



**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN YAŞADIĞI
SEMPTOMLARIN KONFOR DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Rukiye DEMİR DİKMEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN**

Yüksek Lisans Tezi-2020

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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN YAŞADIĞI
SEMPTOMLARIN KONFOR DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Rukiye DEMİR DİKMEN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN**

**MALATYA
2020**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı (KBH).....	3
2.2. Etyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.3. Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	7
2.5. Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Bulgu ve Semptomları	9
2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi	10
2.6.1. Transplantasyon	11
2.6.2. Periton Diyalizi	12
2.6.3. Hemodiyaliz.....	12
2.7. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı	15
2.7.1 Konfor kavramı.....	15
2.7.2. Konfor (Rahatlık) Kuramı	16
2.7.3. Konfor Kuramının Temel Önergeleri	18
2.8. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Yaşadığı Semptomların Yönetiminde Hemşirenin Rolü	19
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.5.2. Diyaliz Semptom İndeksi.....	23

3.5.3. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği.....	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIşMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	71
EK-1. Özgeçmiş.....	71
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	72
EK-3. Diyaliz Semptom İndeksi	73
EK-4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği	74
EK-5. Gönüllü Onam Formu	75
EK-6. Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Onayı	76
EK-7. Özel Dünya Diyaliz Merkezi Kurum İzni	77
EK-8. Özel Çağrı Diyaliz Merkezi Kurum İzni.....	78
EK-9. Bingöl Devlet Hastanesi Kurum İzni	79
EK-10. Özel Bingöl Diyaliz Merkezi Kurum İzni.....	80
EK-11. Diyaliz Semptom İndeksi Ölçek Kullanım İzni	81
EK-12. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Kullanım İzni.....	82
EK-13. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı.....	83

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, bir bilimsel çalışmanın nasıl yapıldığını öğretmek için değerli vaktini harcayan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaŐan Saygıdeğer DanıŐmanım Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN'a,

Tez savunma sınavıma katılan değerli jüri üyelerim Prof. Dr. Behice ERCİ' ye Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK' e, Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ITLIK SARITAŐ' a ve Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ' e,

Tez çalışmama katılan hemodiyaliz tedavisi alan değerli hastalara ve hemodiyaliz merkezi çalışanlarına,

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen, zorlukları aŐmama destek olan annem, babam ve kardeŐlerime,

Bana her daim güç ve enerji veren, yuvamı Őenlendiren sevgili kızlarım Meryem ve Elif Zeynep'e,

Bu süreçte yanımda olan eşim Aslan DİKMEN' e teşekkür ederim.

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeylerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Elazığ ilindeki; Fırat Üniversitesi Hastanesi hemodiyaliz ünitesi, Özel Dünya Diyaliz Merkezi ve Özel Çağrı Diyaliz Merkezi ile Bingöl ilindeki; Özel Bingöl Diyaliz Merkezi ve Bingöl Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan 18 yaş ve üzeri 430 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçim yöntemine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma 363 hasta (%84) ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile 15 Haziran-15 Ekim 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Hemodiyaliz Konfor Ölçeği ve Diyaliz Semptom İndeksi kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal-Wallis H Testi ve Linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ)'den toplam 20.05 ± 6.50 puan, rahatlama alt boyutundan 5.25 ± 2.66 puan ve üstesinden gelme alt boyutundan ise 14.79 ± 4.63 puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların konfor düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi'nden 67.72 ± 24.56 puan aldığı ve yaşadıkları semptomların orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı semptomlar konfor düzeyini %21.5 oranında etkilemiştir ($R=.463$, $R^2=.215$).

Sonuç: Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Konfor, Semptom, Hemşirelik

ABSTRACT

The Effects of the Symptoms that Hemodialysis Patients are Experiencing on the Patients' Comfort Level

Purpose: This research has been conducted with the intent of defining the effect of the symptoms that hemodialysis patients are experiencing, on their comfort levels.

Material and Method: This research has been conducted as cross-sectional. Target population of the research consists of 430 hemodialysis patients, aged 18 and older, who are being treated in the hemodialysis units of Hospital of Firat University, Dünya Special Dialysis Center and Çağrı Special Dialysis Center, which are located in Elazığ district of Turkey; and Bingöl Special Dialysis Center and Bingöl State Hospital, which are located in Bingöl district of Turkey. No methods for the election of samples have been applied with the intent of reaching out to the whole target population. The research has been completed with 363 patients (%84 of the target population). Data has been gathered by the researcher herself by using the face to face interview method from June 15, 2019 to October 15, 2019. Also, Hemodialysis Comfort Scale and Dialysis Symptom Index have been used to gather data. For the analysis of data, numbers, percentages, means and standard deviations have been used, whereas for the independent samples, T-Tests, Kruskal Wallis H Test and Linear Regression Analysis Test have been used.

Findings: It has been stated that hemodialysis patients got a point of 20.05+6.50 in Hemodialysis Comfort Scale, 5.25+2.66 in Relief Sub-dimension, and 14.79+4.63 in Overcoming Sub-dimension. Furthermore, it has been detected comfort levels of the patients are intermediate. Also, patients got a point of 67.72+24.56 in Dialysis Symptom Index and thus their symptoms are intermediate. The symptoms, that hemodialysis patients are experiencing, are effecting their comfort level in the ratio of %21.5.(R=.463, R²=.215)

Result: It has been concluded that the symptoms, that hemodialysis patients going through hemodialysis treatment are experiencing, indeed has an effect on the patients' comfort level.

Key Words: Hemodialysis, Comfort, Symptom, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CREDIT	: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması
DSİ	: Diyaliz Semptom İndeksi
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HDKÖ	: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği
KBH	:Kronik Böbrek Hastalığı
KDIGO	: Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçları İyileştirmesi
NKFK/ DOQI	:Ulusal Böbrek Vakfı / Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi ve Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçları
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TND	: Türk Nefroloji Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Ülkemizde RRT gerektiren SDBH Prevalansı ve İnsidansı.....	7
Şekil 2.2. Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı).....	16



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. 2012 yılı Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) kılavuzuna göre KBH kriterleri.....	4
Tablo 2.2. 2012 yılı Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) Kılavuzunda Belirtildiğine Göre Kronik Böbrek Hastalığında Albüminüri ve GFH Kategorileri.....	4
Tablo 2.3. 2018 yılı içinde ilk HD'e başlayan insidan hastaların SDBH etyolojisine göre dağılımı	5
Tablo 2.4. NKFK/DOQI Kılavuzunda Yer Alan Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri.....	8
Tablo 2.5. KBH'nın Klinik Bulguları	10
Tablo 2.6. 2018 yılı sonu itibarıyla tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) RRT tipine göre dağılımı	11
Tablo 2.7. Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar.....	14
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	27
Tablo 4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Değişkenlere Göre Dağılımı	28
Tablo 4.3. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) ve Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi'ne Göre Yaşadıkları Semptomların Sıklığı.....	30
Tablo 4.5. Hastaların Demografik Özellikleri ile Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Hastaların Yaşı ve Çocuk Sayısı ile Diyaliz Semptom İndeksi Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 4.7. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Değişkenleri ile DSİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.8. Hastaların Demografik Özellikleri İle Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.9. Hastaların Yaşı ve Çocuk Sayısı ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki	37

Tablo 4.10. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Değişkenleri İle Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.11. Diyalize Bağlı Yaşanan Semptomların Hastaların Konfor Düzeyine Etkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi	38
Tablo 4.12. Diyalize Bağlı Yaşanan Semptomların Her Birinin Bağımsız Olarak Hastaların Konfor Düzeyine Etkisi	39



1.GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), farklı komorbid hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan kronik, progresif ve geriye dönüşümü olmayan nefron kaybı ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1). Bu hastalığın tedavisinde en fazla tercih edilen renal replasman tedavi yöntemi hemodiyalizdir (2). 2019 yılı Türk Nefroloji Derneği (TND) raporuna göre; Ülkemizde renal replasman tedavisi (RRT) uygulanması gereken son dönem böbrek hastalığı nokta prevalansı 2018 yıl sonu itibarıyla milyon nüfus başına 988.4 olarak hesaplanmıştır (2).

Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam kalitelerini etkileyen pek çok semptomu beraberinde getirmektedir (3, 4). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde iştahsızlık, ağız kuruluğu, diyare, konstipasyon, kusma, mide bulantısı, bacaklarda şişme, kas krampları, baş dönmesi, sersemlik, huzursuz bacak sendromu, ciltte kuruluk, öksürme, kaşıntı, uyku problemleri, konsantrasyon güçlüğü, göğüs ve sırt ağrıları, sinirlilik, cinsel işlev bozukluğu, huzursuzluk gibi fiziksel veya psikolojik olarak birçok semptom görülmektedir (4, 5). Zamanian ve Kharameh'in (2015) İran'da son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalışmada en çok yaşanan fiziksel semptomun yorgunluk (% 85,3), en çok yaşanan psikolojik semptomun huzursuzluk (%77,9) olduğu belirtilmiştir (6). Karabulutlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların, hastalığın başlangıcından beri en fazla enerjide azalma ve yorgunluk hissi deneyimlediği ve bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri belirlenmiştir (7).

Hemodiyaliz tedavisi hastaların günlük yaşamlarında değişiklikler meydana gelebilmekte, periyodik diyaliz seanslarına ek olarak bulantı, kusma, hipotansiyon ve yorgunluk gibi semptomlar ve hemodiyaliz odasının sıcaklığı gibi dış çevresel faktörler hastaların konforunu olumsuz etkilemektedir (8). Ayrıca bu hastalarda fiziksel aktivite güçlükleri, beslenme alışkanlığının değişmesi, aile ve arkadaş ilişkilerinin aksamaması, sosyal yaşamlarında kısıtlanma ve çalışma hayatını olumsuz olarak etkilenmesi gibi pek çok etken hastaların genel konfor düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (9).

Birçok boyuta sahip ve oldukça karmaşık bir kavram olan konfor, hemşirelikte birçok kuramcı tarafından incelenmiştir (10). Konfor, hemşirelik modellerinde hemşireliğin bir işlevi olarak ele alınmış ve hemşirelik bakımının sonuçlarından biri olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde de hemşirelik bakımının hedefi ve elde edilmesi

istenen bir sonucudur (10, 11). Aynı zamanda hastalar ve aileleri tarafından en çok talep edilen ve hemşirelik bakımının en önemli unsurlarından biridir (12). Hemşirelerin hastaların konforunu artırmak ve konfor ihtiyaçlarını karşılamak için uygun hemşirelik önlemlerini almaları ve gerekli girişimleri yapmaları gerekmektedir (13).

Literatürde, hemodiyaliz hastalarında hasta konforunun genellikle orta seviyede olduğu, ancak konforu değerlendiren ve konfor ile klinik bulguları ilişkilendiren çalışmaların sayısının yeterli olmadığı görülmektedir (14-16). Birçok hemşire kuramcının üzerinde durduğu hemşirelik mesleğinin vazgeçilmezi olan hastanın konforunu sağlama görevinden yola çıkılarak hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda görülen semptomlar ve konfor düzeyleri üzerine etkisinin belirlenmesini konu alan bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Hemodiyaliz tedavisinin hasta bireylerde meydana getirdiği semptomlardan dolayı bireylerin konforlarında değişimler olabilir, araştırma sonucunun bu değişimleri ortaya çıkarması beklenmektedir.

Amaç

Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları semptomların konfor düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır:

- Hastaların hemodiyalize bağlı yaşadıkları semptomlar nelerdir?
- Hastaların konfor düzeyleri nasıldır?
- Hastaların yaşadıkları semptomların konfor düzeyi üzerine etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

Günümüzde sağlık alanında ortaya çıkan gelişmeler, yaşam süresinin uzamasına ve sağlıklı yaşam tarzında meydana gelen değişimlere neden olmuştur. Doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla beraber kronik hastalıklar artış göstermeye devam etmektedir (17, 18). Kronik hastalıklar, bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik ve spiritüel olmak üzere birçok açıdan etkileyen hastalıklardır. Kronik hastalık devamlı olarak ilerleyen, ciddi anlamda iyileşme göstermeyen, çoğu zaman tedavi edilemeyecek düzeyde sakatlıklara sebep olan, uzun süre bakım- tedavi- rutin kontrol gerektiren geriye dönüşü olmayan patolojik değişiklikler olarak tanımlanır (19, 20). Tüm dünyada artmaya devam eden ve ileride sıklığının artacağı beklenen hastalıklardan biri de kronik böbrek hastalığıdır (KBH) (21). KBH yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sık görülen, ekonomik olarak büyük kayıplara yol açan, erken tanısı ve farkındalığı düşük olan, erken tanı konulduğunda önlenmesi daha kolay olan ve ilerlemesi yavaşlatılabilen kronik bir hastalıktır (22, 23).

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)

Kronik böbrek hastalığı (KBH), ilerleyici nefron kaybı ile karakterize, glomerüler filtrasyon hızında genellikle geri dönüşümü olmayan azalma ve böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama fonksiyonlarının kronik ve geri dönüşümsüz olarak bozulması hali olarak tanımlanmaktadır (24, 25). Kronik böbrek hastalığı, 2012 Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) tanımlamasına göre; böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerül filtrasyon hızı (GFH)'nin en az 3 aydan fazla süre 60 ml/ dk/1,73m²'den düşük bulunması veya glomerüler filtrasyon hızında azalma olsun ya da olmasın böbrekte 3 aydan daha fazla süre organik ve fonksiyonel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (26).

Tablo 2.1. 2012 yılı Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) kılavuzuna göre Kronik Böbrek Hastalığı kriterleri

Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri (Belirtilerden en az biri 3 aydan daha uzun zamandır var olmalı)	
Yapıya ait	Albüminüri (ACR \geq 30 mg/gr ; AER \geq 30 mg/24 saat) İdrar sedimentinde anormal durumlar Renal tübülerde anormal durumlar Patolojik anormallikler Görüntüleme yöntemleri ile tespit edilmiş renal sorunların olması Renal transplantasyon hikayesi
İşlevsel	GFH <60ml/dk/1.73 m ²

(26)

Böbrek hastalıklarının birçoğunda üç spot idrar örneği alınıp incelendiğinde örneklerin ikisinde albümin-kreatinin oranı >30 mg/g şeklinde ifade edilebilen albüminüri varlığı ile böbrek hasarı belirlenebilmektedir (27). Böbrek hasarının belirlenmesinde klinik uygulamalarda proteinüri ve albüminüri gösterge olarak kullanılabilir. Sağlıklı bireylerde günlük protein atımı 150 mg'ın, günlük albümin atılımı 30 mg'ın altındadır. Bireylerde protein veya albüminin günlük atılımında bu sınırların aşılması durumunda proteinüri veya albüminüriden söz edilir. Bu belirteçlerin üç aydan daha uzun süre devam etmesi böbrek hasarı varlığını kanıtlamaktadır (23, 26).

Tablo 2.2. 2012 yılı Böbrek Hastalıkları: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) Kılavuzunda Belirtildiğine Göre KBH'da Albüminüri ve GFH Kategorileri

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanım
G1	\geq 90	Yüksek veya Normal
G2	60 - 89	Hafif azalmış
G3a	45 - 59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30 - 44	Şiddetli – Orta derecede azalmış
G4	15 - 29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri Evreleri	AER (mg/gün)	Tanım
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

(26)

2.2. Etyoloji ve Risk Faktörleri

Kronik böbrek yetersizliği birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenlerin dağılımına baktığımızda yaş, cinsiyet ve ırkın etkili olduğu aynı zamanda ülkeler arasında da farklılık olduğu görülmektedir. Yaşlanma ile birlikte böbrek fonksiyonlarında azalma görülebilmektedir (28). Ülkemizde, Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre böbrek yetmezliğinin nedenleri arasında diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Türk Nefroloji Derneği (TND) 2018 yılı raporuna göre; Hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan hastaların son dönem böbrek hastalığı (SDBH) etyolojik dağılımına bakıldığında ilk sırada diabetes mellitus (%36.77), ikinci sırada ise hipertansiyonun (%30.49) yer aldığı görülmektedir (2)

Ayrıca KBH, böbreğin kistik, doğumsal hastalıkları, herediter, interstisiyel böbrek enfeksiyonları, ikincil glomerülonefrit/vaskülit, böbrek taşı/tıkayıcı böbrek hastalıkları, böbrek arter hastalığı, amiloidoz, kanser gibi bilinmeyen nedenlerle de ortaya çıkabilmektedir (29)

Tablo 2.3. 2018 yılı içinde ilk HD'e başlayan insidan hastaların SDBH etyolojisine göre dağılımı

	n	%
Diabetes mellitus (DM)	902	36.77
Tip 1 DM	109	4.44
Tip 2 DM	793	32.33
Hipertansiyon*	748	30.49
Glomerülonefrit	131	5.34
Polikistik böbrek hastalıkları	78	3.18
Obstrüktif nefropati	30	1.22
Tübülointerstisyel nefrit	27	1.10
Renal vasküler hastalık	17	0.69
Diğer	148	6.04
Etyolojisi bilinmeyen	372	15.17
Toplam	2.453	100.00

*Hipertansiyonun primer değil, kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşan sekonder hipertansiyon olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır. (2)

Risk Faktörleri:

KBH'da risk faktörlerini bilmek; yüksek risk grubu içerisinde bulunan bireylere uygulanan tarama testleri ile böbrek yetmezliği varlığının erken aşamada teşhis edilmesi

ve hastalığın ilerlemesinin durdurulması için çok önemlidir (26). KBH'da risk faktörleri; ileri yaş, ailede KBH öyküsü varlığı, ırk, düşük doğum ağırlığı, düşük sosyo-ekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, diabetes mellitus, kötü glisemik kontrol, hipertansiyon, böbrek kitlesinde azalma, üriner sistem taşları, üriner enfeksiyonlar, üriner sistem obstrüksiyonu, proteinüri, otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar, ilaç toksisitesi, dislipidemi, obezite, sigara içme gibi pek çok faktör bulunmaktadır (30).

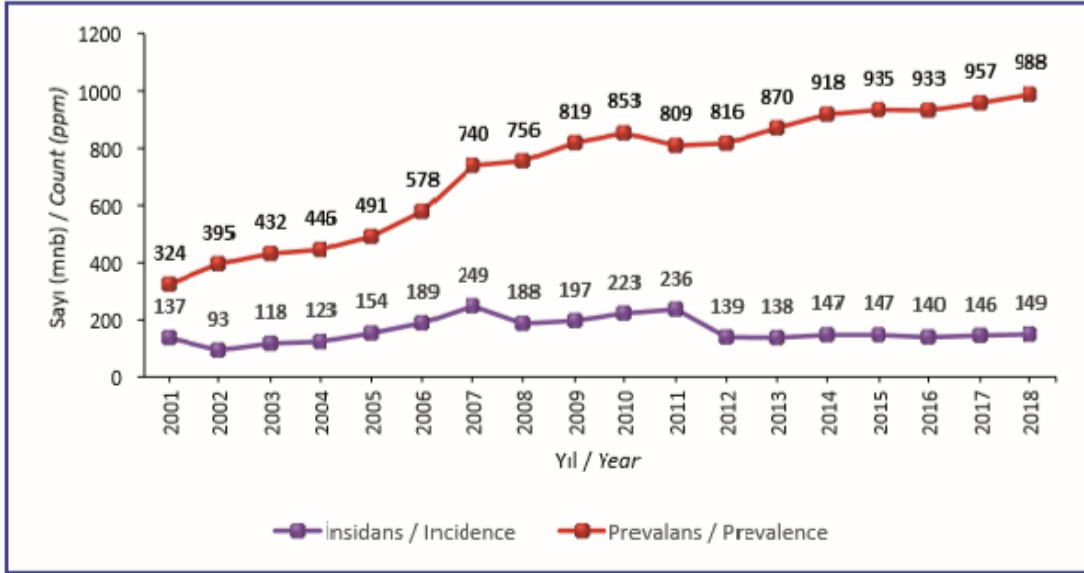
2.3. Epidemiyolojisi

Günümüzde, kronik böbrek hastalığı dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülen bir kronik hastalık haline gelmiştir. Ülkemizde böbrek hastalıkları ile ilgili veriler Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından kayıt altına alınmakta ve her yıl yayınlanmaktadır. Amerikan Birleşik Devletleri renal veri sistemi (USRDS) sonuçlarına göre ülkede kronik böbrek yetmezliği prevalansı devamlı olarak artmaktadır, periyodik olarak güncellenen ve kapsamlı olan raporlara göre son 20 yılda özellikle yetişkin popülasyonda hastalık düzenli olarak artış göstermektedir. ABD yetişkinlerinin %15'inde yani yaklaşık 37 milyon insanın KBH olduğu tahmin edilmektedir. 65 yaş ve üzeri kişilerde kronik böbrek hastalığı %38 ortalama ile, 45-64 yaş arası (%13) ve 18-44 yaş arası (%7) insanlardan daha yaygın olarak görüldüğü ifade edilmektedir (31, 32).

