



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA
FİZİKSEL SEMPTOMLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ: BAZI
DEĞİŞKENLER VE ÖZ BAKIMLA İLİŞKİSİ**

Yağmur AKBAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

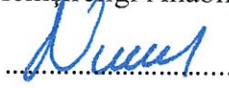
TRABZON-2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı



Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yağmur AKBAL'ın hazırladığı “Periton Diyalizi Hastalarında Fiziksel Semptomların Değerlendirilmesi: Bazı Değişkenler Ve Öz Bakımla İlişkisi” başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Nesrin NURAL



Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN



Doç. Dr. Nesrin NURAL



Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN



Tarih: 13.07/2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/....../2016 tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/06/2016

Yağmur AKBAL

İthaf

Yüksek lisans tezimi, bu günlere gelmem için elinden gelen her türlü fedakarlığı yapan
aileme ve hayatıma anlam katan tüm insanlara ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Bu yüksek lisans tez çalışması sürecinde benden sabır, özveri, bilgilerini, deneyimlerini ve desteğini esirgemeyen danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a,

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği'ni geliştiren ve araştırmamda kullanmama izin veren Sayın Yrd. Doç. Dr. Besey ÖREN'e,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Medical Park Hastanesi Başhekimliği'ne,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren hastalara,

Desteklerini benden esirgemeyen KTÜ İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışma hayatımda çok değerli yere sahip olan hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yağmur AKBAL

İÇİNDEKİLER**Sayfa No****KABUL ve ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****viii****KISALTMALAR DİZİNİ****ix****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı

6

4.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

7

4.3. Kronik Böbrek Hastalığında Morbidite ve Mortalite

10

4.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi

11

4.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri

12

4.5.1. Hemodiyaliz

12

4.5.2. Ev Hemodiyalizi

13

4.5.3. Periton Diyalizi

14

4.6. Periton Diyalizinde Karşılaşılan Semptomlar

16

4.7. Periton Diyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü

23

4.8. Semptomların Kontrol Altına Alınmasında ve Öz Bakım Gücünün
Artırılmasında Hemşirenin Rolü

24

5. GEREÇ ve YÖNTEM**27**

5.1. Araştırmanın Tipi

27

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

27

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

27

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

27

5.5. Veri Toplama Araçları

28

5.5.1. Hasta Tanıtım Formu	28
5.5.2. Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ)	28
5.5.3. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği	29
5.5.4. Charlson Komorbidite İndeksi	29
5.6. Araştırmanın Sınırlılığı	30
5.7. Yasal izin ve Etik Kurul Onayı	31
5.8. Verilerin Toplanması	31
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	31
6. BULGULAR	32
7. TARTIŞMA	49
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	59
9. KAYNAKLAR	62
10. EKLER	78
10.1. Ek 1. Hasta Tanıtım Formu	78
10.2. Ek 2. Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ)	79
10.3. Ek 3. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği	80
10.4. Ek 4. Charlson Komorbidite İndeksi	81
10.5. Ek.5. Ölçek Kullanım İzni	82
10.6. Ek.6. Kurum İzni	83
10.7. Ek.7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	84
11. ETİK KURUL ONAYI	85
12. ÖZGEÇMİŞ	86

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri	7
Tablo 2. 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığında GFH Ve Albüminüri Kategorileri	7
Tablo 3. Charlson Komorbidite İndeksi	30
Tablo 4. Charlson Komorbidite İndeks Puanı	30
Tablo 5. Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	32
Tablo 6. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 7. Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Dağılımı ve Madde Puan Ortalamaları	35
Tablo 8. Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Şiddet Düzeyi	37
Tablo 9. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Diyaliz Semptom İndeksi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 11. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre DSİ Aldıkları Madde Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırmaları	40
Tablo 12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücü Ölçeği Genel Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 13. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz-Bakım Gücü Ölçeği Genel Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Karşılaştırmaları	45
Tablo 14. Hastaların Diyaliz Semptom İndeksi Toplam Puanı İle Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	48

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar

ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
APD	Aletli Periton Diyalizi
BUN	Blood Urea Nitrogen
CREDİT	Chronic Renal Disease İn Turkey
DSİ	Diyaliz Semptom İndeksi
DSM-V	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HBS	Huzursuz Bacak Sendromu
HD	Hemodiyaliz
IPD	Intermittent Peritoneal Dialysis
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NADPH	Nicotine Amide Adenine Dinucleotide Phosphate
NIPD	Noktural Intermittent Peritoneal Dialysis
NKF-KDOQI	National Kidney Foundation- Kidney Disease Outcomes Qualit Initiative
PD	Periton Diyaliz
RAAS	Renin Anjiotensin-aldesteron Sistemi
RRT	Renal Replasman Tedavi
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SSPD	Continuous Cycling Peritoneal Dialysis
TGF	Transforming Growth Factor
TND	Türk Nefroloji Derneği
TPD	Tidal Peritoneal Dialysis

1. ÖZET

Periton Diyalizi Hastalarında Fiziksel Semptomların Değerlendirilmesi: Bazı Değişkenler ve Öz Bakımla İlişkisi

Araştırma, periton diyalizi tedavisi alan hastalarda fiziksel semptomları değerlendirmek, fiziksel semptomları etkileyen sosyodemografik özelliklerin hastalıkla ve öz bakımla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Trabzon ili merkezinde bulunan iki hastanenin periton diyaliz kliniğinde takip edilen 120 hasta oluşturdu. Veriler ‘‘Hasta Tanıtım Formu’’, ‘‘Charlson Komorbidite İndeksi’’, ‘‘Diyaliz Semptom İndeksi’’ ve ‘‘Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği’’ kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Independent t Testi, One-Way Anova Testi, Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Korelasyon Analizi kullanıldı.

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 48.93 ± 14.60 yıl ve %60.8'i erkektir. Diyaliz Semptom İndeksine göre hastaların en sık deneyimledikleri semptomlar sırasıyla kabızlık (%64.2), sınırlı hissetme (%62.5), uykuya dalmada (%60.8) ve uykuyu sürdürmede zorlanmadır (%60.0). Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 27.60 ± 6.19 'dur. Periton diyalizi uygularken desteklenen hastaların puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek olup Diyaliz Semptom İndeksi toplam puanı yönünden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Diyaliz uygularken destek almayan hastaların ilaç alt boyutu ve öz bakım gücü toplam puan ortalaması daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması ile ilaç alt boyut, hijyen alt boyut puan ortalaması ($p < 0.01$) ve diyet alt boyut, kendini izleme alt boyut toplam puan arasında negatif yönde güçlü korelasyon vardır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak öz bakım gücü eksikliği olan hastalar daha fazla sayıda ve şiddette semptomla başetmek durumunda kalmaktadırlar. Hemşireler hastalarının deneyimledikleri semptomlarla baş edebilmesi ve kontrol altına alabilmesi için öz bakım gücünü artırmaya yönelik uygulamalar geliştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Demografik Faktörler, Hemşirelik, Öz Bakım, Periton Diyalizi, Semptom

2. SUMMARY

Evaluating the Physical Symptoms of Peritoneal Dialysis Patients: Relation with Some Variables and Self-Care

The research was carried out to evaluate the physical symptoms of the patients who take peritoneal dialysis therapy and determine the relation of socio-demographic features which affect the physical symptoms with the disease and self care. The sample of this descriptive research consists of 120 patients who are kept under surveillance in peritoneal dialysis clinic of two hospitals located in center of Trabzon. The data was collected by using ‘‘Patient Identification Form’’, ‘‘Charlson Komorbidity Index’’ ‘‘Dialysis Symptom Index’’ and ‘‘Self-care Ability Scale Oriented Chronic Dialysis Patients’’. Count, percentage, average, Independent T Test, One-Way Anova, Mann Whitney-U Test, Kruskal Wallis Test and Correlation Analysis were used to analyze the data.

The average of age of the under-researched patients is 48.93 ± 14.60 year and %60.8 of them is male. According to the Dialysis Symptom Index the symptoms that the patients experienced most are in turn, constipation (%64.2), being nervous (%62.5), sleep onset-insomnia (%60.8) and sleep-maintenance insomnia (%60.0). Self-care ability scale total point average oriented the illnesses of chronic dialysis patients is 27.60 ± 6.19 . While performing peritoneal dialysis the the point average of supported patients was higher than the group and it was found meaningful with respect of dialysis symptom index ($p < 0.05$). The total point average of medicine sub-dimension and self-care ability of the patients who don't take support while applying dialysis is higher and the difference among the groups is statistically meaningful ($p < 0.05$). Total point average self-care ability scale, medicine sub-dimension and hygiene sub-dimension is ($p < 0.01$) and between diet sub-dimension and self following sub-dimension there is a negative correlation ($p < 0.05$).

As a result the patients who are lack of self-care ability have to compete with more and severe symptoms. The nurses must develop some implementation to enhance self-care ability of patients to cope with and get under control the experienced symptoms.

Key Words: Demographic Factors, Nursing, Self Care, Peritoneal Dialysis, Symptoms

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), çeşitli nedenlere bağlı olarak vücut sıvılarının dengesini sürdüremeyecek şekilde nefronların kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz harabiyetiyle oluşan nefrotik bir sendromdur (1, 2).

Türkiye’de 2014 verilerine göre renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 918, insidansı 147 olarak hesaplanmıştır. Türk Nefroloji Derneği (TND) 2014 yılı kayıtlarına göre Türkiye’de diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdüren hastaların %78.37’sine hemodiyaliz (HD), %6.04’üne periton diyalizi (PD) ve %15.59’una tranplantasyon tedavisi uygulamaktadır (3).

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişen hastaların yaşamını sürdürebilmesi için renal replasman tedavi olarak adlandırılan diyaliz veya böbrek transplantasyonu tedavileri uygulanması gerekir. Son dönem böbrek yetmezliğinin ideal tedavisi, böbreğin tüm fonksiyonlarının düzeldiği böbrek transplantasyonudur. Ancak transplantasyon olanağındaki kısıtlılıklar nedeniyle, hastaların büyük kısmı hemodiyaliz veya periton diyalizi ile yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Periton diyaliz ve HD iki ayrı tedavi seçeneği olup, her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır.

Diyaliz zorlu ve meşakkatli bir tedavi şeklidir. Diyaliz hastaları kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisine bağlı olarak pek çok kısıtlamalarla yoğun fiziksel ve psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Diyalize bağlı olarak gelişen yorgunluk, kramp, ağrı, uyku bozukluğu, dispne, depresyon, bulantı, kusma, cinsel işlev bozukluğu konstipasyon gibi semptomların birçoğunun hastaları etkilediği bilinmektedir (4). Yapılan çalışmalarda hastaların semptomları eş zamanlı yaşadıklarını ve bu semptomların öz bakım gücünü, yaşam kalitesini ve birçok yeterlilik alanlarını kısıtladığı vurgulanmaktadır (5, 6).

Hastalığa ve diyalize bağlı gelişen semptomların kontrolünü sağlamada, bireyin bakıma ve tedaviye ilişkin sorumluluklarının farkında olması, gerekli öz bakım davranışlarını sürdürmesi, hastalığını başarılı bir şekilde yönetmesini ve prognozunu seyrini olumlu etkileyecektir.

Periton diyalizi uygulayan hastalar aktif olarak tedaviye katılmak zorundadır. Yaşamın sürekliliğine temellendirilmiş olan Orem'in kendine bakım modeli; bireyin kendi bakımına aktif katılımının sağlanmasını, sağlığı ve iyiliği geliştirmek ve yaşamı sürdürmek için bireyin yaptığı uygulamaları/davranışları kapsar. Birey bilgi, beceri ya da motivasyon eksikliği nedeniyle karşılayamadığı gereksinimlerinde hemşire, bireyin tedavi edici gücünü değerlendirerek yapamadıklarını tanımlar ve sınırlılıklarının üstesinden gelmesini sağlar (7).

Diyaliz hastalarında öz bakım davranışları; diyetle uyumu, düzenli ilaç kullanımını, sıvı kısıtlamasını, stres ve semptomlarla baş etmeye yardımcı olacak birçok aktiviteyi içermektedir. Bireyin bu önerilen davranışları gerçekleştirmesini öz bakım gücü düzeyi belirlemektedir. Öz bakım gücü yetersiz olan hastalarda daha çok ciddi komplikasyonlar gelişerek, bu komplikasyonlar bireyin fonksiyonlarını bozarak bağımlı hale gelmesine yol açmaktadır (8).

Tsay ve Healstead güçlü öz-yeterlilik algısına sahip bireylerin tedaviye daha iyi uyum sağladığını, fiziksel ve psikolojik semptomların bu bireylerde daha az görüldüğünü bildirmektedir. Hastalığa uyum yapamayan hastalarda tedaviye bağlı komplikasyonlar daha fazla gelişmektedir. Diyaliz hastalarının hemşireler tarafından sürekli değerlendirilerek gereksinimlerinin belirlenmesi, hastanın diyaliz sürecine ve yaşam tarzındaki değişikliklere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Hastaların hemşireler tarafından iyi gözlenmesi ve gereksinimlerine uygun eğitimlerin verilmesi bakım ve tedavinin etkisini artırarak hastaların daha kaliteli bir yaşam sürmesini sağlayacaktır (9).

Hastalara daha kapsamlı ve uygun hemşirelik bakımının verilebilmesi için öncelikle bireyin yaşadığı semptomlar ve bu semptomların kontrolünde önemli olan öz bakım davranışlarının belirlenmesi, bunu etkileyen faktörlerin açıklığa kavuşturularak yaşam kalitelerine katkı yapmak gerekir (7).

Bu çalışma PD hastalarında semptomların sıklığını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin, geliştirilen öz bakım davranışlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Periton diyaliz hastalarında sıklıkla görülen fiziksel semptomlar ve geliştirilen öz bakım davranışlarının bilinmesi bireyin eğitim, bakım ve danışmanlık gereksinimlerinin

karşılanmasına katkı sağlayarak, hemşirelik bakım ve uygulamalarına rehberlik edecek ayrıca konu ile ilgili farkındalık oluşturularak literatüre katkı sağlanacaktır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı

Kronik hastalıklar; genellikle yavaş ilerleme gösteren, tedavi süreci uzun olan, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen hastalıklardır. Kronik hastalıklarda amaç; hastalık derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik takip, destek ve bakım gerektiren durumlarda bireye yardımcı olmaktır (10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin %70.0'ına neden olmaktadır. Bu ölüm nedenlerinin 38 milyonu kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolları hastalıklarına bağlı olarak gelişmektedir (11).

National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) tarafından hazırlanan 2002 yılı Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzu'na göre KBH tanımı; Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma olsun veya olmasın, böbrekteki 3 ay veya daha uzun süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallikler, böbrek hasarı olsun ya da olmasın GFH'nin 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dk/1.73 m²'den daha düşük olmasıdır (12).

Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzunda (KDIGO) 2012 yılında KBH'nin tanımında değişiklikler yapmıştır. Bu kılavuza göre 3 aydan uzun süredir devam eden, sağlığa olumsuz etkileriyle böbrek yapı ve fonksiyonundaki anormallikler olarak tanımlanan KBH (Tablo 1), glomerül filtrasyon hızı ve albüminüriye dayanan yeni KBH sınıflamasını eklenmiştir (Tablo 2), (13).

Tablo 1. 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri

KBH Kriterleri (en az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı)	
Böbrek hasarının belirteçleri	-Albüminüri (AER ≥ 30 mg/24 saat; ACR ≥ 30 mg/gr) -İdrar sediment anormallikleri -Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler -Histolojik olarak saptanmış anormallikler -Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler -Böbrek nakli öyküsü
Glomerül Filtrasyon Hızı (GFH) azalması:	GFH < 60 ml/dk/1.73 m ²

Tablo 2. 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığında GFH ve Albüminüri Kategorileri

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

4.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Son dönem böbrek yetmezliği insidansı; belirli bir zaman aralığında (sıklıkla bir yıl) RRT başlayan yeni hasta sayısını, prevalansı ise herhangi bir zaman kesitindeki bütün hastaları ifade etmektedir. Kronik böbrek hastalığının erken ve orta evreleri genellikle asemptomatik olması nedeniyle hastalığın gerçek insidansını ve prevalansını belirlemek zordur. Son dönem böbrek yetmezliğinde olan bütün hastalar RRT görmediği için nefroloji kayıtlı istatistiklerinde SDBY insidansı gerçek değerlerin altındadır (3).

Son dönem böbrek yetmezliğinin epidemiyolojisi etnik, ırksal, genetik farklılıkların yanı sıra diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi ek hastalıklara bağlı olarak farklılık göstermektedir (14).

Dünyada epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre KBH oranı %10-16 arasında değişmektedir (15). Amerika Birleşik Devletleri'nde KBH prevalansı %11.0, Çin'de %13.0'dır. İngiltere'de KBH prevalansına bakıldığında kadınlarda %11.0, erkeklerde ise %6.0 'dır (16).

Türkiye'de yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması (CREDIT) çalışmasına göre yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15.7' dir. Bu oran, ülkemizde 7.5 milyon kişide kronik böbrek hastalığı bulunduğunu, yani her 6-7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğunu göstermektedir (17). Türk Nefroloji Derneği'nin (2014) kayıtlarına göre, Türkiye'de diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdüren hastaların %78.37'si hemodiyaliz, %6.04'ü periton diyalizi ve %15.59'u tranplantasyon tedavisi uygulandığı belirtilmektedir (3).

Böbrek hastalığı vücut sistemlerinin tümünü etkileyerek değişikliklere yol açmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2012 yılı kronik böbrek yetmezliği programına alınan hastaların etiyolojilerine göre dağılımına bakıldığında kronik böbrek yetmezliğinin ilk üç nedeni diyabet, hipertansiyon ve glomerulonefrit olarak saptanmıştır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2014 verilerine göre ise hipertansiyon ilk sırada yer almaktadır (3). Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması 2010 yılı çalışmasında etiyolojik faktörler arasında hipertansiyon (%32.7), diabetes mellitus (%12.7), obezite (%20.1), metabolik sendrom (%31.3) dislipidemi (%76.3) ve aktif sigara (%35.2) kullanımının KBH'na eşlik eden hastalıklar olduğu saptanmıştır (15).

Hipertansiyon: Hipertansiyon KBH tanısı olan hastaların yaklaşık %80-85'inde mevcuttur (18). Diyaliz hastalarında kardiovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı hemodiyaliz hastalarında %53.0, periton diyaliz hastalarında %49.0'dır. Ayrıca TND verilerine göre hemodiyaliz hastalarında kan basıncı kontrolü daha iyi sağlanmaktadır (3). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında yeni ve tekrarlayan kardiovasküler olaylar, hipertansiyonun endotel disfonksiyonuna neden olmasıyla ortaya çıkmaktadır (19).

Glomerüler hipertansiyon ve proteinüri en az sistemik hipertansiyon kadar renal fonksiyon kaybının ilerlemesinde etkilidir. Buna bağılı olarak renin anjiotensin aldosteron sistemi (RAAS) aktivasyonunun fizyopatolojisindeki etkisinin önemi ortadadır (20). Kronik böbrek yetmezliğindeki artmış renin-angiotensin sistem aktivitesi, sekonder hiperparatroidizm, azalmış nitrik oksit sentezi, artmış sempatik sistem aktivasyonu, artmış sodyum ve volüm retansiyonu da hipertansiyona neden olabilmektedir (21).

Diabetes Mellitus: Tüm dünyada artmakta olan diyabet SDBY hastalarının çoğunda etiyolojik neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Hiperglisemi hücresel nicotine amide adenine dinucleotide phosphate (NADPH) miktarı azalarak hücre içi kimyasal tepkimeler durumunda değişikliklere yol açmaktadır. Kronik hiperglisemi hem proteinlerin hem de makromoleküllerin non-enzimatik glikasyonuna, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve oksitadif stres artışına neden olmaktadır. Yağ asitlerinin yüksek seviyeleri ve hiperglisemi, fosfolipidlerinin oksidasyonunu artırarak bu durumda trombositlerin agregasyonu artırmaya yani protrombotik eğilime neden olmaktadır (22). Aynı zamanda hiperglisemi; birbirleri ile ilişkili birçok biyokimyasal değişiklikleri başlatarak böbrek glomerül permeabilitesinde değişikliklere, matriks proteinlerinin ve hyaluronanın artışına yol açarak böbrek yetmezliğine giden bu süreci olumsuz yönde etkilemektedir (23).

Böbrek plazma akımında, intraglomerüler hidrostatik basınçta ve glomerüler basınç hızında artışa neden olan diyabetin kronik komplikasyonu olan diyabetik nefropati, son dönem böbrek hastalığında önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmanın yanında kardiyovasküler nedenlerle ölüm sıklığını da ciddi şekilde artırmaktadır (24). Yapılan çalışmalarda kan glukoz düzeyi ve kan basıncının sıkı kontrolünün diyabete bağılı gelişen böbrek hastalığı insidansını ve ilerlemesini önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (25-28).

Glomerülonefrit: Son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemede önemli bir faktör nedeni ve çok sayıda alt tipi olan glomerülonefrit, çoğu nefroloji merkezinde her glomerülonefrit tipi için sınırlı sayıda olgu gözlenmektedir (29). Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık primer glomerülonefrit olduğu saptanmıştır (30, 31). Alpay ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %40.0 oranında saptanan glomerülonefritin erken tanı ve tedavi ile KBH gidiş hızını geciktireceği belirtilmektedir (32).

