

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA
DEPRESYON SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ


ZEYNEP KIZILCIK

DANIŐMAN
Dr. Fatma Deniz SAYINER

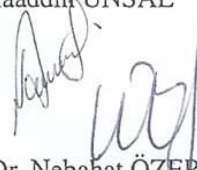
ESKİŞEHİR –2009

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zeynep KIZILCIK'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" kararı verilmiştir.


Doç.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU
JÜRİ BAŞKANI


Prof.Dr. Alaaddin ÜNSAL
ÜYE


Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE


Öğr.Gör.Dr. F. Deniz ŞAYINER
ÜYE

Öğr.Gör.Dr. Özlem ÖRSAL
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
.... 23.01.2009.... tarih ve 773/3593..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ferruh YÜCEL

Sağ. Bil. Enst. Müdürü

ÖZET

SDBY olan hastalarda depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki ve yaşam kalitesi ile mortalite arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır. Dolayısıyla hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir.

Bu çalışma Eskişehir'deki hemodiyaliz hastalarının depresyon sıklığını belirlemek ve hemodiyaliz hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızın örneklemini 294 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Hemodiyaliz hastalarına 'Hasta Tanıtım Formu', 'SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği', 'Beck Depresyon Envanteri' uygulanmıştır.

Elde edilen veriler değerlendirmede kullanılan istatistiksel testler ; normalite testleri, , One Way Analysis of Variance on Ranks, Correlations, Independent Samples ve Post-Hoc, Chi-Square testleridir.

Depresyon durumun ve yaşam kalitesinin cinsiyet, yaş, meslek, öğrenim düzeyi, diyalize giriş süresi ile anlamlı ilişki içerisinde olduğunu bulduk. Sonuç; hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirlenmeli ve hemşirelik bakımıyla yaşam kalitesi yükseltilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, Depresyon, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

It is known that, there is a strong relationship between quality of life with depression and quality of life and mortality of end-stage renal failure patients. Thereby ;studies to improve quality of life in hemodialysis patients are needed.

This study was done to identify the health-related quality of life of hemodialysis patients and factors that affect it and depression frequency of hemodialysis patients for established, in Eskişehir.

The sample of our research 294 participated. Our patients 'Patient Presentation Form', 'SF-36 Quality Life Scale', 'Beck Depression Envanter' applied.

The collected data were evaluated, Normalite tests, One Way Analysis of Variance on Ranks, Correlations, Independent Samples, Post-Hoc ve Chi-Square tests.

We found quality life and depression state, with seks, age, job, education level, dialysis entrance time meaning correlation between. Conclusion ; hemodialysis patients must identify factors that affect it ouality of life and nursing care with improve quality life.

Key words :Hemodialysis, Depression, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
II. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kronik Renal Yetmezlik İle İlgili Genel Bilgiler	2
2.1.1. Kronik Renal Yetmezliğin Tanımı	2
2.1.2. Kronik Renal Yetmezliğin Etiyolojisi	3
2.1.3. Kronik Renal Yetmezliğin Klinik Özellikleri	4
2.1.4. Kronik Renal Yetmezlikte Tedavi Yaklaşımları	4
2.1.5. Kronik Renal Yetmezlik İçin Hemşirelik Bakımı	5
2.2. Hemodiyaliz İle İlgili Genel Bilgiler	5
2.2.1. Hemodiyalizin Tanımı	5
2.2.2. Hemodiyaliz Tarihçesi	7
2.2.3. Hemodiyaliz Endikasyonları	7
2.2.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları	8
2.2.5. Hemodiyalizde Klinik Problemler	8
2.2.6. Hemodiyalizde Hemşirelik Yaklaşımları	9
2.2.6.1. Arteriovenöz fistül Bakımı	9
2.1.6.2. Katater Bakımı	10
2.2.6.3. Kardiyovasküler Korunma	11
2.2.6.4. Renal osteodistrofinin Önlemesi	12
2.2.6.5. Hipotansiyonu Önleme	13
2.2.6.6. Anemiyi Önleme	14
2.2.6.7. Krampı Önleme	15

2.2.6.8.Sıvı Kontrolünün Sağlanması	15
2.2.6.8. Nütrisyonun Düzenlenmesi	15
2.2.7.9.Enfeksiyonun Engellenmesi	16
2.2.7.10.Cinsel Disfonksiyon	17
2.3. Depresyon İle İlgili Genel Bilgiler	17
2.3.1. Depresyonun Tanımı, Önemi	17
2.3.2. Hemodiyaliz hastalarında Depresyon Varlığı	18
2.4. Yaşam kalitesi İle İlgili Genel Bilgiler	20
2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı	20
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları	20
2.4.3.Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler	21
III. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	22
3.3. Araştırmanın Süresi	22
3.4. Araştırmanın Evreni	23
3.5. Araştırmaya Örneklemi	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1.Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	23
3.6.2. Hasta Tanıtım Formu	23
3.6.3.Beck Depresyon Ölçeği	23
3.6.4.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	24
3.7. Veri Toplama Yöntemi	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
IV. BULGULAR	25
V. SONUÇLAR VE TARTIŞMA	36
5.1. Sonuçlar	44
5.2. Öneriler	47
KAYNAKLAR	48
EKLER	55
Ek-I Eskişehir Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	56

EK-II Hasta Tanıtım Formu	57
EK- III Beck Depresyon Envanteri	58
EK-IV SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	60
ÖZGEÇMİŞ	63

TABLULAR DİZİNİ

- I. Çalışma Kapsamına Alınan Vakaların Depresyon Durumuna Göre Dağılımı
- II. Vakaların Cinsiyete Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- III. Vakaların Yaşa Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- IV. Vakaların Öğrenim Durumuna Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- V. Vakaların Medeni Duruma Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- VI. Vakaların Çalışma Durumuna Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- VII. Vakaların Diyalize Giriş Süresine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı
- VIII. Vakaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı
- IX. Vakaların Yaş İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki
- X. Vakaların Öğrenim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı
- XI. Vakaların Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı
- XII. Vakaların Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı
- XIII. Vakaların Diyalize Giriş Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı
- XIV. Vakaların Depresyon Durumu İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

KISALTMALAR

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

HD: Hemodiyaliz

GFR : Glomerulofiltrasyon Hızı

AVF : Arteriyovenöz Fistül

EDTNA : Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Derneği

BUN : Kan Üre Azotu

SVH: Sol Ventrikül Hipertrofisi

PTH: Parathormon

NaCl: Sodyum klorür

Hb: Hemoglobin

NKF-DOQI: National Kidney Foundation – Disease Outcomes Quality Initiative

MMR: Measles, Mumps, Rubella(kızamık, kabakulak, kızamıkçık)

DBT: Difteri, Boğmaca, Tetanos

HRQOL: Health Related Quality Of Life

BDE: Beck Depresyon Envanteri

Kt/V: Diyalitik Madde Klirensi

İst.Analiz: İstatistiksel Analiz

I. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

SDBY(Son dönem böbrek yetmezliği) tanısı alıp hemodiyaliz(HD) tedavisi gören hastalar kronik hastalığa sahip olmaları nedeniyle hem bedensel sorunlarla hem de psikolojik sorunlarla daha fazla karşılaşmaktadır(1). HD hastalarının HD işlemi için hastaneye ve sağlık ekibine bağımlılığı ve hastalığın kötü prognozu gibi etkenler hastalıklarına ve tedaviye uyumunu güçleştirir. Bu uyum sağlama sürecinde hastanın yaşam kalitesi de olumsuz olarak etkilenir. HD tedavisinin yaşam süresini uzattığını da göz önünde bulundurursak HD hastaları için yaşam kalitesi daha özel bir anlama bürünür. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi tanımı “ kişinin kendi durumunu, kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi ” olarak kabul görmektedir (2). HD hastaları tedavi sürecinde sağlığı sürdürmede yetersizlik, enfeksiyona yatkın olma, beden imajında bozulma, fiziksel işlevsellikte azalma, etkisiz birey ve aile baş etmesi, tedavi rejimine uyamama gibi emosyonel ve fiziksel sorunlarla karşılaşılır. Yaşanılan her problem hastaların ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (3,4).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

HD tedavisi gören hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelir. HD hastası makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlıdır. Bu durum hastanın bağımsızlık kaybına uğramasına neden olur. Bu bağımlılık hastanın aile, iş ve sosyal yaşantısında aksaklıklar meydana getirir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum almaları bozulabilir (5,6). Hemşire, hastaların sağlık durumunu sürdürmede ve sağlık durumu bozulan hastaların en iyi bakımı almasında hastaların haklarını koruyan ve bu bakımda öncelikli sorumluluk alan kişidir. Otuz kırk yıl önce, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar günler ve haftalar içinde kaybedilirdi. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış, daha sonrada yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır. Kronik böbrek

yetmezliği medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılar ile bu hastalarda yaşam sũresinde ve kalitesinde dũzelme meydana gelmiştir. Zaten gũnũmũzde HD tedavisinin amacı yaşam sũresini uzatmakla beraber, yaşam kalitesinin de iyileştirilmesini sağlamaktır (7,8,9,10). HD ũnitelerinde çalışan hemşireler, son yıllarda bu alandaki gelişmelere uyum sağlamada geride kalmamıştır. Hemşireler bu alanda yaptıkları araştırmalar ile HD hastalarının yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların farkında olmuş ve HD hastalarının yaşam kalitesini dũřiren faktũrleri ortaya koyarak hastaların ve yakınlarının yaşadıkları sorunların özũmũnde hemşirenin rollerini ve sorumluluklarını belirlemeye çalışmışlardır (5,7,11).

Bu çalışmada da amaç; HD hastalarının ve depresyon sıklığını ve yaşam kalitesi belirlemek ve hastaların yaşam kalitesi ve depresyon dũzeylerinin sosyodemografik özelliklere, hastalığa ilişkin özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediğini belirlemektir.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK RENAL YETMEZLİK İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1.1. Kronik Renal Yetmezliğin Tanımı

Kronik renal yetmezlik; GFR'de (Glomerular filtrasyon değeri) azalma olsun veya olmasın, bũbrekte 3 aydan uzun sũren yapısal veya işlevsel bozukluklarla sũren idrar, kan ya da görüntũleme yũntemleri ile saptanan bir hasar olması veya GFR'nin 3 aydan uzun bir sũrede 60 mL/dk/1.73 m²den dũřük olması olarak tanımlanmaktadır (9,12).

Glomerular filtrasyon değeri 35–50 mL/dk'nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. İlk semptomlar halsizlik, noktũri ve anemidir. Glomerular filtrasyon değeri 20-25mL/dk'nın altına dũřũnce hastada ũremik belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Glomerular filtrasyon değeri 5-10mL/dk'ya inince son dũnem bũbrek yetmezliğinden bahsedilir ve renal replasman tedavisi ihtiyaç duyulur (13,14).

2.1.2. Kronik Renal Yetmezliğin Etiyolojisi

Klinik Özellikler

Diyabet
Hipertansiyon
Otoimmün hastalıklar
Sistemik infeksiyonlar
Üriner infeksiyon/Taş hastalığı
Alt üriner trakt obstrüksiyonu
Malignite
Ailede kronik böbrek yetmezliği
Akut böbrek yetmezliği öyküsü
İlaçlar
Azalmış renal kitle
Düşük doğum ağırlığı

Sosyodemografik Özellikler

İleri yaş (>60)
İrk
Düşük gelir/eğitim düzeyi
Kimyasal / çevresel maruziyet

olarak sıralanabilir (1,9,13,15,16).

Kronik böbrek yetmezliği etiyojisinde çok çeşitli faktörler rol oynar. Türk Nefroloji Derneğinin 2006 yılı verilerine göre ülkemizdeki yeni olguların % 28,9'i diyabetik nefropati, % 23,3' ü hipertansif nefroskleroz, % 6,6' sı kronik glomerüler hastalık, % 6,1'i ürolojik hastalıklar (taş, vb), % 5,3'ü polikistik böbrek hastalığı, % 3,9' u pyelonefrit, % 2,2'si renal amiloidoz,% 0,9'u renal vasküler hastalık, % 4,7'si diğer nedenlerden % 2,9'u bilinmeyen etiyoji ile kronik böbrek yetmezliğine yakalanmıştır(17).

2.1.3. Kronik Renal Yetmezliğin Klinik Özellikleri

- ✓ Elektrolit ve Asit Baz Dengesizliğine İlişkin Bulgular; hiperkalemi, hipokalemi, hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hipernatremi, hiponatremi, hipermagnezemi, metabolik asidoz
- ✓ Hematolojik Sisteme İlişkin Bulgular; anemi, kanama bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, lenfopeni
- ✓ Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Bulgular; perikardit, ödem, hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi, aritmi, hızlanmış ateroskleroz, kardiyomyopati
- ✓ Solunum Sistemine İlişkin Bulgular; plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
- ✓ Gastrointestinal Sisteme İlişkin Bulgular; hıçkırık, üremik ağız kokusu, gastrit, kusma bulantı, iştahsızlık, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, motilite bozuklukları,
- ✓ Nörolojik Sisteme İlişkin Bulgular; uyku bozuklukları, konvülsiyon, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, baş ağrısı, konuşma bozuklukları,
- ✓ Kas-İskelet Sistemine İlişkin Bulgular; üremik kemik hastalığı, amiloidoz, karpal tünel sendromu, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
- ✓ Endokrin Sisteme İlişkin Bozukluklar; hiperparaotiroidi, amenore, infertilite, seksüel disfonksiyon, azospermi
- ✓ Psikolojik Bulgular; inkâr, anksiyete, depresyon, psikoz (12,13).

2.1.4. Kronik Renal Yetmezliğin Tedavi Yaklaşımları

Tanıya spesifik tedavi, komorbid durumların tedavisi, progresyonu azaltmaya yönelik tedavi, azalmış böbrek fonksiyonuna bağlı komplikasyonların tedavisi, renal replasman tedavisine hazırlık, diyaliz ve transplantasyon (1,14).

2.1.5. Kronik Renal Yetmezlik İçin Hemşirelik Bakımı

- ✓ Böbreklerin idrar atma yeteneğinin bozulması, yetersiz diyaliz, aşırı sıvı alımı ve plazma sodyum düzeylerinin yüksek olmasına bağlı sıvı volüm fazlalığı
- ✓ Anoreksiya, bulantı, kusma, tat ve koku alma duyularının kaybı, stomatit ve damak zevki vermeyen bir diyet olmasına bağlı beslenme dengesinde gereksiniminden az beslenme
- ✓ Libidoda azalma, impotans, amenore, sterilite ve yorgunluğa bağlı cinsellik örüntülerinde etkisizlik
- ✓ Yağ ve ter bezlerinin aktivitesinin azalmasına, kalsiyum, fosfat ve ürat kristallerinin deride birikmesine bağlı deri bütünlüğünde bozulma
- ✓ Üremi, kanama ve diyalizdeki kan kayıplarına bağlı gelişen aneminin neden olduğu aktivite intoleransı
- ✓ Oral mukoza membranına üre ve amonyak konsantrasyonunun etkisi, tükürükte üre konsantrasyonunun artmasına bağlı oral mukoza membranında değişiklik
- ✓ Pulmoner ödem, dolaşım yüklenmesi ve yüksek üre seviyesinin akciğer ve solunum sistemi üzerine olumsuz etkilerine bağlı gaz alışverişinde bozulma
- ✓ Hareketsizlik, antiasit alımı sıvı kısıtlaması, diyet değişikliği ve elektrolit dengesinde bozulma
- ✓ Kemik iliği depresyonuna bağlı lökositlerin azalması ve immun sistemin baskılanması, malnütrisyon, hastaya yapılan invaziv girişimler ve diyaliz tedavisine bağlı enfeksiyona eğilim, duruma, diyet kısıtlamalarına ve farmakolojik tedaviye, komplikasyonların belirti ve bulgularına, kontrol ve izlem ziyaretlerine ve toplumsal kaynaklara ilişkin bilgi eksikliğine bağlı terapötik rejimi etkisiz yönetme riski (12,13,18).

2.2.HEMODİYALİZ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.2.1. Hemodiyalizin Tanımı

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tüm organ sistemlerini etkileyen ve uygun tedavisi yapılmaz ise yaşamı etkileyen klinik bir tablodur ve küratif tedavisi böbrek nakliyle mümkün olmaktadır. Ülkemizde ciddi boyutlarda yaşanan, kadavra organ kısıtlılığı nedeni ile, söz konusu hastaların yaşamları ancak düzenli ve etkin diyaliz tedavisi ile optimal düzeyde idame ettirilebilir (19). Renal replasman tedavilerinden biri olan HD hayat kurtarıcı bir yöntem olarak son yıllarda sıklıkla kullanılmaktadır.

HD bir sıvıdan diğerine (kan veya diyalizat) konsantrasyon gradyentine göre solütlerin pasif olarak diffüze olduğu bir diyaliz yöntemidir (20). HD işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır. Yeterli kan akımı sağlanması ve hemodiyalizin güvenli bir şekilde yapılabilmesi için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır (21). Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde sıklıkla çift lümenli bir katater; femoral, subklaviyen veya juguler vene yerleştirilmektedir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriovenöz fistül ve arteriovenöz grefttir. AVF(Arteriovenöz fistül) diyaliz süreci için en etkin damar yoludur. AVF, HD işlemi için yeterli debinin sağlanması amacıyla bir arter ile bir venin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur (15,22,23).

Diyalizörler hallowfiber veya paralel tabakalar yapısında olabilir. Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir (1). Diyaliz membranının kapiller içinde hastanın kanı, kapiller arasında ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Kan akımı 300ml/dk'da tutmak için yeterli olan geçici veya kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıda kapillere pompalanır. Diyalizin etkinliğini artırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. HD sırasında üre, kreatinin, potasyum gibi maddeler kandan diyalizata, kalsiyum ve

bikarbonat gibi maddeler ise diyalizattan kana geçerler. Böylece diyaliz işlemi ile bazı maddelerin plazma konsantrasyonlarında değişiklikler olur (1,12,16).

Diyaliz tedavisinde solüt transport mekanizmaları; difüzyon, ultrafiltrasyon, konveksiyon şeklinde sıralanmaktadır. Difüzyon; membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeniyle solütün konsantrasyonu yüksek olan yerden konsantrasyonu düşük olan yere hareketidir. Diffüzyonu etkileyen başlıca mekanizmalar;

- ✓ Solütün molekül ağırlığı ve hızı; porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı o kadar azalır.
- ✓ Membranın her iki yanındaki konsantrasyon farkı; iki taraf arasındaki konsantrasyon gradiyenti arttıkça madde alışverişi hızlanacaktır.
- ✓ Membranın direnci; yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı direncini artırır (1).

Ultrafiltrasyon; su ve suda çözülmüş solütlerin basınç gradienti altında konveksiyon akımıdır. Su molekülleri çok küçük olduğundan yarı geçirgen membranların hepsinden geçebilirler. Su hidrostatik ya da osmotik basınçla membranın içine itildiğinde ultrafiltrasyon gerçekleşir. Konveksiyon (sürükleme); membranın diyalizat ve kan kompartımanları arasındaki basınç farklılığı ve solütlerin membran duvarına çarpma sıklığına bağlı solüt geçirgenliğidir. Membranın suyu geçirme kapasitesi ve membran yapısına yani por çapına bağlı olarak artar (1,14).

