tukey testleri kullanılarak değerlendirildi.

Her iki grupta yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmüştür. Evli olanların yaşam kalitesi bekar olanlara göre daha yüksektir. Hastaların eğitim durumu arttıkça yaşam kaliteleri artmaktadır. Yarım gün çalışanların tam gün çalışanlara göre, ekonomik durumu iyi olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi yüksektir. KBY ve HD hastalarında hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. HD süresi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. KBY ve HD hastalarında eğitim alanların yaşam kalitesi eğitim almayanlara göre, önerilen diyete uyanların yaşam kalitesi uymayanlara göre, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi kullanmayanlara göre, EPO tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi almayanlara göre yüksektir. Baş dönmesi, bulantı-kusma, iştahsızlık, barsak hareketlerinde düzensizlik semptomları HD hastalarında KBY hastalarına göre, yürüme-koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme semptomu KBY hastalarında HD hastalarına göre daha fazla görülmektedir.

Diyaliz tedavisinde olmayan KBY ve HD tedavisinde olan hastalarda yaşam kaliteleri düşük olarak tespit edildi. Ancak aralarında karşılaştırma yapıldığında KBY hastaların yaşam kalitesi diğer gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Bu çalışma sonuçlarına göre hastaların yaşam kalitesi düzenli aralıklarla ve farklı boyutları ile değerlendirilmeli ve gereksinimlerine göre eğitimler planlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kronik böbrek yetmezliği, Hemodiyaliz, Yaşam kalitesi (sf-36)

2. SUMMARY

THE COMPARISON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE WHO ARE NOT RECEIVING DIALYSIS THERAPY AND IN THOSE WHO ARE RECEIVING HAEMODIALYSIS

This study was planned to compare quality of life (QoL) in chronic renal failure (CRF) patients not receiving dialysis and those receiving haemodialysis (HD).

The population of the study was CRF patients referred to Gulhane Military Medical Academy Haydarpaşa Educational Hospital nephrology outpatient department (N: 225), and those receiving haemodialysis in the same hospital and Ugur dialysis center (N: 285). The sample consisted of 100 CRF patients and 100 HD patients in the time of the study (16.04.09-10.07.09) who accepted to participate.

The data was collected with a questionnaire evaluating sociodemographic and disease-related characteristics and SF-36 QoL scale. The results were summarized by some descriptive statistics. Pearson correlation, Independent Samples t-test, One-Way ANOVA and Post Hoc Tukey tests were used in data analysis.

In both groups the QoL fell with increasing age. Married patients had a better QoL than single ones. The QoL improved with higher level of education. The QoL of those working part time were better than full-time workers, and those with a better economic status had a better QoL. The QoL decreases as the duration of disease and HD increases. Similarly, those receiving education about the disease and HD, those carrying diet recommendations, those using their medicines regularly, and the ones who have received EPO therapy had a better QoL. Symptoms of vertigo, nausea-vomiting, loss of appetite, irregularity in bowel movements were seen more in CRF patients, while need to rest during walking or running was seen more in HD patients.

The QoL of CRF patients not receiving dialysis treatment and those receiving HD was found to be low in this study. Yet, when the two groups were compared statistically, the QoL of CRF group was found to be better than the other group. This study has shown that the QoL of CRF patients must be evaluated regularly and multidimensionally and education plans must be realized in the light of requirements. Accordingly, dynamic educational plans were put into practice with the information gathered from this study.

Keywords: Chronic renal failure, Haemodialysis, Quality of life (SF-36)

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalıklar insanın yaşamını, yaşam kalitesini etkileyen, bozan hastalıklardır. Hastalığın tipi ne olursa olsun birey yaşamı boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorundadır. Burada önemli olan kişinin hastalığını ve tedaviyi kabullenmesidir (51).

KBY, glomerüler filtrasyon değerinde azalmalar sonucu böbreğin sıvı elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik, endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma olarak tanımlanır (4).

Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir, hastalar ağır bir klinik tablo ile son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) girerler (74).

KBY hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir sağlık sorunudur. Ülkemizde 2003 yılında SDBY insidansı milyon nüfus başına 118 iken nokta prevalansı 432 bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre yıllık insidansı 315 yeni hasta/milyon ve prevalansı 1217 milyondur. Tüm prevalans SDBY hastalarının ortalama yaşı 49 yıl iken 2003 yılında yeni eklenen verilerle 50,5 yıl olmuştur (87).

ABD’de hemodiyaliz hastaları arasında kaba yıllık mortalite oranı % 20-22 arasındadır. Bu değer, birçok Avrupa ülkesi ve Japonya’dan bildirilen değerlerden % 25-50 daha yüksek olup bu durum ülkedeki diyaliz hizmeti hakkında sorular ortaya çıkarmıştır. Türkiye’de ise Türk Nefroloji Derneği’nin (TND) 2005 yılı verilerine göre 28,507 hemodiyaliz hastası bulunmaktadır ve bu hastalarda herhangi bir sebebe bağlı ölüm oranı % 10,7’dir (29,78). Yine TND’ nin 2007 verilerine göre ise bu rakam 39.267’a çıkmıştır. Bu sayıya 1.042 adet pediatrik hemodiyaliz hastası dahil değildir (http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf) [İnternette indirme tarihi:27.4.2009] (42).

KBY tüm organ sistemlerini etkileyen uygun tedavi ve bakım yapılmaz ise yaşamı etkileyen klinik bir tablodur ve küratif tedavisi böbrek nakliyle mümkün olmaktadır. Ülkemizde ciddi boyutta yaşanan kadavra ve organ kısıtlılığı nedeni ile, söz konusu hastaların yaşamı ancak düzenli ve etkin diyaliz tedavisi ile optimal düzeyde idame ettirilebilir.

Otuz kırk yıl önce, SDBY olan hastalar günler ve haftalar içerisinde kaybedilirdi. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış, daha sonra da yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır. KBY medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılar ile bu hastalarda yaşam süresinde ve kalitesinde düzelmeye meydana gelmiştir.

KBY tedavisi alan hastaların tedavi programını etkileyen bir takım faktörler vardır. Bunlar; tedavi programı hakkında bilgi sahibi olma, benlik saygısı, tedavinin etkinliğiyle ilgili bilgi ve tutumları, yaşam şeklinin etkilenme durumu, tedavinin süresi ve karmaşıklığı, hastanın tedaviye uyum yeteneği, yerleşim yeri, tedavi merkezine ulaşım durumu, tedaviye uyumsuzluğun sonuçlarıyla ilgili farkındalık durumu, medeni durum, sosyo-ekonomik durumu, sosyal destek durumu, bireysel algılar, inançlardır.

Hasta merkezli bir yaklaşım kullanılarak tedaviye uyumu engelleyen faktörler giderilerek, hasta ve ailesine eğitim vererek, bilişsel-davranışsal stratejiler geliştirerek hastaların yaşam kaliteleri yükseltilebilir (50).

Yaşam kalitesi subjektif bir olgudur ve hastaların görüşleri alınarak değerlendirilir. Yaşam kalitesinde asıl amaç, bireyin kendi fiziksel, psikolojik sosyal işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne ölçüde memnun ya da rahatsız olduğunun saptanmasıdır (27). Bu bağlamda araştırma; diyaliz tedavisi almayan KBY hastaları ile HD tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

KBY, birey aile toplum üçgeninde ağır psikolojik ve sosyal ekonomik sonuçları yanı sıra bir ülkenin sağlık hizmetlerindeki kalite etkinliği, yeterlilik ve organizasyon gücünün sınındığı en önemli hastalıklarından birini teşkil etmektedir (14).

Bugün birçok tedavi metodlarının başarı ile uygulandığı böbrek yetmezliği, 1960'lı yıllara kadar ölümün kaçınılmaz olduğu bir tıbbi durumdur. KBY 1960'lı yıllardan itibaren her gün gelişen, tıbbi ve cerrahi metot ve teknikleri giderek artan başarı oranı ile tedavi edilmektedir. Bugün gelinen noktada KBY tedavisi mortaliteyi önemli derecede düşürmüştür (76).

Dünya da her yıl bir milyon kişiden yaklaşık 150-200'ünde KBY ortaya çıkmaktadır. Amerika'da yılda yaklaşık 45.000 kişide renal yetmezliği görülmektedir. Ülkemizde kesin istatistikler mevcut olmamakla birlikte, bu sayının yıllık 9-10 bin kişi arasında olduğu tahmin edilmektedir (14).

KBY, tıbbi yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikososyal durumlarını da etkilemektedir. Ağır fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar nedeniyle bu hastalarda yaşam kalitesi önemli derecede etkilenmekte, ruhsal bozukluklar yaygın biçimde ortaya çıkmaktadır. 2005 yılı Sağlık Bakanlığı verileri dikkate alınınca ülkemizde diyaliz tedavisi uygulanan hasta sayısı yaklaşık 38.000 iken, bu rakam 2007 sonu itibarıyla 44.000' den fazla olmuştur (4,42). Görüldüğü gibi KBY ülkemizde yaygın ve giderek prevalansı artan bir hastalıktır. Ancak tüm KBY hastalarına diyaliz uygulanmadığı dikkate alınırsa bu sayının daha da fazla olduğu anlaşılabilir.

KBY, glomerüler filtrasyon değerinde azalmalar sonucu böbreğin sıvı elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik, endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma olarak tanımlanır (4). Bunun sonucunda; kandaki artık ürünler (üre, ürik asit, kreatinin, potasyum, fosfat gibi) idrar yoluyla yeterince atılamaz ve kanda bu atık ürünlerinin oranı yükselir (17).

Üremi, KBY'nin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikler içeren bir deneyimdir ve bir çok kaynakta KBY ile eş anlamda kullanılmaktadır (11,78,83).

Normal bir insanda her iki böbrekten toplam olarak ortalama 120 ml/dk kan süzülür. Buna glomerüler filtrasyon hızı (GFR) denir. 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. GFR'nin normal değeri 120 ml/dk'dır. GFR 50 ml/dk olursa, böbrek fonksiyon bozukluğu olduğu halde böbrek yetmezliği görülmez; GFR 50 ml/dk ya düşünceye

kadar metabolik atıklar atılabilir, kanda üre yükselmez, idrar miktarı ortalama 400 ml'dir. GFR 20-30ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetmezliğinden, 10 ml/dk'nın altına düşerse SDBY'nden söz edilir (17).

Böbreğin idrar oluşumu dışında bir çok görevi vardır (5).

Böbreğin Temel Fonksiyonları

1.Vücut Sıvı ve Elektrolit Dengesinin Korunması: Su, sodyum, potasyum, hidrojen, bikarbonat, fosfor, magnezyum vb.

2. Metabolik Artık Ürünlerin Atılımı: Üre, ürik asit, kreatinin vb.

3. İlaçlar, Toksinler ve Metabolitlerinin Detoksifikasyonu ve Atılımı

4. Ekstrasellüler Sıvı Hacmi ve Kan Basıncının Hormonal Düzenlenmesi:

Renin-anjiotensin sistemi

Renin prostaglandinler

Renin kallikrein-kinin sistemi

5. Hormon Üretimi ve Metabolizmasına Katkı: Eritropoietin, D vitamini vb.

6. Peptit Hormonların Yıkımı: İnsülin, glukagon, parathormon, kalsitonin, büyüme hormonu vb.

7. Küçük Molekül Ağırlıklı Proteinlerin Yıkımı: Hafif zincirler, beta2-mikroglobulin vb.

8. Metabolik Etki: Glukoneogenez, lipid metabolizması (4).

4.1.1. KBY NEDENLERİ

KBY birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenler ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Bununla birlikte son yıllarda dünyanın her yerinde en önemli etyolojik faktörün diyabete bağlı SDBY olduğu ifade edilmektedir. KBY'ne yol açan en önemli nedenler arasında; hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), kronik glomerulonefrit, kronik pyelonefrit, kistik böbrek hastalıkları ve ürolojik hastalıklar sayılmaktadır. Ülkemizde DM, kronik glomerulonefrit ve HT ilk üç sırayı alırken ABD'nde DM ve HT ilk sırayı almaktadır (88). Böbrekte hasarlanmaya yol açabilen nedenlerin tümü şiddetine bağlı olarak KBY etyolojisinde rol oynayabilir. Akut Böbrek Yetmezliğinde (ABY) KBY' ne neden olabilen bir faktör olduğu dikkate alınırsa tüm hastalar tek başlık altında toplanabilir.

Akut ve kronik böbrek hastalığına yol açan nedenler böbrek anatomisine göre sınıflandırılır. Buna göre böbrek hastalığına yol açan nedenler şu şekilde sıralanabilir:

1. Prerenal Nedenler:

- a. Volüm depleasyonu
- b. Konjestif kalp yetmezliği
- c. Siroz
- d. Nonsteroid antiinflatuar ilaçların kullanımı
- e. Bilateral renal arter darlığı
- f. Şok

2. Postrenal Nedenler

- a. Prostatik hastalıklar
- b. Pelvik ve retroperitoneal maligniteler
- c. Taş
- d. Konjenital anomaliler

3. İntrinsik Böbrek Hastalıkları

a. Glomerül Hastalıkları

- Minimal değişiklik hastalığı
- Membranöz glomerülopati
- Fokal segmental glomerüloskleroz
- Diabetik glomerüloskleroz
- Amiloidoz
- Mesangial proliferatif glomerülo nefrit
- Diffüz proliferatif glomerülo nefrit
- Fibriller glomerülo nefrit
- Kresentik glomerülo nefrit

b. Vasküler Hastalık

- Sistemik vaskülit
- Hipertansif nefroskleroz
- Trombotik mikroanjiopati
- c. Tübüler Hastalık
 - Akut tübüler nekroz
 - Myeloma böbreği
 - Hiperkalsemi
 - Polikistik böbrek hastalığı
 - İnterstisyel hastalık
 - Akut interstisyel nefrit
 - Akut pyelonefrit
 - Kronik pyelonefrit
 - Analjezik kötüye kullanımına bağlı nefropati (87).

4.1.2. PATOFİZYOLOJİ

KBY’de ana hastalık ne olursa olsun, histolojik incelemede glomerüler skleroz, ekstrasellüler matriks artışı, periglomerüler ve interstisyel fibrozis, tübüler atrofi gözlenir; bu durum primer hastalıktan bağımsız olarak ilerleyici böbrek hastalarında ortak mekanizmaların rol oynadığını düşündürmektedir. Nefron sayısındaki azalma ilerleyici böbrek fonksiyon kaybını doğurmaktadır. Çeşitli araştırmacılar tarafından ilerleyici böbrek hasarı glomerüler hiperfiltrasyon ve HT, hızlanmış lokal ateroskleroz, hipertrofi ve büyüme faktörleri ile açıklanmaya çalışılmıştır. Sistemik HT, glomerüler HT, proteinüri, hiperlipidemi, diyetle yüksek fosfor ve protein alınması, glomerül içi pıhtılaşma ve interstisyel nefrit varlığı kronik böbrek yetmezliğinin ilerlemesine katkıda bulunan faktörlerdir (4).

4.1.3. KBY’ NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişim hızı ile yakından ilişkilidir. KBY’nden etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dakika’nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı

halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Bunlar aşağıda özetlenmiştir:

1. Sıvı-Elektrolit Bozuklukları

Bulantı-kusma nedeniyle hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeniyle hiperpotasemi, hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemi ve hipermagnezemi, proteinüri ve su-sodyum retansiyonu nedeniyle ödem, ileri dönemlerde ödem nedeniyle HT ve konjestif kalp yetmezliği, metabolik asidoz, hipokalsemi belirtisi olarak ebe-eli, Trosseau ve Chvostek bulguları pozitiftir.

2. Sinir Sistemi

Yakın zaman bellek kaybı, emosyonel irritabilite, dikkat azalması, uykusuzluk, konsantrasyon yeteneğinde azalma, depresyon, anksiyete, kişilik değişiklikleri, disoryantasyon, halüsinasyon, konfüzyon, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, afazi, stupor, flepping tremor, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, yorgunluk, huzursuzluk, tik ve ter fonksiyonlarında azalma sayılabilir.

3. Gastrointestinal Sistem

Ağız içinde amonyak oluşumunun artması nedeniyle metalik tat hissetme ve ağızda amonyak kokusu, hiperürisemiye bağlı ağızda üremi kokusu, ağız müköz membranlarda kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, iştahsızlık, bulantı-kusma, konstipasyon, ileri dönemde diyare, hıçkırık, gastrit, parotit, stomatit, pankreatit, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit görülebilir.

4. Hematopoetik ve İmmün Sistem

Eritrosit oluşumunda azalma ve eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması nedeniyle anemi; lenfopeni ve lökosit fonksiyonları bozulduğundan enfeksiyonlara direncin azalması; koagülasyon bozukluğu nedeniyle kanamaya eğilim; immün sistemin baskılanması ve kanser görülebilir.

5. Kardiyovasküler ve Pulmoner Sistem

Hiperpotasemi nedeniyle aritmiler, volüm azlığı ve renin sekresyonunda artma nedeniyle HT; ürenin seröz zarlarda toplanması nedeniyle perikardit; perikarditte olası hemorajik effüzyon sonrası perikardiyal tamponat; üremik plörit ve plevral effüzyon; volüm artışı nedeniyle vasküler konjesyon ve buna bağlı olarak gelişen konjestif kalp yetmezliği ile akciğer ödemi, kardiyomyopati; asidoz nedeniyle kusmaull solunum; atheroskleroz ve kapak hastalığı ortaya çıkar.

6. Cilt

Anemi nedeniyle konjunktiva ve avuç içlerinde solukluk, pıhtılaşma bozukluğuna bağlı olarak ekimoz, hematoma, diş eti ve mukoz membranlarda kanama olasılığı, üremik frost, üre kristallerinin cildi tahriş etmesi nedeniyle kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, ülserasyon, nekroz görülebilir.

7. Metabolik-Endokrin Sistem

Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi gelişebilir.

8. Kemik

Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, artrit.

9. Diğer

Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, myopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri (17,87).

4.1.4. TANI

Böbrek yetmezliği tanısı kan üre azotu ve kreatinin düzeylerindeki yükselme veya kreatinin klirensindeki azalma ile konur. Sorun akut veya kronik böbrek yetmezliği ayırıcı tanısıdır. KBY tanısında pratikte en çok kullanılan yöntem radyolojik olarak böbreklerin küçük olduğunun gösterilmesidir. Amiloidoz, diabetik nefropati, hidronefroz, polikistik böbrek hastalığı, böbreğin infiltratif hastalıklarında KBY olmasına rağmen böbrekler küçülmemiş olabilir. Böbrekler küçükse KBY'nde esas hastalık ne olursa olsun, histolojik inceleme amiloidoz dışında ana böbrek hastalığı hakkında bilgi vermekte yetersiz kalır. Bu nedenle tanı ve ayırıcı tanıda biyopsinin yeri çok sınırlıdır (4).

Tanıda kullanılabilen laboratuvar çalışmaları arasında idrar incelemesi ve gerekli ise kültür, kan sayımı ve periferik yayma, hematokrit, böbrek fonsiyon testleri (özellikle BUN, kreatinin ve endojen kreatinin klirens testi), serum kalsiyum, fosfor ve alkalen fosfataz değerleri, kan pH ve kan gazları, radyolojik ve nükleer tıp görüntüleme yöntemleri (özellikle direkt karın grafisi, abdominal ultrasonografi, beyin tomografisi, nükleer görüntüleme yöntemleri) sayılabilir (3).

4.1.5. İNSİDANS VE PREVALANSI

TND verilerine göre 2007 yılında Türkiye’de son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 709 olarak saptanmıştır (http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf) [İnternette indirme tarihi:27.4.2009]. Geçen yıllara göre bu prevalansta artma dikkati çekmiştir. Düzenli hemodiyaliz programında olan hasta sayısı 39.267 olup, bu sayıya 1.042 adet pediatrik hemodiyaliz hastası dahil değildir (Erişkin ve çocuk toplamı 40.309’dur) (42).

4.1.6. KLİNİK EVRELENDİRME

Daha önce böbrek hastalığı ile ilgili ya da ortaya çıkan özel sorunlarla, diyaliz uygulama ile ilgili bazı sınıflandırma ve kılavuzlar hazırlanmış olmakla birlikte kronik böbrek hastalığının kendisi ile ilgili bir kılavuz ilk defa 2002 yılında ABD’nde Ulusal Böbrek Vakfı tarafından hazırlanmıştır. Bu kılavuzda kronik böbrek hastalığı tanımlanmış, tabakalandırılmış ve evrelere ayrılmıştır. Kronik böbrek hastalığı 3 ay veya daha uzun süreli böbrek hasarı veya glomerüler filtrasyon değerindeki (GFD) azalma olması durumu olarak tanımlanmıştır. Bu değer en az 3 ay süre ile 60 ml/dakika/1.73 m² nin altında olması tanı kriteridir. Böbrek hastalığının belirtileri proteinüri, idrarın mikroskopik incelenmesinde anormallik olması ve radyolojik olarak anormallik saptanmasıdır. Bu evrelendirme sistemi tablo A’ da gösterilmektedir (4,87).

Tablo A. Kronik Böbrek Hastalığı Evrelelendirmesi

Evre	Tanımlama	GFD ml/dak/1.73 m ²
-	Artmış risk	≥60 (risk faktörleri (+))
1	Böbrek hasarı var ama GFD normal veya artmış	≥ 90
2	Böbrek hasarı var; GFD hafif azalmış	60-89
3	Orta derecede azalmış GFD	30-59
4	Şiddetli derecede azalmış GFD	15-29
5	Böbrek yetmezliği	<15

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici karakterdedir.

İlk döneminde basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR düşüklüğü dışında KBY'nin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur. (Azalmış yedek güç)

İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri de klinik ve laboratuvar buna eklenir. (Orta derecede renal yetmezlik)

Üçüncü dönemde ikinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asit yüksekliği eklenmiştir. (Ağır renal yetmezlik)

Dördüncü dönem üremi dönemi olup bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar. (Terminal dönem böbrek yetmezliği) (12,25).

Bu evrelendirmenin temelini oluşturan GFD ölçümü için önerilen MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) formülüdür. Bu formülde serum kreatinin düzeyi temel alınarak cinsiyet, yaş ve ırka göre GFD hesaplanır. Bu formülün son şekli

$$GFD = 186 \times (\text{serum kreatinin düzeyi})^{-1.154} \times \text{Yaş}^{-0.203} \times 0.742 \text{ [kadın ise]}$$

şeklinde ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalara göre ABD'nde kronik böbrek hastalığı sıklığı yaklaşık %11' dir. Yaklaşık 20 milyon kişinin hasta olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde kronik böbrek hastalığı sıklığı konusunda sağlıklı bir veri yoktur (4,87).

4.1.7. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE TEDAVİ

KBY' nin tedavisinde ana prensipler şunlardır:

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervinin doğru olarak saptanması
2. Altta yatan hastalığın tedavisi
3. Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerin kontrolü, böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması
4. Böbrek fonksiyonlarında azalmanın yol açtığı sorunların önlenmesi ve tedavisi
5. SDBY gelişen hastalarda renal yerine koyma tedavisi
 - a. Diyaliz
 - HD
 - Periton Diyaliz (PD)

b. Böbrek transplantasyonu (4,87).

4.1.7.1. DİYALİZ

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 (4).

Difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir, ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir (87).

Difüzyonun hızını ve yönünü etkileyen başlıca üç faktör vardır:

1.Membranın her iki yanındaki konsantrasyon farkı

2.Solütlerin molekül ağırlığı ve hızı; Porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı o kadar azalır.

3.Membran direnci; Yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı direncini arttırır.

HD'de ultrafiltrasyon hidrostatik basınç ile sağlanırken, Sürekli ayaktan periton diyalizinde (SAPD) ozmotik basınç ile sağlanmaktadır (101).

KBY tedavisinde başvurulabilecek üç tane RRT bulunmaktadır. Günümüzde uygulanan bu yöntemler HD, PD, hemodiyafiltrasyon, hemodiyafiltrasyon olmasına rağmen; en fazla HD ve PD uygulanmaktadır. Özellikle akut durumlarda HD tedavisi periton diyalizinden önce uygulanır (79).

Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış daha sonra yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır. KBY medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılarla bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesinin artmasına sebep olmuştur (5).

Diyaliz tedavisinin medikal yönleri yanında sosyal ve ekonomik boyutları da vardır; diyaliz tedavisi gerek hasta gerekse hasta yakınlarının sosyal hayatlarını etkilemektedir. ABD'nde bir diyaliz hastasının yıllık maliyeti yaklaşık 65.000 dolar civarındadır. Diyaliz tedavisinde hedef hastanın yaşamasının sağlanması ve yaşam

kalitesinin arttırılması olmalıdır. Diyaliz tedavisi ile 5 yıllık hasta yaşamı yaklaşık % 34'tür.

Diyaliz iki membran aracılığı ile uygulanabilir: Sentetik membran aracılığıyla HD, periton aracılığı ile PD'i (4).

Diyaliz endikasyonlarını akut ve kronik diyaliz olarak iki kısımda incelemek mümkündür.

Akut diyaliz: Gerek oligüri, gerekse akut renal yetmezlik çoğu zaman diyaliz nedenleri arasında ilk sırayı alır. Ancak böyle bir durumla karşılaşıldığında hemen diyaliz tedavisine karar vermek doğru olmayabilir (3). Hastanın durumu iyice gözden geçirilmeli, renal bozukluğun nedeni belirlenerek, geri döndürülebilir nedenlere bağlı bir olay söz konusu ise öncelikle bunlar ortadan kaldırılmalıdır. Diğer taraftan da hastanın hayatını tehdit edecek ciddi hiperkalemi gibi bir takım olaylar söz konusu ise bu işlem geciktirilmemelidir. Özellikle akut dönemde HD tedavisi PD'nden önce uygulanır. Akut diyaliz endikasyonları Tablo B' de verilmiştir.