Sigara: Toplum ve böbrek sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan birisi de sigara kullanımıdır. Sigara kullanılması, diğer birçok zararının yanı sıra böbrek kan akımını azaltarak böbrek işlevinde bozulmaya, endotel disfonksiyonu ve trombositlerin trombüs oluşturmaya neden olmaktadır (33). Staplin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara kullanımının diyaliz hastalarında vasküler ve nonvasküler mortalite ve morbidite riskini arttırdığı ancak diyaliz süresi ile arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmektedir. Bu sonuca göre sigara kullanımı tedavi başarısını olumsuz olarak etkilemektedir (34).

Hiperlipidemi: Periton diyalizi yapan hastalarda lipid seviyelerine doğrudan etki edecek birçok etken vardır ve diyaliz sıvısındaki glukozun doğrudan emilmesi lipoprotein sentezini başlatmaktadır. Bunun sonucunda plazma lipid seviyeleri artmaktadır (35). Hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, HIV enfeksiyonu, hepatit C virüsü ve malignite öyküsü olan bireyler için son dönem böbrek hastalığı riski daha fazla artmaktadır (36). Bunun dışında böbrek fonksiyon bozukluğu olanlarda LDL seviyeleri yükselmiştir ve artmış kardiyovasküler risk ile ilişkilidir (33).

4.3. Kronik Böbrek Hastalığında Morbidite ve Mortalite

Son dönem böbrek hastalarında mortalite ve morbiditenin yüksek olmasının nedenleri arasında hastanın ileri yaşta olması, yetersiz beslenmesi, böbrek yetmezliğine eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı, enfeksiyon ve malignite yer almaktadır. Başlıca kardiyovasküler olaylara bağlı olmak üzere KBH'nin erken evrelerinden itibaren, morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Risk artışı GFH 60 ml/dk'nın altına düştüğünde başlamakta ve hastalığın seyri ilerledikçe belirginleşmektedir (37, 38).

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında böbrek hastalığına eşlik eden sistemik komplikasyonların varlığı morbidite ve mortalite oranlarını daha da artırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, diyaliz hastalarında ölüm oranlarının genel popülasyona göre 10-30 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (16). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 24-35 yaş grubundaki diyaliz hastalarındaki kardiyovasküler ölüm olasılığının genel popülasyondan 80 yaşındaki bireylere eş değer olduğu saptanmıştır (39). Enfeksiyonlar da böbrek yetmezliğinde önemli mortalite nedenidir. Taş ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışma Türk Nefroloji Derneği'nin sonuçları ile farklılık saptanmıştır. Taş'ın yapmış olduğu çalışmada, hem kronik böbrek yetmezliği (KBY) hem akut böbrek yetmezliğinde (ABY) mortalitenin ilk nedeni enfeksiyon olarak saptanmıştır. Bu enfeksiyonlar pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu ve kateter enfeksiyonu olarak sıralanmaktadır (40). Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre hem ABY hem de son dönem KBY hastalarında en sık mortalite nedeni ise kardiyovasküler hastalıklardır (3).

4.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi

Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde amaç ilerleyici nefron kaybının azaltılması veya durdurulması, kalan nefronlarca böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesidir. Böbrek fonksiyonlarını geride kalan nefronlarla devamı sağlanılmaya çalışılır ve bu duruma hiperfiltrasyon denir. Hiperfiltrasyon vazoaktif moleküller, sitokinler, ve büyüme faktörleri ile oluşur. Bu durum başlangıçta uyumsal yanıt gibi görünse de glomerüler kapiller basıncın ve glomerül akımının artışı ile kalan nefronlarda skleroz oluşumuna neden olur. İlk bakışta yararlı gibi görünse de ilerleyici böbrek yetmezliğinin en büyük nedenidir (41).

Böbrek yetmezliği gelişimi üç evreden oluşmaktadır. İlk evrede endotel hasarı ve inflamasyon, ikinci evrede mezangial proliferasyon, üçüncü evrede ise glomerüler skleroz ve fibrozis meydana gelir. Glomerüloskleroz gelişimine, glomerüllerde hücre ve matriks artışı da katkıda bulunur. Bu durum, pek çok hormon ve büyüme faktörleri, lipidler, sitokinler ve vazoaktif maddelerin etkisiyle ortaya çıkar. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının tamamına yakınında renin anjiyotensin-aldesteron sistem (RAAS) aktivasyonu sonucunda artan anjiyotensin-II glomerüldeki endotelial ve mezangial hücrelerin proliferasyonunu artırır. Ayrıca bu faktörün salınımını uyardığı transforming growth factor beta (TGF- β) adlı sitokin de sklerozu uyarır; böylece primer hastalıktan bağımsız bir şekilde mekanik ve hormonal olaylar ile böbrek yetersizliği ilerlemektedir (42). Ayrıca tubulointertisyel fibrozisde TGF- β , anjiyotensin-II ve endotelin salınımını tetikleyerek arterioskleroz ve buna bağlı olarak nefron kaybının hızlanmasına katkıda bulunur (41).

4.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri

Kronik böbrek yetmezliği takip ve tedavisinde amaç böbrek yetmezliğine neden olan hastalığın tedavisi, böbrek yetmezliğine gidiş hızının yavaşlatılması, böbrek fonksiyonlarında azalmanın yol açtığı komplikasyonların kontrol altına alınması ve son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda renal replasman tedavisinin planlanması ve uygulanmasıdır.

Kronik böbrek yetmezliğinin kontrol altına alınması ve tedavinin planlanması üç aşamalı bir süreçtir. Birinci aşama primer koruma dediğimiz hastalığın önlenmesi aşamasıdır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı sıklıkla erken dönemde belirti vermemektedir. Erken evrede tanı konulabilmesi için KBY açısından yüksek risk altında olan bireylerde tarama yapılmalıdır (41). Genel sağlığın ve kronik hastalıkların önlenmesine yönelik önerilen sağlıklı, dengeli beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz, sigara içilmemesi gibi yaklaşımlar KBY'nin de önlenmesinde etkin yöntemlerdir (43).

Böbrek hastalığı takip ve tedavisinde sekonder koruma dediğimiz ikinci aşama kronik böbrek yetmezliğinin ilerlemesini önlemek için primer hastalığın tedavisi yanı sıra genel önlemlerin alınmasını içermektedir. Bu önlemler arasında hastanın beslenmesinin düzenlenmesi, kan basıncının kontrolü ve hiperlipideminin kontrol altına alınması yer almaktadır.

Üçüncü aşama son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda renal replasman tedavisi olarak ya diyaliz ya da renal transplantasyondur. Hastalar her bir tedaviden zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilmektedirler. Birçok ülkede renal transplantasyon önde gelen tedavi seçenekleri arasında sunulmakla beraber, donör azlığı, kültürel faktörler ve gelenekler organ nakillerini engellemektedir. Dolayısıyla hastaların büyük çoğunluğu diyaliz tedavisinden yararlanmak zorunda kalmaktadır. Diyaliz tedavi seçenekleri hemodiyaliz ve periton diyalizidir (41, 44-47).

4.5.1. Hemodiyaliz

Böbrek yetmezliği tedavisindeki diyaliz işlemleri; osmoz, difüzyon gibi su ve partiküllerin geçişini sağlayan fizyolojik süreçlere dayalıdır.

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın vasküler giriş yolundan makine aracılığıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek ters yönden gelen diyalizat ile karşılaştırılması ve ozmos, difüzyon, ultrafiltrasyon ile asit-baz, elektrolit ve toksik madde bakımından yeniden düzenlenerek hastaya geri verilmesidir (48).

Hemodiyalizin Komplikasyonları

Birçok tedavide olduğu gibi hemodiyalizde de komplikasyonlar görülmektedir. Hemodiyaliz işlemi sırasında ve sonrasında akut, kronik komplikasyonların ortaya çıktığı görülmektedir.

Hipertansiyon, hipotansiyon, aritmi, kramp, bulantı, baş ağrısı, ateş, hava embolisi, yüksek blood urea nitrogen (BUN) ve metabolik asidozun neden olduğu disequilibrium sendromu, konfüzyon, ekstrasellüler osmolaritede ani düşmeye bağlı serebral ödem hemodiyaliz sırasında görülen akut komplikasyonlar arasında yer almaktadır (49, 50).

Hemodiyalizde hastalar ateroskleroz, Hepatit B, Hepatit C enfeksiyonu, cinsel disfonksiyon, infertilite, depresyon, Wernicke Sendromu, santral pontin miyelinozis, alüminyum toksisitesine bağlı değişiklikler, diyaliz amiloidozu gibi kronik komplikasyonlarıyla karşılaşmaktadırlar. Kronik komplikasyonlar arasında daha az sıklıkla nefrojenik asit ve akkiz renal kist görülmektedir (51, 52).

4.5.2. Ev Hemodiyalizi

Ev hemodiyalizi hastanın yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla bir hastane ya da sağlık kuruluşuna bağlı kalmadan kendi evinde hemodiyaliz uygulamasıdır (53).

Tüm kronik böbrek hastalarının yaklaşık %11-14'ünün ev hemodiyalizi için uygun olabileceği düşünülmektedir. Ev hemodiyalizi için bireyin istekli ve kendine güveni olması, tek başına ya da yardımcının katkısıyla damara giriş yapabilmesi temel işlevidir. Ev hemodiyalizi için hasta yönünden engeller ise; görme-işitme kaybı, alkol-uyuşturucu bağımlılığı, tedaviye uyumu engelleyecek psikiyatrik sorunlar, kontrolsüz diyabet ve sık hipoglisemik ataklar, stabil olmayan ciddi kardiyovasküler hastalıklar, epilepsi, yaşam beklentisinin bir yıldan az olmasına neden olan ciddi komorbid hastalıklar ve heparin kullanımıdır (54).

4.5.3. Periton Diyalizi (PD)

Periton diyalizi, SDBY tedavisinde kullanılan alternatif bir renal replasman tedavi yöntemidir. İlk kez 1920 yılında Almanya’da Ganter tarafından böbrek yetmezliği olan bir kadına uygulanan PD, 1940’lı yılların sonunda Palmer tarafından silikon lastikten yapmış olduğu ilk kalıcı kateterle periton diyalizinin tedavi başarısı artırılmıştır (55, 56). Periton diyalizindeki gelişmeler devam ederek 1960 yıllarında Boen, McDonald ve Tenckhoff gibi öncülerin eşliğinde keçeli kateterler ve aletli PD’ler ortaya çıkmıştır (57). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında diyaliz seçeneklerinden kullanılabilirlik açısından birçok avantajı olan PD’nin evrimindeki en büyük buluşu 1977’de Moncrief ve Popovich tarafından sürekli ayaktan periton diyalizinin (SAPD) geliştirilmesidir (58). Tüm bu gelişmelerle birlikte tekniğin nispeten kolaylığı, ucuz maliyeti ve evde hastalar tarafından uygulanabilme kolaylığı PD popülaritesine katkı sağlamıştır.

Periton diyalizi, peritonun bir diyaliz membranı olarak kullanılmasıdır. Periton diyalizi sistemi temel olarak, peritona giriş sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyalizatın verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda diyalizat sıvısının boşaltılması işlemidir. Diyalizatın periton boşluğunda beklediği dönemde, kanda yüksek konsantrasyonda bulunan üremik toksinler ve azotlu maddeler difüzyonla diyalizata geçerek vücuttan uzaklaştırılır. Ultrafiltrasyon ise diyalizat içindeki ozmotik maddelerin (sıklıkla glukoz) oluşturduğu kan ve diyalizat arasındaki ozmotik fark sayesinde gerçekleşir. Kan ve diyalizat arasındaki ozmotik eşitlik sağlanıncaya kadar su kapillerdeki kandan periton boşluğuna geçerek vücuttaki fazla sıvının dışarı çıkışının sağlanmasıdır (59).

Periton diyalizi temel olarak iki farklı yöntemle uygulanabilir:

1. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD)
2. Aletli periton diyalizi (APD)

1. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD): Bu periton diyalizi yöntemi diyaliz solüsyonları hastalar tarafından, periton boşluğuna yerleştirilen kateter aracılığıyla belli zaman aralıklarıyla karın boşluğuna verilerek belirlenen bekleme süresi sonunda karındaki sıvıyı boşalttıktan sonra yeni solüsyonu tekrar karın boşluğuna vermesi işlemidir. Hastalar her gün ortalama altı saatte bir PD solüsyonunu steril bir şekilde

karın boşluğuna doldurur ve bu yöntemde karın hiç boş kalmaz. Döngüler her gün bu şekilde hasta tarafından uygulanır (60).

2. Aletli periton diyalizi (APD): Mekanik bir cihazın kullanıldığı bu yöntemde diyaliz solüsyonunun hastanın periton boşluğuna verilmesi ve yer çekimi etkisiyle periton boşluğundan verilen sıvının geri alınması yöntemidir. Bu yöntemin farklı türleri vardır:

- Sürekli sıklık periton diyalizi (SSPD): Hasta gece uyurken 8-10 saat boyunca PD makinesi yardımıyla 3-5 döngü diyalizat değişimi yaparak son döngüde verilen solüsyon gece tekrar makineye bağlanıncaya kadar tüm gün boyunca karında kalmasıdır.
- Gece aralıklı periton diyalizi (NIPD): Değişimin sadece gece hasta uyurken yapılarak gündüz karın boş kalmasıdır. Bu yöntemde gece boyunca 5-8 döngü yapılır.
- Tidal periton diyalizi (TPD): Bu yöntemde değişimler sadece gece yapılır ve karın gündüz boştur. Gece aralıklı periton diyalizinden farkı diyalizin etkinliğini arttırmak amacıyla genellikle iki ya da üç litrelik toplam değişim volümünün yarısı karında kalır, diğer yarısı ise makine yardımı ile 20-60 dakikada bir değiştirilir ve gece boyunca 5-8 döngü yapılır.
- Aralıklı periton diyalizi (IPD): Gün aşırı veya haftada üç gün 8-48 saat boyunca uygulanan NIPD yöntemine benzer bir seçenektir.
- Kronik periton diyalizinin hibrid tipleri: Bu yöntem SAPD ve SSPD'nin kombine edilmesidir. Amaç hem değişim sayısını hem de ultrafiltrasyon volümlerini arttırmaktır (61).

Periton diyalizi birçok avantaj ve dezavantaj yönünden hemodiyalizden ayrılır. Bunlar;

Periton Diyalizinin Avantajları:

- Kolay uygulanabilirlik
- İyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması
- Rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması
- Sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması
- Aneminin görülme sıklığı ve derinliğinin daha az olması

- Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi
- Çocuklar, yaşlılar, diyabet hastaları gibi damar problemi bulunan hastalarda kolay uygulanabilmesi
- Hepatit bulaşma riskinin az olması
- Daha serbest diyet ve sıvı alımının olmasıdır (62).

Periton Diyalizinin Dezavantajları;

- Artmış enfeksiyon riski (özellikle peritonit)
- Yetersiz diyaliz riski
- Potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon oluşması
- Kateter yerleştirilmesine bağlı psikolojik problemler
- Hiperlipidemi
- Kemik hastalığı riski
- Özellikle yaşlı ve çocuklar hastalarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlıktır (59, 62).

4.6. Periton Diyalizinde Karşılaşılan Semptomlar

Diyalizde sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar, fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlükler ve bireyin tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen semptomları hastaların yaşaması onların öz bakım gücünü azaltmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2014 verilerine göre hastalar peritonit komplikasyonu dışında sırasıyla obezite (%8.23), fitik (%6.5), diyaliz yetersizliği (%5.05) ve ultrafiltrasyon yetersizliği (%3.54) komplikasyonu ile karşılaştıkları saptanmıştır (3). Bu semptomların kontrol altına alınmasında diyaliz hastalarını bütüncül bir bakış ile değerlendirmeli ve semptomların olumsuz etkileri azaltılmaya çalışılmalıdır.

Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı'na göre; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlanan ağrı, periton diyalizi hastalarında semptom olarak değerlendirildiğinde literatürde çok fazla çalışma olmadığı görülmektedir (63). Periton diyalizinde ağrı, tedavinin en önemli komplikasyonu olan peritonitin belirtisidir. Peritonitte karın ağrısı mevcuttur. Li ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada peritonit belirtileri sırasıyla bulanık drenaj sıvısı,

karın ağrısı, karında hassasiyet, rebound hassasiyeti, ateş olarak sıralanmıştır. Periton diyalizi uygulayan hastalarda ağrı bize peritonit hakkında fikir vermektedir (64).

Ağrının erken dönemde tanınıp tedavi edilmesi, hastanın baş etme tutumlarının belirlenip uygun baş etme yöntemlerini kullanmasının sağlanması, ağrının dayanılabilir sınırlar içinde tutulması ve kişinin daha erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmesi sağlanmalıdır.

Baş ağrısı

Diyaliz sırasında sık olarak rastlanan bir semptomdur ve nedeni pek bilinmemektedir. Diyaliz tedavisi sırasında baş ağrısı kan kafein konsantrasyonunun ani olarak düşmesi ve magnezyum eksikliği nedeniyle ortaya çıkmaktadır (65). Stojimirovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarında (%6.6) baş ağrısı görülürken periton diyaliz hastalarında hiç baş ağrısı görülmemiştir (66). Hemşireler baş ağrısı kontrolünde girişimsel olarak öncelikle ağrının süresini, tipini ve özelliğini belirlemelidir. Baş ağrısını tetikleyen durumlardan kaçınmaya yönelik iyi uyku, sağlıklı diyet, yeterli dinlenme, dikkatli ilaç kullanımı, akupunktur, gevşeme egzersizleri, psikoterapi, geribildirim (biofeedback) gibi girişimlere yer verilmelidir.

Göğüs ve Sırt ağrısı

Periton diyaliz hastalarında göğüs ve sırt ağrısı, karın içi basınç artışına bağlı olarak lordotik pozisyona eğilimin yönelmesi ve lomber vertebralar üzerine düşen basınç yükünün artmasıyla ilişkilendirilmektedir (41). Şikayeti olan ve risk altında olan hastalar için sırt kaslarını güçlendiren fizik tedavi programı ile hasta konsülte edilmelidir.

Kas Krampları

Kas kramplarının bilinen dört önemli predispozan faktör arasında; hipotansiyon, yüksek ultrafiltrasyon hızı, hipovolemi ve düşük sodyumlu diyaliz solüsyonu kullanılması yer almaktadır. Bu faktörlerin hepsi vazokonstriksiyona zemin hazırlar. Böylece kas perfüzyonu azalır ve buna bağlı olarak kas gevşemesi engellenir. Periton diyaliz ve hemodiyaliz hastalarında kemik kaybı karşılaştırıldığında periton diyalizinde bu oran daha fazla görülmektedir. Bunun sebebi olarak fosfor kaybının fazla olması,

hiperglisemi, yüksek kalsiyum düzeyli diyaliz solüsyonu ve komorbid hastalıkların diyalize eşlik etmesi olarak düşünülmektedir (67).

Yorgunluk

Yorgunluk bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen bir olgudur. Bossola ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yorgunluğa anksiyete, depresyon ve komorbid hastalık varlığının neden olduğu saptanmıştır (68). Yngman-Uhlin ve Edell-Gustafsson'un yaptıkları çalışmada periton diyaliz hastalarının %88.0'ı yorgunluk yaşadığını belirtmiştir (69).

Kaşıntı

Üremik kaşıntı diyaliz hastalarında sık görülen bir semptomdur. Kaşıntı tek başına tehlikeli bir semptom olmamasına karşın hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hastaların çoğunda deride lezyon, kanama ve enfeksiyon gibi fizyolojik değişiklikler oluştururken, gece ve gündüz sürekli kaşınma hastada zihinsel, fiziksel yorgunluğa ve uykusuzluğa neden olmaktadır (70). Yapılan çalışmalarda üremik kaşıntının nedenleri kesin olarak anlaşılmamakla birlikte üremi, periferik sinirleri olumsuz etkileyen mikro partikülün deri yüzeyinde birikmesi, nöropati, anemi, serum A vitamini seviyesindeki artış, sekonder hiperparatiroidizm, kalsiyum, fosfor, magnezyum gibi iyonlardaki değişiklikler, ilaçlar, deri pH'sındaki değişiklikler, ter ve yağ bezlerindeki atrofiye bağlı deri kuruluğu, diyalizata ve sterilizasyon amacıyla kullanılan dezenfektanların neden olduğu söylenmektedir (71, 72). Kaşıntılı hastada; bireyin öncelikle iyi değerlendirilmesi, kaşıntıyı azaltıcı davranışların, kullanılan ilaçların, hastanın aktivitesindeki artış ve azalmanın, uyku düzeninin yorumlanması, bunların yanı sıra yüz ifadesi, sinirlilik, etkilenen bölgelerde yaralar gibi özelliklerine de bakılması gerekmektedir (73). Kaşıntı semptomunu kontrol altına almak için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin birbiri ile tamamlaması gerekmektedir.

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS)

İstirahat sonrası başlayan ve geceleri şiddetlenen, bacaklarda huzursuzluk hissi ile karakterize sensorionöral bir bozukluk olan HBS diyaliz hastaları arasında yaklaşık olarak %10-15 prevalansa sahiptir (74). Diyaliz hastalarında en sık nedenlerinden biri üremi olan HBS; düşük yaşam kalitesi, yüksek morbidite ve mortalite düzeyi, emosyonel stres ile ilişkili önemli faktör olarak görülmektedir (75). Yüksel ve

arkadaşlarının çalışmasında diyaliz hastalarının %30.8'inde (hemodiyaliz hastalarında %25.0, periton diyalizi hastalarında %37.2) HBS saptanmıştır. Diyaliz seçeneğinin HBS sıklığı ve şiddetini etkilemediği ancak serum kreatin, serum ferritin, beden kitle indeksinin ve hipertansiyonun HBS'yi olumsuz etkilediği saptanmıştır (76).