2.2.2. Hemodiyalizin Tarihçesi

İlk kez 1913 yılında diyalizi tanımlayan Abel, Rowntree ve Turner 'yapay böbrek' terimini kullanmışlardır. İnsanda ilk HD uygulaması 1944 yılında, Hollanda'da Wilhelm Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. İlk periton diyaliz uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir (12,14). 1960 yılında, Scribber ve arkadaşları tarafından plastik materyaller(arteriyovenöz şant olarak) hemodiyalizde kullanılmıştır. 1963 yılında Merril ve arkadaşları tarafından ev

hemodiyalizi fikri ortaya atılmıştır. 1965 yılında Brescia ve Cimino subkutan arteiyovenöz fistülü tanımladı. 1969 yılında da arter ven damarları uygun olmayanlara greftler kullanıldı.1976 yılında kurulan Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Derneği (EDTNA)'nin verilerine göre 1987 yılında Avrupa' da tedavi gören hasta sayısı 139942 'ye yükselmiştir. Bu hastaların 1519'u HD ile, 12596 'sı sürekli ayaktan periton diyalizi ile tedavi edilmektedir.

Ülkemizde 1998 yılında 11330, 2001 yılında 18815, 2002 yılında 20600 hasta HD ile tedavi edilmiştir. 1998 yılında HD merkez sayısı 279 iken 2000 yılında 398'e ulaşmıştır. Yıllara göre; HD makine sayıları ise; 1998 yılında 2845, 2002 yılında 5160 olarak belirtilmektedir (12). Yıllara göre HD hastalarında ölüm zamanlarına bakıldığında 2001 yılında ilk 90 gün içinde % 34,1, 90 günden sonra ölen % 65,9, 2002 yılında ilk 90 gün içinde % 31,0, 90 günden sonra ölen % 69, 2003 yılında ilk 90 gün içinde % 30.7, 90 günden sonra ölen % 69.3 oranında olduğu saptanmıştır (24). 2006 yılında Türk Nefroloji Derneği' nin registry raporlarına göre ülkemizde ilk 90 gün içinde ölen hasta oranı % 23,7 ve 90 gün sonrasında kaybedilen hasta oranı % 76,2 ile toplamda 3143 kişiyi kapsamaktadır (17).

2.2.3. Hemodiyalizin Endikasyonları

Hasta için renal replasman tedavisi uygun görüldüğünde diyalize başlama zamanının belirlenmesi, diyaliz tipinin seçilmesi, vasküler girişin oluşturulması ya da periton boşluğuna ulaşılması, transplantasyona uygunluk ve greft kaynağı bakımından değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Akut diyaliz endikasyonları; akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, hiperpotasemi, hiperkalsemi, hipervolemi, hiperürisemi, hiponatremi, ilaç intoksikasyonu, hiperfosfatemi, metabolikasidoz, metabolik alkaloz şeklinde sıralanabilir (12,16,25).

Kronik böbrek yetmezliğinde diyalize başlamak için kesin endikasyonlar; üremik perikardit, üremik ensefelopati veya nöropati, pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye cevapsız hipervolemi, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, üremik kanamalar, sık bulantı, kusma halsizlik, kreatinin düzeyi>12mg/dl ve BUN>100mg/dl (Kan üre azotu)

olan, akut psikoz ve malnütrisyon vakaları şeklinde sıralanabilir. Rölatif endikasyonlar ise; hafızada ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar, erken periferik nöropati, diüretiklere yanıtız periferik ödem, inatçı kaşıntı, serum kalsiyum ve fosfor düzeyinin iyi kontrol edilememesi, eritropoetin tedavisine dirençli anemi ve çeşitli durumlarda uygun peritonun bulunamaması şeklinde sıralanabilir (12,16,25).

2.2.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları

- ✓ Alzheimer hastaları
- ✓ Beyinde multiple infarktların olması nedeniyle şuuru iyi olmayan hastalar
- ✓ Hepatorenal sendromlu hastalar ve siroza bağılı ilerlemiş ensefalopatisi olan hastalar
- ✓ İleri evre kanser (multiple miyelom hariç) hastaları
- ✓ İleri yaşa bağılı mental problemler/ve uygulamanın yarar sağlamayacağı bilinen hasta grupları (örn; premortem gruplar)
- ✓ HD uygulamasını kabul etmeyen hastalar için HD tedavisi kontrendikedir (12,16,25)

2.2.5. Hemodiyalizde Klinik Problemler

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliğı hastaları için hayat kurtarıcı bir tedavidir. Buna karşılık, HD tedavisindeki gelişmelere rağmen göz ardı edilmeyecek sıklıkla ve hayatı tehdit edebilecek derecede önemli komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Arteriyel hipotansiyon, ateroskleroz, perikardit, kalp yetmezliğı, anemi, lökosit sayısında azalma, trombosit fonksiyonlarında bozulma, üremik ensefalopati, serebrovasküler olay, disequilibrium sendromu, konstipasyon, idrar yolları enfeksiyonu, karaciğer enfeksiyonları, vasküler giriş yolu enfeksiyonları, tüberküloz, menoraji, tiroid bozuklukları ve hipofizogonadal değışiklikler, glikoza tahammülsüzlük, hiperlipidemi, vitamin yetersizliğı, kramp, baş ağrısı, hemoliz, hava embolisi, kaşıntı, bulantı, kusma, metastatik ve yumuşak doku kalsifikasyonları, amiloidozis, ateş, konvülsiyon, seksüel disfonksiyon, alüminyum toksititesi, diyalizer reaksiyonları, sıvı-elektrolit

metabolizması bozuklukları, kompleman aktivasyonu ve psikolojik problemler hemodiyalizde sık karşılaşılan sorunların başında gelmektedir (1,14,26). Özetle; hemodiyalizin birçok komplikasyonu mevcuttur. Komplikasyonların gelişmeden önlenmesi çok önemlidir.

2.2.6. Hemodiyalizde Hemşirelik Yaklaşımları

Kronik böbrek yetmezliği hastalarda fiziksel, psikolojik ve sosyal kayıplara yol açan, yaşamı tehdit eden, kötü seyirli bir hastalıktır. Kronik bir hastalığa uyum gösterirken, hastalığın ve tedavinin özellikleri önemli rol oynar. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha da zordur (27).

HD kronik böbrek yetmezlikli hastaların yaşamlarını sürdürmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir. Ancak HD tedavisi hastanın sürekli hastane ortamında hastaya makineye ve sağlık personeline bağımlı olması nedeniyle, hastanın iş, aile ve sosyal yaşantısında da kısıtlamalara yol açmaktadır (28).

Bu süreçte hemşire hasta ile en çok iletişime geçen ve hastayı en çok gözlemleyen sağlık personelidir. Dolayısıyla hemşireye hasta bakımında büyük görev düşmektedir Hemşire fiziksel ve psikolojik iyilik haline ulaşmasında kendi bakımını üstlenmesinde hastanın gereksinimlerini belirleyen, hastaya yardımcı olan, hastayı eğiten ve yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan hemşirelik bakımını üstlenmektedir. HD hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğu ve sosyodemografik ve psikolojik özelliklerin tedaviye uyumu etkilediği bildirilmiştir (29). Hemşire, hastanın tekrar kontrolünü kazanmasını sağlamak için empatik bir yaklaşım göstererek stresi azaltmalıdır. Sağlık ekibi içerisinde rol ana hemşireler farklı gereksinimleri olan hastalara kaliteli tedavi ve bakım, eğitim ve destek hizmeti sunmalıdır (30).

2.2.6.1 Arteriovenöz fistül bakımı

HD için damar giriş yollarından biri arteriovenöz fistüldür ve AVF, HD için güvenli ve uygun ilk tercih edilen bir girişim yoludur. AVF' ler diğer HD damar giriş

yollarına göre daha uzun ömürlüdür ve enfeksiyona yatkınlık daha azdır. Başarılı bir fistül diyalizi destekleyecek nitelikte (min 400ml/dak) kan akımına sahip olmalıdır. AVF tekrarlayan kanülyasyona izin verecek kadar olgunlaşma göstermelidir. Kolay kanülyasyon için düz segmentli ve deri yüzeyinin 0,5–1 cm altında lokalize olmalıdır. Sağlık ekibi gereken önemi göstermelidir.

- ✓ Her hasta fistülün çalıştığını kontrol etmelidir. Fistülde titreşim azaldığında veya kaybolduğunda doktorunu başvurmalıdır.
- ✓ Fistüllü kolun temizliğine önem vermelidir. Diyaliz günü sabahı kolunu sabunla iyice yıkamalıdır.
- ✓ Fistül hemşire tarafından kullanılırken iğne girişleri değiştirilmelidir. Bu iğnenin yaptığı hasarın düzelmesi için süre sağlayacağı için fistülün uzun süre kullanılmasını sağlar. Hemşiresine iğne girişlerinin değişmesi konusunda destek vermelidir. Merdiven tekniği kullanılmalıdır.
- ✓ Doktorunun önerdiği şekilde fistüllü kol ile egzersiz yapmalıdır.
- ✓ Aşırı tansiyon düşmesinden sakınmalıdır. Bayılma, baş dönmesi veya düşme sonrası fistülünü kontrol etmelidir.
- ✓ Fistüllü kolundan tansiyon ölçtürmemelidir.
- ✓ Fistüllü koldaki damarlar ilaç verilmesi, serum takılması ve kan alınması için kullanılmamalıdır.
- ✓ Kolunu sıkı kıyafetler giymemelidir, fistüllü kol üzerine yatmamalıdır, fistüllü kol ile çok ağır işler yapmamalıdır.
- ✓ Kesici ve delici aletler kullanırken çok dikkatli olmalıdır. Kolunu her türlü travmadan korumalıdır. Çünkü fistüllü kolunu yönelik bir kesi veya çarpmada aşırı kanamalar oluşabilir. Kanama durumunda kanama üzerine baskı uygulayarak en yakın hastaneye başvurmalıdır.
- ✓ Fistülün açılmasından kullanımına kadar en az 1 ay geçmelidir.
- ✓ Fistül için uygun olmayan hastalarda diyaliz grefti diyaliz ihtiyacından 3–6 hafta önce yerleştirilmelidir. Ancak bazı yeni greft materyallerinin yerleştirilmesinden sonra hasta greftten hemodiyalize alınabilir (1,19,23,31). AVF ve greft bakımı aynıdır.

2.2.6.2 Katater bakımı

- ✓ Böbrek yetmezliği olan hastalarda acil HD ihtiyacı için geçici HD kataterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Geçici HD kataterlerinin kullanımı yüksek komplikasyon oranını beraberinde getirir. Bunlardan biride enfeksiyondur. Enfeksiyonu önlemek adına katater bakımı önemlidir.
- ✓ Katater kapakları ve kan hattı konnektörleri 3-5 dk povidone-iodine içinde tutulmalı ve kurumasına izin verilmelidir.
- ✓ Katater lümenleri steril tutulmalıdır.
- ✓ Kontaminasyonu önlemek için lümen ve katater ucu hiçbir zaman havayla temas etmemelidir. Kapak yada konnektör uçla uç kapalı tutulurken konnektorlerin altında steril bir alan bulunmalıdır.
- ✓ Katater kapağının açılması ve kan akımına ulaşılması ile ilgili tüm işlemlerde hasta cerrahi maske takmalıdır ve diyaliz çalışanları eldiven ve cerrahi maske takmalıdır.
- ✓ Geçici kataterler için çıkış yerine %2 lik mupirosin uygulanması %10 povidon iodin merhemi uygulanması bakteriyemi oranını düşürmektedir. Çıkış yeri kontrol edilmeli, pansumanları yenileriyle değiştirilmelidir (31).

2.2.6.3. Kardiyovasküler korunma

Son yıllarda yapılmış olan çok merkezli HD çalışmasında HD hastalarının %80' ininde diyalizin başlangıcında kalp hastalığı bulunmuş; iskemik kalp hastalığı % 39, konjestif kalp yetmezliği % 4, aritmi % 31 ve diğer kalp hastalıkları % 63 oranında tespit edilmiştir. Tüm ölümlerin % 39,4' ü kardiyak nedenlere bağlı olarak gelişmiş; kardiyak ölümlerin % 61,5' i ve hospitalizasyonların % 42,7' si iskemik kalp hastalığı kaynaklı bulunmuştur (32).

Kronik böbrek hastalığı olanlarda kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklanan morbidite ve mortalite riski çok yüksektir. Anemi, kardiyovaskuler mortalite ve morbiditenin artmasına sebep olmaktadır. HD hastalarında eritropoez

uyarıcı ajanlarla tedavi ile aneminin düzeltilmesinin mortalite ve kardiyovasküler hastalık göstergeleri ve renal progresyonu üzerine olumlu etkileri kanıtlanmıştır (33).

- ✓ Sıkı kan basıncı ve volüm kontrolü sağlanmalıdır.
- ✓ Kardiyovasküler mortaliteyi artırdığından anemi kontrol altına alınmalıdır (32).
- ✓ Düzenli aerobik egzersiz programları uygulanmalıdır. Egzersizlerin yararları;
- ✓ Uzun vadede kan basıncında azalma
- ✓ Lipid profilinde düzelme
- ✓ Stres ve anksiyetede azalma
- ✓ Depresyonda azalma
- ✓ Kardiyovasküler ve periferik kas kondüsyonunda düzelme
- ✓ İlerleyen yaşın ve sedanter hayatın eşlik ettiği bazı fizyolojik değişiklikleri azaltma, iyilik halinde artış sağlar. Diyaliz esnasında yapılırsa kaslara olan akan akımı artar ve solütlerin daha iyi temizlenmesi sağlanır (15).

Sol ventrikül hipertrofisi (SVH), HD hastalarında yaşam süresini etkileyen parametrelerden birisidir ve erken ölüm, kardiyak olaylar, diyaliz hipotansiyonu ve aritmilerle birlikte. HD hastalarında hipertansiyon, sıvı birikimi, anemi koroner arter hastalığı, myokardiyal kalsifikasyon, üremi, malnütrisyon ve sistemik hastalıklar gibi nedenlerle sol ventrikül bozukluğu gelişir (14). Kronik ventrikül boşluğu genişlemesine hipertrofik yanıt, muhtemelen hiperparatiroidizm veya D vitamini eksikliğinden dolayı yetersiz olabilir. SVH, diyaliz hastalarında yaşam süresinin koroner arter hastalığından daha önemli bir belirleyicisidir ve tedaviye iyi yanıt verir (14,32). Ayrıca son yıllarda diyaliz hastalarında, özellikle koroner arterler ve aorta gibi hayati organlarda da yüksek sıklıkta ve şiddette vasküler kalsifikasyon bildirilmiş ve bu hastalarda artmış kardiyovasküler mortaliteyle ilişkili bulunmuştur (35).

Sigara mutlaka bırakılmalıdır. Ciddi kronik akciğer hastalığı olanlarda by-pass operasyonu anjioplasti ve stent uygulamasına tercih edilmelidir. Kan basıncı kontrol altında olmak kaydıyla hastalara 100mg/gün aspirin verilebilir (kanama riski taşır). Hastada hipovolemi belirtileri varsa oral veya IV sıvı verilmelidir. Anemi önlenmelidir, yüksek debili AVF ve greftler onarılmalıdır. Hipervolemi belirtileri gösteriyorsa tuzsuz diyet önerilmeli, düşük sodyumlu diyalizat kullanılmalı, uzun süreli 3 gün veya kısa süreli 6 gün ultrafiltrasyon uygulanmalıdır (34).

2.2.6.4 Renalosteodistrofinin önlenmesi

Renal osteodistrofi üremik hastalarda yüksek döngülü veya düşük döngülü kemik hastalığı ya da her ikisinin varlığı ile karakterize ağır bir iskelet hastalığıdır. Paratiroid hücre proliferasyonu üremi tarafından tetiklenir ve hipokalsemi, fosfor retansiyonu ve D vitamini eksikliği daha da kolaylaştırır. Böbrek fonksiyonlarının azalmaya başlamasıyla, fosforun renal atılımı azalır, plazma fosforu yükselir, plazma kalsiyum ve kalsitriol düzeyleri düşer. Azalan kalsitriol değerlerine bağlı olarak barsaktan kalsiyum emilimi azalır. Sonuçta PTH (parathormon) üretimi ve sekresyonu için birincil uyarıcı olan hipokalsemi ortaya çıkar. Artan PTH sekresyonuyla fosfor atılımı ve kalsitriol sentezi artırılmaya ve hipokalsemi düzeltilmeye çalışılır. Fosfor ve kalsiyum değerlerini normal sınırlarda tutmanın bedeli olarak hiperparatiroidi karşımıza çıkar (36,37).

Paratiroid hücre proliferasyonu düşük fosforlu diyet, D vitamini analogları ve kalsimimetikler tarafından durdurulabilir. Renal osteodistrofinin engellenmesi için; serum kalsiyum, fosfor ve magnezyum normal sınırlar içinde tutulmalı, sekonder hipertiroidizm ve kemik dışı kalsifikasyonlar engellenmeli, alüminyum toksitesinden kaçınılmalıdır (14,38).

2.2.6.5. Hipotansiyonu önleme

Kan hacminde aşırı azalmaya bağlı hipotansiyon geliştirse diyaliz esnasında vücut sıvı hacminin sabit hızda azaltılması hedeflenmelidir. Ultrafiltrasyon kontrollü diyaliz makinesi kullanılmalıdır, iki diyaliz seansı arasında fazla kilo alınması veya diyaliz seansının süresinin kısa tutulması birim zamanda yapılması gereken ultrafiltrasyon miktarının artmasına yol açar. Yüksek ultrafiltrasyon hızı ise hipotansiyona neden olabilir. Bu nedenle intradiyalitik kilo alımı günde 1 kg' nin üstüne çıkmamalıdır (14).

Yetersiz damar direnci ile ilişkili hipotansiyon tampon madde olarak asetatın kullanımına bağlı olarak gelişebilir. Asetat vazodilatör bir maddedir bazı durumlarda

(kadınlar, diyabetik hastalar, yüksek etkinliği olan diyalizer kullanılırsa hipotansiyona yol açabilir. Tampon madde olarak bikarbonat kullanılırsa hipotansiyonda belirgin düzelme gözlenir (14).

Diyaliz solüsyonu normalde 38°C ısıda tutulur; bu sıcaklık vazodilatasyon ve hipotansiyona neden olabilir. Bu nedenle diyalizat ısısının düşürülmesi (34–36°C) hipotansiyon sıklığını azaltabilir (14).

Gıda alımı splanknik vende genişlemeye yol açarak hipotansiyon nedeni olabilir. Bu etki yaklaşık 2 saat kadar sürer. Diyaliz hipotansiyonu olan hastalarda diyalizden hemen önce veya diyaliz esnasında gıda alımı engellenmelidir.

Doku iskemisi, bazı hastalarda (özellikle hematokrit düzeyi > % 20-25 ise) hipotansiyonu şiddetlendirebilir. Eritropoietin kullanımı ve kan transfüzyonu anemi ile ilişkili hipotansiyon sıklığını azaltmıştır.

Otonomik nöropati özellikle diyabetik hastalarda hipotansiyon nedeni olabilir. Diyaliz öncesi alınan vazodilatör ve antihipertansif ilaçlar diyaliz hipotansiyonuna yol açabilir (14,15,34).