Türk Nefroloji Derneği (TND) toplum sağlığını önemli düzeyde etkileyen böbrek hastalıklarının prevalans araştırmasını yapmaktadır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT) raporlarına göre ülkemizde yetişkin popülasyonda kronik böbrek hastalığı prevalansı %15.7 olarak kaydedilmiştir. Aynı raporda her 6-7 erişkinden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı varlığı bildirmektedir. Önemli bir sağlık sorunu olan KBH ülkemizde 9 milyon yetişkin insanı etkilemiştir ve bunlardan 3 milyonu böbrek yetmezliğinin ya son evresinde ya da son evreye çok yakın bir evre içerisinde bulunmaktadır (23). Dünya genelinde kadınlarda daha yaygın görülen KBH, ülkemizdeki verilerde de kadınlarda %18.4 ortalama ile erkeklerden (%12.8) daha sık görüldüğünü doğrulamaktadır. Coğrafik olarak İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde en düşük, Güneydoğu Anadolu ve Marmara bölgelerinde en yüksektir. CREDIT verilerinde kırsal alanda yaşayanlarda kentsel

alandanda yaşıyanlardan daha fazla ve yaşlılarda gençlere oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (23).

Ülkemizde RRT gerektiren SDBH Prevalansı ve İnsidansı Şekil 1.'de görüldüğü gibidir (2).



Şekil 2.1. Ülkemizde RRT gerektiren SDBH Prevalansı ve İnsidansı (2)

2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Kronik böbrek hastalığının evreleri, böbrek fonksiyonunun içerisinde bulunduğu dereceye göre Ulusal Böbrek Vakfı ile Böbrek hastalığı sonuçları kalite girişimi ve Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçları İyileştirme (NKFK/KDOQI) kılavuzlarında belirlenen kriterlere göre yapılmaktadır (32). KBH evrelendirme kriterleri 5 evreye ayrılmaktadır (Tablo 2.4).

Tablo 2.4. NKF/DOQI Kılavuzunda Yer Alan Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

İçinde Bulunulan Evre	Evrenin Tanımı	GFH ml/dk/1.73 m ²
I	Normal GFH veya böbrek hasarı (proteinüri, albuminüri ve hematuri varlığı)	≥90
II	GFH' de hafif düzeyde azalma ve böbrek hasarı (proteinüri, albuminüri ve hematuri varlığı)	60-89
III	Orta düzeyde azalmış GFH	30-59
IV	Ciddi derecede azalmış GFH	15-29
V	SDBH (Diyaliz/Transplantasyon ihtiyacı)	<15

(32)

Evre 1; KBH'nın ilk evresi genellikle belirti vermez. GFH değerinde azalma haricinde klinikte ve laboratuvar sonuçlarında bulgu gözlenmez. Glomerüler filtrasyon hızı ≥ 90 ml/dk/1.73 m² olarak ölçülür (32).

Evre 2; GFH'da oluşan değişiklik, hastalığın ilerleme durumu genel olarak dikkate alındığında önemlidir. En az altı ay ya da altı aydan daha uzun bir süre boyunca GFH'da <2 ml/dk/1.73m²'lik bir azalma durumu var ise GFH stabil kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon hızı 60-89 ml/dk/1.73 m² aralığındadır. NFK-DOQI'nın Evre 2'deki hastaları KBH'na dahil etme nedeni önemli düzeyde böbrek hasarı olmasına karşın GFH'da oluşan farklılıklarla beraber böbrek hasarı olan kişilerin, kardiyovasküler hastalık gelişimi ve böbrek yetmezliği açısından yüksek risk altında olmasındandır (33, 34).

Evre 3; GFH ≥ 3 ay boyunca 60ml/dk/1.73m² veya bu değer altına inmesi hastaların böbrek işlev düzeyinin yarısı ya da daha fazlasının kaybolduğunu gösterir. Glomerüler filtrasyon hızı 30-59 ml/dk/1.73 m² aralığındadır (34).

Evre 4; GFH'da azalma ve üremik semptomlar belirginleşir. Nörolojik bulgular (üremik nöropati, üremik ensefalopati), hiperfosfatemi, hipokalsemi, anemi, renal osteodistrofi, gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, kanama) ve metabolik asidoz görülür. Glomerüler filtrasyon hızı 15-29 ml/dk/1.73 m² aralığındadır (33, 35).

Evre 5; Kronik böbrek hastalığının son evresidir, böbrek fonksiyonlarının ileri düzeyde bozulması ile karakterize birçok komplikasyonun olduğu bu evre son dönem böbrek hastalığı olarak da adlandırılır. Glomerüler filtrasyon hızı <15 ml/dk/1.73 m² olarak ölçülür (32, 34). Üremik semptomlar oldukça belirginleşir, idrar miktarı çok

azalır, bütün organ ve sistemlerde belirti/bulgular ortaya çıkar ve hastaya uygun renal replasman tedavisine geçilmesi gerekir (36).

2.5. Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Bulgu ve Semptomları

Kronik böbrek hastalığının klinik bulguları ve semptomları; temelde var olan patoloji, böbrek yetersizliğinin derecesi ve hastalığın ilerleme hızı belirler. Hastalarda semptomlar genel olarak GFH 35-50 ml/dakika ölçüsünün altına düştüğü zaman gözlemlenir ve GFH 35-50 ml/dakika değerinin altına düşmezse semptomsuz kalabilir. Kronik böbrek hastalığında ilk semptom çoğu zaman noktüri ve temelinde aneminin olduğu bir halsizliktir. Üremik semptomlar glomerüler filtrasyon hızı 20-25 ml/dakika ölçüsüne ulaştığında gözlemlenebilir duruma gelir (24, 37). Ayrıca, kronik böbrek hastalığında klinik belirti ve bulgular protein yıkım ürünlerinin kandaki seviyesinin artmasına, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesindeki bozuklukların vücudun tüm sistemlerinde ciddi sorunlar oluşturmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (38). KBH'nın sistemler üzerindeki klinik bulguları Tablo 2.5'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 2.5. KBH'nın Klinik Bulguları

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Dengesizlikleri	Hipernatremi, hiponatremi, hiperpotasemi, hipovolemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi, hipopotasemi, hipermagnezemi, hipervolemi, metabolik asidoz
Gastrointestinal Sistem Bulguları	Hıçkırık, parotit, kusma, iştahsızlık, gastrit, stomatit, bulantı, ülser, gastrointestinal kanama, motilite bozuklukları, kronik hepatit, intestinal obstrüksiyon, özofajit, perforasyon, asit, pankreatit
Sinir Sistemi Bulguları	Polinöropati, uyku bozuklukları, koma, konuşma bozuklukları, demans, konvülziyon, yorgunluk, sersemlik, başağrısı, irritabilite, kramp, meningism, konsantrasyon bozuklukları, , ter işlevlerinde bozulma, huzursuz bacak sendromu, myoklonus, tremor, tik, ruhsal bozukluklar, stupor
Kardiyovasküler Sistem Bulguları	Perikardit, kardiyomyopati, aritmi, hipertansiyon, ödem, hızlanmış atheroskleroz, kapak hastalıkları
Hematoloji, İmmünoloji	Eritrosit fragilitesinde artma, normokrom normositer anemi, mikrositik anemi, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların artması, aşılama cevapta azalma, kanser, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Pulmoner Sistem Bulguları	Üremik akciğer, pulmoner ödem gelişmesi, plevral sıvı
Metabolik-Endokrin Sistem Bulguları	Hiperlipidemi, libido azalması, hiperparatiroidi, hipogonadizm, glukoz intoleransı, impotans, malnütrisyon, büyüme geriliği, hiperprolaktinemi, hiperürisemi
Cilt	Kaşınıtı, üremik döküntü, ülserasyon, tırnak atrofisi, solukluk, hiperpigmentasyon, gecikmiş yara iyileşmesi, nekroz
Kemikte görülen Bulgular	D vitaminin metabolizma bozuklukları, üremik kemik hastalığı, amiloidoz, hiperparatiroidi, artrit
Diğer Bulgular	Üremik ağız kokusu, hipotermi, kilo kaybının olması, miyopati, karpal tünel sendromu, yumuşak dokuda kalsifikasyon, noktüri, susuzluk hissi, akkiz renal kistik hastalığı

(37, 39)

2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerin tedavisi için plan yapılırken, böbreklerde işlev kaybı, tanısı, mevcut hastalığın derecesi, eşlik eden bir başka hastalığın varlığı, komplikasyonlar (örneğin anemi) ve kardiyovasküler risklerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir (37, 39).

Hastaların tedavi ve izlemlerinde ise; tanıya yönelik spesifik tedavi, eşlik eden diğer hastalıkların değerlendirilmesi ve kontrolünün sağlanması, böbreklerde işlev

kaybını önlemek amacıyla kişilerde kan basıncının kontrolü, lipit kontrolü, sigaranın bırakılması, egzersiz ve böbrek üzerine toksik etkisi olan ajanların kullanımından kaçınılması gibi sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir (40). Hastalığın başlangıcında diyet ve ilaç tedavisi yeterli olabilmektedir, ancak böbrekler tamamen işlevlerini yerine getiremez hale geldiğinde, yani hasta bireylere koruyucu tedavi uygulandığı halde üremik belirti ve bulgular kontrol altına alınamadığı durumda bireylere renal replasman tedavisi (RRT) yapılmaktadır. Son dönem böbrek hastalığı gelişen hastaların hayatlarını devam ettirebilmesi için renal replasman tedavisi (RRT) olan diyaliz ve böbrek nakli tedavileri uygulanmaktadır. Diyaliz; kronik böbrek yetersizliği durumu en son aşamaya gelmiş hasta bireylerde hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemidir (41).

Türk Nefroloji Derneğinin 2019 yılında yayınladığı raporuna göre, 2018 yılı sonu itibarıyla ülkemizde RRT uygulanan hastaların genel dağılımına baktığımızda; %74.82 ile hemodiyaliz ilk sırada, %21.24 ile transplantasyon ikinci sırada yer almaktadır (2).

Tablo 2.6. 2018 yılı sonu itibarıyla tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) RRT tipine göre dağılımı

	n	%
Hemodiyaliz	60.643	74.82
Periton Diyalizi	3.192	3.94
Transplantasyon*	17.220	21.24
Toplam	81.055	100.00

*Yaklaşık Sayı (2)

Renal Replasman Tedavilerinden (RRT); transplantasyon, hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) kronik böbrek yetmezliği olan hastaların zaman içerisinde yararlanabildikleri tedavi şekilleridir. RRT yöntemlerinden hastaya uygun olanın seçilmesi ile hastaların yaşam standardı yükselmekte ve yaşam süresi uzamış olmaktadır (40, 42).

2.6.1. Transplantasyon

Böbrek transplantasyonu, SDBH yaşayan bireye fonksiyonel olan böbreğin kadavra ya da canlı vericiden alınıp nakledilmesidir (40). Böbrek nakli olan bireyde sağ

kalım süresini olabildiğince arttırmak, bireyin konforlu yaşam sürdürmesini sağlamak, greft böbreğin işlevlerini sürdürmek böbrek transplantasyonunun temel hedefleridir (43, 44). Son yıllarda antimikrobiyal ve immünosupresif tedavide, cerrahi teknikte ve enfeksiyonların kontrolünde sağlanan gelişmelerle beraber böbrek nakli en başarılı ve ilk olarak tercih edilen RRT tipi olmuştur. Fakat böbrek vericilerinin yeterli sayıda olmamasından dolayı hastaların birçoğu hemodiyaliz veya periton diyalizi arasında seçim yapmak durumunda kalmaktadır (45).

2.6.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, SDBH yaşayan hastalara uygulanan ve giderek artan sayıda hastanın tercih ettiği tedavi yöntemlerinden biridir (46,47). Bu tedavi yönteminde normal böbreğin yapabildiği bir kısım işlevler periton zarı aracılığı ile gerçekleştirildiği için işleme periton diyalizi adı verilmiştir (48). Sürekli ayaktan periton diyalizi ve aletli periton diyalizi olmak üzere iki tip periton diyalizi vardır. Periton diyalizinde temel olarak uygun bir yol ile peritona ulaşılır, periton boşluğuna diyalizat verilir ve belirli bir sürenin ardından diyalizat geri boşaltılarak işlem tamamlanır (46, 47). Diyalizat periton boşluğunda kaldığı sürece, kanda oldukça yüksek yoğunlukta bulunan üremik toksinler ve üre gibi azotlu maddeler difüzyonla diyalizata doğru geçer. İşlemin başladığı ilk anlarda kan ile diyalizat arasındaki yoğunluk farkı yüksek olduğundan solüt difüzyonu hızlıdır, zaman ilerledikçe kan ile diyalizat arasındaki yoğunluk farkı azalmaya başlar ve difüzyon hızı da azalır, kan ile diyalizat arasındaki yoğunluk farkı eşitlendiği zaman difüzyon işlemi durur ve tedavi tamamlanır (47). Periton diyalizi hastaneye bağımlılığı azalttığından hasta günlük yaşantısına devam edebilir, bu tedavinin olumlu yönüdür. Hemodiyalize göre daha az diyet kısıtlaması olmasına karşın enfeksiyon, peritonit riski, diyaliz yetersizliği ve drenaj bozukluğu olasılığı, hasta veya ailesi tarafından günde üç dört değişime ihtiyaç duyulması, karında sürekli bir kataterin varlığı ve obezite gelişimini tetiklemesi gibi durumlar ise tedavinin olumsuz yönleridir (47, 48).

2.6.3. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz böbrek işlevlerinin bozukluğu nedeniyle vücuttan atılımı sağlanamayan artık ürünlerin ve sıvının vücuttan atılımını sağlamak amacıyla uygulanan en yaygın RRT yöntemidir (49). Kronik böbrek hastalığı olan hastalar transplantasyon için uygun böbrek bulununcaya kadar ömür boyu belirli aralıklarla hemodiyalize girer. Hemodiyaliz tedavisinde, yarı geçirgen olan bir zar (diyalizer) ve

bir makina aracılığıyla uygun diyaliz solüsyonu ve hastadan alınan kan arasında konsantrasyon farklılığından yararlanılarak sıvı, elektrolitler ve üre gibi küçük molekül içeren maddelerin değişimi sağlanmaktadır (49, 50). Hemodiyaliz tedavisinde difüzyon ve ultrafiltrasyon mekanizması ile solüt ve sıvı değişimi gerçekleşir. Diyalizerin her iki tarafındaki yoğunluk farkı sebebi ile solütün yüksek yoğunluklu olan bölümden düşük yoğunluklu bölüme pasif geçişi difüzyon olarak tanımlanmaktadır. Hemodiyalizde difüzyon hızına etki eden değişkenler; diyalizerin iki tarafındaki yoğunluk farkı, solütün molekül ağırlığı, hızı ve diyalizer direncidir. Hemodiyaliz uygulama sıklığı ve süresi hastanın genel durumuna, kullanılan diyalizerin türüne, kan akım hızına ve bazı diğer faktörlere göre değişmekle beraber genel uygulama süreci haftada 3 kez 3-4 saattir (50). Ülkemizde KBH yaşayan hasta bireylerin yaklaşık %88'i diyaliz tedavisini haftada 3 seans olacak şekilde almaktadır (2). Ülkemizde 2018 yılında RRT insidansı milyon nüfus başına 149 olarak belirlenmiştir. Yıllar içinde prevalansın sürekli olarak artış trendi içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır. Son yıllardaki veriler incelendiğinde artış hızının azalmasına rağmen devam ettiği anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz (HD), ülkemizde en fazla uygulanan RRT yöntemi olmaya devam etmektedir (2).

Hasta bireyin diyalize haftada 2-3 defa 4-6 saat bağlı diğer zaman dilimlerinde tedaviden bağımsız olması, hastanede yatış süresinin azalması, metabolik denge genellikle çok az etkilendiği için obezite ve malnütrisyon gibi sorunların olmaması, periton diyalizinde yaşanabilen peritonit, perforasyon, kanama, kanül kenarından sızıntı, bağırsak perforasyonu gibi batına ait komplikasyonların görülmemesi hemodiyalizin hasta açısından avantaj olarak görülen yönleri arasındadır (37, 51-53). Hemodiyaliz, hastalar açısından hayat kurtarıcı bir tedavi seçeneği olmasına karşın hastalarda akut ve kronik bir çok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalara göre kronik hastalığı olan bireylerde komplikasyonların yeterli yönetimi ile yaşam kalitesinin ve sağ kalım oranlarının arttığı bildirilmiştir (19, 54). Günümüzde kronik böbrek hastalığı tedavisi için en sık tercih edilen hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonlar bikarbonat ve diyaliz teknolojisinin gelişmesi sayesinde azalmış olmasına rağmen sıklıkla görülmeye devam etmektedir. Tablo 2.7'de görüldüğü gibi kan basıncında değişiklikler, bulantı, kusma, kramplar, kanamalar, glisemik değişiklikler, kardiyak arrest, ani ölüm gibi durumlar akut komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Kronik komplikasyonlar ise genellikle sistemik değişiklikler olan

hematolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal, nörolojik, metabolik bozukluklar ve kemiğe dair hasarlanmanın yer aldığı görülmektedir (55, 56).

Tablo 2.7. Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikeasyonlar

Akut Komplikeasyonlar	Kronik Komplikeasyonlar
<ul style="list-style-type: none">✚ Hipotansiyon✚ Kramplar✚ Bulantı, kusma✚ Üremik kaşıntı✚ Hipoglisemi✚ Hipoksi✚ Sırt ve göğüs ağrısı✚ Aritmi	<ul style="list-style-type: none">✚ Hematolojik Komplikeasyonlar (Anemi, kanama diatezi, enfeksiyona eğilim)✚ Kardiyovasküler komplikeasyonlar (Hipertansiyon, kalp yetmezliği)✚ Gastrointestinal komplikeasyonlar✚ Pulmoner komplikeasyonlar✚ Nörolojik komplikeasyonlar (uyku bozuklukları, nöropati)✚ Metabolik ve endokrin komplikeasyonları (Hiperlipidemi, gonadal disfonksiyon)✚ Kemik bozuklukları✚ Dermatolojik komplikeasyonlar✚ İmmünolojik anormallikler✚ Rezidüel renal fonksiyon kaybı✚ Kemik hastalığı✚ Primer renal hastalığa spesifik komorbid durumlar
<ul style="list-style-type: none">✚ Elektrolit bozukluklar✚ Diyaliz disequilibrium sendromu✚ Kardiyak arrest ve ani ölüm✚ Hemoliz✚ Titreme, Ateş✚ Hava embolisi	
<ul style="list-style-type: none">✚ Kanamalar✚ Konvülsiyon✚ Baş ağrısı	

(55, 56)

Hemodiyaliz tedavisine bağlı yaşanan semptomlar ile ilgili literatürde birçok araştırmaya rastlanmaktadır. Akgöz ve Arslan'ın hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaptıkları çalışmada hemodiyaliz sonrası hastaların; enerjide azalma veya yorgun hissetme (%74.3), baş ağrısı (%62.9), ağız kuruluğu (%56.2), üzgün hissetme (%54.3), sinirli hissetme (%54.3), kas krampları (%45.3) semptomlarını yüksek oranda yaşadıklarını belirlemişlerdir (57). Kılıç Akça ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise hemodiyaliz tedavisinin ardından; sırasıyla %81.7 enerjide azalma, %73.2 sinirlilik, %69.0 uyku düzensizliği, %63.4 baş ağrısı ve %62.0 kas krampları olarak tespit etmişlerdir (58). Sri-Lanka'da yaşayan, diyaliz tedavisi alan hastalarda birçok diyaliz semptomunun yanı sıra yoğun bir şekilde kemik/eklem ağrısı, libido kaybı, sinirli

hissetme, kas krampları, bacakları sabit (hareketsiz) tutmada zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (59). Benzer olarak yakın zamanda ABD’de diyaliz tedavisi uygulanan hastalar tedaviden sonra yorgunluk hissi, baş dönmesi, baş ağrısı, huzursuz bacaklar, kaşıntı, kramp, karıncalanma, susuzluk, bulantı, ishal, nefes darlığı, göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı semptomlarını en yoğun olarak yaşadıklarını ifade etmişler ve semptomlar öngörülemez olduğundan, semptomların özellikle diyaliz günlerinde yaşamlarını planlama olayını zorlaştırdığından yakınmışlardır (60). KBH yaşayan hastaların önemli bir kısmı hemodiyaliz tedavisi ile hayatlarına devam etmektedirler. Gerek hastalığın gerekse hemodiyaliz tedavisinin semptomları ile baş edebilmeleri için her açıdan hasta bireyin konforunun sağlanması gerekmektedir. Konforu sağlanan hastaların; hastalığın ve diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı semptomlarla daha kolay baş edeceği düşünülmektedir.