Beslenme Sorunları

Böbreklerin işlevlerini kaybetmesiyle önemli metabolik değişiklikler oluşmaya başlamaktadır. Yalnızca renal yetmezliği olan hastalarda değil tüm sağlıklı bireyler dahilinde böbrek fonksiyonlarının korunmasında, komplikasyonların önlenmesinde, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında beslenme kritik bir öneme sahiptir. Diyaliz hastalarında yetersiz beslenme nedenlerinden bazıları yetersiz besin alımı, iştahsızlık, tat bozuklukları, diş kayıpları, gastropati, enteropati, ilaçlar, psikososyal durumlar, yaşlanma ve diyalize ilişkin faktörlerdir (77).

Diyaliz hastalarında vücut yağ kütesine bakıldığında periton diyalizi hastalarında bu oran hemodiyalize göre daha fazla bulunmuştur (78). Ayrıca periton diyalizat sıvısının glukoz içerikli olması hastanın hiperinsülinemi, kan şekeri regülasyonunun bozulması ve kolesterol artışına neden olabilmektedir. Diyaliz hastalarında diyet güvenli ve etkili olmalıdır. Her hastanın diyeti hesaplanan protein ve enerji ihtiyacına göre düzenlenmelidir. Hastaya düzenlenen diyet ve hastanın ihtiyacı aralıklı olarak değerlendirilmeli ve hasta diyetle istekli olmalıdır. Diyet tedavisinde en büyük kazanç üremik semptomların, metabolik komplikasyonların ve KBH progresyonunu azaltmaktır.

Sosyal Yaşamda Değişiklikler

Son dönem böbrek hastalığının tedavi seçeneği olan diyaliz; hasta ve ailesinin yaşam biçiminde meydana getirdiği değişiklikleri, diyaliz tedavisi ve komplikasyonları, sık sık hastaneye gitmek zorunda kalma, hastanın aile içerisindeki suçluluk, gerginlik, çatışma ve depresyon gibi sorunları yaşanmasına neden olmaktadır (79). Diyaliz seçeneklerine göre hasta değerlendirmelerine bakıldığında Karaca ve arkadaşlarının çalışmasında hastalar periton diyalizini hemodiyalize göre “rahatlık ve bağımsızlık” olduğunu ifade ettiğini belirtmişlerdir (80). Ancak periton diyalizi uygulamasının hasta veya ailesi tarafından yapılması, günde üç-dört değişime ihtiyaç duyulması, malzemelerin depolanması gibi güçlüklerin aile, iş ve sosyal yaşamla ilgili sorunlara

neden olabilmektedir. Çoğunlukla 20-30 yaş grubundaki diyaliz hastalarının tedaviye uyum sorunları yaşadığı belirtilmektedir (81). Tokgöz'ün yaptığı çalışmada periton diyalizinin HD göre mortalite ve morbidite yönünden avantajını bildirmiştir (82). Her ne kadar periton diyalizi tedavi seçeneği avantajlı bir diyaliz seçimi olsa da kişisel verimliliğin azalması, cinsel fonksiyonlarda azalma, kateter varlığı, aile ve iş yaşamındaki sosyal rollerdeki değişiklik, tedaviye bağımlılık, diyetle uyum, bozulmuş beden imgesi periton diyaliz hastalarında yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Meyer ve Hostetter'in yaptığı çalışmada takip edilen diyaliz hastalarında yılda ortalama iki kez hastaneye yatış yaptıkları ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (83).

Hemşirelerin hasta ve ailesinin hastalığa uyum sürecini ele alırken ailedeki ilişkilerin kalitesi, ailenin gelişim evresi, kültürel değerler, inançlar, iletişim, teknolojik gelişmeler ve ekonomik durum gibi birçok faktörler bütüncül olarak ele alınmalı ve uyumu kolaylaştıracak yöntemler uygulanmalıdır.

Ruhsal Sorunlar

Bireyde psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasında en önemli faktör kronik hastalığın kendisidir (84). Son dönem böbrek yetmezliği hastalık ve tedavisinin etkileri, fonksiyonel kısıtlamalar, seksüel disfonksiyon, diyetle ilgili kısıtlamalar, zaman açısından yaşanan sıkıntılar ve ölüm korkusu nedeniyle hastalarda stres oluşturmaktadır. Bu faktörlerin yanında strese ek olarak, evlilikte yaşanan çatışmaların, aile ve tıbbi bireylerle gergin ilişkilerin, tedavi maliyeti ve işsiz kalma konularına ilişkin sosyo-ekonomik kaygılarda diyaliz hastalarında stresi arttırmaktadır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada HD hastalarının %30.0'ı, PD hastalarının ise %15.0'ı anksiyete bozukluğu olduğunu belirtmiştir (85). Russo ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise PD hastalarının ruhsal olarak kendinin iyi hissettikleri ve depresyon yönünden HD hastalarına oranla daha az sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur (86).

Yapılan çalışmalarda periton diyalizi daha avantajlı görüldüğü diyalizin getirdiği psikolojik olumsuzluklar için hastalara gerekli psikiyatrik destek sağlanarak yaşam kalitelerinin artırılabilmesinin yanı sıra psikiyatrik belirtilerde daha kolay tanınip gerekli önlemler alınmalıdır.

Cinsel Sorunlar

Son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerde böbrek fonksiyonlarında azalma ile meydana gelen endokrin değişiklikler, kullanılan çeşitli ilaçlar, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozmaktadır (87).

Yapılan çalışmalarda SDBY olan hastalarda cinsel disfonksiyon %60-%87 oranında görülmektedir (88, 89). Kahvecioğlu ve arkadaşlarının diyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada HD’de %50.0, PD’de %66.0 oranında erektil disfonksiyon olduğunu belirtmektedir (90). Periton diyalizi hastaları ile yapılan başka çalışmada ise 44 hasta ele alınmış ve %88.0’ı cinsel bozukluk yaşadığını belirtmiştir (91).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için cinsellik yaşamda en önemli stresörlerden biri olmasına karşın çok sınırlı bir şekilde ele alınmaktadır (92). Cinsellik bütüncül sağlık bakım kavramının önemli bir parçası ayrıca Maslow insan gereksinimlerinin fizyolojik hiyerarşisinde yer almasına karşın, hastalarla en çok vakit geçiren ve onları doğru bir biçimde gözlemleyebilen hemşirelerin çok azı bu konuda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Bu duruma neden olarak hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanmaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları ele alırken anksiyete yaşamaları gibi faktörlerin etkili olduğu söylenebilir. Kronik hastalığı olan kişilerde cinsel sorunların daha sık karşımıza çıkması nedeniyle hastaların bu sorunları ele alınırken hastaların kendilerini ifade etmesi sağlanmalı, gerektiği durumlarda hastaların konsültasyonu sağlanmalı ve hastanın yaşam kalitesi yükseltilmelidir.

Peritonit

Periton diyalizinin en önemli komplikasyonu olup ciddi bir morbidite, hatta mortalite nedeni olan peritonit, hastaların hastaneye yatışının %33.0’ından ve ölümlerin %1.6’sından sorumludur (93). Peritonit nedenleri arasında hastada böbrek yetmezliğine neden olan etiyoloji varlığı, diyaliz tipi, yaş, çevresel faktörler, hastaya ve diyaliz merkezine ait özel durumlar olduğu düşünülmektedir (94). Peritonit gelişimi sonucu hastaların periton diyalizini sonlandırılıp hemodiyalize geçilmesinde sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Yapılan bir çalışmada hastaların %37.0’ında peritonit nedeni ile SAPD’nin sonlandırıldığı, Demirtürk ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları çalışmada

ise hastaların %6.45'inde peritonit nedeni ile SAPD sonlandırıldığı bildirilmiştir (95, 96).

Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda hastaların peritonit riskini azaltmak ve daha etkin tedaviye olanak sağlamak için peritonite neden olan eğitim eksikliğinin giderilmesi ve önlenabilir risk faktörlerin ortadan kaldırılarak tedaviye sağlıklı şekilde devamı sağlanmalıdır.

Obezite

Obezite çoğu kronik hastalığa yol açtığı gibi böbrek yetmezliğinin gelişmesine de katkıda bulunur. Periton diyalizi solüsyonlarda kullanılan glikozun hastalarda dislipidemi, hiperglisemi ve kilo alımı gibi istenmeyen metabolik sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (97). McDonald ve arkadaşlarının çalışmasında obezite varlığının periton diyalizinde mortalite riskini arttırdığı tespit edilmiştir (98). Başka bir çalışmada hastaların ilk yıllarda kilo artışı olduğu ilerleyen yıllarda ise kilo alımının stabilize olduğu görülmüştür (99).

Herniasyon

Periton diyalizi hastalarında karın içi basıncın artmasına bağlı herniasyon oluşumu yaygın olarak görülmektedir. Prakash ve arkadaşları periton diyaliz hastalarında non-enfeksiyöz komplikasyonlara baktıklarında herniasyon (%6.7) ikinci sırada yer almaktadır (100). Sürekli aletli periton diyaliz hastalarında herniasyon riski aletli periton diyalizi uygulayan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca diyaliz süresi uzadıkça herniasyon oluşma riski de artmaktadır (101).

Malnütrisyon

Diyaliz tedavisi başlangıcında ve ilerleyen dönemlerinde mortalitenin en önemli parametresi olan malnütrisyon tanılmasında sıklıkla serum albümin düzeyi kullanılmaktadır. Son dönem böbrek hastalarında malnütrisyon sıklıkla hipoalbüminemi ile sonuçlanmaktadır (102). Malnütrisyon oranı hemodiyaliz hastalarında %18-75, periton diyalizi hastalarında ise %10-50 arasındadır (103). Li ve arkadaşlarının yaptıkları uzun süreli bir çalışmada, SAPD hastasında 36 ay sonunda başlangıç düzeylerine göre nutrisyonel parametrelerinden albumin ve kolesterol düzeylerinde değişiklik gözlenmediği fakat prealbumin ve transferrin düzeylerinde düşmeler olduğu

saptanmıştır (104). Böbrek yetmezliğinin tedavi süreci göz önüne alınarak hastaların beslenme parametreleri düzenli aralıklarla kontrollü sağlanmalı ve gerekirse periton diyalizat sıvı içeriği değiştirilmelidir.

4.7. Periton Diyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü

Bireyin yaşam, sağlık, iyiliğini korumak için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinliklerde bireyin aktif rol alması olarak tanımlanan öz bakım ilk 1959 yılında yayınlanmıştır (105). Kişinin bakımında kendine düşeni yapması olarak bilinen öz bakım gücü; hedeflerini başarmak için, önceliklerine göre eylemleri düzenleme yeteneği, bilişsel, algısal ve davranışsal yeteneklerin tümünde eylem ve öğelerin bileşimidir (106, 107).

Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım edileceği hemşirelik sisteminde aranmalıdır. Orem hemşirelik kuramının en güçlü yönü, çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz bakımı temel olarak görmesi ve bu kurama göre, hasta kendisinin bakımına aktif olarak katılmasıdır. Bununla birlikte fiziksel, psikomotor işlev, sosyal ve ekonomik yaşam gereksinimlerini karşılamasına engel teşkil eden hastalar için bu eksiklikler sistem içinde hemşire tarafından değerlendirmesi ve giderilmesidir (108).

Öz bakım yetersizliği olan hasta bireylerde öz bakım gereksinimini belirlemek, öz bakımı sağlamak ve yönetmek için hemşirenin yapmış olduğu girişimler hemşirelik gücü olarak tanımlanmaktadır (106). Hemşirelik sanatını, insan işlevini belli bir etkinlik düzeyinde güçlendirmek için öz bakım sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlanması ve uygulanmasında insanlara yardım edebilmek olarak tanımlayan Orem kuramında beş farklı yardım etme yöntemi tanımlanmıştır.

- Birey adına davranmak ya da yapmak
- Bireye rehberlik etmek
- Bireye destek olmak
- Bireyin gelişmesine imkan verecek bir çevre sağlamak
- Bireye eğitim yapmak (109).

Diyaliz hastalarında öz bakım tedavi rejiminin takibi, ilaçlar, diyet uyumu, sağlık ekibi ile koordinasyon ve iletişim gibi birçok olguyu içermektedir. Periton diyaliz hasta

seçiminde ilaç kullanımı, diyet uyumu, kendini izlem, kişisel hijyen ve bakım, ruhsal durum yönünden öz bakım gücü kriterleri yer almaktadır. Bu nedenle öz bakım gücü eksikliği periton diyalizi hastaları için engeldir. Periton diyalizinde karşılaşılabilecek semptomların kontrol altına alınmasında öz bakım gücünün artırılması ve öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi başarılı diyaliz tedavisi için önemlidir (110).

Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni hali, öğrenim durumu, gelir düzeyi, alışkanlıkları, hastalık süresi ve klinikle ilgili olguların tümü bireylerinin semptomlarla baş etmesini, semptomları tanımlamasını ve semptomları kontrol altına almada gerekli olan öz bakım gücünü etkileyebilir. Öz bakım düzeyi tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışların, fiziksel, psikolojik semptomların azalmasına ve bireylerin karşılarına çıkan zorluklarla daha kolay baş edebilmesine yardımcı olmaktadır (111-113). Eğer bireyin öz bakım gücü düşük ya da yetersiz ise bu durum sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeterli öz bakım gücüne sahip bireyler fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan yaşamdan daha fazla doyum almakta ve günlük yaşam değerlerine daha olumlu katkılabilmektedir. Buna ek olarak tedaviye yönelik pozitif yaklaşım sergileyebilmektedir.

4.8. Semptomların Kontrol Altına Alınmasında ve Öz Bakım Gücünün Artırılmasında Hemşirenin Rolü

Kronik böbrek yetmezliği tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sınırlılıklarına neden olan, uzun süreli tedavi, takip, bakım ve kontrol gerektiren bir durumdur. Yeni bir yaşam biçimine alışmak zorunda olmak anlamına gelen periton diyalizi bireyi, bireyin çevresinde olan aile fertlerini fiziksel ve psikosozal değişimle karşı karşıya bırakmaktadır. Periton diyalizi hasta ve hasta yakınlarının aile içindeki rollerinin değişmesi, hastaların karşılaştıkları yeni durumlarıyla kendilerini ifade etmeleri, tanımlamaları ve değerlendirmeleri yaşamları için gerekli olan birçok rolde değişime neden olmaktadır. Bu rol değişimi var olan uyum mekanizmalarının sarsılmasına, geleceğe yönelik beklenti ve planlarının değişmesine neden olmaktadır.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yapılan bir çalışmada yüksek oranda fiziksel ve duygusal semptomların görüldüğü, yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir (114). Abdel-kader ve arkadaşlarının diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada uykuya dalmada zorlanma (%60.0), ağız kuruluğu (%34.0) ve baş dönmesi

(%23.0) semptomlarının sıklıkla yer aldığını vurgulamaktadırlar (4). Murtagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yorgunluk (%71.0), kaşıntı (%5.0), kabızlık (%53.0), iştasızlık (%49.0), ağrı (%47.0) olarak bulunmuştur (115). Yine yapılan birçok çalışmada hastalar birçok semptomla karşı karşıya kalmaktadır. Ancak literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların daha çok hemodiyaliz hastalarında görülen semptomları belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir (116, 117).

Diyaliz hastalarında konstipasyon, ishal, iştah azalması, ödem, nefes darlığı, baş dönmesi, ağız kokusu, göğüs ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, ağrı, kaşıntı, kas krampları, yorgunluk, bulantı-kusma, huzursuz bacak sendromu, kuru cilt, kaygı, anksiyete, cinsel bozukluklar sık görülürken periton diyalizinde peritonit, obezite, herniasyon, malnütrisyon daha fazla görülen semptomlardır. Hastalığa bağlı görülen bu semptomlar nedeniyle hastaların gereksinimleri çok boyutludur. Bu boyutlar fiziksel boyutu, günlük yaşam aktivitelerini, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, emosyonel, psikososyal, psikoseksüel, spiritüel-varoluşsal alanlarını içerir. Bu alanlar aynı zamanda birbiriyle etkileşim halindedir. Karşılanmayan gereksinimler bireyi sorunlu hale getirecek, fonksiyonlarında kalıcı bozulmalara ve sakatlıklara yol açabilecektir. Kronik hastalıklarda bireyin gelişen semptomlarla başa çıkabilmesi ya da en az düzeyde etkilenmesi için bakımın üst düzeyde sağlanması gerekir. Orem'in öz bakım gücü teorisini kullanarak yapılan çalışmalarda tedavi sonuçlarının etkilendiği görülmüştür (118).

Orem'in hemşirelik kuramında hemşirelik bir toplum hizmeti (yardım), bir sanat ve bir teknoloji olarak ele alınır. Orem'e göre bir sağlık hizmeti olarak kabul edilen hemşirelik, bir hemşireyle bir hastanın sosyal olarak karşılaşmasını gerektirdiği için insanlar arası bir süreçtir. Hemşirelik, toplum gereksinimlerini karşılamak üzere planlanmış, geliştirilmiş ve güçlendirilmiştir. Hemşire hasta bireylerde öz bakım gücünü ele alırken; hemşire hastanın öz bakım gücüne karar vermeli, hastanın veya bakım veren kişinin öz bakım gereksinimini karşılama yeteneğini değerlendirmeli ve hastanın öz bakımı karşılamadaki yardım gereksinimleri için hemşirelik bakım sistemine karar vermelidir. Hemşire hastanın öz bakım gücü kapsamında daha kapsamlı ve uygun hemşirelik bakımını gerçekleştirmesi oluşabilecek semptomların kontrol altına almasında üstün başarı sağlayacaktır. Bu sonuca göre hasta bakımının sağlanması

hemşire veya diğer sağlık personeli tarafından karşılanırsa bile, diyaliz tedavisinin getirmiş olduğu sorumlulukla hastanın kendi bakımında aktif rol alması ve öz bakım gücünün yüksek olması bireyin yaşam kalitesini yükseltecektir.



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma periton diyalizi tedavisi alan hastalarda fiziksel semptomları değerlendirmek, fiziksel semptomları etkileyen sosyodemografik özelliklerin hastalıkla ve öz bakımla ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mart 2015- 2016 tarihleri arasında, Trabzon İli Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Medical Park Hastanesi periton diyalizi kliniğinde takip edilen hastalarla yapıldı. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi 500 yataklı bir hastane olup, bir nefroloji uzman doktoru ve iki periton diyaliz hemşiresi, Özel Medical Park Hastanesi 105 yataklı bir hastane olup, bir nefroloji uzman doktoru ve bir periton diyaliz hemşiresi ile hizmet vermektedir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 50, Özel Medical Park Hastanesi'nde 80 olmak üzere periton diyalizi kliniğinde takip edilen toplam 130 hastanın tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Ön uygulamaya alınan on hasta kapsam dışı bırakıldığı için araştırmanın örneklemi 120 hasta oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar seçilirken belirli ölçütler kullanıldı, rastgele bir seçim yapılmadı. Örneklem kabul ölçütleri:

- 18 yaş ve üzeri olan
- Periton diyalizi tedavisi alan
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5'e (DSM-V) göre herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan
- Sözel iletişim kurulabilen
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem dışlama kriterleri:

- Hemodiyaliz tedavisi alan

- Ev hemodiyalizi alan
- Psikiyatrik hastalığı olan hastalar araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile periton diyalizi takip ünitesinde toplandı. Veriler araştırmacı tarafından literatür ve gözlemlere dayanılarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, Charlson Komorbidite İndeksi, Diyaliz Semptom İndeksi ve Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplandı. Anketin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

5.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi ve alışkanlıkları) belirlemeye yönelik yedi soru; ikinci bölümde hastaların klinik özelliklerine (böbrek hastalığının süresi, eşlik eden kronik hastalıklar, diyalize başlama şekli, periton uygulama süresi, periton diyalizine ara verme durumu, diyalize ara verme nedeni, tedavide hastaların desteklenme durumu, desteklenen konular) ilişkin sekiz soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

5.5.2. Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ)

Memorial Semptom Tanılama Ölçeği Kısa Form'undan (MSAS-SF)' dan yola çıkılarak oluşturulan bu ölçek, Weisboard ve arkadaşlarının semptomlarla ilişkili yaşanan sıkıntı düzeyini ölçmek amacıyla hemodiyaliz hastalarında geliştirilmiştir (116).

Diyaliz Semptom İndeksi ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar 5'li likert ölçeği ile elde edilmektedir. Hastaların son yedi gün içerisinde yaşadıkları semptomlar evet-hayır olarak cevaplandırılmıştır. Daha sonra evet cevap veren hastaları semptomların ne kadar etkilediği, 5'li likert olarak 0= hayır, 1=hiç, 2= biraz, 3 = bazen, 4= çok az, 5= çok fazla şeklinde değerlendirilmiştir. Elde edilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde edilir. Ölçeğin puanı 0-150 arasında değişmektedir. 0 değeri semptomun olmadığını göstermektedir. Ölçeğe verilen cevapların 150 puana doğru artış göstermesi sözü geçen semptomun etkisinin arttığını göstermektedir (116). Diyaliz

semptom indeksinin geçerlilik çalışması, ölçeğin dil eşdeğerliği içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri, güvenilirlik çalışmasında ise iç tutarlılık, madde analizi ve test-tekrar güvenilirliği yöntemleri kullanılarak incelenmiştir (119). Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin ölçüm sonucu 0.69 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada DSİ Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulundu (Ek-2).