Kalbe ait faktörler diyastolik fonksiyon bozukluğu, kalp hızı ve kasılmasındaki anormallikler de hipotansiyona yol açabilir.

Hasta mümkünse hemen trendelenburg pozisyonuna getirilmelidir. Venöz yoldan 100 ml (gerekirse daha fazla) % 0.9 NaCl(sodyumklorür) solüsyonu hızla verilmeli ve mümkünse ultrafiltrasyon hızı sıfıra indirilmelidir. Hipertonik NaCl, glikoz, mannitol veya albümin solüsyonları da % 0,9'luk NaCl solüsyonuna alternatif olarak kullanılabilir. Ancak hipotansiyon tedavisinde bu solüsyonların % 0.9'luk NaCl solüsyonuna bir üstünlüğü gösterilememiştir. Nazal oksijen yararlı olabilir. Çok şiddetli hipotansiyonu olan veya tedavi ile hipotansiyonu düzeltilemeyen hastalarda kan akım hızı azaltılabilir (1,34).

2.2.6.6. Anemiye önleme

Anemi KRY' nin sık karşılaşılan bir komplikasyonudur. Böbrek fonksiyonlarında azalmayla birlikte artış gösterir. KRY' ye bağlı gelişen aneminin nedenleri; eritropoetin yapımında yetersizlik, karnitin eksikliği, böbrek hastalığına eşlik

eden hastalıklar, oksidatif stres artışı, üremik toksinlere bağlı olarak eritropoezin baskılanması, üremik inhibitörlerin kemik iliğine etkisi, dolaşımdaki eritrositlerin yaşam sürelerinin üremik toksinler nedeni ile kısalması ve eksiklik durumlarıdır (demir, folik asit ve pridoksin eksikliği) (15,19,39).

KRY'li hastalarda menopoz öncesi kadınlarda Hb <13,5 g/dl(Hemoglobin) ve yetişkin erkekler ile menopoz sonrası kadınlarda hemoglobin (Hb) <13.5 g/dl ise veya GFR<30ml/dk olduğunda genellikle anemi vardır (33). Aneminin belirtileri şöyle sıralanabilir; aşırı yorgunluk, güçsüzlük, nefes darlığı, konsantrasyonda düşme, sersemlik, kendini iyi hissetmeme, soğuk intoleransı, baş ağrısı, egzersiz kapasitesinin azalması, hemostatik fonksiyonun bozulması, immun fonksiyon kötüleşmesi, seksüel disfonksiyonun bozulması, doku hipoksisi, vazodilatasyon, kan basıncı düşer, sempatik aktivasyonda artma, renal kan akımında azalma, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, ventrikül çapında artma, plazma volüm artışı, su tuz tutulumunda artış (33).

Hem Avrupa Best Practice Guidelines'da hem de NKF/DOQI kılavuzunda anemi tedavisinde hedef Hb değerlerinin 11-12 g/dl (Hematokrit %33-36) olması önerilmiştir. Çapraz kesitli ve geriye dönük çalışmalar HD hastalarında aneminin, özellikle hemoglobin konsantrasyonu 10mg/dl nin altında olduğunda, yaşam süresinde bir azalma ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ödemelere dayalı geniş bir veri tabanının (US HCFA dosyaları) yeni analizleri hematokrit %33-36'ya yükseldiğinde mortalitenin, hastaneye yatış oranının ve hastanede kalış süresinin azaldığını göstermiştir (1).

Eritropoetin tedavisi böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesi ve toleransını artırmıştır ve anemi tedavisi dışında da iştah artışı kognitif fonksiyonlar ve seksüel fonksiyonlarda düzelme, uzamış kanama zamanını kısaltma, menstruasyon başlaması ve sol ventrikül hipertrofinde gerileme gibi olumlu etkileri de vardır (15).

2.2.6.7. Krambı önleme

Hiponatremi, hipovolemi, karnitin yetersizliği, hipoksi, kuru ağırlığın altına inme kramp nedeni olabilir. Hipotansiyonu önlemeye yönelik önlemler alınmalı,

bölgesel masaj uygulanmalı. Kas kramplarının tedavisinde hipertonic solüsyonlar (10-20 ml, % 23.4'lük NaCl, 3-5 dakika içinde infüzyon veya 50 ml, % 50'lik glikoz veya 100 ml, % 25' lik mannitol) oldukça etkilidir. Hipertonik NaCl diyaliz sonrası susuzluk hissini artırabilir; bu nedenle diyabetik olmayan hastalarda hipertonic glikoz solüsyonu tercih edilmelidir. Nifedipine yararlı olabilir ancak hipotansiyon nedeni ile pratikte kullanımı pek yoktur. Vitamin E tedavisinin (gece yatarken 400 IU) bacak kramplarının sıklığını ve şiddetini azalttığı bildirilmiştir (1,14,34).

2.2.6.8. Sıvı kontrolünün sağlanması

- ✓ Küçük fincan kullanımı, buz küpü kullanımı, hapları yemekle almak,
- ✓ Bilgilenmeyi arttırmak
- ✓ Çorba tarzının sıvı içerikli olduğunu bilmek ve ölçekli sürahi kullanılmak
- ✓ Şekersiz tatlılar ve sakız kullanmak, meyve yemek
- ✓ İlave tuz kullanmamak
- ✓ Pişirirken az tuz kullanma sofrada tuz kullanmama tuzlu yiyecekten kaçınmak
- ✓ Düzenli ağız bakımı yapmak
- ✓ Ağızın yıkamak ve dudaklara koruyucu krem kullanmak (1).

2.2.6.9 Nütrisyonun Düzenlenmesi

Alüminyum bileşikleri ağız kuruluğu yapar. Hiperglisemi, hipertansif hastalarda artmış renin aktivitesi susama isteğini artırır. Sodyum ve su alımını tetikler.

HD hastaları potasyum alımını 40-70 eq/gün arasında sınırlamalıdır. Potasyum kaynakları narenciye, baklagil, patates, kabuklu yemiştir.

Prediyaliz serum fosfor düzeyinin 4,5 - 5 arasında tutulması, diyet tedavisinin temel amacıdır. Son zamanlarda kalsiyum içeren fosfor bağlayıcılar ve D vitamini kullanımı genç kronik HD hastalarında bile koroner arter kalsifikasyonlarına yol açmaktadır.

HD suda eriyen vitaminleri uzaklaştırmaktadır. Böbrek yetmezliğinde de böbreklerin aktif D vitamini yapamaması ile D vitamini eksikliği gelişir. Multivitamin

kompleksleri fosfor ve potasyum tuzu ilaveli olduğundan 1mg folik asit ilaveli B ve C vitamini kullanılabilir. Tat alma duyusu bozukluğu impotans ve hücrel immun sistem anormallikleri çinko eksikliğinden kaynaklansa da HD tedavisinde çinko kullanımı hakkında kesin bilgi yoktur.

L-carnitin, yağ asidi ve enerji metabolizmasında gerekli bir kofaktördür. Hipertrigliseridemi, anemi, bozulmuş kardiyak fonksiyon belirtileri, kas zayıflığı ve krampların tedavisinde kullanılmaktadır (1,14,34).

Malnütrisyon diyaliz hastalarında mortalite ve morbilite belirleyen en önemli faktörlerden birisidir. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda serum albümin düzeyi düşüklüğü ile mortalite ve morbidite arasındaki ilişki açıkça ortaya konulmuştur. HD hastalarında serum albümin düzeyi 4,0 gr/dl'den yüksekse mortalite en azdır, serum albümin düzeyi 3.0gr/dl'den düşükse mortalite çok belirgin olarak artmaktadır (14).

2.2.6.10 Enfeksiyonun engellenmesi

İnfeksiyon, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar arasında önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. HD hastalarında enfeksiyona eğilim nedenleri;

- ✓ Konak immunitésinin bozulması
- ✓ Diyaliz ile ilintili faktörler
- ✓ Bakteriyel virulans şeklinde sıralanabilir.

Malnütrisyon, eser element eksikleri, demir yüklenmesi, bozulmuş glikoz intoleransı, hiperparatiroidizm, diyaliz ve retansiyona uğrayan üremik solütler nedeni ile konak immunitésini bozulmuştur. Bu nedenle diyaliz hastalarında nötrofil ve monosit disfonksiyonu, bozulmuş T hücre aktivasyonu ve bozulmuş humoral yanıt görülür. Damar giriş yolu ile ilintili enfeksiyonlarda primer risk faktörü, damar giriş yolu tipidir. Kataterlerde enfeksiyon riski en yüksek AVF'lerde en azdır. Bakteriyemi rölatif riski, kataterde AVF ye oranla 7 kat daha fazla olarak görülmektedir. Kataterin yerleşim yeri de enfeksiyonu etkiler internal juguler kataterlerde 3 hafta sonra bakteriyemi görülme riski %5 iken femoral kataterlerde 1 hafta sonra bakteriyemi görülme oranı %11dir (40).

HD hastalarında mutlaka yapılması gereken aşılarda; hepatit B aşısı, pnömokoksik polisakkarid aşısı, grip aşısıdır. HD hastalarında isteğe bağlı yapılan aşılarda; MMR aşısı,

su çiçeği aşısı, DTB (difteri, tetanos, boğmaca) aşısı, inaktif çocuk felci aşısı, hemafilus influenza, tip B konjuge aşısı, hepatit A aşısıdır (41).

2.2.6.11 Cinsel disfonksiyon

Diyaliz hastaları iyi olmayan yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon nedeniyle cinsel birleşmeden kaçınır. Erkek hastalarda penil vasküler bozulmanın patofizyolojisi böbrek yetersizliği ile ortaya çıkan atreosklerozdur. Kadınlarda yorgunluk cinsel ilişkiden kaçınmanın en önemli sebeplerindendir. Erkek hastaların % 65' inde ereksiyon ve devamında kadın hastaların % 55' inde orgazm sorunu ve %50' sinde amenore mevcuttur. Her iki cinsteki hastalarda cinsel ilişkinin sıklığı, üremik olmadan önceki döneme göre çok azalmıştır. SDBY hastalarında disfonksiyona yaklaşım; cinsel aktivitede memnuniyet düzeni, cinsel ilişki sıklığı disfonksiyonun spesifik semptomlarını varlığı, depresyon, anksiyete yaşam tarzı, evlilikte uyumsuzluklar, yetersizlik korkusu, erkekte çinko defisiti, testesteron eksikliği, PTH fazlalığı, periferik damar hastalığı, ilaçlar cinsel disfonksiyona neden olurken, kadında; östrojen eksikliği, testesteron fazlalığı, ilaçlar cinsel disfonksiyona neden olur. Tedavide psikolojik danışmanlık, antidepressanlar, cinsel danışmanlık, çinko, testesteron östrojen, bromokriptin takviyeleri, kalsiyum ve D vitamini tedavilerinde değişiklikler yapılması, sildenafil, intraüretral vazodilatör, enjeksiyonlar, penil protezler kullanılması önerilir (13,42,43).

2.3. DEPRESYON İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.3.1. Depresyonun Tanımı, Önemi

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (56).

Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (56).

Diyaliz hastaları oldukça anormal bir hayat sürer. Diyaliz hastaları diğer stresler yanında kendilerini sürekli olarak bir işleme, bir tıbbi merkeze veya bir grup sağlık personeline esir gibi bağlanmış durumda hissederler. Tıbbi nedenlerle hastaneye yatırılan son dönem böbrek yetersizlikli hastaların yaklaşık %10'unda psikiyatrik bir bozukluk vardır. Diyaliz hastalarında karşılaşılan en önemli sorunlar depresyon demans, ilaç ve akol ile ilişkili bozukluklar, anksiyete ve kişilik problemleridir. SDBY'li hastalarda ara sıra psikotik bozukluklar da saptanabilir. Uyumsuz davranışlar hastalar ve onlara bakım sağlayanlar için problem oluşturabilir. İş veya rehabilitasyon ile ilgili zorluklar hem hasta hem de tıbbi personel için benzer derecede sıkıntı konusudur. Depresyon bulguları arasında sürekli depresif bir kişilik, halinden hoşnutsuz olma, güvensizlik ve ümitsizlik duygusu vardır. Uyku bozukluğu, iştah ve kilo durumunda değişiklikler, ağız kuruluğu ve kabızlık, seksüel ilgi ve iktidarda azalma gibi fiziksel yakınmalar da nadir değildir; ancak gerekli tıbbi araştırmalar yapılmadan fiziksel belirti veya bulgular hemen psikolojik etkilere bağlanmamalıdır (53,57,58,59).

Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda üremiye bağlı cilt, kemik, gastrointestinal sistem, sinir sistemi, sıvı elektrolit dengesizlikleri sonucu oluşan değişiklikler hastanın beden imajını etkiler. Bozulan beden imajı, bağımlılık-bağımsızlık çatışması, her gün ölüm korkusu gibi sorunları da beraberinde getirir. Bozulmuş beden imajı ve özgüven kaybı KRY' li hastalardaki psikolojik sorunların temelini oluşturmaktadır (60,61).

Depresyon kişilerin mesleki başarısını düşürmekte ve iş kayıplarına; cinsel bozukluklara yol açarak evlilik sorunlarına; kişinin durumun etkisinden kurtulmak, kendini rahatlatmak için alkol ve uyuşturucu maddelere yönelmesi sonucu trafik kazalarına, kavga ve suça yönelme durumlarına, ruh sağlığı bozuk çocuklar ve sonuçta ruh sağlığı bozuk bir toplum olmamıza yol açabilmektedir.

2.3.2.Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Varlığı

Kronik renal yetmezlik nedeni ile HD tedavisi uygulanan hastalarda normal sağlıklı bireylere göre depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğüne ilişkin bir çok çalışma bulunmaktadır (51,53,54). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar sosyal yaşam, fiziksel aktivitedeki sınırlılıklar gibi, yaşam stili ve yaşam kalitelerinde pek çok ciddi yıkıma maruz kalırlar. Bunlardan bir kısmı zorunlu olarak gerekli olan HD tedavisidir. Hemodiyalize giren hastalarında fiziksel, sosyal ve cinsel kayıp söz konusudur. En önemli kayıp; böbreğin kaybı yani fiziksel kayıptır. Aile içindeki rol ya da toplumsal rol kaybı da söz konusudur (53). HD hastalarındaki depresyon belirtileri; sürekli depresif mizaç, intihar düşüncesi, dikkati toplayamama, benlik değeri düşüklüğü ve ümitsizlik hisleridir. Yaklaşık her 500 diyaliz hastasından biri intihar eder. Başarısız intihar girişimleri daha sık olup bu risk daima akılda tutulmalıdır. Çok sayıda diyaliz hastasının ölümü intihar eğilimi ile ilgili olarak tedaviye uyumsuzluğa bağlıdır (62). Mittal ve arkadaşları. HD hastalarının kendilerini genel popülasyona ve başka kronik hastalığı olanlara göre fiziksel ve mental açıdan daha yetersiz hissettiklerini bildirmektedir (63).

Hemodiyalizde somatik problemler ve psikosomatik problemler, eklem ağrıları, baş ağrısı, uykusuzluk, diyet kısıtlamasından doğan stres, susuzluk, kızgınlık, sinirlilik ve depresif görünüm sık görülmektedir. Fiziksel performans, cinsel yaşam ve ekonomik durum gibi yaşam ölçütlerinde HD hastalarının doyuma ulaşamadıkları gözlenmiştir. Ayrıca KRY hastalarının aile içindeki rollerini tam olarak yerine getirememelerine bağlı ruhsal ve fiziksel doyumsuzluklar, ekonomik güçte olası gerilemeler hastalarda anksiyete ve depresyonun kökeni olarak kabul edilebilir (64).

Cimilli HD hastalarında diyalize bağlı kayıpları; fiziksel işlev kaybı, ekonomik güvence kaybı ve aile düzeni bozulması olarak 3 başlık altında toplamış ve diyalizde gelişebilecek psikiyatrik sorunları da organik mental problemler (diyalitik denge bozukluğu, kognitif bozukluk, diyalitik ensefolapati), anksiyete, depresyon ve intihar ve cinsel işlev kaybı olarak aktarmıştır (60).

Diyaliz hastalarında uyku bozuklukları oldukça sıktır. Uyku bozuklukları zihinsel aktivitelerde azalmaya yol açabilir. Bu hastaların uykuya dalma ve uykuda

kalabilme zorlukları olabilir. Hastalar çoğunlukla geceleri belirgin bir neden olmadan sık olarak uyanmaktan şikâyet ederler. HD hastalarında uykuya dalmama, sık uyanma, uykuyu sürdürmemeye ve huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozuklukları sıklıkla görülmektedir. Kronik hastalıklarına eklenen bu sorunlar HD hastalarının fonksiyonel yaşantılarını ve hayat kalitelerini daha da düşürmektedir (62.63).

2.4. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır (44,45).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini "Hedefleri, beklentileri, standartları ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütün içinde algılama biçimi" olarak tanımlar. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQOL), ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir (46).

- ✓ Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.
- ✓ Hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır.
- ✓ Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanmasıdır.
- ✓ Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

- ✓ Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (44).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Yaşam kalitesi çok boyutlu ve kapsamlı bir kavramdır. Ferrans ve arkadaşlarına göre yaşam kalitesinin içerdiği boyutlar şunlardır:

- 1- Psikolojik/Emosyonel Esenlik alanı: Yaşamdan doyum bulma, yaralılık beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygulardır.
- 2- Fiziksel Esenlik Alanı: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri yeme, iştah, zindelik/güçlülük, seks, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ile tanı ve tedavi sonucudur.
- 3- Sosyal ve Bireysel Esenlik Alanı: Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlardır.
- 4- Finansal ve Maddi Esenlik Alanı: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir (47).

2.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

HD başarılı bir transplantasyon gerçekleşmediği sürece yaşam boyu sürekliliği olan bir yöntemdir. SDBY tedavisinde iki faktör ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri hastaların yaşam süresini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Böbrek yetmezliğindeki progresyonla birlikte hastalar günlük yaşamlarını etkileyen semptomlara daha sık maruz kalmaktadır (7).

Otuz kırk yıl önce, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar günler ve haftalar içinde kaybedilirdi. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış, daha sonrada yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır. Kronik böbrek yetmezliği medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve

geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılar da bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesinin artmasına katkıda bulunmuştur (14).

HD hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması için yeterli diyaliz tedavisi ve uygun ilaç tedavisi sağlanmalı, hastaya eğitim uygulanmalı ve psikosozyal yönden destek sağlanmalıdır (19).

Renal replasman tedavileri (RRT) hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen değişiklikleri kısmen düzeltmektedir. Ama renal replasman tedavisinde artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastalarının morbidite ve mortalitesi hala yüksektir. SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile mortalite ve morbiditenin arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır (48). HD hastalarının yaşam sürelerinin kısalığı ve yaşam kalitelerinin düşüklüğü göz önünde bulundurulursa hastaların yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerine yoğunlaşılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

HD kısa vadede fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık anlayışında bozulmaya neden olurken; uzun dönemde fiziksel işlevlikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır. HD hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında hemoglobin düzeyi, Kt/V oranı, diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti ve böbrek dışı ek hastalıkların yanı sıra aleksitimi düzeyi sayılmaktadır (49,50).