2.7. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı

2.7.1 Konfor kavramı

“Confortare” kelimesi Latince’de “güçlendirmek” anlamına gelir ve konfor kavramı buradan köken almıştır (61). “Cesaretlendirme, güçlendirme ve yardım etme”, “destek alma ve ruhsal sıkıntı ya da ıstıraptan kurtulma”, “yatıştırma, teselli etme”, “bedensel gereksinimlerin karşılanması”, “ağrıdan ve sıkıntıdan kurtularak maddi ve fiziksel iyi olma durumu” konfor kelimesinin Oxford İngilizce Sözlüğü içerisinde yer alan anlamlarıdır (61-63). Fransızcadan köken alan konfor kelimesi Türk Dil Kurumu sözlüğünde hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık olarak geçmektedir (64).

Konfor ve hasta konforu karmaşık yönleri fazla olan, kişiye özel, bütüncül kavramlardır ve hemşirelik sanatı ile bağdaştırılmıştır. Literatürde; konfor önlemleri ve konfor; hemşirelerin teselli etme, cesaretlendirme, güç, yardım, destek olma ve bakımda kullandıkları temel kavram olarak geçmektedir (65-68). Hemşirenin hastaların konforunu sağlayabilmesi için rahatsızlık oluşturan etkenleri araştırması, bu etkenlerin bakım ortamından uzaklaştırılması ya da rahatsızlık oluşturan etkenlerin azaltılması ve rahatlığı sağlayacak girişimleri planlaması ve uygulaması gerekir. Böylece rahatsızlık etmenlerinin ortaya çıkıp aktifleşmesi önlenir ve hastanın rahatlığı sağlanmış olur (11, 69).

2.7.2. Konfor (Rahatlık) Kuramı

Kuram olarak konforun temelinde rahatlama durumu vardır ve rahatlama bir disiplin olan hemşireliğin temel fonksiyonlarından (70). Katharine Kolcaba, konfor (rahatlık) kavramı üzerine çalışmalarını yapmış ve sonrada hasta rahatlığının sağlanması konusundaki çalışmalarını 15 yıla yakın sürdürmüştür. Bu çalışmaların nihayetinde Konfor Kuramı (Comfort Theory) ortaya çıkmıştır. Bu kuramın dört boyut ve üç düzey halinde taksonomik yapısı vardır (69,71).

KONFOR		Konfor Düzeyleri		
Konfor Boyutları		Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
	Fiziksel			
	Psikospirütel			
	Çevresel			
	Sosyokültürel			

Şekil 2.2. Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı) (71)

Konfor (Rahatlık) Düzeyleri

Ferahlama (Relief); Hasta bireyin belirlenmiş bir konuda rahatlık ihtiyacının karşılanmış olması,

Huzur (Ease); Hasta bireyin memnun olma durumu, gönül rahatlığı, sakinlik, hoşnutluk,

Anlam Bulma, Kendini Aşma (Transcendence); Hasta bireyin iradesi dışında gelişen rahatsızlık durumunun üstesinden gelme, ağrıyı aşmış kişinin durumudur (69, 71).

Konfor (Rahatlık) Boyutları

Fiziksel konfor; Vücutla ilgili sistem fonksiyonları ve bedensel duyular ile ilgili rahatlığı içerik olarak alır. Homeostatik mekanizmalar (kan değerlerinin normal düzeyde olması, oksijen saturasyonunun yeterli düzeyde olması, sıvı-elektrolit dengesi gibi işlevlerin bulunduğu boyuttur. Kolcaba vücutla ilgili parametrelerden herhangi

birinde normalin dışında seyreden bir durumun olması halinde rahatlığın etkileneceğini ifade etmektedir (69, 71, 72).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların fiziksel rahatlık ile ilgili yaşayabileceği başlıca sorunlar; hemodiyaliz öncesinde idrar yapamamaya bağlı sıvı volüm fazlalığı, diyaliz sırasında vücuttan gereğinden fazla sıvı çekilmesinden kaynaklanan hipovolemi riski, fistül ve invaziv girişimler nedeniyle oluşabilecek ağrı ve enfeksiyon riski, metabolik durumda meydana gelen değişiklikler ve anemi nedeni ile oluşan yorgunluk, sıvı kısıtlaması ve aktivite sınırlılıkları nedeni ile oluşabilecek konstipasyon, metabolik değişiklikler ve bulantı nedeni ile oluşabilecek beden gereksiniminden az beslenme riski, boşaltım şeklinin kısmen değişmesi (idrar yapamama) gibi durumlar sıralanabilir (73).

Psikospiritüel konfor; Emosyonel, spiritüel ve mental olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Ziyareti kolaylaştırmak, özel ziyaretlere izin vermek, masaj yapmak, varsa hastanın kendini rahatlatma çözümlerine izin vermek, hastaya psikospiritüel rahatlık ihtiyacını karşılayan girişimler olabilir (69, 71, 72). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların psikospiritüel rahatlık ile ilgili yaşayabileceği sorunlar; diyaliz demansı/diyaliz disequilibrium nedeniyle düşünce sürecinde bozulma, iş kaybı ve makinaya bağımlılık nedeni ile beden imgesinde bozulma, bilişsel algılama şekli (dikkat dağınıklığı, diyaliz sırasında baş ağrısı), kendini kavrama/kendini algılama şekli (hemodiyaliz makinasına bağımlılık, kronik hastalık, iş kaybı, yorgunluk, bireyin ‘yarım insan olarak’ tanımlanması) gibi durumlardır (73).

Çevresel konfor; Bireylerin bilişsel ve fiziksel işlevlerini desteklemede çevre önemli bir etkidir, çevresel konforun sağlanması için gerekli girişimler yapılmalıdır. Renk, koku, ortam ısısı, fiziksel mekân, pencereden gözlenen manzara v.b. dışsal etkenler ve bu dış etkenlerin birey üzerindeki etkilerini içermektedir (69, 71).

Sosyokültürel konfor; Sosyokültürel rahatlık içerisinde bireylerarası iletişim, sosyal kurumlar ve aile ile etkileşim gibi mevzuları içerir. Kişiler arası ve sosyal bağlantıları düzenleyen gelenekler, kurallar, yasa ve din ile ilgili özellikleri kapsar (69, 71). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyokültürel rahatlık ile ilgili yaşayabileceği sorunlar; makinaya bağımlılık, kronik hastalık ve rol kaybı nedeni ile aile sürecinde değişiklik, sağlığın yönetim biçimi, sağlığın algılanmasında oluşabilecek değişiklikler bu kapsamda değerlendirilebilir (73).

2.7.3. Konfor Kuramının Temel Önergeleri

1. Bireyin /ailenin sahip olduğu destek sistemlerinin karşılayamadığı konfor ihtiyaçlarını belirler.
2. Hemşire belirlediği ihtiyaçlar doğrultusunda girişimlerini planlar.
3. Girişimlerini planlarken, hayata geçirilecek girişimlerin yönünü değiştirebilecek faktörleri göz önünde bulundurur.
4. Etkili girişimler ve hasta bakımı kaliteli ise konforun oluşması muhtemeldir.
5. Hemşire ile birey/aile gerçek anlamda ulaşılması istenen sağlığı geliştirici davranışların neler olduğu konusunda karar birliğine varmalıdır.
6. Sağlanmış olan rahatlık durumu karşılıklı desteklenirse birey/aile rahatlığı bir üst seviyeye çıkarma açısından güç kazanmış olur.
7. Hemşirenin konforu artırma yönündeki tüm çabalarının ardından olumlu sağlık davranışı geliştiren ve güçlenmiş birey/ailenin kendilerine sağlanan sağlık bakımı ve sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi artar ve sağlığıyla ilintili olumlu sonuçlar ortaya çıkar, aynı zamanda hemşirede de memnuniyet oluşur.
8. Bir kurumdan birey ve hemşire sağlık hizmeti memnuniyeti duyuyor ise o kurumun toplumda onay alması kolaylaşır, onaylanan kurumlar daha uzun ömürlü ve gelişen kurumlar olarak yoluna devam ederler.
9. Uzmanlaşmış bir çalışma ortamı hasta ve kurum açısından daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkarır (11, 72, 74).

Konforun oluşması, biyo-psiko-sosyal yönleri ve sonuçları olan bir süreçtir. Hemşirelerin rutinde kullanmış oldukları yaklaşımlar hastaların konforunun güçlenmesine yardımcı olabilir. Hemşirenin empati içeren yaklaşımı; bireyin spiritüel, fiziksel ve psiko-sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi, bireyin kendi bakımına katılımının sağlanması ve bireyin yaptıkları ve yaşadıklarından anlam bulmasında kendine güven sağlanması bireyin konforunun sağlanmaya çalışıldığı her aşamada çok önemli bir destektir (11, 69, 72 ,74).

Konfor ihtiyacı yaşam döngüsünün her hangi bir aşamasında tüm insanlar için ortaktır. Konfor fiziksel, çevresel ve psiko-sosyal yönleri içeren öznel ve bireysel bir kavramdır. Bütünsel bakımın bir boyutu olan konfor bireylerin kişisel algılarına bağlı

olarak daha çok veya daha az ölçüde ortaya çıkabilir. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeylerini hasta ile ilgili olan sosyo-demografik ve klinik değişkenlerden etkilenebilir (75). Çalışkan yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının yaşadığı fiziksel semptomlardan biri olan kaşıntı semptomunun hastaların konfor düzeylerini etkilediğini saptamıştır (76).

2.8. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Yaşadığı Semptomların Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Günlük yaşamın kolaylaşmasını sağlayan rahatlık konfor olarak bilinir. Sağlık bakım hizmeti alması gereken KBY olan hasta bireyler açısından bu dönem (hemodiyaliz tedavisi) oldukça streslidir, hemşireler ise konfora yönelik girişimler uygularken konforun bireye özgü olduğu düşüncesi ile hemşirelik girişimlerini uygulayarak hastanın var olan sıkıntısının azalmasını, huzurunun artmasını, ferahlamasını, yaşadıkları sorunlarla etkin bir şekilde mücadele etmesini sağlamış olurlar (61, 71, 77).

KBH olan hastalarda NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik bakımı;

- ✓ İdrar atılımının azalması, diyetle fazla su ve sodyum alımına bağlı sıvı volüm fazlalığı: Sıvı durumu değerlendirebilmek için günlük kilo izlemi yapılır, aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi kontrol edilir, deri turgoru ve ödem kontrolü yapılır, nabız hızı, nabız ritmi, kan basıncı değerlendirilir, solunum güçlüğü varlığı ve solunum hızı takip edilir, boyun venlerinde dolgunluk kontrolü yapılır. Sıvı aldığı kaynakların gıdalarla alınan sıvılar ve IV sıvılar ve oral ilaçlarla birlikte alınan su miktarı belirlenerek sıvı aldığı kaynaklar değerlendirilir. Hastaya ve ailesine sıvı kısıtlamasının nedenleri anlatılır. Hasta kendi ağız bakımını yapması konusunda desteklenir yapamıyorsa sık sık ağız bakımı sağlanır (40, 73).
- ✓ Bulantı, kusma, iştahsızlık, diyetteki sınırlamalar ve ağız mukozasında oluşan değişikliklere bağlı beslenmede değişiklik/Beden gereksinimden az beslenme: Hastanın beslenme durumu değerlendirilmesi için hastada kilo değişikliğinin olup olmadığına bakılır, laboratuvar değerleri takip edilir. Hastanın gıda seçimleri ve kalori hesaplaması yapılarak beslenme alışkanlıkları değerlendirilir. İştahsızlık, bulantı, kusma, depresyon, stomatit gibi

beslenmede değişikliğe sebep olan etmenler değerlendirilir. Diyet kurallarına uygun olarak hastanın istediği gıdalarla yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır. Üre yüksekliğinden kaynaklı ağızdaki kötü tadı gidermek için yemek öncesi ağız temizliği yapılır. Günlük kilo izlemi yapılır. Hastada ödem varlığı ve serum albümin düzeyine bakılarak protein alımının yeterliliği değerlendirilir (40, 73).

- ✓ Tedavisi ve durumu hakkında bilgi eksikliği: Böbrek işlevleri hakkında bilgi verilir, böbrek yetersizliğinin neyi ifade ettiği ve nedenleri hakkında açıklamalar yapılır, böbrek yetersizliği ile diyet ve sıvı kısıtlamasının ilişkisi anlatılır, uygulanan tedaviler (periton diyalizi, HD, transplantasyon) hakkında bilgi verilerek böbrek yetersizliği sebeplerini ve tedavisini anlaması değerlendirilir. Hastalığın sebep olduğu değişiklikler ve bunların yaşam şekli üzerine etkisini anlayabilmeleri için hastaya ve yakınlarına destek sağlanır. Diyet ve sıvı kısıtlamaları, ilaçlar, olası sorunların belirti ve bulguları, böbreklerin işlevleri ve böbrek yetersizliği, tedavi seçenekleri gibi konular hakkında hastaya yazılı ve sözlü olarak bilgi verilmelidir (40, 73).
- ✓ Güçsüzlük, yorgunluk, anemi, metabolik atık ürün birikimi ve diyaliz tedavisine bağlı oluşan aktivite intoleransı: Depresyon, anemi, elektrolit-sıvı dengesizliği, metabolik atık ürün birikimi gibi yorgunluğa neden olabilecek etmenler değerlendirilir. Aktiviteler arasında dinlenmesi konusunda bilinçlendirilir. Diyaliz tedavisinden sonra dinlenmesi sağlanır. Bireysel bakımını tolere edebildiği ölçüde yapmasına izin verilir, yardım gereksinimi varsa hasta desteklenir (40, 73).
- ✓ Beden algısında değişme, cinsel işlevlerde değişme, rol değişiklikleri, başkalarına bağımlı olma: Hastanın yakınları ile olan ilişkileri değerlendirilir. Hastanın ve ailesinin tedaviye karşı tutumları değerlendirilir. Cinsel yaşamla ilgili alternatif çözümler üretilir. Hastalık ve tedavinin neden olduğu yaşam biçimi değişiklikleri, rol değişiklikleri, iş değişiklikleri, cinsel yaşamdaki değişiklikler ve sağlık ekibine bağımlılık gibi konular hakkında hastanın rahatça kendini ifade edebileceği tartışma ortamı hazırlanır.

Hastalığın vücuttaki bütün sistemleri etkilemesiyle perikard efüzyonu, perikardit, perikard tamponadı, hiperkalemi, hipertansiyon, kemik hastalığı, metastatik kalsifikasyonlar, anemi gibi komplikasyonlar gelişebilir (40, 73).

Kronik böbrek yetmezliği yaşayan bireyler hastalığın ve diyaliz tedavisinin birçok semptomu ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu zorlu süreçte yeterli konforun sağlanması hastanın yapıcı davranışlar geliştirmesine yardımcı olacak ve semptomlarla mücadele gücünü arttıracaktır.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ ilinde bulunan; Fırat Üniversitesi Hastanesi hemodiyaliz ünitesi, Özel Dünya Diyaliz Merkezi ve Özel Çağrı Diyaliz Merkezi'nde ve Bingöl ilinde bulunan; Bingöl Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesi, Özel Bingöl Diyaliz Merkezi'nde Mayıs 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ ilinde bulunan üç ve Bingöl ilinde bulunan iki diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi alan yetişkin hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmemiş tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan 363 hemodiyaliz hastası ile araştırma yürütülmüştür.

Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde tedavi gören 75 hastadan 61'ine, Özel Dünya Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 105 hastadan 82'ine ve Özel Çağrı Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 100 hastadan 90'nına, Bingöl Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi gören 80 hastadan 65'ine, Özel Bingöl Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 70 hastadan 65'ine ulaşılmıştır. Evrenin yüzde 84'üne ulaşılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

- 18 yaş ve üzeri, iletişim problemi olmayan,
- En az 6 ay hemodiyaliz tedavisi alan,
- Psikiyatrik bir tanısı olmayan hastalar alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Haziran-15 Ekim 2019 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından hemodiyaliz merkezlerine gidilerek toplanmıştır. Diyaliz merkezlerinde hastalar iki grup halinde (1.Grup: pazartesi-çarşamba-cuma günleri ve 2. Grup salı-perşembe-cumartesi günleri) haftada 3 seans olarak hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Araştırmacı

hemodiyaliz merkezlerine haftanın her günü (Pazar hariç) gitmiştir. Hastaların hemodiyaliz tedavisi aldığı süre içerisinde ve hastanın kendisini rahat hissettiği esnada hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. Araştırmacı tarafından sorular sorularak hastanın verdiği cevaplar anket formuna işaretlenmiştir. Her bir anketin uygulama süresi ortalama 20-25 dk. sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin sorunları içeren ‘Kişisel Bilgi Formu’, hemodiyalize bağlı semptomları değerlendirmek için ‘Diyaliz Semptom İndeksi’ ve hastaların konfor düzeyini değerlendirmek amacıyla ‘Hemodiyaliz Konfor Ölçeği’ kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda hemodiyalize giren hastaların tanıtıcı özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ekonomik düzey, çocuk sayısı, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu, bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı ve bakımda yardım alınan kişi, hastalığıyla ilgili; hemodiyaliz tedavisini ne kadar süredir aldığı, KBH dışında kronik hastalığın varlığı ve var olan kronik hastalık gibi sorular yer almaktadır. Kişisel bilgi formu 3’ü açık uçlu olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Diyaliz Semptom İndeksi

Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ); Weisbord ve arkadaşları tarafından, fiziksel ve duygusal semptomları ve bunların şiddetini değerlendirmek için 2004 yılında geliştirilmiştir (78). Diyaliz Semptom İndeksi’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Önsöz, Usta Yeşilbalkan (2013) tarafından yapılmış olup; DSİ Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak belirlenmiştir (79).

DSİ, belirli bir fiziksel ya da duygusal belirtiyi tanımlayan 30 semptom içermektedir. Son yedi gün içerisinde yaşanan semptomlar evet-hayır olarak cevaplanmakta, hayır semptomun yaşanmadığını, evet ise bu semptomun yaşandığını göstermektedir. Eğer hastanın cevabı evet ise, semptomun ne kadar etkilediği, beşli likert tipi ölçek ile değerlendirilmektedir. 1=hiç, 5=çok fazla şeklinde puanlama yapılmaktadır. Elde edilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bu değer 0–150 arasında

değişmektedir. Alınan toplam puanların 150'ye yaklaşması sözü geçen semptomun etkisinin arttığını göstermektedir (79). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha'sı 0.87 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği

Şahin Orak ve ark. tarafından 2017 yılında geliştirilen ve geçerlik güvenirliği yapılan Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ), en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konforunun değerlendirilmesinde kullanılan güvenilir bir ölçektir (14).

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği beşli likert tipinde bir ölçek olup, 9 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin "Rahatlama" ve "Üstesinden gelme" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. 9 Maddeden oluşan beşli likert tipi ölçeğin 4. Maddesi ters puanlanmakta, diğer maddeleri (1-3, 5-9) "hiçbir zaman" 5 puan, "her zaman" 1 puan olarak puanlanmaktadır. HDKÖ'den en düşük 9.00, en yüksek 45.00 puan alınabilmekte; Rahatlama alt boyutundan en düşük 3.00, en yüksek 15.00 puan alınabilmekte; ve Üstesinden gelme alt boyutundan ise en düşük 7.00, en yüksek 30.00 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yükselmesi konfor seviyesinin arttığını göstermektedir. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri 0.87, Üstesinden gelme alt boyutunun 0.85 ve Rahatlama alt boyutunun ise 0.88 olduğu belirlenmiştir (14). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha'sı 0.74 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Hemodiyaliz Konfor Ölçeği puanı

Bağımsız Değişkenler: Diyaliz semptomları ve sosyo-demografik değişkenler

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; hastaların sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde, ölçeklerden alınan puanların değerlendirilmesinde ise standart sapma, ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. HDKÖ ve DSİ ölçeklerinin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach α güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler ile ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için bağımsız gruplarda t testi ve Kruskal-Wallis H

testleri kullanılmıştır. Hemodiyalize bağlı yaşanan semptomların hastaların konfor düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek için Linear regresyon analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov ve Shapiro–Wilk testleri ile analiz edilmiş, normal dağılıma uymayan değişkenlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma verileri toplanmadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurul izni alınmıştır (Ek 13). Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği (Ek 6), zel Dünya Diyaliz Merkezi (Ek 7), zel ağrı Diyaliz Merkezi (Ek 8), Bingöl Devlet Hastanesi (Ek 9) ve zel Bingöl Diyaliz Merkezi'nden (Ek 10) yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlik-güvenirlik analizlerini yapan yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır (Ek 11, 12). Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış, yazılı ve sözlü onamları alınmış, bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmıştır. Katılımcılara; araştırmanın amacı, planı ve elde edilen verilerin nerede kullanılacağına ilişkin bilgi verilerek 'İnsan onuruna sayęı' ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile "zerkliğe Sayęı" ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılığı yoktur.