5.5.3. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği

Ören (2010) tarafından hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları için geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değerleri hemodiyaliz grubunda (n=175) alt boyutlar bazında 0.56 ile 0.68 arasında, tüm ölçekte 0.75'tir (120). Periton diyalizi grubunda (n=125) 0.45 ile 0.63 arasında ve tüm ölçekte 0.72'dir. Öz Bakım Gücü Ölçeği; bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay, 25 maddeden oluşan 0-2 arası puanlanan üçlü likert tipi olan ölçek formunu doldurmak yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Bireyin öz bakım davranışını günlük yaşamda uygulama durumuna göre ifade etmesi için, her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenir. Ölçekte 12, 22, 23, 25 numaralı ifadeler ters yazılmıştır. Bu ifadelerin puanlaması ters çevrilerek yapılır. Her madde her zaman uygulamam, bazen uygulamam ve hiç uygulamam şeklinde yanıtlanır. Formun puanlamasında her zaman uygulamam yanıtına 2 puan, bazen uygulamam yanıtına 1 puan, hiç uygulamam yanıtına 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınan puanlar 0-44 arasındadır. Alt boyutların puanlaması ise; her bir alt boyutun altında yer alan madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Buna göre ilaç kullanımı 0-12, diyet 0-10, kendini izleme 0-8, hijyenik bakım 0-8, ruhsal durum 0-6 arasında puan alır. Değerlendirmede düşük puanlar öz bakım gücünün iyi olmadığı yüksek puanlar ise, iyi olduğu şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin son şeklinde 15, 19, 24 numaralı maddeler yer almamıştır. Tüm istatistiksel analizler ölçeğin son hali olan 22 ifade üzerinden yapılmıştır (Ek-3) (120).

5.5.4. Charlson Komorbidite İndeksi

Charlson ve arkadaşları tarafından 559 hasta kullanılarak kronik hastalıklara bağlı mortaliteyi tahmin edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bir yıl içindeki mortalite ile korelasyon gösteren hastalıklar belirlenmiş ve rölatif risklerine göre ağırlık puanları belirlenmiştir. İndeks daha sonra 685 hasta üzerinde uygulanmış ve sağkalım için iyi bir

belirleyici olduğu gösterilmiştir. Hastaların mortalite oranlarını tahmin eden kolay ve basit bir yöntemdir (Ek-4) (121).

Tablo 3. Charlson Komorbidite İndeksi

Puan	Komorbidite
1 Puan	Koroner arter hastalığı Konjestif kalp yetmezliği Kronik pulmoner hastalık Peptik ülser hastalığı Periferik damar hastalığı Serebrovasküler hastalık Diabetes mellitus Karaciğer hastalığı (hafif derecede) Konnektif doku hastalığı Demans
2 Puan	Diyabetes mellitus (uç organ hasarının eşlik ettiğı) Renal hastalık (orta veya ağır derecede) Hemipleji Nonmetastatik solid tümör Lösemi Lenfoma Multipl myeloma
3 Puan	Karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede)
6 Puan	Metastatik solid tümör AIDS

Tablo 4. Charlson Komorbidite İndeks Puanı

Komorbidite Derecesi	Toplam Puan
0	0
1-2	1-2
3-4	3-4
5 ve üzeri	5 ve üzeri

5.6. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmaya yalnızca Trabzon ili Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Medical Park Hastanesi'nde periton diyaliz tedavisi ile ayaktan takip edilen hastaların alınması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar tüm periton diyaliz tedavisi alan hastalarına genellenemez. Bir diğeri sınırlılık araştırma sonuçlarının hastaların vermiş olduğu cevaplara dayalı olmasıdır.

5.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Sayı: 23618724-11) 11/03/2015 tarihinde etik kurul onayı, Özel Medical Park Hastanesi'nden 20/05/2015 tarihinde (Sayı:314) yazılı izin alındı (Ek 6). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, soruları cevaplandırılmış, bilgilendirildikten sonra onayları sözel ve yazılı olarak alınmıştır (Ek 7).

5.8. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” dolduruldu. Daha sonra periton diyaliz kliniği haftada iki gün ziyaret edilerek, okur-yazar olan hastaların kendileri tarafından, okur-yazar olmayan hastaların araştırmacı tarafından form ve ölçekler okunarak hastaların verdikleri cevaplar doğrultusunda anketler dolduruldu.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.00 programı kullanılmıştır. Periton diyalizi hastalarının sosyodemografik özellikleri, bağımsız değişkenleri, Diyaliz Semptom İndeksi, Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü toplam puan ve alt boyutları puanları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Verilerin normal dağılıma uyup uymadıklarını saptamak için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Veriler yüzdelik, ortalama ve standart sapma, Independent t Testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi, One-Way Anova ile değerlendirildi. Varyans analizi sonucunun önemli bulunması halinde bu farka neden olan işlemleri tespit etmek amacıyla post hoc Tukey HSD testi kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler %95.0'lık güven aralığı ve %5.0 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde periton diyaliz tedavisi alan hastaların kişisel ve klinik özellikleri, semptomların sıklığı, Diyaliz Semptom İndeksi madde puan ortalamaları, Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları dağılımlarına ve bazı değişkenlerle karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=120)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri		n	%
Yaş (Ort±SS)	48.93±14.60		
Cinsiyet	Kadın	47	39.2
	Erkek	73	60.8
Medeni durum	Evli	94	78.3
	Bekar	26	21.7
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	9	7.5
	Okur-yazar	24	20.0
	İlköğretim	57	47.5
	Lise ve üzeri	30	25.0
Meslek	Ev hanımı	41	34.2
	Memur	12	10.0
	Öğrenci	2	1.7
	İşsiz	25	20.8
	Emekli	40	33.3
Gelir Düzeyi	Düşük	24	20.0
	Orta	92	76.7
	Yüksek	4	3.3
Sigara	Evet	17	14.2
	Hayır	81	67.5
	Bırakan	22	18.3
Alkol	Evet	-	-
	Hayır	114	95.0
	Bırakan	6	5.0

Tablo 5’te periton diyalizi tedavisi alan hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların, %60.8’i erkek, %39.2’si kadın ve yaş ortalaması 48.93±14.60 yıldır. Hastaların %78.3’ü evli, %47.5’i ilköğretim

mezunu, %34.2'si ev hanımı, %33.3'ü emekli, %76.7'sinin gelir düzeyi orta, %67.5'i sigara içmemekte ve tamamına yakını (%95.5) alkol kullanmamaktadır.

Tablo 6. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

Klinik Özellikler	n	%
Hastalık süresi (yıl) (Ort±SS) 6.01±4.99		
Charlson Komorbidite İndeksi (Ort±SS) 2.45±1.16	0 Puan	22 18.3
	3 Puan	98 81.7
Eşlik eden kronik hastalıklar (n=98)*	Hipertansiyon	79 65.8
	Diabetes mellitus	24 20.0
	Kalp yetmezliği	19 15.8
	KOAH**	6 5.0
	Hepatit	6 5.0
Diyalize başlama şekli	Periton diyaliz	106 88.3
	Hemodiyaliz	14 11.7
Periton diyaliz uygulama süresi (Ort±SS) 4.07±2.77		
Periton diyalizine ara verme durumu	Evet	16 13.3
	Hayır	104 86.7
Periton diyalizine ara verme nedenleri (n=16)	Peritonit	11 68.8
	Herniasyon	3 18.7
	Diyaliz yetersizliği	2 12.5
Hastaların destek alma durumu	Evet	66 55.0
	Hayır	54 45.0
Destek aldığı kişiler (n=66)*	Eşi	31 25.8
	Çocukları	24 20.8
	Aile bireyleri	18 15.0
	Sağlık personeli	4 3.3
Destek alınan konular (n=66)*	İşlem hazırlığı	49 40.8
	Psikolojik destek	40 33.3
	Sağlık kontrolü	36 30.0
	Bireysel gereksinimlerin karşılanması	36 30.0
	Maddi destek	26 21.7

*Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 6’da görülmektedir. Böbrek hastalığı ortalama süresi 6.01 ± 4.99 yıl olan hastaların %81.7’sinin Charlson Komorbid İndeks puanı 3’tür (2.45 ± 1.16). Eşlik eden kronik hastalıklar arasında ilk sırada (%65.8) hipertansiyon yer almaktadır. Diyalize periton diyalizi ile (%88.3) başlayan hastalar ortalama 4.07 ± 2.77 yıl diyaliz uygulamaktadır.

Hastaların periton diyalizine (%13.3) peritonit (%68.8), herniasyon (%18.7), diyaliz yetersizliği (%12.5) nedeniyle ara verdiklerini belirtmişlerdir.

Periton diyalizi uygulayan hastaların %55.0’ı tedavi uygularken aile bireyleri, çevresi ve sağlık personelinden destek aldığını ve en fazla oranda (%25.8) eşlerden, en az oranda (%3.3) sağlık personeli tarafından desteklendiğini belirtmektedir. Hastaların %40.8’i işlem hazırlığı, %33.3’ü psikolojik, %21.7’si ise maddi destek aldığını ifade etmiştir.

Tablo 7. Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Dağılımı ve Madde Puan Ortalamaları (N=120)

Semptomlar	Evet		Hayır		$\bar{X} \pm SS$
	n	%	n	%	
Kabızlık	77	64.2	43	35.8	1.64±0.80
Bulantı	63	52.5	57	47.5	1.73±0.76
Kusma	45	37.5	75	62.5	1.62±0.61
İshal	39	32.5	81	67.5	1.51±0.55
İştahta azalma	64	53.3	56	46.7	2.03±1.03
Kas krampları	62	51.7	58	48.3	1.74±0.80
Bacaklarda şişkinlik	46	38.3	74	61.7	1.60±0.80
Nefes darlığı	37	30.8	83	69.2	1.64±0.82
Sersemlik	44	36.7	76	63.3	1.77±0.77
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	40	33.3	80	66.7	1.78±0.93
Ayaklarda uyuşukluk	51	42.5	69	57.5	1.47±0.61
Yorgun hissetme	70	58.3	50	41.7	2.07±1.06
Öksürme	51	42.5	69	57.5	1.68±0.88
Ağız kuruluğu	59	49.2	61	50.8	2.03±1.03
Kemik/eklem ağrısı	56	46.7	64	53.3	1.76±1.02
Göğüs ağrısı	19	15.8	101	84.2	1.73±0.80
Baş ağrısı	53	44.2	67	55.8	1.69±0.82
Kas ağrısı	49	40.8	71	59.2	1.83±0.96
Konsantre olmada zorluk	51	42.5	69	57.5	1.66±0.84
Deride kuruluk	66	55.0	54	45.0	2.16±1.14
Kaşıntı	68	56.7	52	43.3	2.17±1.06
Endişelenme	63	52.5	57	47.5	1.68±0.83
Sinirli hissetme	75	62.5	45	37.5	1.84±0.86
Üzgün hissetme	71	59.2	49	40.8	1.77±0.94
Uykuyu sürdürmede zorlanma	72	60.0	48	40.0	1.95±0.98
Rahatsız hissetme	60	50.0	60	50.0	1.81±0.92
Uykuya dalmada zorlanma	73	60.8	47	39.2	2.05±0.97
Kaygılı hissetme	53	44.2	67	55.8	1.81±1.06
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	39	32.5	81	67.5	1.97±1.02
Cinsel doyum almada zorlanma	29	24.2	91	75.8	1.70±0.98

Tablo 7’de hastaların deneyimledikleri semptomların dağılımı ve madde puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya alınan hastaların son bir hafta içinde en sık deneyimledikleri semptomların kabızlık (%64.2), sinirli hissetme (%62.5), uykuya dalmada zorlanma (%60.8) ile uykuyu sürdürmede zorlanma (%60.0) üzgün hissetme (%59.2) ve yorgun hissetme (%58.3); en az deneyimlenen semptomların ise göğüs ağrısı (%15.8), cinsel doyum almada zorlanma (%24.2) , nefes darlığı (%30.8) ve cinsel ilişkiye olan ilgide azalma(%32.5) olduğu saptanmıştır

Araştırmada periton diyalizi uygulayan hastaların semptom madde puan ortalaması en yüksek olan semptomun kaşıntı (2.17 ± 1.06), en düşük semptomun ayaklarda uyuşma (1.47 ± 0.61) olduğu belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Şiddet Düzeyi (N=120)

Semptomlar	Semptomların Şiddet Düzeyi									
	Hiç		Biraz		Bazen		Çok		Çok Fazla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kabızlık	43	35.8	40	33.3	27	22.5	7	5.8	3	2.5
Bulantı	57	47.5	27	22.5	28	23.3	6	5.0	2	1.7
Kusma	75	62.5	20	16.7	22	18.3	3	2.5	-	-
İshal	81	67.5	20	16.7	18	15.0	1	0.8	-	-
İştahta azalma	56	46.7	27	22.5	14	11.7	17	14.2	6	5.0
Kas krampları	58	48.3	28	23.3	24	20.0	8	6.7	2	1.7
Bacaklarda şişkinlik	74	61.7	25	20.8	16	13.3	3	2.5	2	1.7
Nefes darlığı	83	69.2	19	15.8	14	11.7	2	1.7	2	1.7
Sersemlik	76	63.3	17	14.2	22	18.3	3	2.5	2	1.7
Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	79	65.8	20	16.7	13	10.8	5	4.2	3	2.5
Ayaklarda uyuşukluk	69	57.5	30	25.0	18	15.0	3	2.5	-	-
Yorgun hissetme	50	41.7	27	22.5	21	17.5	12	10.0	10	8.3
Öksürme	69	57.5	27	22.5	16	13.3	5	4.2	3	2.5
Ağız kuruluğu	61	50.8	23	19.2	18	15.0	11	9.2	7	5.8
Kemik/eklem ağrısı	64	53.3	32	26.7	10	8.3	9	7.5	5	4.2
Göğüs ağrısı	101	84.2	8	6.7	9	7.5	1	0.8	1	0.8
Baş ağrısı	67	55.8	25	20.8	22	18.3	3	2.5	3	2.5
Kas ağrısı	71	59.2	23	19.2	15	12.5	7	5.8	4	3.3
Konsantre olmada zorluk	69	57.5	27	22.5	16	13.3	6	5.0	2	1.7
Deride kuruluk	54	45.0	27	22.5	12	10.0	16	13.3	11	9.2
Kaşıntı	52	43.3	23	19.2	20	16.7	15	12.5	10	8.3
Endişelenme	57	47.5	33	27.5	19	15.8	9	7.5	2	1.7
Sinirli hissetme	44	36.7	32	26.7	27	22.5	14	11.7	3	2.5
Üzgün hissetme	49	40.8	35	29.2	23	19.2	7	5.8	6	5.0
Uykuyu sürdürmede zorlanma	48	40.0	30	25.0	21	17.5	15	12.5	6	5.0
Rahatsız hissetme	60	50.0	28	23.3	19	15.8	9	7.5	4	3.3
Uykuya dalmada zorlanma	47	39.2	25	20.8	26	21.7	15	12.5	7	5.8
Kaygılı hissetme	66	55.0	30	25.0	10	8.3	8	6.7	6	5.0
Cinsel ilişkiye ilgide azalma	80	66.7	17	14.2	11	9.2	8	6.7	4	3.3
Cinsel doyum almada zorlanma	90	75.0	18	15.0	5	4.2	5	4.2	2	1.7

Periton diyaliz tedavisi alan hastaların Diyaliz Semptom İndeksi ölçeğine göre “çok fazla” düzeyde; deride kuruluk (%9.2), kaşıntı (%8.3), yorgun hissetme (%8.3), uykuya dalmada zorlanma (%5.8) ve uykuyu sürdürmede zorlanma (%5.0) semptomlarından etkilendiği saptanmıştır. Hastaları “hiç etkilemeyen” semptomların ise sırasıyla göğüs ağrısı (%84.2), cinsel doyum almada azalma (%75.0), nefes darlığı (%69.2), ishal (%67.5) ve cinsel ilişkiye ilgide azalma (%66.7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=120)

	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
İlaç kullanımı	8.67±3.03	1.00-12.00
Diyet	6.27±1.62	2.00-10.00
Kendini izleme	4.05±1.69	0.00-8.00
Hijyen	5.85±1.73	1.00-8.00
Ruhsal durum	2.95±1.49	0.00-6.00
Toplam ölçek puanı	27.60±6.19	13.00-39.00

Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 27.60±6.19, ilaç alt boyut toplam puan ortalaması 8.67±3.03, diyet alt boyut puan ortalaması 6.27±1.62, kendini izleme alt boyut puan ortalaması 4.05±1.69, hijyen alt boyut puan ortalaması 5.85±1.73, ruhsal durum alt boyut toplam puan ortalaması 2.95±1.49 olarak bulunmuştur. Alt boyut puanları arasında en yüksek puan ortalaması ilaç kullanımına aittir (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Diyaliz Semptom İndeksi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=120)

Tanıtıcı Özellikler		n (%)	Diyaliz Semptom İndeksi $\bar{X} \pm SS$	Testler
Yaş			48.93 $\pm$ 14.60	r =0.129 p =0.161****
Cinsiyet	Kadın	47(39.2)	24.59 $\pm$ 16.00	t= 0.468
	Erkek	73(60.8)	26.01 $\pm$ 16.31	p=0.641*****
Medeni durum	Evli	94(78.3)	24.46 $\pm$ 14.95	Z=-0.704
	Bekar	26(21.7)	29.03 $\pm$ 19.78	p=0.481*****
Öğrenim durumu	Okur-yazar/Okur-yazar değil*	33(27.5)	26.45 $\pm$ 20.56	F=0.528
	İlköğretim mezunu	57(47.5)	23.89 $\pm$ 11.66	p =0.591*****
	Lise ve üzeri	30(25.0)	27.33 $\pm$ 18.17	
Meslek	Ev hanımı	41(34.2)	25.17 $\pm$ 16.44	KW=2.843 p=0.416*****
	Memur	12(10.0)	23.00 $\pm$ 15.25	
	İşsiz /Öğrenci**	27(22.5)	31.33 $\pm$ 20.16	
	Emekli	40(33.3)	22.52 $\pm$ 12.09	
Gelir düzeyi	Düşük	24(20.0)	28.08 $\pm$ 16.96	Z=-0.968
	Orta /Yüksek***	96(80.0)	24.80 $\pm$ 15.95	p= 0.333*****
Sigara	Evet	17(14.2)	25.05 $\pm$ 17.74	KW =5.989 p =0.050*****
	Hayır	81(67.5)	23.16 $\pm$ 13.99	
	Bırakan	22(18.3)	34.22 $\pm$ 19.71	

*Okur-yazar ve okur-yazar olmayan satırları birleştirilmiştir

*****Independent-t-test

**Öğrenci ve işsiz satırları birleştirilmiştir.

*****Mann Whitney U Testi

*** Gelir düzeyi orta ve yüksek satırları birleştirilmiştir.

***** One-way Annova Testi

****Sperman Korelasyon testi p<0.05

*****Kruskall Wallis Varyans Analizi

Tablo 10’da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre DSİ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. DSİ puan ortalamalarının erkek cinsiyette (26.01 $\pm$ 16.31), bekarlarda (29.03 $\pm$ 19.78), eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda (27.33 $\pm$ 18.17), işsiz/öğrencilerde (31.33 $\pm$ 20.16), düşük gelir düzeyinde (28.08 $\pm$ 16.96) ve sigara içmeyi bırakanlarda (34.22 $\pm$ 19.71) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05). Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre yaş ile DSİ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre DSİ Aldıkları Madde Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırmaları (N=120)

Klinik Özellikler		n (%)	Diyaliz Semptom İndeksi $\bar{X} \pm SS$	Testler
Hastalık süresi (yıl)			6.01 $\pm$ 4.99	r = 0.001 p = 0.988*
Periton diyaliz uygulama süresi (yıl)			4.07 $\pm$ 2.77	r = 0.044 p = 0.634*
Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması			2.45 $\pm$ 1.16	r = -0.021 p = 0.821*
Diyalize başlama şekli	Periton diyaliz	106(88.3)	25.05 $\pm$ 15.87	Z = - 0.818 p = 0.413**
	Hemodiyaliz	14(11.7)	28.50 $\pm$ 18.41	
Periton diyalizine ara verme durumu	Evet	16(13.3)	27.68 $\pm$ 17.07	Z = - 0.830 p = 0.406**
	Hayır	104(86.7)	25.11 $\pm$ 16.05	
Hastaların destek alma durumu	Evet	66(55.0)	28.75 $\pm$ 15.97	t = 2.531 p = 0.013***
	Hayır	54(45.0)	21.42 $\pm$ 15.55	

*Spearman Korelasyonu p<0.05

** Mann Whitney U Testi

***Independent t Testi

Tablo 11’de periton diyalizi hastalarının klinik özelliklerine göre DSİ toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda DSİ toplam puan ortalamalarının dağılımına göre diyalize hemodiyaliz ile başlayanların (28.50 $\pm$ 18.41), periton diyalizine ara verenlerin (27.68 $\pm$ 17.07), ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Periton diyalizi esnasında desteklenen hastaların (28.75 $\pm$ 15.97) DSİ toplam puan ortalaması desteklenmeyen hastalardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Yapılan korelasyon analizine göre böbrek yetmezliği süresi (r=0.001), Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması (r=-0.021), periton diyalizi uygulama süresi (r=0.044) ile DSİ toplam puanı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği Genel Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=120)