Kronik böbrek yetmezliğinin kötü prognozu, depresyon ve intihar, yeti yitimi, bilişsel ve psikosozyal süreçte değişimler, diyet ve sıvı kısıtlanması, ölüm korkusu, transplantasyon bekleme sürecinin belirsizliği, yaşamsal bir organın faaliyet gösterememesi, geleceğe yönelik planlarının önemini kaybetmesi, uzun süreli ve sık hospitalizasyon, sosyal destek yetersizliği, baş etme zorlukları, ekonomik güçlükler, komorbidite, hastalığın şiddeti, ilaçların yan etkileri yaşam kalitesini bozan en temel etkenlerdendir. Birçok çalışmada HD hastalarının yaşam kalitesi sağlıklı insanlara göre daha düşük ve hastalar sağlıklı kişilere göre daha depresif bulunmuştur (51,52,53,54,55).

III GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma HD hastalarının depresyon sıklığını ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama Hastanesi ile Özel Onvak Eskişehir Hastanesi, Özel Eskişehir Yaşam Diyaliz Merkezi, Özel Eskişehir Anadolu Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet hastanesinde ve hemodiyalize giren hastaların ev ortamlarında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Bu araştırma 2007 yılı Mart ayında Eskişehir Sağlık Müdürlüğü' de kayıtlı olan toplam 492 hastanın adres bilgileri ve idari izinleri alındıktan sonra başlamış ve veriler 04.03.2007–15.02.2008 tarihleri arasında toplanmıştır (EK-1)

3.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışmanın evrenini, 2007 yılında Eskişehir Sağlık Müdürlüğü' de kayıtlı olan T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama Hastanesi ile Özel Onvak Eskişehir Hastanesi, Özel Eskişehir Yaşam Diyaliz Merkezi, Özel Eskişehir Anadolu Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet hastanesinde HD tedavisi gören toplam 492 hastanın tümü oluşturmuştur.

3.5.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Verilerin toplandığı 04.03.2007–15.02.2008 tarihleri arasında, Eskişehir ilinde hemodiyalize giren ve örneklem ölçütlerine uyan hastalar arasından çalışma hakkında bilgi verilen ve çalışmaya katılmaya gönül toplam 294 HD hastası örnekleme oluşturmuştur. Örneklem grubu oluşturulurken hastaların:

- Söylenenleri anlayabilmesi
- 1 aydan uzun süredir HD tedavisi görmekte olması
- 18 yaşın üzerinde olması
- İletişim sorunu olmaması
- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş çalışmayı kabul eden hastalar olması sağlandı.

3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1.Sağlık Müdürlüğü İzin Formu(Ek-1)

3.6.2.Hasta Tanıtım Formu(Ek-2)

Hastaların sosyodemografik özellikleri yanında HD durumunu belirlemeye yönelik toplam 30 sorudan oluşan anket formudur.

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği(Ek-3)

Beck Depresyon Ölçeği (BDE), depresyon riskini belirlemeyi ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlayan ölçektir. Beck Depresyon Ölçeği (BDE), toplam 21 maddeden oluşan ve bireyin kendini değerlendirmesine yönelik dördümlü likert tipi sorulardan oluşan bir ölçek olup, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. BDE'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (66,67). Ölçeğin alt grupları şunlardır; 1-Duygu-durum, 2-Karamsarlık, 3-Başarısızlık duygusu, 4-Neşesizlik, 5-Suçluluk duyguları, 6-

Cezalandırma duygusu, 7-Kendini beğenmeme, 8-Kendini suçlama, 9-İntihar isteği, 10-Ağlama, 11-Sinirlilik, 12-Sosyal geri çekilme, 13-Kararsızlık, 14-Beden imajının değişmesi, 15-Çalışmama, 16-Uyku bozukluğu, 17-Yorgunluk, 18-İştahsızlık, 19-Kilo kaybı, 20-Somatik yakınmalar, 21-Libido kaybı. Bu alt gruplardan 11'i bilişsel, 2' si duygusal, 2' si açıkça görülen davranışlar, 1' i kişisel arası sorunlar ve 5' i somatik semptomları ölçmektedir. Depresyon tanısı için puan dağılımları; 11-17arasında alınan puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 arasında alınan puan orta düzeyde depresyonu, 30-63 arasında alınan puan ise, şiddetli düzeyde depresyon olduğunu gösterecek şekilde belirlenmiştir (66,67).

3.6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-4)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, bireysel değerlendirmede, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir ölçektir. SF-36 'nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (68). SF-36 ölçeği, 36 maddeden oluşan ve sağlık alanında 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. Ölçeğin en belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesidir. Sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmek için soru içermemesidir. SF-36 diyaliz gruplarında da kullanılmış ve uygulanmasının yararlı olduğu belirtilmiştir. Bu ölçekteki yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir (68).

3.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

HD hastaları ile yüz yüze görüşülmüştür. Hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Hasta Bilgilendirme ve Hasta Rıza

Formu imzalatılmıştır. “Hasta Tanıtım Formu”nu dolduran hastalara, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanmıştır.

3.8.DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ

Araştırmacı tarafından toplanan verilerin istatistiksel analizi SPSS 13,0 paket programı ile yapılmıştır. SF-36 alan puanları ve depresyon puanları ile yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, hastalık süresi gibi değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir. Uygulanan istatistiksel testler ; normalite testleri, One Way Analysis of Variance on Ranks, İndependent Samples ve Chi-Square, Post-Hoc, Pearson Correlations testleridir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

IV. BULGULAR

Çalışmamızda yer alan vakaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; olguların % 45,9’ u kadın (n=135) ve % 54,1 i erkekti (n=159). Olguların % 10,8’ i (n=32) 19–35, % 29’ u (n=85) 36–52, % 40,4’ ü (n=119) 53–69 yaş arasında ve % 19,8’ i (n=58) 70 yaş üzerindedir. HD hastalarının ortalama yaşı $55,89 \pm .88$ di. Araştırmaya katılan olguların % 8,8’ inin (n=26) okur-yazar olmadığı, % 70’ inin (n=206) ilköğretim, % 14’ ünün (n=41) lise, % 7,2’ sinin (n=21) üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Olguların % 88,5’ i (n=260) evli, % 11,5’ i (n=34) bekâr veya boşanmıştı. Olguların % 88,4’ ünün (n=260) çalışmadığı (n=34) ve % 11,5’ inin (n=34) çalıştığı belirlendi. Vakalarımızın % 62,2’ si (n=183) 1 ay–59 ay, % 25,5’ i (n=75) 5–10 yıl ve % 12,3’ ü (n=36) 10 yıl ve üzerinde HD tedavisi almaktaydı.

Çalışma kapsamına alınan vakaların depresyon durumuna göre dağılımı Tablo 1’ de verildi. Buna göre; vakaların %54,4’ ünde (n=160) depresyon şüphesi saptanırken, %45,5’ inde (n=134) depresyon şüphesine rastlanmadı. Araştırmamızda vakaların depresyon ölçeği puan ortalaması $12,98 \pm 8,44$ olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Vakaların Depresyon Durumuna Göre Dağılımı

Depresyon durumu	n (294)	%
Depresyon şüphesi var	160	54,42
Depresyon şüphesi yok	134	45,57

Tablo 2’ de araştırma grubunun cinsiyete göre depresyon durumlarının dağılımı verildi. Buna göre; kadın olguların (N=135) % 62,3’ ünün (N=84) depresyon şüphesi gösterdiği, % 37,7’ sinin (N=51) depresyon şüphesi göstermediği saptandı. Erkek vakaların (N=159), % 47,7’ sinin (N=76) depresyon şüphesi gösterdiği, % 52,3’ ünün (N=83) depresyon şüphesi göstermediği bulgulandı. Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastaların depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$)(Tablo 2).

Tablo 2: Vakaların Cinsiyete Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Depresyon var		Depresyon yok		Toplam		İst.Analiz
	n (160)	%	n (134)	%	n	%	
Kadın	84	62,3	51	37,7	135	45,9	$X^2=6,103$ $p=,003^{**}$
Erkek	76	47,7	83	52,3	159	54,1	
Toplam	160	54,4	134	45,6	294	100	

Çalışmamızda vakalarımızın yaşa göre depresyon durumu dağılımı Tablo 3’ te verildi. Buna göre; olguların çoğu 53–69 yaş grubunda toplandı. 19–35 yaş grubunda yer alan 32 (%10,8) hastanın % 43,75’ inde(n=14), 36–52 yaş grubunda yer alan 85 (%29) hastanın %45,8’ inde (n=39), 53–69 yaş grubunda yer alan 119 (%40,4) hastanın % 53,7’ sinde (n=64), 70ve üstü yaş grubunda yer alan 58 (%19,8) hastanın %74,2’ sinde (n=43), depresyon şüphesi bulunduğu saptandı. Depresyon şüphesi taşımayan vakaların 18’i (%56,25)19–35 yaş, 46’sı (%54,2) 36–52 yaş, 55’ i (%46,3) 53–69 yaş,

15'i (%25,8) 70 yaş üzeri grupta yer almıştır.. Yaşa göre depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. 36–52 ve 53–69 yaş grubundaki hastalar ile 70 yaş üzerindeki hastaların depresyon durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,01$). Diğer yaş grupları arasında depresyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Vakaların Yaşa Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Depresyon var	Depresyon yok	Toplam		İst. Analiz
19–35	14 (%43,75)	18 (%56,25)	32	10,8	X ² =184.308 p= ,004**
36–52	39 (%45,8)	46 (%54,2)	85	29	
53–69	64 (%53,7)	55 (%46,3)	119	40,4	
70+	43 (%74,2)	15 (%25,8)	58	19,8	
Toplam	160	134	294	100	

Tablo 4' de vakaların öğrenim durumuna göre depresyon durumlarının dağılımı verildi. Buna göre; okur-yazar olmayan grupta yer alan 26 (%8,8) hastanın %80,7' sinde (n=21), ilköğretim mezunu olan 206 (%70)hastanın % 56,4' ünde(n=116), lise mezunu olan 41 (%14)hastanın % 39.1' inde(n=16), üniversite mezunu olan 21 (%7,2) hastanın %66,7' sinde (n=7), depresyon şüphesi bulunduğu saptandı. Depresyon şüpheleri taşımayan vakaların %19,3' si (n=5) okur-yazar değil, %43,6' sı(n=90) ilköğretim mezunu, %60,9' u (n=25) lise mezunu, %33,3' ü (n=14) üniversite mezunu olarak belirlendi. Araştırma grubunun öğrenim düzeyleri ile depresyon durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olmayan grup ile lise mezunu ve üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Depresyon durumuna göre diğer gruplar arasında fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Vakaların Öğrenim Durumuna Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Öğrenim Düzeyleri	Depresyon var	Depresyon yok	Toplam		İst. Analiz
Okur-yazar değil	21 (%80,7)	5 (%19,3)	26	8,8	X ² =99,197 p= ,001**
İlköğretim	116 (%56,4)	90 (%43,6)	206	70	
Lise	16 (%39,1)	25 (%60,9)	41	14	
Üniversite	7 (%66,7)	14 (%33,3)	21	7,2	
Toplam	160	134	294	100	

Tablo 5 incelendiğinde; bekâr veya boşanmış olguların (n=34) % 47' sinin (n=16) depresyon şüphesi gösterdiği, % 53' ünün (n=18) depresyon şüphesi göstermediği saptandı. Evli vakaların (n=260), % 55,4' ünün (n=144) depresyon şüphesi gösterdiği, % 44,6' sının (n=116) depresyon şüphesi göstermediği bulguları. Vakaların medeni durumlarına göre depresyon durumları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05)(Tablo 5).

Tablo 5: Vakaların Medeni Duruma Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Medeni Durum	Depresyon var		Depresyon yok		Toplam		İst. Analiz
Bekâr-Boşanmış	16	47	18	53	34	11,5	X ² =.837 p= ,361
Evli	144	55,4	116	44,6	260	88,5	
Toplam	160	54,4	134	45,6	294	100	

Tablo 6' ya göre; çalışan olguların (N=34) % 32,3' ünün (N=11) depresyon şüphesi gösterdiği, % 67,7' sinin (N=23) depresyon şüphesi göstermediği saptandı. Çalışmayan vakaların (N=260), % 57,3' ünün (N=149) depresyon şüphesi gösterdiği, % 42,7' sinin (N=111) depresyon şüphesi göstermediği bulguları. Çalışan ile çalışmayan vakaların depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,01) (Tablo 6).

Tablo 6: Vakaların Çalışma Durumuna Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	Depresyon var		Depresyon yok		Toplam		İst.Analiz X ² =81.967 p= ,006**
Çalışan	11	32,3	23	67,7	34	11,5	
Çalışmayan	149	57,3	111	42,7	260	88,5	
Toplam	160	54,4	134	45,6	294	100	

Tablo 7’ de vakaların diyalize giriş süresine göre depresyon durumlarının dağılımı incelendiğinde; diyalize giriş süresi; 1–59 ay olan 183 (%62,2) hastanın 78 (%42,6) ‘inde, 5–10 yıl olan 75 (%25,5)hastanın 42 (%56)’ sinde, 10 yılın üzerinde olan 36 (%12,3)hastanın 14 (%38,8)’ ünde, depresyon şüphesi saptanmadı. Diyalize giriş süresi; 1 ay–5 yıl olan 183 hastanın %57,3’ünde (n=105), 5–10 yıl olan 75 hastanın %44’ ünde (n=33), 10 yılın üzerinde olan 36 hastanın %61,1’ inde(n=22), depresyon şüphesi saptanmadı. Vakaların diyalize giriş süresi ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 7).

Tablo 7: Vakaların Diyalize Giriş Süresine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Diyalize giriş süresi	Depresyon yok (n=134)		Depresyon var(n=160)		Toplam(n=294)		İst.Analiz X ² =3,984 p>0,05
1–59 ay	78	42,6	105	57,3	183	62,2	
5–10 yıl	42	56	33	44	75	25,5	
10+ yıl	14	38,8	22	61,1	36	12,3	
Toplam	134	54,4	160	45,6	294	100	

Tablo 8’ de vakaların cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verildi. Araştırma grubundaki kadın hastaların (n=135) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17.30 ± 6.01, mental sağlık puan ortalaması; 19.84 ± 4.87, vitalite puan ortalaması; 13.11 ± 4.06, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7.14 ± 1.68, genel sağlık puan ortalaması; 13.38 ± 3.39, ağrı puan ortalaması; 7.93 ± 2.22, emosyonel rol güçlüğü

puan ortalaması; 4.68 ± 1.08 , fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6.21 ± 1.69 bulundu. Erkek hastaların (n=159) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17.74 ± 5.27 , mental sağlık puan ortalaması; 20.74 ± 4.03 , vitalite puan ortalaması; 13.38 ± 3.66 , sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7.09 ± 1.57 , genel sağlık puan ortalaması; 13.87 ± 3.33 , ağrı puan ortalaması; 8.45 ± 2.16 , emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4.82 ± 1.04 ; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6.16 ± 1.80 bulundu. Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$) ağrı boyutunda anlamlı fark bulundu ($p<0.05$)

Tablo 8: Vakaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alanları	Kadın (n=135) Ortalama \pm S.S	Erkek (n=159) Ortalama \pm S.S	İstatistiksel Analiz	
			t	p
Fiziksel fonksiyon	17,30 \pm 6,01	17,74 \pm 5,27	-,676	,500
Mental saglik	19,84 \pm 4,87	20,74 \pm 4,03	-1,727	,085
Vitalite	13,11 \pm 4,06	13,38 \pm 3,66	-,601	,548
Sosyal fonksiyon	7,14 \pm 1,68	7,09 \pm 1,57	,244	,808
Genel saglik	13,38 \pm 3,39	13,87 \pm 3,33	-1,245	,214
Agri	7,93 \pm 2,22	8,45 \pm 2,16	-2,033	,043*
Rol güçlüğü emosyonel	4,68 \pm 1,08	4,82 \pm 1,04	-1,085	,279
Rol güçlüğü fiziksel	6,21 \pm 1,69	6,16 \pm 1,80	,219	,827

Tablo 9’ da vakaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Yaş ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), vitalite($p<0,001$), genel sağlık($p<0,001$), ağrı($p<0,01$) ve fiziksel rol güçlüğü($p<0,05$) puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Yani yaş arttıkça fiziksel fonksiyon, vitalite, genel sağlık, ağrı ve fiziksel rol güçlüğü puanları düşmektedir(Tablo 9).

Tablo 9: Vakaların Yaşa Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alanları	Yaş	
	r	p
Fiziksel fonksiyon	-,508	,000
Mental sağlık	-,056	,343
Vitalite	-,301	,000
Sosyal fonksiyon	-1,00	,086
Genel Sağlık	-1,92	,001
Ağrı	-,176	,002
Rol Güçlüğü Emosyonel	-,066	,261
Rol Güçlüğü Fiziksel	-,134	,021

r :Pearson Correlation

Tablo 10 incelendiğinde; okur-yazar olmayan vakaların (n=26) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; $12,92 \pm 2,95$, mental sağlık puan ortalaması; $19,65 \pm 5,44$, vitalite puan ortalaması; $10,84 \pm 3,24$, sosyal fonksiyon puan ortalaması; $7,00 \pm 1,74$, genel sağlık puan ortalaması; $11,95 \pm 3,20$, ağrı puan ortalaması; $7,27 \pm 1,99$, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; $4,65 \pm 1,09$, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; $6,07 \pm 1,67$ bulundu. İlköğretim mezunu (n=206) hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalaması; $17,07 \pm 5,54$, mental sağlık puan ortalaması; $20,20 \pm 4,53$, vitalite puan ortalaması; $13,36 \pm 3,90$, sosyal fonksiyon puan ortalaması; $7,09 \pm 1,62$, genel sağlık puan ortalaması; $13,76 \pm 3,27$, ağrı puan ortalaması; $8,28 \pm 2,13$, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; $4,71 \pm 1,07$, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; $6,11 \pm 1,78$ bulundu. Lise mezunu (n=41) hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalaması; $20,58 \pm 4,89$, mental sağlık puan ortalaması; $20,46 \pm 3,68$, vitalite puan ortalaması; $13,36 \pm 3,90$, sosyal fonksiyon puan ortalaması; $7,21 \pm 1,60$, genel sağlık puan ortalaması; $13,91 \pm 3,39$, ağrı puan ortalaması; $7,49 \pm 2,03$, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; $4,92 \pm 1,03$, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; $6,41 \pm 1,64$ bulundu. Üniversite mezunu (n=21) hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalaması; $21,90 \pm 4,43$, mental sağlık puan ortalaması; $22,14 \pm 3,41$, vitalite puan ortalaması; $15,14 \pm 4,12$,

sosyal fonksiyon puan ortalaması; $7,28 \pm 1,58$, genel sağlık puan ortalaması; $14,19 \pm 3,90$, ağrı puan ortalaması; $8,81 \pm 2,26$, emosyonel rol g¼c¼l¼đ¼ puan ortalaması; $5,00 \pm ,948$, fiziksel rol g¼c¼l¼đ¼ puan ortalaması; $6,66 \pm 1,71$ bulundu. Olguların ¼đrenim d¼zeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon boyutunda okur-yazar olmayanlar ile diğer gruplar arasında, ilköğretim mezunları ile diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Vitalite boyutunda okur-yazar olmayan hastalar ile ilköğretim mezunu hastalar arasında ve ilköğretim mezunu hastalarla üniversite mezunu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,01$). SF-36' nın diğer alanlarında da ¼đrenim düzeyine göre farklılık olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Öğrenim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alanları	Öğrenim Düzeyleri				İstatistiksel Analiz	
	Okur-yazar değil (n=26)	İlköğretim (n=206)	Lise (n=41)	Üniversite (n=21)		
	Ortalama ± S.S				p	F
Fiziksel fonksiyon	12,92 ± 2,95	17,07 ± 5,54	20,58 ± 4,89	21,90 ± 4,43	,000***	16,923
Mental sağlık	19,65 ± 5,44	20,20 ± 4,53	20,46 ± 3,68	22,14 ± 3,41	,234	1,432
Vitalite	10,84 ± 3,24	13,36 ± 3,90	13,24 ± 3,12	15,14 ± 4,12	,002**	5,233
Sosyal fonksiyon	7,00 ± 1,74	7,09 ± 1,62	7,21 ± 1,60	7,28 ± 1,58	,904	0,189
Genel sağlık	11,95 ± 3,20	13,76 ± 3,27	13,91 ± 3,39	14,19 ± 3,90	,053	2,588
Ağrı	7,27 ± 1,99	8,28 ± 2,13	8,20 ± 2,54	8,81 ± 2,26	,090	2,184
Rol Güçlüğü Emosyonel	4,65 ± 1,09	4,71 ± 1,07	4,92 ± 1,03	5,00 ± ,948	,450	0,883
Rol Güçlüğü Fiziksel	6,07 ± 1,67	6,11 ± 1,78	6,41 ± 1,64	6,66 ± 1,71	,434	0,915

Tablo 11’ de vakaların medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verildi. Buna göre; bekar-boşanmış hastaların (n=37) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17,09 ± 5,51, mental sağlık puan ortalaması; 20,39 ± 4,36, vitalite puan ortalaması; 13,13 ± 3,76, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,07 ± 1,61, genel sağlık puan ortalaması; 13,66 ± 3,29, ağrı puan ortalaması; 8,08 ± 2,22, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,77 ± 1,05, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,14 ± 1,75 bulundu. Evli hastaların (n=27) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17,09 ± 5,51, mental sağlık puan ortalaması; 20,22 ± 4,97, vitalite puan ortalaması; 14,29 ± 4,63, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,55 ± 1,71, genel sağlık puan ortalaması; 13,81 ± 3,96, ağrı puan ortalaması; 9,08 ± 1,87, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,96 ± 1,01; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,77 ± 1,71 bulundu.