4. BULGULAR

Bu bölümde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.



Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	147	40.5
Erkek	216	59.5
Medeni Durum		
Evli	271	74.7
Bekar	37	10.2
Boşanmış	55	15.2
Eğitim Seviyesi		
Okuryazar değil	95	26.2
Okuryazar	50	13.8
İlköğretim	116	32.0
Ortaöğretim	75	20.7
Yükseköğretim ve üzeri	27	7.4
Ekonomik Düzey		
İyi	26	7.2
Orta	138	38.0
Kötü	199	54.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	4.7
Çalışmıyor	185	51.0
Emekli	161	44.4
İhtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu		
Karşılatabiliyor	250	68.9
Karşılatabılmıyor	113	31.1
Bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı		
Evet var	274	75.5
Hayır yok	89	24.5
Yardımcı olan kişiler*		
Eş	196	54.0
Çocuklar	49	13.5
Ebeveyn	34	9.4
Ücretli Bakıcı	2	0.6
Toplam	363	100
Yaş	59.17±14.84 (X±SS)	
Çocuk Sayısı	3.77±2.69 (X±SS)	

*Evet diyenler ve birden fazla cevap veren kişiler alınmıştır. X±SS: Ortalama ± Standart sapma

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaş ortalamasının 59.17 ± 14.84 yıl olduğu ve sahip olunan çocuk sayısının ortalama 3.77 ± 2.69 olduğu belirlenmiştir. Hastaların, %40.5'inin kadın, %74.7'sinin evli, %32'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %54.8'inin ekonomik seviyesinin kötü olduğu ve %51'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların %31.1'inin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı, %75.5'inin bakımları sırasında yardım aldıkları ve yardım alınan kişinin ise % 54 oranında hastanın eşi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
KBH dışında kronik hastalığın varlığı		
Kronik Hastalık Var	285	78.5
Kronik Hastalık Yok	78	21.5
Sahip Olunan Kronik Hastalık*		
Hipertansiyon	88	24.2
Diyabet	108	29.8
Kalp-Damar Hastalığı	15	4.1
Polikistik Böbrek	50	13.8
Diğer	25	6.9
Hemodiyalize Girme Süresi (Yıl)	5.87 ± 5.00 (X±SS)	

*Evet diyenler ve birden fazla cevap veren kişiler alınmıştır. X±SS: Ortalama ± Standart sapma

Hastaların hemodiyalize girme süresinin ortalama 5.87 ± 5.00 yıl olduğu, kronik böbrek yetmezliğinin yanı sıra hastaların %78.5' inin ek bir kronik hastalığa sahip olduğu ve %29.8'lik değer ile diyabetin ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) ve Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Alınabilecek Min-Max Değer	Alınan Min-Max Değer	X±SS
Rahatlama Alt Boyutu	3.00-15.00	2.00-10.00	5.25 ± 2.66
Üstesinden Gelme Alt Boyutu	7.00-30.00	7.00-30.00	14.79 ± 4.63
HDKÖ	9.00-45.00	9.00-36.00	20.05 ± 6.50
DSİ	0-150	5.00-126.00	67.72 ± 24.56

X±SS: Ortalama ± Standart sapma

Hastaların HDKÖ rahatlama alt boyutundan 5.25 ± 2.66 puan aldığı ve rahatlama düzeylerinin düşük olduğu, üstesinden gelme alt boyutundan ise 14.79 ± 4.63 puan aldığı ve üstesinden gelme düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği'nden toplam 20.05 ± 6.50 puan aldığı ve konfor düzeylerinin orta seviyenin altında olduğu görüldü. Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi'nden 67.72 ± 24.56 puan aldığı ve yaşadıkları semptomların orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).



Tablo 4.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi'ne Göre Yaşadıkları Semptomların Sıklığı

	Hayır		Hiç		Biraz		Bazen		Çok Az		Çok Fazla	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kabızlık	141	38.8	22	6.1	28	7.7	115	31.7	6	1.7	50	13.8
Bulantı	167	46.0	21	5.8	47	12.9	99	27.3	3	0.8	26	7.2
Kusma	181	49.9	40	11.0	39	10.7	79	21.8	3	0.8	21	5.8
İshal	262	72.2	40	11.0	18	5.0	35	9.6	3	0.8	5	1.4
İştahta azalma	134	36.9	13	3.6	48	13.2	115	31.7	13	3.6	40	11.0
Kas krampları	71	19.6	13	3.6	43	11.8	130	35.8	8	2.2	98	27.0
Bacaklarda şişlik	239	65.8	30	8.3	36	9.9	27	7.4	9	2.5	22	6.1
Nefes darlığı	196	54.0	27	7.4	24	6.6	73	20.1	7	1.9	36	9.9
Sersemlik/Baş dönmesi	105	28.9	5	1.4	26	7.2	119	32.8	11	3.0	97	26.7
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	269	74.1	23	6.3	17	4.7	14	3.9	3	0.8	37	10.2
Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	102	28.1	26	7.2	22	6.1	67	18.5	8	2.2	138	38.0
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	7	1.9	2	0.6	15	4.1	27	7.4	7	1.9	305	84.0
Öksürme	238	65.6	29	8.0	39	10.7	37	10.2	1	0.3	19	5.2
Ağız kuruluğu	87	24.0	25	6.9	42	11.6	102	28.1	13	3.6	94	25.9
Kemik veya eklem ağrısı	114	31.4	18	5.0	25	6.9	52	14.3	4	1.1	150	41.3
Göğüs ağrısı	248	68.3	30	8.3	23	6.3	36	9.9	8	2.2	18	5.0
Baş ağrısı	106	29.2	6	1.7	43	11.8	98	27.0	7	1.9	103	28.4
Kas ağrısı	140	38.6	18	5.0	54	14.9	78	21.5	5	1.4	68	18.7
Konsantre olmada zorluk	60	16.5	9	2.5	30	8.3	52	14.3	24	6.6	188	51.8
Deride kuruluk	3	0.8	14	3.9	161	44.4	96	26.4	38	10.5	50	13.8
Kaşıntı	111	30.6	19	5.2	37	10.2	105	28.9	5	1.4	86	23.7
Endişelenme	102	28.1	21	5.8	76	20.9	41	11.3	21	5.8	102	28.1
Sinirli hissetme	68	18.7	14	3.9	44	12.1	57	15.7	24	6.6	156	43.0
Uykuya dalmada zorlanma	104	28.7	17	4.7	29	8.0	58	16.0	13	3.6	142	39.1
Uykuyu sürdürmede zorlanma	102	28.1	14	3.9	29	8.0	67	18.5	11	3.0	140	38.6
Rahatsız hissetme	63	17.4	18	5.0	64	17.6	65	17.9	33	9.1	120	33.1
Üzgün hissetme	40	11.0	19	5.2	53	14.6	78	21.5	33	9.1	140	38.6
Kaygılı hissetme	60	16.5	24	6.6	69	19.0	56	15.4	37	10.2	117	32.2
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	81	22.3	103	28.4	42	11.6	65	17.9	16	4.4	56	15.4
Cinsel doyum almada zorlanma	81	22.3	103	28.4	41	11.3	66	18.2	16	4.4	56	15.4

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomlar incelendiğinde; yorgun hissetme ve enerjide azalma semptomunun %84.0 ile çok fazla yaşanan semptomlar arasında ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir. Konsantre olmada zorluk semptomunu hastaların %51.8'inin çok fazla deneyimlediği ve yaşanan semptomlar arasında ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir.

Hastaların %44.4'ünün deride kuruluk semptomunu bazen, %43'ünün sinirli hissetme semptomunu çok fazla düzeyde, %41.3'ünün kemik veya eklem ağrısı semptomunu çok fazla düzeyde, %39.1'inin uykuya dalmada zorlanma semptomunu ve %38.6'sı uykuyu sürdürmede zorlanma semptomunu çok fazla düzeyde yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %38.6'sının üzgün hissetme semptomunu ve %38'inin ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma semptomunu çok fazla düzeyde deneyimlediği belirlenmiştir. Hastaların %35.8'inin kas krampları semptomunu bazen, %33.1'inin rahatsız hissetme semptomunu çok fazla düzeyde, %32.8'inin baş dönmesi/sersemlik semptomunu bazen, %32.2'sinin kaygılı hissetme semptomunu çok fazla yaşadığı, %31.7'sinin iştahta azalma semptomunu bazen, %31.7'sinin kabızlık semptomunu ve %28.9'nun kaşıntı semptomunu bazen yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların %28.4'ünün baş ağrısı, %28.1'inin endişelenme semptomunu çok fazla düzeyde deneyimlediği, % 28.1' inin ağız kuruluğu, % 27.3' ünün bulantı, % 21.8' inin kusma ve % 21.5' inin kas ağrısı, %20.1'inin nefes darlığı, 18.2'sinin cinsel doyum almada zorlanma ve 17.9'nun cinsel ilişkiye ilgide azalma semptomlarını bazen, %10.7'sinin öksürmeyi biraz, %10.2'sinin bacakları hareketsiz tutmada zorlanma semptomunu çok fazla düzeyde, %9.9' unun bacaklarda şişliği biraz, %9.9' unun göğüs ağrısı semptomunu bazen deneyimlediği ve %9.6'sının ishali bazen deneyimlediği belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Demografik Özellikleri ile Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=363)

Demografik değişkenler	Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) X±SS	
Cinsiyet	Kadın (147)	76.71±22.68
	Erkek (216)	61.60±23.94
	Test (t)	6.027
	Anlamlılık	0.000**
Medeni Durum^µ	Evli (271)	68.40±24.51
	Bekar (37)	55.35±19.73
	Boşanmış (55)	72.70±25.44
	Test (KW)	13.437
	Anlamlılık	0.001*
Eğitim Seviyesi	Okur-Yazar değil (95)	82.91±20.70
	Okur-Yazar (50)	76.62±22.08
	İlköğretim (116)	65.06±22.42
	Ortaöğretim (75)	51.98±21.53
	Yükseköğretim ve üzeri(27)	52.92±20.47
	Test (KW)	85.947
	Anlamlılık	0.000**
Çalışma Durumu^µ	Çalışıyor (17)	57.07±27.90
	Çalışmıyor (185)	74.83±22.98
	Emekli (161)	60.67±23.64
	Test (KW)	17.448
	Anlamlılık	0.000**
Ekonomik Düzey^µ	İyi (26)	63.88±24.54
	Orta (138)	59.35±23.94
	Kötü (199)	74.02±23.23
	Test (KW)	27.965
	Anlamlılık	0.000**
İhtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu	Karşılatabiliyor (250)	63.31±23.48
	Karşılatabılmıyor (113)	77.47±24.17
	Test (t)	-5.268
	Anlamlılık	0.000**
Bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı	Evet var (274)	65.89±24.20
	Hayır yok (89)	73.34±24.94
	Test (t)	-2.504
	Anlamlılık	0.013*
Yardımcı olan kişiler	Eş (196)	64.98±24.58
	Çocuklar (49)	77.57±23.41
	Ebeveyn (34)	57.61±18.96
	Ücretli Bakıcı (2)	69.00±9.89
	Test (KW)	16.961
	Anlamlılık	0.001*

µ:Tukey HSD, *p<0.05, **p<0.001, t: Independent-Samples T Test, KW: Kruskal-Wallis Test,

Demografik değişkenler ile DSİ puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Cinsiyet ile Diyaliz Semptom İndeksi puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) ve kadınların puan ortalamasının (76.71 ± 22.68) erkeklerden (61.60 ± 23.94) yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların hemodiyalize bağlı semptomları daha yüksek oranda yaşıadığı görülmüştür. Medeni durum ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve boşanmış olanların diyalize bağlı semptomları bekar ve evli olanlardan daha yüksek oranda yaşıadığı görülmüştür. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) farklılığı yaratan grubun bekarların oluşturduğu saptanmıştır.

Eğitim seviyesi ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) ve okur-yazar olmayanların semptomları daha fazla yaşıadıkları belirlenmiştir. Çalışmayanların DSİ puan ortalamasının en yüksek olduğu ve çalışma durumu ile DSİ puan ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) farklılığı yaratan grubu çalışmayanların oluşturduğu saptanmıştır. Ekonomik seviyesi kötü olanların diyalize bağlı semptomları daha çok yaşıadığı ve ekonomik düzey ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) farklılığı yaratan grubu ekonomik seviyesi kötü olanların oluşturduğu saptanmıştır.

İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayamayan hastaların diyalize bağlı semptomları daha çok yaşıadığı ve ihtiyaçların bağımsız karşılanma durumu ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların bakımı sırasında yardımcı olacak kişilerin varlığı ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve yardımcı olacak kimsesi olmayanların semptomları daha yüksek oranda yaşıadığı belirlenmiştir. Bakımda yardım alınan kişiler ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve çocuklarından yardım alan kişilerin diyaliz semptom indeksinden en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Yaşı ve Çocuk Sayısı ile Diyaliz Semptom İndeksi Arasındaki İlişki

Demografik değişkenler	Diyaliz Semptom İndeksi
Yaş	r: .169** p: 0.001
Çocuk sayısı	r: .285** p: 0.000

r: Correlations

Yaş ve çocuk sayısı ile DSİ arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş ve çocuk sayısı arttıkça yaşanan semptomların da arttığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Değişkenleri ile DSİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=363)

Hastalık Değişkenleri	DSİ X±SD	
KBH dışında kronik hastalığın varlığı	Var (285)	68.68±24.84
	Yok (78)	64.21±23.34
	Test (t)	-1.424
	Anlamlılık	0.155
Sahip Olunan Kronik Hastalık*	Hipertansiyon (88)	67.45±22.94
	Diyabet (108)	72.94±25.88
	Kalp-Damar Hastalığı (15)	74.86±23.04
	Polikistik Böbrek (50)	63.46±26.10
	Diğer Hastalıklar (35)	61.50±22.95
	Test (KW)	8.766
	Anlamlılık	0.119
Diyalize girme süresi (yıl)	r:.009 p: .865	

t: Independent-Samples T Test, KW: Kruskal-Wallis Test, r: Correlations

*Evet diyenler ve birden fazla cevap veren kişiler alınmıştır.

Hastalık değişkenleri ile DSİ puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.7.'de verilmiştir. Analiz sonucuna göre; Kronik böbrek yetmezliğinin yanında başka bir kronik hastalığı olanların DSİ puan ortalamasının (68.68±24.84) olmayanlardan (64.21±23.34) daha yüksek olduğu, ancak ek kronik hastalık varlığı ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Kalp-damar hastalığı olan hastaların diyalize bağlı semptomları daha fazla yaşadığı ve puan ortalamasının (74.86±23.04) en yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak mevcut kronik hastalıklar ile DSİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadigi saptanmistir (p>0.05). Ayrica, diyalize girme suresi ile DSI puan ortalamasi arasindaki iliskinin de anlamlı olmadigi (p>0.05) saptanmistir.

Tablo 4.8. Hastaların Demografik Özellikleri İle Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ)

Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik değişkenler		HDKÖ Toplam X±SD	Rahatlama Alt Boyutu X±SD	Üstesinden Gelme Alt Boyutu X±SD
Cinsiyet	Kadın	18.44±6.35	4.95±2.66	13.48±4.40
	Erkek	21.14±6.38	5.46±2.64	15.68±4.59
	Test (t)	-3.961	-1.774	-4.545
	Anlamlılık	0.000**	0.077	0.000**
Medeni Durum	Evli	19.94±6.58	5.27±2.69	14.66±4.58
	Bekar	20.62±6.09	4.40±2.19	16.21±4.79
	Boşanmış	20.21±6.43	5.74±2.68	14.47±4.73
	Test (KW)	0.354	5.350	3.140
	Anlamlılık	0.838	0.069	0.208
Eğitim Seviyesi	Okur yazar değil	17.24±6.37	4.82±2.71	12.42±4.25
	Okur yazar	18.00±5.17	4.48±2.38	13.52±3.33
	İlk öğretim	20.92±6.31	5.60±2.64	15.31±4.49
	Orta öğretim	22.69±6.30	5.82±2.65	16.86±4.58
	Yüksek öğretim ve üzeri	22.70±5.82	5.18±2.66	17.51±4.30
	Test (KW)	42.697	12.170	58.454
	Anlamlılık	0.000**	0.016*	0.000**
Çalışma # Durumu	Çalışıyor	21.76±4.76	4.76±1.67	17.00±4.40
	Çalışmıyor	18.28±6.32	4.64±2.42	13.64±4.65
	Emekli	21.90±6.32	6.01±2.82	15.88±4.30
	Test (KW)	31.832	21.224	31.898
	Anlamlılık	0.000**	0.000**	0.000**
Ekonomik # Durum	İyi	20.84±7.41	5.53±3.12	15.30±5.09
	Orta	22.45±6.29	6.01±2.67	16.44±4.55
	Kötü	18.28±5.97	4.69±2.46	13.58±4.27
	Test (KW)	33.092	19.088	30.885
	Anlamlılık	0.000**	0.000**	0.000**
İhtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu	Karşılabilir	20.66±6.39	5.32±2.60	15.33±4.60
	Karşılamiyor	18.70±6.55	5.10±2.79	13.60±4.51
	Test (t)	2.677	0.734	3.344
	Anlamlılık	0.008*	0.463	0.001*
Bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı	Evet var	20.60±6.43	5.43±2.73	15.17±4.52
	Hayır yok	18.37±6.46	4.73±2.38	13.64±4.81
	Test (t)	2.841	2.165	2.729
	Anlamlılık	0.005*	0.031*	0.007*
Yardımcı olan kişiler*	Eşi	20.69±6.38	5.52±2.70	15.17±4.42
	Çocukları	18.63±6.69	5.10±2.82	13.53±4.59
	Ebeveyn	21.35±6.33	4.97±2.65	16.38±4.82
	Ücretli Bakıcı	23.00±1.41	6.00±0.00	17.00±1.41
	Test (KW)	5.377	2.202	9.750
	Anlamlılık	0.146	0.532	0.021*

µ:Tukey HSD, *p<0.05, **p<0.001, t: Independent-Samples T Test, KW: Kruskal-Wallis Test,

*Evet diyenler ve birden fazla cevap veren kişiler alınmıştır.

Hastaların demografik özellikleri ile HDKÖ, Rahatlama ve Üstesinden gelme alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre; Cinsiyet ile HDKÖ ve Üstesinden gelme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve erkeklerin HDKÖ ve Üstesinden gelme alt boyutu puan ortalamasının, kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile rahatlama alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak erkeklerin puan ortalamasının (5.46 ± 2.64) kadınlardan (4.95 ± 2.66) yüksek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin konfor düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Medeni durum ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak bekar olanların HDKÖ puan ortalamasının, boşanmış ve evlilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim seviyesi ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). HDKÖ puan ortalamaları açısından yükseköğretim ve üzeri eğitim seviyesinde olanlar (22.70 ± 5.82) ile ortaöğretim seviyesinde (22.69 ± 6.30) olanların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve diğer eğitim seviyesindeki bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olanların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumu ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) ve emeklilerin HDKÖ puan ortalamasının (21.90 ± 6.32), çalışanlardan (21.76 ± 4.76) ve çalışmayanlardan (18.28 ± 6.32) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) farklılığı yaratanın emekliler ile çalışmayanlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ekonomik durum ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) ve ekonomik düzeyi orta seviyede olanların puan ortalamalarının (22.45 ± 6.29), iyi (20.84 ± 7.41) ve kötü olanlardan (18.28 ± 5.97) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizden, ekonomik seviyesi orta ve kötü olanlar arasındaki ilişkinin farklılığı oluşturduğu belirlenmiştir.