Tanıtıcı Özellikler	İlaç Kullanımı		Diyet	Kendini İzleme	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	Toplam Ölçek Puanı
	n(%)	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş (Ort $\pm$ SS) 48.93 $\pm$ 14.60		r=-0.016 p=0.670*	r=-0.005 p=0.957*	r=-0.238 p=0.009*	r=-0.185 p=0.043**	r=0.016 p=0.861*	r=-0.145 p=0.115*
Cinsiyet							
Kadın	47(39.2)	8.53 $\pm$ 3.18	6.12 $\pm$ 1.56	4.10 $\pm$ 1.74	5.85 $\pm$ 1.85	2.29 $\pm$ 1.62	27.25 $\pm$ 6.14
Erkek	73(60.8)	8.60 $\pm$ 3.03	6.36 $\pm$ 1.67	4.02 $\pm$ 1.66	5.86 $\pm$ 1.66	3.06 $\pm$ 1.61	27.82 $\pm$ 6.26
		Z =- 0.193 p =0.847***	Z=-0.954 p=0.340***	t=0.249 p=0.804****	t=-0.037 p= 0.971****	Z=-0.801 p=0.423***	t=-0.487 p=0.627****
Medeni durum							
Evli	94(78.3)	8.72 $\pm$ 3.19	6.15 $\pm$ 1.54	3.89 $\pm$ 1.75	5.87 $\pm$ 1.72	3.03 $\pm$ 1.51	27.51 $\pm$ 6.49
Bekar	26(21.7)	8.50 $\pm$ 2.42	6.69 $\pm$ 1.87	4.65 $\pm$ 1.29	5.80 $\pm$ 1.81	3.00 $\pm$ 1.97	27.92 $\pm$ 5.08
		Z=-0.930 p=0.353***	Z=-1.419 p=0.156***	Z=-2.630 p=0.009***	Z=-0.181 p=0.856***	Z=-0.527 p=0.598***	Z=-0.217 p=0.828***
Öğrenim durumu							
Okuryazar/okuryazar değil	33(27.5)	8.81 $\pm$ 3.26	6.09 $\pm$ 1.66	4.09 $\pm$ 1.94	5.48 $\pm$ 1.71	2.63 $\pm$ 1.65	26.93 $\pm$ 5.84
İlköğretim	57(47.5)	8.42 $\pm$ 3.19	6.07 $\pm$ 1.64	3.80 $\pm$ 1.70	5.82 $\pm$ 1.71	3.08 $\pm$ 1.25	27.05 $\pm$ 6.93
Lise ve üzeri	30(25.0)	9.00 $\pm$ 2.46	6.86 $\pm$ 1.45	4.50 $\pm$ 1.27	6.33 $\pm$ 1.74	3.30 $\pm$ 2.08	29.36 $\pm$ 4.76
		F=0.405 p=0.668*****	F=2.715 p=0.070*****	F= 1.676 p=0.192*****	F=1.927 p=0.150*****	KW=2.965 p=0.085*****	F=1.646 p=0.197*****

Tablo 12'nin Devamı

Meslek							
Ev hanımı	41(34.2)	8.31±3.29	5.92±1.53	4.07±1.79	5.63±1.79	2.95±1.67	26.51±6.12
Memur	12(10.0)	10.08±2.57	5.75±1.42	3.66±1.37	6.50±1.44	2.75±1.54	28.75± 4.67
İşsiz /öğrenci	27(22.5)	9.18 ± 2.25	6.85±1.87	4.59±1.59	5.96±1.53	3.03±2.08	28.92 ±5.22
Emekli	40(33.3)	8.27±3.25	6.40±1.51	3.80±1.69	5.82±1.87	3.17±1.21	27.47±7.17
		KW=4.366	KW=7.999	KW=4.155	KW=2.226	KW=1.710	KW=3.340
		p=0.225*****	p=0.046*****	p=0.245*****	p=0.527*****	p=0.635*****	p=0.342*****
Gelir düzeyi							
Düşük	24(20.0)	8.25±2.87	5.79±1.69	4.00±1.38	5.79±1.84	2.91±1.58	26.37± 5.48
Orta /yüksek	96(80.0)	8.78±3.07	6.39±1.59	4.07±1.76	5.87±1.71	2.95±1.47	27.90± 6.35
		Z=-0.997	Z=-1.425	Z=-0.123	Z=-0.143	Z=-0.020	Z=-1.295
		p=0.319***	p=0.154***	p=0.902***	p=0.886***	p=0.984***	p=0.195***
Sigara							
Evet	17(14.2)	8.94±2.60	6.05±1.78	3.58±1.50	6.41±1.46	2.94±1.43	27.94±5.58
Hayır	81(67.5)	9.11±2.95	6.44±1.59	4.34±1.71	5.90±1.69	3.02±1.72	28.51±6.10
Bırakan	22(18.3)	6.86±3.05	5.81±1.59	3.36±1.49	5.27±1.98	3.09±1.37	23.95±5.89
		KW=9.887	KW=2.961	KW=7.905	KW=3.634	KW=0.292	KW=10.135
		p=0.007*****	p=0.227*****	p=0.019*****	p=0.162*****	p=0.864*****	p=0.006*****
*Spearman Korelasyon p<0.01,		**Spearman Korelasyon p<0.05		***Mann Whitney U testi			
****Independent t Testi		***** One-way Annova Testi		***** Kruskall Wallis Varyans Testi			

Periton diyalizi hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü toplam puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 12’de görülmektedir. Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü toplam puan ortalaması erkek cinsiyette (27.82 ± 6.26), bekarlarda (27.92 ± 5.08), eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda (29.36 ± 4.76), işsiz/öğrencilerde (28.92 ± 5.22), gelir düzeyi orta/yüksek olanlarda (27.90 ± 6.35) daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Sigara içmeyen hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları (28.51 ± 6.10), sigara içen hastaların ortalama puanlarından daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre yaş ile öz bakım gücü toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

İlaç kullanımı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının; erkek cinsiyette (8.60 ± 3.03), evlilerde (8.72 ± 3.19), lise ve üzeri eğitim alanlarda (9.00 ± 2.46), memurlarda (10.08 ± 2.57), gelir düzeyi orta/yüksek olanlarda (8.78 ± 3.07) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Sigara içmeyen hastaların ilaç alt boyut puan ortalamaları (9.11 ± 2.95) sigara içen hastaların ortalama puanlarından daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre yaş ($r = -0.016$) ile ilaç kullanımı alt boyut toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Periton diyalizi hastalarının kişisel özelliklerine göre diyet alt boyutunun toplam puan ortalamalarının erkek cinsiyette (6.36 ± 1.67), bekarlarda (6.69 ± 1.87), lise ve üzeri eğitim alanlarda (6.86 ± 1.45), orta/yüksek gelir düzeyinde (6.39 ± 1.59), sigara kullanmayanlarda (6.44 ± 1.59) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Diyet alt boyut toplam puan ortalaması işsiz/öğrenci olan hastalarda (6.85 ± 1.87) diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.059$). Yapılan korelasyon analizine göre yaş ($r = -0.005$) ile diyet alt boyut toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Kendini izleme alt boyut toplam puan ortalamalarının kadın cinsiyette (4.10 ± 1.74), eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda (4.50 ± 1.27), işsiz/öğrencilerde (4.59 ± 1.59), gelir

düzeyi orta/yüksek olanlarda (4.07 ± 1.76) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kendini izleme alt boyut toplam puan ortalamaları bekarlarda (4.65 ± 1.29) evlilerden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Sigara içmeyen hastaların (4.34 ± 1.71) kendini izleme alt boyut puan ortalamaları sigara içen hastaların ortalamalarından daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Korelasyon analizine göre yaş ($r = -0.238$) ile kendini izleme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). Yaş arttıkça kendini izleme alt boyut puan ortalaması artmaktadır.

Hijyen alt boyut toplam puan ortalamalarının erkek cinsiyette (5.86 ± 1.66), evlilerde (5.87 ± 1.72), lise ve üzeri eğitim alanlarda (6.33 ± 1.74), memurlarda (6.50 ± 1.44), orta/yüksek gelir düzeylerinde (5.87 ± 1.71), sigara içenlerde (6.41 ± 1.46) daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre yaş ($r = -0.185$) ile hijyen alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Yaş arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması artmaktadır.

Ruhsal durum alt boyut toplam puan ortalamalarının erkek cinsiyette (3.06 ± 1.61), evlilerde (3.03 ± 1.51), eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda (3.30 ± 2.08), emeklilerde (3.17 ± 1.21), gelir düzeyi orta/yüksek olanlarda (2.95 ± 1.47), sigarayı bırakanlarda (3.09 ± 1.37) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Korelasyon analizine göre yaş ($r = 0.016$) ile ruhsal durum alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 13. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği Genel Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Karşılaştırmaları (N=120)

Klinik Özellikler	n(%)	İlaç Kullanımı	Diyet	Kendini İzleme	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	Tüm Ölçek Toplam Puan
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastalık süresi (yıl)		r= 0.055	r=0.045	r=0.145	r=0.262	r=0.024	r=0.138
(Ort $\pm$ SS) 6.01 $\pm$ 4.99		p=0.549**	p=0.626**	p=0.113**	p=0.004*	p=0.792**	p=0.133**
Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması (Ort$\pm$SS) 2.45$\pm$1.16							
		r=0.002	r=-0.010	r=-0.150	r=-0.192	r=-0.058	r=-0.146
		p=0.986**	p=0.912**	p=0.103**	p=0.036**	p=0.533**	p=0.111**
Diyalize başlama şekli							
Periton diyaliz	106(88.3)	8.92 $\pm$ 2.92	6.29 $\pm$ 1.61	4.15 $\pm$ 1.67	5.83 $\pm$ 1.69	2.95 $\pm$ 1.61	27.91 $\pm$ 5.98
Hemodiyaliz	14(11.7)	6.78 $\pm$ 3.23	6.14 $\pm$ 1.79	3.35 $\pm$ 1.73	6.00 $\pm$ 2.01	3.57 $\pm$ 1.55	25.21 $\pm$ 7.46
		Z=-2.357	Z=-0.192	Z=-1.376	Z=-0.599	Z=-1.349	Z=-1.438
		p=0.018***	p=0.848***	p=0.169***	p=0.549***	p=0.177***	p=0.151***
Periton diyaliz uygulama süresi (yıl) (Ort$\pm$SS) 4.07$\pm$2.77							
		r=0.108	r=0.122	r=0.256	r=0.151	r=-0.080	r=0.157
		p=0.240**	p=0.185**	p=0.005*	p=0.100**	p=0.385**	p=0.086**
Periton diyalizine ara verme durumu							
Evet	16(13.3)	7.50 $\pm$ 3.52	6.25 $\pm$ 1.65	3.43 $\pm$ 1.20	6.12 $\pm$ 1.99	3.25 $\pm$ 1.52	26.56 $\pm$ 7.09
Hayır	104(86.7)	8.85 $\pm$ 2.92	6.27 $\pm$ 1.63	4.15 $\pm$ 1.73	5.81 $\pm$ 1.69	2.99 $\pm$ 1.63	27.75 $\pm$ 6.06
		Z=-1.528	Z=-0.043	Z=-1.613	Z=-0.931	Z=-0.861	Z=-0.507
		p=0.126***	p=0.965***	p=0.107***	p=0.389***	p=0.389***	p=0.612***
Hastaların destek alma durumu							
Evet	66(55.0)	8.03 $\pm$ 2.96	6.27 $\pm$ 1.51	3.92 $\pm$ 1.79	5.68 $\pm$ 1.93	3.01 $\pm$ 1.41	26.62 $\pm$ 6.22
Hayır	54(45.0)	9.46 $\pm$ 2.95	6.27 $\pm$ 1.77	4.22 $\pm$ 1.56	6.07 $\pm$ 1.45	3.03 $\pm$ 1.84	28.79 $\pm$ 6.00
		Z=-2.989	Z=-0.215	Z=-1.325	Z=-0.853	Z=-0.119	Z=-1.996
		p=0.003***	p=0.830***	p=0.185***	p=0.394***	p=0.905***	p=0.046***

Hastaların klinik özelliklerine göre Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13'te verilmektedir. Yapılan analiz sonucunda, diyalize PD ile başlayan (27.91 ± 5.98), PD ara vermeyen hastaların (27.75 ± 6.06) ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Periton diyalizi sırasında desteklenmeyen hastaların (28.79 ± 6.00) öz bakım gücü toplam puan ortalaması desteklenen hastalardan yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre böbrek hastalığı süresi ($r = 0.138$), Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması ($r = -0.146$), periton diyaliz uygulama süresi ($r = 0.157$) ile öz bakım gücü toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

İlaç alt boyut toplam puanı, PD ara vermeyenlerin (8.85 ± 2.92) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Diyalize PD ile başlayanların ilaç alt boyut puan ortalamalarının (8.92 ± 2.92) hemodiyaliz ile başlayanlardan yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Diyaliz tedavisi esnasında desteklenmeyen hastaların ilaç alt boyut puan ortalaması (9.46 ± 2.95) desteklenen hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Yapılan korelasyon analizinde göre böbrek hastalığı süresi ($r = 0.055$), Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması ($r = 0.002$), periton diyaliz uygulama süresi ($r = 0.108$) ile ilaç alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Diyet alt boyut toplam puanı ortalamalarını, diyalize PD ile başlayanların (6.29 ± 1.61), periton diyalizine ara vermeyen hastaların (6.27 ± 1.63) ve PD esnasında desteklenmeyen hastaların (6.27 ± 1.77) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Yapılan korelasyon analizinde göre böbrek hastalığı süresi ($r = 0.045$), Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması ($r = -0.010$) periton diyaliz uygulama süresi ($r = 0.122$) ile diyet alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kendini izleme alt boyut toplam puan ortalamalarının diyalize PD ile başlayanların (4.15 ± 1.67), PD ara vermeyen hastaların (4.15 ± 1.73) ve PD esnasında desteklenmeyen hastaların (4.22 ± 1.56) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre böbrek hastalığı süresi ($r=0.145$), Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması ($r=-0.150$) ile kendini izleme alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), ancak periton diyalizi uygulama süresi ($r=0.256$) ile kendini izleme alt boyut toplam puanı arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Periton diyalizi uygulama süresi arttıkça kendini izleme alt boyut puan ortalaması artmaktadır.

Hijyen alt boyut toplam puan ortalamalarını diyalize HD ile başlayan hastaların (6.00 ± 2.01), periton diyalizine ara verenlerin (6.12 ± 1.99) ve PD esnasında desteklenmeyen hastaların (6.07 ± 1.45) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre periton diyalizi uygulama süresi ($r=0.151$) ile hijyen alt boyut toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$), ancak böbrek yetmezliği süresi ($r=0.262$) ile hijyen alt boyut toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.01$). Buna göre böbrek yetmezliği süresi arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Ayrıca Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması ile yapılan korelasyon analizine göre ($r=-0.192$) hijyen alt boyut puan ortalaması ile arasında negatif yönde ilişki vardır ($p<0.05$). Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması azalmaktadır.

Ruhsal durum alt boyut toplam puan ortalamalarını hemodiyaliz ile diyalize başlayanların (3.57 ± 1.55), periton diyalizine ara verenlerin (3.25 ± 1.52) ve PD esnasında desteklenmeyen hastaların (3.03 ± 1.84) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Yapılan korelasyon analizine göre böbrek yetmezliği süresi ($r=0.138$), Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması ($r=-0.058$), periton diyalizi uygulama süresi ($r=-0.080$) ile ruhsal durum alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların DSİ Toplam Puanı ile Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=120)

	İlaç Kullanımı	Diyet	Kendini İzleme	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	Öz Bakım Gücü Toplam Puan
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Diyaliz Semptom İndeksi	r=-0.277 p=0.002*	r=-0.196 p=0.032**	r=-0.206 p=0.024**	r=-0.349 p=0.000*	r=0.073 p=0.428**	r=-0.288 p=0.001*

*Spearman Korelasyon p<0.01

** Spearman Korelasyon p<0.05

Tablo 14’te hastaların Diyaliz Semptom İndeksi Toplam Puanı İle Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki yer almaktadır. Hastaların Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü toplam puanı, ilaç, hijyenik bakım alt boyut toplam puanı (p<0.01); diyet ve kendini izleme alt boyutları puan ortalamaları (p<0.05) ile DSİ toplam puanı ortalaması arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Buna göre Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeğinden ve alt boyutlarının toplam puan ortalaması azaldıkça DSİ toplam puan ortalaması artmaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre sadece Kronik Diyaliz Hastalarına Yönelik Öz Bakım ölçeğinin alt boyutları arasında bulunan ruhsal alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puanı ortalaması arasında (r=0.073) istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

7. TARTIŞMA

Periton diyalizi hastalarında fiziksel semptomların değerlendirilerek, bazı değişkenler ve öz bakımla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Periton diyalizi alan hastaların yaş ortalaması 48.93 ± 14.60 yıldır ve çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması 2010 raporlarında belirtildiği gibi böbrek yetmezliğine eşlik eden komorbid hastalıklar arasında ilk sırada hipertansiyon (%65.8), diabetes mellitus (%20.0), kalp yetmezliği (%15.8) yer almıştır (15). Çalışmamızda hastaların, periton diyalizine peritonit (%68.8), herniasyon (%18.7) ve diyaliz yetersizliği (%12.5) nedeniyle ara verdiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da hastalar en çok peritonit nedeniyle tedaviye ara verdikleri belirtilmektedir (95, 96, 122). Farklı çalışmalarda diyaliz süresi arttıkça herniasyon riskinin arttığı ve herniasyonu non-enfeksiyöz komplikasyonların takip ettiği açıklanmaktadır (100, 123).

Çalışmada periton diyaliz hastalarının sıklıkla kabızlık (%64.2), sinirli hissetme (%62.5), uykuya dalmada zorlanma (%60.8), uykuyu sürdürmede zorlanma (%60.0), üzgün hissetme (%59.2), yorgun hissetme (%58.3), kaşıntı (%56.7), deride kuruluk (%55.0), iştahta azalma (%53.3), endişelenme ve bulantı (%52.5), kas krampları (%51.7), kendini rahatsız hissetme (%50.0) semptomlarını yaşadığı saptandı. Özdemir'in (124) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların yaşadıkları semptomları yorgun hissetme veya enerjide azalma (%58.0), kemik veya eklem ağrısı (%48.7) ve iştahta azalma (%47.0), ayaklarda uyuşukluk (%42.3), kas krampları (%39.0) olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları ile Özdemir'in (124) hemodiyaliz hastalarında elde edilen sonuçların karşılaştırıldığında hastaların (%58.0) kendilerini yorgun hissetme ve enerjilerinde azalma semptomlarını aynı oranların örtüştüğü görülmektedir. Abdel-kader ve arkadaşlarının (4) hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarının uykuya dalmada zorlanma (%60.0), ağız kuruluğu (%34.0) ve baş dönmesi (%23.0) semptomlarını sıklıkla yaşadıklarını bildirmişlerdir. Abdel-kader ve arkadaşlarının (4) yaptığı çalışma ile bu çalışmada uykuya dalmada zorlanma (%60.8) ve uykuya geçmede zorlanma (%60.0) semptom sıklığını aynı oranda yaşadıkları söylenebilir. Claxton ve arkadaşlarının (5) hemodiyaliz hastalarında yaptıkları farklı bir

çalışmada ise kemik ağrısı (%53.0), uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede zorlanma (%48.0), endişe (%38.0), üzgün hissetme (%31.0), bulantı (%31.0) semptomlarını daha sık yaşadıkları saptamıştır. Murtagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (115) son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yorgunluk (%71.0), kaşıntı (%55.0), kabızlık (%53.0), iştasızlık (%49.0), ağrı (%47.0) semptomlarıyla sıklıkla karşılaştığı vurgulanmaktadır. Davison ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (125) diğer çalışmalardan farklı olarak yorgunluk (%92.1), kendini kötü hissetme (%91.5), iştahta azalma (%83.2) ve kaşıntı (%73.2) semptomlarıyla hastaların daha fazla karşılaştığı belirtilmektedir. Almutary ve arkadaşlarının yaptığı farklı bir çalışmada (117) son dönem böbrek yetmezliği olup diyaliz tedavisi alan hastalarında yorgunluk (%84.8), kemik eklem ağrısı (%68.7), kaşıntı (%65.0), iştahta azalma (%56.5) olarak bulunurken, böbrek yetmezliği hastası olup diyalize girmeyen hastalarda yorgunluk (%54.2), endişe (%45.8), kaşıntı (%43.0) ve kemik eklem ağrısı (%34.6) semptomları daha sıklıkla yaşandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada daha az sıklıkla yaşanan semptomlar olarak göğüs ağrısı (%15.8), cinsel doyum almada zorlanma (%24.2), nefes darlığı (%30.8) ve cinsel ilişkiye ilgide azalma (%32.5) saptanmıştır. Hemodiyaliz (124) hastalarında yapılan bir diğer çalışmada ise kusma (%15.7), bulantı (%19.7) ve kabızlık (%21.7) en az oranda görülmüştür. Weisbord ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (116) cinsel ilişkiye ilgide azalma (%36.0), cinsel doyum almada zorlanma (%34) olarak saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde periton diyalizi hastalarında sıklıkla görülen semptomlar iştahta azalma, yorgun hissetme, uyku sorunları, endişe ve kendini kötü hissetme olarak sıralanmaktadır.