Çalışmamızda medeni durum ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutunda (p<0,001) ve ağrı boyutunda (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 11)

Tablo 11: Vakaların Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

SF-36 Alanları	Medeni Durum		İstatistiksel Analiz	
	Bekar (n=37) Ortalama ± S.S	Evli (n=257) Ortalama ± S.S	t	p
Fiziksel fonksiyon	21,14 ± 5,28	17,09 ± 5,51	3,65	,000***
Mental sağlık	20,22 ± 4,97	20,39 ± 4,36	-,191	,849
Vitalite	14,29 ± 4,63	13,13 ± 3,76	1,49	,137
Sosyal fonksiyon	7,55 ± 1,71	7,07 ± 1,61	1,46	,143
Genel Sağlık	13,81 ± 3,96	13,66 ± 3,29	,227	,821
Ağrı	9,08 ± 1,87	8,08 ± 2,22	2,25	,025*
Rol Güçlüğü Emosyonel	4,96 ± 1,01	4,77 ± 1,05	,884	,378
Rol Güçlüğü Fiziksel	6,77 ± 1,71	6,14 ± 1,75	1,787	,075

Tablo 12’ de vakaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verildi. Buna göre; çalışan hastaların (n=34) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 21,55 ± 4,45, mental sağlık puan ortalaması; 22,05 ± 4,32, vitalite puan ortalaması; 14,58 ± 4,46, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,05 ± 1,84, genel sağlık puan ortalaması; 14,73 ± 3,70, ağrı puan ortalaması; 8,11 ± 2,37, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,88 ± 1,00, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,35 ± 1,73 bulundu. Çalışmayan hastaların (n=260) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17,01 ± 5,54, mental sağlık puan ortalaması; 20,10 ± 4,43, vitalite puan ortalaması; 13,08 ± 3,73, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,12 ± 1,59, genel sağlık puan ortalaması; 13,51 ± 3,29, ağrı puan ortalaması; 8,23 ± 2,18, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,74 ± 1,07; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,16 ± 1,75 bulundu. Çalışmamızda vakaların çalışma durumu ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon (p<0,001), mental sağlık (p<0,05), vitalite (p<0,05) ve genel sağlık (p<0,05)boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Ancak sosyal fonksiyon, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve

fiziksel rol güçlüğü boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Vakaların Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

SF-36 Alanları	Çalışma Durumu		İstatistiksel Analiz	
	Çalışan (n=34)	Çalışmayan(n=260)	t	p
Fiziksel fonksiyon	21,55 ± 4,45	17,01 ± 5,54	4,57	,000***
Mental sağlık	22,05 ± 4,32	20,10 ± 4,43	2,42	,016*
Vitalite	14,58 ± 4,46	13,08 ± 3,73	2,15	,032*
Sosyal fonksiyon	7,05 ± 1,84	7,12 ± 1,59	-,21	,829
Genel sağlık	14,73 ± 3,70	13,51 ± 3,29	2,00	,046*
Ağrı	8,11 ± 2,37	8,23 ± 2,18	-,29	,769
Rol güçlüğü Emosyonel	4,88 ± 1,00	4,74 ± 1,07	,702	,483
Rol güçlüğü fiziksel	6,35 ± 1,73	6,16 ± 1,75	,574	,566

Tablo 13' de vakaların diyalize giriş sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verildi. Buna göre; 1-59 aydır diyalize giren hastaların (n=183) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 16,95 ± 5,65, mental sağlık puan ortalaması; 20,62 ± 4,35, vitalite puan ortalaması; 13,29 ± 3,68, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 6,96 ± 1,58, genel sağlık puan ortalaması; 13,58 ± 3,37, ağrı puan ortalaması; 7,96 ± 2,30, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,75 ± 1,11; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,03 ± 1,81 bulundu. 5-10 yıldır diyalize giren hastaların (n=75) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 19,02 ± 5,49, mental sağlık puan ortalaması; 20,14 ± 4,57, vitalite puan ortalaması; 13,50 ± 4,38, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,40 ± 1,70, genel sağlık puan ortalaması; 14,00 ± 3,51, ağrı puan ortalaması; 8,68 ± 2,02, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; 4,78 ± 0,97, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; 6,49 ± 1,63 bulundu. 10 yıldan fazla diyalize giren hastaların (n=36) fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 17,47 ± 5,49, mental sağlık puan ortalaması; 19,22 ± 4,63, vitalite puan ortalaması; 12,54 ± 3,47, sosyal fonksiyon puan ortalaması; 7,27 ± 1,61, genel sağlık puan ortalaması; 13,26 ± 3,01, ağrı puan

ortalaması; $8,21 \pm 2,20$, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması; $4,75 \pm 0,99$; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması; $6,33 \pm 1,58$ bulundu. Hastaların diyalize giriş süresi ile yaşam kalitesi arasında fiziksel fonksiyon ($p<0,05$), vitalite ($p<0,05$), sosyal fonksiyon ($p<0,05$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p<0,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilirken, diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Vakaların Diyalize Giriş Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alanları	Diyalize Giriş Süreleri			İst.Analiz	
	1 -59 ay (n=183)	5-10 yıl (n=75)	10+ yıl (n=36)	F	p
	Ortalama \pm S.S				
Fiziksel fonksiyon	$16,95 \pm 5,65$	$19,02 \pm 5,49$	$17,47 \pm 5,49$	10,125	,000
Mental sağlık	$20,62 \pm 4,35$	$20,14 \pm 4,57$	$19,22 \pm 4,63$	2,610	,076
Vitalite	$13,29 \pm 3,68$	$13,50 \pm 4,38$	$12,54 \pm 3,47$	3,399	,036
Sosyal fonksiyon	$6,96 \pm 1,58$	$7,40 \pm 1,70$	$7,27 \pm 1,61$	6,353	,002
Genel sağlık	$13,58 \pm 3,37$	$14,00 \pm 3,51$	$13,26 \pm 3,01$	1,025	,361
Ağrı	$7,96 \pm 2,30$	$8,68 \pm 2,02$	$8,21 \pm 2,20$	2,621	,076
Rol güçlüğü Emosyonel	$4,75 \pm 1,11$	$4,78 \pm 0,97$	$4,75 \pm 0,99$	3,998	,020
Rol güçlüğü fiziksel	$6,03 \pm 1,81$	$6,49 \pm 1,63$	$6,33 \pm 1,58$	1,438	,240

Tablo 14' de vakaların depresyon durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında, depresyon durumu ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,001$).

Tablo 14: Vakaların Depresyon Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alanları	r	p
Fiziksel fonksiyon	-,401	,000
Mental sağlık	-,555	,000
Vitalite	-,492	,000
Sosyal fonksiyon	-,353	,000
Genel sağlık	-,418	,000
Ağrı	-,420	,000
Rol güçlüğü emosyonel	-,384	,000
Rol güçlüğü fiziksel	-,357	,000

V. TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar sosyal yaşam, fiziksel aktivitedeki sınırlılıklar gibi, yaşam stili ve yaşam kalitelerinde pek çok ciddi yıkıma maruz kalırlar. Bu yıkıma nende olan nedenlerden biri de hemodiyaliz tedavisidir. Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize giren ki en önemli kayıp; böbreğin kaybı yani fiziksel kayıptır. Aile içindeki rol ya da toplumsal rol kaybı da söz konusudur (53). HD hastalarında sürekli depresif mizaç, intihar düşüncesi, dikkati toplayamama, benlik değeri düşüklüğü ve ümitsizlik hisleri depresyon göstergesidir. Ayrıca, uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişikliği, ağız kuruluğu, kabızlık ve cinsel istek ve performansta azalma bu hastalarda sık rastlanan bulgulardır. Yaklaşık her 500 diyaliz hastasından biri intihar etmektedir (62). Mittal ve arkadaşları HD hastalarının kendilerini genel popülasyona ve başka kronik hastalığı olanlara göre fiziksel ve mental açıdan daha yetersiz hissettiklerini bildirmektedir (63).

Depresyon HD hastalarında en çok görülen psikolojik problemdir (51,54). Eskişehir’ de tedavi gören HD hastalarının depresyon sıklığını ve yaşam kalitesini

belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda; vakaların %54,4' ünde (N=160) depresyon şüphesi saptanırken, %45,5' inde (N=134) depresyon şüphesine rastlanmadı. Vakalarımızın BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) ortalaması; $12,98 \pm 8,44$ olarak bulundu (Tablo 1). Erengin ve arkadaşlarının çalışmasında HD hastalarının BDÖ ortalaması; $14,1 \pm 11,3$ olarak belirlenmiştir (69). Demirel ve arkadaşlarının HD hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada vakaların % 66,3'ünde depresyon saptamıştır (70). Çetinkaya ve arkadaşları benzer grupta yaptıkları çalışmada vakaların % 61,3' ünün depresif olduğunu ifade etmişlerdir (71). Mollaoğlu ise, çalışmasında HD hastalarında depresyon ortalamasını % 62 olarak bulmuştur (72). Öte yandan Köşgeroğlu ve arkadaşlarının HD hastaları ile periton diyalizi (PD) hastalarında ve hasta yakınlarında depresyon ve umut düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, HD hastalarında depresyon düzeyinin PD hastalarından daha yüksek olduğunu bulunmuştur (73). Özgür, HD hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında, hasta grubunun anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının toplum için belirlenen ortalama puanının üzerinde olduğunu saptamıştır (51). Alvarez ve ark. kronik HD hastalarının somatik şikayetlerinin büyük ölçüde depresyona ve anksiyeteye bağlı olduğunu ifade etmiştir (74). Ayrıca Bahar ve arkadaşları araştırmalarında HD hastalarının % 54,3' ünde depresyon olduğunu belirtmiştir (61). Ancak bizim bulgularımız literatürdeki birçok çalışmaya benzer özellik göstermiştir. Ayrıca konuya yönelik yapılan birçok çalışmada HD hastalarında depresyonun, sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olduğu vurgulanmaktadır (58,61).

Toplumda kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü ifade edilmektedir (75). Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı %6,2-%37,0 arasında bulunmuştur (76,77,78). Çalışmamızda kadın olguların (N=135) % 62,2' sinin (N=84) depresyon şüphesi gösterdiği, % 37,7' sinin (N=51) depresyon şüphesi göstermediği saptandı. Erkek vakaların (N=159), % 47,7' sinin (N=76) depresyon şüphesi gösterdiği, % 52,2' sinin (N=83) depresyon şüphesi göstermediği bulguları. Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastalar depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$)(Tablo 2). Baydoğan ve arkadaşları çalışmalarında, HD hastalarında kadınların erkeklere oranla daha fazla depresif olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada kadınların BDÖ puan ortalaması; $22,18 \pm 13,82$

ve erkeklerin BDÖ puan ortalaması; $15,39 \pm 4,81$ olarak bulunmuştur (79). Brems, Nolen-Hoeksema tarafından yapılan bir çalışmada, toplumda kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon görüldüğü bildirilmektedir (75). Çelik ve Acar çalışmasında, BDÖ puanını kadınlarda $15,46 \pm 9,07$, erkeklerde $14,85 \pm 8,34$ olarak tespit etmişler ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (59). Genel popülasyonda da kadınlarda depresyon oranı erkeklere göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Doğal olarak bu durum hastalık sürecinde de benzer şekilde gözlenmektedir. Hastalık sürecinde de kadınların aynı anda hem anne, hem eş, hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalmaları ve daha fazla strese maruz kalmaları kadınların daha fazla depresyona eğilim gösterebileceğini düşündürmektedir.

Yaşın artması ile depresyon düzeyinde de artış gözlenmektedir. Yaş artıkça HD hastalarında fiziksel kapasitenin azalmasına bağlı, depresif belirtilerinde arttığını gösteren çalışmalar vardır (87,88). Bizim çalışmamızda depresyon şüphesi gözlenen hasta oranının ve BDÖ ortalaması en yüksek olan grubun 70 yaş üzeri grup olduğu belirlendi. Yaş ile depresyon durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu. 36–52 ve 53–69 yaş grubundaki hastalar ile 70 yaş üzerindeki hastaların depresyon durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,01$). Diğer yaş grupları arasında depresyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 3). Baydoğan'ın araştırmasında 56–70 yaş grubundaki hastalar daha genç gruptaki hastalara göre daha depresif bulunmuştur (79). Çelik ve Acar HD hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, ilk üç yaş aralığında (19–32, 33–46, 47–60) yaşın artmasıyla doğru orantılı olarak depresyonunda arttığını saptamıştır (59). Yaş artıkça depresyona eğilimin artacağına ilişkin çalışma sonuçları, bizim çalışma sonuçlarımızı desteklerken, bu konuda Sağduyu'nun çalışmasında HD hastalarında yaşın depresyona etki etmediğine ilişkin elde edilen sonuç çalışmamızın sonucu ile uyumlu değildir (52). Bu çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki farklı bulgunun bizim hastalarımızın yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. Sağduyu'nun çalışmasında yaş ortalaması; $45,7 \pm 1,46$ bizim çalışmamızda ise $55,89 \pm 0,887$ olarak belirlenmiştir (52).

Araştırmamızda; vakaların öğrenim düzeyleri ile depresyon durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olmayan grup ile lise mezunu ve üniversite mezunları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Diğer gruplar arasında depresyon durumuna göre anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4). Çalışmamızda depresyon şüphesi en yüksek okur-yazar olmayan grupta belirlenmiştir. Çelik ve Acar çalışmasında, BDÖ ve BAÖ puanlarını eğitim düzeyi düşük olanlarda lise ve üstü mezunlarına oranla daha yüksek bulunmuştur (59). Bu sonuç bizim çalışma sonucumuz ile benzerlik göstermektedir. Eğitim durumu yükseldikçe depresyon düzeyinin sıklığının azalmasının nedeni; lise ve yüksekokul mezunlarının, kendi özdenetimlerini sağlayabilmeleri, iş bulma olanaklarının daha fazla olması ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirmede kendilerini daha şanslı olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda HD hastalarının medeni durumlarına göre depresyon durumları incelendiğinde en yüksek depresyon puanı evli hastalarda belirlendi. Çalışmamızda bekâr veya boşanmış olmak ile evli olmak arasında, depresyon durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 5). Çelik ve Acar çalışmalarında evli hastaların BDÖ puanını, bekârlara oranla daha yüksek bulmalarına rağmen aradaki farkın anlamlı olmadığını belirlemişlerdir (59). Konuya yönelik yapılan diğer çalışmalarda, evlilerde depresyonun bekârlara oranla daha çok gözlendiği belirtilmektedir (57). Evli olanlarda çocuk, eş ya da diğer aile bireylerine bakma sorumluluğunun ve iş yükünün daha fazla olmasının yanı sıra kendisi dışında diğer bireyler ile de ilgili geleceğe yönelik kaygıları daha fazla taşımaları depresyon düzeylerini arttırmış olabilir.

Hemodiyalizin zaman alıcı bir işlem olması, hastaneye gelme zorunluluğu olması, sağlık personeline ve makineye bağımlılık, günlük yaşamı etkileyen komplikasyonlarının olması birçok hastada iş kaybına neden olabilmektedir. Çalışmamızda çalışmayan hastalarda depresyon düzeyi daha yüksek bulundu. Çalışma durumu ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6). Çalışmayan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek bulunmasının bireylerdeki iş bulamama, işten çıkarılma ya da zorunlu olarak ayrılma, rol ve statü kayıpları, çaresizlik ve aileye bağımlı olma gibi sorunlardan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda en yüksek depresyon puan ortalaması 10 yılın üzerinde diyalize giren hastalarda gözlenmesine karşın, vakaların diyalize giriş süresi ile depresyon

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$)(Tablo 7). Çelik ve Acar çalışmasında, diyalize giriş süresi arttıkça haslarda depresyon ve anksiyete düzeyinin yükseldiğini saptamışlardır (59). Demirel' in çalışmasında da HD süresi uzadıkça depresyon görülme sıklığı artmıştır (70). Ancak bu konuda sağlıklı bir prevalans rakamı vermek zor olabilmektedir Farklı tanı kriterleri, farklı ölçekler, fiziksel hastalığın farklı evreleri, depresyon şüphelerinin kronik böbrek yetmezliği şüpheleriyle karıştırılması gibi metodolojik farklılıklar nedeniyle çeşitli araştırmalarda çok farklı oranlar bildirilmektedir (80). Ancak diyalizin zaman alıcı bir işlem olması, sağlık personeline ve makineye bağımlılık, uzun süreli ve pahalı bir tedavi olması, fiziksel (böbrek), bilişsel ve cinsel kaybının iş ve ev rollerinde, finanssal kaynaklarda kayba yol açması, üreminin sağlığa olumsuz etkileri, morbiditenin ve mortalitenin yüksek olması, ilaç yan etkileri, diyet sıvı alımında kısıtlama, vasküler giriş yollarında yaşanan problemler, ciddi komplikasyonların yaşam süresini kısaltması gibi etkenlerle hastalığı kabullenme, tedaviye uyum ve baş etme mekanizmaların kullanılmasında yetersizlik, ölüm korkusu, uyku problemleri gibi sorunlar diyaliz sürecinin uzamasıyla hastalara olumsuz etkisi artmakta ve süre uzadıkça depresyona eğiliminde artacağını düşünmekteyiz.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal alanı ifade eder. Psikolojik/Emosyonel Esenlik alanı: Yaşamdan doyum bulma, yaralılık beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygulardır. Fiziksel Esenlik Alanı: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri yeme, iştah, zindelik/güçlülük, seks, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ile tanı ve tedavi sonucudur. Sosyal ve Bireysel Esenlik Alanı: Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlardır. Finansal ve Maddi Esenlik Alanı: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir (47).