Hastaların ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu ile HDKÖ ve üstesinden gelme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). İhtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen hastaların konfor düzeyleri ve zorlukların üstesinden gelme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. İhtiyaçların bağımsız karşılama durumu ile rahatlama alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$), ancak ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen hastaların rahatlama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların bakımı sırasında yardım alacak kişilerin varlığı ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Yardımcı olacak kişileri olan hastaların konfor seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakımda yardımcı olan kişiler ile HDKÖ ve rahatlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. Ancak bakımda yardımcı olan kişiler ile üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bakımı sırasında ücretli bakıcısı olan hastaların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Hastaların Yaşı ve Çocuk Sayısı ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki

Demografik değişkenler	HDKÖ Toplam	Rahatlama Alt Boyutu	Üstesinden Gelme Alt Boyutu
Yaş	r: -.030 p: 0.567	r: .076 p: 0.149	r: -.086 p: 0.103
Çocuk sayısı	r: -.223** p:0.000	r: -.078 p:0.140	r: -.268** p: 0.000

r: Correlations

Yaş ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Çocuk sayısı ile HDKÖ ve üstesinden gelme alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Çocuk sayısı arttıkça hastaların konfor seviyesinin azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.10. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Değişkenleri İle Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık Değişkenleri		HDKÖ Toplam X±SD	Rahatlama Alt Boyutu X±SD	Üstesinden Gelme Alt Boyutu X±SD
KBH dışında kronik hastalığın varlığı	Var	20.17±6.70	5.34±2.73	14.82±4.78
	Yok	19.67±5.72	4.94±2.38	14.67±4.07
	Test (t)	-0.654	-1.161	-0.250
	Anlamlılık	0.514	0.246	0.802
Sahip Olunan Kronik Hastalık*	Hipertansiyon	20.68±6.41	5.55±2.83	15.12±4.35
	Diyabet	19.35±6.94	5.27±2.84	14.07±4.81
	Kalp-Damar Hastalığı	21.66±8.88	5.80±2.27	15.86±7.46
	Polikistik Böbrek	19.52±5.94	4.78±2.40	14.74±4.35
	Diğer hastalıklar	22.53±6.09	5.90±2.41	16.63±4.85
	Test (KW)	9.420	8.294	8.402
	Anlamlılık	0.051	0.081	0.078
Diyalize girme süresi (yıl)		r: .026 p:0.626	r: .061 p:0.246	r: .021 p: 0.986

t: Independent-Samples T Test, KW: Kruskal-Wallis Test, r: Correlations

*Evet diyenler ve birden fazla cevap veren kişiler alınmıştır.

KBH dışında kronik hastalığı olanların HDKÖ puan ortalamasının, hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu, ancak KBH dışında kronik hastalığın varlığı ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Var olan hastalıklar ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). HDKÖ puan ortalamasına göre diğer hastalık grubunun ortalama puanının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Diyalize girme süresi ile hasta konforu arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Diyalize Bağlı Yaşanan Semptomların Hastaların Konfor Düzeyine Etkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.	F	Sig.	R	R ²
	B	SE	Beta	t					
Sabit	28.360	.889		31.901	.000				
DSİ Toplam	-.123	.012	-.463	-9.936	.000	98.720	.000 ^b	.463 ^a	.215

a. Bağımlı değişken: HDKÖ toplam

b. Predictors: (Constant): DSİ toplam

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyalize bağlı yaşadıkları semptomların konfor düzeyine etkisi Tablo 4.11.'de verilmiştir. Hastaların konfor düzeyi üzerinde yaşadıkları semptomların etkili olduğu belirlenmiş ve $R=.463$, $R^2=.215$ olarak bulunmuştur. HDKÖ bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %21.5'nin Diyaliz Semptom İndeksi toplam puanı ile açıklandığı ve istatistiksel olarak sonucun önemli olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır. Regresyon analizi sonucuna göre diyalize bağlı yaşanan semptomların hastaların konfor düzeyi üzerine negatif yönde etkisi (-.123) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.12. Diyalize Bağlı Yaşanan Semptomların Her Birinin Bağımsız Olarak Hastaların Konfor Düzeyine Etkisi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.	F	Sig	R	Adjusted R ²
	B	SE	Beta	t					
Sabit	29.667	1.565		18.956	.000				
Kabızlık	.340	.173	.095	1.969	.049				
Bulantı	-.132	.408	-.033	-.323	.747				
Kusma	.153	.417	.036	.367	.714				
İshal	.379	.269	.066	1.409	.160				
İştahta azalma	-.909	.193	-.241	-4.709	.000				
Kas krampları	-.145	.185	-.039	-.782	.435				
Bacaklarda şişlik	-.496	.230	-.114	-2.156	.032				
Nefes darlığı	-.362	.227	-.097	-1.596	.111				
Sersemlik/Baş dönmesi	-.047	.194	-.014	-.241	.810				
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	.323	.209	.081	1.550	.122				
Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	-.140	.165	-.045	-.850	.396				
Yorgun hissetme veya enerjide azalma	-.400	.305	-.064	-1.313	.190	6.223	.000^b	.600^a	.302
Öksürme	-.453	.308	-.099	-1.471	.142				
Ağız kuruluğu	-.528	.196	-.151	-2.700	.007				

Kemik veya eklem ağrısı	.038	.171	.013	.223	.824	
Göğüs ağrısı	.065	.316	.015	.207	.836	
Baş ağrısı	-.498	.186	-.149	-2.678	.008	
Kas ağrısı	.299	.214	.087	1.400	.163	
Konsantre olmada zorluk	-.093	.182	-.027	-.509	.611	
Deride kuruluk	-.161	.292	-.029	-.552	.581	
Kaşıntı	.022	.168	.007	.133	.895	
Endişelenme	.513	.189	.155	2.712	.007	
Sinirli hissetme	-.430	.183	-.128	-2.344	.020	
Uykuya dalmada zorlanma	-.556	.649	-.180	-.857	.392	
Uykuyu sürdürmede zorlanma	.385	.657	.123	.586	.559	
Rahatsız hissetme	-.173	.356	-.049	-.488	.626	
Üzgün hissetme	.352	.308	.092	1.144	.253	
Kaygılı hissetme	-.724	.391	-.203	-1.850	.065	
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	10.988	5.973	2.893	1.840	.067	
Cinsel doyum almada zorlanma	-	11.094	5.969	-2.922	-1.859	.064

a. Bağımlı değişken: HDKÖ toplam

b. Predictors: (Constant), Kabızlık, Bulantı, Kusma, İshal, İştahta azalma, Kas krampları, Bacaklarda şişlik, Nefes darlığı, Sersemlik/Baş dönmesi, Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma, Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma, Yorgun hissetme veya enerjide azalma, Öksürme, Ağız kuruluğu, Kemik veya eklem ağrısı, Göğüs ağrısı, Baş ağrısı, Kas ağrısı, Konsantre olmada zorluk, Deride kuruluk, Kaşıntı, Endişelenme, Sinirli hissetme, Uykuya dalmada zorlanma, Uykuyu sürdürmede zorlanma, Rahatsız hissetme, Üzgün hissetme, Kaygılı hissetme, Cinsel ilişkiye ilgide azalma, Cinsel doyum almada zorlanma

Diyalize bağlı yaşanan semptomların her birinin bağımsız olarak hastaların konfor düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla Linear regresyon enter modeli kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak; diyalize bağlı yaşanan 30 semptom, bağımlı değişken olarak HDKÖ toplam puanı alınmıştır. Hastaların konfor düzeyi üzerinde yaşanan pek çok semptomun etkili olduğu ($R=.600$, $R^2=.302$) ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). HDKÖ bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %30'unun bu semptomlar ile açıklandığı saptanmıştır. Bu semptomlardan;

kabızlık, iřtahta azalma, bacaklarda řiřlik, ađız kuruluđu, bař ađrısı, endiřelenme ve sinirli hissetme semptomlarının konfor dűzeyi űzerinde etkili olduđu saptanmıřtır.



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeyleri üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar ilgili literatürle tartişılmıştır.

Bu araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının; %40.5'inin kadın, %59.5'inin erkek olduğu belirlendi, erkeklerin, kadınlardan daha fazla olduğu bulgusu TND 2018 verileri ile uyumludur. TND raporuna göre; 2018 yılı sonu itibari ile hemodiyaliz hastalarının prevalansı incelendiğinde %42.9'unun kadın, %57.1'inin erkek olduğu belirlenmiştir (2). Hastaların %74.7'sinin evli, %32'sinin ilk öğretim mezunu olduğu bulgusu ülkemizde yapılan iki araştırma sonucuyla uyumludur (57,14). Hastaların %54.8'inin ekonomik seviyesinin kötü olduğu ve %51'inin çalışmadığı bulgusu Mosleh ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma bulgusu ile benzer olduğu belirlendi. Mosleh ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada hastaların %64.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır (80). Hastaların demografik özelliklerinin genel olarak literatürde yapılan diğer araştırma bulguları ile benzerlik gösterdiği belirlendi (2, 14, 57, 80).

Bu araştırmada hastaların diyalize bağlı yaşadıkları semptomları değerlendirmek amacıyla DSİ kullanıldı. Hastaların DSİ'nden 67.72 ± 24.56 puan aldığı, orta düzeyde semptom yaşadıkları belirlendi. Akgöz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada DSİ puan ortalaması 45.88 ± 26.36 bulunmuş ve hastaların yaşadıkları semptomları orta seviyede olduğu (57). Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2020) hastaların DSİ'den 32.54 ± 29.1 puan aldığı ve yaşadıkları semptomları düşük seviyede olduğu saptanmıştır (81). İnan'da yapılan bir araştırmada ise hastaların DSİ'den 98.85 ± 23.77 puan aldığı ve semptomların yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (6). Bu araştırmada hastaların yaşlarının ileri olması, diyalize girme sürelerinin uzun olması ve KBH ek başka kronik hastalıkların olması hastaların yaşadıkları semptomların artmasına neden olduğu düşünölmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomlar arasında yorgun hissetme ve enerjide azalma semptomunun **%84.0** ile ilk sırada yer aldığı belirlendi. Görüş ve arkadaşlarının çalışmasında da yorgun hissetme ve enerjide azalma semptomunun %85.5 ile ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (82). Zamanian ve Kharameh tarafından (2015) İnan'da yapılan çalışmada en çok bildirilen fiziksel semptomun %85.3

oranında yorgunluk olduğu (6), Hindistan ve arkadaşlarının araştırmasında yorgun hissetme ve enerjide azalma semptomunun %83.5 düzeyinde (83), Caplin ve arkadaşları tarafından ise % 82 düzeyinde yorgun hissetme ve enerjide azalma olduğu saptanmıştır (84). Araştırma sonucumuzun literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Hastalığın kronik olması, hemodiyaliz makinasına sürekli bağımlı olma, diyet zorluğu, hastalığın fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerinin yanı sıra sosyal ilişkilerin kısıtlı olması ve günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmedeki zorluklar hastaların büyük çoğunluğunun yorgunluk semptomunu yoğun yaşamasının sebepleri arasındadır (85).

Konsantre olmada zorluk semptomunun çok fazla yaşanan semptomlar arasında ikinci sırada yer aldığı ve hastaların %51.8'nin konsantre olmada zorluk yaşadığı belirlendi. Sri Lanka'da DSİ ile yapılan çalışmada hastaların %59.9'unun konsantre olmada zorluk semptomunu yaşadığı saptanmıştır (59). Literatürde DSİ ile yapılan diğer araştırmalarda konsantre olmada zorluk semptomu; Akgöz ve Arslan'ın çalışmasında % 47.6 ve Hindistan ve Deniz'in çalışmasında %30.9 olarak belirlenmiştir (57,83). Diyalize bağlı kan akımında değişim, yorgunluğun fazla yaşanması hastaların konsantrasyon gücünü yaşamada etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %44.49'unun deride kuruluk semptomu biraz yaşadığı ve yaşanan semptomlar arasında üçüncü sırada yer aldığı belirlendi. Senanayake ve arkadaşlarının çalışmasında da deride kuruluk semptomu %46.3 olarak saptanmıştır (59). Araştırmamızın sonucu ile uyumlu olduğu görülmüştür. Hindistan ve Deniz ise çalışmasında deride kuruluk semptomunu %30.9, Taşkın Yılmaz ve arkadaşları da çalışmasında %30.1 olarak saptamıştır (81,83). Artık maddelerin vücuttan atılamamasına bağlı olarak deride birikmesi ve ilerleyen yaş ile derinin nemliliğini kaybetmesi deride kuruluk ve kaşıntı semptomunun yaşanmasında etkili olmaktadır (86). Bizim araştırmamızda da hastaların yaşının ileri olması deride kuruluk semptomunun yaşanması sıklığını arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların %43'ünün sinirli hissetme semptomunu çok fazla yaşadığı belirlendi. Hindistan ve arkadaşlarının çalışmasında sinirli hissetme semptomunun %36.6 düzeyinde (83), Akgöz ve Arslan'ın çalışmasında ise %54.3 düzeyinde yaşandığı belirlenmiştir (57). Zamanian ve arkadaşlarının çalışmasında ise sinirli hissetme semptomunun diğerlerinden farklı olarak %77.9 ile çok fazla yaşandığı saptanmıştır (6). Sürekli bir cihaza bağımlı olarak hayatlarını sürdürmek durumunda kalan hemodiyaliz

hastalarının kendilerini bağımlı hissetmeleri, yeme-içme dahil birçok günlük yaşam aktivitelerini sınırlı yapabilmeleri nedeni ile sınırlılık düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

Hastaların **%41.3**'ünün kemik veya eklem ağrısı semptomunu çok fazla yaşadığı belirlendi. Araştırma sonucumuza benzer olarak Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında da kemik veya eklem ağrısı semptomunun % 39.7 düzeyinde yaşandığı belirlenmiştir (81). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak; Sagidova ve arkadaşlarının 328 HD hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların %74.4'ünde genel olarak ağrı olduğunu, ve ağrılı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilediğini saptamışlardır (87). Başka bir çalışmada da kemik veya eklem ağrısı %87.6 olarak saptanmıştır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaygın olarak yaşanan semptomlardan biri olan ağrı; metabolik artıkların vücutta birikimi ve HT, diabetes mellitus, kardiyovasküler sistem hastalıkları gibi komorbid hastalıkların neden olduğu komplikasyonlar sonucu ortaya çıktığı bildirilmektedir (88, 89). Bizim çalışmamızda HD hastalarının büyük çoğunluğunda ek kronik hastalığın olduğu ve bu nedenle ağrılarının arttığı düşünülmektedir.

Hastaların **%39.1**'inin uykuya dalmada zorlanma semptomunu ve **%38.6**'sının ise uykuyu sürdürmede zorlanma semptomunu çok sık yaşadığı belirlendi. Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında da uykuya dalmada zorlanma semptomunun % 38.4 ve uykuyu sürdürmede zorlanma semptomunun %37.0 düzeyinde yaşandığı saptanmıştır (81). Akgöz ve Arslan'ın çalışmasında ise uykuya dalmada zorlanma semptomu %44,8 ve uykuyu sürdürmede zorlanma semptomunun %53.3 düzeyinde olduğu (57), bizim çalışmamızdan daha yüksek oranda yaşandığı belirlenmiştir. New York'ta yapılan bir çalışmada HD hastalarının %58'inin genel olarak uyku bozukluğu yaşadığı ve uyku bozukluğu yaşayan hastaların günlük yaşamlarının etkilediği sonucuna varılmıştır (90). Hemodiyaliz hastalarının yaygın olarak yaşadığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli problemlerden bir diğeri uyku sorunudur. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları; pato-fizyolojik nedenlere bağlı olabileceği gibi (sıvı, asit-baz ve elektrolit bozuklukları, kansızlık, demir eksikliği, üremik toksinler), HD uygulanmasına ilişkin yaşam tarzı ile ilişkili nedenler (HD seanslarının çok erken ya da geç saatte olması, evin hemodiyaliz merkezine uzak olması, servislerde eve gidiş-geliş için uzun bekleme süresi gibi) ve psikolojik nedenlerden (diyaliz makinesine bağımlılık, depresyon, kaygı, endişe gibi) dolayı sık görülmektedir (91-93). Araştırmamızda da

kırsaldan şehir merkezine gelen hasta sayısının çok olması ve sinirliliğin de yaygın olması uykusuzluğun nedenleri olarak açıklanabilir.

Hastaların %38.6'sının üzgün hissetme semptomu çok sık yaşadığı belirlendi. Semaan ve arkadaşlarının ve Mosleh ve arkadaşlarının HD tedavisinin ortaya çıkardığı duygusal semptomları inceledikleri çalışmalarında HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon gibi duygusal rahatsızlıklar yaşadığını saptamışlardır (80, 94). Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında üzgün hissetme semptomunun %35.6 düzeyinde (81) ve Akgöz ve arkadaşlarının çalışmasında ise %54.3 olduğu (57) saptanmıştır. Duygusal olarak hemodiyaliz makinesine bağımlı olmak, iyileşme veya nakil umudunun olmaması hastaların üzgün olmasını etkilemektedir. Ayrıca araştırmamızda eşini kaybeden hasta sayısının fazla olduğu belirlenmiştir, yalnız kalma ve azalan sosyal desteğin hastaların üzgün olmasını arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların sık yaşadığı semptomlar ilgili literatür ile tartışılmıştır. Hemodiyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı semptomlar, hastaların fiziksel iyilik durumlarında ve yaşam kalitelerinde bozulmalara neden olduğu bilinen bir gerçektir. Yaşanan semptomların demografik değişkenler ile ilişkisine baktığımızda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, ihtiyaçları bağımsız karşılanma durumu, bakım sırasında yardımcı kişinin varlığı ve yardım alınan kişilerin yaşanan semptomları etkilediği bulunmuştur.

Cinsiyet ile diyaliz semptom indeksi puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla HD semptomu yaşadığı belirlendi. Caplin ve ark.'nın ve Göriş ve ark.'nın yaptıkları araştırmalarda kadınların semptomları daha fazla yaşadığı ve cinsiyet ile diyaliz semptom indeksi arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (82, 84). Yapılan farklı araştırmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür (9, 57). Kadınların daha fazla semptom yaşamasında hastalık algısı, eğitim düzeyi, ekonomik seviye, meslek, belirlenmiş sosyal roller ve sosyal desteğin yetersizliği gibi sağlık sistemi olanaklarından faydalanmayı etkileyen pek çok değişkenin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum ile DSİ arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, boşanmış hastaların evli ve bekarlara göre önemli düzeyde daha fazla semptom yaşadığı belirlendi. Yaşkesen'in HD hastaları ile yaptığı çalışmasında yorgunluk semptomunu

boşanmış bireylerin daha fazla deneyimlendiğini saptamıştır (95). Brezilya’da yapılan araştırmada HD hastalarında rutin bakımla baş etmenin aile ve eş tarafından verilen destekle kolaylaşacağı ve tedaviye uyumun artacağı belirlenmiştir (96). Görüş çalışmasında HD semptomlarının evlilik uyumu, aile ilişkileri ve sosyal yaşamı bozduğunu saptamıştır (82). Boşanmış hastalarının bakımda destek alamaması ve azalan sosyal desteğin semptomlarla baş etmeyi zorlaştırabileceği düşünülmektedir.

Eğitim seviyesi ile DSİ arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve okur-yazar olmayanların DSİ’den en yüksek puanı aldığı belirlendi. Lübnan’da HD hastaları ile yapılan çalışmada okur-yazar olmayanların emosyonel sorunları daha fazla yaşadıkları ve hastaların depresyon puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (94). Araştırma bulgumuza benzer olarak, Görüş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada okur-yazar olmayan HD hastalarının daha fazla diyaliz semptomu yaşadığı saptanmıştır (82). Eğitim seviyesi yüksek olan HD hastalarının, hastalığı, tedavi yöntemlerini ve baş etme yöntemlerini daha kolay kavrayabilmeleri yaşanan semptomların azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca diyet, tedavi düzeni, ilaç etki-yan etkileri, sıvı kısıtlaması ve hastalığın gelecekteki yaşamları üzerindeki etkileri konusunda verilen eğitimlerin semptomları yönetmede etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma durumu ile DSİ arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve çalışmayan grubun önemli düzeyde daha fazla semptom deneyimlediği belirlendi. Senanayake ve arkadaşları yaptıkları araştırmada çalışmayan HD hastalarının daha fazla diyaliz semptomu yaşadığını saptamışlardır (59). Başka bir araştırmada ise çalışmayan ve emeklilerin diyaliz semptomlarının bir kısmını daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (97). Çalışmama nedeni ile gelir seviyesinin azalması ve kendisinden beklenen rollerin yerine getirilememesi gibi nedenlerin, hastalarının yaşadıkları semptomları arttırabileceği düşünülmektedir.