Semptomların madde puan ortalamasına bakıldığında bu çalışmada en yüksek ortalamanın “kaşıntı” (2.17 ± 1.06), en düşük ortalamanın “ayaklarda uyuşma” (1.47 ± 0.61) semptomuna ait olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucundan farklı olarak Özdemir’in hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada (124) en düşük ortalama kusma (1.32 ± 0.84), en yüksek ortalama yorgun hissetme veya enerjide azalma (2.47 ± 1.57) olarak bulunmuştur. Diyaliz Semptom İndeks’ine göre semptomların şiddet boyutu incelendiğinde hastaları; deride kuruluk (%9.2), kaşıntı (%8.3), yorgun hissetme (%8.3), uykuya dalmada zorlanma (%5.8) ve uykuyu sürdürmede zorlanma (%5.0)’nın “çok fazla” boyutunda etkilediği: göğüs ağrısı (%84.2), cinsel doyum almada azalma

(%75.0), nefes darlığı (%69.2), ishal (%67.5) ve cinsel ilişkiye ilgide azalma (%66.7) semptomlarının ‘hiç’ boyutunda etkilediği saptanmıştır. Özdemir’in (126) çalışmasında yorgun hissetme ve enerjide azalma (%19.0), kemik ve eklem ağrısı (%13.0), baş ağrısı (%8.3), cinsel ilişkiye ilgide azalma (%8.0) semptomlarının hastaları çok fazla etkilediği, iştahta azalma (%20.0), göğüs ağrısı (%17.0), üzgün hissetme (%17.0), bacakları hareketsiz tutmada zorlanma (%17.0) semptomlarının ise az etkilediği bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması (27.60 ± 6.19), ilaç alt boyut toplam puan ortalaması (8.67 ± 3.03), diyet alt boyut (6.27 ± 1.62), kendini izleme alt boyut (4.05 ± 1.69), hijyen alt boyut (5.85 ± 1.73), ruhsal durum alt boyut toplam puan ortalaması (2.95 ± 1.49) ‘‘iyi düzeyde’’ olduğu söylenebilir. Ören’in (120) hemodiyaliz, periton diyaliz ve tüm diyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada tüm hasta grubundaki hastaların; ilaç alt boyut puanı (8.80 ± 2.25), diyet alt boyut (7.33 ± 2.11), kendini izleme (4.87 ± 1.89), hijyen alt boyut (6.83 ± 1.36), ruhsal durum alt boyut (3.04 ± 1.56) ve tüm ölçek toplam puan ortalaması (30.86 ± 5.55) iyi düzeyde bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hemodiyaliz hastalarının ilaç alt boyut puanı (8.55 ± 2.38), diyet alt boyut (7.08 ± 2.19), kendini izleme (4.41 ± 1.99), hijyen alt boyut (6.77 ± 1.37), ruhsal durum alt boyut (2.89 ± 1.57) , toplam ölçek puan ortalaması (29.70 ± 5.74) ile periton diyalizi hastalarında ise ilaç alt boyut puanı (9.14 ± 1.99), diyet alt boyut (7.68 ± 1.96), kendini izleme (5.50 ± 1.53), hijyen alt boyut (6.91 ± 1.34), ruhsal durum alt boyut (3.25 ± 1.53) ve tüm ölçek toplam puan ortalamaları (32.49 ± 4.85) karşılaştırıldığında periton diyalizi hastalarının daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. İki çalışmayı bu çalışma sonuçlarıyla kıyasladığımızda bu çalışma grubundaki hastaların puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür.

Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan, bekar ve gelir düzeyi düşük olan hastalar ile DSİ toplam puanı yönünden anlamlı fark saptanmamıştır ancak eğitim düzeyi lise ve üzeri olan, bekar ve gelir düzeyi düşük olan hastaların DSİ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız Özdemir’in çalışmasını desteklemektedir.

Kronik durumların yönetimini, fizyolojik sorunların yanı sıra psikososyal problemlerin yönetimi de kapsadığı belirtilmiştir (79). Hastanın tedavisini yönetmede

psiko-sosyal desteğe ilişkin yapılan çalışmalarda hastalarla düzenli olarak görüşmelerin yapılması, sosyal programların planlanması, aile desteğinin sağlanması, öz bakım gücünün kazandırılması, hastaların kendisini ifade etmesini sağladığı vurgulanmıştır (126, 127). Bu çalışmada da aile bireyleri ve diğer kişilerden desteklenen hastaların DSİ toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalar çoğunlukla eşi (%25.8), çocukları (%20.8), diğer aile bireyleri (%15.0) ve sağlık personeli (%3.3) tarafından desteklendiğini belirtmiştir. Özçetin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (128) hastaların eşi (%61.5), kendisi (%15.4), birinci derece akrabası (%15.4) ve gelin/çocukları (%7.7) tedavi sırasında destek olduğunu belirtilmiştir. Li ve arkadaşlarının (129) yaptıkları çalışmada periton diyalizi hastalarının hastaneden eve geçiş döneminde hemşirelerin telefon desteği ile hastalara destek olunması hastaların sağlığını ve refahını artırmakta önemli olduğu görülmüştür. Yine Oliver ve arkadaşlarının (130) yaptığı başka bir çalışmada aile desteği olan hastalarda periton diyalizi kullanımı tercihi (%39.0) artmıştır. Duran ve Güngör'ün yaptığı çalışmada (131) ailelerin %78.0'ının hastalarını desteklediği belirtilmiştir.

Bireyin yaşı ve sağlık durumu öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumunu ve öz bakım gücü düzeyini gösterdiği vurgulanmıştır (132). Çalışmamızda yaş ile kendini izleme alt boyut arasında anlamlı ilişki bulunmakla birlikte yaş arttıkça kendini izleme alt boyut puan ortalaması azalmıştır. Oliver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (130) yaşlı bireyler periton diyalizinden daha çok hemodiyalizi tercih ettiği bulunmuştur. Tamura ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (133) yaşam kalitesinin yaş ile negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Trbojevic ve arkadaşlarının periton diyalizi hastaların da yaptıkları çalışmada (134) yaşlı hastaların umutsuzluğunun ve yaşam isteğinin genç hastalardan daha kötü olduğunu belirtilmiştir. Yaşlı kişilerde yaşın, renal ve vasküler hastalıkların getirdiği komorbiditenin, görme ve işitme kaybının, hareket yeteneğinin azalmasının, kognitif problemlerin ve sosyal çevreden izole olma durumunun her iki diyaliz uygulamasını güçleştirdiği saptanmıştır. Iyasere ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (135) yaşın, cinsiyet, komorbidite ve diyaliz seçiminin renal tedavi memnuniyet ile ilişkili olduğu ayrıca yaşlılarda periton diyalizi uygulamalarında destek bakımın sunulması önerilmiştir.

Yaş ile hijyen alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki bulunmakla birlikte yaş arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması azalmaktadır. Hijyen alt boyutndaki azalan öz

bakım gücü peritonit oluşma riskini artırmada etkili faktörlerden biri olabilir. Türk Nefroloji Derneği verilerine bakıldığında (3) PD en çok görülen komplikasyon, PD mortalite ve PD ayrılıp HD geçme nedenleri arasında ilk sırada olan peritonit, PD hastaları için en önemli sorun olduğu görülmektedir. Hsieh ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (136) 65 üstü hastalarda peritonit riski arttığı ve yaşlı hastaların enfeksiyon yönünden risk altında olduğu belirlenmiştir. Fontan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (137) cinsiyet, yaş, malnütrisyon ve depresyonun peritonit riskini arttırdığı saptanmıştır. Yine Bilen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (138) peritonit ataklarının yaş, vücut kitle indeksi ve kardiovasküler hastalık varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Cinsiyete öz bakım gücü toplam puanı ortalaması yönünden bakıldığında erkek cinsiyette öz bakım gücü toplam puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (8, 139). Aba ve Tel'in yapmış oldukları çalışmada (140) da kadın cinsiyette depresyonun daha fazla, öz bakım gücü puanının ise daha az olduğu bulunmuştur.

Medeni durum ve kendini izleme alt boyut puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bekar hastaların kendini izleme alt boyut ortalaması yüksek bulunmuştur. Ören'in hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında öz bakım gücü ile yaptıkları çalışmada (120) medeni durum öz bakım gücünü etkilememiştir. Unsar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (141) bekar olan hastaların evli hastalara göre öz bakım gücü daha yüksek bulunmuştur. Yurtsever ve Kurutay'ın yaptığı çalışmada (142) da bekar hastaların evli hastalara göre öz bakım toplam puanı daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Yine Karabulut ve Tan'ın periton diyalizi hastaları ile yaptığı araştırmada (8) bekar olan hastaların öz bakım gücü evli olan hastaların öz bakım gücünden daha yüksek bulunmuştur. Bayoumi ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada da (143) bekar hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyi ile öz bakım gücü toplam ve alt boyutları yönünden aralarında anlamlı farklılık bulunmazken, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastalarda öz bakım gücü toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Literatürde birçok çalışmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir (142, 144, 145). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla

üstlenecekleri, bu bağlamda hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda da yaşam kalitelerinin ve buna bağlı olarak da öz bakım güçlerinin artacağı düşünülmektedir.

İşsiz ve öğrenci olanların diyet alt boyut toplam puan ortalaması yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İşsiz ve öğrenciler bu anlamlı farklılığın olması, diyet öz bakım davranışlarını sürdürme ve geliştirmede daha istekli olmaları ve bu konuya ilişkin yeterli eğitim aldıkları düşünülmektedir.

Sigara kullanmayan hastaların ilaç ve kendini izleme alt boyut puan ortalamaları ve öz bakım ölçek puan ortalaması ile aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Braatvedt ve arkadaşlarının periton diyalizi hastası ile yaptığı çalışmada (146) aktif sigara içen veya daha önce sigara öyküsü olanların mortalite oranını yüksek saptanmıştır. Yine yapılan başka çalışmalarda diyalizde mortalite riskini artıran faktörler arasında sigaranın önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır (147, 148). Kent ve arkadaşlarının KOAH hastalarında yaptıkları çalışmada (149) KOAH hastalığı mevcut olan ve olmayan hastalarda sigara kullanmayanların böbrek transplantasyon komplikasyonu daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Hastalık süresi ve hijyen alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmakla birlikte hastalık süresi arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması da artmıştır. Ören'in yaptığı çalışmada (120) hastalık süresi ile hijyen alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Rahim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (150) periton diyalizi tedavi süresi uzadıkça peritonit riski azaldığı saptanmış, tedavinin ilk yıllarında komplikasyonların fazla oranda yaşaması hastaların tedaviye uyumu konusunda sıkıntı yaşadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Chern ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (151) yaş, cinsiyet, hipoalbuminemi, komorbidite ve düşük eğitim seviyesinin peritonit riskinin artmasına neden olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastalık süresi arttıkça hijyen alt boyut puan ortalamasının da artmasını hastalık yaşadıkları deneyimlerle birlikte gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla hijyen yönünden öz bakım gücü farkındalığını benimsemiş olduğunu düşündürmektedir.

Kronik hastalıkların artması, yaşı artmasına bağlı immun sistemde olan değişiklikler olması, immunsupresif ilaç kullanımı ve yaşanan yer nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olduğu belirtilmiştir (152). Charlson

Komorbidite İndeks puan ortalaması ile hijyenik bakım arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Sarı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (153) periton diyalizine son verme nedenini olan peritonit ile komorbid arasında anlamlı fark bulunmamış ancak diyalizin uzun süre komplikasyonlarından olan ve periton diyalizi sonlandırmada en önemli neden peritonit olarak saptanmıştır. Fiziksel ve psikolojik fonksiyonların gerilemesine bağlı olarak yaşlının yaşam kalitesi azalmakta ve kişi öz bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı tespit edilmiştir (154). Yine yapılan başka bir çalışmada (155) çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerde fiziksel fonksiyon, mental sağlık puan ortalaması yüksek olup, anlamlı fark bulunmuştur.

Periton diyalizi ile diyalize başlayan hastaların ilaç alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (80) hastaların %63.4'ü periton diyaliz öncesi hemodiyaliz aldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada %11.7'si hemodiyaliz ile diyalize başlamıştır. Chaudhary ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (156) periton diyalizinin hemodiyaliz ile karşılaştırması yapılmış ve birçok yararı ile periton diyalizi tercih edildiği belirtilmiştir. Ayrıca yapılan başka çalışmada da (157) böbrek yetmezliği olan hastada ilk iki yıl PD diyalizi uygulayan hastaların yaşam kalitesi yönünden daha avantajlı olduğu görülmüştür. Periton diyalizi ile diyalize başlayan hastaların ilaç alt boyut puan ortalamasının yüksek olması nedeni; hastaların periton diyaliz tedavisini başarılı bir şekilde devam ettirmek ve hemodiyaliz tedavisine dönmek istemediklerini düşündürmektedir.

Periton diyalizi uygulama süresi ile kendini izleme alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı bulunmakla birlikte periton diyaliz uygulama süresi arttıkça kendini izleme alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Karabulutlu ve Tan'ın yaptığı araştırmada (8) diyalize başlama süresi üç-dört yıl olan hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların periton diyalizi süresi arttıkça öz bakım gücünde arttığı saptanmıştır. Ören'in yaptığı araştırmada (120) hastalık süresi arttıkça hemodiyaliz hastalarında negatif ilişki, periton diyaliz hastalarında ise pozitif ilişki saptanmıştır. Bu çalışma sonucunun Ören'in çalışma sonucunu desteklediği tespit edilmiştir.

Periton diyalizinde destek almayanların öz bakım gücü toplam puan ve ilaç kullanım alt boyut toplam puan ortalaması yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır.

Yine bu çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Devoe ve arkadaşlarının (158) periton diyaliz hastalarında diyaliz seçimi ve tedavinin sürdürülmesinin hastanın eğitimiyle güçlü ilişkisi olduğunu vurgulamıştır.

İlaç alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü ilişki bulunurken, ilaç alt boyut toplam puanı azaldıkça DSİ toplam puanı artmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda tedavi sürecinde ilaçların farmakokinetikleri (ilaç emilimi, dağılımı, proteine bağlanma, biyotransformasyon, renal ve diğer yollarla atılım) ve farmakodinamikleri değişmekte ve buna bağlı güvenli ve etkili ilaç kullanımı daha da zorlaştığı tespit edilmiştir. Diyaliz hastalarında komorbid faktörler, aterosklerotik hastalıklar, hipertansiyon, enfeksiyon gibi eşlik eden diğer hastalıkların da olması nedeniyle çoklu ilaç kullanımları ve buna bağlı olarak ilaç etkileşimleri, ilaçla ilişkili semptomların riskleri de arttırdığı vurgulanmıştır (159).

Diyet alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü ilişki bulunurken, diyet alt boyut toplam puanı azaldıkça DSİ toplam puanı artmaktadır. Cheng ve arkadaşlarının periton diyalizi hastalarında yaptıkları çalışmada (160) hastaların vücutlarındaki sıvı miktarının malnütrisyon düzeyini etkilediği bulunmuştur. Lew ve Piraino'nun yaptığı çalışmada (161) eşlik eden komorbid hastalığının fazla olması, yetersiz beslenme, anemi ve düşük renal fonksiyon ve hastane yatış oranının artması yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Günaydın'ın yapmış olduğu çalışmada (162) diyaliz tedavisi alan kadınların erkeklere göre diyetle daha az uyum sağladıkları ve her iki cinsiyetinde yetersiz ve önerilen miktarın altında beslendikleri tespit edilmiştir. Yapılan başka çalışmada (103) malnütrisyon sıklığının hemodiyaliz hastalarında %18-75, periton diyalizi hastalarında %10-50 arasında olduğu ve beslenme yetersizliğinin halsizlik, yorgunluk, rehabilitasyon güçlüğü, gecikmiş yara iyileşmesi, enfeksiyonlara duyarlılık, hastaneye yatış sıklığında artış, mortalite gibi semptomlara neden olduğu vurgulanmıştır.

Kendini izleme alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü ilişki bulunurken, kendini izleme alt boyut toplam puanı azaldıkça DSİ toplam puanı artmaktadır. Kurella ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (163) hastalarındaki bilişsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesi, karar verme yeteneği,

diyet ve ilaç uyumunu azalttığı; bakım ihtiyacını, hospitalizasyon gereksinimini, hastanede yatılan gün sayısını ve toplam sağlık harcamalarını arttırdığını gösterilmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (164) toplumumuzda KBY progresyonu artıran yetersiz sıvı alımı, idrar tutma, sedanter yaşam, bilinçsiz ilaç kullanımı, aşırı tuz tüketimi, gazlı içeceklerin aşırı tüketimi gibi risk faktörü oluşturan birçok unsurun farkındalığının düşük olduğu bulunmuştur.

Hijyen alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü ilişki bulunurken, hijyen alt boyut toplam puanı azaldıkça DSİ toplam puanı artmaktadır. Blake ve arkadaşlarının SAPD hastası ile yaptıkları çalışmada (165) özbakım gücü düşük olan hastalarda enfeksiyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Ricka ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (166) ve Blake ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma (165) sonuçları aynı olduğu görülmüştür. Ören 'in çalışmasında (120) da peritonit olan hastaların öz bakım gücü düşük çıkmıştır.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda öz bakım gücü, komplikasyonların önlenmesinde, diyalizin sağlıklı sürdürülmesinde önemli olduğu belirtilmiştir (110). Öz Bakım Gücü Ölçeği ile DSİ toplam puan arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken, Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı azaldıkça, DSİ toplam puan ortalaması artmaktadır. Öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (111). Hastalarda semptomlarının sıklığının artması, hastaların aktivitelerinde kısıtlılık yaparak enerji tüketimlerini sınırlamaya neden olduğu için hastaların özbakım gücü olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (167). Trisolini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (168) öz bakım gücü ihmal edilirse hastalarda fazla sağlık sorunlarıyla karşılaşacağı belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan bireyler uzun yıllar boyunca egzersiz, diyet, ilaç ve çeşitli araç gereç kullanımı gibi durumlara uyum sağlamasının gerekliliği vurgulanmıştır (169). Lew ve Piraino'nun yaptıkları çalışmada (161) hastalar; evde uygulanabilirliği (%95.0), esnek bir programa sahip olması (%95.0), iş kolaylığı sağlaması (%45.0), yalnız uygulanabiliyor olması (%40.0), gece uygulanabiliyor olması (%40.0), ve bireye seyahat imkanı (%20.0) sağlıyor olması nedeniyle periton diyaliz seçimini arttırdığı saptanmıştır. Lew ve Piraino'nun yaptıkları çalışma (161) sonucuna göre periton diyaliz tedavisinin başarısının özünde hastaya

otonomi kazandırmanın yani öz bakım gücünde hastanın aktif rol almasının gerekliliğini göstermiştir.



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Periton diyalizi hastalarında fiziksel semptomların değerlendirilmesi: bazı değişkenler ve öz bakım ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada diyaliz tedavisi alan hastaların tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özelliklerine, deneyimledikleri semptomların sıklığı, diyaliz semptom indeksi madde puan ortalamalarına, Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarına ve bazı değişkenlere göre karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Sonuçlar;

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 48.93 ± 14.60 'dır. Hastaların %60.8'i erkek, %78.3'ü evli, %47.5'i ilköğretim mezunu, %34.2'si ev hanımı, %80.0'ın gelir düzeyi orta veya yüksek, %67.5'i sigara içmemekte ve %95.0'ı alkol kullanmamaktadır.

Böbrek hastalığı ortalama süresi 6.01 ± 4.99 yıl olan hastaların %81.7'sinin Charlson Komorbid İndeks puanı 3'tür (2.45 ± 1.16). Eşlik eden kronik hastalıklar arasında ilk sırada (%65.8) hipertansiyon yer almaktadır. Diyalize periton diyalizi ile (%88.3) başlayan hastaların diyaliz uygulama süresi ortalama 4.07 ± 2.77 yıldır.

Hastaların periton diyalizine (%13.3) ara verme nedenlerinin peritonit (%68.8), herniasyon (%18.7), diyaliz yetersizliği (%12.5) olduğu saptanmıştır. Periton diyalizi uygulayan hastaların %55.0'ı tedavi uygularken aile bireyleri, çevresi ve sağlık personelinin destek almaktadır. Hastalar en fazla oranda (%25.8) eşleri, en az oranda (%3.3) sağlık personeli tarafından desteklendiğini belirtmektedir. Hastaların %40.8'i işlem hazırlığı, %33.3'ü psikolojik yönden, %21.7'si ise maddi yönden destek almıştır.

Hastalarda en sık görülen semptomlar kabızlık (%64.2), sinirli hissetme (%62.5), uykuya dalmada zorlanma (%60.8), ile uykuyu sürdürmede zorlanma (%60.0) üzgün hissetme (%59.2) ve yorgun hissetme (%58.3); en az görülen semptomlar ise göğüs ağrısı (%15.8), cinsel doyum almada zorlanma (%24.2) ve nefes darlığıdır (%30.8).

Periton diyalizi uygulayan hastaların semptom madde puan ortalaması en yüksek olan semptom kaşıntı (2.17 ± 1.06), en düşük semptom ise (1.47 ± 0.61) ayaklarda uyuşmadır.