HD tedavisi kısa vadede fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık anlayışında bozulmaya neden olurken; uzun dönemde fiziksel işlevlikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol

açmaktadır (16). Diyaliz tedavisi yaygınlaştığından bu yana kronik renal yetmezlikli vakaların yaşam süresi uzamış ve yaşam kalitesinde artma gözlenmiştir. Yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesini daha da önemli hale getirmiştir.

Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücü ve fiziksel rol gücü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$) ağrı boyutunda anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 8). Genel olarak kadınların ağrıyı algılama ve bu ağrıyı ifade konusunda daha duyarlı oldukları bilinmektedir. Kadın ve erkek popülasyonunun ağrı algılamasındaki farklılığın en önemli nedeni ağrının oluşum mekanizmasında önemli yer alan GABA ve diğer nöroaktif maddelerin seks ve hormon bağımlı olarak her iki cinsten farklı üretilmesidir(81). Konuya yönelik çalışmada Saltürk, kadın ve erkek cinsiyetiyle yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığını ifade etmiştir (16). Blake ve ark. (N=144) SDBY hastalarında yaptıkları çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir (82). Ünal ve Bilge'nin HD hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların cinsiyetine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde cinsiyete göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını saptamışlardır (83). Mollaoğlu ve arkadaşları HD tedavisi alan grupta yaptığı çalışmada benzer bir sonucu tespit etmişlerdir (84). Mingardi ve ark. ise SF 36 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada fiziksel komponent skoru ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptamıştır (85). Mittal ve ark. ABD' de 134 HD hastasında yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 ölçeğini kullanarak yaptıkları bir çalışmada erkeklerde fiziksel komponent skorunu kadınlardan 4,6 puan kadar yüksek belirlendiğini ifade etmişlerdir (86). Erkeklerde fiziksel yaşam kalitesi boyutunun daha yüksek olmasının nedeninin, kadınların aile yaşamında aldıkları rollerin daha çok olması, doğum yapma, çocuk bakımı, ev düzenini sağlama gibi cinsiyete dayalı rol ve sorumluluklarının fazlalığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda vakaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol gücü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Yaş ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), vitalite($p<0,001$), genel sağlık($p<0,001$), ağrı($p<0,01$) ve fiziksel

rol güçlüğü($p<0,05$) puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu(Tablo 9). Çalışmamızda daha genç yaştaki hastalarda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulundu. Acaray ve Pınar çalışmalarında bizim çalışmamızda olduğu gibi yaşam kalitesi ile yaş arasında negatif bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin fonksiyonel durum boyutunda istatistiksel anlamlılık gösterdiğini saptamışlardır (8). Gutman ve ark.ları diyalize giren hastaların fiziksel aktivite seviyelerinin yaşla beraber azaldığını, 60 yaş ve üzeri hastalardan ancak % 40'ının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduklarını bildirmişlerdir (87). Saltürk, HD hastalarında yaptığı çalışmasında fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, global yaşam doyum puanı ile yaş arasında negatif ve ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Genel sağlık anlayışı puanı ile yaş arasında ise negatif ilişki saptamasına rağmen bu sonuç, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (16). De Oreo ve arkları fiziksel kapasite skorunda yaş arttıkça azalma bulurken mental kapasite skorunda değişiklik kaydetmemişlerdir (88). Altıntepe L. ve ark.ları, çalışmalarında fiziksel ve mental komponent skorları ile yaş arasında anlamlı fark saptamıştır (89). Ünal ve Bilge' nin çalışmasında hastaların yaş dağılımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (83). HD hastalarında yaşın artması nedeniyle uykuya dalamama, sık uyanma, uykuyu sürdürmemeye ve huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir. HD hastalarında yorgunluğu değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalar da yorgunluğun HD hastalarında önemli bir semptom olduğu ve HD hastalarının yaşam kalitesini önemli oranda azalttığı ifade edilmektedir. Konuya yönelik yapılan bir çalışmada, yaşla birlikte fiziksel yorgunluğun arttığı ve vitalitenin (enerji) azaldığı belirtilmektedir (62,63). Sonuç olarak yaşın artması ile beraber yaşlanmanın da etkisiyle yaşam kalitesinde özellikle fiziksel fonksiyon alanında düşüş yaşanmaktadır. Bizim çalışmamızda da yaş arttıkça fiziksel ve mental fonksiyon alanlarında azalma olduğu ve yaş ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda; olguların öğrenim düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon boyutunda okur-yazar olmayanlar ile diğer gruplar arasında, ilköğretim mezunları ile diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Vitalite boyutunda okur-yazar olmayan hastalar ile

ilköğretim mezunu hastalar arasında ve ilköğretim mezunu hastalarla üniversite mezunu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). SF-36' nın diğer alanlarında da öğrenim düzeyine göre farklılık olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 10). Çalışmamızın sonucunda genel olarak öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarında arttığı belirlendi. Ünal ve Bilge' nin çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanda yaşam kalitesi puanları eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olanların baş etme düzeneklerini etkin bir şekilde kullanabildiklerini göstermektedir (83).

Çalışmamızda medeni duruma göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde bekar hastalarda yaşam kalitesinin mental sağlık hariç tüm alanlarında puan ortalamaları literatüre benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutunda ($p<0,001$) ve ağrı boyutunda ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11). Saltürk 'te çalışmasında bekar olguların, evli veya diğer olgu grubuna göre fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global olarak yaşam doyum puanının anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır (16). Benzer şekilde Acaray ve Pınar' ın çalışmasında bekar olguların global yaşam kalitesi puanlarının dul olanlara göre, genel sağlık anlayışı yaşam kalitesi boyut puanlarının ise evli ve dul olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (8). Sağduyu ve arkadaşlarının benzer grupta yaptığı çalışmasında bekârların evlilere oranla yaşam kaliteleri daha yüksek gözlenmiştir (52). Güney ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşam kalitesi medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (90). Bizim çalışmamızdaki medeni duruma göre fiziksel fonksiyon ve ağrı boyutunda farklılık göstermesinin öncelikle bekâr olguların daha genç olmalarından kaynaklanmış olabileceğini ya da bekâr olguların çocuksuz olmaları, bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin olmaması gibi nedenlerle hastalığın psikososyal etkilerini daha az yaşıyor olabileceğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışma grubumuzdaki vakaların herhangi bir işte çalışma durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında çalışmayan

hastaların puan ortalamaları daha yüksek bulunurken; fiziksel fonksiyon, genel sağlık, mental sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanlarında çalışan hastaların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çalışma durumu ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), mental sağlık ($p<0,05$), vitalite boyutunda ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Ancak genel sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12). Altın-tepe ve ark.ları hastalarının fiziksel ve mental alan skorlarını çalışan hastalarda daha yüksek bulmuşlardır (89). Ovayolu benzer bir grupta yaptığı çalışmada, yarım gün ya da belli saatlerde çalışan HD hastalarında fonksiyonel durum (Fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon), esenlik (mental sağlık, vitalite, ağrı) ve global yaşam (genel sağlık) puanlarını çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur (91). Bu sonuçlar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları desteklemektedir. Çalışan vakaların fiziksel ve mental fonksiyon açıdan daha iyi durumda olmalarında iş yaşamının getirdiği maddi doyum ve özgüvenin, işe yarama duygusunun etkili olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan fiziksel fonksiyonlarını yerine getirmekte güçlük yaşayan hastaların bir işte çalışması beklenen bir durum değildir.

Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların diyalize girme sürelerine göre yaşam kalitesini incelediğimizde sadece mental sağlık alanında 1 ay–5 yıldır diyalize giren hastaların puan ortalamasını hafif düzeyde en yüksek bulurken fiziksel fonksiyon, genel sağlık, ağrı, sosyal fonksiyon, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanlarında en yüksek puan ortalamasını 5-10 yıl arasında diyalize giren hastalarda tespit edildi. Hastaların diyalize giriş süresi ile yaşam kalitesi arasında fiziksel fonksiyon ($p<0,05$), vitalite ($p<0,05$), sosyal fonksiyon ($p<0,05$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p<0,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilirken, diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 13). Diyalize girme süresi 1 ay–5 yıl olan hastalarda hastalıkla karşılaşma, hastalığı kabullenmede yaşanan zorluk, iş ve ev yaşantısını değişen koşullara uyarlamada yaşanan zorluklar, tedavi sürecine başlama ve düzenli bir şekilde sürdürme dönemini planlamada yaşanan yetersizlikler nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenirken, 10 yıl ve daha fazla diyalize giren hastalarda tedavinin uzaması, nakil sürecinin uzaması, zamanla eklenen

komplasyonların olması, benzer hastalarda yaşanan kayıplara tanık olma, ölüm sürecinin yaklaştığını düşünme gibi nedenlerden yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla bizim çalışmamızda yaşam kalitesi düzeyinin en yüksek 5–10 yıl arası diyalize girme süresi olan hastalarda olma nedeninin, hastalığı kabullenme sürecini geçmiş, tedavi planı düzenli devam eden, iş ve ev koşulları hazır ve böbrek nakli için umut edilen bir süreçte olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Hastalık süresi uzadıkça bireyler kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamakta ve bu durumun yaşam kalitesini de olumsuz etkileyeceğini düşünmekteyiz. Ünal' ın çalışmasında HD tedavisi görülen süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (83). Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucuna benzerdir. Tander' in çalışmasında diyaliz süresi ile fiziksel fonksiyon ($r=-0.42$, $p<0.01$) skoru arasında negatif, vitalite ($r=0.35$, $p<0.05$) skoru arasında da pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (92).

HD tedavisi görenlerde kronik bir hastalığın varlığı, organ kaybı, hastalığın kötü prognozu, tedavi rejimini yönetmede zorluklar, evde ve işyeri rollerinde değişme veya kayıp, yeni rollere uyum güçlüğü, hemodiyalizin komplasyonları, hastalığın neden olduğu vitalite kaybı, , ölüm korkusu, mücadele etmede yaşanan güçlükler, makineye ve sağlık personeline bağımlılık, beklentilerde ve yaşam standartlarında değişme, diyet ve sıvı kısıtlanması, cinsel sorunlar gibi durumlar HD hastalarında daha fazla depresyon ve anksiyete gibi ruhsal durumlara yol açabilmektedir (53,63,64,72). Çalışmamızda depresyon durumu ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$) (Tablo 14). Tander' in çalışmasında hastaların yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel rol güçlüğü ($r=-0.06$, $p>0.05$) dışında tüm alt parametreleri ile BDÖ skorları ile negatif ilişki saptamışlardır. ($p<0.01$)(92). Benzer biçimde 54 son dönem böbrek yetersizliği olan hasta ile yapılan bir çalışmada (93) ve 140 HD hastası ile yapılan bir başka çalışmada (94) depresyon ve yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde bir negatif ilişki bulunmuştur. Zimmermann ve arkadaşları depresyonu yaşam kalitesinin güçlü bir öngörücüsü olarak görmüş ve depresif semptomların sayısının doğrudan yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ifade etmişler ve depresyonun tanınıp düzeltilmesinin yaşam kalitesini artıracak yönünde bir ifade kullanmışlardır (95). Tossani ve arkadaşlarının çalışmasında HD hastalarında depresyon

varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (96). Bizim bulgularımız literatüre benzer özellikler göstermektedir.

5.1. Sonuçlar

- Eskişehir’ de tedavi gören HD hastalarının depresyon sıklığını ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda; vakaların %54,4’ ünde (N=160) depresyon şüphesi saptanırken, %45,5’ inde (N=134) depresyon şüphesine rastlanmadı. Vakalarımızın BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) ortalaması; $12,98 \pm 8,44$ olarak bulundu (Tablo 1).
- Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastalar depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$)(Tablo 2)
- Bizim çalışmamızda. depresyon şüphesi gözlenen hasta oranının ve BDÖ ortalaması en yüksek olan grubun 70 yaş üzeri grup olduğu belirlendi. Yaş ile depresyon durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu. 36–52 ve 53–69 yaş grubundaki hastalar ile 70 yaş üzerindeki hastaların depresyon durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,01$). Diğer yaş grupları arasında depresyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).
- Araştırma grubunun öğrenim düzeyleri ile depresyon durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olmayan grup ile lise mezunu ve üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Diğer gruplar arasında depresyon durumuna göre anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4). Çalışmamızda depresyon şüphesi en yüksek okur-yazar olmayan grupta belirlenmiştir..
- Çalışmamızda HD hastalarının medeni durumlarına göre depresyon durumları incelendiğinde en yüksek depresyon puanı evli hastalarda belirlendi. Çalışmamızda medeni durum ile depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 5).

- Çalışmamızda çalışmayan hastalarda depresyon düzeyi daha yüksek bulundu. Çalışma durumu ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6).
- Çalışmamızda en yüksek depresyon puan ortalaması 10 yılın üzerinde diyalize giren hastalarda gözlenmesine karşın, vakaların diyalize giriş süresi ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$)(Tablo 7).
- Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücüğü ve fiziksel rol gücüğü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$) ağrı boyutunda anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 8).
- Çalışmamızda vakaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol gücüğü alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Yaş ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), vitalite($p<0,001$), genel sağlık($p<0,001$), ağrı($p<0,01$) ve fiziksel rol gücüğü($p<0,05$) puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Yani yaş arttıkça fiziksel fonksiyon, vitalite, genel sağlık, ağrı ve fiziksel rol gücüğü puanları düşmektedir(Tablo 9).
- Çalışmamızda daha genç yaştaki hastalarda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulundu. (Tablo 9).
- Çalışmamızda; olguların öğrenim düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon boyutunda okur-yazar olmayanlar ile diğer gruplar arasında, ilköğretim mezunları ile diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Vitalite boyutunda okur-yazar olmayan hastalar ile ilköğretim mezunu hastalar arasında ve ilköğretim mezunu hastalarla üniversite mezunu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). SF-36' nın diğer alanlarında da öğrenim düzeyine göre farklılık olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 10).

- Çalışmamızda medeni duruma göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde bekar hastalarda yaşam kalitesinin mental sağlık hariç tüm alanlarında puan ortalamaları literatüre benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutunda ($p<0,001$) ve ağrı boyutunda ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Mental sağlık, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11)
- Çalışma grubumuzdaki vakaların herhangi bir işte çalışma durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında çalışmayan hastaların puan ortalamaları daha yüksek bulunurken; fiziksel fonksiyon, genel sağlık, mental sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanlarında çalışan hastaların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çalışma durumu ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), mental sağlık ($p<0,05$), vitalite boyutunda ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Ancak genel sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).
- Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların diyalize girme sürelerine göre yaşam kalitesini incelediğimizde sadece mental sağlık alanında 1-5 yıldır diyalize giren hastaların puan ortalamasını hafif düzeyde en yüksek bulurken fiziksel fonksiyon, genel sağlık, ağrı, sosyal fonksiyon, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alanlarında en yüksek puan ortalamasını 5-10 yıl arasında diyalize giren hastalarda tespit edildi. Hastaların diyalize giriş süresi ile yaşam kalitesi arasında fiziksel fonksiyon ($p<0,05$), vitalite ($p<0,05$), sosyal fonksiyon ($p<0,05$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p<0,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilirken, diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 13).
- Çalışmamızda depresyon durumu ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo 14).

5.2. Öneriler

Uzun vadede HD tedavisi hastaların ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini bozmaktadır.(97). Sağlık çalışanlarının genel bilgiler ile hastayı bilgilendirmesi, yargılayıcı bir tutum içinde olmaması, gelişigüzel yorumlarda bulunmaması, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin hemodiyaliz hastalarının depresif mizacına duyarlı olması, hastaların kendilerini daha rahat ve güvenli hissetmelerini sağlayarak özel sorunlarını açıklamalarını, yaşadıkları güçlüklerle baş etmelerini kolaylaştırabilir. HD hastalarında depresyonun saptanarak tedavisinin yapılması, hasta ve ailesine ruhsal destek verilmesi, hastalara ve eşlerine anksiyete ve depresyonla baş etmelerinde etkili olabilecek yöntemlerin öğretilmesi önemlidir. Hemodiyalizin hastalar üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra zaman alıcı ve pahalı bir işlem olması, HD cihazına, sağlık personeline ve hastaneye bağımlı olması fiziksel ve sosyal kayıpların sonucunda mental ve psikolojik kayıplar yaratması, yüksek mortalite ve komorbidite nedeniyle hastalar için yaşam kalitesi özel bir anlama bürünür. Hemşireler, HD ünitelerinde çalışırken teorik bilgi ve pratiğin yanında teknik bilgiyle de donatılmalı, gelişen HD bilgi ve teknolojisine ayak uydurabilmelidir. Hemşireler bakım verme, tedaviye yardımcı olma ve eğitim rollerin yerine getirmeden önce çok iyi bir gözlem yapmalı ve hasta ile iletişime geçmelidir. HD hastaları kronik bir hastalığa sahip olmaları ve organ kaybı yaşamış olmaları nedeniyle sadece fiziksel değil özellikle psikolojik olarak ta olumsuz bir durumdadır. Bu durum yaşam kalitesi düzeyini azaltır. Hemşireler depresif mizacı, düşük yaşam kalitesini ve azalan yaşam süresini de göz önünde bulundurarak HD hastalarına daha yoğun ilgi ve anlayış göstererek empatik davranmalıdır. Bu hastalarla uzun zaman geçiren hemşirelerin hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerini fark etmeleri ve çözüm seçenekleri üretmeleri profesyonel bakımın gereğidir. Hemşireler HD hastalarının depresyona eğilimini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu duruma etki eden faktörlerin neler olduğunu bilmeli ki bu faktörlerin olumsuz etkilerini azaltabilsinler.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Levy, J., Morgan, J., Brown, E.; 2002, Oxford Diyaliz El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri.
2. Arslantaş, D., Kalyoncu C., Metintaş, S., Ünsal A.; 2006, Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi, Araştırma Makalesi, Osmangazi Tıp Dergisi,; 28(2) :81-89s.
3. Taşçı, S.; 1998, Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Haccettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi Ankara .
4. Özçürümez, G., Tanrıverdi N., Zileli L.: 2003, Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik Ve Psikososyal Yönleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1): 72-80s.
5. Olgun, N., Çınar, S., Aslan, F., 1998, Kronik Böbrek Yetmezliğinin Beden İmajına Etkisi, Diyaliz Ve Transplantasyon Kültürü Dergisi, İstanbul, Altan Matbaacılık, 15
6. Güler, Ö., Yüksel, Ş., Çölbay, M., Özbulut, Ö., Uslan, İ., Acartürk, G., Emül. M., Karaman, Ö., Geçici, Ö.; 2007, **Hemodiyaliz** Tedavisi Alan Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Değerlendirme, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8
7. Merkus, Mp , Kredit, R.; 2000, Quality of Life And Functional Status in Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. ın: Lamiere N, Mehta Rv (Ed), Complications of Dialysis, 497-515 s.
8. Acaray, A., Pınar R.: 2004, Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,8(1),
9. Çeçen Ş.:2007, Kronik Böbrek Yetmezliği Ve Diyaliz , Eğitim, (25.10.2007)
10. Altıntepe, L., Güney, İ, Türk, S., Atalay, H, Tonbul, Z. Yeksan, M.; 2002, Hemodiyalize Giren Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, 22-26 Mayıs 4.Ulusal Böbrek Hastalıklar Ve Hipertansiyon Kongresi