Ekonomik seviye ile DSİ toplam puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve ekonomik seviyesi kötü olanların DSİ’den daha yüksek puan aldıkları, yani daha fazla semptom yaşadıkları belirlendi. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik sınıfta yer alan hemodiyaliz hastalarının özellikle yorgunluk, kaşıntı, uyku güçlüğü gibi semptomları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (98). Bizim araştırmamızdan farklı olarak ülkemizde yapılan bir araştırmada ise gelir seviyesi ile yaşanan semptom düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

belirlenmemiştir (83). Ancak, literatürde HD hastalarıyla yapılan çalışmalarda düşük gelirli grubun diğerlerine göre daha fazla semptom yaşadığını belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (82, 97). Ekonomik seviyenin iyi olması ile yaşam standartlarının artması, farklı destek ve bakım hizmetlerine erişimin kolay olması gibi etkenlerin yaşanan semptomlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayamayan hastaların diyalize bağlı semptomları daha çok yaşadığı ve DSİ ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Özkan Tuncay ve arkadaşları KBY hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, hareketlilik, tehlikelerden kaçınma, giyinme, eğlence gibi aktivitelerinde bir başkasına bağımlı olduklarını ve ağrı, iştahsızlık, kaşıntı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü gibi semptomların bağımlılık düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediğini belirlemişlerdir (99). Yurtsever ve Bedük çalışmalarında HD hastalarının %92.5' inin günlük aktivitelerini yerine getirirken yüksek veya orta seviyede zorluk yaşadığını saptamışlardır (85). HD tedavisi alan hastalarının yaşadığı fiziksel ve ruhsal semptomlar yeti yitimine ve hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine sebep olabilmektedir (100, 101).

Bakımı sırasında yardım alacak kimsesi olmayan hastaların önemli düzeyde diyaliz semptomu deneyimledikleri belirlendi. Ahrari ve arkadaşları ailesinden, arkadaşlarından ve diğer gruplardan yardım alma imkânı olan HD hastalarının diyetlerine ve sıvı kısıtlamasına daha fazla uydukları ve daha rahat olduklarını belirlemişlerdir (102). Pang ve arkadaşları sosyal destekten memnun olan HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uyum gösterdiklerini ve kilo almamaya dikkat ettiklerini (103), Burton ve arkadaşları ise sosyal destek düzeyi artışının HD hastalarında depresyon ve anksiyete yatkınlığını azalttığını bildirmişlerdir (104). Çınar HD hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyi artışının psikososyal uyumu arttırdığını saptamıştır (105). Yardım alacak kimsesi olmayan hastalar, tüm günlük yaşam aktivitelerinde yardımsız kalması nedeni ile daha fazla enerji harcamak durumunda kalabilirler. Yorgunluğun artması gibi fiziksel semptomların yanında, aynı zamanda sosyal desteğin olmaması da psikolojik semptomların artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Bakımları için çocuklarından yardım alan hastaların anlamlı düzeyde daha fazla semptom yaşadığı belirlendi. Kılıç Akça ve arkadaşları HD hastalarının günlük ihtiyaçlarını karşılarken en fazla eş ve çocuklardan (%58.1) yardım aldıklarını

saptamışlardır (58). Yaşkesen HD hastalarının öncelikli olarak ailelerinden daha sonrada arkadaşlarından destek aldıklarını saptamıştır (95). Hastaların çoğunun çalışmaması, ekonomik seviyelerinin kötü olması, çocukların bakım vermede yetersiz kalabilmelerine yol açabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaş ve çocuk sayısı ile yaşanan semptomlar arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu, yaş ve çocuk sayısının artması ile deneyimlenen semptomların da anlamlı olarak arttığı belirlendi. Görüş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada da yaş ile semptom görülme oranı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (82). Çölbay ve arkadaşları yaşlı HD hastalarında uyku kalitesinde daha fazla bozulma olduğunu belirlemişlerdir (106). Literatürde yapılan farklı araştırmalarda da yaş ve yorgunluk arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (97, 100, 107). Sadigova ve ark.'nın çalışmasında, yaş ortalaması yüksek olan HD hastalarında ağrının daha fazla yaşandığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (87). İlerleyen yaş ile beraber temel fizyolojik süreçlerde yavaşlama, ek kronik hastalıkların artması gibi pek çok faktör yaşanan semptomların artmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Sahip olunan çocuk sayısının artması ile deneyimlenen diyaliz semptomlarının önemli düzeyde arttırdığı belirlendi. Yaşkesen, çocuk sahibi olan HD hastalarının çocuk sahibi olmayanlara göre daha fazla yorgunluk semptomu yaşadığını belirlemiştir (95).

KBY dışında kronik hastalığı olanların daha fazla diyaliz semptomu yaşadığı ancak DSİ ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. Akgöz ve Arslan'ın yaptıkları araştırmada, başka bir kronik hastalığı olanların semptom yaşama durumlarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (57). Bu araştırmaya paralel olarak Deniz ve Hindistan'ın HD hastaları ile yaptıkları çalışmada KBY dışında kronik hastalığa sahip olanların daha fazla semptom yaşadığı, ancak DSİ ile aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (83). Araştırmamızdan farklı olarak, Senanayake ve arkadaşları ile Görüş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda KBY ek başka hastalığa sahip olanların semptom düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir (59, 82).

Araştırmamızda, KBY'ye ek olarak kalp-damar hastalığına sahip olan hastaların DSİ'den en yüksek puanı aldığı, yani daha fazla diyaliz semptomu yaşadığı belirlendi. Süleymanlar ve arkadaşları (2010) kronik böbrek hastalığı prevalansını araştırdıkları çalışmalarında, kalp-damar hastalığına yol açan risk faktörlerinin kronik böbrek

hastalığı olan bireylerde çok yaygın görüldüğünü saptamışlardır. Aynı çalışmada kalp-damar hastalığına yol açan risk faktörlerinin böbrek hastalıklarına yol açmada istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (108). Hemodiyaliz hastalarında en sık mortalite nedenleri arasında ilk sırada kalp-damar hastalıklarının olduğu, sonrasında sırayla malignite, serebrovasküler olaylar ve enfeksiyon hastalıkları olduğu bildirilmektedir (109). KBY'ye eşlik eden ek kronik hastalıkların daha fazla fiziksel ya da psikolojik semptom yaşanmasına neden olduğu, bunun da hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Diyalize girme süresi ile DSİ arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlendi. Araştırma sonucumuz ile uyumlu olarak Akgöz ve Arslan'ın araştırmasında da diyalize girme süresi ile DSİ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (57). Ayrıca Letchmi ve arkadaşları 2 yıldan daha az süre diyaliz tedavisi gören hastaların, 2-5 yıl arasında tedavi gören hastalardan daha fazla yorgunluk semptomu deneyimlediklerini saptamışlardır (110). Diyalize girme süresinin uzaması sonucu, hastalığa ve hemodiyaliz tedavisine uyumun artması ve baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ile yaşanan semptomların kontrol altına alınmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların HDKÖ rahatlama alt boyutunda 5.25 ± 2.66 puan, üstesinden gelme alt boyutunda 14.79 ± 4.63 puan ve HDKÖ' den toplam 20.05 ± 6.50 puan aldıkları ve konfor düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlendi. Çalışmamızdan farklı olarak Şahin Orak ve arkadaşlarının HD hastalarının konfor düzeylerini belirledikleri çalışmada, hastaların rahatlama alt boyutunda 10.49 ± 4.51 puan, üstesinden gelme alt boyutundan 23.46 ± 4.93 puan ve HDKÖ' den toplam 33.95 ± 8.35 puan aldıklarını ve konfor düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğunu saptamışlardır (14). Turgay ve arkadaşları tarafından, HD hastalarına progresif gevşeme egzersizlerinin konfor düzeyine etkisini inceledikleri yarı deneysel çalışmada; deney grubundaki hastaların yapılan ön testte HDKÖ'den $25,4 \pm 4,84$ puan, son testten ise $27,6 \pm 3,96$ puan ve kontrol grubundaki hastaların ön testte HDKÖ'den $25,4 \pm 2,58$ puan, son testten ise $24,25 \pm 2,67$ puan aldıklarını saptamışlardır. Her iki grupta da HDKÖ ön test puan ortalamalarının orta seviyede olduğu ve bizim araştırma bulgumuz ile uyumlu olduğu görüldü (15). Melo ve arkadaşlarının HD hastalarının genel konforunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada ise HD hastalarının konfor düzeylerinin genel olarak orta ve düşük seviyede olduğu saptanmıştır (75). Tabiee ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, hemodiyalize giren hastaların konfor

seviyeleri açısından, başlangıçta gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak deney grubunda, Konfor temelli müdahalenin (sırt masajı ve aile eğitimi) ardından başlangıçta 14.52±1.07 puan olan konfor düzeyinin girişimden sonra 15.48±1.13 puana yükseldiği saptanmıştır (16).

HD hastalarının konfor düzeyleri hakkında literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda hastaların konfor düzeylerinin orta seviyede olduğu ve bizim araştırma sonucumuzun da literatür ile uyumlu olduğu belirlendi. Hastaların konfor düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki farklılığa baktığımızda; cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ekonomik düzey, ihtiyaçları bağımsız karşılama durumu, bakım sırasında yardımcı kişinin varlığı ve çocuk sayısı değişkenlerinin anlamlı olduğu belirlendi.

Cinsiyet ile HDKÖ ve üstesinden gelme alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu ve erkek hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Melo ve arkadaşlarının, HD hastalarının genel konfor düzeylerini belirledikleri çalışmalarında da erkeklerin konfor düzeylerinin kadınlardan yüksek olduğu, ancak cinsiyet ile genel konfor ölçeği arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (75). Farklı bir araştırmada da koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanmış olan erkek hastaların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (111). Literatürde yapılan araştırmalarda HD tedavisi alan erkeklerin kadınlara göre öz yeterlilikleri ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (112-114). Bu araştırmada da erkeklerin üstesinden gelme düzeylerini kadınlardan daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Erkeklerin öz yeterlilik düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olması nedeniyle, olumsuz problemler ile daha kolay baş edebildiği, problemlerin üstesinden gelme düzeylerinin arttığı ve genel konfor düzeyinin de bu sebeplerden dolayı yükseldiği düşünülmektedir.

Medeni durum ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak bekârların genel konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Akın ve arkadaşlarının çalışmasında, HD'e giren bekâr hastaların öz bakım düzeylerinin daha yüksek olduğu, yalnızlık ve yorgunluktan daha az yakındıkları saptanmıştır (97). Araştırmamızdan farklı olarak Brezilya'da yapılan bir araştırmada, evli olan hastaların genel konfor düzeylerinin bekârlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (75). Şahin ve Rızalar'ın (2018) ameliyat geçirmiş hastaların konfor düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında medeni durumun konfor

düzyini etkilemediği belirlenmiştir (115). Medeni durum ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırmada bekârların konfor düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni olarak yaşın küçük olmasının etkili olabileceği düşünölmektedir.

Eğitim seviyesi ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve yükseköğretim ve üzeri eğitim seviyesinde olan hastaların konfor düzeylerinin, diğer eğitim seviyesindeki hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Anees ve arkadaşları HD hastalarında, eğitim seviyesi ile duygusal refah (iyilik) durumunun anlamlı olduğunu saptamışlardır (116). HD hastaları ile yapılan çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan hastaların öz bakım ve sosyalleşme düzeyinin yüksek, yorgunluk düzeyinin ise düşük olduğu saptanmıştır (97). Yapılan başka bir araştırmada ise (2018) HD hastalarının eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal desteklerinin arttığı belirlenmiştir (95). Bu sonuçlardan farklı olarak, Nural ve Alkan'ın koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların genel konfor düzeylerini belirledikleri çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek olanların genel konfor düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (117). Eğitim seviyesinin artması ile ekonomik gelirin ve refah seviyesinin yükseleceği düşünöldüğünde konfor seviyelerinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca, semptomların yönetiminde sağlık ve sosyal destek sistemlerine erişimin kolaylaşması da konfor düzeylerini yükseltmiş olabileceği düşünölmektedir.

Çalışma durumu ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve çalışmayan hastaların konfor düzeylerinin en düşük olduğu saptandı. Araştırmamızın aksine Brezilya'da HD hastaları ile yapılan bir araştırmada, çalışan hastaların konfor düzeylerinin çalışmayan hastaların konfor düzeylerinden daha düşük olduğu saptanmış, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (75). Brezilya'da HD hastaları ile yapılan bir başka araştırmada, çalışmanın hastalık ve tedavi ile başa çıkmada yararlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (118). Tayvan'da yapılan çalışmada işsiz ve sosyal desteği olmayan HD hastalarının daha fazla yorgunluk semptomu yaşadığı saptanmıştır (119). Levy (1984), azalmış çalışma kapasitesi, yoğun kaygı ve cinsel sorunların HD hastaları için önemli stres kaynakları olduğunu ifade etmiştir (120). Hemodiyaliz tedavisi fiziksel güç, hareket kabiliyeti, çalışma düzeni ve fistülü olan kolun kullanımının kısıtlanması nedeni ile iş faaliyetlerinde kısıtlamalara neden olur (118). Bunlar hastaların konfor

seviyesini olumsuz etkiler. Bunun yanında, bu hastalar için iş, ekonomik gelir sağlamanın yanında, kendini yararlı hissetme duygusunu hissettirdiği için konfor düzeyinde olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Ekonomik seviye ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve ekonomik seviyesi kötü olanların HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutlarından en düşük puanı aldıkları belirlendi. Melo ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, aylık geliri ≤ 241.86 dolardan az olan hastaların konfor düzeyi ile aylık geliri ≥ 241.86 dolardan fazla olan hastaların konfor düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (75). Pakistan’da yapılan çalışmada, ekonomik durumu daha iyi olan HD hastalarının, sosyal etkileşimlerinin daha iyi olduğu, hastalığın sınırlamalarıyla başa çıkmada anlamlı düzeyde daha etkin oldukları ve yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (116). İnsanların kronik hastalıklara uyum sağlamasında hastalığın özellikleri ile hastalığın tedavi yönteminin önemli olduğunu ve özellikle bireyi bir başkasına bağımlı hale getiren, manevi ve maddi kayıplara neden olabilen, birey ve ailesinin yaşam tarzında değişiklik oluşturabilen kronik hastalığa adaptasyon daha zordur (121). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (2013) düşük gelir düzeyine sahip HD hastalarının yalnızlıklarının ve yorgunluklarının yüksek öz bakımlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir (97). Üstündağ’ın koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanmış hastaların konfor düzeylerini belirlediği çalışmasında geliri düşük olan hastaların konfor düzeylerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir (111). Nitoi ve arkadaşları (2016) Romanya’da yaptıkları araştırmada, gıdaya ayda en az 90 avro harcayabilen ve destekleyici aile üyeleri/bakıcıları var olan HD hastalarının yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu saptamışlardır (122). HD hastalarının çalışmaması hastaların yaşamlarında sosyal ve finansal değişiklikler meydana getirebilmekte, bununda hastaların konfor seviyesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

İhtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu ve HDKÖ ve üstesinden gelme alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Rahatlama alt boyutunda ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilenlerin konfor düzeylerinin yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Mamaş ve Avcı diyaliz hastalarının günlük yaşam aktiviteleri içerisinde yer alan alış-veriş, sosyal aktiviteye katılım, yemek yapma, boşaltım, beslenme ve hareket etme eylemlerini gerçekleştirirken bir başkasına bağımlı oldukları belirlenmiştir. Aynı

çalışmada giyinme, banyo yapma, tuvalet ihtiyacı, transfer, beslenme ve boşaltım işlevlerini yerine getirmede yardıma olan ihtiyaçları istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (123). Akça ve arkadaşları HD tedavisi alan hastaların diyalizden sonra yaşadıkları sorunlar nedeniyle günlük ihtiyaçlarını karşılamada zorlandıklarını ve yardıma ihtiyaç duyduklarını saptamışlardır (58). Akpınar ve arkadaşları HD işleminin hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve öz yeterliliklerini etkilediğini bu nedenlerle hastaların bakım gereksinimlerinin arttığını saptamışlardır (112). Araştırmamızda HD tedavisi alan hastaların yorgunluk, deride kuruluk, kaşıntı, kemik veya eklem ağrısı, sinirlilik, uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk semptomlarını yoğun olarak yaşadığı ve bu semptomlar nedeni ile yaşamsal aktivitelerini yerine getirirken zorlandığı saptanmıştır.

Bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı ile HDKÖ, rahatlama ve üstesinden gelme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve yardım alacak kişileri olan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Borzou ve ark.'ının HD hastalarının konfor algısı üzerine yaptıkları nitel araştırmada, eş, aile ve arkadaş varlığının hastaların konfor düzeyinde olumlu etkiler oluşturduğunu, rahatlığı teşvik etmenin en önemli unsurunun aile üyelerinin olduğunu ve hastaların eşleriyle daha rahat olduğunu saptamıştır (124). Medeiros ve arkadaşları eşi ve ailesinden destek gören HD hastalarının rutin bakımlarla daha kolay baş edebildiğini ve tedaviye uyumlarının arttığını saptamışlardır (96). Konfor sağlama, fiziksel konfordan daha fazlasını içeren karmaşık bir eylem olarak anlaşılmalıdır ve duygusal boyut dâhil olmak üzere diğer tüm boyutlar göz önünde bulundurulmalıdır (125). Eş ve aileden alınan hem fiziksel hem duygusal destek ile hastaların konfor düzeylerinin yükseldiği belirlendi. Ücretli bakıcısı olan hastaların konfor düzeylerinin en yüksek olduğu, bunu eşinden destek alanların izlediği saptandı. Yardımcı olan kişiler ile üstesinden gelme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ancak diğerleri ile aralarındaki farkın ise anlamlı olmadığı saptandı. Nural ve Alkan koroner bakım ünitesinde tedavi gören hastaların konfor düzeyini belirledikleri çalışmalarında hastanın bakımına katılan, hastaya yardımcı olan (yatak içi egzersizleri v.b.) refakatçisi/ziyaretçisi olan hastaların konfor düzeylerinin anlamlı ve yüksek olduğunu belirlemişlerdir (117). Kılıç Akça ve arkadaşları (2011) HD hastalarının diyaliz sonrasında yaşadığı çeşitli semptomlar nedeni ile yardıma ihtiyaç duyduklarını ve %58.1'inin eş ve çocuklarından yardım aldıklarını saptamışlardır (58).

KBH ve HD tedavisi hastanın rutinde derin ve yaygın değişikliklere neden olduğundan hastalar aile desteğine daha fazla ihtiyaç duyarlar ve bakımına yardımcı ailesi ya da refakatçisi olan hastaların konforları artar (118). Kimmel ve arkadaşları sosyal desteği daha yüksek olan HD hastalarının daha iyi bir ruh haline sahip olduklarını, hastalıklarını daha iyi algıladıklarını ve daha iyi yaşam kalitesi algıladıklarını saptamışlardır (126). Bu araştırmada özel bakıcısı olan hastaların konfor seviyesinin en yüksek olduğu belirlendi. Özel bakıcı tutabilen hastaların ekonomik seviyelerinin yüksek olması, aynı zamanda özel bakıcıların hasta bakımı konusunda daha profesyonel olmaları nedeni ile konfor düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Yaş ile konfor düzeyi arasında negatif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir. Yaşın artması ile hastaların konfor düzeylerinin azaldığı, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. HD hastalarının genel konfor düzeylerinin incelendiği araştırmada; elli beş yaş ve üzerinde olanların genç olanlara göre daha düşük konfor düzeyine sahip olduğu ve konforlarının gençlere oranla dört kata yakın bozulmuş olduğu saptanmıştır (75). Ülkemizde Koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalar ile yapılan çalışmada (2018) genç hastaların konfor düzeyleri yaşlılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (117). Akın ve arkadaşlarının çalışmasında atmış yaş üzerindeki HD hastalarının sosyal yalnızlıklarının ve yorgunluklarının gençlere oranla daha fazla olduğunu ve öz bakımlarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamışlardır (97). Yaşlanma vücudun homeostatik dengesini koruma yeteneğinde ilerleyici ve sürekli bir azalmaya yol açar, bu nedenle yaşlı yetişkinler fonksiyonel kapasitelerinde kademeli düşüşlerle karşılaşır bu durum onları günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sınırlandırabilir (127). Konfor bozukluğu ile ilişkili yaş değişkeni, genç popülasyona oranla yüksek hastaneye yatış oranı, yaşlanma sürecine dâhil olan yönler ve çoklu komorbiditeler dikkate alınarak anlaşılabilir (128).