Diyaliz Semptom İndeks'ine göre hastaları; deride kuruluk (%9.2), kaşıntı (%8.3), yorgun hissetme (%8.3), uykuya dalmada zorlanma (%5.8) ve uykuyu sürdürmede zorlanmanın (%5.0) ‘‘çok fazla’’ boyutunda: göğüs ağrısı (%84.2), cinsel doyum almada azalma (%75.0), nefes darlığı (%69.2), ishal (%67.5) ve cinsel ilişkiye ilgide azalma (%66.7) semptomlarının ‘‘hiç’’ boyutunda etkilemiştir.

Öz bakım gücü toplam puan ortalaması 27.60 ± 6.19 , ilaç alt boyut toplam puan ortalamasında 8.67 ± 3.03 , diyet alt boyut 6.27 ± 1.62 , kendini izleme 4.05 ± 1.69 , hijyen alt boyut 5.85 ± 1.73 , ruhsal durum alt boyut 2.95 ± 1.49 'dur.

Periton diyalizi uygularken desteklenen hastaların DSİ toplam puan ortalaması diğer gruplara daha yüksek bulunurken, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Yaş ile kendini izleme ve hijyen alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde güçlü bir korelasyon vardır ve yaş arttıkça kendini izleme ve hijyen alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır ($p < 0.01$).

Sigara kullanmayanların öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalaması, ilaç alt boyut toplam puan ortalaması ve kendini izleme toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bekarların kendini izleme alt boyut toplam puan ortalaması yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Hastalık süresi ile hijyen alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon vardır ve hastalık süresi arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması da artmaktadır ($p < 0.01$).

Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması ($r = -0.192$) ile hijyen alt boyut puan ortalaması ile arasında negatif yönde ilişki vardır ($p < 0.05$). Charlson Komorbidite İndeks puan ortalaması arttıkça hijyen alt boyut puan ortalaması azalmaktadır.

Periton diyalizi ile diyalize başlayanların ilaç alt boyut puan ortalaması yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Periton diyalizi uygulama süresi ile kendini izleme alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde korelasyon vardır ve periton diyaliz uygulama süresi arttıkça kendini izleme alt boyut puan ortalaması da artmaktadır ($p < 0.01$).

Diyaliz uygularken destek almayanların öz bakım gücü toplam ve ilaç alt boyut puan ortalaması yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması, ilaç alt boyut, hijyen alt boyut puan ortalaması ile DSİ toplam puan ortalaması arasında ($p<0.01$), diyet alt boyut, kendini izleme alt boyut toplam puan arasında yine negatif yönde güçlü korelasyon vardır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

1. Periton diyalizi seçiminde hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi ve hastalara verilen eğitimlerde sosyodemografik özellikler göz önünde bulundurulması,
2. Sigara, alkol gibi zararlı alışkanlığı olan hastalar için, özbakım gücünü artırmak ve sağlığı geliştirmek amacıyla eğitim programlarının düzenlenmesi,
3. Diyaliz hastalarının karşılaştıkları semptomları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirip; doktor ve hemşire tarafından semptomların tanınması, semptom kontrolü ve yönetimi, hastaya ve hasta yakınlarına hangi semptomlarda sağlık kurumlarına başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı hakkında eğitimler verilmesi,
4. Kronik böbrek yetmezliğinin tedavi sürecini göz önünde bulundurularak düzenli kontrollerin takip ve izleminin sağlanması,
5. Hastanın belirttiği semptomların sağlık personeli tarafından tanınması ve olası sorunların önüne geçilmesi,
6. Hastaların belirli aralıklarla tıbbi sağlık kontrolleri esnasında semptomlara yönelik kontrol listeleri oluşturularak, semptomların boyut ve sıklığının değerlendirilmesi ve daha sonra belirlenen semptomlara yönelik hasta ve hasta yakını için eğitim programlarının düzenlenmesi,
7. Periton diyalizi hastalarının yaşadıkları semptomları sağlık personeli, hasta ve hasta yakını tarafından tanınıp farkındalığının artırılması, hastanın öz bakım gücünün yükseltilmesi, semptomların kontrolü ve öz bakım gücünü artırmaya yönelik daha fazla çalışmalar yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Levey AS, Coresh J (2012). Chronic kidney disease. The Lancet 379(9811): 165-180.
2. Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification And Stratification (2010). New York. NY. 10016 Media: www.kdoqi.org.
3. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon (2014). Elektronik Dergi Available from: <http://www.tsn.org.tr/folders/file/2014-REGISTRY-KITABI.pdf> . [Accessed 20 Ocak 2016].
4. Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. Clin J Am Soc Nephrology 4(6): 1057-1064.
5. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL (2010). Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. J Pain Symptom Manag 39(2): 211-218.
6. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon (2009). Elektronik Dergi Available from: <http://www.tsn.org.tr/folders/file/registry%20kitap.pdf>. [Accessed 27 Kasım 2015].
7. Shah M (2015). Compare and contrast of grand theories: Orem’s self-care deficit theory and Roy’s adaptation model. International journal of Nursing Didactics 5(01): 39-42.
8. Karabulutlu E, Tan M (2005). SAPD (sürekli ayaktan periton diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 8(2): 1-11.
9. Tsay SL, Healstead M (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. Int J Nurs Stud 39(3): 245-251.
10. World Health Organization (2010). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/. [Accessed 03 Nisan 2015].

11. World Health Organization (2016). Noncommunicable Diseases Country Profiles Media: Available from: <http://www.who.int/ncds/en/>. [Accessed 19 Mayıs 2016].
12. Levey AS, Coresh J, Bolton K, Culleton B, Harvey KS, Ikizler TA, Johnson CA et al (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 39(2): 1-66.
13. Eknoyan G, Lameire N (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 3(1): 1-150.
14. El Nahas AM, Bello AK (2005). Chronic kidney disease: the global challenge. *The Lancet* 365(9456): 331-340.
15. Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Serdengeçti K (2010). A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey-the CREDIT study. *Nephrol Dial Transpl* 26(6): 1862-1871.
16. United States Renal Data System (2013). CKD in the general population. Available from: <https://www.usrds.org/adr.aspx>. [Accessed 12 Aralık 2015].
17. Altun B, Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Ecder T, Serdengeçti K (2012). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: results from the CREDIT study. *Kidney Blood Press R* 36(1): 36-46.
18. Saab G, Whaley-Connell AT, McCullough PA, Bakris GL (2008). CKD awareness in the United States: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis* 52(2): 382-383.
19. Stenvinkel P, Karimi M, Johansson S, Axelsson J, Suliman M, Lindholm B, Heimbürger O, Barany P, Alvestrand A, Nordfors L, Qureshi AR, Ekström TJ, Schalling M (2007). Impact of inflammation on epigenetic DNA methylation-a novel risk factor for cardiovascular disease?. *J Int Med* 261(5): 488-499.
20. Ejerblad E, Fored CM, Lindblad P, Fryzek J, Dickman PW, Elinder CG, McLaughlin JK, Nyrén O (2004). Association between smoking and chronic renal failure in a nationwide population-based case-control study. *J Am Soc Nephrol* 15(8): 2178-2185.
21. Ulucan Ş (2015). Dirençli hipertansiyon ve renal hastalıklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics* 8(2): 60-63.

22. Manley HJ (2007). Disease progression and the application of evidence-based treatment guidelines diagnose it early: a case for screening and appropriate management. *Journal of Managed Care Pharmacy* 13(9): 6-12.
23. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, Coresh J, Culleton B, Hamm LL, Peter A, Kelepouris E, Parfrey P (2003). American heart association councils on kidney in cardiovascular disease, high blood pressure research, clinical cardiology, and epidemiology and prevention. *Circulation* 108(17): 2154-2169.
24. Wolf G (2004). New insights into the pathophysiology of diabetic nephropathy: from haemodynamics to molecular pathology. *Eur J Clin Invest* 34(12):785-796.
25. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW (2008). 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *New Engl J Med* 359(15): 1577-1589.
26. Bilous R (2008). Microvascular disease: what does the UKPDS tell us about diabetic nephropathy?. *Diabetic Med* 25(2): 25-29.
27. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O (2008). Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *New Engl J Med* 358(6): 580-591.
28. Zoungas S, De Galan BE, Ninomiya T, Grobbee D, Hamet P, Heller S, MacMahon S, Marre M, Neal B, Patel A, Woodward M (2009). Combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes new results from the ADVANCE trial. *Diabetes Care* 32(11): 2068-2074.
29. Rychlík I, Jančová E, Tesař V, Kolský A, Lácha J, Stejskal J, Stejskalova A, Dusek J, Herout V (2004). The Czech registry of renal biopsies. Occurrence of renal diseases in the years 1994-2000. *Nephrol Dial Transpl* 19(12): 3040-3049.
30. Taşlı F, Şahin T, Tanrısev M, Özkök G, Cirit M, Çolak H, Vardar E (2012). Böbrek hastalıkları tanısında böbrek biyopsileriyle alınan sonuçlar. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 22 (3): 133-138.
31. Altıparmak MR, Gülsüm EP, Ömer NP, Apaydın S (2001). Features of our patients with primary glomerulonephritis. *Journal of the Turkish Society of Nephrology* 10(4): 249-253.

32. Alpay H, Yıldız N, Özçay S (2002). Kronik böbrek yetersizliğinde etyolojik değerlendirme. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 11(3): 144-148.
33. Rucker D, Tonelli M (2009). Cardiovascular risk and management in chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol* 5(5): 287-296.
34. Staplin N, Haynes R, Herrington WG, Reith C, Cass A, Fellström B, Jiang L, Kasiske BL, Krane V, Levin A, Walker R, Wamer C, Wheeler DC, Landray MJ, Baigent C, Emberson J (2016). Smoking and adverse outcomes in patients with CKD: The study of heart and renal protection (SHARP). *Am J Kidney Dis* 61:1-10.
35. Johansson AC, Samuelsson O, Attman PO, Haraldsson B, Moberly J, Knight-Gibson C, Alaupovic P (2000). Dyslipidemia in peritoneal dialysis-relation to dialytic variables. *Periton Dialysis Int* 20(3): 306-314.
36. Kazancioglu R (2013). Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney international supplements* 3(4): 368-371.
37. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY (2004). Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New Engl J Med* 351(13): 1296-1305.
38. Leoncihi G, Viazzi F, Pontremoli R (2010). Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *The Lancet* 375(9731): 2073-2081.
39. Foley RN, Parfrey PS, Morgan J, Barré PE, Campbell P, Cartier P, Coyle D, Fine A, Honda P, Kingina I, Lau CY, Levin A, Mendelssohn D, Muirhead N, Murphy B, Plante RK, Posen G, Wells GA (2000). Effect of hemoglobin levels in hemodialysis patients with asymptomatic cardiomyopathy. *Kidney Int* 58(3): 1325-1335.
40. Taş FS, Cengiz K, Erdem E, Karataş A, Kaya Ç (2011). Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde mortalite nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi* 16(3): 120-124.
41. Ersoy F (2013). *Periton Diyalizi Başvuru Kitabı*. Güneş Tıp Kitabevileri. Ankara; 8-60.
42. Hamiti A (2015). Chronic kidney diseases. *Anglisticum Journal* 3(6):156-161.

43. Khwaja A (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clin Pract* 120(4): 179-184.
44. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (2013). Available from: <http://kdigo.org/home/guidelines/ckd-evaluationmanagement/>. [Accessed 20 Ağustos 2015].
45. Bruce A, Cooper BA, Branley P, Bulfone L, Collins JF, Craig JC, Fraenkel MB, Harris A, Johnson DW, Kesselhut J, Li JJ, Luxton G, Pilmore A, Pollock CA (2010). A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *New Engl J Med* 363(7): 609-619.
46. Susantitaphong P, Altamimi S, Ashkar M, Balk EM, Stel VS, Wright S, Jaber BL (2012). GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 59(6): 829-840.
47. Manns BJ, Quinn RR (2011). Early dialysis of no benefit to the patient or the health care system. *Am J Kidney Dis* 57(5): 649-650.
48. Abbas SR, Liu L, Sipahioglu MH, Rosales L, Carter M, Kotanko P, Levin NW, Zhu F (2014). Comparison of bioimpedance techniques to detect changes in fluid status in hemodialysis patients. *Blood Purificat* 37(1): 48-56.
49. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA (2002). Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 17: 93-99.
50. Ovayolu N, Ovayolu Ö (2013). Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi Ocak- Haziran*: 39-52.
51. Bağ E, Akaya L, Çınar Z, Candan F, Kayataş M (2008). Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda umut-umutsuzluk sosyal destek ve özyeterlilik. *Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 17(3): 78-85.
52. Akça KN, Doğan A (2011). Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi* 1: 15-22.
53. Agar JW (2008). Home hemodialysis in Australia and New Zealand: Practical problems and solutions. *Hemodial Int* 12(1): 26-32.
54. Hodge MH (2008). Longer and better lives for patients... and their centers: A strategy for building a home hemodialysis program. *Hemodial Int* 12(1): 1-5.

55. Ganter G (1923). Ueber die Beseitigung giftiger Stoffe aus dem Blute durch Dialyse. Munch Med Wochschr 70(50): 1478-1480.
56. McBride P, Russell A (1981). Palmer- the man behind today's permanent peritoneal catheter. Perit Dial Bull 1:159-161.
57. McDonald JHP (1965). An automatic peritoneal dialysis machine: preliminary report. American Society for Artificial Internal Organs 11(1): 83-85.
58. Popovich RP, Moncrief JW, Decherd JB, Bomar JB, Pyle WK (1976). The definition of a novel portable/wearable equilibrium peritoneal dialysis technique. Trans Am Soc Artif Intern Organs 5(64): 484-489.
59. Yürügen B, Feray G, Nural N (2015). Diyaliz Teknikerleri İçin Nefroloji Kitabı, 5/A, Ankara; 107-119.
60. Venkataraman V, Nolph KD (2002). Automated Peritoneal Dialysis Symposium: Utilization of PD Modalities: Evolution. Semin Dialysis 15(6): 380-384.
61. Brunkhorst RR (2002). Automated Peritoneal Dialysis Symposium: Host Defenses in APD. Semin Dialysis 15(6): 414-417.
62. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME (2002). Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. Kidney Int 61(1): 239-248.
63. Aydın ON (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 3(2): 37-48.
64. Li PKT, Szeto CC, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A, Johnson DW, Kuiper EJ, Lye WC, Salzer W, Schaefer, F, Struijk DG (2010). Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. Periton Dialysis Int 30(4): 393-423.
65. Dell'Aquila R, Rodighiero MP, Bordoni V, d'Intini V, Ronco C (2002). Automated Peritoneal Dialysis Symposium: APD Prescription: Achieving the Adequacy Goals. Semin Dialysis 15(6): 397-402.
66. Stojimirovic B, Milinkovic M, Zidverc-Trajkovic J, Trbojevic-Stankovic J, Maric I, Milic M, Andric B, Nikic P (2015). Dialysis headache in patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis. Renal failure 37(2): 241-244.
67. Haris A, Sherrard DJ, Hercz G (2006). Reversal of adynamic bone disease by lowering of dialysate calcium. Kidney Int 70(5): 931-937.

68. Bossola M, Luciani G, Tazza L (2009). Fatigue and its correlates in chronic hemodialysis patients. *Blood Purificat* 28(3): 245-252.
69. Yngman-Uhlin P, Ed  ll-Gustafsson U (2006). Self-reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home. *Int J Nurs Pract* 12(3): 143-152.
70. Ak  a NK, Ta  cı S (2013). Ka  ıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(3): 359-364.
71. Hsu MC, Chen HW, Hwu YJ, Chanc CM, Liu CF (2009). Effects of thermal therapy on uremic pruritus and biochemical parameters in patients having haemodialysis. *J Adv Nurs* 65(11): 2397-2408.
72. Mistik S, Utas S, Ferahbas A, Tokgoz B, Unsal G, Sahan H, Utas C (2006). An epidemiology study of patients with uremic pruritus. *J Eur Acad Dermatol* 20(6): 672-678.
73.     elli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N (2008). A  rı tedavisinde hem  şirenin rol  . *Gaziantep Tıp Dergisi* 14(2): 53-58.
74. Acar S, Gencer AM (2005). Huzursuz bacak sendromunda g  ncel tedavi. *Rheumatology* 20(2): 59-65.
75. Kadiroglu AK, Sit D, Atay AE, Kayabasi H, Altintas A, Yilmaz ME (2007). The evaluation of effects of demographic features, biochemical parameters, and cytokines on clinical outcomes in patients with acute renal failure. *Renal failure* 29(4): 503-508.
76. Y  ksel   , Yılmaz M, Demir M, Ert  rk J, Acart  rk G, Koyuncuo  lu HR, Sezer MT (2009). Diyaliz hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu ve ili  şkili faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 29(2): 344-352.
77. Bossola M, Tazza L, Giungi S, Luciani G (2006). Anorexia in hemodialysis patients: an update. *Kidney international* 70(3): 417-422.
78. Ergün A, Ateş K, Öztemel A, Akdeniz B (2000). Periton diyalizi ve hemodiyaliz hastalarında vücut yağ yüzdesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports* 18(1): 22-25.
79.   zdemir   , Taşcı S (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1(1): 57-72.

80. Karaca S, Çınar S, Bicik ZB (2012). Hastaların perspektifinden: Periton diyalizinin yaşama ve ruhsal belirtilere etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2(4): 169-174.
81. Kara B (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi 49: 132-136.
82. Tokgoz B (2009). Clinical advantages of peritoneal dialysis. Periton Dialysis Int 29(2): 59-61.
83. Meyer TW, Hostetter TH (2007). Uremia. New England Journal of Medicine 357(13): 1316-1325.
84. Küçük L (2005). Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 14(4): 166-170.
85. Kaya B, Taşkapan H, Ateş F, Taycan SE (2012). Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik bozukluklar, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 15(3): 144-152.
86. Russo GE, Morgia A, Cavallini M, Centi A, Broccoli ML, Cicchinelli A, Borzacca B, Testorio M, Pugliese F (2010) Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. G Ital Nefrol 27(3): 290-295.
87. Şahin D, Ertekin E (2009). Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. Klinik Gelişim 75-79.
88. Messina LE, Claro JA, Archimedes N, Andrade E, Ortiz V, Srougi M (2007). Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure. International braz j urol 33(5): 673-678.
89. Mumtaz A, Anees M, Barki MH, Sami W, Hussain S, Nazir M (2009). Erectile dysfunction in haemodialysis patients. J Ayub Med Coll Abbottabad 21(2): 4-7.
90. Kahvecioğlu S, Akdağ İ, Arabul M, Görgülü N, Ersoy A, Güllülü M, Yavuz M, Yurtkuran M (2005). Diyaliz ve erektil disfonksiyon. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 31(1): 1-4.
91. Krishnan R, Izatt S, Bargman JM, Oreopoulos D (2003). Prevalence and determinants of erectile dysfunction in patients on peritoneal dialysis. Int Urol Nephrol 35(4): 553-556.

92. Karadeniz G, Altıparmak S, Marul G, Muslu H (2005). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yasama ilişkin yasadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(2): 29-36.
93. Adıbelli Z, Akpolat T (2007). Peritonit. Türk Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Dergisi 16(2): 45-51.
94. Şeker A, Candan F, Hüzmeli C, Akkaya L, Kayataş M (2015). Sürekli ayaktan periton diyalizi ilişkili peritonit ataklarının değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 25 (2): 142-146.
95. Hakemi MS, Golbabaie M, Nassiri A, Kayedi M, Hosseini M, Atabak S, Ganji MR, Amini M, Saddadi F, Najafi I (2010). Predictors of patient survival in continuous ambulatory peritoneal dialysis: 10-year experience in 2 major centers in Tehran. Iranian journal of kidney diseases 4(1): 44.
96. Demirtürk N, Demir S, Demirdal T, Ulu S (2011).Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda saptanan peritonit ataklarının değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 9(2): 97-100.
97. Sitter T, Sauter M (2005). Impact of glucose in peritoneal dialysis: saint or sinner?. Periton Dialysis Int 25(5): 415-425.
98. McDonald SP, Collins JF, Johnson DW (2003). Obesity is associated with worse peritoneal dialysis outcomes in the Australia and New Zealand patient populations. J Am Soc Nephrol 14(11): 2894-2901.
99. Kayabaşı H, Yılmaz Z, Yıldırım İ, Yıldırım Y, Kadiroğlu AK, Yılmaz ME (2011). Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve metabolik sendrom gelişiminin diyaliz süresi ile ilişkisi. Turk Neph Dial Transpl 20(2): 168-172.
100. Prakash J, Singh LS, Shreeniwas S, Ghosh B, Singh TB (2011). Non-infectious complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis and their impact on technique survival. Indian journal of nephrology 21(2): 112-115.
101. Yılmaz M, Ünsal A, Çağatay P, Kaptanoğulları ÖH (2012). Periton diyaliz hastalarında karın duvarı komplikasyonları: sıklık ve risk faktörleri. Türkiye Klinikleri Journal of Nephrolog 7(2): 35-41.