11. Türkyılmaz, M., Yıldız, S.; Hemodiyaliz Hastalarında Primer ve Fonksiyonel Hemşirelik Yöntemlerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi Kasım 2005-Şubat 2006
12. Durmaz Akyol, A.: Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım, 2005, Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, No:4, İzmir
13. Gölgele, H.: 2005, Diyaliz Hastalarındaki Cinsel İşlev Sorunları Ve Etkileyen Faktörler, TC Osmangazi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,
14. Akpolat, T., Utaş, C.; 2001, Hemodiyaliz Hekim El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2.Baskı, Anadolu Yayıncılık, Kayseri
15. Nissenson A.R., Fine, N.R.; 2004, Diyaliz Tedavisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara.
16. Değirmenci Saltürk, A.; 2006, Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi; Uzmanlık Tezi, İstanbul.
17. www.tsn.org.tr-registry Raporları.: (2006)
18. Carpenito-Moyet, L. J.; 2004, Handbook of Nursing Diagnostis, Nobel Tıp Kitapevleri, 10.Baskı
19. Çınar **Menteş**, S.; 1999, Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması, Sendrom Dergisi, 11(7), 115-118s.
20. Taşkaplan, H.; Utaş, C.; 2002 Akut Böbrek Yetmezliği Tedavisinde Diyaliz Yöntemleri, Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi 4: 191-197,
21. Dalgıç, A., Ekici Y.; 2006, Hemodiyaliz İçin Damar Yolu; Türk Psikiyatri Dergisi, 17(1):22-31s.
22. Madran, H., Özgür, B., Kürşat, S., Sakarya, A., Erhan, Y., Aydede, H.; 2001, Kronik Hemodiyalizde Vasküler Girişimler; Türkiye Klinikleri Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2(1):38-47
23. Francisco, L.; 2006, AVF Kullanımını En Üst Düzeye Çıkarmak İçin Nefrologlar Ne Yapmalıdır?, Official Journal of the American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology Seminars in Dialysis, Blackwell Publishing, 1(3).

24. San, A.: 2005, Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite 3. Sempozyum Kitabı, Bolu Anadolu Böbrek Vakfı Sağlık, Eğitim Araştırma Merkezi Vakfı, Aydoğdu Ofset, Ankara
25. Aydın, S.; 2004, Hemodiyaliz Hemşireliği; Ankara Numune Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, Ankara (15.04.2004).
26. Swinnen, J., Kairaitis, L.; 2008, Basic Clinical Dialysis, Hemodiyaliz İçin Damar Girişi.
27. Akıncı, F.2000 Hemodiyalize Giren Hastaların Psikososyal Sorunları ve Hemşirelerin Sorumlulukları. Hemşirelik Forumu; 3, 1-5s.
28. Kara, B., Akbayrak, N.;2005, Hemodiyaliz Hastaları Baş Etmeyi Nasıl Öğrenebilir?, Sağlık Ve Toplum Dergisi,15
29. Kara, B., 2007, Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum. Gülhane Tıp Dergisi, 49,132-136s.
30. White Rb. 2004, Adherence To The Dialysis Prescription: Partnering With Patients Forimproved Outcomes.Nephrol Nurs J, 31.
31. Öner, A.: 1998, AVF, Şant, Katater ve Damar Greftlerinin Bakımı ve Komplikasyonları, TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemodiyaliz Tedavi İlkeleri El Kitabı.
32. Selçuk, Y., 2007, Kalp Hastalıklarında Diyaliz, Türk Nefroloji Derneği Nefroloji Kış Okulu, Girne KKTC Program Ve Özet Kitabı, 29 Mart-1 Nisan
33. Ertürk, Ş.: 2007, Kronik Böbrek Hastalığı Anemisinin Eritropoez Uyarıcı Ajanlarla Tedavi İlkeleri Türk Nefroloji Derneği Kış Okulu 29,03-01,04.2007 KKTC,Program Ve Özet Kitabı
34. Akoğlu, E.: 1998, Hemodiyaliz Esnasında Oluşan Akut Komplikasyonlar, TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Hemodiyaliz Tedavi El Kitabı Sağlık Ve Sosyal Yardım Vakfı.
35. Yıldız A., 2007, Vasküler Kalsifikasyon. Türk Nefroloji Derneği Kış Okulu, 29.03-01.04., KKTC Program ve Özet Kitabı
36. Lewin, E., Huan, J., Olgaard K.: 2006, Böbrek Yetmezliğinde Paratiroid Büyümesi Ve Baskılanması, Seminars İn Dialysis, Offical Journal Of The

American Society Of Diagnostic And Interventional Nephrology Blackwell Publishing, 1(3).

37. Aşçı, G., 2007, Renal Kemik Hastalığı: Sınıflama, Patogenez TND Kış Okulu, Girne
38. Nergizoğlu, G.: 2007, Üremik Kemik Hastalığının Tedavisi, TND Kış Okulu KKTC Program ve Özet Kitabı, 29 Mart-1 Nisan
39. Özener, Ç.: 1998, Diyaliz İndikasyonları, Tc Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemodiyaliz Tedavi İlkeleri El Kitabı,
40. Şahintürk, S.; Hemodiyaliz Hastalarında İnfeksiyonlar Nefroloji Derneği İstanbul Şubesi Eğitim Seminerleri Pazar Toplantıları 5
41. Evrenkaya, R.; 2004, Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Aşılama, Türk Nefroloji Derneği İstanbul Şubesi Eğitim Seminerleri Pazar Toplantıları 4
42. Ayköse, G.; 2006, Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Tedavisi Gören Cinsel Disfonksiyonlu Erkeklerde Gonadal Fonksiyonların ve Testeron Replasman Tedavisinin Değerlendirilmesi; Uzmanlık Tezi, İstanbul
43. Enç, N., 2005, Kronik Böbrek Yetmezliği Ve Cinsel Fonksiyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi
44. Fidaner, C.; 2004, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu , Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, İzmir
45. Fırat, R.; 2005, Yaşam Kalitesi mi, Yaşam Standardı mı?; Sivil Toplum Ve İletişim Dergisi, Bahar.90.
46. Başaran, S, Güzel, R., Sarpel, T.; 2005, Yaşam Kalitesi Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma,1(20).
47. Ferrans, C:E Powers, M:J, 1985, Quality of Life Index: Development And Pshychometric Properties, Advances In Nursing Science, 8(1)15-24s
48. Teroka, S, Toma, H, Nihei, H.; 1995, Current Status Of Renal Replacement Threapy İn Japan. Am J Kidney Dis.
49. Niechzial M, Hampel E, Grobe T, Nagel E, Et Al.; 1997, Determinants of the Quality of Life in Chronic Renalfailure. Soz Praventivmed, 42(Suppl 3):162-174s.

50. Markus, Mp, Jager, Kj, Dekker, Fw Et Al.; 1997, Quality of Life in Patients on Chronic Dialysis: Self-Assessment 3 months After The Start of the Treatment. the Necosadstudy Group. Am J Kidney Dis, 29:584-592p.
51. Özgür, B., Kürşat, S., Aydemir, Ö.; 1999, Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirme
52. Sağduyu, A., Şentürk, V. Sezer., S. Özel S.: 2006, Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(1), 22-31s.
53. Kimmel L.; 2001, Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşamlarını Sürdüremelerinde Etki Eden Psikososyal Sorunlar., Kronik Böbrek ve Transplantasyon Kültürü Dergisi, Roche İstanbul, 32.
54. Özcan, E, Yılmaz, H, Eryılmaz, M ve ark.; 1995, Hemodiyalize Giren Hastalardaki Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Üzerine Destekleyici Yaklaşımın Ve Moklobemidin Etkisi: Çift Kör Plasebo Kontrollü Bir Çalışma. Psikiyatri, Psikoloji Ve Psikofarmakoloji Der., 3: 3.
55. Levendoğlu, F., Altıntepe, L., Uğurlu, H.; 2004, Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Anksiyete, Türk Geriatri Dergisi, 7.4,
56. Güler, D.; 2006 Mastalji, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
57. Ovayolu N.: Pehlivan. S., Uçan, Ö., Çuhadar, D.; 2007, Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Anatolian Journal Of Psychiatry , 8:293-296
58. Olgun, N, Çınar, S. Aslan, F., 1998, Kronik Böbrek Yetmezliğinin Beden İmajına Etkisi Diyaliz Ve Transplantasyon Kültürü Dergisi, Altan Matbaacılık, İstanbul, 15.
59. Çelik, H.C., Acar., T.: 2007, Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Fırat Tıp Dergisi;12(1):23-27
60. Cimilli C. 1994, Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri Türk Nefroloji Dergisi, 3

61. Bahar, A., Savaş, H., Yıldızgördü, E., Barlıoğlu, H.: 2007, Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:287-292s.
62. Sezer Tuğrul, M.; Diyaliz Hastalarında Psikolojik Sorunlar ve Çözüm Yolları
http://74.125.77.132/search?q=cache:ssQvGbjXrawJ:ersoygul.blogcu.com/diyalizhastalarindapsikolojiksorunlarvecozumyollari_33837161.html+Sezer+Tu%C4%9Frul,+M.%3B+Diyaliz+Hastalar%C4%B1nda+Psikolojik+Sorunlar+ve+%C3%87%C3%B6z%C3%BCm&hl=tr&ct=clnk&cd=1&gl=tr
63. Mittal, Sk, Ahern, L, Flaster, E, Maesaka, Jk, Fishbane, S.; 2001, Self-Assessed Physical and Mental function of Hemodialysis Patients. Nephrol Dial Transplant; 16: 1387-139
64. Keçecioğlu, N., Özcan, E., Yılmaz, H., Sezer, T., Eryılmaz, M., , Ersoy, F., Süleymanlar, G., Yakupoğlu, G.: 1995, Hemodiyaliz ve Kronik Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar ve Bu Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması: Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi, Official Journal Of The Turkish Nephrology, Assosiation 3:172-176s.
65. Çölbay M., Yüksel, Ş., Fidan, F., Acartürk G., Karaman, Ö., Ünlü, M.; 2007, Hemodiyaliz Hastalarının Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İle Değerlendirilmesi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 55(2): 167-173s.
66. Hisli, N.; 1989, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 7:3-13s.
67. Beck At ; 1961, An İnventry For Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-71p.
68. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., ve ark.:1999, SF-36' nın Türkçe İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi
69. Erengin, N., Keçecioğlu, N., Güven, M., Sarıkaya, M., Tuncer, M., Özcan, S., Süleymanlar, G., Ersoy F., , Yakupoğlu, G.: 1998, Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yeti Yitimi,

Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3:137-140s.

70. Demirel, G., Yılmaz, H., Görçin, B.; 2001, Hemodiyaliz Hastalarında Lokomotor Sistem Bulguları; Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, ;47(1):47-53s.
71. Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D.; 2008, Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, Türk Nöropsikiyatri Dergisi, 45(3).
72. Mollaoğlu, M.; 2005, Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü Ve Depresyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi
73. Köşgeroğlu, N., Sayiner, D., Örsal, Ö., Yıldırım, S.:2006, Determining The Level Of Depression And Hopelessness Hemodialysis Patients And Capd And Their Families, Czech Republic.
74. Alvarez-Ude F, Fernandez-Reyes Mj.,Vazquez A Et Al.. 2001, Physical Symptoms And Emotional Disorders In Patient On Aperiodic Hemodialysis Program. Nefrologia;21 (Suppl2):191-199p.
75. Endler, Ns, Endler, Ns, Macrodimitris, Sd, Kocovski, Nl. 2000, Depression: The Complexity Of Self-Report Measures. Journal of Applied Biobehavioral Research.; 5: 26-46s.
76. Küey, L, Güleç, C.; 1989; Depression in Turkey in the 1980: Epidemiological and Clinical Approaches. Clin Neuropharmacol 12(Suppl.2):1-12s.
77. Bekaroğlu, M, Uluutku, N, Tanriöver, S, Kirpınar, I.; 1991, Depression in an Elderly Population in Turkey. Actapsychiatr Scand, 84.174–178s.
78. Niti, M, Ng Tp, Kua Eh, Ho Rc, Tan Ch. 2007, Depressionand Chronic Medical İllnesses İn Asian Older Adults: Therole Of Subjective Health And Functional Status. Int Jgeriatr Psychiatry, 22:1087-1094
79. Baydoğan, M., Dağ, İ.: 2008, Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi, Türk Psikiyatri Dergisi19(1).

80. Levenson, JI, Glocheski, S. 1991, Psychological Factors Affecting End-Stage Renal Disease. a Review: Psychosomatics, 32 (4):382-389s.
81. Bendelow G: Pain perceptions, emotions and gender Sociology of Health İllness 1993; 15:273-294
82. Blake, C., Codd, Mb., Cassdy A., O'meara, Ym.; 2000, Phscial Function, Employment and Quality of Life in End-Stage Renal Disease. J Nephrol 13(2):142-149p.
83. Ünal, G., Bilge, A.; 2005, Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Ege Tıp Dergisi 44:1.
84. Mollaoğlu, M., Arslan, S..2003, Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(4):42-46s.
85. Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovic, E., et al. 1999, Healht-Related Quality Oflife İn Dialysis Patients. a Report From an Italian Study Using the SF-36 Health Survey. Nephrol Dial Transplant, 14: 1503-10p.
86. Mittal, Sk., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka ,Jk. And Fishbane, S.. 2001, Self-Assessed Physical and Mental Functional of Hemodialysis Patients, Nephrol Dial Transplant, 16:1387-94p.
87. Gutman, R., Stead, W., Robinson, R., and at all. 1981. Physical Activity and Employment Status of Patients on Maintenance Dialysis. N Engl J Med, 304:309-313.
88. Deoreo, Pb.; 1997, Hemodialysis Patients Assessed Functional Health Status Predicts Continued Survival, Hospitalization And Dialysis-Attendance Compliance Am J Kidney,
89. Altıntepe, L., Güney, İ., Türk, S., Atalay, H., Tonbul, Z.. Yeksan, M.; 2002, Hemodiyalize Giren Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuar Özellikleri İle Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, 22-26 Mayıs 2002, 4.Ulusal Böbrek Hastalıklar ve Hipertansiyon Kongresi
90. Altıntepe, L., Güney, İ., Türk, S., ve ark; 2002, Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen

Faktörler, 22-26 Mayıs, 19.Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Kitabı Bildiri Özetleri, Antalya.

91. Ovayolu, N., Bozkurt, A., Bozkurt, S., Parlar, S.; 2005, Psikiyatrik Sorunlar Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması Nefroloji Hemşireleri Dergisi
92. Tander, B., Durmuş, D., Akyol, Y., Cantürk, F., 2008, Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ağrı Ve Depresyon, Romatizma Dergisi 23,3.
93. Birtane, M., Şen, S., Tabatabaei, R., Ve Ark. 1999, Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon, 10: 145-50s.
94. Mollaoğlu, M.; 2004, Depression and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Dialysis & Transplantation, 33: 544-49p.
95. Zimmermann, Pr, Camey, Sa, De Jesus Mari J.; 2006, A Cohort Study To Assess The Impact of Depression On Patinets With Kidney Disease. The International Journal of Psyhiatry in Medicine, 4: 457-68p.
96. Tossani, E., Cassano, P., Fava, M.; 2005, Depression and Renal Disease. Semin Dial, 2: 73-81p.
97. Özdemir. İ., Balcıoğlu. İ.:1989, Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisinin Psikososyal Yönü, Türkiye Klinikleri, 9,5.

EKLER

HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Sayın.....

- () Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum
() Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum

ADI SOYADI:

GÖRÜŞME TARİHİ:

EK-1:

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09- 775.01- 590 -11867
Konu: Uygulama

05-06 2007

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı 522320060002 numaralı öğrencisi Zeynep KIZILCIK'ın Yüksek Lisans Tez Çalışması kapsamında "Kronik Renal Yetmezlik Tanısı Alan Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını ev ziyaretleri ile uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Tasviplerinize arz ederim.


Dr. Kadir DEMİREL
Sağlık Müdür V.


OLUR
.../06/2007
Dağıstan KILIÇASLAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

01./06/2007 Eğt.Şub.Mem. :N.SARICAOĞLU
1./06/2007 Eğt.Şub.Şefi :N.ACARBAŞ
02./06/2007 Eğt.Şub.Müd. :A.ÖZKAN
.../06/2007 Sağ.Müd.Yard. : A.SAVAŞ

İsmet İnönü Cad.No: 63 ESKİŞEHİR Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şubesi
Tel: 0222 230 27 86 Dahili: 115-125-126 Fax: 0 222 230 80 49 eposta : egitimsube@essaglik.gov.tr

EK-2:

HEMODİYALİZ HASTALARI İÇİN TANITIM FORMU

ADI SOYADI:

YAŞI:

HAFTALIK DİYALİZ SAYISI:

HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI:

DİYALİZE GİRİŞ SÜRESİ: 1AY-5 YIL:

5YIL-10 YIL:

10 YIL ve ÜZERİ:

KT/V DÜZEYİ: 0.99 VE ALTI:

1.0-1.33 ARASI:

1.33 VE ÜZERİ:

CİNSİYETİ: KADIN:

ERKEK:

HEMATOKRİT/ HEMOGLOBİN DEĞERİ:

İDRAR ÇIKIŞI: VAR.....

YOK.....

EPOPROTEİN TEDAVİSİ: VAR.....

YOK.....

ÖĞRENİM DÜZEYİ:

OKUR-YAZAR DEĞİL:

LİSE:

İLKÖĞRETİM:

ÜNİVERSİTE:

MEDENİ DURUM: HIÇ EVLENMEMİŞ:

EVLİ:

BOŞANMIŞ:

MESLEĞİ: ÇALIŞMIYOR:

ÇALIŞIYOR:

SOSYOEKONOMİK DÜZEY: ÜST(1000YTL VE ÜZERİ)

ORTA(500-999YTL)

ALT(499 VE ALTI)

VASKÜLER GİRİŞ YOLU:

AVF(ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL):

PORT(KATATER):

AVG(ARTERİYOVENÖZGREFT):

HEPATİT DURUMU: HCV/HBsAg NEGATİF:

HCV POZİTİF:

HBsAg POZİTİF:

SAĞLIK GÜVENCESİ:

SSK:

YEŞİLKART:

BAĞKUR:

EMEKLİ SANDIĞI:

KURUM:

KAN AKIMI HIZI: 150-199:

200-249:

250-299:

300-349:

350-399:

AİLE TİPİ:

ÇEKİRDEK:

GENİŞ:

TRANSPLANTASYON ÖYKÜSÜ:

BAŞARISIZ TRANSPLANTASYON:

TRANSPLANTASYON BEKLİYOR:

TRANSPLANTASYON PLANLAMİYOR:

ALKOL/UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI:

VAR..... YOK.....

PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

YOK:

VAR: (AÇIKLAYINIZ)

EK-3:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

- 1.)A)KENDİMİ ÜZGÜN HİSSETMİYORUM
B)KENDİMİ ÜZGÜN HİSSEDİYORUM
C)HER ZAMAN İÇİN ÜZGÜN VE MUTSUZUM Kİ BU DUYGUDAN KENDİMİ KURTARAMIYORUM
D)ÖYLESİNE ÜZGÜN VE MUTSUZUM Kİ DAYANAMIYORUM
- 2.)A)GELECEKTEN UMUTSUZ DEĞİLİM
B)GELECEK KONUSUNDA UMUTSUZUM
C)GELECEKTEN BEKLEDİĞİM BİRŞEY YOK
D)BENİM İÇİN GELECEK OLMADIĞI GİBİ BU DURUM DÜZELMEYECEK
- 3.)A)KENDİMİ BAŞARISIZ GÖRMÜYORUM
B)HERKESTEN DAHA FAZLA BAŞARISIZLIKLARIM OLDU SAYILIR
C)GERİYE DÖNÜP BAKTIĞIMDA PEK ÇOK BAŞARISIZLIKLARIM OLDUĞUNU GÖRÜYORUM
D)KENDİMİ BİR İNSAN OLARAK TÜMÜYLE BAŞARISIZ GÖRÜYORUM
- 4.)A)HERŞEYDEN ESKİSİ KADAR ZEVK ALABİLİYORUM
B)HERŞEYDEN ESKİSİ KADAR ZEVK ALAMIYORUM
C)ARTIK HİÇBİR ŞEYDEN GERÇEK BİR ZEVK ALAMIYORUM
D)BENİ DOYURAN HİÇ BİRŞEY YOK HERŞEY ÇOK CAN SIKICI
- 5.)A)KENDİMİ SUÇLU HİSSETMİYORUM
B)ARADA BİR KENDİMİ SUÇU HİSSETTİĞİM OLUYOR
C)KENDİMİ ÇOĞUNLUKLA SUÇLU HİSSEDİYORUM
D)KENDİMİ HER AN İÇİN SUÇLU HİSSEDİYORUM
- 6.)A)CEZALANDIRILYORMUŞUM GİBİ DUYGULAR İÇİNDE DEĞİLİM
B)SANKİ BAZI ŞEYLER İÇİN CEZALANDIRILABİLİRİMİŞİM GİBİ DUYGULAR İÇİNDEYİM
C)CEZALANDIRILACAKMIŞIM GİBİ DUYGULAR YAŞIYORUM
D)BAZI ŞEYLER İÇİN CEZALANDIRILYORUM
- 7.)A)KENDİMİ HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRATMADIM
B)KENDİMİ HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRATTIM
C)KENDİMDEN HİÇ HOŞLANMIYORUM
D)KENDİMDEN NEFRET EDİYORUM
- 8.)A)KENDİMİ DİĞER İNSANLARDAN DAHA KÖTÜ DURUMDA GÖRMÜYORUM
B)KENDİMİ ZAYIFLIKLARIM VE HATALARIM İÇİN ELEŞTİRİYORUM
C)KENDİMİ HATALARIM İÇİN SÜREKLİ SUÇLUYORUM
D)HER KÖTÜ OLAYDA KENDİMİ SUÇLUYORUM
- 9.)A)KENDİMİ ÖLDÜRMEK GİBİ DÜŞÜNCELERİM YOK
B)BAZEN KENDİMİ ÖLDÜRMEYİ DÜŞÜNÜYORUM AMA BÖYLE BİR ŞEYİ YAPAMAM
C)KENDİMİ ÖLDÜREBİLMİYİ ÇOK İSTERDİM
D)EĞER FIRSATINI BULURSAM KENDİMİ ÖLDÜRÜRÜM
- 10.)A)HERKESTEN DAHA FAZLA AĞLADIĞIMI SANMIYORUM
B)ESKİSİNE GÖRE ŞİMDİLERDE DAHA ÇOK AĞLIYORUM
C)ŞİMDİLERDE HER AN AĞLIYORUM
D)ESKİDEN AĞLAYABİLİRDİM. ŞİMDİLERDE İSTESEMDE AĞLAYAMIYORUM
- 11.)A)ESKİSİNE GÖRE DAHA SİNİRLİ VEYA TEDİRGİN SAYILMAM
B)HER ZAMANKİNDEN BİRAZ DAHA FAZLA TEDİRGİNİM
C)ÇOĞU ZAMANA SİNİRLİ VE TEDİRGİNİM
D)ŞİMDİLERDE HER AN İÇİN TEDİRGİN VE SİNİRLİYİM

- 12.)A)DİĞER İNSANLARA KARŞI İLGİMİ KAYBETMEDİM
B)ESKİSİNE GÖRE İNSANLARLA DAHA AZ İLGİLİYİM
C)DİĞER İNSANLARA KARŞI İLGİMİN ÇOĞUNU KAYBETTİM
D)DİĞER İNSANLARA KARŞI HİÇ İLGİM KALMADI
- 13.)A)ESKİSİ GİBİ RAHAT VE KOLAY KARARLAR VEREBİLİYORUM
B)ESKİSİNE KIYASLA ŞİMDİLERDE KARAR VERMEYİ DAHA ÇOK ERTELİYORUM
C)ESKİSİNE GÖRE KARARA VERMEKTE OLDUKÇA GÜÇLÜK ÇEKİYORUM
D)ARTIK HİÇ KARAR VEREMİYORUM
- 14.)A)ESKİSİNDEN DAHA KÖTÜ BİR DIŞ GÖRÜNÜŞÜM OLDUĞUNUSANMIYORUM
B)SANKİ YAŞLANMIŞ VE ÇEKİCİLİĞİMİ KAYBETMİŞ GİBİ DÜŞÜNÜYOR VE ÜZÜLÜYORUM
C)DIŞ GÖRÜNÜŞÜMDE ARTIK DEĞİŞTİRİLMESİ MÜMKÜN OLMAYAN VE BENİ ÇİRKİNLEŞTİREN DEĞİŞİKLİKLER OLDUĞUNU HİSSEDİYORUM
D)ÇOK ÇİRKİN OLDUĞUMU DÜŞÜNÜYORUM
- 15.)A)ESKİSİ KADAR İYİ ÇALIŞABİLİYORUM
B)BİR İŞE BAŞLAYABİLMEK İÇİN ESKİSİNE GÖRE DAHA FAZLA ÇABA HARCİYORUM
C)NE İŞ OLURSA OLSUN, YAPABİLMEK İÇİN KENDİMİ ÇOK ZORLUYORUM
D)HİÇ ÇALIŞAMIYORUM
- 16.)A)ESKİSİ GİBİ RAHAT VE KOLAY UYUYABİLİYORUM
B)ŞİMDİLERDE ESKİSİ KADAR KOLAY VE RAHAT UYUYAMIYORUM
C)ESKİSİNE GÖRE 1 VEYA 2 SAAT ERKEN UYANIYOR VE TEKRAR UYUMAKTA GÜÇLÜK ÇEKİYORUM
D)ESKİSİNE GÖRE ÇOK ERKEN UYANIYOR VE TEKRAR UYUYAMIYORUM
- 17.)A)ESKİSİNE GÖRE DAHA ÇABUK YORULDUĞUMU SANMIYORUM
B)ESKİSİNDEN DAHA ÇABUK VE KOLAY YORULUYORUM
C)ŞİMDİLERDE NEREDEYSE HERŞEYDEN KOLAY VE ÇABUK YORULUYORUM
D)ARTIK HİÇ BİRŞEY YAPAMAYACAK KADAR YORULUYORUM
- 18.)A)İŞTAHİM ESKİSİNDEN PEK FARKLI DEĞİL
B)İŞTAHİM ESKİSİ KADAR İYİ DEĞİL
C)ŞİMDİLERDE İŞTAHİM EPEY KÖTÜ
D)ARTIK HİÇ İŞTAHİM YOK
- 19.)A)SON ZAMANLARDA PEK KİLO KAYBETTİĞİMİ SANMIYORUM
B) SON ZAMANLARDA İSTEMEDİĞİM HALDE İKİ BUÇUK KİLODAN FAZLA KAYBETTİM
C) SON ZAMANLARDA BEŞ KİLODAN FAZLA KAYBETTİM
D) SON ZAMANLARDA YEDİ BUÇUK KİLODAN FAZLA KAYBETTİM
- 20.)A)SAĞLIĞIM BENİ PEK ENDİŞELENDİRMİYOR
B)SON ZAMANLARDA AĞRI, SIZI, MİDE BOZUKLUĞU, KABIZLIK GİBİ SIKINTILARIM VAR
C)AĞRI SIZI GİBİ SIKINTILARIM BENİ EPEY ENDİŞELENDİRDİĞİ İÇİN BAŞKA ŞEYLERİ DÜŞÜNMEK ZOR GELİYOR
D)BU TÜR SIKINTILAR BENİ ÖYLESİNE ENDİŞELENDİRİYORKİ ARTIK BAŞKA ŞEYLERİ DÜŞÜNEMİYORUM
- 21.)A)SON ZAMANLARDA CİNSEL YAŞANTIMDA DİKKATİMİ ÇEKEN BİRŞEY YOK
B)ESKİSİNE GÖRE CİNSEL KONULARLA DAHA AZ İLGİLENİYORUM
C)ŞİMDİLERDE CİNSELLİKLE PEK İLGİLİ DEĞİLİM

EK-4:

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMÜ:SF-36

- 1)GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ İÇİN HANGİSİNİ SÖYLEYEBİLİRSİNİZ?
A)MÜKEMMEL B)ÇOK İYİ C)İYİ D)ORTA E)KÖTÜ
- 2)BİR YIL ÖNCESİYLE KARŞILAŞTIRDIĞINIZDA, ŞİMDİ GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZI NASIL DEĞERLENDİRİRSİNİZ?
A)ÇOK DAHA İYİ B)BİRAZ DAHA İYİ C)HEMEN HEMEN AYNI
D)BİRAZ DAHA KÖTÜ E)ÇOK DAHA KÖTÜ
- 3)AŞAĞIDAKİ MADDELER GÜN BOYUNCA YAPTIĞINIZ ETKİNLİKLERLE İLGİLİDİR. SAĞLIĞINIZ ŞİMDİ BU ETKİNLİKLERİ KISITLIYOR MU? KISITLIYORSA NE KADAR?
A)KOŞMAK, AĞIR KALDIRMAK, AĞIR SPORLARA KATILMAK VB AĞIR ETKİNLİKLER
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
B)BİR MASAYI ÇEKMEK, ELEKTRİK SÜPÜRGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN SPORLARI YAPMAK VB ORTA DERECELİ ETKİNLİKLER
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
C)GÜNLÜK ALIŞVERİŞTE ALINANLARI KALDIRMA VE TAŞIMA
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
D)MERDİVENLE ÇOK SAYIDA KAT ÇIKMA
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
E)MERDİVENLE BİR KAT ÇIKMA
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
F)EĞİLME VEYA DİZ ÇÖKME
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
G)BİR İKİ KİLOMETRE YÜRÜME
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
H)BİRKAÇ SOKAK ÖTEYE YÜRÜME
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
I)BİR SOKAK ÖTEYE YÜRÜME
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
J)KENDİ KENDİNE BANYO YAPMA VE GİYİNME
1)EVET OLDUKÇA KISITLIYOR 2)BİRAZ KISITLIYOR 3)HİÇ KISITLAMİYOR
- 4)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA BEDENSEL SAĞLIĞINIZIN SONUCU OLARAK, İŞİNİZ VEYA DİĞER GÜNLÜK ETKİNLİKLERİNİZDE, AŞAĞIDAKİ SORUNLARDAN BİRİYLE KARŞILAŞTINIZ MI?

A)İŞ VEYA DİĞER ETKİNLİKLER İÇİN HARCADIĞINIZ ZAMANI AZALTTINIZ MI?

1)EVET 2)HAYIR

B)HEDEFLEDİĞİNİZİN DAHA AZINI MI BAŞARDINIZ?

1)EVET 2)HAYIR

C)İŞ VEYA DİĞER ETKİNLİKLERİNİZDE KISITLANMA OLDU MU?

1)EVET 2)HAYIR

D)İŞ VEYA DİĞER ETKİNLİKLERİ YAPARKEN GÜÇLÜK ÇEKTİNİZ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR

5)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA, DUYGUSAL SORUNLARINIZIN (ÇÖKKÜNLÜK, KAYGI VB)SONUCU OLARAK İŞİNİZ VEYA DİĞER GÜNLÜK ETKİNLİKLERİNİZLE İLGİLİ AŞAĞIDAKİ SORUNLARLA KARŞILAŞTINIZ MI?

A)İŞ VEYA DİĞER ETKİNLİKLER İÇİN HARCADIĞINIZ ZAMANI AZALTTINIZ MI?

1)EVET 2)HAYIR

B)HEDEFLEDİĞİNİZDEN DAHA AZINI MI NBAŞARDINIZ?

1)EVET 2)HAYIR

C)İŞİNİZİ VEYA DİĞER ETKİNLİKLERİNİZİ HER ZAMAN Kİ KADAR DİKKATLİ YAPAMIYORMUYDUNUZ?

1)EVET 2)HAYIR

6)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA BEDENSEL SAĞLIĞINIZ VEYA DUYGUSAL SORUNLARINIZ, AİLENİZ ARKADAŞ VEYA KOMŞULARINIZLA OLAN OLAĞAN SOSYAL ETKİNLİKLERİNİZİ NE KADAR ETKİLEDİ?

A)HİÇ ETKİLEMEDİ B)BİRAZ ETKİLEDİ C)ORTA DERECE ETKİLEDİ

D)OLDUKÇA ETKİLEDİ D)AŞIRI ETKİLEDİ

7)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA NE KADAR AĞRINIZ OLDU)

A)HİÇ B)ÇOK HAFİF C)HAFİF D)ORTA E)ŞİDDETLİ F)ÇOK ŞİDDETLİ

8)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA AĞRINIZ, NORMAL İŞİNİZ NE KADAR ETKİLEDİ?

A)HİÇ ETKİLEMEDİ B)BİRAZ ETKİLEDİ C)ORTA DERECEDE ETKİLEDİ

D)OLDUKÇA ETKİLEDİ E)AŞIRI ETKİLEDİ

9)AŞAĞIDAKİ SORUNLAR SİZİN SON DÖRT HAFTA BOYUNCA NELER HİSSETTİĞİNİZLE İLGİLİDİR. HER SORU İÇİN SİZİN DUYGULARINIZI EN İYİ KARŞILAYAN YANITI, SON 4 HAFTADAKİ SIKLIĞINI GÖZÖNÜNE ALARAK SEÇİNİZ.

A)KENDİNİZİ YAŞAM DOLU HİSSETTİNİZ Mİ?

1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN

6)HİÇBİR ZAMAN

B)ÇOK SİNİRLİ BİR İNSAN OLDUNUZ MU?

1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN

6)HİÇBİR ZAMAN

C)SİZİ HİÇ BİR ŞEYİN NEŞELENDİRMEYECEĞİ KADAR KENDİNİZİ ÜZGÜN HİSSETTİNİZ Mİ?

1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN

6)HİÇBİR ZAMAN

D)KENDİNİZİ SAKİN VE UYUMLU HİSSETTİNİZ Mİ?

- 1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- E)KENDİNİZİ ENERJİK HİSSETTİNİZ Mİ?
1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- F)KENDİNİZİ KEDERLİ VE HÜZÜNLÜ HİSSETTİNİZ Mİ?
1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- G)KENDİNİZİ TÜKENMİŞ HİSSETTİNİZ Mİ?
1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- H)KENDİNİZİ MUTLU HİSSETTİNİZ Mİ?
1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- I)KENDİNİZİ YORGUN HİSSETTİNİZ Mİ?
1)HER ZAMAN 2)ÇOĞU ZAMAN 3)OLDUKÇA 4)BAZEN 5)NADİREN
6)HİÇBİR ZAMAN
- 10)SON DÖRT HAFTA BOYUNCA BEDENSEL SAĞLIĞINIZ VEYA DUYGUSAL SORUNLARINIZ SOSYAL ETKİNLİKLERİNİZİ NE SIKLIKLA ETKİLEDİ?
A)HER ZAMAN B)ÇOĞU ZAMAN C)BAZEN D)NADİREN E)HİÇBİR ZAMAN
- 11)SON 4HAFTA BOYUNCA BEDENSEL SAĞLIĞINIZ VEYA DUYGUSAL SORUNLARINIZ SOSYALETKİNLİKLERİNİZİ NE SIKLIKLA ETKİLEDİ?
A)DİĞER İNSANLARDAN BİRAZ DAHA KOLAY HASTALANIYOR GİBİYİM
1)KESİNLİKLE DOĞRU 2)ÇOĞUNLUKLA DOĞRU 3)ÇOĞUNLUKLA BİLMİYORUM 4)YANLIŞ 5)KESİNLİKLE YANLIŞ
B)TANIDIĞIM DİĞER İNSANLAR KADAR SAĞLIKLIYIM
1)KESİNLİKLE DOĞRU 2)ÇOĞUNLUKLA DOĞRU 3)ÇOĞUNLUKLA BİLMİYORUM 4)YANLIŞ 5)KESİNLİKLE YANLIŞ
C)SAĞLIĞIMIN KÖTÜYE GİDECEĞİNİ DÜŞÜNÜYORUM
1)KESİNLİKLE DOĞRU 2)ÇOĞUNLUKLA DOĞRU 3)ÇOĞUNLUKLA BİLMİYORUM 4)YANLIŞ 5)KESİNLİKLE YANLIŞ
D)SAĞLIĞIM MÜKEMMEL
1)KESİNLİKLE DOĞRU 2)ÇOĞUNLUKLA DOĞRU 3)ÇOĞUNLUKLA BİLMİYORUM 4)YANLIŞ 5)KESİNLİKLE YANLIŞ

TEŞEKKÜRLER

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Zeynep
Soyadı : Kızılıcık
Doğum Yeri ve Tarihi : Eskişehir/26.04.1984
Medeni Hali : Bekar
Dil : Türkçe, İngilizce

Mesleki Deneyim :
Özel Onvak Eskişehir Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi (2005-2008)

Eğitim :
İlköğretim 8 yıl, Eskişehir (1991-1999)
Ortaöğretim 3 yıl, Eskişehir (1999-2001)
Lisans 4 yıl, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu (2001–2005)
Yüksek Lisans; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi hastalıkları Hemşireliği, 3yıl (2006–2009)

Adres(İş) :
Özel Onvak Eskişehir Hastanesi, Akarbaşı Mahallesi, Şehit Yusuf Turgut Sokak,
No:13, ESKİŞEHİR

E-mail : zeynepkizilcik26@hotmail.com