Kronik böbrek hastalığına ek kronik hastalığın varlığı, hastalığın tipi ve diyalize girme süresi değişkenleri ile HDKÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ek kronik hastalığı olan hastaların konfor düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Tuncay ve arkadaşları HD tedavisi alan hastaların ek bir kronik hastalıkları olmadığında bir başkasına bağımlılığının anlamlı düzeyde daha az olduğunu saptamışlardır (99). Melo ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada HD hastalarında fiziksel hareketlilik ile ilgili bozuklukların hastaların konfor düzeylerini bozduğu ve fiziksel hareket kısıtlılığı

oluşturan durumlar ile konfor düzeyinin anlamlı olduğu saptanmıştır (75). Ayrıca, Kesikburun ve arkadaşları, yaşlı HD hastalarında ek kronik hastalığı olanların, özellikle kalp hastalığı bulunan yaşlıların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır (129).

Diyalize girme süresi ile hastaların konfor düzeyleri arasında pozitif yönde çok zayıf ilişkili olduğu belirlendi. Araştırmamıza paralel olarak Melo ve arkadaşlarının çalışmasında dört yıl ve üzerinde hemodiyalize giren hastaların genel konfor düzeyinin, üç yıl ve daha az süredir diyalize giren hastalardan daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (75). Diyalize girme süresinin uzaması ile hastaların çevreye, sağlık çalışanlarına ve tedaviye uyumlarının artması ile konfor düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda diyalize bağlı yaşanan semptomların hastaların konfor düzeylerini negatif yönde etkilediği ve istatistiksel olarak sonucun anlamlı olduğu saptandı. Diyalize bağlı yaşanan; kabızlık, iştahta azalma, bacaklarda şişlik, ağız kuruluğu, baş ağrısı, endişelenme ve sinirli hissetme semptomlarının konfor düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlendi. Hastalarda gelişen semptom ve semptom şiddeti bireysel farklılıklar göstermekle beraber, semptomların sıklığı ve şiddeti arttıkça hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca hastalar gelişen semptomlara bağlı olarak hayatları ile ilgili belirsizlik ve ümitsizlik yaşamaktadırlar (130,131).

Brezilya'da KBH hastaları ve hastaların aileleri ile yapılan nitel araştırmada, katılımcılardan hastalık tanısı alıp hemodiyaliz tedavisine başlanılmadığı süreç ile HD tedavisi almaya başladıkları süreç hakkında düşüncelerini ifade etmeleri istenmiştir. Hastalar ve aileleri HD tedavisi başladıktan sonraki süreci; 'KBH tanısı ve hemodiyaliz ihtiyacı, yoğun acılar oluşturan, ailelerin günlük yaşamını bir bütün olarak etkileyen, fiziksel, psikolojik ve sosyal zararlara neden olan bir deneyim' olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (132). Sadigova ve arkadaşları HD hastalarıyla yaptıkları çalışmada 328 HD tedavisi alan hastaların % 74.2' sinin diyaliz sonrasında ağrı yaşadığını ve ağrı yaşayanların yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamışlardır (87).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yorgunluk, kas krampları, sinirlilik, ağrı, uyku problemleri, huzursuzluk, ciltte kuruluk, iştahsızlık, mide bulantısı, kusma gibi fiziksel ve psikolojik boyutta birçok semptom ortaya çıkmaktadır (6, 57) ve yaşanan

bu semptomlar hasta bireylerin öz bakım güçlerini ve yaşamsal aktivitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (133). Araştırmamızda olduğu gibi diyaliz hastalarının yaşadığı semptomlardan olan yorgunluk veya enerjide azalma semptomunun en çok yaşanan semptom olduğu çalışmalar bulunmakta (6, 133-135) ve yorgunluk veya enerjide azalma semptomu nedeni ile hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (136). Çalışkan HD hastalarında temelinde kaşıntı semptomunun olduğu uyku bozukluğunun hastaların günlük konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır (76). Seeman ve arkadaşları HD hastalarının depresyon % 40.8 ve anksiyete %39.6 gibi psikolojik rahatsızlıklar yaşadıklarını saptamışlardır (94). Diyaliz hastalarının hareket etme, alışveriş, sosyal aktiviteye katılım, yemek yapma, boşaltım, beslenme gibi günlük yaşam ihtiyaçlarını yerine getirirken çeşitli düzeylerde yardıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (123). Görüş HD tedavisi ve semptomlarının evlilik uyumu dâhil olmak üzere hastaların aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediği saptamıştır (82). Cinsel işlev bozukluğu, KBH olan hastalarda sık görülen yaygın bir sorundur (137, 138). Yapılan araştırmada cinsel bozuklukların kişilerarası ilişkilerde benlik saygısı üzerine olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır (137, 139). Uyku bozuklukları hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı önemli rahatsızlıklar arasındadır. Literatürde HD hastalarının uyku değerlendirmesini yapan çalışmalarda uyku kalitelerinin kötü olduğu, toplam uyku sürelerinin azalmış olduğu, derin uyku süresinde kısalma olduğu gibi sorunları yaşadıklarını saptayan araştırmalar yer almaktadır (92, 140).

Araştırma bulgularımız ve literatür çalışmalarından anlaşıldığı üzere, HD tedavisi alan bireyler günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen, hayatı zorlaştıran, kendilerini bir başkasına bağımlı hale getiren ve konforlarını etkileyen birçok hemodiyaliz semptomu yaşamaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin haftanın birkaç gününe yayılım göstermesi ve semptomların yoğun yaşanması çalışma hayatlarını ve ekonomik seviyelerini etkilemektedir. Bunların yanı sıra yorgunluk/enerjide azalma, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, kaşıntı, ağrı gibi semptomlar hayat rutinlerini etkileyebilmekte ve hastaların konforlarını bozmaktadır. Yaşanan pek çok semptomun uygun yönetimi ile hastaların konfor düzeylerinin yükseleceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hastaların yaşadıkları HD semptomlarının orta seviyede olduğu belirlendi. En çok yaşanan semptomların yorgun hissetme ve enerjide azalma, konsantre olmada zorluk, deride kuruluk, kemik eklem ağrısı ve uykuya dair semptomlar olduğu belirlendi.
- Cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ekonomik düzey, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama, bakımı sırasında yardım alınacak kişi varlığı ve yardımcı olacak kişilerin yaşanan semptom düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlendi.
- Yaş ve çocuk sayısı ile DSİ arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki olduğu belirlendi.
- KBY dışında kronik hastalık varlığı, sahip olunan ek kronik hastalık ve diyalize girme süresi ile yaşanan semptom düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlendi.
- Hastaların konfor düzeylerinin orta seviyenin altında olduğu belirlendi.
- Hemodiyaliz tedavisine bağlı olarak yaşanan semptomların hastaların konfor düzeyleri üzerinde olumsuz etki oluşturduğu belirlendi.
- Cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ekonomik düzey, ihtiyaçlarını bağımsız karşılama durumu, bakımı sırasında yardımcı olacak kişinin varlığı ve yardımcı olan kişilerin konfor düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirlendi. Medeni durumun konfor düzeyleri üzerinde etkili olmadığı belirlendi.
- KBY dışında kronik hastalık varlığı, sahip olunan ek kronik hastalık ve diyalize girme süresinin konfor düzeylerini etkilemediği belirlendi.
- Hemodiyalize bağlı yaşanan semptomların hastaların konfor düzeyini olumsuz etkilediği saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyalize giren hastaların yoğunlukla yaşadıkları yorgun hissetme ve enerjide azalma, konsantre olmada zorluk, deride kuruluk, kemik eklem ağrısı ve

uykuya dair problemleri hafifletmek amacıyla semptom yönetimi konusunda hemodiyaliz merkezinde çalışan hemşirelere eğitimlerin verilmesi,

- Hemşirelerin; yaşı ileri olan, kadın, boşanmış olan, eğitim seviyesi düşük olan, çalışmayan, ekonomik durumu kötü olan, bakımda destek alamayan HD hastalarına nereden yardım alabileceği konusunda danışmanlık yapması,
- HD sırasında bozulmuş konfor seviyesini yükseltmek amacıyla hemodiyaliz ünitelerinde ergonomik koşulların yeniden düzenlenmesi,
- Hemşirelere hasta bakımının geliştirilmesi amacıyla kanıta dayalı bakım uygulamaları ve hasta konforunun artırılması konularında hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hemşirelerin hastaların konfor düzeyini etkileyen semptomlar konusunda risk faktörlerini değerlendirmeleri,
- Hastaların konfor düzeyini etkileyen faktörlerin anlaşılmasını sağlayacak daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Selçuk Y. *İç Hastalıkları*. İçinde: Dolar E (Editör). Kronik Renal Yetmezlik, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 304-10.
2. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu 2018. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY_2018.pdf (Erişim: 10 Ekim 2019)
3. Terzi B. Yoğun bakım ünitesinde hemofiltrasyondaki hastanın hemşirelik bakımı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2017, 1: 1-9.
4. Durmaz Akyol A. *Kronik Böbrek Yetmezliği-Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım*, 1.Baskı. İzmir, Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, 2005: 112-50.
5. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007,14: 82–99.
6. Zamanian H, Kharameh ZT. Translation and psychometric properties of the persian version of the dialysis symptom index in hemodialysis patients. *Nephro Urol Mon* 2015,7: e23152.
7. Karabulutlu YE, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14: 2530.
8. Frazão CMFQ, Medeiros ABA, Silva FBBL, Sá JD, Lira ALBC. Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm* 2014, 27: 40-3.
9. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, Switzer GE. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J. Am. Soc. Nephrol* 2005,16: 2487-94.
10. Kolcaba K, Kolcaba R. Analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 1991,16: 1301-10.
11. Malinowski A, Stamler L.L. Comfort exploration of the concept in nursing. *J of Adv Nurs* 2002, 39: 599-606.

12. Kim SK, Kwon SH. Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nurs Res* 2007,1:125–35.
13. Rousseaux M, Perennou D. Comfort care in severely disabled multiple sclerosis patients. *J Neurol Sci* 2004,222:39–48.
14. Şahin Orak N, Çınar Pakyüz S, Kartal A. Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. *Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği* 2017, 2 (12) : 68-77.
15. Turgay G, Özdemir Eler Ç, Ökdem Ş, Kaya S. Hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2020, 15: 16-22.
16. Tabiee S, Momeni A, Saadatjoo SA. The effects of comfort-based interventions (back massage and patient and family education) on the level of comfort among hemodialysis patients. *Mood Care J* 2017,14: 646-87.
17. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. İçinde: Durna Z (Editör). Kronik Hastalıklar ve Bakım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012: 51-63.
18. Ferguson KJ, Wallace RB. Health behaviour (Public Health& Preventive Medicine), 14. Basım, Stamford, 1998: 811-6.
19. Vicdan AK, Karabacak BG. Roy adaptasyon modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *Intl J Of Human Sci* 2014, 11: 209-20.
20. Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. İçinde: Durna Z (Editör). Kronik Hastalıklar ve Bakım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012: 37-49.
21. Brkovic T, Burilovic E, Puljak L. Prevalence and severity of pain in adult endstage renal disease patients on chronic intermittent hemodialysis: a systematic review. *Patient Preference And Adherence* 2016,10: 1131-50.
22. Utaş C. Diyaliz uygulamalarında maliyet analizi. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Trasplantasyon Dergisi* 2007, 16: 73-76.
23. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/bobrek_hastaliklari/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf (Erişim: 05 Ekim 2019)
24. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1. Samsun, Ceylan Ofset, 2008.

25. Vanholder R, De Smet R, Hsu C, Vogeleere P, Ringoir S. Uremic toxicity: the middle molecule hypothesis revisited. *Semin Nephrol* 1994,14: 205-18.
26. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of The International Society of Nephrology Kidney Int Suppl* 2013, 3: 1-150.
27. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, Zeeuw DD, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 2005, 67: 2089–2100.
28. Glasscock RJ, Rule AD. Aging and the Kidneys: Anatomy, Physiology and Consequences for Defining Chronic Kidney Disease. *Nephron Clinical Practice* 2016: 1-5.
29. Enç N, Öz Alkan H. *Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İçinde: Enç N. (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 227-241
30. Yavuz YC, Sevinç C, Koçyiğit İ. *Kronik Böbrek Yetmezliği* 2017. E Kitap: <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bobrek-fizyopatolojisi-kitabi.pdf>. (Erişim: 29 Ekim 2019)
31. Usrds annual data report 2019. https://www.usrds.org/2019/view/USRDS_2019_ES_final.pdf (Erişim: 06 Şubat 2020)
32. Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/DOQI).2002: 43-5.
33. Süleymanlar G. *Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi*. Türkiye Klinikleri Dergisi 2007, 3: 1-7.
34. Mohan A, Jenkins K. *Kronik Böbrek Hastalığı (Evre 1-3) Klinik Uygulama Klavuzu*, İstanbul, Golden Medya, 2007: 36-8.
35. Schiffrin EL, Lipman ML, Mann JF. Chronic kidney disease: effects on the cardiovascular system. *Circulation* 2007,116: 85-97.

36. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, Hogg RJ, Perrone RD, Lau J, Eknoyan G. National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Annals of Int Med* 2003,139: 137-47.
37. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010, 2: 27-32.
38. Yılmaz Selçuk N. Hemodiyaliz hastalarında diyaliz yeterliliği ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics* 2015, 8: 6-11.
39. Akpolat T, Utaş C. Kronik Böbrek Yetmezliği (Konu 3). http://www.tsn.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf (Erişim: 29 Ekim 2019).
40. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi A.Ş., 2017: 870-93.
41. Sever M. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri. Türk Böbrek Vakfı Hasta Eğitim Yayınları, İstanbul. 1997.
42. Akyol AD. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013, 2: 31-41.
43. Ramirez C, McCauley R. Contemporary Kidney Transplantation. New York: Springer International Publishing, 2018.
44. Öztürk B. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2019.
45. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, Powe NR. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J. Am. Soc. Nephrol* 2004,15:743-753.
46. Doğan N, Kırçalı M.(Derleyenler), Kalender Ö,Turan D,Özel A(Düzenleyenler), Demir MA (Bilimsel danışman). Diyaliz Hemşireliği Rehberi 2011.T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi <https://docplayer.biz.tr/5983463-Diyaliz-hemşireligi-rehberi-2011.html> (Erişim: 21 Aralık 2019).

47. Çardak P, Yılmaz K. Periton Diyalizi Olan Hastanın İzlemi. 2013. <https://docplayer.biz.tr/2529165-Periton-diyalizi-olan-hastanin-izlemi.html> (Erişim: 21 Aralık 2019)
48. Aydın Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/surekli_ayaktan_periton_diyalizi.pdf (Erişim: 21 Aralık 2019)
49. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler (Konu 1). http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf (Erişim: 09 Ekim 2019)
50. Sezen A, Arslan H. *Böbrek Yetmezliği*. İçinde: Sezen A (Editör). *Diyaliz Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 113-42.
51. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of Life in end stage renal Disease patients. *Am Soc Nephrol* 1995, 6: 1418-26.
52. Zawada ET. Indications for Dialysis. In: Daugirdas JT, Ing TS (eds). *Handbook of Dialysis*, Boston, Little Brown and Company, 1994: 3-9.
53. Van Stone JC. Hemodialysis Apparatus. In: Daugirdas JT, Ing TS (eds). *Handbook of Dialysis*, Boston, Little Brown and Company, 1994: 30-52.
54. Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz kronik komplikasyonları ve bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016, 1: 61-73.
55. Ahsen A. Hemodiyaliz akut komplikasyonları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2011, 12: 54-60.
56. Atik D, Karatepe H, Karatepe C, Demir S, Sökmen S. The effect of gender on the complications, pain intensity and pain management in hemodialysis patients. *Int J Res Med* 2016, 4: 1490-5.
57. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2017, 1: 20-8.
58. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2011, 1: 15-22.
59. Senanayake S, Gunawardena N, Palihawadana P, Bandara P, Haniffa R, Karunarathna R, Kumara P. Symptom burden in chronic kidney disease; a population based cross sectional study. *BMC Nephrology* 2017, 18: 228.

60. Flythe JE, Dorough A, Narendra JH, Wingard RL, Dalrymple LS, Dewalt DA. Development and content validity of a hemodialysis symptom patient-reported outcome measure. *Qual Life Res* 2019, 28: 253–65.
61. Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20: 1.
62. Siefert ML. Concept analysis of comfort. *Nursing Forum* 2002, 37: 16-23.
63. Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing* 2003,12: 689- 96.
64. Türk Dil Krurumu. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=konfor> (Erişim: 04 Ocak 2020)
65. Kuguoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2008, 16: 16-23.
66. Kolcaba K. A taxonomik structure for the concept comfort. *Journal of Nursing* (1991a), 4: 237-40.
67. Kolcaba K. The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing* (1992b), 6: 33-8.
68. Veliöğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset, İstanbul, 1999.
69. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013, 6: 224-30.
70. Yücel ÇŞ. Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27: 79-88.
71. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publish Company 2003.
72. Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing* 2005, 31: 187-94.
73. Birol L. *Hemşirelik süreci (Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım)*, 10.Baskı. İzmir, İmaj Basım Yayın Reklamcılık ve Tic.Ltd. Şti, 2016: 463-77.
74. Peterson SJ, Bredow TS. *Middle Range Theories: Application to Nurs Res*. 2012.

75. Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev Bras Enferm* 2019,72: 889-95.
76. Çalışkan T. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler Mi? Sağlık Bilimleri Enstitüsü / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2018.
77. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç KH, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *CBU-SBED* 2018, 5: 3-9.
78. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the dialysis symptom index. *Journal of pain and symptom management* 2004, 27: 226237.
79. Önsöz HB, Usta Yeşilbalkan Ö. Reliability and validity of the turkish version of the dialysis symptom index in chronic hemodialysis patients. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal* 2013, 22 (1) : 60-7.
80. Mosleh H, Alenezi M, Johani SA, Alsani A, Fairag G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Crosssectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus* 2020, 12: e6668.
81. Taşkın Yılmaz F, Sert H, Karakoç Kumsar A, Aygin D, Sipahi S, Genç AB. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020, 11: 35-43.
82. Görüş S, Ceyhan Ö, Taşçı S, Doğan N. Do symptoms related to hemodialysis affect marital adjustment? *Sex Disabil* 2016,34: 63–73.
83. Hindistan S, Deniz A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom değerlendirmesi. *Bezmialem Sci* 2018, 6: 112-8.
84. Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of haemodialysis-associated symptoms. *Nephrol Dial Transplant* 2011, 26: 2656–2663.
85. Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz uygulanan bireylerde yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003, 8: 3-10.

86. Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18: 57-62.
87. Sadigova E, Ozkurt S, Yalçın AU. Pain assessment in hemodialysis patients. *Cureus* 2020, 12: e6903.
88. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyalizde sık karşılaşılan sorunlar. http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf. (Erişim: 11 Haziran 2016).
89. Holley JL. Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication and hospice use. *Adv Chronic Renal Disease* 2007, 14: 402-8.
90. Maung S, Sara AE, Cohen D, Chapman C, Saggi S, Cukor D. Sleep disturbance and depressive affect in patients treated with haemodialysis. *J Ren Care* 2017, 43: 60-6.
91. Tosun N, Kalender N, Cinar FI, Bağcivan G, Yenicesu M, Dikici D, Kaya D. Relationship between dialysis adequacy and sleep quality in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing* 2015, 24: 2936-44.
92. Çölbay M, Yüksel Ş, Acartürk G, Uslan İ, Karaman Ö. Huzursuz bacak sendromlu hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesi. *Genel Tıp Dergisi* 2007, 17: 3541.
93. Kara, B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi. *TAF Prev Med Bul* 2012, 11: 631-8.
94. Semaan V, Nouredine S, Farhood L. Prevalence of depression and anxiety in end-stage renal disease: A survey of patients undergoing hemodialysis. *Applied Nursing Research* 2018, 43: 80-5.
95. Yaşkesen A. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2018.
96. Medeiros RC, Sousa MNA, Santos MLL, Medeiros HRL, Freitas TD, Moraes JC. Epidemiological profile of patients under hemodialysis. *Rev Enferm UFPE* 2015,9: 9846-52.