102. Demir M, Tonbul HZ (2005). Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Malnütrisyon-İnflamasyon-Ateroskleroz (MİA Sendromu). Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 14: 160-165.
103. Çalışkan Y, Yıldız A (2010). Nutritional support in chronic kidney disease. İç Hastalıkları Dergisi 17: 247-256.
104. Li FK, Chan LYY, Woo JCY, Ho SKN, Lo WK, Lai KN, Chan TM (2003). A 3-year, prospective, randomized, controlled study on amino acid dialysate in patients on CAPD. Am J Kidney Dis 42(1): 173-183.
105. Simmons SJ (1990). The health-promoting self-care system model: directions for nursing research and practice. Journal of Advanced Nursing 15(10): 1162-1166.
106. Alligood MR, Tomey AM (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. Nursing theorists and their work 5: 14-31.
107. Akyol AD, Karadakovan A (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 41(2): 97-102.
108. Kıyak E, Ergüney S (2002). Hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 5(1): 38-44.
109. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G (2001). Self-care: a foundational science. Nursing Science Quarterly 14(1): 48-54.
110. Yürügen B (2001). Nefroloji Hastasının Hemşirelik Değerlendirilmesi. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı, İstanbul; 7-9.
111. Jindel RM, Joseph JT, Morris MC, Santella RN, Baines LS (2003). Noncompliance after kidney transplantation: a systematic review. In Transplantation proceedings 35(8): 2868-2872.
112. Holloway A, Watson HE (2002). Role of self-efficacy and behaviour change. Int J Nurs Pract 8(2): 106-115.
113. Oka RK, DeMarco T, Haskell WL (2005). Effect of treadmill testing and exercise training on self-efficacy in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nur 4(3): 215-219.

114. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 57(5): 2093-2098.
115. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney D* 14(1): 82-99.
116. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *J Pain Symptom Manag* 27(3): 226-240.
117. Almutary H, Bonner A, Douglas C (2016). Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. *Journal of Renal Care* 42(2): 73-82.
118. O'Shaughnessy M (2014). Application of Dorothea Orem's Theory of self-care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrol Nurs J* 41(5): 495-497.
119. Usta ÖY (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the Dialysis Symptom Index in chronic hemodialysis patient. *Turkish Nephrology Dialysis and Transplantation Journal* 22(1): 60-67.
120. Ören B (2010). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
121. Arslan S, Akkurt İ (2010). Comorbidity status of patients with lung cancer. *Basic and Clinical Sciences* 1(1): 11-16.
122. Cho Y, Badve SV, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Boudville N, Wiggins KJ, Bannister KM, Clayton P, Johnson DW (2013). Effects of climatic region on peritonitis risk, microbiology, treatment, and outcomes: a multicenter registry study. *Periton Dialysis Int* 33(1): 75-85.
123. Yang SF, Liu CJ, Yang WC, Chang CF, Yang CY, Li SY, Lin CC (2015). The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Periton Dialysis Int* 35(3): 351-359.

124. Özdemir Ç (2011). Diyaliz Tedavi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
125. Davison SN, Jhangri GS, Johnson JA (2006). Cross-sectional validity of a modified Edmonton symptom assessment system in dialysis patients: a simple assessment of symptom burden. *International Society of Nephrology* 69(9):1621-1625.
126. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A (2012). Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal* 6(1): 33-37.
127. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz Karabulutlu E (2008). Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Psik. Derg* 9(3): 156-161.
128. Özçetin A, Bicik ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A (2009). Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10: 142-150.
129. Li J, Wang H, Xie H, Mei G, Cai W, Ye J, Zhang J, Ye G, Zhai H (2014). Effects of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in China: a randomized controlled trial. *Periton Dialysis Int* 34(3): 278-288.
130. Oliver MJ, Garg AX, Blake PG, Johnson JF, Verrelli M, Zacharias JM, Pandeya S, Quinn RR (2010). Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization. *Nephrol Dial Transpl* 25(8): 2737-2744.
131. Duran S, Güngör E (2015). Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 41(2): 59-63.
132. Özkan S, Durna Z (2006). İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda özbakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniv Hem YO Derg* 22: 121-125.
133. Tamura K, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE (2009). Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *New Engl J Med* 361(16): 1539-1547.
134. Trbojevic JB, NesicVB, Stojimirovic BB (2001). Quality of life of elderly patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Periton Dialysis Int* 21(3): 300-303.

135. Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smee J, Maxwell A, Farrington K, Davenport A (2016). Quality of life and physical function in older patients on dialysis: A Comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephro* 11(3): 423-430.
136. Hsieh YP, Chang CC, Wen YK, Chiu PF, Yan Y (2014). Predictors of peritonitis and the impact of peritonitis on clinical outcomes of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients in Taiwan—10 years' experience in a single center. *Periton Dialysis Int* 34(1): 85-94.
137. Fontan MP, Rodríguez-Carmona A, García-Naveiro R, Rosales M, Villaverde P, Valdés F (2005). Peritonitis-related mortality in patients undergoing chronic peritoneal dialysis. *Periton Dialysis Int* 25(3): 274-284.
138. Bilen Y, Cankaya E, Bilen N, Keles M, Erdem F, Uyanik A, Uyanik MH (2014). Peritonitis incidence was correlated with duration of peritoneal dialysis rather than leptin or neutrophil to lymphocyte (n/l) ratio in peritoneal dialysis patients. *The Eurasian Journal of Medicine* 46(3): 140-145.
139. Üstündağ H, Zengin N (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 11(1): 63-68.
140. Aba N, Tel H (2012). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve öz bakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 1: 18-23.
141. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M (2007). The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis & Transplant* 36(2): 57-70.
142. Yurtsever S, Kurutay F (2005). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *Nef Hem Derg* 2: 26-32.
143. Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, Al Ghonaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A (2013). Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 24(2): 254-259.
144. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1): 22-31.
145. Bağ E, Mollaoğlu M (2010). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 1-2: 31-38.

146. Braatvedt G, Rosie B, Bagg W, Collins J (2006). Current and former smoking increases mortality in patients on peritoneal dialysis. *The New Zealand Medical Journal* 119(1234): 1175-1186.
147. Liebman SE, Lamontagne SP, Huang LS, Messing S, Bushinsky DA (2011). Smoking in dialysis patients: a systematic review and meta-analysis of mortality and cardiovascular morbidity. *Am J Kidney Dis* 58(2): 257-265.
148. Panaput T, Thinkhamrop B, Domrongkitchaiporn S, Sirivongs D, Praderm L, Anukulanantachai J, Kanokkantapong C, Tungkasereerak P, Pongskul C, Anutrakulchai S, Keobounma T, Narenpitak S, Intarawongchot P, Suwattanasin A, Tatiyanupanwong S, Niwattayakul K, Keobounma T (2015). Dialysis dose and risk factors for death among ESRD patients treated with twice-weekly hemodialysis: a prospective cohort study. *Blood Purificat* 38(3-4): 253-262.
149. Kent BD, Eltayeb EE, Woodman A, Mutwali A, Nguyen HT, Stack AG (2012). The impact of chronic obstructive pulmonary disease and smoking on mortality and kidney transplantation in end-stage kidney disease. *Am J of Nephrol* 36(3): 287-295.
150. Rahim KA, Seidel K, McDonald RA (2004). Risk factors for catheter-related complications in pediatric peritoneal dialysis. *Pediatr Nephrol* 19(9): 1021-1028.
151. Chern YB, Ho PS, Kuo LC, Chen JB (2013). Lower education level is a major risk factor for peritonitis incidence in chronic peritoneal dialysis patients: a retrospective cohort study with 12-year follow-up. *Periton Dialysis Int* 33(5): 552-558.
152. Tanyel E, Fışgın N, Tülek N, Leblebicioğlu H (2006). Yaşlı hastalardaki üriner sistem infeksiyonlarının değerlendirilmesi. *İnfeksiyon Dergisi* 20: 87- 91.
153. Sarı F, Sarıkaya M, Güneş AJ, Korkmaz A, Çetinkaya R (2011). The Evaluation of the Causes of Discontinuation in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 31(4): 805-808.
154. Parissopoulos S, Kotzabassaki S (2014). Orem's Theory, transactional analysis and the managements of elderly rehabilitation. "ICUS and Nursing Web Journal", *Elektronik Dergi*. Available from: <http://hdl.handle.net/11400/9274>. [Accessed 3 Mart 2016].

155. Gündüz E, Eskin F, Gündüz M, Bentli R, Selçuk EB, Zengin Y, İçer M, Dursun R, Durgun H, Güllü M, Gürbüz H, Yeşil Y, Güloğlu C (2015). Effects of sleep quality, income level and comorbid conditions on quality of life in a Turkish elderly population: A Multicentre Study. *Turkish Journal Of Geriatrics* 18(2): 136-142.
156. Chaudhary K, Sangha H, Khanna R (2011). Peritoneal dialysis first: rationale. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 6(2): 447-456.
157. Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT, Chen SC (2009). The state of chronic kidney disease, ESRD, and morbidity and mortality in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephro* 4(1): 5-11.
158. Devoe DJ, Wong B, James MT, Ravani P, Oliver MJ, Barnieh L, Roberts DJ, Pauly R, Manns BJ, Kappel J, Quinn RR (2016). Patient education and peritoneal dialysis modality selection: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis*. doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.02.053.
159. Sarı F, Ersoy FF (2016). Kronik böbrek hastalığında ilaç kullanımı. *Turk Neph Dial Transpl* 25(1): 1-10.
160. Cheng LT, Tang W, Wang T (2005). Strong association between volume status and nutritional status in peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 45(5): 891-902.
161. Lew SQ, Piraino B (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Semin Dialysis* 18(2): 119-123.
162. Günaydın Ç (2015). Diyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda diyetle uyum ile biyokimyasal parametreler ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Elektronik Dergi*. Available from: <http://hdl.handle.net/11727/2367>. [Accessed 12 Şubat 2016].
163. Kurella M, Mapes DL, Port FK, Chertow GM (2006). Correlates and outcomes of dementia among dialysis patients: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transpl* 21(9): 2543-2548.

164. Yılmaz Mİ, Can İ, Durmuş Z, Doğan B, Karayığit ME, Okuducu BS, Acar NH, Bağdat A, Karaman M, Gezer M, Ünal HU (2016). Kronik böbrek hastalığı sürecinde alışkanlıklar ve hayat tarzı değişiklikleri ne derece önemli?. Turk Neph Dial Transpl 25(1): 41-45.
165. Blake PG, Korbet SM, Blake R, Bargman JM, Burkart JM, Delano BG, McMurray SD (2000). A multicenter study of noncompliance with continuous ambulatory peritoneal dialysis exchanges in US and Canadian patients. Am J Kidney Dis 35(3): 506-514.
166. Ricka R, Vanrenterghem Y, Evers GC (2002). Adequate self-care of dialysed patients: a review of the literature. Int J Nurs Stud 39(3): 329-339.
167. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Young B (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Diabetes Care 27(9): 2154-2160.
168. Trisolini M, Roussel A, Zerhusen E, Schatell D, Harris S, Bandel K, Salib P, Klicko K (2004). Activating chronic kidney disease patients and family members through the Internet to promote integration of care. International Journal Of Integrated Care 4(4): 1-13.
169. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. Jama 288(15): 1909-1914.

10. EKLER

10.1. Ek 1 Hasta Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Çalışmanın amacı, periton diyalizi hastalarında semptomların öz bakım gücüne etkisini belirlemektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, periton diyalizi hastalarında semptomların öz bakım gücüne etkisini belirlenerek, periton diyalizi tedavisi uygulayan hastalara daha iyi hemşirelik bakımı verilmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Tarih:.....

1.Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

2.Yaşınız?

3. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar d) diğer.....

4. Öğrenim durumunuz nedir?

- a)Okur-yazar b)Okur-yazar değil c)İlköğretim mezunu d)Lise ve üzeri

5.Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı b) Öğrenci c) Emekli d) Memur e) İşsiz f) Diğer.....

6. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

- a) Gelir giderden az (Düşük) b) Gelir ile gider eşit (Orta) c) Gelir giderden çok (Yüksek)

7.Alişkanlıklarınız nelerdir?

	Evet	Hayır	Bıraktım
a.sigara			
b.alkol			
c.diğer.....			

8. Kaç yıldır böbrek yetmezliği hastalığınız var?

- a).....yıl b).....ay

9.Eşlik eden başka hastalığınız var mı ?

- a) Evet(evetse.....) b) Hayır

10. Diyalize hangi diyaliz ile başladınız?.....

11. Kaç yıldır periton diyalizi uyguluyorsunuz ?

.....

12.Periton diyalizi tedavisinde ayrıldınız mı ?

- a)Evet b)Hayır c)diğer.....

13.Cevabınız evet ise ayrılma nedeniniz ?

Nedeniniz:.....

14.Periton diyalizi tedavisinde size yardımcı/destekleyen bireyler var mı?

- a)evet (cevabınız evet ise kim:.....) b)hayır

15.Cevabınız evet ise sizi hangi yönde desteklemektedir?

- a) İşlem hazırlığında ve sürdürülmesinde b) Psikolojik olarak desteklemekte
c) Hastane sağlık kontrollerin eşlik etmekte d) Bireysel gereksinimlerin karşılanması
e) Maddi olarak desteklemekte

10.2. Ek 2 Diyaliz Semptom İndeksi

Aşağıda 30 tane rahatsızlık belirtilmiştir. Son bir hafta içinde sizde olan rahatsızlık için “EVET” seçeneğini işaretleyiniz. “EVET” seçeneğini işaretlediyseniz bu rahatsızlığın sizi ne kadar etkilediğini, seçeneklerden size uygun olan yanıtı daire içine alarak belirtiniz. Eğer bu rahatsızlıklar sizde görülmediyse “HAYIR” seçeneğini işaretleyiniz.

Geçen hafta boyunca aşağıdaki semptomu yaşadınız mı?		“Evet” ise: Sizi ne kadar etkiledi				
		Hiç	Biraz	Bazen	Çok	Çok fazla
1.Kabızlık	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
2.Bulantı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
3.Kusma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
4.İshal	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
5.İştahta azalma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
6.Kas krampları	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
7.Bacaklarda şişlik	Hayır() Evet()	0	1	2	3	4
8.Nefes darlığı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
9.Sersemlik/baş dönmesi	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
10.Bacakları hareketsiz tutmada zorlanma	Hayır() Evet()	0	1	2	3	4
11.Ayaklarda uyuşukluk veya karıncalanma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
12.Yorgun hissetme veya enerjide azalma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
13.Öksürme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
14.Ağız kuruluğu	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
15.Kemik veya eklem ağrısı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
16.Göğüs Ağrısı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
17.Baş ağrısı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
18.Kas ağrısı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
19.Konsantre olmada zorluk	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
20.Deride kuruluk	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
21.Kaşıntı	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
22.Endişelenme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
23.Sinirli hissetme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
24.Üzgün hissetme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
25.Uykuyu sürdürmede zorlanma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
26.Rahatsız hissetme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
27.Uykuya dalmada zorlanma	Hayır() Evet()	0	1	2	3	4
28.Kaygılı hissetme	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
29.Cinsel ilişkiye ilgide azalma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4
30.Cinsel doyum almada zorlanma	Hayır() Evet ()	0	1	2	3	4

Bu anket formunda belirtilmemiş, sizin geçen hafta yaşadığınız başka semptom var mı? _____

10.3. Ek 3 Kronik Diyaliz Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği

	Herzaman	Bazen	Hiçbir Zaman
1. İlaçlarımı düzenli kullanırım.			
2. Tüm ilaçlarımın adını bilirim.			
3. İlaçlarım tükenmeden yedeğini hazırlarım.			
4. İlaçlarımı niçin kullandığımı ve yan etkilerini doktor/hemşireye sorarım.			
5. Tedavi şeklim ve kullandığım ilaçların cinsel yaşamım üzerine etkilerinin olup olmadığını doktora/hemşireye sorarım.			
6. Düzenli olarak doktor kontrolüne giderim.			
7. Her gün tartılırım.			
8. Bana önerilen beslenme düzenine uyarım.			
9. Bana, doktor/ hemşire tarafından önerilen kilomu korumaya çalışırım.			
10. Günlük almam gereken tuz, miktarına uyarım.			
11. Yemeklerime tuz ekerim.			
12. Tuzlu kuru yemiş, patates cipsi, mısır gevreği, hazır çorba ve et suyu tablet gibi yiyecekleri sık tüketirim.			
13. Her gün tansiyonumu ölçerim.			
14. Her gün nabzımı sayarım.			
15. Düzenli olarak dişlerimi fırçalarım.			
16. Düzenli duş yaparım.			
17. Tırnaklarımın daima kısa olmasına dikkat ederim.			
18. Kendimi önemserim.			
19. Yaşamaktan zevk alırım.			
20. Hastalıktan sonra aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getirmediğimi düşünüyorum.			
21. Hastalıktan sonra iş ile ilgili kapasitemin düştüğünü düşünüyorum.			
22. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu düşünürüm.			

10.4. Ek 4 Charlson Komorbidite İndeksi

Puan	Komorbidite
1 Puan(....)	Koroner arter hastalığı Konjestif kalp yetmezliği Kronik pulmoner hastalık Peptik ülser hastalığı Periferik damar hastalığı Serebrovasküler hastalık Diabetes mellitus Karaciğer hastalığı (hafif derecede) Konnektif doku hastalığı Demans
2 Puan(....)	Diabetes mellitus (uç organ hasarının eşlik ettiği) Renal hastalık (orta veya ağır derecede) Hemipleji Nonmetastatik solid tümör Lösemi Lenfoma Multipl myeloma
3 Puan (....)	Karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede)
6 Puan(....)	Metastatik solid tümör AIDS

10.5. Ek 5 Ölçek Kullanım İzni

25.06.2016

Posta - yağmur akbal - Outlook

Date: Mon, 30 Mar 2015 09:27:56 +0000
From: besey_oren@yahoo.com
To: ebr_i_yagmur@hotmail.com
Subject: Re:

Merhaba Yağmur Hanım

Benim Doktora Tezinde geliştirdiğim kronik diyaliz hastalarına yönelik "Öz-Bakım Gücü Ölçeği"ni kullanmanızda herhangi bir sakınca yok. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir konu olursa bana yazabilirsiniz. Tezinizi yaptığınızda sonuçlardan haberdar olmak isterim. Size çalışmanızda başarılar diliyorum.

Kolay Gelsin

Sevgiler

Yard. Doç. Dr. Besey Ören

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

İstanbul

05327756206

On Monday, March 30, 2015 12:21 PM, yağmur akbal <ebr_i_yagmur@hotmail.com> wrote:

Merhaba, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Doç.Dr.Nesrin Nural'ın sorumluluğunda "**Periton Diyalizi Hastalarında Fiziksel Semptomların Değerlendirilmesi: Bazı Değişkenler ve Öz Bakımla İlişkisi**" adlı tez çalışması yapmak istiyorum.Literatür araştırmalarımda sizin çalışmanızı inceledim.2010 yılında yaptığınız doktora tezinde kronik diyaliz hastalarına yönelik "Öz-Bakım Gücü Ölçeği"ni sizin izniniz dahilinde kullanmak istiyorum.

Saygılar

Yağmur AKBAL

KTÜ Sağlık Bilimleri

Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği

Tezli Yüksek lisans

10.6. Ek 6 Kurum İzni

ÖZEL MEDİCALPARK TRABZON HASTANESİ

Sayı : 2015 / 314
Konu : Yağmur AKBAL Hk.

20.05.2015

İLGİLİ MAKAMA

Yıldızlı Mah. Sahil Yolu Cad. No:46 Akçaabat Trabzon adresinde faaliyet gösteren Özel Medicalpark Trabzon Hastanesinde 49018757742 T.C. Kimlik Numaralı Yağmur AKBAL' ın " Periton Diyalizi Hastalarında Fiziksel Semptomların Değerlendirilmesi: Bazı Değişkenler ve Öz bakımla ilişkisi" adlı tez çalışmasını yapması uygun bulunmuştur.
Gereği bilgilerinize sunulur.

Op.Dr. Ahmet ÇUBUKCU
Mesul Müdür
Başhekim



Nizam BAYRAKTAR İnsan Kaynakları 444 44 84 nizam.bayraktar@medicalpark.com.tr

10.7. Ek 7 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Medicalpark Hastanesinde periton diyalizi hastalarında semptomların öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Merhaba benim adım Yağmur AKBAL. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Periton diyalizi hastalarında semptomların öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma periton diyalizine ve hastalığa bağlı gelişen semptomların öz bakım gücüne etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olacak, bu yönde yapılan hemşirelik eğitimleriyle periton diyalizi uygulayan hastalarda yaşam kalitesini arttırılacağı düşünülmektedir. Bu nedenle size deneyimlediğimiz periton diyalizi hastalarında semptomların öz bakım gücüne etkisini belirleyen anket uygulanacaktır.

Aynı zamanda sizinle görüşme yapmak istiyorum. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 23618724-

Konu: Bireysel Araştırma Projesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DN: 848.99/10863
O152 0000010863 28.05.2015

Doç.Dr.Nesrin NURAL

İlgi: a)11.03.2015 tarih ve 2015/11 sayılı dilekçeniz

İlgi tarih ve sayılı dilekçenizde belirtilen "Periton Diyalizi Hastalarında Fiziksel Semptomların Değerlendirilmesi Bazı Değişkenler ve Öz bakımda ilişkisi " konulu araştırma projeniz hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : AKBAL Yağmur
Uyruğu : TC
Doğum tarihi ve yeri : 02.09.1988 Trabzon
Medeni hali : Bekar
Telefon : 0464 214 10 59
Fax : 0464 214 10 89
e-posta : ebr_i_yagmur@hotmail.com
Yazışma adresi : Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi S.H.M.Y.O

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Düzköy ÇPL/TRABZON	2004
Lisans	Giresun Üniversitesi	2010

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Hemşire	-Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2012
	-Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2016
2. Öğretim Görevlisi	-Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi	2016-

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR/BİLDİLER

1. Kaya B, Özdemir Ü, Üstüner F, Akbal Y , Yiğit D , İmamoğlu M, Muhsir M (2010).
“Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Evliliğe Bakış Açısı” IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Samsun.