Tablo B. Akut Diyaliz Endikasyonları (3,4)

-
1. Üremi
 2. Hiperürisemi
 3. Sıvı yüklenmesi ve pulmoner ödem
 4. Elektrolit bozuklukları
 - a. Hiperkalemi
 - b. Hiperkalsemi
 - c. Hiponatremi
 - d. Hiperfosfatemi
 5. Asit – baz dengesi bozuklukları
 6. İlaç İntoksikasyonları

Kronik Diyaliz: KBY'nde diyaliz tedavisi planlanan hastaların öncelikle vasküler giriş yerinin hazırlanması uygundur. Bir arteriyo-venöz fistülün olgunlaşp kullanılabilir hale gelmesi 2 hafta-4 ay arasında bir süre alacağından buna göre hasta

HD programına alınmalıdır. Genellikle KBY olan hastaların kreatinin klirens değerleri belli limitlerin altına düştüğünde veya üremik sendrom bulguları ortaya çıktığında bu uygulama başlatılır (3).

Diyaliz kontrendikasyonları tablo C' de, üremide diyaliz endikasyonları tablo D' de sunulmuştur.

Hemodiyaliz, hastalardan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve elektrolit içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Temel hedef üremik toksinlerin uzaklaştırılması ve sıvı dengesinin sağlanmasıdır (87).

Tablo C. Diyaliz Kontrendikasyonları (3,4)

Alzheimer hastalığı

Multi-infarkt demans

Hepatorenal sendrom

Hepatik ensefalopati ile birlikte ilerlemiş siroz

Hastanın psikolojik durumu veya tedaviyi kabul etmemesi

Yaygın ilerlemiş kanser

Tablo D. Üremide Diyaliz Endikasyonları (3)

Merkezi Sinir Sistemi

Mental değişiklikler

Yorgunluk

Stupor ve koma

Adele çekilmeleri

Tremor

Periferik ve motor nöropati

Kardiyovasküler Sistem

Perikardit

Myokardit

Gastrointestinal Sistem

Stomatit

Üremik gastrit

Üremik kolit

Parotit

Pankreatit

Solunum Sistemi

Plörit

Üremik akciğer

Deri

İnatçı kaşıntı

Alerjiler

Hematopoetik Sistem

Trombosit fonksiyon bozukluğu

Kronik diyaliz tedavisi seçilirken hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Günümüzde yaygın olarak uygulanan renal replasman yöntemi HD tedavisidir (29).

SAPD ve HD'in çoğu hastada eşit düzeyde RRT sağladığı düşünülmektedir. Tedavi yönteminin seçimi, yaşam tarzı kararları ile ilişkili olarak, hastanın tercihinine göre planlanmalıdır. Diyalizden önce başlayan uygun eğitim, hastanın mantıklı ve doğru karar vermesi için en iyi yoldur. Diyaliz hastalarında sık ortaya çıkan psikolojik problemleri önlemek için hastanın yaşam tarzına ve kişiliğine en çok uyabilecek diyaliz şekli seçilmelidir (23,78).

DİYALİZ YÖNTEMLERİ

4.1.7.1.1. HEMODİYALİZ

Hemodiyaliz tedavisinin uygulanabilir hale gelmesi pek çok bilim adamının katkılarıyla olmuştur. Thomas Graham'ın 1854'te osmotik gücü tanımlaması önemli gelişmelerden birisidir. Etkin diyaliz sistemlerinin gelişmesinde önemli adımlardan birisi John Jacop Abel'in hirudin adlı antikoagulanla atık maddelerin vücut dışında difüzyonuna izin veren aletleri ilk kez tanımlamasıdır. Haas ilk klinik diyalizi 1924'de uygulamıştır. William Thalhimer selüloz asetat membran ve heparin kullanarak çalışmalar yapmış ve selüloz asetat membranın güçlü, güvenilir, ucuz ve kolay elde edilebilir bir membran olduğunu bildirmiştir. Willem Kolff 1945'de diyaliz yapmayı sağlayan aracı tanıtmıştır. Belding Schribner ise sürekli kan akımını sağlamak üzere teflondan vücut dışına yerleştirilen şanti tanımlayarak, kronik diyaliz için önemli bir engeli aşmayı başarmıştır (10,11). Diyaliz tedavisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış daha sonra da yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır (4).

ABD'nde HD hastaları arasında kaba yıllık mortalite oranı % 20-22 arasındadır. Bu değer, birçok Avrupa ülkesi ve Japonya'dan bildirilen değerlerden % 25-50 daha yüksek olup bu durum ülkedeki diyaliz hizmeti hakkında sorular ortaya çıkarmıştır. Türkiye'de ise TND'nin 2005 yılı verilerine göre 28,507 hemodiyaliz hastası bulunmaktadır ve bu hastalarda herhangi bir sebebe bağlı ölüm oranı % 10,7'dir (30,79). Yine TND' nin 2007 verilerine göre ise bu rakam 39.267'a çıkmıştır. Bu sayıya 1.042 adet pediyatrik hemodiyaliz hastası dahil değildir (http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf) [İnternette indirme tarihi:27.4.2009] (42).

HD, uygun bir damar yolu aracılığı ile hastadan alınan kanın (300-450ml/dak) antikoagülasyon ile vücut dışında cihaz yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan (diyalizör) geçirilek sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya geri verilmesi esasına dayanan bir böbrek yerine koyma tedavisidir. Yarı geçirgen membranın porları su ve küçük moleküllerin geçişine izin verirken, proteinler ve kan hücreleri gibi daha büyük yapıların geçişine izin vermez. Solüt geçiş difüzyon ya da ultrafiltrasyona dayalı konveksiyon ile gerçekleştirilir (10).

HD işlemi için gerekli yüksek kan akımını sağlamak için kullanılan yöntemler geçici ve kalıcı olabilir. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklavyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları başlıca iki tanedir.

1. Arteriyovenöz greft (AVG)
2. Arteriyovenöz fistül (AVF)

AVF, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Açılan fistülün olgunlaşıp kullanılabilir hale gelmesi için ortalama 2-3 hafta beklemek gerekir (4).

Her iki akses uygulaması da cerrahi olarak yapılmaktadır. Çoğunlukla AVF, AVG'e tercih edilir. Çünkü AVF, hem uzun süre dayanır hem de enfeksiyon ve tromboz oldukça az görülür (11,78,87).

HD'de diyaliz tekniği selüloz ya da sentetik materyalden imal edilmiş, genellikle fibrillerden oluşmuş yarı geçirgen bir membrandan hastanın kanının geçirilmesi ve arıtılmış su ile yapılmış bir elektrolit karışımına karşı ozmotik prensiplere dayanarak toksik maddelerden temizlenmesi esasına dayanır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda çok önemli bir unsur olan fazla damar içi volümünün uzaklaştırılması (ultrafiltrasyon) membranın kan tarafında basıncının daha yüksek olmasının sağlanması yolu ile gerçekleştirilir. Fazla sıvı, sürekli olarak yenilenen diyaliz solüsyonuna karışarak vücuttan uzaklaştırılmış olur (87).

HD işleminin uygulanabilmesi için özellikle aşağıdaki araç ve gereçlere ihtiyaç vardır.

- Diyalizör (filtre)
- Diyaliz solüsyonu (diyalizat)
- Kan ve diyaliz solüsyonunun taşınması için setler/hatlar
- Diyaliz cihazı ve işlemin denetlenmesi (10).

Diyaliz membranının (diyalizer) bir yüzünde hastanın kanı diğer yüzünde ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Diyalizin etkinliğini arttırmak amacıyla diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Kan akımı 300 ml/dk'da tutmak için yeterli olan geçici ya da kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıda kapillere pompalanır. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. Membrandaki diffüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradiyentine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına difuze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Diyalizörler hollow fiber (içi boş kapiller) veya paralel tabakalar yapısında olabilir. Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir. Sellüloz membranlar en ucuz membranlardır; ancak diyaliz işlemi esnasındaki bazı yan

etkilerden ve diyaliz amiloidozundan sorumlu olabilecekleri düşünülmektedir. Sentetik membranlar daha etkin diyaliz yapılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle günümüzde sentetik membranların kullanılması gittikçe yaygınlaşmaktadır (4,11,85).

HD tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olarak haftada 2-3 kez, 4-6 saat ara ile diyalize girmesi gerekir. Yetersiz diyaliz bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir nedendir. HD tedavisi uygun cihaz ve ekipmanla evde veya hastanede yatak başında yapılabilir (4).

4.1.7.1.1.1. Hemodiyalizin Avantajları

- Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenmesi, diğer zamanlarda serbest olması,
- Diyaliz ortamı hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlaması,
- Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırması,
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az sorun olması,
- Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından uygulanması,
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması,
- Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması,
- Batınla ilgili komplikasyonlarla karşılaşılmasıdır.

4.1.7.1.1.2. Hemodiyalizin Dezavantajları

- Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir,
- Tedavi sırasında damara giriş için her defasında fistül iğneleri kullanılmaktadır,
- Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlanmalar vardır,
- Fistül için küçük bir cerrahi operasyon gerekmektedir,
- Heparinizasyon gereksinimi vardır,
- Fazla araç gereksinimi vardır,
- Anemiye neden olan artmış kan kaybı vardır,
- Özel yetişmiş personel gereksinimidir (15,56,101).

4.1.7.1.1.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Günümüzde HD nispeten güvenli bir prosedür olmakla beraber bir çok komplikasyon ortaya çıkabilir. Bunlar ekstra korporeal dolaşıma bağlı yan etkiler, teknik hatalar ve hastalarda ortaya çıkan anormal reaksiyonlar şeklindedir. HD akut ve kronik komplikasyonları aşağıda verilmektedir.

A. Hemodiyalizde Akut Komplikasyonlar:

1. HD'de sık görülen genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlar: Hipotansiyon, kas krampları, bulantı kusmalar, baş ağrıları, göğüs ve sırt ağrıları, ateş ve titreme, antikoagülasyona bağlı komplikasyonlar.

2. HD'de daha az görülen fakat ciddi ve hayati tehlike oluşturabilen komplikasyonlar: Disekilibrium sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponatı, intrakranial kanamalar, konvülziyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest.

B. Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar:

HD'in Kronik Komplikasyonları; Üremi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz veya yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişir.

Hematolojik Komplikasyonlar: Anemi, kanama, diatezi, hipokomplementemi lökopeni ve enfeksiyona eğilim.

Kardiovasküler Sistem Komplikasyonları: HT, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, perikardit.

Gastrointestinal Sistem (GİS) Komplikasyonları: Gastroenteritis ve GİS kanaması, konstipasyon, karaciğer hastalıkları, asit.

İskelet Sistemi Komplikasyonları: Üremik kemik hastalığı (renal osteo distrofi)

Dermatolojik Komplikasyonlar: Üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozları.

Metabolik ve Endokrin Komplikasyonları: Hiperlipidemi, endokrin anormallikleri, infertilite ve seksüel fonksiyon bozuklukları.

Nörolojik Komplikasyonlar: Alüminyum nörotoksitesisi, üremik periferik nöropati.

Enfeksiyonlar: Hepatitler, HIV.

Fistül Komplikasyonları

Diyaliz amiloidozu

Psikososyal sorunlar (10,11,30).

4.1.7.1.2. PERİTON DİYALİZİ

İlk periton diyalizi uygulaması 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir. TND'nin verilerine göre 2007 sonu itibarıyla düzenli periton diyalizindeki hasta sayısı 5307'dir (http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf) [İnternette indirme tarihi:27.4.2009] (42).

Periton, periton boşluğunu sınırlayan bir seröz zarıdır. Yaklaşık olarak vücut yüzey alanına eşittir (Erişkinler de 1-2 m² kadar, bebeklerde ise erişkinlere kıyasla iki kat daha fazladır).

Peritonlar iki bölümden oluşur:

1. Bağırsakları ve diğer iç organları örten visseral periton.
2. Karın boşluğunun duvarını örten paryetal periton (83).

Diyaliz peritonunun esas işlevi olmamakla beraber, periton membranı diyaliz için kullanılacak derecede uygundur (10).

SDBY hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton PD geliştirilmiştir. PD, HD ve böbrek nakli ile birlikte RRT seçenekleri arasında yer alan, ülkemizde SDBY tedavisi gören hastaların yaklaşık % 11'nin tercih edildiği bir tedavi şeklidir. Türkiye'de son yıllarda giderek yaygınlaşan bir tedavi şeklidir (11).

Tedavi prensibi plastik torbalardaki 2-2,5 litrelik bir elektrolit+glukoz solüsyonunun bir katater aracılığı ile periton boşluğuna aktarılması, bekletilmesi ve ozmotik eşitleme gerçekleştirildikten sonra geri alınarak atılması, bu işlemin 6-8 saat aralıklarla günde 4-5 kez tekrarlanmasıdır.

Ultrafiltrasyon, yani hastadan fazla damar içi sıvı volümünün uzaklaştırılması diyaliz solüsyonu içine eklenen, glukoz gibi ozmotik basıncı yükselten ve kapiller dolaşımdan diyaliz solüsyonunun bulunduğu tarafa sıvı geçişini sağlayan maddelerle sağlanır (10).

4.1.7.1.2.1.Periton Diyalizinin Avantajları

- Kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik, dolayısıyla seyahat etmek isteyen hastalarda rahatlık sağlanması,
- Kardiyovasküler problemi olanlarda daha iyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması,
- Rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması,

- Sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması,
- Aneminin görülme sıklığı ve derinliğinin daha az olması,
- Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi,
- Kalp ve damar sistemine yüklenme çok az olduğundan özellikle çocuklar, yaşlılar, diyabetik hastalarda uygulanması tercih edilmelidir,
- Diyabetik hastalarda intraperitoneal insülin yoluyla daha iyi kan şekeri kontrolünün sağlanması,
- Heparin gereksinimi olduğu için retinal hemoraji riskinin olmaması,
- Hepatit bulaşma riskinin az olması,
- Tedavinin hastanın kendisi tarafından uygulanıp hastanın kendisini daha iyi hissetmesi,
- Hastanın daha bağımsız olması,
- Daha serbest diyet ve sıvı alımı,
- Maliyeti düşük, makine, elektrik, su ve teknik ekip gerektirmemesi,
- Bir diyaliz merkezine bağımlılık gerekmemesidir.

4.1.7.1.2.2.Periton Diyalizinin Dezavantajları

- Artmış enfeksiyon riski (özellikle peritonit),
- Yetersiz diyaliz riski,
- Potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon oluşması,
- Katater çıkış yeri veya tünel enfeksiyonu oluşması,
- Katater yerleştirilmesine bağlı psikolojik problemler,
- Hiperglisemi,
- Hiperlipideminin agreye olması,
- Artmış adinamik kemik hastalığı riski,
- Multipl abdominal cerrahi veya travma olan hastalarda kontrendike olması,
- Periton geçirgenliğinin zaman içinde azalması,
- Ultrafiltrasyon yetersizliği,
- Özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlık.

4.1.7.1.2.3. Periton Diyalizin Komplikasyonları

Periton diyalizinin enfeksiyon komplikasyonları; katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve peritonittir.

Metabolik komplikasyonları; hiperlipidemi ve obezite, hipopotasemi, protein malnutrisyonudur.

Karın içi basınç artışına bağlı komplikasyonlar; sızıntı, herni, abdominal ödem, solunum sorunları, genital ödem, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısıdır. Ayrıca gastro-özofageal reflü, konstipasyon, hemoroid gibi gastrointestinal sorunlarda görülür (10,11,15,85).

4.1.7.1.3. BÖBREK TRANSPLANTASYONU

SDBY'ndeki hastaların tedavisi için canlı ve sağlam kişilerden veya kadavradan alınan bir böbreğin üremik hastaya nakline böbrek transplantasyonu denir (4).

Son yıllarda immünsüpresif tedavide, enfeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek transplantasyonunu, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Bununla beraber, transplantasyonun komplikasyondan zengin bir tedavi yöntemi olduğu da unutulmamalıdır (87). SDBY'ne erişen veya HD, sürekli periton diyaliz ve böbrek nakli gibi renal replasman tedavisi gerektiren KBY olguları için koşulların uygunluğunda gerek morbidite gerek mortalite gerekse yaşam kalitesi bakımından en seçkin uygulama böbrek naklidir. Çünkü, gerek canlı vericiden gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarında bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Ayrıca hem böbrek fonksiyonları yerine getirildiğinden, hem de hastalar için sürekli diyaliz işlemlerinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından dolayı yaşam kalitesi daha iyidir. Böbrek naklinden sonra 5 yıllık yaşam oranı, böbrek nakli yapılmış olan hastalarda yaklaşık olarak % 69'dur. 5 yıllık yaşam oranı diyaliz hastalarında ise yaklaşık % 32'dir (4).

Günümüzde yeni immünosüpresif ajanların kullanıma girmesi ve transplantasyon deneyimlerinin artması ile giderek daha çok hasta renal transplantasyon adayı olarak kabul edilmektedir. Aşağıda renal transplantasyon kontrendikasyonları görülmektedir. Burada tanımlanan bir çok hasta günümüzde multiorgan transplantasyon adayıdır (85).

Böbrek naklinde en başarılı sonuç doku uygunluk antijenlerinde tam uyum olan vericilerden yapılan nakillerde olmaktadır. Böbrek transplantasyonu verici durumuna göre iki çeşittir. Birincisi canlı vericili transplantasyon, diğeri de kadavra vericili transplantasyondur. Canlı vericilerden yapılan nakillerde 10 yıllık greft yaşam oranı yaklaşık olarak 64'tür, kadavra kaynaklı vericilerden yapılan nakillerde 10 yıllık greftin yaşama oranı % 47'dir. TND'nin en son verilerine göre 31.12.2005 tarihi itibarı ile ülkemizde bugüne kadar yapılan renal transplantasyon sayısı 7.643'tür. ABD'nde ise sadece 2004 yılında 15.671'dir. Aynı derneğin verilerine göre sadece 2007 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hasta sayısı (insidans) 1.316 olup, yine 2007 yıl sonu itibarıyla fonksiyonel greft ile yaşayan transplantasyon hasta sayısı (prevalans) 5.647 dir. Böbrek transplantasyonu ülkemizde son yıllarda artmış olmakla beraber yeterli değildir (4,14,99,100). Ülkemizde kadavra donörü oranı %33,2'dir. Transplantasyonların kalan yaklaşık 2/3' lük kısmı canlı donörden elde edilen böbreklerle yapılmıştır (http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf) [İnternette indirme tarihi:27.4.2009] (42).

Tüm dünyada organ nakli ile uğraşan ekiplerin en büyük sıkıntısı yapılan böbrek nakillerinin sayısının son dönem böbrek yetmezlikli hastaların artış hızına dahi yetişememesi ve buna bağlı olarak bekleme listesindeki hasta sayısının hızlı bir şekilde artışıdır. Böbrek naklinde istenen hedefe ulaşmanın birinci yolu kadavradan yapılan böbrek nakli sayısını arttırmaktır. Gelişmiş ülkelerde kadavradan yapılan böbrek nakilleri, tüm böbrek nakillerinin % 80'ini kapsarken ülkemizde bu oran %30'ları ancak bulmaktadır (4).

Transplantasyon sonrası erken dönemde en önemli komplikasyon değişik türdeki rejeksiyonlardır ve rejeksiyonları önleyebilmek için immünsüpresif ilaçlar değişik kombinasyonlar halinde kullanılır. Böbrek transplantasyonu, geç dönemde de komplikasyonlara açık bir tedavi şeklidir (87).

4.1.7.1.3.1. Böbrek Transplantasyonunun Avantajları

- Sağlıklı bir insan gibi tam özgürlüğün olması,
- Diyet kısıtlamalarının hemen hemen hiç olmaması,
- Daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesi.

4.1.7.1.3.2. Böbrek Transplantasyonunun Dezavantajları

- İstendiği 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 gerektirmesi.

4.1.7.1.3.3. Böbrek Transplantasyonunun Kontrendikasyonları

Kan grubu ve doku nakli uygun olsa da böbrek nakli her hastaya uygulanmaz.

Bunlar;

- Yoğun enfeksiyon geçirenler,
- AIDS olanlar,
- Tedavi edilemeyen yayılmış kanseri olanlar,
- Yoğun geçirilen böbrek dışı hastalığı (kalp, karaciğer gibi) olanlar,
- Damar sistemi hastalığı olanlar,
- Kalıcı pıhtılaşma hastalığı olanlar,

- Bazı psikiyatrik hastalığı olanlar,
- Aşırı şişman olanlar,
- Bağışıklık sistemi bozuk olanlar,
- Düzeltilemeyen alt idrar yolları hastalığı olanlar (4,10,85).

Transplantasyona hasta hazırlama prensibi, renal transplantasyon da izlenen kesin kontrendikasyonlar dışındaki her hastaya canlı donörü varsa transplantasyona hazır hale getirme veya kadavra donör bekliyorsa, kadavra çıktığı zaman alıcı adayın seçilme şansın artırma şeklindedir (85).

4.1.7.1.3.4. Böbrek Transplantasyonunun Komplikasyonları

Böbrek transplantasyonunun komplikasyonları cerrahi ve medikal komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

Cerrahi komplikasyonları; Yara infeksiyonları, kanama, greft rüptür, idrar kaçağı, arteryel tromboz, lenfösel, renal arter darlığı ve tıkanma.

Medikal komplikasyonlar; Posttransplant dönemde görülen medikal komplikasyonlar iki ana başlık altında incelenebilir. Allogreftte gözlenen komplikasyonlar ve sistemik komplikasyonlar.

A. Allogreftte gözlenen komplikasyonlar

1. Rejeksiyonlar

- a. Hiperakut rejeksiyon
- b. Akselere (hızlanmış) rejeksiyon
- c. Akut rejeksiyon
- d. Kronik rejeksiyon

2. Akut tübüler nekroz

3. Primer böbrek hastalığının allogreftte nüksü

4. “De-novo” böbrek hastalığı

5. Üriner sistem enfeksiyonu

6. Kalsinörin nefrotoksitesisi

B. Sistemik komplikasyonlar

1. Enfeksiyon,
 - a. Posttransplant 1.ay,
 - b. Posttransplant 1.-6.ayda görülen enfeksiyon,
 - c. Posttransplant 6. aydan sonra görülen enfeksiyonlar,
2. Sıvı elektrolit, asit- baz dengesi ile ilgili bozukluklar,
3. Kardiyovasküler sistem komplikasyonlar,
4. Pulmoner komplikasyonlar,
5. Gastrointestinal sistem komplikasyonlar,
6. Hematolojik komplikasyonlar,
7. Endokrin ve metabolik komplikasyonlar,
8. Lokomotor sistem komplikasyonlar,
9. Psikiyatrik komplikasyonlar,
10. Göz ile ilgili komplikasyonlar,
11. Kanser (4).

4.2. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanır ve bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır. Yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi günlük yaşama bakıldığında, hayatın günlük ihtiyaçlarından ekonomik yaklaşımların yanı sıra sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanır. Yaşam, bedenin temel gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın hayatını ve yaşantısını normal bir şekilde devam etmesidir. Buna normal yaşam kalitesi denir (92).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi, bireylerin, hayat içerisindeki durumlarını, ait oldukları kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, algılama ve değerlendirme biçimidir. Söz konusu değerlendirme, bireylerin beklentileri, hedefleri, hayat standartları ve hayata ilişkin kaygıları ile ilişkili olarak şekillenir. Yine DSÖ'nün tanımına göre, yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi, sosyal ilişkileri ve yaşadığı çevrenin başlıca özellikleriyle

etkileşimleri gibi çok sayıdaki etkenle ilişki içerisinde şekillenen, karmaşık ve geniş bir kavramdır (96). Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Bu kavram nesnel değil, öznel olarak yaşatılan bir niteliktir (92). Yaşam kalitesi, gerek hastaların profilini belirlemek ve yaşamdan memnuniyet derecelerine ayna tutmak gerek hastalar için uygulanan tedavi bakım girişimlerinin etkinliğini ölçmek için değerlendirilmektedir (45).

Yaşam kalitesini yakalamış insan huzurlu insandır. Huzur kişinin kendisi ve çevresiyle barışık olmasını, belli bir gücü ve başarıyı da içeren, mutluluktan öte bir duygudur.

Yaşam kalitesinin pek çok bileşkeni vardır: sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik. Bu bileşenlerin hepsi tek tek önemlidir; birinin bile eksikliği kişinin "ben kaliteli bir yaşam sürüyorum." duygusunu zedeler (http://www.ozetkitap.com/yasam_kalitesi.pdf,2007) [İnternette indirme tarihi: 29.1.2009] (41).

Yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni de bireyin kendi sağlık durumu ve hastalığı ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyidir. Tıp etiği açısından bireyi bilgilendirmek önem taşır. Francis Bacon' un dediği gibi eğer bilgi güç ise kişiyi bilgisiz bırakmak da güçsüz bırakmaktır. Bununla birlikte kişiler kendi hastalıkları ile ilgili olarak farklı düzeylerde bilgi talebinde bulunurlar. Bu kısmen bir kültür sorunudur. Ülkeler ve bölgeler arasında bireylerin bilgi beklentileri ve bireylere standart olarak verilen bilgi büyük değişiklikler göstermektedir (1,51).

Yaşam kalitesinin tanımlanması için ilk çaba Thorndike (1939) tarafından "sosyal evrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklindeki tanımı ile yapılmıştır. Andrew ve Wither yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamıştır. Murrell, Zautra, Norris ve arkadaşları ise yaşam kalitesinin mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlamışlardır. Hoernquist; yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma gereksiniminin derecesi olarak tanımlamıştır (51). Daha sonra Szalai, Shaw, Bertero, Garz gibi çalışmacılar bu konuda çalışmışlardır (1).

Yaşam kalitesine ilgi 1960' lı yıllarda ABD' de yayınlanan resmi ulusal hedefler komisyon raporları ile başlamış, yaşamın kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birincil hedeflerden olarak kabul edilmiştir. Çalışmalar yaşam kalitesi kavramının tanımlayan bireye ya da kullanıldığı alana göre büyük farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymuştur. Sağlık alanında, yaşam kalitesi kavramına tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok kapsamlı bir kavram olduğu ve farklı yaklaşımlarının içeriğinin

büyük parçaları bir araya getirdiğini göstermektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalık semptom veya tedavi ile ilişkili olarak bireylerin tüm durumları üzerinde odaklanır. Devlet politikaları belirlenirken toplumsal konuma göre yaşam kalitesi tanımlanırken, örneğin sigorta şirketleri bireysel yararlılık açısından değerlendirirler. Onlara göre normal yaşam, sigorta primlerini ödeyebilmek demektir. Sosyal bilimler açısından sağlık ilişkili yaşam kalitesi uzun yaşamanın yanında iyi yaşamak anlamındadır. Sağlık sektöründekiler yaşam kalitesini klinik etkinin ölçütü olarak anlarlar (71).

Görüldüğü gibi yaşam kalitesi tanımı ve ölçülmesi güç bir kavramdır. Çünkü birbirinden farklı birçok boyutu içermekte ve zaman, mekan ve kişiye göre farklılık göstermektedir ve bu nedenle, yaşam kalitesi göreceli, öznel bir kavramdır (9).

Dünya sağlık örgütüne göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler:

Fiziksel Sağlık:

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

Psikolojik Durum:

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

Bağımsızlık Düzeyi:

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

Sosyal İlişkiler:

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

Çevresel Özellikler:

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilme ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

Maneviyat İle İlgili Özellikler:

- Ruhsal, dinsel, kişisel ihtiyaçlardır

Yaşam kalitesinin ölçülmesi için, hedeflenen özelliğe göre çeşitli araçlar kullanılmaktadır. En sık kullanılan ölçütler yaşam kalitesi sorgulama formlarıdır. Bireyin yaşam yıllarındaki sağlığının miktarının ve kalitesinin ölçülebilmesi için; Avrupa Birliğine ortak ülkelerin kurduğu Avrupa Sağlık Komisyonu, 1998 yılından itibaren, toplumun sağlığı için SF-36 (Short form 36), NHP (Nottingham Health Profile), RI (Roser Index), vb. gibi indeksleri; kronik hastalıklara bağlı yaşam kalitesini ve yıllarını ölçmek için, kronik hastalık ölçüm metotlarını kullanmaya ve sağlık sorunlarını bu açıdan da ele alarak değerlendirmeye başlamışlardır. Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) ölçütlerinden en iyi bilinenleri SİP (Sickness Impact Profile), Nottingham Health Profile, Quality Of Well-Being Scale, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WHO Quality of Life, Medical Outcome Study SF-36' dır (98).

4.2.1. SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ

DSÖ, SİYK'ni insanların içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamdaki konumlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (31).

Medikal ve sağlık hizmetlerinde çalışan araştırmacılar 'iyilik' halinin derecesinin değerlendirilmesi için yeni niceliksel ölçümler geliştirmişlerdir. Bu ölçümleri sadece hastalığa bağlı oluşan semptomların yol açtığı durumlar ve fonksiyon bozuklukları olan bireylerde, sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır. Bu durum SİYK'ni gündeme getirmiştir (47).

SİYK değerlendirilirken hangi alanların ele alınması gerektiği konusunda farklı görüşler vardır. Sullivan (1992) yaşam kalitesi ile ilgili klinik araştırmalarda sağlığın temel boyutlarının ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu boyutlar fiziksel

yakınmalar/fiziksel esenlik; psikolojik zorlanmalar/psikolojik esenlik, fonksiyonel durum, rol fonksiyonu, sosyal fonksiyon/sosyal esenlik ve sağlık/yaşam kalitesine bakış açısıdır (82). Carr, Gibson and Robinson'a (2001) göre SİYK, bir kişinin sağlık, hastalık, sakatlık, engellilik ve tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır (21). Bir başka kaynakta SİYK'nin "bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram" olduğu kabul edilmektedir. SİYK; iki komponenti olan iyilik hali olup bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrol düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (36).

Kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakışı açısından hastalık ve tedavinin etkinliğini belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcı olmak amacıyla SİYK ölçekleri geliştirilmiştir. Bu ölçekler sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılmaları da hedeflenmektedir (35).

Kronik hastalıkların önem kazanması ve toplumun büyük kesiminin bu hastalıklardan etkilenmesi sonucu, insanlar yaşam kalitesine daha çok önem verir hale gelmiştir (86).

4.2.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ

Kronik böbrek yetmezlikli prediyaliz hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi diyaliz hastalarına göre daha az dikkate alınmaktadır ve bu hasta grubunda da yaşam kalitesinin hızla azaldığı görülmüştür. Bu hasta grubunda yaş, cinsiyet, anemi, depresyon, hastada mevcut sistemik hastalıklar (kalp, DM gibi) yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır (37,91,95).

Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen, SDBY hastalarının morbidite ve mortalitesi hala yüksektir. SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında çok yakın ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastanın yaşam kalitesini arttıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir (40).

KBY, kişinin tüm yaşamını ve sağlık bileşenlerini etkileyen, fiziksel ve ruhsal etkileri olan bir rahatsızlıktır. KBY tanısı konan hastalar yaşamlarındaki değişikliklere ve yeniliklere uyum sağlamak ve bunlarla birlikte yaşamak zorundadırlar. Her hastaya renal transplantasyon yapılamayacağı, yapıldığı bazı durumlarda da böbrek reddi geliştiği göz önüne alınırsa, ana tedavi yönteminin diyaliz olduğu görülmektedir. Bu yöntem hastanın yaşam süresini uzatmakta, ancak hastanın belirli günlerde, haftanın belirli bir zaman diliminde, saatlerde makineye ve hastaneye bağlı olması, fiziksel

aktivitelerinin sınırlanması, işgücü kaybı ve ekonomik kayıplarla birlikte olmaktadır. En önemlisi hastanın yaşamsal önemi olan bir organının fonksiyonunu kaybetmiş, bireyin geleceğe yönelik hayal ve planlarında ciddi değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu durum ciddi fiziksel ve psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir. Hastalar için daha kaliteli yaşam, onların kişisel özellikleri ve hastalıkları konusunda daha fazla bilgilenmeleri ile olasıdır. Hastanın çeşitli sorunları üzerinde kontrolünü sağlamak, iletişimini sağlamak, hoşlandığı aktivitelerini yeniden yapmasını sağlamak için yaşam kalitesi ölçümleri hemşire bakımında yardımcı olabilir. Henderson'a göre hemşirelik yaklaşımlarının odak noktası; bireyin kendi kendine yapamadığı ve profesyonel yardım gerektiren gereksinimleridir. Hemşire bireyin gereksinimlerini tanımak ve gidermek için gerekli yaklaşım ve etkileşimlerde bulunur. Hastanın özbakımı, genel sağlık koruma davranışını sağlamak, yaşama yeniden uyumunu kolaylaştırmak ve stres kaynaklarını yok etmek için yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hemşirelik için çok önemlidir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşire çok önemli bir eğiticidir.

Hemşirenin bütüncül görüş içerisinde KBY olan bireylerin özbakım davranışını kazanmasını sağlamak, yaşama uyumunu kolaylaştırmak ve stresörlerini tanımak için yaşam kalitesini değerlendirmeleri gerekir (84).

4.2.3. HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

KBY bulunan hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tedavisi de tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılık getirmektedir. RRT yöntemlerinden en yaygın olanı HD'dir. HD, hastanın bir HD merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu yönünden hem de hastanın yaşamında yarattığı değişikliklerle özellik göstermektedir. Bu çerçevede HD tedavisinin hastanın yaşam kalitesine etkisi her zaman merak konusu olmuştur. Hastanın yaşam kalitesindeki değişiklikler hastanın hastalık algısındaki çeşitlilik ile paralellik göstermektedir (25).

HD başarılı bir transplantasyon gerçekleşmediği sürece yaşam boyu sürekliliği olan bir yöntemdir. SDBY tedavisinde iki faktör ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri hastaların yaşam süresini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. HD hastaları yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadırlar (50). Bu yaşam değişiklikleri; belirli günler diyaliz merkezine gitmek, diyalize girmek, diyaliz komplikasyonları, hastalığın getirdiği özel diyet, beden görünüşündeki değişiklikler, ekonomik, cinsel ve toplumsal rol değişiklikleri gibi çok geniş bir yelpazede olabilir (16).

HD tedavisinin başlanması ile hastanın yaşam kalitesinde bazı değişiklikler olmaktadır. Öncelikle hastada yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır. HD kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel

sağlık algılanmasında bozulmaya neden olurken uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır. Ayrıca bu hastalarda normal topluma kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, daha çok ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. HD hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında hemoglobin, hematokrit düzeyi; albumin, kan üre azotu (BUN), fosfor, kalsiyum gibi biyokimyasal parametreler; Kt/V oranı, diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti ve böbrek dışı eşlik eden ek hastalıklar gelir (16,25).

Dikkat edilmesi gereken bir diğer hususta hastaların aile bireylerinin ‘özellikle bakım sağlayıcıların’ yaşam kalitesidir. Bu ailelerin çoğu alt sosyo-ekonomik gruplardan olup bakım sağlayıcıların çoğu kadındır. Araştırmalar bakım sağlayıcıların yaşam kalitesinin, ailenin sosyo-ekonomik yapısına, hastanın bakıma bağlılık ve semptomatik iyilik düzeyine bağlı olarak etkilendiğini göstermiştir. Dayanışma grupları oluşturulması, sosyo-ekonomik destek temini, aile psikoterapileri ile bakım sağlayıcıların yaşam kalitesi iyileştirilebilir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma diyaliz tedavisine başlanmayan KBY hastaları ile HD tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

5.2. ÇALIŞMANIN UYGULANDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi nefroloji polikliniğine gelen ve belirtilen hastanenin ve İstanbul'da özel Uğur diyaliz merkezlerinde diyaliz tedavisinde olan hastalarla 16.04.09/10.07.09 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini; araştırma tarihleri arasında İstanbul Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi nefroloji polikliniğine müracaat eden (N=225) KBY hastaları yine aynı hastanenin HD ünitesinde ve Uğur Diyaliz Merkezinde tedavi gören toplam (N:285) hasta, örnekleme ise çalışmanın yapıldığı tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (n: 100) KBY hastası ile (n:100) HD hastası oluşturdu.

Örneklem Seçim Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- KBY tanısı almış olmak,
- HD tedavi programında olmak,
- Türkçe iletişim kurabilmek,
- Bilinç açık koopere olmak.

5.4. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın belirtilen iki kurum hastaları ile yapılması,
- Poliklinikte fiziksel ortamın çok uygun olmaması,
- Çalışmaya evreni oluşturan hastaların katılamaması,
- Hasta yakınlarının müdahalesi.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, bireyleri tanıttıcı anket formu (Ek-1) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2) ile toplanmıştır.

5.5.1. TANITICI ANKET FORMU

Konu ile ilgili literatürler incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda, sosyo-demografik özellikleri içeren (11 soru) ve hastalığa özgü özellikleri içeren (11 soru) tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır.

Sosyo-Demografik Özellikler

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Medeni durum,
- Öğrenim durumu,
- Mesleki durum,
- Aile tipi,
- Sosyal güvencesi,
- Çalışma durumu,
- Yaşanılan yer,
- Ekonomik durumudur.

Hastalığa İlişkin Özellikler:

- Ailede başka böbrek hastası olma durumu
- Hastalık süresi,
- KBY'ne sebep olan primer hastalık,
- Diyaliz tedavisi olma durumu,
- Diyaliz süresi,
- Haftalık diyaliz seans sayısı,
- Hastalığa ilişkin eğitim alma durumu,
- Önerilen diyet tedavisine uyma durumu,
- Önerilen ilaç tedavisine uyma durumu,
- Eritropoietin (EPO) tedavisi alma durumu,
- Hastalık semptomlarının görülme sıklığıdır.

5.5.2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (The MOS 36 Item Short Form Health Survey-SF-36)

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışının yer aldığı sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların hesaplanması ile fiziksel boyut ve mental boyut olmak üzere iki ana boyut puanı elde edilir. Fiziksel boyut: fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarından; mental boyut: sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarından oluşur. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutları hem fiziksel boyut hem de mental boyutta yer alır.

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde (“Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?”) bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz (71,93).

- Fiziksel fonksiyon; yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yapabilme,
- Fiziksel rol fonksiyon; fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde karşılaşılan sorunlar,
- Zindelik/yorgunluk; sürekli yorgun ve bitkin ya da canlı ve enerjik hissetme duyguları,
- Ağrı; ağrı olması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olması,
- Genel sağlık algısı; sağlığın iyi, kötü ya da mükemmel olduğuna inanmayla ilgili,
- Sosyal fonksiyon; fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması,
- Emosyonel rol fonksiyon; duygusal sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde yaşanan sorunlar,
- Mental sağlık; sürekli sinirlilik veya depresyon ya da sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme duyguları.

SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin; ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Likert tipi puanlamaya sahip olan ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de fiziksel ve mental boyutu değerlendirilebilir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir; fiziksel ve mental ana boyut puanı 0 ile

100 arasındadır. 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (71,93). Ancak ölçeğin önemli bir dezavantajı; uyku kontrolü, cinsel işlevleri değerlendirme ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıklar içermemesidir (25).

Pınar tarafından 1995 yılında DM hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ilerleyen yıllarda böbrek hastalıkları da dahil olmak üzere birçok kronik hastalıkta kullanılmıştır. Pınar'ın (1995) çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (1,51).

SF-36 sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarında sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Bilgilendirilmiş bir birey eşliğinde 5-10 dakika gibi kısa bir zaman diliminde, hatta telefon aracılığıyla da uygulanabilecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçeğin kapsamlı olmasına karşın uygulama, değerlendirme ve yorumlanması kolaydır. SF-36, her sağlık alanında yüksek puan artan pozitif yaşam puanı olarak düzenlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilir (20,25,50,51).

Tablo E. SF 36'nın Her Bir Alt Boyutunun Puanlanması ve Değerlendirilmesi

	Skala adı	Ham skala	Beklenen en düşük ve en yüksek puanı	Olası puan
1	Fiziksel fonksiyon	sf3+sf4+sf5+sf6+sf7+sf8+sf9+sf10+sf11+ sf12	10-30	20
2	Fiziksel rol fonksiyon	sf13 + sf14 + sf15 + sf 16	0-4	4
3	Zindelik/yorgunluk	sf23 + sf27 + sf29 + sf31	4-24	20
4	Ağrı	sf21 + sf22	2-11	9
5	Genel sağlık algısı	sf1 + sf33 + sf34 + sf35 + sf 36	5-25	20
6	Sosyal fonksiyon	sf20 + sf32	2-11	9
7	Emosyonel rol fonksiyon	sf17 + sf18 + sf19	0-3	3
8	Mental sağlık	sf24 + sf25 + sf26 + sf28 + sf30	5-30	25

Ham skala puanı – en düşük olası puan / olası puan x 100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür

$$((21-10) / 20) \times 100 = \% 55$$

8 alt boyutun puanı ayrı ayrı hesaplanıp, buradan iki ana boyutun puanlaması yapılacaktır.

Ana boyut hesaplanmasında;

1. Fiziksel boyut: Fiziksel boyuta ait alt boyutlar toplanıp 5'e bölünerek hesaplanır.
2. Mental boyut: Mental boyuta ait alt boyutlar toplanıp 5'e bölünerek hesaplanır.

5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Anket formu, KBY hastalarına poliklinik şartlarında, HD hastalarına ise HD seansı sırasında hastanın kendini iyi hissettiği anda uygulanmıştır. Tüm form ve anketler, bizzat araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. KBY hastalarında bir anket uygulaması 10-15 dakika sürerken, HD hastalarında 20-25 dakika sürmüştür.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların sosyo-demografik, hastalığa ilişkin özellikleri ve yaşam kalitesi değişkenleri sayı, yüzdeler, ortalama olarak verilmiş, istatistiksel analizde Pearson Korelasyon, Independent Samples t Test, One-Way ANOVA ve Post Hoc Tukey testleri ile incelenmiştir. Toplanan veriler SPSS 15 versiyonu ile değerlendirilmiştir.

Veri toplama esnasında hastaların hastalık semptomlarını deneyimleme sıklığı sorgulanmış; hastalık semptomlarının görülme sıklığının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilirken 1-1.5: her zaman, 1.6-2.5: çoğu zaman, 2.6-3.5: bazen, 3.6-4.5: nadiren, 4.6-5 hiçbir zaman olarak alınmıştır (Tablo 6). Ayrıca hastaların her zaman ve çoğu zaman ile nadiren ve bazen seçenekleri arasında tam olarak ayırım yapamadıkları için seçeneklerdeki her zaman seçeneği çoğu zaman ile nadiren seçeneği bazen seçeneği ile birleştirilmiştir (Tablo 7A, 7B, 7C).

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Veriler, araştırmanın gerçekleştirildiği GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı'ndan ve Özel Uğur Diyaliz Merkezinden araştırma öncesi yazılı, hastalardan ise sözel izinler alınarak yapılmıştır.

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanında evrensel etik ilkelere ve çalışmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'nda yer alan etik ilkelere uyulmuştur (Ek-6). Anketleri uygulamadan önce katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiştir (EK-5). Araştırmaya katılan bireylerin kimlikleri açıklanmamıştır.

6. BULGULAR

Diyaliz tedavisine başlanmayan KBY hastaları ile HD tedavisi olan hastaların (n:200) yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu. Bu tablolarda;

- * Sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı (Tablo1, Tablo2),
- * Sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklere göre yaşam kalitesi alt boyutları (Tablo3A, Tablo3B, Tablo4A, Tablo4B),
- * Sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklere göre yaşam kalitesi ana boyutları (Tablo5A, Tablo5B),
- * Hastalık semptomlarının görülme sıklığının dağılımı ve yaşam kalitesi boyutları (Tablo6, Tablo7A, Tablo7B, Tablo7C),
- * Hastaların yaşam kalitesi boyutları (Tablo8A, Tablo8B) ile ilgili bulgular yer almaktadır.

TABLO 1. Olguların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Sosyo-Demografik Özellikler		KBY		HD	
		Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	40	40,0	42	42,0
	Erkek	60	60,0	58	58,0
Yaş (Dağılım Aralığı 20-87yıl)		Ort±SS 55,33±16,40		Ort±SS 54,94±17,82	
Medeni Durum	Evli	83	83,0	85	85,0
	Bekar	17	17,0	15	15,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	4,0	5	5,0
	İlkokul	15	15,0	12	12,0
	Ortaokul	39	39,0	20	20,0
	Lise	21	21,0	26	26,0
	Yükseköğrenim	21	21,0	37	37,0
Mesleki Durum	Çalışmıyor	11	11,0	7	7,0
	Memur	14	14,0	15	15,0
	Serbest	13	13,0	9	9,0
	Emekli	37	37,0	37	37,0
	Ev Hanımı	25	25,0	32	32,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	88	88,0	88	88,0
	Geniş Aile	12	12,0	12	12,0
Sosyal Güvence Durumu	Var	98	98,0	96	96,0
	Yok	2	2,0	4	4,0
Çalışma Durumu	Evet	24	24,0	28	28,0
	Hayır	76	76,0	72	72,0
	Tam Gün Çalışma	19	86,0	17	61,0
	Yarım Gün Çalışma	3	14,0	11	39,0
Yaşanılan Yer	İstanbul İçi	84	84,0	73	73,0
	İstanbul Dışı	16	16,0	27	27,0
Ekonomik Durum	Orta	80	80,0	72	72,0
	İyi	20	20,0	28	28,0
Toplam		100	100,0	100	100,0

Tablo 1’de KBY hastaları ile HD hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; KBY hastalarının % 60’ı erkek, % 83’ü evli ve % 39’u ortaokul mezunu iken HD hastalarının % 58’i erkek, % 85’i evli ve % 37’sini yükseköğrenim mezunları oluşturmaktadır. KBY hastalarının yaş ortalamaları $55,33 \pm 16,40$ yıl, HD hastalarının $54,94 \pm 17,82$ yıldır (dağılım aralığı: 20-87). Her iki grupta da en fazla (% 37) emekli hastalar oluştururken, % 88’ni çekirdek aile, % 12’sini geleneksel geniş aile oluşturmaktadır. KBY hastalarının % 98’inin, HD hastalarında % 96’sının sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. KBY hastalarının %76’sının, HD hastalarında % 72’sinin çalışmadığı, yine çalışan KBY hastalarının % 86’sının tam gün ve % 14’ünün yarım gün, HD hastalarında ise % 61’inin tam gün ve % 39’unun yarım gün çalıştığı saptanmıştır. KBY hastalarının % 84’ünün HD hastalarında % 73’ünün İstanbul’da yaşadığı ve KBY hastalarının % 80’ninin, HD hastalarında % 72’sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir.

TABLO 2. Olguların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Hastalığa İlişkin Özellikler		KBY		HD	
		Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Ailede Başka Böbrek Hastası	Var	8	8,0	20	20,0
	Yok	92	92,0	80	80,0
Hastalık Süresi (yıl)	1-5	44	44,0	46	46,0
	6-10	45	45,0	38	38,0
	11 ve ↑	11	11,0	16	16,0
Hastalık Süresi	(Dağılım Aralığı: 1-18)	(Ort±SS yıl) 6,33±3,86		(Ort±SS yıl) 6,04±3,60	
Primer Hastalık Nedeni	Kronik Glomerulonefrit	12	12,0	6	6,0
	Kronik Pyelonefrit	12	12,0	15	15,0
	Diyabetes Mellitus	11	11,0	21	21,0
	Hipertansiyon	28	28,0	30	30,0
	Akut Böbrek Yetmezliği	20	20,0	10	10,0
	Polikistik Böbrek	11	11,0	3	10,0
	Amiloidoz	5	5,0	9	10,0
	Diğer	1	1,0	5	10,0
	Bilinmiyor			1	10,0
HD Süresi (yıl)	0-5			54	54,0
	6-10			37	37,0
	11 ve ↑			9	9,0
HD Süresi	(Dağılım Aralığı 1-13 yıl)	(Ort±SS yıl)		4,11±3,15	
Haftalık HD Seans Sayısı	1-2 Kez			29	29,0
	3 Kez			71	71,0
Hastalık ve HD'e İlişkin Eğitim Alma Durumu	Evet	91	91,0	74	74,0
	Hayır	9	9,0	26	26,0
Diyet Programına Uyma Durumu	Evet	82	82,0	73	73,0
	Hayır	18	18,0	27	27,0
İlaç Tedavisine Uyma Durumu	Evet	98	98,0	97	97,0
	Hayır	2	2,0	3	3,0
EPO Tedavisi Alma Durumu	Evet	49	49,0	47	47,0
	Hayır	51	51,0	53	53,0
Toplam		100	100,0	100	100,0

Tablo 2’de KBY hastaları ile HD hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri yer almaktadır.

KBY hastalarında % 8, HD hastalarında % 20 oranında ailesinde böbrek hastalığı görülmektedir.

Gruplar arasında hastalık süresi bakımından KBY hastalarının % 45’i altı yıl ile 10 yıl arasında, HD hastalarının % 46’sı bir yıl ile beş yıl arasında KBY süresine sahiptir. KBY hastalarının hastalık süresi ortalaması $6,33\pm 3,86$; HD hastalarının $6,04\pm 3,60$ yıldır (dağılım aralığı:1-18).

KBY hastalarında primer hastalık nedeni % 28 oranında HT ilk sırayı alırken % 20 oranında ABY ikinci sırayı almaktadır. HD hastalarında ise % 30 oranında HT ilk sırayı alırken % 21 oranında DM ikinci sırayı almaktadır.

HD hastalarının % 54’ü 0-5 yıl arasında değişen süreyle HD’e girmekte olup, HD süresi ortalaması $4,11\pm 3,15$ yıl (dağılım aralığı:1-13), olguların % 71’i haftada 3 kez HD tedavisi almaktadır.

KBY hastalarında hastalık ve HD ilişkin eğitim alma durumu % 91 iken HD hastalarında bu oran % 74’tür.

KBY hastalarının % 82’si, HD hastalarının % 73’ü verilen diyet programına yine KBY hastalarının % 98’i, HD hastalarının % 97’si ilaç tedavisine düzenli olarak uymaktadır.

KBY hastalarının % 51’i, HD hastalarının % 53’ü EPO tedavisi almadığını ifade etmektedir.

TABLO 3A. KBY Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	57,58±23,11	75,62±81,15	48,91±13,11	67,96±26,12	37,95±14,46	53,33±20,77	56,66±28,44	58,06±14,82
	Erkek	60,87±21,77	62,08±44,97	46,75±13,98	62,77±27,96	37,22±13,20	52,59±21,44	56,11±24,15	54,10±12,15
	t	-0,714	1,071	0,788	0,945	0,254	0,171	0,105	1,405
	p	0,477	0,287	0,433	0,347	0,800	0,864	0,917	0,163
Yaş	r	-0,231	-0,000	-0,169	-0,199	-0,194	-0,101	-0,004	-0,080
	p	0,021*	0,998	0,092	0,047*	0,050*	0,315	0,972	0,431
Medeni Durum	Evli	57,53±22,14	71,08±62,03	47,53±13,07	65,86±27,58	37,09±13,80	52,47±20,98	56,62±21,29	56,43±13,55
	Bekar	65,58±23,90	50,00±60,59	50,58±15,29	66,01±23,72	40,41±14,52	54,90±22,03	54,90±42,39	56,70±15,88
	t	-1,349	1,281	-0,853	-0,021	-0,894	-0,430	0,250	-0,073
	p	0,181	0,203	0,396	0,983	0,373	0,668	0,803	0,942
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	56,00±32,28	5,00±11,18	34,00±6,51	46,67±21,37	15,80±19,77	48,89±12,66	46,66±29,81	48,00±14,14
	İlkokul	65,00±20,00	39,58±49,38	52,50±7,83	62,03±15,32	34,25±13,98	58,33±19,02	50,00±22,47	52,66±8,60
	Ortaokul	74,00±12,73	35,00±41,67	47,75±9,66	65,00±18,12	38,30±15,93	58,33±19,37	51,66±20,16	58,40±12,27
	Lise	71,34±21,23	57,69±47,83	57,88±12,17	67,09±22,32	42,34±20,30	67,09±19,24	52,56±19,25	63,53±12,20
	Yükseköğrenim	74,19±17,22	44,59±73,86	56,89±14,25	71,17±21,67	46,13±14,60	68,16±18,73	56,75±40,72	66,75±13,36
	F	1,485	1,083	6,088	1,820	2,783	2,158	0,238	2,800
	p	0,213	0,396	0,000*** Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.	0,131	0,031* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.	0,080	0,916	0,030* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.

*p≤0,05 ***p<0,001

TABLO 3A. KBY Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Meslek Durumu	Çalışmıyor	62,72±27,32	81,81±60,30	52,72±18,75	71,71±33,09	40,27±18,30	54,54±26,96	69,69±40,70	60,72±10,57
	Memur	62,50±24,15	75,00±91,46	44,61±15,86	65,87±29,70	40,21±16,13	53,17±18,06	45,23±28,06	46,00±16,36
	Serbest	56,92±24,70	63,46±46,34	49,23±11,69	68,37±31,70	36,76±13,90	51,28±27,04	56,41±25,03	60,92±10,07
	Emekli	57,16±21,68	75,67±62,21	50,27±11,95	68,16±24,02	40,64±11,23	56,15±19,23	60,36±21,99	60,21±10,82
	Ev Hanımı	58,8±20,88	47±47,5	44±11,72	58,66±24,32	31,12±12,88	48±19,69	50,66±19,53	52,64±13,09
	F	0,201	1,058	1,426	0,667	2,130	0,585	1,985	1,046
	p	0,914	0,382	0,231	0,617	0,083	0,674	0,103	0,383
Aile Tipi	Çekirdek Aile	59,18±22,35	69,76±64,06	47,49±13,47	66,53±26,15	37,27±14,11	53,10±21,17	57,36±26,88	56,27±14,32
	Geniş Aile	53,33±23,96	54,16±49,81	48,33±14,35	63,88±33,87	40,08±13,90	50,00±22,47	50,00±17,40	58,33±12,11
	t	0,842	0,809	-0,130	0,317	-0,646	0,472	0,920	-0,473
	p	0,402	0,421	0,897	0,752	0,52	0,638	0,360	0,637
Sosyal Güvence Durumu	Var	58,36±22,45	66,83±62,46	47,70±13,35	65,30±26,80	37,33±13,12	51,38±19,86	56,12±26,03	56,24±13,88
	Yok	85,00±0	100,00±0	65,00±0	94,44±7,85	39,75±11,70	58,33±19,70	66,66±0	68,00±11,31
	t	-1,669	-0,747	-1,822	-1,529	-0,745	-1,386	-0,570	-1,187
	p	0,098	0,457	0,072	0,129	0,458	0,169	0,570	0,238
Çalışma Durumu	Çalışıyor	58,92±25,03	83,03±87,14	48,39±13,94	64,28±29,68	39,85±15,43	55,55±22,01	54,76±24,36	54,14±16,95
	Çalışmıyor	58,88±21,67	61,45±48,37	47,91±13,34	66,51±25,87	36,80±13,28	51,85±20,76	56,94±26,50	57,38±12,52
	t	0,008	1,574	0,158	-0,371	0,985	0,787	-0,378	-1,049
	p	0,994	0,119	0,875	0,712	0,327	0,433	0,706	0,297

TABLO 3A. KBY Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma Evet ise	Tam Gün Çalışma	57,05±24,43	79,41±83,02	45,41±14,78	63,70±30,23	39,82±14,61	56,21±19,43	50,98±29,14	50,58±17,66
	Yarım Gün Çalışma	61,81±26,85	88,63±97,05	49,81±13,09	65,63±30,26	39,91±17,35	60,54±26,50	60,60±13,48	59,63±14,90
	t	-0,484	-0,269	-0,474	-0,091	-0,014	-0,192	-1,022	-1,404
	p	0,632	0,790	0,640	0,928	0,989	0,849	0,316	0,172
Yaşanılan Yer	İstanbul İçi	58,33±22,13	69,34±64,97	48,86±12,80	65,60±25,96	38,04±13,56	53,70±20,46	57,14±26,16	57,09±12,95
	İstanbul Dışı	61,87±25,09	57,81±43,51	43,75±16,17	67,36±32,06	35,62±15,94	48,61±24,30	52,08±24,24	53,25±18,22
	t	-0,574	0,680	1,403	-0,238	0,637	0,885	0,717	1,015
	p	0,567	0,498	0,164	0,812	0,526	0,375	0,475	0,313
Ekonomik Durum	Orta	57,63±22,20	62,15±60,22	47,91±12,71	65,00±26,06	37,16±13,52	52,15±20,64	55,00±19,57	55,20±14,77
	İyi	59,75±23,25	83,75±74,90	48,50±14,33	65,89±27,04	62,00±4,14	88,88±5,68	56,01±28,43	56,61±14,01
	t	-0,372	-1,343	-0,176	-0,132	-2,570	-2,504	-0,150	-0,394
	p	0,710	0,183	0,860	0,895	0,012*	0,014*	0,881	0,695

*p≤0,05

TABLO 3B. HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	63,86±21,40	47,02±70,10	55,43±13,68	68,58±21,74	38,36±17,54	64,37±20,15	57,14±39,15	62,95±11,95
	Erkek	72,14±15,27	40,95±47,00	51,20±12,14	63,76±19,49	35,86±17,05	62,96±18,14	50,57±19,98	62,06±13,55
	t	-1,092	0,519	1,603	1,143	0,713	0,359	1,097	0,338
	p	0,274	0,605	0,112	0,256	0,478	0,721	0,275	0,736
Yaş	r	-0,289	-0,042	-0,041	-0,053	-0,017	-0,054	-0,030	-0,032
	p	0,036*	0,676	0,687	0,600	0,867	0,594	0,764	0,750
Medeni Durum	Evli	70,06±19,70	42,94±59,34	53,00±13,43	65,10±20,66	36,56±17,42	63,52±18,43	53,72±31,33	61,74±13,12
	Bekar	79,00±12,28	46,67±48,05	57,33±11,16	74,81±20,77	41,53±16,44	65,19±24,08	51,11±17,21	66,40±10,67
	t	-1,170	-0,230	-1,178	-1,680	-1,030	-0,306	0,314	-1,300
	p	0,093	0,819	0,242	0,096	0,307	0,760	0,754	0,197
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	48,75±36,37	62,50±47,87	28,75±14,36	69,44±47,46	32,25±21,77	33,33±30,08	75,00±31,91	40,00±13,85
	İlkokul	55,66±21,20	83,33±34,93	50,66±11,31	68,89±25,61	33,67±16,57	54,07±24,43	64,44±15,25	57,60±9,77
	Ortaokul	58,58±22,00	50,00±46,94	46,79±11,78	60,68±25,97	36,61±12,18	50,42±18,87	52,13±21,35	58,97±11,45
	Lise	60,71±22,43	63,09±54,55	51,66±11,65	69,84±26,56	40,71±13,59	53,96±21,45	60,31±35,93	55,61±12,32
	Yükseköğrenim	61,90±23,15	94,04±95,49	58,57±16,67	68,78±26,43	40,42±13,78	59,25±19,35	50,79±24,98	55,04±19,71
	F	0,399	2,107	2,879	0,595	0,975	1,531	1,551	1,887
	p	0,809	0,086	0,027* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.	0,667	0,425	0,199	0,194	0,199

*p≤0,05

TABLO 3B. HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Meslek Durumu	Çalışmıyor	81,42±11,07	42,85±53,45	56,42±14,06	68,25±26,00	44±20,75	66,66±16,97	47,61±17,81	62,28±3,90
	Memur	75,00±17,21	39,66±41,04	58,66±14,20	70,37±19,09	40,53±15,38	66,67±25,19	48,89±17,21	66,67±13,74
	Serbest	72,77±17,34	66,04±25,92	52,22±12,02	74,07±21,51	34,55±12,09	64,19±22,06	77,77±74,53	62,22±16,13
	Emekli	67,83±22,62	40,54±46,15	53,78±14,79	65,76±22,12	39,40±17,85	63,96±17,25	49,54±20,21	59,45±15,06
	Ev Hanımı	71,25±16,65	41,40±45,17	50,93±10,50	63,19±19,23	32,68±17,68	61,45±18,92	54,16±21,99	64,00±9,31
	F	0,959	1,257	0,990	0,641	1,164	0,234	1,911	1,023
	p	0,434	0,339	0,417	0,635	0,332	0,918	0,115	0,400
Aile Tipi	Çekirdek Aile	71,66±19,71	45,40±59,25	54,19±13,22	67,04±20,57	38,22±17,24	64,11±19,88	53,63±30,65	62,94±13,06
	Geniş Aile	67,91±12,69	25,00±41,28	49,58±13,04	62,03±23,90	30,25±17,42	60,18±14,57	50,00±22,47	59,33±11,67
	t	0,639	1,152	1,134	0,776	1,501	0,659	0,396	0,908
	p	0,524	0,252	0,260	0,440	0,137	0,512	0,693	0,366
Sosyal Güvence Durumu	Var	70,78±19,08	43,22±57,86	53,43±13,34	65,97±20,57	36,71±17,37	63,42±19,54	53,47±30,00	62,45±13,11
	Yok	86,25±7,5	50,00±57,73	58,75±6,29	80,55±26,25	51,50±5,25	72,22±6,41	50,00±19,24	62,00±2,30
	t	-1,609	-0,229	-0,790	-1,376	-1,690	-0,894	0,229	0,070
	p	0,111	0,819	0,432	0,172	0,094	0,373	0,819	0,945
Çalışma Durumu	Çalışıyor	73,75±16,89	50,00±85,65	55,62±14,39	69,90±21,10	38,29±14,37	64,35±24,94	58,33±47,39	64,33±16,16
	Çalışmıyor	70,65±19,65	41,44±45,92	53,02±12,78	65,49±20,81	37,00±18,19	63,59±17,27	51,75±21,35	61,84±11,67
	t	0,694	0,632	0,842	0,902	0,318	0,167	0,949	0,827
	p	0,490	0,529	0,402	0,369	0,752	0,868	0,345	0,410

TABLO 3B. HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma Evet İse	Tam Gün Çalışma	70,78±17,42	23,68±37,70	58,52±14,32	70,51±21,07	38,42±15,97	62,57±24,90	47,36±16,90	64,00±15,83
	Yarım Gün Çalışma	90,00±10,01	99,95±11,55	55,33±2,88	72,37±16,97	39,00±8,54	81,48±23,12	66,67±10,03	72,00±4,00
	t	-1,871	-0,031	-0,033	-0,167	-0,044	-1,231	-1,936	-0,854
	p	0,076	0,003**	0,744	0,869	0,965	0,233	0,067	0,403
Yaşanılan Yer	İstanbul İçi	70,00±20,20	44,17±60,59	53,69±13,79	65,29±20,19	37,89±18,16	63,92±19,83	55,25±32,02	63,01±13,88
	İstanbul Dışı	75,18±14,90	41,66±49,51	53,51±11,50	69,95±22,60	35,74±14,87	63,37±17,92	48,14±21,35	60,88±9,56
	t	-1,215	0,193	0,06	-0,992	0,550	0,127	1,067	0,732
	p	0,227	0,848	0,952	0,324	0,584	0,899	0,289	0,466
Ekonomik Durum	Orta	65,71±20,93	31,25±42,83	51,07±12,57	63,88±19,74	37,07±17,27	63,33±20,22	46,42±18,89	61,28±13,59
	İyi	93,21±17,89	49,64±62,33	54,78±13,39	68,09±20,88	38,89±16,63	65,07±17,55	56,66±32,77	62,97±12,78
	t	-1,984	-1,430	-1,262	-0,914	-0,477	-0,400	1,550	-0,579
	p	0,048*	0,156	0,210	0,363	0,635	0,690	0,124	0,564

*p≤0,05**p<0,01

Tablo 3A ve 3B’de KBY ve HD hastalarının yaşam kalitesi alt boyut puanlarının sosyo-demografik özellikleri verilmiştir.

Cinsiyet ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında fiziksel fonksiyon dışında yaşam kalitesi alt boyut puanları kadınlarda erkeklere göre yüksek olmasına rağmen her iki grup içinde istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Yaş ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında, yaş arttıkça yaşam kalitesi alt boyut puanlarının düştüğü tespit edilmiştir. KBY hastalarında yaş ile fiziksel fonksiyon ($p\leq 0,05$), ağrı ($p\leq 0,05$) ve genel sağlık algısı ($p\leq 0,05$) puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon ($p\leq 0,05$) puanları arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında; fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon puanlarının; HD hastalarında ise emosyonel rol fonksiyon puanı hariç diğer yaşam kalitesi alt boyut puanlarının evli olanlarda bekar olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında zindelik yorgunluk ($p<0,001$), genel sağlık algısı ($p\leq 0,05$), mental sağlık ($p\leq 0,05$) puanlarının okuryazar ve lise, okuryazar ve yükseköğrenimlilerle; HD hastalarında zindelik/yorgunluk ($p\leq 0,05$) puanının okuryazar ve lise ile okuryazar ve yükseköğrenimliler olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Meslek durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında ve HD hastalarında meslek durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Aile tipi ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı, mental sağlık puanı dışında kalan yaşam kalitesi alt boyut puanlarının; HD hastalarında ise yaşam kalitesi alt boyut puanlarının, çekirdek ailede geniş aileye göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$), yarım gün çalışanların yaşam kalitesi alt

boyut puanlarının tam gün çalışanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır, sadece HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p<0,01$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Yaşanılan yer ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında İstanbul'da yaşayanlarda fiziksel fonksiyon ve ağrı dışında yaşam kalitesi alt boyut puanları İstanbul dışında yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ekonomik durum ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında ekonomik durumu iyi olanlarda yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmış, KBY hastalarında ekonomik durumu iyi olanların genel sağlık algısı ($p\leq 0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p\leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise, fiziksel fonksiyon ($p\leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

TABLO 4A. KBY Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Hastalık İle İlgili Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ailede Başka Böbrek Hastası	Var	61,25±25,31	75,00±46,29	52,50±9,25	72,22±31,98	37,50±8,45	66,66±14,54	58,33±23,57	55,00±17,98
	Yok	58,69±22,42	66,84±63,34	47,66±13,71	65,33±26,50	37,67±14,31	51,69±21,18	56,15±26,11	56,60±13,59
	t	0,306	0,355	0,976	0,694	-0,034	1,957	0,227	-0,313
	p	0,760	0,723	0,332	0,49	0,973	0,050*	0,821	0,755
Hastalık Süresi	r	-0,320	-0,011	-0,317	-0,283	-0,042	-0,275	-0,032	-0,067
	p	0,001**	0,916	0,001**	0,003**	0,679	0,006**	0,753	0,510
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu	Evet	68,69±24,91	67,85±63,38	54,93±13,74	70,37±30,42	40,00±19,78	54,32±29,62	69,68±25,92	64,16±13,10
	Hayır	56,56±26,69	63,88±48,59	48,85±10,42	65,44±26,62	37,42±13,32	52,74±20,25	55,55±27,70	56,92±10,75
	t	2,614	0,182	2,058	0,523	0,527	0,213	2,610	2,532
	p	0,010*	0,856	0,042*	0,602	0,599	0,832	0,012*	0,013*
Diyet Programına Uyma Durumu	Evet	68,78±24,82	68,29±65,26	48,29±12,98	66,04±26,25	38,10±14,99	62,88±20,08	57,40±25,06	59,77±10,75
	Hayır	55,66±25,59	63,88±45,55	46,94±15,73	65,85±27,14	31,09±15,59	49,66±25,79	56,09±26,12	55,75±14,44
	t	2,612	0,272	0,384	0,028	2,685	2,619	0,194	1,113
	p	0,010*	0,787	0,702	0,978	0,007**	0,012*	0,847	0,268
İlaç Tedavisine Uyma Durumu	Evet	69,58±61,79	62,50±31,81	48,24±13,56	66,09±27,23	63,82±35,18	61,11±23,57	56,35±25,62	62,02±14,14
	Hayır	50,52±15,62	58,91±22,62	45,00±7,07	55,55±10,02	47,21±36,62	52,92±21,14	33,33±6,65	56,28±13,99
	t	2,085	0,221	0,337	0,544	1,975	0,542	1,294	0,571
	p	0,039*	0,826	0,737	0,587	0,045*	0,589	0,209	0,569
EPO Tedavisi Alma Durumu	Evet	59,48±21,17	72,44±59,34	48,84±22,47	69,84±25,45	37,85±14,21	64,42±27,99	58,50±21,00	57,06±13,50
	Hayır	58,33±23,97	62,74±64,68	29,85±18,75	62,09±27,86	37,47±13,74	45,65±30,99	54,24±29,78	55,92±14,36
	t	0,255	0,781	4,012	1,450	0,138	2,853	0,823	0,408
	p	0,799	0,437	0,000***	0,150	0,890	0,005**	0,413	0,684

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

TABLO 4B. HD Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Hastalık İle İlgili Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ailede Başka Böbrek Hastası	Var	69,75±16,58	30,00±44,86	49,50±10,11	72,22±24,31	37,05±19,96	63,88±13,90	43,33±24,42	59,20±11,20
	Yok	71,81±19,62	46,87±60,11	54,68±13,67	65,13±19,82	37,37±16,70	63,75±20,44	55,83±30,36	63,25±13,16
	t	-0,433	-1,174	-1,589	1,364	-0,075	0,029	-1,706	-1,264
	p	0,666	0,243	0,115	0,176	0,941	0,977	0,091	0,209
Hastalık Süresi	r	-0,011	-0,081	-0,178	-0,183	-0,295	-0,168	-0,015	-0,199
	p	0,916	0,423	0,054*	0,049*	0,003**	0,052*	0,880	0,047*
Hemodiyaliz Süresi	r	-0,307	-0,076	-0,029	-0,098	-0,120	-0,296	-0,330	-0,098
	p	0,001**	0,453	0,771	0,333	0,236	0,001**	0,002**	0,334
Haftalık HD Seans Sayısı	1-2 Kez	65,86±23,60	67,60±67,66	42,14±13,48	68,07±27,34	42,03±13,20	60,15±22,12	54,02±24,25	56,55±16,23
	3 Kez	56,05±21,61	67,24±46,34	35,76±13,89	60,53±25,3	35,87±13,88	49,92±20,04	57,27±26,53	56,45±12,94
	t	2,004	0,027	2,101	1,278	2,042	2,247	-0,570	0,033
	p	0,048*	0,979	0,038*	0,204	0,044*	0,027*	0,570	0,974
Hastalık ve HD'e İlişkin Eğitim Alma Durumu	Evet	74,36±13,02	44,23±45,44	55,33±13,65	66,66±17,21	68,37±16,01	64,37±13,02	54,05±31,55	65,91±20,17
	Hayır	56,65±20,76	43,24±61,55	48,84±10,42	66,51±22,10	34,73±12,32	56,92±10,75	51,28±23,53	57,69±15,07
	t	2,996	0,075	2,206	0,031	2,983	2,619	0,409	1,898
	p	0,008**	0,940	0,029*	0,975	0,005**	0,010*	0,683	0,061

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

TABLO 4B. HD Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık İle İlgili Özellikler		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Diyet Programına Uyma Durumu	Evet	72,48±20,27	69,25±23,81	54,38±13,35	66,66±22,45	68,53±18,24	63,92±20,26	66,66±46,22	63,12±12,61
	Hayır	71,36±18,63	50,56±30,69	51,66±12,63	66,25±16,15	49,03±14,20	63,37±16,54	48,40±18,46	60,59±13,52
	t	0,026	2,609	0,916	0,087	2,808	0,127	2,836	0,873
	p	0,979	0,010*	0,362	0,931	0,007**	0,899	0,006**	0,385
İlaç Tedavisine Uyma Durumu	Evet	71,66±7,63	37,79±17,19	47,40±12,99	67,12±20,84	47,40±19,77	63,91±19,44	77,77±38,49	62,47±12,99
	Hayır	71,09±19,25	21,66±15,27	40,00±13,22	48,14±12,83	35,40±17,13	59,25±12,83	52,57±29,20	61,33±8,32
	t	0,025	1,603	1,846	1,563	3,706	0,411	1,461	0,151
	p	0,980	0,112	0,068	0,121	0,000***	0,682	0,147	0,881
EPO Tedavisi Alma Durumu	Evet	69,19±22,94	67,73±36,70	60,06±20,01	67,08±21,78	36,90±16,08	65,01±15,53	55,31±38,24	63,65±11,70
	Hayır	45,64±27,80	49,52±46,63	48,01±13,04	65,95±19,98	29,58±13,02	62,68±22,12	51,57±19,13	61,35±13,81
	t	4,032	1,113	3,027	0,269	2,400	0,602	0,630	0,893
	p	0,000***	0,268	0,026*	0,789	0,016*	0,549	0,530	0,374

*p≤0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 4A ve 4B’de KBY ve HD hastalarının yaşam kalitesi alt boyut puanlarının hastalık ile ilgili özellikleri verilmiştir.

Ailesinde başka böbrek hastası olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında ailesinde başka böbrek hastası olanların, olmayanlara göre sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. HD hastalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Hastalık süresi ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında hastalık süresi ilerledikçe yaşam kalitesi alt boyut puanlarının düştüğü belirlenmiştir. KBY hastalarında hastalık süresi ve yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki negatif ilişki fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), zindelik/yorgunluk ($p < 0,01$), ağrı ($p \leq 0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p < 0,01$) alanlarında; HD hastalarında ise zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), ağrı ($p < 0,01$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve mental sağlık ($p \leq 0,05$) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

HD süresi ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki negatif ilişki incelendiğinde; HD süresi arttıkça, yaşam kalitesi alt boyut puanları azalmaktadır. HD süresi ile fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p < 0,01$) ve emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$) puanları arasındaki negatif ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Haftalık HD seans sayısı ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; haftada 1-2 kez diyalize girenlerde emosyonel rol fonksiyon puanı dışında yaşam kalitesi alt boyut puanları haftada 3 seans HD’e girenlere göre yüksek bulunmuştur. HD seans sayısı ile fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir.

Hastalık ve HD’e ilişkin eğitim alma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında eğitim alanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının eğitim almayanlara göre yüksek olduğu ve KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), emosyonel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve mental sağlık ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$) ve sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Önerilen diyeteye uyma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında, önerilen diyeteye uyanların uymayanlara göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek olduğu, KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon

($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

İlaç tedavisine uyma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının kullanmayanlara göre yüksek olduğu, KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise genel sağlık algısı ($p < 0,001$) puanında arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

EPO tedavisi alma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında EPO tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi alt boyut puanları EPO tedavisi almayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. KBY hastalarında zindelik/yorgunluk ($p < 0,001$) ve sosyal fonksiyon ($p < 0,01$) puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon ($p < 0,001$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$) ve genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

TABLO 5A. KBY ve HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Ana Boyutları			
		KBY Grubu		HD Grubu	
		Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet	Kadın	53,99±19,67	54,16±11,98	54,65±22,59	50,72±12,02
	Erkek	54,83±16,22	54,02±13,39	56,90±15,82	49,61±13,15
	t	-0,234	0,055	-0,456	0,436
	p	0,815	0,956	0,649	0,663
Yaş	r	-0,316	-0,124	-0,298	-0,244
	p	0,001**	0,218	0,004**	0,028*
Medeni Durum	Evli	73,53±17,74	77,71±12,63	75,82±19,32	62,03±11,86
	Bekar	59,86±16,75	50,31±12,12	54,52±16,04	51,50±15,27
	t	2,339	2,485	2,259	1,042
	p	0,041*	0,034*	0,043*	0,659
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	25,36±4,35	34,65±4,41	38,65±11,31	29,47±21,78
	İlkokul	50,67±13,65	52,15±10,14	58,44±15,96	50,10±11,67
	Ortaokul	52,01±12,92	50,89±9,16	50,53±13,89	48,99±10,67
	Lise	59,27±18,41	56,68±12,26	57,20±17,25	52,45±15,05
	Yükseköğretim	56,79±19,04	56,74±13,94	62,74±26,15	52,82±12,29
	F	2,684	2,660	2,162	2,600
	p	0,026* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.	0,027* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.	0,065	0,050* Anlamlı fark 1. ve 4. grup, 1. ve 5. grup arasındadır.
Meslek Durumu	Çalışmıyor	58,59±20,91	55,40±12,95	61,85±17,92	55,59±17,01
	Memur	51,99±14,61	55,52±12,60	59,35±28,03	46,18±13,21
	Serbest	66,72±26,84	58,19±21,73	54,95±16,32	50,92±13,36
	Emekli	53,47±15,71	53,23±11,82	58,38±16,15	53,53±9,14
	Ev Hanımı	51,89±16,81	52,65±10,17	47,91±16,75	45,28±12,14
	F	1,351	0,561	1,639	2,232
	p	0,250	0,730	0,157	0,057

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

TABLO 5A. KBY ve HD Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Yaşam Kalitesi Ana Boyutları			
		KBY Grubu		HD Grubu	
		Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Aile Tipi	Çekirdek Aile	55,30±17,91	54,62±12,66	56,11±19,29	50,36±12,66
	Geniş Aile	46,95±14,19	49,87±11,67	51,96±16,18	49,35±12,25
	t	1,547	1,230	0,710	0,260
	p	0,125	0,222	0,479	0,795
Sosyal Güvence Durumu	Var	75,41±15,96	58,89±5,82	81,28±1,25	70,11±12,22
	Yok	54,02±17,65	53,90±12,71	55,07±18,56	49,87±0,56
	t	2,267	0,779	1,987	2,328
	p	0,025*	0,438	0,050*	0,022*
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57,51±20,92	56,18±16,75	58,90±25,23	50,54±13,41
	Çalışmıyor	53,52±16,54	53,44±10,92	54,31±15,54	50,18±12,12
	t	0,964	0,934	1,099	0,130
	p	0,337	0,353	0,274	0,897
Çalışma Evet İse	Tam Gün Çalışma	52,18±13,62	53,57±12,69	58,08±25,62	49,40±14,02
	Yarım Gün Çalışma	71,34±2,45	63,29±5,22	70,16±25,80	62,30±12,86
	t	-2,381	-2,287	-1,995	-2,551
	p	0,027*	0,025*	0,836	0,022*
Yaşanılan Yer	İstanbul İçi	54,21±17,74	54,75±12,96	56,04±19,17	50,97±11,78
	İstanbul Dışı	55,21±17,74	52,33±11,33	53,28±16,60	46,66±15,36
	t	-0,250	0,857	0,537	1,274
	p	0,803	0,394	0,592	0,206
Ekonomik Durum	Orta	50,16±12,25	54,96±13,37	54,18±17,78	49,85±12,37
	İyi	56,56±19,16	72,55±10,21	59,35±21,94	71,35±10,92
	t	-1,636	-2,359	-1,090	-2,492
	p	0,105	0,021*	0,279	0,024*

*p≤0,05

TABLO 5B. KBY ve HD Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200)

Hastalıkla İlgili Özellikler		Yaşam Kalitesi Ana Boyutları			
		KBY Grubu		HD Grubu	
		Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Ailede Başka Böbrek Hastası	Var	51,70±16,41	50,59±11,36	59,69±14,41	54,00±12,25
	Yok	55,17±17,99	54,97±12,72	55,24±19,09	49,95±12,46
	t	-0,785	-1,406	0,642	0,881
	p	0,434	0,163	0,522	0,381
Hastalık Süresi(yıl)	r	-0,841	-0,498	-0,785	-0,596
	p	0,000***	0,041*	0,005**	0,038*
Hemodiyaliz Süresi(yıl)	r			-0,193	-0,323
	p			0,054*	0,001**
Haftalık HD Seans Sayısı	1-2 kez			56,96±17,14	52,38±14,08
	3 kez			55,04±19,44	49,42±11,69
	t			0,463	1,079
	p			0,644	0,283
Hastalık ve HD'e İlişkin Eğitim Alma Durumu	Evet	65,13±18,70	58,58±13,31	63,45±18,71	56,16±12,36
	Hayır	40,62±14,48	45,09±8,91	42,07±20,09	49,49±13,80
	t	2,621	2,020	2,452	2,001
	p	0,009**	0,046*	0,026*	0,036*
Diyet Programına Uyma Durumu	Evet	66,53±20,73	65,67±11,63	59,59±19,51	57,06±12,32
	Hayır	43,72±16,48	45,26±14,88	50,64±15,19	54,25±13,26
	t	2,474	2,438	1,011	0,364
	p	0,029*	0,028*	0,052*	0,680
İlaç Tedavisi Alma Durumu	Evet	66,89±17,73	64,16±12,66	55,87±18,81	58,29±12,56
	Hayır	41,29±8,59	42,00±8,05	32,01±6,36	47,69±1,88
	t	2,548	2,364	2,376	2,436
	p	0,015*	0,034*	0,033*	0,027
EPO Tedavisi Alma Durumu	Evet	61,82±18,40	64,34±12,86	67,45±18,01	61,09±12,10
	Hayır	41,84±16,79	45,89±12,35	43,81±19,41	39,49±12,81
	t	2,429	2,401	2,572	2,012
	p	0,030*	0,032*	0,013*	0,048*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 5A ve 5B’de KBY ve HD hastalarının yaşam kalitesi ana boyut puanlarının sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri verilmiştir.

Cinsiyet ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında fiziksel boyut puanlarının erkeklerde kadınlara göre, mental boyut puanlarının ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Yaş ile yaşam kalitesi ana boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş arttıkça yaşam kalitesi ana boyut puanları düşmektedir. KBY hastalarında yaş ile fiziksel boyut ($p<0,01$) puanı; HD hastalarında ise fiziksel boyut ($p<0,01$) ve mental boyut ($p\leq 0,05$) puanları arasında negatif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Medeni durum ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; evli olanların yaşam kalitesi ana boyut puanları bekar olanlara göre daha yüksektir. KBY hastalarında fiziksel boyut ($p\leq 0,05$) ve mental boyut ($p\leq 0,05$) puanı; HD hastalarında fiziksel boyut ($p\leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında fiziksel boyut ($p\leq 0,05$), mental boyut ($p\leq 0,05$) puanının okur-yazar ile lise, okur-yazar ile yükseköğrenimlilerde; HD hastalarında ise mental boyut ($p\leq 0,05$) puanının okur-yazar ile lise, okur-yazar ile yükseköğrenimlilerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Meslek durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında yaşam kalitesi ana boyut puanları ile meslekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aile tipi ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında çekirdek ailede fiziksel ve mental boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY hastalarında fiziksel boyut puanı ($p\leq 0,05$); HD hastalarında ise fiziksel boyut ($p\leq 0,05$) ve mental boyut ($p\leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$), yarım gün çalışanların yaşam kalitesi ana boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmış, KBY hastalarında fiziksel boyut ($p\leq 0,05$)

ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise mental boyut ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yaşanılan yer ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında İstanbul'da ve İstanbul dışında yaşayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Ekonomik durum ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında ekonomik durumu iyi olanlarda yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmış olup KBY ve HD hastalarında mental boyut ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Ailesinde başka böbrek hastası olma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında fiziksel ve mental ana boyut puanlarının birbirine yakın olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Hastalık süresi ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında hastalık süresi ilerledikçe yaşam kalitesi ana boyut puanlarının düştüğü belirlenmiştir. KBY hastalarında fiziksel boyut ($p < 0,001$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel boyut ($p < 0,01$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

HD süresi ile yaşam kalitesi ana boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; HD süresi arttıkça yaşam kalitesi ana boyut puanları azalmaktadır. HD süresi ile fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p < 0,01$) arasındaki negatif ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

HD tedavisi alan hastalarda, haftalık HD seans sayısı ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; haftada 1-2 kez diyalize girenlerin mental ve fiziksel boyut puanları haftada 3 seans HD'e girenlere göre yüksek bulunmuştur ancak HD seans sayısı ile yaşam kalitesi ana boyut puanları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ($p > 0,05$).

Hastalık ve HD'e ilişkin eğitim alma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında eğitim alanların yaşam kalitesi ana boyut puanlarının eğitim almayanlara göre yüksek olduğu ve KBY hastalarında fiziksel boyut ($p < 0,01$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise; fiziksel boyut ($p \leq 0,05$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Diyet programına uyma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında, önerilen diyeteye uyanların uymayanlara göre yaşam kalitesi ana boyut puanlarının yüksek olduğu tespit

edilmiştir. KBY hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise; fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

İlaç tedavisine uyma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi ana boyut puanlarının kullanmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. KBY hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise, fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir.

EPO tedavisi alma durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; KBY ve HD hastalarında EPO tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi ana boyut puanları EPO tedavisi almayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. KBY ve HD hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

TABLO 6. KBY ve HD Hastalarının Hastalık Semptomlarının Görülme Sıklığının Farklılık Gösterip Göstermediğine Göre Dağılımı (n=200)

Semptomlar	KBY		HD		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Baş Ağrısı	3,33	0,59	3,40	0,70	-0,769	0,443
Baş Dönmesi	3,35	0,64	3,73	0,90	-3,445	0,001***
Kaşıntı	3,57	0,69	3,64	0,81	-0,659	0,510
Bacak Ağrısı	3,71	0,91	3,92	1,00	1,549	0,123
Kas Krampı	4,31	0,87	4,17	0,97	-1,549	0,286
Kemik Ağrısı	4,32	0,87	4,41	0,81	1,070	0,450
Uyku Düzensizliği	4,00	0,84	3,79	0,95	-0,757	0,099
Konsantrasyon Güçlüğü	3,59	0,87	3,69	0,97	1,659	0,443
Cinsel Fonksiyonlarda Azalma	2,52	1,15	2,73	1,27	-0,769	0,222
İştahsızlık	3,44	0,70	3,80	0,89	-1,226	0,002**
Bulantı-Kusma	3,34	0,64	3,95	0,88	-5,607	0,000***
Barsak Hareketlerinde Düzensizlik	3,72	0,75	4,17	0,82	-4,049	0,000***
Nefes Darlığı	4,07	0,81	4,16	0,80	-0,792	0,430
Yürüme/Koşma Esnasında Dinlenme İhtiyacı Hissetme	3,17	0,65	2,78	0,82	3,712	0,000***
Aşırı Yorgunluk	3,18	0,76	2,70	0,95	3,96	0,000***

p<0,01 *p<0,001

Tablo 6’da KBY ve HD hastalarının hastalık semptomlarının görülme sıklığının dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; baş ağrısı, KBY ve HD hastalarında bazen görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Baş dönmesi, KBY hastalarında bazen, HD hastalarında ise nadiren görülmekte olup; HD hastalarında KBY hastalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmektedir ($p\leq 0,001$).

Kaşıntı, bacak ağrısı, kas krampı, kemik ağrısı, uyku düzensizliği, konsantrasyon güçlüğü KBY ve HD hastalarında nadiren görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Cinsel fonksiyonlarda azalma, KBY hastalarında çoğu zaman; HD hastalarında bazen görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ($p>0.05$).

İştahsızlık, bulantı-kusma semptomları KBY hastalarında bazen; HD hastalarında nadiren görülmekte olup, HD hastalarında KBY hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlıdır, sırasıyla ($p<0,01$, $p\leq 0,001$).

Barsak hareketlerinde düzensizlik, KBY ve HD hastalarında nadiren görülmekte olup; HD hastalarında KBY hastalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmektedir ($p\leq 0,001$).

Nefes darlığı, KBY ve HD hastalarında nadiren görülmekle birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme, aşırı yorgunluk semptomları KBY ve HD hastalarında bazen görülmekte olup, KBY hastalarında HD hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

TABLO 7A. KBY Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Baş Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	72,85±12,86	10,71±13,36	53,54±13,22	66,54±21,45	30,14±17,73	63,44±19,07	52,38±17,81	62,23±13,14
	Nadiren/Bazen	71,29±19,41	45,96±58,89	55,00±13,23	66,66±11,11	37,84±17,23	68,25±22,61	53,40±30,35	65,14±8,23
	t	0,209	-1,574	-0,280	-0,015	-1,139	-0,636	-0,088	-0,575
	p	0,885	0,119	0,780	0,988	0,258	0,526	0,930	0,567
Baş Dönmesi	Her Zaman/ Çoğu Zaman	71,00±19,53	40,00±44,40	47,50±11,60	53,33±21,46	21,10±18,24	56,66±16,93	46,66±17,21	58,40±11,95
	Nadiren/Bazen	75,00±13,33	43,88±59,05	54,33±13,20	68,02±20,38	39,11±16,31	64,56±119,41	54,07±30,63	62,88±12,93
	t	-0,630	-0,202	-1,569	-2,151	-3,274	-1,234	-0,749	-1,048
	p	0,530	0,841	0,120	0,034	0,001**	0,220	0,455	0,297
Kaşıntı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	82,50±13,32	45,83±43,06	51,66±17,79	70,37±19,45	37,33±10,53	72,22±11,65	61,11±25,09	58,00±10,95
	Nadiren/Bazen	70,69±19,12	43,35±58,56	53,77±12,92	66,31±21,02	37,30±17,67	63,23±19,55	52,83±29,89	62,72±12,96
	t	1,486	0,102	-0,379	0,460	0,003	1,109	0,662	-0,872
	p	0,141	0,919	0,705	0,646	0,997	0,270	0,509	0,385
Bacak Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	58,44±22,55	65,00±42,81	47,00±14,37	65,18±26,97	35,40±16,28	51,85±20,66	56,29±26,74	55,60±15,48
	Nadiren/Bazen	63,00±23,11	67,77±63,95	48,16±13,41	72,22±26,31	37,91±13,70	62,22±23,54	56,66±16,10	56,57±13,79
	t	-0,604	-0,134	-0,259	-0,784	-0,540	-1,485	-0,043	-0,210
	p	0,547	0,894	0,796	0,435	0,591	0,141	0,966	0,834

**p<0,01

TABLO 7A. KBY Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kas Krampı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	84,16±8,01	42,28±58,13	51,66±13,66	50,00±20,79	29,33±16,48	61,11±16,85	52,84±29,90	55,33±14,62
	Nadiren/Bazen	70,59±19,21	62,50±44,01	53,77±13,19	67,61±20,52	37,81±17,30	63,95±19,46	61,11±25,09	62,89±12,68
	t	1,715	-0,832	-0,379	-2,037	-1,167	-0,348	-0,662	-1,404
	p	0,090	0,407	0,705	0,044*	0,246	0,728	0,509	0,163
Kemik Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	83,33±11,54	83,33±28,86	48,33±16,07	59,25±23,12	39,66±4,04	62,96±25,66	55,55±19,24	45,33±13,22
	Nadiren/Bazen	71,03±19,09	42,26±57,88	53,81±13,12	66,78±20,87	37,23±17,54	63,80±19,19	53,26±29,91	62,96±12,56
	t	1,106	1,220	-0,709	-0,613	0,238	-0,074	0,131	-2,397
	p	0,271	0,226	0,480	0,541	0,812	0,941	0,896	0,018*
Uyku Düzensizliği	Her Zaman/ Çoğu Zaman	65,71±22,25	40,86±45,56	53,38±13,35	65,07±23,50	34,14±17,90	58,73±25,42	50,89±20,01	61,14±13,08
	Nadiren/Bazen	71,82±18,79	78,57±14,07	57,14±10,35	66,66±20,78	37,54±17,32	64,15±18,83	85,71±83,57	69,93±6,41
	t	-0,820	-1,686	-0,726	-0,193	-0,500	-0,718	-3,133	-1,439
	p	0,414	0,095	0,469	0,847	0,618	0,475	0,002**	0,829
Konsantrasyon Güçlüğü	Her Zaman/ Çoğu Zaman	71,36±15,82	41,85±58,48	53,31±13,41	61,61±20,10	31,90±17,34	63,63±14,13	52,80±30,48	62,24±12,90
	Nadiren/Bazen	71,40±19,42	56,81±50,11	56,36±10,97	67,16±20,98	37,97±17,26	63,79±19,85	57,57±21,55	64,00±12,89
	t	-0,007	-0,812	-0,723	-0,831	-1,099	-0,026	-0,502	-0,425
	p	0,995	0,419	0,471	0,408	0,274	0,980	0,617	0,672

*p≤0,05 **p<0,01

TABLO 7A. KBY Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsel Fonksiyonlarda Azalma	Her Zaman/Çoğu Zaman	70,28±19,26	32,21±44,09	52,98±12,88	66,20±20,10	36,06±18,55	63,24±20,58	46,15±18,84	60,30±12,49
	Nadiren/Bazen	72,60±18,82	55,72±67,68	54,37±13,55	66,88±21,72	38,46±16,14	64,35±17,89	61,11±36,60	64,75±12,95
	t	- 0,607	-2.074	- 0,527	-0,161	-0,691	- 0,285	-2.598	-1.745
	p	0,545	0,041*	0,599	0,872	0,491	0,776	0,011*	0,084
İştahsızlık	Her Zaman/Çoğu Zaman	62,00±24,13	43,42±58,14	53,42±13,11	57,77±14,48	31,80±11,47	63,04±19,27	31,03±11,25	69,60±11,86
	Nadiren/Bazen	71,89±18,71	45,00±51,23	58,00±14,83	67,01±21,09	37,60±17,54	77,77±13,60	37,33±18,12	62,06±12,84
	t	-1.137	-0,059	-0,757	-0,965	-0,729	-1.684	-0,725	1.282
	p	0,258	0,953	0,451	0,337	0,468	0,095	0,456	0,203
Bulantı-Kusma	Her Zaman/Çoğu Zaman	68,33±37,52	42,78±57,73	50,00±10,00	66,66±11,11	33,00±16,37	63,45±19,17	44,44±19,25	64,00±8,00
	Nadiren/Bazen	71,49±18,50	66,66±57,73	53,76±13,26	66,55±21,12	37,44±17,38	74,07±23,12	53,60±29,87	62,39±12,99
	t	-0,283	-0,706	-0,486	0,009	-0,436	-0,940	-0,526	0,212
	p	0,778	0,482	0,628	0,993	0,663	0,350	0,600	0,832
Barsak Hareketlerinde Düzensizlik	Her Zaman/Çoğu Zaman	71,21±18,99	42,92±57,59	53,58±13,21	66,55±20,96	37,21±17,35	63,41±18,98	53,19±29,70	62,34±12,87
	Nadiren/Bazen	90,00±10,24	87,00±11,18	60,00±19,43	66,66±13,01	47,00±10,02	89,00±22,07	66,66±21,65	72,00±23,59
	t	-0,884	-0,886	-0,483	-0,015	-0,561	-1.916	-0,451	-0,746
	p	0,327	0,327	0,630	0,986	0,576	0,058	0,653	0,457

*p≤0,05

TABLO 7A. KBY Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Nefes Darlığı	Her Zaman/Çoğu Zaman	60,00±35,35	39,28±44,97	53,31±13,06	55,55±0,00	31,00±12,72	63,60±19,39	21,02±10,42	62,08±12,73
	Nadiren/Bazen	71,63±18,77	80,00±11,13	70,00±7,07	66,78±21,01	37,43±17,40	72,22±7,85	86,66±12,34	80,00±12,10
	t	-0,856	-2.236	-1.795	-0,752	-0,519	-0,625	-2.519	-1.981
	p	0,394	0,042*	0,076	0,454	0,605	0,534	0,038*	0,050*
Yürüme/Koşma Esnasında Dinlenme İhtiyacı Hissetme	Her Zaman/Çoğu Zaman	71,50±17,10	43,75±72,00	52,25±10,55	65,27±21,52	35,30±17,50	59,72±20,39	55,83±40,21	61,60±11,34
	Nadiren/Bazen	71,33±20,29	43,33±46,22	54,58±14,65	67,40±20,54	38,65±17,16	66,48±18,12	51,66±19,81	63,00±13,82
	t	0,043	0,035	-0,868	-0,498	-0,948	-1,737	0,688	-0,532
	p	0,956	0,972	0,388	0,619	0,345	0,085	0,493	0,596
Aşırı Yorgunluk	Her Zaman/Çoğu Zaman	71,22±20,86	42,87±72,58	52,94±13,31	65,24±21,20	35,94±18,89	60,96±19,72	50,26±20,42	62,25±12,50
	Nadiren/Bazen	72,66±15,86	45,62±46,17	54,09±13,15	67,39±20,77	38,18±16,28	65,57±18,88	57,81±19,82	62,55±13,16
	t	-0,112	-0,190	-0,424	-0,501	-0,627	-1,169	-1,063	-0,114
	p	0,911	0,850	0,672	0,617	0,532	0,245	0,290	0,910

*p≤0,05

TABLO 7B. HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Baş Ağrısı	Her Zaman/Çoğu Zaman	59,16±19,08	33,33±51,63	40,00±11,83	59,25±36,28	28,50±20,55	40,74±25,01	44,44±17,21	48,66±17,42
	Nadiren/Bazen	58,88±22,82	69,68±62,20	48,56±13,43	66,31±26,34	38,24±13,32	53,66±20,71	57,09±26,15	56,97±13,60
	t	0,030	-1,399	-1,523	-0,622	-1,679	-1,465	-1,166	-1,428
	p	0,976	0,165	0,131	0,536	0,096	0,146	0,247	0,156
Baş Dönmesi	Her Zaman/Çoğu Zaman	57,98±22,45	62,50±51,75	46,25±15,05	64,37±26,58	37,51±13,89	52,29±20,41	54,16±17,25	53,00±16,93
	Nadiren/Bazen	69,37±22,10	67,93±63,04	48,20±13,37	83,33±25,19	39,37±14,98	59,72±28,44	56,52±26,49	56,78±13,66
	t	-1,377	-0,237	-0,393	-1,942	-0,362	-0,956	-0,246	-0,737
	p	0,172	0,813	0,695	0,051*	0,718	0,342	0,806	0,463
Kaşıntı	Her Zaman/Çoğu Zaman	52,00±22,80	45,00±51,23	45,00±17,32	88,89±24,85	37,80±16,72	62,22±28,97	46,67±18,26	56,80±14,80
	Nadiren/Bazen	59,26±22,58	68,68±62,52	48,21±13,30	64,67±26,53	37,65±13,85	52,39±20,67	56,84±26,12	56,46±13,92
	t	-0,701	-0,831	-0,519	1,994	0,023	1,016	-0,858	0,053
	p	0,485	0,408	0,605	0,049*	0,982	0,312	0,393	0,958
Bacak Ağrısı	Her Zaman/Çoğu Zaman	58,44±22,55	65,00±42,82	47,00±14,37	65,18±26,97	35,40±16,28	51,85±20,67	56,29±26,74	55,60±15,49
	Nadiren/Bazen	63,00±23,11	67,78±63,95	48,16±13,41	72,22±26,31	37,91±13,70	62,22±23,54	56,66±16,10	56,58±13,79
	t	-0,604	-0,134	-0,259	-0,784	-0,540	-1,485	-0,043	-0,210
	p	0,547	0,894	0,796	0,435	0,591	0,141	0,966	0,834

*p≤0,05

TABLO 7B. HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kas Krampı	Her Zaman/Çoğu Zaman	57,50±22,17	56,25±51,53	45,00±21,21	65,04±26,63	34,75±15,20	52,54±20,61	50,00±19,25	55,00±16,45
	Nadiren/Bazen	58,95±22,66	67,96±62,58	48,17±13,18	86,11±27,77	37,78±13,93	61,11±33,33	56,59±26,09	56,54±13,87
	t	-0,126	-0,369	-0,461	-1,548	-0,425	-0,795	-0,499	-0,216
	p	0,900	0,713	0,646	0,125	0,672	0,429	0,619	0,829
Kemik Ağrısı	Her Zaman/Çoğu Zaman	60,00±20,00	67,63±62,83	48,00±19,56	82,22±25,57	34,20±13,21	55,56±31,42	53,33±18,26	52,00±15,74
	Nadiren/Bazen	58,84±22,75	65,00±48,73	48,05±13,19	65,02±26,78	37,84±13,99	52,74±20,63	56,49±26,21	56,71±13,84
	t	0,111	0,092	-0,008	1,402	-0,569	0,289	-0,265	-0,738
	p	0,912	0,927	0,993	0,164	0,571	0,773	0,791	0,462
Uyku Düzensizliği	Her Zaman/Çoğu Zaman	58,87±22,80	67,01±62,76	47,78±13,53	65,40±27,02	34,66±2,51	66,67±29,39	55,67±25,78	52,00±10,58
	Nadiren/Bazen	60,00±13,22	83,33±28,86	56,67±5,77	81,48±16,97	37,75±14,11	52,46±20,83	77,78±19,25	56,61±14,00
	t	-0,085	-0,447	-1,129	-1,021	-0,377	-1,151	-1,469	-0,565
	p	0,932	0,656	0,262	0,310	0,707	0,252	0,145	0,573
Konsantrasyon Güçlüğü	Her Zaman/Çoğu Zaman	57,77±22,82	62,77±56,75	47,71±13,69	64,61±27,26	37,25±14,17	51,45±20,75	55,43±26,28	56,35±14,20
	Nadiren/Bazen	71,87±14,12	121,87±93,95	51,87±9,97	80,56±16,53	42,37±9,98	69,44±18,54	66,67±17,82	58,00±10,25
	t	-1,714	-2,664	-0,838	-1,623	-1,000	-2,370	-1,183	-0,321
	p	0,090	0,009**	0,404	0,108	0,320	0,020*	0,240	0,749

*p≤0,05 **p<0,01

TABLO 7B. HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsel Fonksiyonlarda Azalma	Her Zaman/Çoğu Zaman	56,30±22,12	62,00±64,72	46,40±14,49	65,11±27,58	37,36±12,32	51,77±21,83	53,33±30,86	55,44±15,71
	Nadiren/Bazen	61,50±22,86	73,00±59,29	49,70±12,22	66,67±26,37	37,96±15,45	54,00±20,45	59,33±19,38	57,52±11,87
	t	-1.156	-0,886	-1.230	-0,288	-0,215	-0,525	-1.164	-0,747
	p	0,251	0,378	0,221	0,774	0,830	0,601	0,247	0,457
İştahsızlık	Her Zaman/Çoğu Zaman	63,75±19,77	40,62±49,88	36,87±10,99	81,94±25,84	41,25±14,28	37,50±22,95	54,16±35,35	54,50±14,64
	Nadiren/Bazen	58,47±22,80	69,83±62,62	49,02±13,24	64,49±26,62	37,34±13,91	54,22±20,49	56,52±25,07	56,65±13,89
	t	0,633	-1,282	-2,516	1,782	0,759	-2,194	-0,246	-0,418
	p	0,528	0,203	0,013*	0,078	0,449	0,031*	0,806	0,677
Bulantı-Kusma	Her Zaman/Çoğu Zaman	55,00±21,40	46,42±50,88	39,28±12,05	79,36±26,00	34,42±17,65	44,44±27,96	47,61±17,81	53,14±12,37
	Nadiren/Bazen	59,19±22,70	69,08±62,70	48,70±13,36	64,87±26,78	37,90±13,67	53,52±20,52	56,98±26,27	56,73±14,03
	t	-0,473	-0,932	-1,809	1,383	-0,635	-1,100	-0,925	-0,657
	p	0,637	0,354	0,074	0,170	0,527	0,274	0,357	0,513
Barsak Hareketlerinde Düzensizlik	Her Zaman/Çoğu Zaman	40,00±8,66	66,66±57,73	35,00±13,22	55,29±26,80	18,33±2,88	25,92±6,41	55,56±19,24	48,00±12,00
	Nadiren/Bazen	59,48±22,59	67,52±62,41	48,45±13,31	85,18±25,66	38,25±13,68	53,72±20,82	56,35±26,07	56,74±13,92
	t	-1,484	-0,024	-1,724	-2,267	-2,508	-2,298	-0,053	-1,074
	p	0,141	0,981	0,088	0,028	0,014*	0,024*	0,958	0,285

*p≤0,05

TABLO 7B. HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=100) (Devamı)

Hastalık Semptomları		Yaşam Kalitesi Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik/ Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Nefes Darlığı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	58,46±22,55	64,28±55,49	47,85±13,50	65,19±26,67	37,16±13,60	52,38±20,92	56,12±26,03	56,28±13,89
	Nadiren/Bazen	80,00±7,07	95,00±32,77	57,50±3,53	75,34±13,56	62,00±11,21	77,78±15,71	66,67±13,08	66,00±14,14
	t	-1.343	-2.877	-1.004	-0,936	-2.570	-1.703	-0,670	-0,979
	p	0,182	0,008**	0,318	0,119	0,012*	0,092	0,580	0,330
Yürüme/Koşma Esnasında Dinlenme İhtiyacı Hissetme	Her Zaman/ Çoğu Zaman	58,75±22,97	61,64±47,48	44,16±15,78	64,26±27,08	37,21±13,24	52,78±22,78	55,68±26,60	56,18±14,26
	Nadiren/Bazen	58,92±22,60	84,41±20,34	48,57±13,10	77,78±22,72	40,91±18,45	52,90±20,97	61,11±19,24	58,66±11,09
	t	-0,024	-2.631	-1,067	-1.649	-0,863	-0,019	-0,682	-0,579
	p	0,981	0,010*	0,288	0,102	0,390	0,985	0,497	0,564
Aşırı Yorgunluk	Her Zaman/ Çoğu Zaman	57,75±21,56	65,17±56,64	45,31±14,88	53,08±23,47	37,06±17,34	50,69±26,28	50,41±21,83	54,00±13,30
	Nadiren/Bazen	63,97±22,72	79,68±86,22	59,62±29,57	76,75±27,05	42,01±13,18	53,30±20,09	60,56±26,55	56,95±14,03
	t	-0,939	-0,857	-0,888	-1.841	-1.068	-0,453	-0,688	-0,777
	p	0,350	0,394	0,377	0,069	0,288	0,652	0,493	0,439

*p≤0,05 **p<0,01

TABLO 7C. KBY ve HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200)

Hastalık Semptomları		KBY		HD	
		Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Baş Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	47,07±9,79	54,09±12,55	44,05±20,48	40,47±17,01
	Nadiren/Bazen	55,04±18,02	54,18±13,25	56,33±18,49	50,90±11,93
	t	-1,152	-0,018	-1,568	-2,025
	p	0,252	0,986	0,120	0,046*
Baş Dönmesi	HerZaman/Çoğu Zaman	47,38±18,77	46,06±12,01	55,20±18,64	50,50±16,79
	Nadiren/Bazen	55,27±17,47	54,99±12,33	60,16±20,54	50,26±12,10
	t	-1,345	-2,177	-0,717	-0,052
	p	0,182	0,032*	0,475	0,959
Kaşıntı	HerZaman/ Çoğu Zaman	57,54±14,54	56,06±5,79	53,73±21,68	49,69±17,86
	Nadiren/Bazen	54,28±17,90	53,97±12,85	55,69±18,69	50,31±12,21
	t	0,436	0,394	-0,227	-0,107
	p	0,664	0,694	0,821	0,915
Bacak Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	54,35±16,01	53,59±12,80	55,49±18,69	50,16±12,09
	Nadiren/Bazen	55,99±17,87	54,15±12,58	56,52±20,12	51,37±15,92
	t	-0,251	-0,119	-0,164	-0,292
	p	0,803	0,906	0,870	0,771
Kas Krampı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	54,41±17,72	51,71±12,90	55,58±18,65	49,17±20,27
	Nadiren/Bazen	55,53±18,26	54,25±12,56	55,92±23,89	50,32±12,16
	t	-0,149	-0,480	-0,035	-0,181
	p	0,881	0,632	0,972	0,856
Kemik Ağrısı	Her Zaman/ Çoğu Zaman	62,78±16,56	50,37±15,27	57,88±21,15	48,61±17,60
	Nadiren/Bazen	54,22±17,71	54,21±12,51	55,47±18,72	50,37±12,22
	t	0,825	-0,522	0,278	-0,306
	p	0,411	0,603	0,781	0,760
Uyku Düzensizliği	Her Zaman/ Çoğu Zaman	54,05±15,78	53,58±11,19	55,36±18,91	50,05±12,48
	Nadiren/Bazen	60,13±35,91	60,97±24,74	63,22±10,64	57,55±9,76
	t	-0,876	-1,514	-0,714	-1,029
	p	0,383	0,133	0,477	0,306
Konsantrasyon Güçlüğü	Her Zaman/ Çoğu Zaman	54,34±17,92	54,02±12,81	54,02±17,94	49,63±12,57
	Nadiren/Bazen	55,61±16,09	54,69±10,44	73,71±19,29	57,67±8,01
	t	-0,224	-0,166	-2,960	-1,771
	p	0,823	0,848	0,004**	0,080

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

TABLO 7C. KBY ve HD Hastalarının Hastalık Semptomlarına Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200) (Devamı)

Hastalık Semptomları		KBY		HD	
		Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsel Fonksiyonlarda Azalma	Her Zaman/Çoğu Zaman	52,16±15,19	52,23±13,55	53,55±20,07	48,98±14,14
	Nadiren/Bazen	56,99±19,85	56,13±13,55	57,64±17,25	51,58±10,43
	t	-1,372	-1,566	-1,093	-1,046
	p	0,173	0,121	0,277	0,268
İştahsızlık	Her Zaman/Çoğu Zaman	50,91±19,16	58,10±11,89	52,88±18,43	44,85±12,72
	Nadiren/Bazen	54,67±17,67	53,90±12,60	55,83±18,84	50,75±12,36
	t	-0,461	0,730	-0,425	-1,291
	p	0,645	0,467	0,672	0,200
Bulantı-Kusma	Her Zaman/Çoğu Zaman	56,93±25,84	53,10±14,17	50,90±16,31	43,78±14,31
	Nadiren/Bazen	54,40±17,54	54,13±12,57	55,95±18,94	50,77±12,23
	t	0,243	-0,139	-0,686	-1,441
	p	0,809	0,889	0,494	0,153
Barsak Hareketlerinde Düzensizlik	Her Zaman/Çoğu Zaman	54,29±17,65	53,95±12,50	49,03±14,11	36,55±10,14
	Nadiren/Bazen	72,73±11,24	69,13±17,14	55,80±18,88	50,70±12,30
	t	-1,039	-1,208	-0,614	-1,968
	p	0,301	0,230	0,541	0,052*
Nefes Darlığı	Her Zaman/Çoğu Zaman	53,69±16,03	53,49±11,39	54,59±17,20	49,96±12,33
	Nadiren/Bazen	93,31±53,45	83,97±33,81	94,19±33,23	65,98±6,67
	t	-3,293	-3,606	-3,138	-1,826
	p	0,001**	0,000***	0,005**	0,071
Yürüme/Koşma Esnasında Dinlenme İhtiyacı Hissetme	Her Zaman/Çoğu Zaman	53,61±19,64	52,94±13,74	54,13±16,12	50,11±12,21
	Nadiren/Bazen	55,06±16,36	54,87±11,71	66,40±30,97	51,52±14,50
	t	-0,399	-0,755	-2,169	-0,368
	p	0,691	0,452	0,033*	0,714
Aşırı Yorgunluk	Her Zaman/Çoğu Zaman	54,13±20,21	53,87±14,56	54,49±17,30	32,29±14,23
	Nadiren/Bazen	54,70±15,99	54,24±11,17	61,37±24,86	65,27±12,15
	t	-0,157	-0,143	-1,352	-2,556
	p	0,876	0,887	0,180	0,013*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 7A, 7B ve 7C’de KBY ve HD hastalarının hastalık semptomlarına göre yaşam kalitesi alt ve ana boyut puanları verilmiştir.

Tablolar incelendiğinde; baş ağrısı, KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların fiziksel fonksiyon dışında diğer yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olmasıyla birlikte, HD hastalarının mental boyut ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Baş dönmesi, KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksektir. KBY hastalarında genel sağlık ($p < 0,01$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ağrı ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kaşıntı, her zaman/çoğu zaman yaşayan olgularda KBY hastalarında zindelik/yorgunluk, mental sağlık puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, zindelik/yorgunluk, emosyonel rol fonksiyon, fiziksel boyut ve mental boyut puanları dışında yaşam kalitesi boyut puanları yüksek bulunmasına rağmen sadece HD hastalarında ağrı ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bacak ağrısı, bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek bulunmasına karşın yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Kas krampı, KBY hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların fiziksel fonksiyon puanı dışında yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olup ağrı ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır. HD hastalarında ise bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek bulunmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Kemik ağrısı, her zaman/çoğu zaman yaşayan KBY hastalarında zindelik/yorgunluk, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, mental boyut puanları; HD hastalarında zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, mental boyut puanları dışında kalan yaşam kalitesi boyut puanları bazen/nadiren yaşayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiş ancak KBY hastalarında mental sağlık ($p \leq 0,05$) puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür.

Uyku düzensizliği, KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi alt boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksektir. KBY hastalarında emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$) puanında farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür.

Konsantrasyon gücünü, KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi alt boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre

yüksek olduğu saptanmış, HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p<0,01$), sosyal fonksiyon ($p\leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p<0,01$) puanlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir.

Cinsel fonksiyonlarda azalma semptomunu, KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p\leq 0,05$) ve emosyonel rol fonksiyon ($p\leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlıdır.

İştahsızlığı, bazen/nadiren yaşayan olguların KBY hastalarında mental sağlık puanı, mental boyut puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı puanları hariç yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. HD hastalarında zindelik/yorgunluk ($p\leq 0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p\leq 0,05$) puanları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir.

Bulantı-kusma semptomunu bazen/nadiren yaşayan olguların KBY hastalarında ağrı, mental sağlık, fiziksel boyut puanları; HD hastalarında ağrı dışında yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Barsak hareketlerinde düzensizlik semptomunu bazen/nadiren yaşayan olguların KBY ve HD hastalarında her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. HD hastalarında genel sağlık algısı ($p\leq 0,05$), sosyal fonksiyon ($p\leq 0,05$) ve mental boyut ($p\leq 0,05$) puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Nefes darlığını KBY ve HD hastalarında bazen/nadiren yaşayan olguların yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p\leq 0,05$), emosyonel rol fonksiyon ($p\leq 0,05$), mental sağlık ($p\leq 0,05$), fiziksel boyut ($p<0,01$) ve mental boyut ($p<0,001$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon ($p<0,01$), genel sağlık algısı ($p\leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p<0,01$) puanları istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir.

Yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme semptomunu bazen/nadiren yaşayan olguların KBY hastalarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyon puanları dışında diğer yaşam kalitesi boyut puanları ile HD hastalarında yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p\leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p\leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Aşırı yorgunluğu bazen/nadiren yaşayan olguların KBY ve HD hastalarında yaşam kalitesi boyut puanları her zaman/çoğu zaman yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmasına rağmen sadece HD hastalarının mental boyut ($p\leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.

TABLO 8A. KBY ve HD Hastalarına Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutları (n=200)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	KBY	HD		
	Ort ± SS	Ort ± SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	71,40±18,99	58,90±22,54	4,24	0,000***
Fiziksel Rol Fonksiyon	43,50±57,58	67,50±62,00	-2,84	0,001**
Zindelik / Yorgunluk	53,65±13,16	48,05±13,44	2,98	0,003**
Ağrı	66,56±20,86	65,89±26,86	0,19	0,845
Genel Sağlık Algısı	37,31±17,29	37,66±14,01	-0,16	0,875
Sosyal Fonksiyon	63,78±19,25	52,89±21,08	3,81	0,000***
Emosyonel Rol Fonksiyon	53,33±29,60	56,33±25,82	-0,76	0,446
Mental Sağlık	62,44±12,85	56,50±13,89	3,15	0,002**

p<0,01 *p<0,001

TABLO 8B. KBY ve HD Hastalarına Göre Yaşam Kalitesi Ana Boyutları (n=200)

Yaşam Kalitesi Ana Boyutları	KBY	HD		
	Ort ± SS	Ort ± SS	t	p
Fiziksel Boyut	54,48±17,66	54,10±12,53	-0,434	0,665
Mental Boyut	55,59±18,73	50,28±12,43	2,16	0,032*

*p≤0,05

Tablo 8A ve 8B’de KBY ve HD Hastalarına göre yaşam kalitesi ana ve alt boyut puanları verilmiştir.

Tablolar incelendiğinde; KBY hastalarında ağrı ve fiziksel boyut puanları yüksek olmasına rağmen anlamlı farklılık yoktur ancak fiziksel fonksiyon (p<0,001), zindelik / yorgunluk (p<0,01), sosyal fonksiyon (p<0,001), mental sağlık (p<0,01) ve mental boyut (p≤0,05) puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmektedir. HD hastalarında ise genel sağlık algısı, emosyonel rol fonksiyon puanları yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur, fakat fiziksel rol fonksiyon (p<0,01) puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.

7. TARTIŞMA

SDBY gibi kronik bir hastalığa sahip olma hastanın yaşamını her zaman etkilemektedir (57). KBY tüm dünyada ve ülkemizde artarak devam etmektedir. Çoğu stres faktörü ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesiyle yaşam kalitesi KBY ve HD hastaları için önemli bir konudur (58). HD, hastaların yaşamlarını uzatan, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir tedavi metodudur. Yaşam kalitesi KBY'nin çeşitli tedavi tiplerinin seçimini belirlemede major bir faktördür (43). Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesini göstermesi bakımından, fiziksel ve mental durumun araştırılması önemlidir (51).

Renal replasman tedavilerindeki SDBY hastalarının morbidite ve mortalitesi daha yüksektir (40). KBY hastalarının tüm yaşamının ele alınması, tedavilerinin ve bakımlarının planlanmasında çok disiplinli değerlendirme ve ekip çalışması yapılması gerektiği görülmektedir. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerinin çok iyi değerlendirilmesi gerektiği düşünülerek bu hastaların incelenmesi amaçlanmış ve bu araştırma planlanmıştır.

KBY'nin etiyolojisi, insidansı ve prevalansı ile ilgili değişikliklerin sürekli ve düzenli takip edilmesi renal replasman programlarının planlanması ve sürdürülmesi yönünden önemlidir.

Çalışmamızda KBY hastalarında primer hastalık nedeni olarak HT ilk sırayı, ABY ikinci sırayı almaktadır. HD hastalarında ise yine HT ilk sırayı alırken, DM ikinci sırayı almaktadır (Tablo 2). Akyol (1992) HD hastalarında yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde primer hastalık nedeninin HT olduğunu tespit etmiştir. Ören'in (2000) çalışmasında hastalık nedenlerinin DM ve HT olduğunu bulmuştur. Bulantekin (2008) prediyaliz hasta grubunda, çoğunun primer hastalık nedenini bilmediğini, primer hastalık nedeni bilinen olgularda ilk nedenin DM, ikinci neden olarak böbrek taşları saptamıştır. Taşçı'nın (1998) ve Neto'nun (2006) çalışmalarında primer hastalık nedeninin bilinmediği görülmüştür. DM insidansında dünya ölçeğinde görülen artışa paralel olarak SDBY insidansıda hızla artmaktadır. Bu durum hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde SDBY'ne yol açan faktörler arasında diyabetin ilk sırada yer almasına yol açmaktadır. Çalışmamızda etyolojik neden olarak DM sıklığı, TND'nin son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmalardaki veriler ile benzer özellik göstermektedir (22).

Çalışmamızda cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, ancak kadınlarda fiziksel fonksiyon ve fiziksel boyut puanları dışında yaşam kalitesi boyut puanları erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3A,3B,5A). Birçok çalışmada bizim bulgumuzda olduğu gibi (Akyol 1992, Fadiloğlu 1995, Kaçar 1995, Mozes 1997, Blake 2000, Durna 2000, Acaray 2003, Güney ve ark. 2005, Ünal ve Bilge 2005, Değirmenci 2006, Bulantekin 2008) yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği; yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık

gösterdiğini ortaya koyan çalışmalarda ise fiziksel yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lopez-Gomez'in (1997), Kuzeyli Yıldırım ve ark.'nın (2005) ve Santos'un (2009) çalışmalarında HD hastalarında esenlik alanında, Küçük'ün (2008) çalışmasında ise yaşam kalitesi alanlarında, Mittal ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında fiziksel boyut erkeklerde kadınlara göre anlamlı farklılık göstermiştir. Bizim çalışmamız ve benzer çalışmalarda olduğu gibi erkeklerde yaşam kalitesi puanlarının düşük çıkması, erkek ve kadınların toplumsal ve sosyal rollerle ve kısıtlılıklarla açıklanabileceği gibi kadınların fizyolojik ve hormonal durumlarının farklılıklarından da kaynaklanabiliyor olabilir.

Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasından negatif ilişki saptanmıştır. KBY hastalarında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı ve mental boyut puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon, fiziksel ve mental boyut puanları anlamlı bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada (Mozes 1997, Birtane 1999, Mingardi ve ark. 1999, Mittal ve ark. 2001, Acaray 2003, Ünal ve Bilge 2005, Koçer 2006, Küçük 2008) bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş olup, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü, bazı çalışmalarda ise (Akyol 1992, Kaçar 1995, Taşçı 1998, Kalantar-Zadeh ve ark. 2001, Kuzeyli ve Fadiloğlu 2003, Bulantekin 2008) yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı görülmektedir. Yaşlanma ile beraber fiziksel aktiviteler de azalmaktadır. Bu da hem mental, hem fiziksel olarak hastanın genel sağlığını etkileyebildiği gibi sosyal yaşamda getirdiği kısıtlılıklar yaşam kalitesinin birçok alt boyutunu da etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda evli olanların KBY hastalarında, ağrı puanı; HD hastalarında ise sosyal fonksiyon puanı dışında diğer yaşam kalitesi alt boyut puanlarının evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. KBY hastalarında fiziksel boyut ve mental boyut puanı; HD hastalarında fiziksel boyut puanı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3A,3B,5A). Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında bekarların evlilere oranla yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Acaray'ın (2003) ve Değirmenci'nin (2006) çalışmalarında bekar olguların yaşam kalitesi puanlarının dul olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır. Akyol'un (1992), Kaçar'ın (1995), Taşçı'nın (1998), Akyol ve Karadakovan'ın (1999), Mittal ve arkadaşlarının (2001), Kuzeyli'nin ve Fadiloğlu'nun (2003), Güney ve arkadaşlarının (2005), Ovayolu ve arkadaşlarının (2005), Bulantekin'in (2008) çalışmalarında yaşam kalitesi medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evli olanların yaşam kalitesinin daha iyi olması, sosyal izolasyondan bir ölçüde kurtulma, yaşam ve sorunlarının kısmen paylaşılmasının getirdiği rahatlama ve günlük yaşam aktivitelerinde yardım alabilme gibi nedenlere bağlanabilir. Bu konuda farklı çalışmalarda değişik sonuçların bulunması değerlendirilen popülasyonlarla ve sosyo-kültürel faktörlerle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu KBY hastalarında fiziksel boyut, mental boyut, zindelik yorgunluk, genel sağlık algısı ve mental sağlık puanları; HD hastalarında ise

mental boyut, zindelik/yorgunluk puanlarının okuryazar ve lise, okuryazar ve yükseköğrenimliler arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 3A,3B,5A). Buda göstermektedir ki araştırmaya alınan hastaların eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi boyut puanları eğitilmiş gruplarda daha yüksek bulunmuştur. Durna'nın (2000), Acaray'ın (2003), Güney ve arkadaşlarının (2005), Ünal ve Bilge'nin (2005), Değirmenci'nin (2006), Eşit Üstün'ün (2006), Koçer'in (2006) çalışmalarında bizim çalışmamızda olduğu gibi yaşam kalitesinin eğitim seviyesiyle yükseldiğini tespit etmişlerdir. Akyol'un (1992), Kaçar Yeşiltepe'nin (1995), Taşçı'nın (1998), Mittal ve arkadaşlarının (2001), Kuzeyli ve Fadiloğlu'nun (2005), Ovayolu ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında ise eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Mingardi ve arkadaşlarının (1999) fiziksel boyut ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Fakat mental boyut ile arasında anlamlı ilişki bulunamamışlardır. Gökaya ve arkadaşlarının (2005) stroklu hasta grubunda yaptıkları çalışmada Nottingham sağlık profili ile değerlendirdikleri eğitim seviyesinin lise ile yükseköğrenimlilerde yaşam kalitesi boyut puanlarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Hastaların eğitim durumu arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı söylenebilir. Zaten bu da beklenen bir bulgudur. Çalışmamızda eğitim seviyesinin artması ile sağlık alanındaki iyileşme genelde eğitilmiş olmanın kişinin sağlık alanında da daha bilinçli ve birikimli olduğunun göstergesi olabilir. Öte yandan kişinin eğitim seviyesi arttıkça kendine güvenide artmakta, günlük yaşam streslerine, mevcut hastalığa ve onun getirdiği olumsuzluklara daha gerçekçi ve iyimser bakabilmektedir. Bununla birlikte çoğunlukla daha iyi bir ekonomik durum ve sosyal statü ve bunun getirdiği daha iyi bir kabuledilebilirlik seviyesi söz konusudur.

Çalışmamızda yaşam kalitesi boyut puanları ile meslekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemektedir (Tablo 3A,3B,5A). Eski (1999) myokard enfarktüsü geçiren bireylerde yaptığı çalışmada memur olanların yaşam kalitesini her iki ana boyutta da diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğunu, meslek grupları içinde yaşam kalitesi en düşük grubun ise ev hanımları olduğunu saptamıştır. Küçük (2008) HD tedavisi olan hastalarda yaptığı çalışmada, emekli olan hastaların yaşam kalitelerinin esenlik alanında en yüksek iken, işsiz olan hastaların en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları tespit etmiştir.

Çalışmamızda aile tipine göre yaşam kalitesi boyut puanları incelendiğinde, KBY ve HD hastalarında çekirdek ailede genelde yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 3A,3B,5A). Taşçı'nın (1998), Ovayolu ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında da bizim çalışmamıza paralel olarak aile tipinin yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Acaray'ın (2003) çalışmasında yaşam kalitesi puanları ile aile tipi arasında farklılık gösterdiği, çekirdek aile yapısına sahip olan olguların mental sağlık boyut puanının geniş aileye sahip olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Küçük'ün (2008) çalışmasında ise parçalanmış aile ile emosyonel faktörlere bağlı fiziksel ve sosyal aktivitelerin kısıtlanması olarak açıklanan

fonksiyonel durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların sosyal desteklerinin artması yaşam kalitesi boyutlarını olumlu etkilemektedir. Literatürlerde sosyal desteğe sahip olguların hastalıkla baş etmede olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi boyut puanlarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterdiği, KBY hastalarında fiziksel boyut puanı, HD hastalarında ise fiziksel boyut ve mental boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 3A, 3B, 5A). Küçük'ün (2008) çalışmasında ise sosyal güvence durumu ile fonksiyonel durum arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda (Akyol 1992, Akyol ve Karadakovan 1999, Acaray 2003, Ovayolu ve ark. 2005, Değirmenci 2006 ve Bulantekin 2008) sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi boyut puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Sosyal güvencenin varlığı, ekonomik olarak da rahatlığı beraberinde getirmektedir. Bu rahatlık hem tedavinin sürdürülmesi, hem de genel günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi açısından kişilerin özgüven ve özsaygılarının sürdürülmesinde olumlu etkide bulunmakta, etkili başa çıkma davranışları sergilemelerine olanak tanımaktadır. Bu davranış ve rahatlık aynı zamanda diyalize alınma kararının alınmasının da daha kolay olmasında ortaya çıkmaktadır düşüncesindeyiz, çünkü sosyal güvencesi olanların tedavi masraflarının karşılanması, hemodiyalize girilmesi gerekecekse bunların hastaya ek maddi yük getirmemesi söz konusudur.

Çalışmamızda çalışma durumu ile yaşam kalitesi boyutları arasında, KBY ve HD hastalarında çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktur. KBY hastalarında yarım gün çalışanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının tam gün çalışanlara göre yüksek olması, fiziksel boyut ve mental boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olması, HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon, mental boyut puanının yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 3A, 3B, 5A). Evans ve arkadaşlarının (1985) çalışmasında SDBY olan ve çalışan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir Yapılan diğer çalışmalarda (Taşçı 1998, Durna 2000, Güney ve ark. 2005) çalışan bireylerin global yaşam kalitesi boyut puanlarını, Mingardi ve ark. (1999) fiziksel boyut puanının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kuzeyli ve Fadıloğlu (2003) diyaliz tedavisi gören hastaların çalışma durumunun yaşam kalitesi üzerinde önemli olduğunu saptamıştır. Ovayolu ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında yarım gün ya da belli saatlerde çalışan HD hastalarının fonksiyonel durum (fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, esenlik (mental sağlık, vitalite, ağrı) ve global yaşam (genel sağlık) puanlarını çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Acaray (2003) ve Bulantekin'in (2008) çalışmalarında yaşam kalitesi çalışma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Bizim araştırmamızda hastalarımızın çalışma durumlarının yaşam kalitesini etkilememesinin örnekleme oluşturan olguların çoğunluğunun KBY (%76), HD (% 72) herhangi bir işte çalışmamasından kaynaklanıyor olabilir. Özellikle yarım gün çalışan KBY ve HD hastalarında tam gün çalışanlara yaşam kalitesi boyut

puanlarının yüksek çıkması yarı zamanlı işlerde çalışmanın olumlu bir etki yaptığını ayrıca hastalarda belirli bir işte çalışıyor olmanın verdiği psikolojik rahatlığın ve çalışmanın getirdiği ekonomik desteğin yaşam kalitesini olumlu etkilemesi olduğu düşünülebilir. Ayrıca HD hastalarında, belli zamanlarda diyalize girdikleri için tam gün çalışmaları zor olacağından belli saatlerde çalışıyor olmaları onların yaşam kalitelerinin daha iyi olacağını gösterir. Ayrıca fiziksel fonksiyon kısıtlılığı olan hastaların bir işte çalışması beklenen bir durum değildir.

Çalışmamızda yaşanan yerin yani İstanbul'da ve İstanbul dışında yaşamının yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 3A, 3B, 5A). Bizim çalışmamıza paralel olarak Taşçı 1998, Ovayolu ve arkadaşları 2005, Bulantekin 2008 tarafından yapılan çalışmalarda yaşanan yerin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Acaray'ın (2003) çalışmasında kentsel bölgede yaşayan olguların yaşam kalitesi puanları kırsal bölgede yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaşanan yerin yaşam kalitesi puanlarını etkilememesinin nedeninin örnekleme oluşturan grubun büyük çoğunluğunun KBY (% 84), HD (% 73) İstanbul'da yaşıyor olması, geri kalanların yine İstanbul'a yakın bir kentte yaşıyor olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda ekonomik durumu iyi olan KBY ve HD hastalarında yaşam kalitesi boyut puanlarının orta olanlara göre yüksek olduğu ve KBY hastalarında genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, mental boyut puanlarında; HD hastalarında mental boyut, fiziksel fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 3A, 3B, 5A). Evans ve arkadaşlarının 1985, Taşçı'nın 1998, Acaray'ın 2003, Kao ve arkadaşlarının 2009 çalışmaları bizim çalışmamıza paralellik göstererek ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediğini saptamışlardır. Genel olarak ekonomik durum yaşam kalitesini pozitif yönde etkilemektedir. Ekonomik rahatlık sağlık hizmetlerine ulaşma, tedavinin sürdürülmesi, özgüven ve özsaygının sürdürülmesi, gerektiği zaman tedavi değişikliklerine (örneğin diyalize) karar verilmesinin daha kolay olmasını da beraberinde getirmektedir. Bu durum da yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental yönünü etkilediği düşüncesindeyiz. Bu nedenle gelir düzeyi ile ilgili göstergeler olumlu hale geldikçe yaşam kalitesinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda hastalık süresi ile yaşam kalitesi boyut puanları arasında negatif ilişkinin olduğu, KBY hastalarında fiziksel boyut, mental boyut, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında; HD hastalarında ise fiziksel boyut, mental boyut, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alanlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4A, 4B, 5B). Bizim çalışma sonucumuza paralel şekilde Pınar ve arkadaşlarının (1995) KBY hastalarında, Acaray'ın (2003) HD hastalarında, Dayapoğlu'nun (2005) inmeli hastalarla yaptıkları yaşam kalitesi çalışmalarında hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesinde düşme görülmüştür. Taşçı'nın (1998) KBY hastalarında ve Soyuer'in (2006) kronik beyin damar hastalıklarında yaptıkları çalışmalarda hastalık süresinin

yaşam kalitesini etkilemediğini saptamışlardır. Hastalık süresi arttıkça kronik hastalıklara bağlı bir takım zorunlulukların olması, hastalık semptomlarının artması ile bu durumun yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda HD süresi ile yaşam kalitesi boyut puanları arasında negatif ilişki olduğunu, fiziksel boyut, mental boyut, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4B, 5B). Niechzial ve arkadaşlarının 1997, Mittal ve arkadaşlarının 2001, Acaray'ın 2003 çalışmaları bizim çalışmalarımıza paralel şekilde HD süresi artarken yaşam kalitesinin düştüğünü saptamışlardır. Akyol'un 1992, Taşçı'nın 1998, Ovayolu ve arkadaşlarının 2005, Ünal ve Bilge'nin 2005, Değirmenci'nin 2006 çalışmalarında HD süresinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmektedir. HD süresi uzadıkça bireyler daha uzun süre kronik hastalığa sahip olmuş durumdadır. Bunun sonucunda daha çok invaziv girişimlere maruz kalmış, daha uzun süre sosyal - emosyonel olarak sınırlanmış, hastalık semptomları daha fazla artmıştır. Tüm bu etkenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda haftada 1-2 seans diyalize girenlerde emosyonel rol fonksiyon puanı dışında yaşam kalitesi alt boyut puanları haftada 3 seans HD'e girenlere göre yüksek bulunmuştur. HD seans sayısı ile mental boyut, fiziksel boyut, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir (Tablo 4B, 5B). Bizim çalışma sonucumuza paralel şekilde Akyol'un (1992), Kaçar Yeşiltepe'nin (1995), Taşçı'nın (1998) ve Acaray'ın (2003) çalışmalarında haftada 1-2 seans HD tedavisi alan hastaların 3 seans alan alanlara göre yaşam kalitesi boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastalarda seans sayısı arttıkça hastalığın ağırlaştığı düşünülürse bu bulgu beklenebilir.

Çalışmamızda KBY ve HD hastalarında hastalık ve HD'e ilişkin eğitim alanların yaşam kalitesi boyut puanlarının eğitim almayanlara göre yüksek olduğu ve KBY hastalarında fiziksel boyut, mental boyut, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, emosyonel rol fonksiyon ve mental sağlık puanları; HD hastalarında ise fiziksel boyut, mental boyut, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4A, 4B, 5B). Akyol'un (1992), Ören'in (2000) ve Acaray'ın (2003) çalışmaları bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitimin yaşam kalitesini arttırdığını saptamışlardır. Taşçı'nın (1998), Kaçar'ın (1995), Ovayolu ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında eğitimin yaşam kalitesini etkilemediği görülmektedir. Hastalıkla baş edebilmenin ilk yolu hastalık hakkında bilgi edinmektir. Bilgi ve öğrenim, hastalık hakkında fikir sahibi olma düzeyi doğal olarak hastalığın komplikasyonlardan kendini koruma, yaşam düzeyini yükseltme, kendi bakımını gerçekleştirebilme gibi konularda büyük önem taşımaktadır. Sağlık ekibi üyelerince hasta eğitim programları planlanıp, uygulanması ve sürekliliğinin sağlanmasının yaşam kalitesini yükselteceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda KBY ve HD hastalarında, önerilen diyet programına uyanların yaşam kalitesi puanlarının uymayanlara göre yüksek olduğu; KBY hastalarında fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, fiziksel boyut ve mental boyut puanları; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, emosyonel rol fonksiyon, fiziksel boyut ve mental boyut puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4A, 4B, 5B). Acaray'ın (2003) HD hastaları üzerinde yaptığı çalışmada diyet programına uyan hastaların sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlanması, zindelik/yorgunluk, genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları diyet programına uymayanlara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Taşçı'nın (1998) KBY hastalarında yaptığı yaşam kalitesi çalışmada diyete uyma durumunun yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği saptanmıştır. KBY tedavisinde ve yetmezliğe bağlı oluşan komplikasyonların kontrolünde diyet tedavisi önemlidir. Diyetine uyan hastaların aşırı kilo alımına bağlı hastalık ve HD komplikasyonlarının görülme sıklığının azalacağı, metabolik kontrolün sağlanacağı böylece yaşam kalitesinin yükseleceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesi boyut puanlarının ilaç tedavisine uyma durumuna göre farklılık gösterdiği, ilaç tedavisine uyan KBY hastalarının fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, fiziksel boyut ve mental boyut puanları; HD hastalarının ise; genel sağlık algısı, fiziksel boyut puanları ilaç tedavisine uymayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4A, 4B, 5B). Bizim bulgumuza paralel şekilde Taşçı'nın (1998) çalışmada ilaç tedavisine uyan hastaların genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi boyut puanları, Acaray'ın (2003) çalışmada ise sosyal fonksiyon, genel sağlık anlayışı, esenlik boyutları ve global yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Önerilen ilaç tedavisine uyan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olacağı beklenen bir bulgudur. İlaçlarını düzenli kullanmak semptomların daha az görülmesine sebep olacak ve bu şekilde kendisini daha iyi hissederek yaşam kalitesinin yükseleceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda EPO tedavisi alma durumunun KBY hastalarının fiziksel boyut, mental boyut, zindelik/yorgunluk ve sosyal fonksiyon puanlarını; HD hastalarının fiziksel boyut, mental boyut, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı puanlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği saptanmıştır (Tablo 4A, 4B, 5B). Bizim bulgularımıza paralellik göstererek Taşçı (1998) çalışmada EPO tedavisi alan hastaların esenlik yaşam kalitesi boyutunu, Acaray (2003) ve Değirmenci (2006) ise çalışmalarında EPO tedavisi alan hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı alanlarında yaşam kalitesi boyut puanlarını istatistiksel açıdan anlamlı bulmuştur. Küçük'ün (2008) çalışmada EPO tedavisi almayanların yaşam kalitesi puanları, EPO tedavisi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aneminin EPO ile düzeltilmesi hastaların yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesini, nutrisyonunu, kardiyak ve kognitif fonksiyonlarını pozitif yönde etkilemektedir (25). KBY olgularında anemi tedavisinin, daha doğru bir yaklaşımla önlenmesinin bu tip hastaların tedavisinde hem yaşam kalitesini hem yaşam süresini arttırmaya yönelik en önemli boyutlardan biri

olduğu akıldan çıkarılmamalıdır (97). Nitekim Lefebvre ve ark. (2006) diyaliz tedavisi almayan KBY olan 1326 hastada yaptığı çalışmada hemoglobinin düzeyinin yaşam kalitesi ile doğrudan orantılı olduğu, hemoglobinin düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiği, EPO tedavisinin olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (55). İspanya Diyaliz Yaşam Kalitesi Çalışma Grubunda Morone ve arkadaşlarının (2000) 156 HD hastasında yaptıkları çalışmada hematokrit değerleri yükseldikçe yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde düzelme görmüşlerdir.

Çalışmamızda KBY hastalarının baş ağrısı, baş dönmesi, cinsel fonksiyonlarda azalma, yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme, aşırı yorgunluk semptomlarını bazen; kaşıntı, bacak ağrısı, kas krampı, kemik ağrısı, uyku düzensizliği, konsantrasyon güçlüğü nefes darlığı semptomlarını nadiren; iştahsızlık, bulantı-kusma, barsak hareketlerinde düzensizlik semptomlarını bazen / nadiren yaşadıkları; HD hastalarında baş ağrısı, cinsel fonksiyonlarda azalma yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme, aşırı yorgunluk semptomlarını bazen; baş dönmesi, kaşıntı, bacak ağrısı, kas krampı, kemik ağrısı, uyku düzensizliği, konsantrasyon güçlüğü nefes darlığı semptomlarını nadiren; iştahsızlık, bulantı-kusma, barsak hareketlerinde düzensizlik semptomlarını bazen / nadiren yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Çalışmamızda baş ağrısı deneyimleyen HD hastalarında mental boyut; baş dönmesi deneyimleyen KBY hastalarında genel sağlık anlayışı, mental boyut, HD hastalarında ise ağrı; kaşıntı deneyimleyen HD hastalarında ağrı; kas krampı deneyimleyen KBY hastalarında ağrı; kemik ağrısı deneyimleyen KBY hastalarında mental sağlık; uyku düzensizliği deneyimleyen KBY hastalarında emosyonel rol fonksiyon; konsantrasyon güçlüğü deneyimleyen HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve fiziksel boyut; cinsel fonksiyonlarda azalma deneyimleyen KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon; iştahsızlığı deneyimleyen HD hastalarında zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon; barsak hareketlerinde düzensizlik semptomunu deneyimleyen HD hastalarında genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, mental boyut; yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme semptomunu deneyimleyen HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon, fiziksel boyut; aşırı yorgunluğu deneyimleyen HD hastalarında mental boyut puanlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 7A,7B,7C).

Çalışmamıza göre hastalık semptomları içinde en fazla nefes darlığının KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut puanları; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı ve fiziksel boyut puanlarında olmak üzere yaşam kalitesini etkilemiştir (Tablo 7A,7B,7C).

Hastalık semptomlarımızın hemen hemen hepsini bazen/nadiren deneyimleyen hastalarımızın her zaman/çoğu zaman deneyimleyenlere göre yaşam kalitesi boyut puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca bacak ağrısı, kas krampı, bulantı-kusma

semptomlarını deneyimleyen hastalarımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 6,7A,7B,7C).

Akyol'un (1992) çalışmasında HD hastaları tarafından halsizlik, yorgunluk ve huzursuzluğu her zaman deneyimlediği; Acaray ve Pınar'ın (2001) çalışmalarında baş ağrısı ve hipotansiyon en fazla deneyimlenen semptomlar olduğu; Taşçı'nın (1998) çalışmasında ise hastaların yürüme ve koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme, kaslarda kuvvet azlığı ve cinsel istekte azalma semptomlarını her zaman/çoğu zaman, kaşıntı, uyku düzensizliği, nefes darlığı, kramp, konsantrasyon güçlüğü semptomlarını bazen yaşadıkları görülmüştür. Taşçı'nın (1998) çalışmasında olgulara kemik ağrısı, iştah kaybı yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda olguların hiçbirisinin bu yakınmaları deneyimlemedikleri saptanmıştır. Öte yandan deneyimlenen semptomların kültürel zeminle de ilgili olabildiği, ülkeler arasında farklılıklar gösterebileceği çalışmalarda gösterilmiştir (94). Örneğin Straub ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında en önemli semptomun yorgunluk olduğu görülmektedir.

Bulgularımız genel olarak semptomları deneyimleme sıklığı arttıkça yaşam kalitesi boyut puanlarının düştüğüne işaret etmektedir. Bu gözlem daha önce yapılan benzer çalışmalara (Acaray 2003) ile uyumludur. Bu genel gözlemlerle birlikte, KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut puanlarını en fazla nefes darlığının etkilendiği; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı ve fiziksel boyut puanlarında olmak üzere yaşam kalitesini etkilediği gözlenmiştir. Buna karşın bacak ağrısı, kas krampı, bulantı-kusma semptomlarının deneyimlenmesinin anlamlı olarak yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

Hastalık semptomlarını deneyimleme sıklığı arttıkça olguların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi şaşırtıcı değildir. Ancak bu çalışmada çok net olarak bu sonucun ortaya çıkması olgulara hastalık semptomları, tedavi etkileri ve prognoz ile ilgili yeterli bir eğitimin verilmesinin önemini net olarak ortaya koymuştur. Bu eğitimle birlikte olguların fiziksel ve emosyonel semptomlarını etkili bir biçimde kontrol edeceği ve böylece yaşam kalitesinin belirgin ve anlamlı bir biçimde yükseleceği kanısındayız. Söz konusu eğitim belki uygulanan tedavilere yakın oranda önem taşımakta olup ihmal edilmemesinin gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamız KBY ve HD hastalarının yaşam kalitesi ve alt boyutlarının karşılaştırılması açısından da bir ilk olma durumundadır. İki hasta grubu karşılaştırıldığında yaşam kalitesi alt boyutları açısından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon ve mental sağlık açısından anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu parametrelerden fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon ve mental sağlık açısından HD hastalarında daha kötü sonuçlar elde edilirken sadece fiziksel rol fonksiyon HD hastaları daha iyi durumda görülmektedirler. Yaşam kalitesi ana boyutları gözden geçirildiğinde ise fiziksel boyutta iki grup

arasındaki fark anlamlı değilken mental boyutta anlamlı fark saptanmış ve yine HD hastalarının KBY hastalarına göre daha geride kaldıkları saptanmıştır. Tüm bu bulgular genel olarak yaşam kalitesinin HD hastalarında daha geride olduğunu gösterirken yine yukarıda tanımlanan eğitim verilmesi konusu ön plana çıkmaktadır. Ayrıca HD hastalarının birebir danışmanlık ve yönlendirme tedavisine daha fazla gereksinim duydukları anlaşılmaktadır. Hastalar KBY aşamasında iken diyet, yaşam tarzı değişiklikleri ve hastalık hakkında yeterli düzeyde bilinçlendirildiği takdirde yaşam kalitesinin daha kötü olduğu HD düzeyine daha geç ulaşacak veya hiç ulaşmayacaklardır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyaliz tedavisi almayan KBY hastaları ile HD tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır.

- Hastalık etiyojisinde KBY hastalarında ilk sırayı HT, ikinci sırayı ABY almaktadır. HD hastalarında ise ilk sırayı HT ikinci sırayı DM almaktadır.
- Yaş ilerledikçe yaşam kalitesi boyut puanları düşmektedir. KBY hastalarında yaş ile fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), ağrı ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p < 0,01$) puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p < 0,01$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Yaşam kalitesi boyut puanları medeni duruma göre farklılık göstermiştir. Çoğunlukla evli olanların yaşam kalitesi boyut puanları bekar olanlara göre daha yüksektir. KBY hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.
- Yaşam kalitesi boyut puanları eğitim durumuna göre farklılık göstermiştir. KBY hastalarında zindelik yorgunluk ($p < 0,001$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), mental sağlık ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanlarının okuryazar ve lise, okuryazar ve yükseköğrenimlilerle; HD hastalarında ise zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanlarının okuryazar ve lise ile okuryazar ve yükseköğrenimliler arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.
- Sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi ana boyut puanları farklılık göstermiştir. KBY hastalarında fiziksel boyut puanı ($p \leq 0,05$), HD hastalarında ise fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Yarım gün çalışanların yaşam kalitesi boyut puanlarının tam gün çalışanlara göre yüksek olduğu saptanmış, KBY hastalarında fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları, HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p < 0,01$), mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.
- Yaşam kalitesi boyut puanları da ekonomik durumlarına göre farklılık göstermektedir. KBY hastalarında ekonomik durumu iyi olanların orta düzeyde olanlara genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise, fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

- Ailede başka böbrek hastası olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) puanı, KBY hastalarında ailesinde başka böbrek hastası olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.
- Hastalık süresi ile yaşam kalitesi boyut puanları arasında negatif ilişki saptanmış, KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), zindelik/yorgunluk ($p < 0,01$), ağrı ($p \leq 0,05$), sosyal fonksiyon ($p < 0,01$), fiziksel boyut ($p < 0,001$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) alanlarında; HD hastalarında ise zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), ağrı ($p < 0,01$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$), mental sağlık ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p < 0,01$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Yaşam kalitesi boyut puanları ile HD süresi arasındaki negatif ilişkide fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p < 0,01$), emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p < 0,01$) puanları istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Yaşam kalitesi alt boyut puanları haftalık HD seans sayısına göre farklılık göstermiş, fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$) ve sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Yaşam kalitesi puanları hastalık ve HD'e ilişkin eğitim alma durumuna göre farklılık göstermiştir. Eğitim alanların almayanlara KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), emosyonel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$), mental sağlık ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p < 0,01$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel fonksiyon ($p < 0,01$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Yaşam kalitesi boyut puanları önerilen diyet tedavisine uyma durumu göre farklılık göstermiştir. Önerilen diyet uyanların uymayanlara göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek olduğu, KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p < 0,01$), emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$) ve fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.
- İlaç tedavisine uyma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında farklılık görülmüş; ilaçlarını düzenli kullanan hastaların KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında ise genel sağlık algısı

($p < 0,001$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) puanlarında arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Yaşam kalitesi puanları EPO tedavisi alma durumuna göre farklılık göstermiştir. EPO tedavisi alan hastaların almayanlara göre KBY hastalarında zindelik/yorgunluk ($p < 0,001$), sosyal fonksiyon ($p < 0,01$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları; HD hastalarında fiziksel fonksiyon ($p < 0,001$), zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.
- Hastalık semptomları deneyimleme sıklığı arttıkça yaşam kalitesi boyut puanları düştüğü görülmektedir. Bu farklılık baş ağrısı deneyimleyen HD hastalarının mental boyut ($p \leq 0,05$); baş dönmesi deneyimleyen KBY hastalarında genel sağlık ($p < 0,01$), mental boyut ($p \leq 0,05$), HD hastalarında ağrı ($p \leq 0,05$); kaşıntı deneyimleyen HD hastalarında ağrı ($p \leq 0,05$); kas krampı deneyimleyen KBY hastalarında ağrı ($p \leq 0,05$); kemik ağrısı deneyimleyen KBY hastalarında mental sağlık ($p \leq 0,05$); uyku düzensizliği deneyimleyen KBY hastalarında emosyonel rol fonksiyon ($p < 0,01$); konsantrasyon gücünü deneyimleyen HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p < 0,01$); cinsel fonksiyonlarda azalma semptomunu deneyimleyen KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve emosyonel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$); iştahsızlığı deneyimleyen HD hastalarında zindelik/yorgunluk ($p \leq 0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$); barsak hareketlerinde düzensizlik deneyimleyen HD hastalarında genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$), sosyal fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$); nefes darlığını KBY hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$), emosyonel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$), mental sağlık ($p \leq 0,05$), fiziksel boyut ($p < 0,01$) ve mental boyut ($p < 0,001$); HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon ($p < 0,01$), genel sağlık algısı ($p \leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p < 0,01$); yürüme/koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme deneyimleyen HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon ($p \leq 0,05$) ve fiziksel boyut ($p \leq 0,05$); aşırı yorgunluğu deneyimleyen HD hastalarının mental boyut ($p \leq 0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Baş dönmesi, iştahsızlık, bulantı-kusma ve barsak hareketlerinde düzensizlik semptomları HD hastalarında KBY hastalarına göre; yürüme-koşma esnasında dinlenme ihtiyacı hissetme ve aşırı yorgunluk semptomları KBY hastalarında HD hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Diyaliz tedavisi almayan KBY hastalarında fiziksel fonksiyon ($p < 0,001$), zindelik / yorgunluk ($p < 0,01$), sosyal fonksiyon ($p < 0,001$), mental sağlık ($p < 0,01$) ve mental boyut ($p \leq 0,05$); HD hastalarında ise fiziksel rol fonksiyon ($p < 0,01$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Çalışmanın sonuçları tüm olarak ele alındığında aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin KBY olan hastalarda izlem ve tedavinin çok önemli bir bileşeni olduğu anlaşıldığından tüm KBY hastalarının yaşam kalitesi düzenli aralıklarla ve farklı boyutları ile değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Bu izlem tüm hastalarda istisnasız sürdürülmelidir.
- Sağlık kuruluşunun bünyesinde hastalara diyaliz öncesi dönemden itibaren eğitim veren eğitim birimleri kurulmalı, bu eğitim ve bilinçlendirme programı düzenli aralıklarla ve sürekli eğitim mantığına göre sürdürülmelidir. Bu etkinlikte eğitim hemşiresi en aktif rolü üstlenmelidir.
- Eğitim programı kısmen bireyselleştirilmeli, her hastanın ihtiyaçlarına, eğitim, sosyal ve kültürel durumuna göre uygun eğitimi alması ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır. Burada gerektiği durumlarda konsültasyon-liyezon psikiyatrisinden de yardım alınmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Acaray A.: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri ile Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Doç. Dr. Rukiye PINAR).
2. Acaray A., Pınar R.: Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Saptanması. XVIII. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongre Kitabı Bildiri Özetleri, Nevşehir, Eylül, 2001;52: s. 5-9.
3. Akoğlu E.: Hemodiyaliz Tedavi İlkeleri, TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Mayıs 1997, s.17-21.
4. Akpolat T., Ulaş C., Süleymanlar G.: Nefroloji El Kitabı. 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, s: 1-21, 283-363.
5. Akpolat T., Utaş C.: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 3. Baskı, Anadolu Yayıncılık, Kayseri, 2001, s.11-20.
6. Akyol A.D.: Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkilerinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1992 (Danışman: Doç. Dr. K. ERGİN).
7. Akyol A.D., Karadakovan A.: Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması. XVI. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongre Kitabı Bildiri Özetleri, İzmir, 14-16 Kasım 1999, s. 297.
8. Alpay H., Yıldız N., Özçay S.: Kronik Böbrek Yetmeliğinde Etyolojik Değerlendirme, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2002;11(3): s.144-148.
9. Argüden Y.: Yaşam Kalitesi. Önce Kalite Dergisi, Ağustos 2008, s.12-14.
10. Arık N., Ateş K., Süleymanlar G., Tonbul Z., Türk S., Yıldız A.: Hekimler İçin Hemodiyaliz El Kitabı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2009.
11. Arık N., Dilek M.: Nefroloji, 2. Baskı, Karakter Color A.Ş., İstanbul, 2008, s. 336-354, 355-374 .

12. Arık N.: Nefroloji 1. Baskı , İstanbul, Deniz Matbaacılık, 2001, s. 212-224.
13. Arır N., Bilge A.: Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemşire Eğitim Kitapçıkları, Roche A.Ş., İstanbul, 2002, s.1-21.
14. Aydın M.: Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri. Hemodiyaliz Seminerleri, Editör: Türkmen F., Deniz Ofset Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, 2002, s.11-22.
15. Aydın Z.: Renal Replasman Tedavi Seçenekleri, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Ağustos-Kasım 2004, s.16-20.
16. Aydın Z.: SAPD Hemşireler İçin El Kitabı, Eczası Başlı-Baxter, İstanbul, 1998.
17. Birol L.: Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Akdemir N., Vehbi Koç Yayınları, 9. Baskı, İstanbul, 1998, s.199-228.
18. Birtane M., Şen S., Tabatabaei R., Eruklu G., Kokino S.: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi, 1999;10(3): s. 145-150.
19. Blake C., Codd M.B., Cassdy A, O'Meara Y.M.: Physical Function, Employment and Quality Of Life in End-Stage Renal Disaese. J Nephrol, 2000;13(2): s. 142-149.
20. Bulantekin Ö.: Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008 (Danışman: Doç. Dr. Serap DEMİR).
21. Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G.: Measuring Quality of Life: Is Quality of Life Determined By Expectations Of Experience? *BMJ*, 2001;322: s. 1240-1243.
22. Danış R., Özmen Ş., Akın D., Beştaş R., Atayan Y., Zülfüoğulları A., Yalçın S., Yazanel O.: 2001-2007 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olgularımızın Geriye Dönük Analizi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007;16(4): s. 190-195.
23. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S.: Diyaliz El Kitabı. Çeviri Editörü: Semra Bozfakıoğlu, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 3. Baskı, 2003, s: 413-418.

24. Dayapoğlu N.: Stoklu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2005 (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Mehtap TAN).
25. Değirmenci Saltürk G.A.: Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Doç. Dr. Hilmi ÇİFTÇİ).
26. Diaz-Buxo J.A., Lowrie E.G., Lew N.L., Zhang H., Lazaraus M.: Quality of Life Evaluation Using Short Form 36: Comparison in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. Am J Kidney Dis, 2000;35(2): s. 293-300.
27. Dilbaz N.: Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri. Physco Med, 1996;2(1): s. 20-24.
28. Durna Z., Özcan Ş., Erdoğan N., Yeşiltepe G.: Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeyleri. Hemşirelik Forumu, 2000;3(2): s. 6-14.
29. Erek E., Süleymanlar G., Serdengeçti K., Altıparmak M., Seyani N.: Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2005. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2006.
30. Erkoç R.: Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar. Diyaliz El Kitabı, Editör: Bozfakıoğlu S., Güneş Kitap Evi, 3. Baskı, Ankara, 2003, s. 148-168.
31. Eser E.: Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, 2004, s. 4-6.
32. Eski S.: Myokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1999 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice FESCİ).
33. Evans R.W., Manninen D.L., Garrison L.P. et al: Quality of Life of Patients With End-Stage Renal Disease. N Eng J Med, 1985;312(9): s. 553-559.
34. Fadiloğlu Ş., Akyol A.D., Kaya B.: Hemodiyalize Giren Hastaların Sosyal Destek Ağının İncelenmesi. Çınar Dergisi, 1995;2(9): s. 14-21.
35. Fidan D., Ünal B., Demiral Y.: Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2003;13: s. 3-8.

36. Fidaner C.: Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. Bir Giriş Denemesi. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, 2004, s. 1-3.
37. Fukuhara S., Yamazaki S., Marumo F., Akiba T., Akizawa T., Fujimi S., Haruki S., Kawaguchi Y., Nihei H., Shoji T., Maeda T.: Health Related Quality of Life Predialysis Patients With Cronic Renal Failure. *Nephron Clin Pract.*, 2007;105(1): s. 1-8.
38. Gökkaya N.K., Aras M.D., Çakıcı A.: Health-Related Quality of Life Stroke Survivors. *Int J. Reh Research*, 2005;28: s. 229-235.
39. Guyton A, Hall J: *Textbook Medikal Physiology*. Edit: Hayrunisa Ç,10th Edition, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001, s: 1220-1242.
40. Güney İ., Altıntepe L., Türk S., Polat H., Yeksan M.: Hemodiyaliz ve Periton diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*; 2005;14(2): s. 85-89.
41. http://www.ozetkitap.com/yasam_kalitesi.pdf,2007
[İnternette indirme tarihi: 29.1.2009].
42. http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf
[İnternette indirme tarihi:27.4.2009].
43. Jofre R., Lopez-Gamez M.J., Moreno F., Sanz-Guajardo D., Valderabano F.: Changes İn Quality of Life After Renal Transplantation. *American Journal Of Kidney Disease*, 1998;32: s. 93-100.
44. Johansson P., Agnebrink M., Dahlstrom U., Brostrom A.: Measurement Of Health-Related Quality Of Life İn Chronic Heart Failure, From a Nursing Perspective-a Review of the Literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004; 3: s. 7–20.
45. Kaçar Yeşiltepe G.: Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalarda Uygulanan Eğitimnin Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1995 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Z. DURNA).
46. Kao T.W., Lai T.J., Jan C.F., Chie W.C., Chen W.Y.: Economic, Social, and Psychological Factors Associated With Health-Related Quality of Life of Chronic Hemodialysis Patients in Northern Taiwan:A Multicenter Study. *Artif Organs*. 2009;33(1): s. 61-68.

47. Kaplan R, Ries A.: Quality of Life: Concept and Definition. *COPD*, 2007;4: s. 263-271.
48. Kara B.: Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2007;49: s. 132-136.
49. Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphries M.H.: Association Among SF-36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization and Mortality in Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 2001;12(12): s. 2797-2806.
50. Kızılcık Z.: Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009 (Danışman: Dr. Fatma Deniz SAYINER).
51. Koçer Z.M.: Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL).
52. Kuzeyli Yıldırım Y., Fadiloğlu Ç.: Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Çınar Dergisi*, 2003;9(1): s. 24-27.
53. Kuzeyli Yıldırım Y., Fadiloğlu Ç.: Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;21(1): s. 33-45.
54. Küçük M.: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008 (Danışman Doç. Dr. Serap DEMİR).
55. Lefebvre P., Vekeman F., Sarokhan B., Enny C., Provenzano R., Cremieux P-Y.: Relationship Between Hemoglobin Level and Quality of Life in Anemic Patients With Chronic Kidney Disease Receiving Epoetin Alfa. *Current Medical Research and Opinion*, 2006, Vol. 22, No. 10, s. 1929–1937.
56. Lewis S. M., Collier I.C., Heitkemper M.M.: Nursing Assesment And Management Medical Surgical Nursing Assessment And Management Of Chincial Problems, Mosby, Fourty Edition, 2007, s. 1392-1401.

57. Lindquist R., Sjoden P.: Coping Strategies And Quality of Life Among Dialysis Patient On Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (SAPD). *Adv. Nurs*, 27 Feb, 1998, s. 312-319.
58. Lok P.: Stressors, Coping Mechanisms And Quality of Life Among Dialysis Patient in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 1996;23: s. 873-881.
59. Lopez-Gomez J.M., Jofre R., Moreno F., Sanz D., Valderrabano F.: Quality of Life in Predialysis Chronic Renal Failure Patients: Effects of rHu-Epo Therapy. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. *Nephrology*, 3 (Suppl, 1): 309, 1997.
60. Lowrie E, Laird N.M., Parker TF., Sargent J.A.: Effect of Hemodialysis Prescription on Patient Morbidity Report From the National Cooperative Dialysis Study. *N Engl J Med*, 1981, s. 1176-1181.
61. Menteş Ç.S.: Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması. *Sendrom*, 1999;11(7): s. 115-118.
62. Mingardi G., Cornalba L., Cortinovis E et al.: Health and Related Quality of Life in Dialysis Patients. A Report From an Italian Study Using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant*, 1999;14: s. 1503-1510.
63. Mittal S.K., Ahern L., Flaster E., Maesaka J.K. and Fishbane S.: Self-Assessed Physical and Mental Functional of Hemodialysis Patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16: s. 1387-1394.
64. Morone F., Sanz-Guajardo D., Lopez-Gomez J.M., Jofre R., Valderabano F.: Increasing of Hematocrit Has a Beneficial Effect on Quality of Life and is Safe in Selected Hemodialysis Patients. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group of the Spanish Society of Nephrology. *J Am Soc Nephrol*, 2000;11(2): s. 335-342.
65. Mozes B., Shabtai E., Zucker D.: Differences in Quality of Life Among Patients Receiving Dialysis Replacement Therapy at Seven Medical Centers. *J Clin Epidemiol*, 1997;50(9): s. 1035-1043.
66. Neto J.F.R., Ferraz M.B., Draibe S., Yu L., Sesso R.: Quality of Life the Initiation of Maintenance Dialysis Treatment a Comparison Between the SF 36 and the KDQ questionnaires. *Qual Life Res*, 2006;9(1): s. 101-107.

67. Niechzial M., Hampel E., Grobe T., Nagel E, et al. Determinants of the Quality of Life in Chronic Renal Failure. *Soz Praventivmed* 42 (suppl 3):162-174, 1997.
68. Nissenson A.R., Fine R.N.: *Diyaliz Tedavisi 3. Baskı, Çeviri Editörü: Süleymanlar G., Erek E.: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, 2004, s. 221-224.*
69. Ovayolu N., Parlar S., Kıyak P., Bozkurt A., Bozkurt S.: Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Mart-Haziran 2005, s. 45-50.
70. Ören B.G., Söyük S., Yürügen B.: Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Özbakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-Demografik Özellikleri ile Özbakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Çınar Dergisi*, 2000;6(3): s. 63-64.
71. Pınar R.: Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Birsen YÜRÜGEN).
72. Pınar R., Çınar S., İşsever H., Albayrak M., İlhan S.: Hemodiyalize Devam Eden ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Çınar Dergisi*, 1995;2(2): s. 85-95.
73. Pınar R.: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kullanımı: Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. *Sendrom*, 1996;8(10): s.109-114.
74. Pınar R.: Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kullanımı. *Sağlıkta Birikim*, 2003;1(2): s. 71-76.
75. Sağduyu, A., Şentürk, V. Sezer., S. Özel S.: Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;17(1): s. 22-31.
76. Salehnia M.: Hemodiyaliz Ve Sürekli Periton Diyaliz Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2000 (Danışman: Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU).
77. Santos P.R., Daher E.F., Silva G.B., Libório A.B., Kerr L.R.: Quality of Life Assessment Among Haemodialysis Patients in a Single Centre: a 2-year follow-up. *Quality of Life Research*, 2009;18(5): s.541-546.

78. Schrier RW.: Nefroloji El Kitabı, 6. Baskı, Çeviri Editörü:Süleymanlar G., Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, s. 187-195.
79. Selçuk Y.: Diyaliz Tipi ve Hasta Seçimi, Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite II. Sempozyumu, Trabzon, 1-3 Temmuz 2004.
80. Soyuer F., Ünal D., Öztürk A.: Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006;13(3): s. 157-162.
81. Straub C.K., Murphy S.O., Rosenblum R. : Exercise in the Management of Fatigue in Patients on Peritoneal Dialysis. Nephrol Nurs J. 2008 Sep-Oct;35(5): s. 469-475.
82. Sullivan M.: Quality of Life Assessment in Medicine: Concepts, Definitions, Purposes and Basic Tools. Nord J Psychiatry, 1992;46: s. 79-83.
83. Şen A., Sever A., Karako. A.: Periton Diyalizi Uygulamaları. Eczacıbaşı-Baxter, 2004.
84. Taşçı S.: Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1998, (Danışman: Doç. Dr. Tülin Bedük).
85. Türkmen F.:Hemodiyaliz Seminerleri, 1. Baskı,, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul, 2002, s. 20-23, 52-67, 323-36.
86. Tüzün E., Eker L.: Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum, 2003;13: s. 3-8.
87. Utaş C.: Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliğinde Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2005;1(21): s. 9-10, 18-20, 21-23, 82-87.
88. Üstün M.E., Karadeniz G.: Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(1): s. 33-43.
89. Ünal G., Bilge A.: Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi, 2005;44(1): s. 35-38.

90. Valderrabano F., Jofre R., Lopez-Gomez J.M.: Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. *Am soc Nephrol*, 1995;6: s. 1418-1426.
91. Valderrabano F., Jofre R., Lopez Gomez J.M.: Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. *American Journal Of Kidney Diseases*, 2001;38(3): s.443-464.
92. Vikipedi : Yaşam Kalitesi. http://tr.wikipedia.org/wiki/Yaşam_kalitesi [İnternette indirme tarihi:29.01.2009].
93. Ware J.E., Sherbourne C.D.: The MOS 36 item short form health survey (SF 36). *Med Care*,1992;30(6): s. 473-483.
94. Weisbord S.D., Bossola M., Fried L.F., Giungı S., Tazza L., Palevsky P., Arnold R.M., Luciani G., Kimmel P.L.: Cultural Comparison of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Hemodialysis International*, 2008; 12: s. 434–440.
95. White C.A., Pilkey R.M., Lam M., Holland D.C.: Predialysis Clinic Attendance Improves Quality of Life Among Hemodialysis Patients. *BMC Nephrology*, 2002;3:3.
96. World Health Organization QoL Group, “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)”, Position Paper from the World Health Organization, *Social Science And Medicine*, 1995;41: s. 1403–1409.
97. Yenicesu M., Eyiletten T., Yılmaz İ.: Kronik Böbrek Hastalığı Anemisi, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2005;14(2): s. 51-56.
98. Yıldırım A., Ateş M., Bektaş G.: Sağlık Hizmetlerinin Ölçümünde Yaşam Kalitesi ve Yıllara Uyarlanan Kalite. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Erişim Merkezi.www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2595 [İnternette ulaşım tarihi: 29.1.2009].
99. Yılmaz E.: Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem İŞİL).
100. Yücecin L.: Organ Nakli Koordinasyonu El Kitabı 2. Baskı, Nisan 2001, s. 100-102.
101. Zawada ET: Indications for Dialysis. *Handbook for Dialysis*. Daugirdas JT, Ing TS (eds), Little, Brown and Company, Boston, 2003, s. 3-9.

10. EKLER

EK-1. ANKET FORMU

A. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz?
 0. Kadın
 1. Erkek
2. Yaşınız?
 1. 18-24
 2. 25-31
 3. 32-38
 4. 39-45
 5. 46- ve ↑
3. Medeni Durumunuz ?
 1. Evli
 0. Bekar
4. Eğitim Durumunuz?
 0. Okur-Yazar Değil
 1. Okur-Yazar
 2. İlkokul
 3. Ortaokul
 4. Lise
 5. Yükseköğretim
5. Mesleğiniz?
 0. Çalışmıyor
 1. İşçi
 2. Memur
 3. Serbest
 4. Emekli
 5. Ev Hanımı
6. Aile Tipiniz?
 1. Çekirdek Aile
 2. Geleneksel Geniş Aile
 3. Parçalanmış Aile
7. Sosyal Güvenceniz?
 1. Var
 0. Yok
8. Çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 0. Hayır

9. Evet ise;

1. Tam Gün Çalışma
2. Yarım Gün Çalışma

10. Yaşadığınız Bölge Neresidir?

1. İstanbul İçi
2. İstanbul Dışı

11. Ekonomik Durumunuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?

0. Kötü
1. Orta
2. İyi

B. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Ailenizde Sizden Başka Böbrek Hastası Olan Var mı, Kimler?

0. Hayır
1. Anne-Baba
1. Kardeşler
1. Çocuklar
1. Diğer ()

13. Kaç Yıldan Beri Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığınız Var?

1. 1-5
2. 6-10
3. 11-15
4. 16 ve↑

14. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Primer Sebebi Nedir?

0. Bilinmiyor
1. Kronik Glomerulonefrit
2. Kronik Pyelonefrit
3. Diyabetes Mellitus
4. Hipertansiyon
5. Akut Böbrek Yetmezliği
6. Polikistik Böbrek
7. Amiloidoz
8. Diğer ()

15. Diyalize Giriyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

16. Kaç Yıldır Diyalize Giriyorsunuz?

1. 0-5
2. 6-10
3. 10 ve ↑

17. Haftalık Diyaliz Seans Sayınız Nedir?

1. 1 Kez
2. 2 Kez
3. 3 Kez

18. Hastalığınıza İlişkin Eğitim Aldınız mı?

1. Evet
0. Hayır

19. Önerilen Diyet Tedavisine Uyuyor musunuz?

1. Evet
0. Hayır

20. Önerilen İlaç Tedavisine Uyuyor musunuz?

1. Evet
0. Hayır

21. Eritropoietin (EPO) Tedavisi Aldınız mı?

1. Evet
0. Hayır

22. Hastalık Semptomlarının Görülme Sıklığı Nedir?

SEMPTOMLAR	1. Her Zaman	2. Çoğu Zaman	3. Bazen	4. Nadiren	5. Hiçbir Zaman
Baş Ağrısı					
Baş Dönmesi					
Kaşıntı					
Bacak Ağrısı					
Kas Ağrısı					
Kemik Ağrısı					
Uyku Düzensizliği					
Konsantrasyon Güçlüğü					
Cinsel Fonksiyonlarda Azalma					
İştahsızlık					
Bulantı-Kusma					
Barsak Hareketlerinde Düzensizlik					
Nefes Darlığı					
Yürüme/ Koşma Esnasında Dinlenme İhtiyacı Hissetme					
Aşırı Yorgunluk					

EK-2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sağ tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığını?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz).

	Evet Çok	Evet Biraz	Hayır
AKTİVİTELERİNİZ	Engelliyor	Engelliyor	Engellemiyor
a.Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b.Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK GİBİ orta/ hafif aktivitelerde	1	2	3
c.Paket ve çanta taşırken	1	2	3
d.Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e.Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f.Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g.Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h.Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
ı.Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
i.Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a.İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b.İşlerinizde amaçladığınızdan daha azını verimli oldunuz?	1	2
c.İş ve aktivitelerinizde zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı ?	1	2
d.İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?	1	2

(Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a.İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b.İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c.İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakam işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA	Her Zaman	Çoğunlukla	Oldukça	Bazen	Çok Az	Hiçbir Zaman
a.Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b.Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c.Hiç şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d.Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e.Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f.Moralsız ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g.Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h.Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
ı.Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Nadiren	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki ifadeler size ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlanmaktadır.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a.Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b.Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum	1	2	3	4	5
e.Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 128
OTURUM TARİHİ : 14 Nisan 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 14 Nisan 2009 günü yapılan 128. oturumunda, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Servis Şefliğinden Yük. Hem. Nilgün Erol'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları İle Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması" başlıklı, çok merkezli, yaşam kalitesi belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN
Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

ÜYE
H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Can Polat EYİĞÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE
Tunçer FAZLİNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Şefik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE
Mükerrem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE
Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Yb.



UĞUR DİYALİZ MERKEZİ

ugur dialysis center

İstanbul, 23.12.2008

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Üniversiteniz öğrencisi Yük. Hem. Nilgün EROL 'un "*Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması*" başlıklı, çok merkezli, yaşam kalitesi belirleme çalışması olan araştırma projesinin amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun olması nedeniyle merkezimizde çalışma yapmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Özkan ÇAKIROĞLU
Genel Müdür

EK-5 HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Bu çalışmayı Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı adına tez çalışması olarak yapmaktayım.

Bu anket çalışmasının amacı, diyaliz tedavisi almayan KBY hastaları ile HD tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmaktır.

Anket hasta bilgi formu ve yaşam kalitesi (SF-36) ölçeğinden oluşmaktadır. Bu soruları cevaplamanız ortalama 15 dakikanızı alacaktır.

Bu anket çalışmasında elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Sizin verdiğiniz cevaplar hiçbir şekilde bir kurumun ya da kişinin eline geçmeyecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çıkabilirsiniz.

Bir sorun olduğunda temas kurulacak kişi Nilgün EROL'dur.

İş Tel: 0216 542 27 78

Nilgün EROL

EK-6 DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ DEKLERASYONU

İnsan Denekleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin 18. genel kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş, 29. (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. (Hong Kong, Eylül 1989), 48. (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) genel kurullarında geliştirilmiş, Washington 2002 genel kurulunda 29. maddeye ve Tokyo 2004 genel kurulunda 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.

1. Dünya Tıp Birliği, insan deneklerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan deneklerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğunu belli olan materyal ya da veriler de dahildir.

2. Hekimin ödevi insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastanın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Hastanın fiziksel ve mental koşullarını zayıflatabilecek etkilere sahip tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini" duyurur.

4. Tıbbi ilerlemeler, en nihayetinde kısmen insanlar üzerindeki deneylere dayanan araştırmaları temel almaktadır.

5. İnsanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin sağlığı, bilim ve toplumun menfaatinden önce gelmelidir.

6. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birinci amacı profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemleri geliştirmenin yanında hastalıkların etiyoloji ve patogenezi anlamaktır. Kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler bile etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından araştırmalara sürekli olarak tabi tutulmalıdır.

7. Güncel tıp uygulamaları ve tıbbi araştırmalardaki profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemlerin pek çoğu külfet ve riskler içermektedir.

8. Bir tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Ekonomik ya da tıbbi yönde dezavantajlı olanların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Keza, kendi başlarına onam ya da ret veremeyenlere; baskı altında onam verme durumundakilere; araştırmadan kişisel olarak yarar görmeyeceklerine; aynı anda tedavi ve araştırmaya tabi tutulacak olanlara özel dikkat gerekir.

9. Araştırmacılar, kendi ülkelerindeki insanlar üzerindeki araştırmalar için geçerli etik, yasa ve düzenlemelerin yanısıra uygulanabilen uluslararası kurallardan da haberdar olmalıdırlar. İnsan deneklerinin korunması için bu bildirgede ileri sürülenlerin hiçbir ulusal etik, yasa ya da düzenleme tarafından ortadan kaldırılmasına ya da zayıflatılmasına izin verilmemesi gerekir.

TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER

10. Tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin yaşamını, sağlığını, mahremiyetini ve onurunu korumak hekimin ödevidir.

11. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel bilimsel ilkelere uygun olmalı; bilimsel literatürün ve diğer ilgili bilgi kaynaklarının tam olarak bilinmesi ile yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerine dayanmalıdır.

12. Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütülmesinde yeterince dikkatli olunmalı ve araştırma için kullanılacak hayvanların sağlığına saygı gösterilmesidir.

13. İnsan denekleri üzerindeki her deneysel prosedürün tasarımı ve çalışmanın nasıl uygulanacağı deney protokolünde açık bir şekilde formüle edilmesi gerekir. Bu protokol değerlendirme, yorum, rehberlik ve uygun bulunduğunda onay vermek için özel olarak atanmış; araştırmacıdan, spondordan ya da istenmeyen başka etkilerden uzak bir etik inceleme kuruluna sunulmalıdır. Bu bağımsız kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve düzenlemeleri ile uyum halinde olmalıdır. Kurul, sürdürülmekte olan denemeleri izleme hakkına sahiptir. Araştırmacılar, izlemedeki bilgileri, özellikle ciddi olumsuz gelişmeleri bu kurula bildirmekle yükümlüdürler. Araştırmacının aynı zamanda inceleme için mali kaynakları, sponsorları, bağlı olduğu kurum ile diğer sağlanan çıkarların ve denekleri teşvikle ilgili bilgileri de kurula sunması gerekir.

14. Araştırma protokolünde, her zaman, ilgili görünen etik ifadelerin açıklanması ve bu bildirgede dile getirilen ilkelere uyumlu olunduğunun belirtilmesi gerekir.

15. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, bilimsel kalifiye kişiler ile klinik yönünden yeterliliği tam tıbbi bir elemanın gözetiminde yürütülmelidir. İnsan deneklerine karşı sorumluluk her zaman tıbben kalifiye elemanda olmalı ve asla, onam vermiş olsa bile araştırma deneğine bırakılmamalıdır.

16. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma projesinin risk ve rahatsızlık ile denek ya da diğerleri için tahmin edilen risk ve yararların dikkatle karşılaştırılması yapılmalıdır. Bu, sağlıklı gönüllülerin tıbbi araştırmalara katılımını engellemez. Tüm çalışma dizaynının herkese açık olması gerekir.

17. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan denekleri üzerindeki araştırma projelerin katılmaktan kaçınmalıdırlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı sona erdirmelidirler.

18. İnsan denekleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen yararın denekte yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basacağı zaman gerçekleştirilmelidir. Bu durum, deneklerin sağlıklı gönüllüler olduğunda özellikle önemlidir.

19. Tıbbi araştırma, yalnızca, araştırmanın uygulandığı grubun araştırma sonuçlarından yarar göreceğine ilişkin makul bir olasılık varsa haklı bir nedene sahiptir.

20. Denekler, araştırma projesine gönüllü ve aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) olarak katılmalıdırlar.

21. Araştırmadaki deneğin, maddi-manevi bütünlüğünün korunması hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Deneğin mahremiyetine saygı, hasta bilgilerinin gizliliği, çalışmanın deneğin fiziki ve mental bütünlüğü ile kişiliğine etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

22. İnsanlar üzerindeki bir araştırmada, her potansiyel denek amaçları, yöntemleri, fon kaynakları, olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal ilişkileri, beklenen yararlar, çalışmanın riskleri ve vereceği rahatsızlıklar hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Denek, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım onamını geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Denek bu bilgileri anladıktan sonra hekimin, tercihan yazılı olarak, deneğin, iradesiyle verilmiş aydınlatılmış onamını (informed consent) alması gerekir. Eğer, onam yazılı alınmaz ise yazılı olmayan onam tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

23. Araştırma projesi için aydınlatılmış onam alınırken, hekim, kendisiyle deneğin bağımlılık yaratan ilişkide olup olmadığı ya da baskı altında onam verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, aydınlatılmış onam araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

24. Yasal olarak yetersiz (incompetent), fiziksel ya da mental olarak onam vermekten yoksun ya da reşit olmayan küçük araştırma denekleri için araştırmacı, aydınlatılmış onamı yasanın öngördüğü doğrultuda yasal temsilciden almalıdır. Bu gruplar araştırmaya, ancak, araştırma temsil edilen popülasyonun sağlığını korumak için gerekiyorsa ve bu araştırma bunlar yerine yasal olarak yetkili kişiler üzerinde yapılamıyorsa dahil edilebilirler.

25. Yasal olarak yetersiz (incompetent) kabul edilen bir denek, örneğin reşit olmayan bir çocuk araştırmaya katılmaya onaylama (assent) verebilir ise araştırmacı yasal temsilcinin onamına ek olarak ondan da onaylama da almalıdır.

26. Vekil ya da ön onam dahil olmak üzere, aydınlatılmış onam almanın mümkün olmadığı, kişiler üzerindeki araştırma yalnızca aydınlatılmış onam almayı engelleyen fiziksel/mental koşullar araştırma grubunun kaçınılmaz özelliği ise yapılmalıdır. Araştırma deneklerinin aydınlatılmış onam verememelerinin özel nedeni etik kurulun onayı ve değerlendirmesi için deney protokolünde belirtilmelidir. Protokol, araştırmada

kalmaya ilişkin onamının en kısa sürede kişiden ya da yasal temsilciden alınacağını belirtmelidir.

27. Hem yazarların hem de yayımcıların etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarının yayımlanmasında araştırmacılar sonuçların doğruluğunu koruma mecburiyetindedirler. Negatif sonuçlar da yayımlanmalı ya da herhangi bir şekilde halka duyurulmalıdır. Fon kaynakları, kurumsal bağlantılar ve olası çıkar çatışmaları yayında bildirilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan deney bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

28. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel profilaktik, diagnostik ve terapötik değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde tıbbi araştırmayı tıbbi bakımla birleştirebilir.

Tıbbi araştırma, tıbbi bakımla birleştiği zaman araştırma deneği olan hastayı korumak için ek standartlar uygulanmalıdır.

29. Yeni yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlıklar ve etkilerinin kullanılmakta olan en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler karşılaştırarak denenmesi gerekir. Bu, kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemlerin bulunmadığı çalışmalarda plasebo kullanımını ya da tedavisiz bırakmayı dışlamamaktadır. (Bkz. Dipnot)

30. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastaya çalışma ile saptanmış, kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemden yararlanabilmesi garanti edilmelidir. (Bkz. Dipnot)

31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

32. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler mevcut değil ya da etkin değilse; kendi kanaati hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme şeklinde ise hastadan aydınlatılmış onam alarak, kanıtlanmamış ya da yeni bir profilaktik, diagnostik ve terapötik tedbirleri kullanma konusunda hekim serbest olmalıdır. Mümkün olduğunda, bu tedbirlerin, güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli uygun olduğunda yayımlanmalıdır. Bu bildirgenin ilgili diğer rehber-kurallarına uyulmalıdır.

Dipnot:

DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ 29. MADDESİNİN AÇIKLAMA NOTU

Dünya Tıp Birliği bu vesile ile plasebo-kontrollü denemelerin kullanımında ileri düzey bakım yapılması ve genel olarak bu yöntem kanıtlanmış mevcut tedavinin

bulunmadığında kullanılmasını tekrar teyit etmektedir. Bununla beraber, kanıtlanmış bir tedavi mevcut olsa bile plasebo-kontrollü deneme aşağıdaki koşullarda etik yönden kabul edilebilir:

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemin, güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için gerekli zorlayıcı ve bilimsel olarak doğru metodolojik nedenlerle kullanımında; ya da
- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntem önemli sorunlar yaratmayacak bir durumda araştırılacak olmalı ve plasebo alacak olan hastayı ilave ciddi ya da geri dönüşü olmayan bir zarar riskine maruz bırakmamalıdır.

Özellikle, uygun etik ve bilimsel inceleme için Helsinki Bildirgesi'nin bütün diğer koşullarına sadık kalınmalıdır.

SORUMLU ARAŞTIRMACI:

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İmza:

ARAŞTIRMACI:

Yüksek Hemşire Nilgün EROL

11. ÖZGEÇMİŞ

1977 tarihinde İstanbul Üsküdar' da doğdu

1997'de GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulundan mezun oldu. (Ön Lisans)

1997 -1998 ders yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Gastroenteroloji ve Plastik Cerrahi Servislerinde stajyer hemşire olarak görev yaptı.

2005'de İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. (Lisans)

2007-2008 Öğretim yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına başladı.

Halen GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Servisinde hemşire olarak görev yapmaktadır.