97. Akın S, Mendi B, Öztürk B, Cinper Ç, Durna Z. Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients, *J of Clin Nurs* 2014, 23: 856–64.
98. Yong D, Kwok A, Wong D, Suen M, Chen W, T. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Med* 2009, 23: 111–9.
99. Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörler. *Kocaeli Med J* 2020, 9: 32-40.
100. Turgay G, Tural T, Sezer S. Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi. *Turk Neph Dial Transpl* 2017, 26: 311-6.
101. Mollaoğlu M, Kayataş M. Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Int Urol Nephrol* 2015, 47: 1863-70.
102. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *J Caring* 2014, 3: 11-9.
103. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese hemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001, 35: 691- 8.
104. Burton HJ, Lindsay RM, Kline SA. Social support as a mediator of psychological dysfunctioning and a determinant of renal failure outcomes. *Clin Exp Dial Aph* 1983,7: 371-89.
105. Çınar, S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. *Türkiye Klinikleri J Nurs* 2009,1: 12-8.
106. Çölbay M, Yüksel Ş, Fidan F, Acartürk G, Karaman Ö, Ünlü M. Hemodiyaliz hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007, 55: 167-73.
107. Yıldırım Usta Y, Demir Y. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğa etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anatol J Clin Investig* 2014, 8: 21-7.

108. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Odabas AR, Serdengeçti K. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey—the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant* 2011, 26: 1862–71.
109. Taş FS, Cengiz K, Erdem E, Karataş A, Kaya C. Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde mortalite nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2011, 16: 120-4.
110. Letchmi S, Das S, Halim H, Zakariah FA, Hassan H, Mat S, Packiavathy R. Fatigue experienced by patients receiving maintenance dialysis in hemodialysis units. *Nurs and Health Sci* 2011, 13: 60-4.
111. Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Doktora Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2009.
112. Bektaş Akpınar N, Ceran MA, Şafak Ş, Özkalp B. Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2019, 2: 5-10.
113. Bağ E, Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2010, 7: 31-8.
114. Mollaoğlu M. Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10: 181-6.
115. Büyükcünal Şahin P, Rızalar S. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *HSP* 2018, 5: 404-13.
116. Anees M, Batoool S, İmtiaz M, İbrahim M. Socio-economic factors affecting quality of life of hemodialysis patients and its effects on mortality. *Pak J Med* 2018, 34: 4.
117. Nural N, Alkan. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. *Holistic Nursing Practice* 2018, 32: 35-42.
118. Cruz VFES, Tagliamento G, Wanderbroocke AC. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. *Saúde Soc* 2016, 25: 1050-63.

119. Liu H. Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in Taiwan. *Res Nurs Health* 2006, 29: 40-50.
120. Levy NB. Psychological complications of dialysis. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1984, 48: 237-50.
121. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007, 49: 132-6.
122. Nitoi LC, Aspazia Stefan A, Ionita C, Andrei C, Vulpoi C. The impact of socioeconomic status and nutritional biochemical markers on quality of life of chronic dialysis patients?. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2016,120: 812-7.
123. Alagöz Mamaş H, Aydın Avcı İ. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *SETSCI Conference Indexing System* 2018, 3: 1443-53.
124. Chatrung C, Sorajakool S, Amnatsatsue K. Wellness and religious coping among Thai individuals living with chronic kidney disease in Southern California. *J Relig Health* 2014, 54: 2198-211.
125. Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm* 2017,70: 865-72.
126. Kimmel PL, Peterson RA, Simmens SJ, Alleyne S, Veis JH, Weihs KL, Cruz I. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998, 54: 245-54.
127. Pilger C, Santos ROP, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Rev Bras Enferm* 2017,70: 689-96.
128. Debone MC, Pedruncci ESN, Candido MCP, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm* 2017,70: 800-5.
129. Kesikburun B, Ekşioğlu E, Akdağ İ, Çakıcı A. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirleyicileri. *Turkish J of Geriatrics* 2017, 20: 204-12.

130. Moledina DG, Perry Wilson F. Pharmacologic treatment of common symptoms in dialysis patients: A narrative review. *Semin Dialysis* 2015; 28: 377-83.
131. Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2005; 44: 35-8.
132. Mello MVFA, Angelo M. The impact of chronic kidney disease: experiences of patients and relatives from the extreme north of Brazil. *Invest Educ Enferm* 2018, 36: e02.
133. Akin S, Mendi B, Ozturk B, Cinper C, Durna Z. Assesment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in hemodialysis patients. *J Clin Nurs* 2014, 23: 856–64.
134. Jablonski A. The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2007, 34: 29-38.
135. Yu IC, Huang JY, Tsai YF. Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Appl Nurs Res* 2012, 25: 190-6.
136. Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005, 39: 477–85.
137. Barroso LVS, Miranda EP, Cruz NI, Medeiros M AS, Araujo ACO, Mota Filho FHA, Medeiros FC. Analysis of sexual function in kidney transplant men. *Transplant Proc* 2008,40: 3489-91.
138. Balioti A, Bristogiannis G. Sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease. *Info Urology* 2007, 47: 10-2.
139. Coelho- Marques FZ, Wagner MB, Poli de Figueiredo CE. Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients. *Int J Import Res* 2006,18: 539-43.
140. Saeedi M, Shamsikhani S, Varvani-Farahani P, Haghverdi F. Sleep Hygiene Training Program For Patients On Hemodialysis. *Iranian J of Kid Dis* 2014, 8: 65-9.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Rukiye DEMİR DİKMEN
Doğum Tarihi:	1987
Doğum Yeri:	Derik
E-mail:	rddikmen@bingol.edu.tr
EĞİTİM BİLGİLERİ	
Lisans (2008)	Fırat Üniversitesi/ Elazığ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans (2020)	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı
AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM	
Özel Elazığ Hemodiyaliz Merkezi(2008-2009)	Hemodiyaliz /Hemşirelik
Turgut Özal Tıp Merkezi (2009-2010)	Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi -Psikiyatri Servisi/Hemşirelik
Bingöl Devlet Hastanesi (2010-2014)	Kardiyoloji Servisi-Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi-Hemodiyaliz Ünitesi/Hemşirelik
Bingöl Üniversitesi (2014-devam ediyor)	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü/Yaşlı Bakımı Programı /Öğretim Görevlisi

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Bu anket formunda sizin yaşam koşullarınız ve sahip olduğunuz hastalığınız ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Hiç bir zaman isminiz belirtilmeyecektir. Sorulara dikkatli bir şekilde cevap vermeniz rica olunur. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Rukiye DEMİR DİKMEN
Tarih:

Anket No :

Diyaliz Merkezi:

1) Cinsiyetiniz

a. Kadın b. Erkek

2) Kaç yaşındasınız?.....

3) Medeni durumunuz nedir?

a. Evli b. Bekar

4) Eğitim düzeyiniz nedir?

a. Okur -yazar değil b. Okur -yazar c. İlköğretim d. Ortaöğretim

e. Yükseköğretim ve üzeri

5) Şu anda çalışıyor musunuz?

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

6) Ekonomik durumunuz nedir?

a. İyi b. Orta c. Kötü

7) Çocuğunuz var mı?

a. Evet (sayı.....) b. Hayır

8) Kiminle yaşadığınızı belirtiniz.

a. Yalnız b. Eşim ile c. Eşim ve Çocuklarımla

9) Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalığınız var mı?

a. Hayır b. Evet.....

10) Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz?.....yıl.....ay

11) Bakımınıza yardım eden biri var mı?

a. Var.....(kim.....) b. Yok

12) Evde kendi ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabiliyor musunuz?

a. Evet karşılayabiliyorum b. Hayır karşılayamıyorum

EK-3. Diyaliz Semptom İndeksi

Geçen hafta boyunca aşağıdaki semptomu yaşadınız mı?	Evet ise Sizi ne kadar etkiledi?					
		Hiç	Biraz	Bazen	Çok az	Çok fazla
	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
1. Kabızlık	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
2. Bulantı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
3. Kusma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
4. İshal	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
5. İştahta azalma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
6. Kas krampları	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
7. Bacaklarda şişlik	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
8. Nefes darlığı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
9. Sersemlik/baş dönmesi	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
10. Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
11. Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
12. Yorgun hissetme veya enerjide azalma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
13. Öksürme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
14. Ağız kuruluğu	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
15. Kemik veya eklem ağrısı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
16. Göğüs ağrısı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
17. Baş ağrısı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
18. Kas ağrısı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
19. Konsantre olmada zorluk	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
20. Deride kuruluk	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
21. Kaşıntı	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
22. Endişelenme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
23. Sinirli hissetme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
24. Uykuya dalmada zorlanma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
25. Uykuyu sürdürmede zorlanma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
26. Rahatsız hissetme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
27. Üzgün hissetme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
28. Kaygılı hissetme	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
29. Cinsel ilişkiye ilgide azalma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5
30. Cinsel doyum almada zorlanma	Evet▶ Hayır	1	2	3	4	5

Bu anket formunda sizin geçen hafta yaşadığınız başka semptom belirtilmemiş ise lütfen belirtiniz.....

EK-4. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıdaki ifadeler, sizin diyaliz sırasında konforunuz ile ilişkili hislerinizi göstermektedir. Bu ifadeler sizin hislerinize uygun değil ise “1”i, aksi takdirde rakamların üzerinde yazılı olan sıklık derecesine uygun olan rakamı daire içine alınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen, ifadelerin cevaplanması için fazla zaman harcamadan şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

Hemodiyaliz sırasında konforunuzu anlamamıza yardım ettiğiniz için çok teşekkür ederiz.

İFADELER	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çok sık	Her zaman
1. Diyalize bağımlı yaşamak bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
2. Geleceğim hakkında endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
3. Vücudumdaki değişiklikler beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5
4. Yorgunluğum ile başa çıkabiliyorum.	1	2	3	4	5
5. Diyaliz makinasına bağımlı olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
6. Diyaliz ekibine bağımlı olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
7. Hemşiremin benimle daha fazla ilgilenmesini istiyorum.	1	2	3	4	5
8. Doktorumun benimle daha fazla ilgilenmesini istiyorum.	1	2	3	4	5
9. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.	1	2	3	4	5

EK-5. Gönüllü Onam Formu

Sizi ‘Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi’ Başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi.** Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.**

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ	RUKİYE DEMİR DİKMEN	
ADRES	BİNGÖL ÜNİV. SHMYO ODA NO: B3-05	
TELEFON		
TARİH	
GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-6. Fırat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/08/2019-341609

T.C.



FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 19003918/663,09/
Konu : Anket Çalışması (Öğr. Grv. Rukiye DEMİR DİKMEN)

Sayın Rukiye DEMİR DİKMEN

İlgi : 19.07.2019 tarih 148282 sayılı tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ve ekleri incelenmiş olup "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Semptomların Konfor Düzeylerinin Etkisi" konulu tez çalışmasında kullanacağınız anket uygulamasını hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesinde yaptığımız başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

c-imza ıdır.
Prof. Dr. Refik AYTEN
Üniversite Hastanesi Başhekimisi



EK-7. Özel Dünya Diyaliz Merkezi Kurum İzni



Özel

DÜNYA DİYALİZ MERKEZİ

İLGİLİ MAKAMA

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalında Yüksek lisans eğitimi alan Rukiye DEMİR DİKİMEN'in Kurumumuzda kayıtlı hemodiyaliz hastalarımızdan hastalıklarıyla ilgili bilgi alması uygundur. 26.07.2019



ÖZEL DÜNYA DİYALİZ MERKEZİ
Dr. Ahmet Feri ÖZDEMİR
Dip No: 87819
Serhiş No: 141

EK-8. Özel Çağrı Diyaliz Merkezi Kurum İzni

ÖZEL ÇAĞRI DİYALİZ MERKEZİ
AYSEV SAĞLIK HİZMETLERİ MEDİKAL ORTOPEDİK MALZ.
SANAYİ VE TİCARİT LTD.ŞTİ.

Sayı: 2019/35
Konu: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların
Yaşadığı Semptomlar'a İlgili Çalışma Hk.

31.07.2019

İlgi: 26.07.2019 Tarihli Dilekçeniz;

Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğr. Gör. Rukiye
DEMİR DİKMEN'in "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor
Düzeylerine Fikisi" isimli çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür





Dr. Ertuğrul GÖKHAN
Dip.Tes.No: 89606
Mesul Müdür

Ek 1. İlgili Dilekçe Fotokopisi

Ataşehir Mahallesi Malatya Caddesi No:57/A ELAZIĞ Tel: (0 424) 248 20 83 – 84 Faks: (0 424) 248 20 86

EK-9. Bingöl Devlet Hastanesi Kurum İzni

	<p>T.C. BİNGÖL VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>	<p>BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DİJİTAL İZİN KARTI İL: BİNGÖL, İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLGİ SİS NO: 16.41 - 8.00637 - 04 - E 43</p>  <p>0008462177</p>
Sayı : 81966737-044	Konu : Rukiye DEMİR DİKMEN	
Sayın: Rukiye DEMİR DİKMEN		
İlgi : 16/07/2019 tarihve 4942 sayılı dilekçe.		
<p>İlgi sayılı dilekçeye istinaden; "Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları semptomların konfor düzeylerine etkisi" isimli çalışmaya onay verilmesi hususunu görüşmek üzere 29.07.2019 tarihinde Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu toplanmış olup, Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Rukiye Demir DİKMEN'in belirtilen hususlarda çalışma yapabilmesi, Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokollü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.</p> <p style="text-align: center;">Bilgilerinize rica ederim.</p>		
		<p>Uzm.Dr.Halim KAYSADU İl Sağlık Müdürü a. Kamu Hastaneleri Başkanı</p>
Ek: 1 adet (sayfa)		
<hr/>		
Yerleşim: Man. Gü. İlçesi Sokak Taki Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yer: BİNGÖL Telefon: Faks No: 0426 213 37 25	Bilgi için: Zülfeyra DAVRAN TIBBİ SEKRETER	
e-Posta: zulfeyra.davrani@sa.gov.tr; İnternet Adresi: www.bingolism.saglik.gov.tr	Telefon No: 0426 213 10 13	
<small>Bu belge elektronik imza ile http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden: 507335-7-2946-4678-8283-075 / 174-798 kodu ile imzalıdır. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</small>		

EK-10. Özel Bingöl Diyaliz Merkezi Kurum İzni

11.10.2019

ÖZEL BİNGÖL HEMODİYALİZ MERKEZİ

Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda görevli Rukiye DEMİR DİKMEN'nin "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi" isimli çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

ATLAS Sağlık İnşaat Eğitim
Turizm, Etiler Tic. San. Ltd. Şti.
Sıd. No: 3460, Bingöl, D. 102 040 9003
Lisans No: 77999, Sanayi Odası Binisi
10200 Kat, BİNGÖL

Dr. Enol CASTA
Mesul Müdür

EK-11. Diyaliz Semptom İndeksi Ölçek Kullanım İzni

13.05.2019 Gmail - ÖLÇEK İZİN İSTEĞİ

 rukiye demir dikmen <rukyledemir2015@gmail.com>

ÖLÇEK İZİN İSTEĞİ
3 İletil

rukiye demir dikmen <rukyledemir2015@gmail.com> 8 Mayıs 2019 00:59
Alıcı: o.u.yesilbalkan@ege.edu.tr

Sayın Hocam, merhaba. Bön İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programında yüksek lisans yapıyorum. Tezimde Hemodiyaliz Semptom İndeksi' ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim. Saygılarımla...

Öğr. Gör. Rukiye DEMİR DİKMEN
Bingöl Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Oznur Usta Yeşilbalkan <o.u.yesilbalkan@ege.edu.tr> 13 Mayıs 2019 10:55
Alıcı: rukiye demir dikmen <rukyledemir2015@gmail.com>

Sevgili Rukiye;

"Hemodiyaliz Semptom İndeksi" ni yüksek lisans tez çalışmanızda atıf göstermek koşuluyla kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar.

 **EGE Üniversitesi** www.ege.edu.tr

Doç. Dr. ÖZNER USTA YEŞİLBALKAN
Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: +90 232 311 55 64
o-usta@u.yesilbalkan@ege.edu.tr
oznurustayesilbalkan@hotmail.com

Associate professor, ÖZNER USTA YEŞİLBALKAN
Faculty of Nursing / Department of Nursing / Medical Nursing
Tel: +90 232 311 55 64
e-usta@u.yesilbalkan@ege.edu.tr
oznurustayesilbalkan@hotmail.com

Kimden: "rukiye demir dikmen" <rukyledemir2015@gmail.com>
Kime: "Oznur Usta Yeşilbalkan" <o.u.yesilbalkan@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 8 Mayıs Çarşamba 2019 0:59:07
Konu: ÖLÇEK İZİN İSTEĞİ
[İletilen metin gizli]

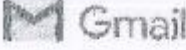
EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımına aittir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yayımlamaz, dağıtmaz veya başkasına göstermez. Aksi takdirde bu e-postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yayımlamaz, dağıtmaz veya başkasına göstermez. Aksi takdirde bu e-postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yayımlamaz, dağıtmaz veya başkasına göstermez.

<https://mail.google.com/mail/u/07ik-1b320282ca/view-pt&searchmail&simlthd=thread-e%3Ar-4982801291038753612&simlmsg-e%3Ar-22625...> 1/2

EK-12. Hemodiyaliz Konfor Ölçeği Kullanım İzni

01.05.2019 Gmail - Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Ölçeği Kullanımı için İzin

 rukiye demir dikmen <rukiyedemir2015@gmail.com>

Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Ölçeği Kullanımı için İzin
3 ileti

rukiye demir dikmen <rukiyedemir2015@gmail.com> 23 Mayıs 2018 11:54
Alıcı: nsorak@marmara.edu.tr

Sayın Hocam, merhaba. Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programında yüksek lisans yapıyorum. Tezimde hemodiyaliz hastalarında konfor ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi bana gönderebilir misiniz? Teşekkür ederim. Saygılarımla...

Öğr. Gör. Rukiye DEMİR DİKMEN
Bingöl Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Nuray Şahin Orak <nsorak@marmara.edu.tr> 23 Mayıs 2018 12:04
Alıcı: rukiye demir dikmen <rukiyedemir2015@gmail.com>
Cc: Sezginar <sezginar@hotmail.com>, Arzu Kartal84 <arzu_kartal84@hotmail.com>

[Alınan metin gizlendi]
Sayın Öğr. Gör. Rukiye DEMİR DİKMEN

Geliştirdiğimiz Hemodiyalizde Konfor Ölçeğini tez çalışmanızda çalışmayı kaynak göstermek ve çalışmanız yayımlandıktan sonra makalenizi tarafımıza göndermeniz koşuluyla kullanabilirsiniz. Bu arada bu ölçeğin en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konforunu belirlemek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göz önünde bulundurmanızı öneriz. HDKÖ uygulama formu, puanlaması ve ilgili yayın okledir. Çalışmanızda başarılar dileriz.


YŞahin Orak N. Çiner Pakyüz S, Kartal A. Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017;2 (12): 68-77.)


Dr. Öğr. Üyesi Nuray Şahin Orak

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

(OKUL) 216 336 28 70/1236
(GSM) 505 570 44 99

2 eklenti

 HDKÖ-9 madde.docx
20K

 7.1.4. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor.pdf
389K

rukiye demir dikmen <rukiyedemir2015@gmail.com> 23 Mayıs 2018 12:14
Alıcı: Nuray Şahin Orak <nsorak@marmara.edu.tr>

Tamam hocam. Hem atıfta bulunacağım hem de yayımlandıktan sonra makaleyi sizlerle paylaşacağım. Çok teşekkür ederim. Saygılarımla...

23 Mayıs 2018 12:04 tarihinde Nuray Şahin Orak <nsorak@marmara.edu.tr> yazdı:
[Alınan metin gizlendi]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=cf320292e&view=pt&search=al&permthid=01eac1e%3Ammail-r332279611455226770&siml=msg-e%3Aa...> 1/2

EK-13. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.07.2019	11	2019/272	
<p>Karar No: 2019/272: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.07.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Dr. Öğr. Üyesi Hakımcı ASLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Öğr. Gör. Rukiye DEMİR DİKMEN'in yardımcı araştırmacı olduğu; "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadığı Semptomların Konfor Düzeylerine Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülşen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI