

**HEMODİYALİZİN HASTALARIN HAYAT KALİTESİNE ETKİLERİNİN
ÖLÇÜLMESİ
FEYZANUR KIRAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

Danışman: Yrd. Doç. Dr.Birol TOPÇU

TEKİRDAĞ 2016

**T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMODİYALİZİN HASTALARIN HAYAT KALİTESİNE
ETKİLERİNİN ÖLÇÜLMESİ**

FEYZANUR KIRAN

Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU

TEKİRDAĞ-2016

Özet

Kronik böbrek yetmezliği yaşayan hastaların hayatlarının bir parçası haline gelen hemodiyaliz tedavisi onların sosyal, ailevi ve iş yaşantılarını önemli bir şekilde etkilemektedir. Periyodik olarak hemodiyalize giren hastaların psikolojik bakımdan etkilendikleri düşünölmektedir. Bu araştırmada öncelikle hayatın kalitesi kavramı anlatılmış, refah seviyesi yüksek olan ölkelerin hayat kalitesi standartlarının neler olduğu ortaya konulmuş ve Türkiye'nin de durumu hem bu ölkelerle hayat kalitesi bakımından daha alt seviyede bulunan ölkelerle karşılaştırılarak, kronik böbrek yetmezliği yaşayan hastalarla hayat kalitesi kavramı arasında ne tür ve nasıl bir ilişki olduğu tezin araştırma kısmında ortaya konulacağından hayat kalitesi kavramı birinci bölümde açıklanmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise kronik böbrek yetmezliği konusunda teknik bilgi verilmiş, hastalığın ortaya çıkış belirtileri, gelişimi ve tedavi süreci anlatılmaya çalışılmıştır. Hastalığın en ileri derecelerinden biri olan organ yetmezliğinin hangi safhada ortaya çıktığı ve ölkemizde bulunan hemodiyaliz merkezleri hakkında bilgi vermeye çalışılmıştır.

Araştırmanın son bölümünde ise Tekirdağ İlinde faaliyet gösteren Hemodiyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalar üzerinde bir anket çalışması yapılarak özellikle hastaların hemodiyaliz merkezlerinden memnuniyet derecesi tespit edilmeye çalışılmış ayrıca hastaların psikolojik durumları, hayat kaliteleri ile ilgili hissettikleri ve düşönceleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma Hemodiyaliz merkezlerinde tedavi gören 100 hastadan oluşan bir örneklem üzerinde uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Yaşam Kalitesi, Organ Nakli, Hemodiyaliz Merkezleri, Hasta Memnuniyet Düzeyi

Abstract

Chronic renal failure patients who are part of their social life has become hemodialysis treatment affects their family and work life in a significant way. Enter hemodialysis patients because they are thought to be periodically affected them psychologically. First described the concept of quality of life in this study of countries with high level of prosperity the world has placed what appeared are the life quality standards and Turkiye's status between these countries and in comparison with countries on a lower level in terms of the quality of life of chronic renal insufficiency living concept with patients quality of life, what kind and how a relationship that will put forward the concept of quality of life of our thesis research were explained in the first chapter.

In the second part of the study of chronic renal failure on technical information given, exit signs out of the disease, has tried to explain the development and treatment process. One of the most severe diseases of organ transplant to occur, at what level, is aimed to give information about hemodialysis centers in our country.

In the last part of the research done a survey on patients treated in hemodialysis centers operating in Tekirdag province in particular has tried to determine the degree of satisfaction of patients on hemodialysis centers also the psychological condition of the patients, they feel about their quality of life and thought have tried to understand. Research was applied to a sampleconsisting of patients treated in 100 in hemodialysis centers.

Key Words: Chronic Renal Failure, Quality of Life, Organ Transplant, Hemodialysis Centers, Patient Satisfaction Level

TEŞEKKÜR

Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda her türlü desteğini, emeğini ve katkılarını esirgemeyen Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Birol Topçu'ya ve eğitimdeki destek ve katkılarından dolayı Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nın Öğretim Üyeleri; Yard. Doç. Dr. Birol Topçu'ya, Türk Böbrek Vakfı Tekirdağ Hacı Hüseyin Terzi Diyaliz Merkezi Mesul Müdür'ü Dr. Alper Gürdal'ave çalışma arkadaşlarıma Türk Böbrek Vakfı Malkara Kadriye Kenan Tunalı Diyaliz Merkezi Mesul Müdür'ü Dr. Mesut Necefi'ye, ve Başhemşiresi Ömer Berçin'e Türk Böbrek Vakfı Kapaklı Diyaliz Merkezi Mesul Müdür'ü Dr. Nur Tuğlu ve Dr. Osman Tuğlu'ya ve Başhemşiresi Serap Doğan'a çok teşekkür ederim...

Feyzanur KIRAN

İçindekiler

1.HAYATIN KALİTESİ KAVRAMI VE TEORİSİ.....	3
1.1.Hayatın Kalitesi Kavramı.....	3
1.2. Hayatın Kalitesi Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	7
1.3. Hayatın Kalitesi Kavramını Etkileyen Faktörler.....	9
1.4. Hayat Kalitesi Göstergeleri	16
1.4.1. Ekonomik Göstergeler	17
1.4.2. Sosyal Göstergeler	17
1.4.3.Psikolojik Göstergeler	18
1.4.4. Ekolojik Göstergeler	18
1.4.5. Sağlık Göstergeleri	19
1.4.6. Ülkelere Göre Yaşam Kalitesi Sıralaması	23
1.5.Hemodiyaliz Hastalarında Hayat Kalitesi ve Hastalığın Evreleri.....	24
1.5.1.Balayı dönemi.....	28
1.5.2.Büyüden kurtulma ve cesaretin kırılması dönemi	28
1.5.3.Uzun süreli uyum dönemi.....	28
2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE TEDAVİSİ.....	36
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	36
2.1.1. Kronik böbrek yetmezliği tanımı ve nedenleri	37
2.1.2. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri.....	38
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi ve Yöntemleri.....	39
2.2.1.Periton diyalizi.....	42
2.2.2.Transplantasyon	44
2.2.3. Hemodiyaliz.....	45
2.3. Kronik böbrek hastaları hakkında bazı sayısal veriler	47

2.4. Kronik böbrek hastalarının hayat kalitesini etkileyen faktörler	49
2.5. Türkiye’de diyaliz Merkezleri’nin kuruluşu ve gelişimi	53
2.5.1 Diyaliz merkezlerinin kuruluş şartları	57
2.5.2. Diyaliz merkezlerinin sunduğu hizmetin kapsamı	62
2.6. Diyaliz Merkezlerinin Maliyetleri.....	66
2.7. Türkiye’de Diyaliz Merkezlerinin Dağılımı	68
3. GEREÇ VE YÖNTEM	71
3.1. Araştırmanın Konusu	71
3.2. Araştırmanın Kapsamı	71
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	72
3.4. Araştırma Verileri	72
3.5.1. Hastaların yaş dağılımı.....	73
3.5.2. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	74
3.5.3. Hastaların eğitim durumu	74
3.5.3. Hastaların Medeni Durumu	75
3.5.5. Hastaların çocuk sayısı	76
3.5.6. Hastaların ebeveynlerini ziyaret sıklığı	76
3.5.7. Hastaların çalışma durumları.....	77
3.5.8. Hastaların diyalize başladığı süre	78
3.5.9. Hastaların yaşadıkları yerler	78
3.6. Hastaların Tedavi ve Yaşam Algıları.....	79
3.6.1. Hastaların yaşam kalitesi	82
3.6.2. Sağlıktan memnuniyet derecesi	83
3.6.3. Diyalizin hasta yaşamına etkisi	83
3.6.4. Günlük tedavi ihtiyacı	84
3.6.5. Hayattan zevk alma.....	85

3.6.6. Hayatı anlamlı bulma.....	85
3.6.7. Dikkatin değerlendirilmesi	86
3.6.8. Hastaların güven hissi.....	87
3.6.9. Yaşanılan evi sağlıklı bulma.....	87
3.6.10. Günlük yaşantı için gerekli enerjiye sahip olma.....	88
3.6.11. Hastalığın hayatı etkilemesini kabullenme.....	89
3.6.12. Gelir düzeyinin yetkinliği	89
3.6.13. Gereken maddi destek.....	90
3.6.14. Hastaların boş vakitlerini değerlendirme durumu	90
3.6.15. Hastaların ev yaşantısı	91
3.6.16. Hastaların uyku durumu	92
3.6.17. Hastaların günlük aktiviteleri	92
3.6.19. Hastaların çalışma kapasitesi.....	93
3.6.20. Hastaların kendilerinden memnuniyet derecesi.....	94
3.6.21. Hastaların kişisel ilişki durumu	94
3.6.22. Hastaların arkadaş desteklerinden memnuniyet derecesi	95
3.6.23. Diyalizin merkezinden memnuniyet derecesi.....	95
3.6.24. Sağlık hizmetini alıncaya kadar ki geçen süreden memnuniyet derecesi	96
3.6.25. Hastaların hekimlerine güven hissi.....	97
3.6.26. Hemşireye olan güven hissi	97
3.6.27. Diyalizde kendini güvende hissi.....	98
3.6.28. Sağlık merkezine ulaşımdan memnuniyet derecesi.....	98
3.6.29. Ulaşımdan beklentiler	99
3.6.30. Olumsuz duygu ve düşüncelere kapılma sıklığı	100
3.6.31. Ölümü düşünme sıklığı.....	101

3.6.32. Diyalizde psikolojik destek alma sıklığı.....	101
3.6.33. Böbrek nakli umudunun hasta duygularına etkisi	102
3.6.34. Hastalığı dini bir ceza olarak algılama hissi	103
3.6.35. Öfkelenme sıklığı.....	103
4.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	105
5.KAYNAKÇA.....	107
EKLER.....	119
Ek 1: Anket Formu.....	119
Ek 2: Özgeçmiş	127

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD:	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
CREDIT	:Kronik Böbrek Hastalığı Türkiye Çalışması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPO	: Eritropoetin Hormonu
GFH	: Glomerulo Filtrasyon Hızı
FMC	: Fresenius Medical Care
HBS Ag	: Hepatit B'nin yüzey antijeni
HCv	: Hepatit C
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
ICF	: Uluslar arası Engellilik Sınıflandırma Kurulu
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KT/V bölünmesi	: Üreden temizlenen plazma miktarının üre dağılım hacmine
KOPE	: Böbrek Prognoz Prediksiyon ve Değerlendirme
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TL	: Türk Lirası

Tablolar Listesi

Tablo 1: Hayat Kalitesi Ölçeği.....	10
Tablo 2:Ülkelere Göre Yaşam Kalitesi Sıralaması	24
Tablo 3: Diyaliz Hastalarında Etyoloji	37
Tablo 4:Türkiye’de Kamu Ve Özele Ait Bulunan Diyaliz Merkezleri.....	57
Tablo 5: Bir Milyon Kişiye Düşen Fiilen Kullanılan Hemodiyaliz Cihazı Sayısı.....	69
Tablo 6:İllere Göre Diyaliz Merkezi Dağılımı.....	70
Tablo 7: Hastaların Cinsiyeti	74
Tablo 8: Hastaların Eğitim Durumu.....	75
Tablo 9: Medeni Durum.....	75
Tablo 10: Hastaların Çocuk Sayısı.....	76
Tablo 11: Hasta Çocuklarının Ebeveynlerini Ziyaret Sıklığı.....	77
Tablo 12:Hastaların Çalışma Durumları	77
Tablo 13: Hastaların Diyalize Başladıkları Süre.....	78
Tablo 14:Hastaların Yaşadıkları Yerlerin İdari Statüsü.....	79
Tablo 15: Hastaların Tedavi Ve Yaşam Algılarının Niteliksel Değerlendirilmesi ...	80
Tablo 16:Hizmet Ve Yaşam Algısı	81
Tablo 17:Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	82
Tablo 18:Sağlık Durumundan Memnuniyet Derecesi.....	83
Tablo 19:Gün Aşırı Diyalizin Günlük Yaşama Etkisi	84
Tablo 20: Günlük Tıbbi Tedavi İhtiyacı	84
Tablo 21:Hayattan Zevk Alma Durumu	85
Tablo 22:Hayatını Anlamlı Bulma.....	86
Tablo 23:Dikkatin Değerlendirilmesi	86
Tablo 24:Günlük Yaşamda Kendini Güvende Hissetme	87
Tablo 25:Yaşadıkları Evi Sağlıklı Bulma	88
Tablo 26:Günlük Yaşantı İçin Gerekli Enerjiye Sahip Olma	88
Tablo 27:Böbrek Hastalığının Oluşturduğu Etkiyi Kabullenme.....	89
Tablo 28:Gelir Düzeyinin Yetkinliğinin Değerlendirilmesi	89
Tablo 29:Gereken Maddi Desteğin Sağlanması.....	90

Tablo 30:Hastalığın Boş Vakitleri Etkileme Durumu.....	91
Tablo 31:Hastalığın Ev Yaşantısını Etkileme Durumu.....	91
Tablo 32:Hastaların Uyku Tatmin Düzeyi.....	92
Tablo 33:Günlük Aktivitelerini Yapabilmede Memnuniyet Düzeyi	93
Tablo 34: Çalışma Kapasitesinden Tatmin Olma Düzeyi.....	93
Tablo 35: Kendi Kendinden Memnun Olma Düzeyi	94
Tablo 36: Kişisel İlişkilerden Memnuniyet Düzeyi.....	94
Tablo 37: Arkadaş Desteğinden Memnuniyet Düzeyi.....	95
Tablo 38: Diyaliz Merkezinden Memnuniyet Düzeyi	96
Tablo 39: Hizmeti Alırken Geçen Süreden Memnuniyet Düzeyi.....	96
Tablo 40: Hekime Olan Güven	97
Tablo 41: Hemşireye Olan Güven	97
Tablo 42 : Diyalizde Kendini Güvende Hissetme.....	98
Tablo 43: Sağlık Merkezine Ulaşımın Değerlendirilmesi	99
Tablo 44: Ulaşımında Olması İstenenler.....	99
Tablo 45: Olumsuz Duygu Ve Düşüncelere Kapılma Sıklığı.....	100
Tablo 46: Ölümü Düşünme Sıklığı	101
Tablo 47: Psikolojik Destek Alma Sıklığı	102
Tablo 48: Organ Nakli Umudunun Hasta Duygularına Etkisi.....	102
Tablo 49: Hastalığın Dini Bir Ceza Olarak Algılanma Hissinin Sıklık Düzeyi	103
Tablo 51: Öfkelenme Sıklığı.....	104

GİRİŞ

İnsan ister sağlıklı ister hasta olsun kendine özgü, yaratılışına özgü olarak gereksinimlerinin karşılanmasını ister. Bu gereksinimler her yaşa, her kişiye, her döneme kısacası içinde bulunduğu her duruma özgü olarak değişir.

Birey içinde bulunduğu durumu değerlendirirken baktığı kendi penceresidir. Gördüklerini ya da görmek istediklerini yorumlar. İç huzuru olduğunda olayları pozitif yorumlama gücü artarken iç huzurunun olmadığı durumlarda olayları daha negatif yorumlayabilmektedir. Bu algılarımız sonucunda da davranışlarımız şekillenir. Hayatımızı, değerlerimizi, hedeflerimizi, ilkelerimizi, düşüncelerimizi, isteklerimizi yaşamaya başlarız. Olumsuz olarak değerlendirdiğimiz her olay sadece bize zarar vermekle kalmıyor çevremizdeki yüzlerce binlerce güzelliği de görmemizi engelliyor. Sanıyoruz ki en güzel, en lüks, en pahalı arabalar, evler, son model beyaz eşyalar bizim hayat kalitemizi yükseltecek. Bunlara sahip olduğumuzda mutlu oluyor, geçici olarak da yaşam standardımızın yükseldiğini düşünüyoruz. Karşılanan her ihtiyacın sonucunda başka bir ihtiyaç ortaya çıkar, o karşılandığında da tekrar yenilenir. İhtiyaçlarımız karşılandığı sürece de hayatımıza normal bir birey olarak devam ettiğimizi düşünürüz. Günümüz koşullarında artan rekabet anlayışı, var olan koşulların iyileştirilmeye çalışılması, yeni olanakların yaratılması, teknolojideki gelişmeler, insanların giderek daha da seçici olmalarıyla kalite kelimesi daha da önem kazanmıştır. Hayatımızın her alanına da hızlıca girmiştir. Kalite kelimesi kişiden kişiye, toplumların özelliklerine göre de değişen bir kavramdır. Sağlıkla ilgili olarak kaliteden bahsetmeye kalktığımızda hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle ilgili her aşamada incelemeye girecek, bireyin hayat kalitesi sağlığın her döneminde etkilenecektir.

KBY, hayatımızın kalitesini etkileyen en büyük hastalıklardan biridir. Çünkü sadece hasta bireyi değil ailesini ve çevresini de etkilemektedir. Hasta bireyin böbrekleri artık eskisi gibi işlevini yapamamakta, hastanelerde ise bazen aylar bazen de yıllarca sürececek olan takipleri yapılmaktadır. Tıbbi tedavilerde yaşanan güçlükler,

tedavinin uzunluğu, sürekli ölüm tehdidini yakasında hissetme, kaygı ve endişeler hastaların ruhsal yapılarında da bazen geri dönüşümü olmayan hasarlara yol açmaktadır. Hastanelerde yapılan takiplerinin bitmesi için de KBY tedavi yöntemlerinden birini seçmek zorunda kalacaktır. Hemodiyaliz, KBY tedavileri arasında en çok tercih edilen yöntem olarak karşımıza çıkacaktır. Hemodiyaliz tedavisi için ortalama olarak haftada 3 kez bir hastaneye, bir diyaliz merkezine giderek en az 4 saat süreyle bir makineye bağlı kalacaktır. Bu makineye bağımlı olma hayatları boyunca veya böbrek nakli oluncaya dek sürecektir. İdrar çıkışının genellikle olmadığı bu hastalar, istediği her şeyi de yiyemez, içemezler. Eski sosyal yaşantılarına da devam edememektedirler. KBY öyle bir hastalıktır ki Endokrin Sistemi'nden Sinir Sistemi'ne, Kalp ve Damar Sistemi'nden İskelet Sistemi'ne kadar neredeyse etkilemediği bir organ ve sistem yoktur da denilebilir. En iyi hayat kalitesini bile sağlamış bir insanın bu hastalıktan etkilenmemesi mümkün değildir. İstediği kadar iç huzuru olan, çevresiyle barışık, ailesinden tam destek alan biri olsun bu hastalığa yakalanmanın verdiği şokla mutlaka bir döneminde eski hayat kalitesini sağlamakta zorlanacaktır. Bu gibi sebepler nedeniyle hemodiyaliz hastalarının hayat kalitelerinin yükseltilmesi üzerine araştırmaların yapılması, bunların sonuçlarının hastalar üzerinde değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu tez çalışması ile normal hayat düzeni bozulan diyaliz hastalarının hayat kalitesini ve sağlığı ile bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır. Bu nedenle, Türk Böbrek Vakfı Tekirdağ Diyaliz Merkezinde diyalize giren hastaların diyalizin hayat kaliteleri üzerinde meydana getirdiği değişiklikleri ölçmek, diyaliz hastalarında hayatın kalitesini yükseltmeye yönelik öneriler geliştirebilmek amacıyla bu konu seçilmiştir.

1.HAYATIN KALİTESİ KAVRAMI VE TEORİSİ

1.1.Hayatın Kalitesi Kavramı

Kalite, bir şeyin nasıl oluştuğu anlamına gelen ve Latince kökenli olan “qualitas” sözcüğünden türemiştir. Kişiye hitap eden bir olgu olmasından dolayı da tanımlarında kişisel farklılıklar görülmektedir (Paşaoğlu, 2011). Kalite, mükemmelliği derecelendirirken yapılan veya yapılacak olan işlerin ne kadar iyi yapıldığını da gösterir (Saltürk, 2006). Kalite; bir ürünün gerekliliklere ve tüketici isteklerine uygunluk derecesidir, bir mal veya hizmetin gerekliliği karşılayabilme yeteneğini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (Bayık, 2004).Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir. Kalite, nesnel bir kavramdır çünkü kişisel duygu ve hislerden bağımsız olarak ölçülebilir. Kalite aynı zamanda öznel bir kavramdır da çünkü kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden etkilenir (Koltarla, 2008). Kaoru Ishikawa, Japon Yönetim Bilimi ve kalite uzmanı olarak kaliteyi şöyle tanımlamaktadır: “Dar anlamda kalite ürün kalitesi, geniş anlamda kalite iş kalitesi, hizmet kalitesi, iletişim kalitesi, süreç kalitesi, firma kalitesi, hedeflerin kalitesidir” (Paşaoğlu, 2011). Kalite, müşterilerin mal ve hizmetlerden belediklerinin karşılanması, hatta daha fazlasının verilmesidir (Parlak, 2004).

Hayatın kalitesi kavramı günümüzde her alanda, her aşamada yaygın bir şekilde kullanıldığı gibi sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinde de ortak birçok ciddi çalışmaya konu olmaktadır. Herhangi bir ürünü piyasadan satın aldığımızda aldığımız bu ürünün bizlerin hayat kalitesini yükselttiğine inanırız. Günümüzde artık, hayatın kalitesi kavramı refah ve sağlık kriterlerinde de uygulanmaya başlanmıştır. Onun için de hayatın kalitesi kavramı ölçülebilmeli ve çeşitli boyutlarıyla ele alınabilmelidir. Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri ile ilgili çalışmaların yapılmasında ve bu alanlardaki politikaların belirlenmesinde, hayatın kalitesi ölçütü ve kullanılacak ölçütlerin belirlenmesi ve bunların boyutlarının anlaşılabilmesi önemli olacaktır. Hayatın kalitesini ölçme alanında çalışan uzmanların varlığına ihtiyaç vardır. Böylece, hayatın kalitesini ölçen, araştıran ve bunların sonuçlarına

göre politikaların, kuralların belirlenmesini sağlayan bilim adamları, akademisyenler, kurumlar olacaktır (Mutlu ve Işık, 2005).

Objektif ve sübjektif kriterler olarak ikiye ayrılan, insan hayatına kalite getiren unsurlardan objektif kriterler arasında bireylerin sağlık ve ekonomik durumu, barınma koşulları ile birlikte yerleşim yeri ve aile durumu, sübjektif kriterlerde ise kişinin duyguları ve hayata bakış açısı yer almaktadır. Objektif kalite belirtilen ölçülerden elde edilebilir, ancak sübjektif anlamda kalitenin belirlenmesi için kişinin kendi beyanı gerekir. Sağlık bilimleri, işletme bilimi gibi birçok bilimde bu tür araştırmaları bulmak mümkündür (Mutlu ve Işık, 2005).

Sağlık sektöründe ekonomik değerlendirme yapılırken kullanılan teknikler uygulamada daha çok para ile ifade edilebilen unsurların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bazı yöntemler yardımıyla sağlık hizmetleri sonucu elde edilen hayat kalitesi değerlendirilebilmektedir. Verilen bir sağlık hizmeti sonucu kazanılan gün sayısından çok hastayı en çok memnun eden hizmetin seçilmesi esastır. Yani yaşadığımız gün sayısından çok hayatımızın kalitesi önemlidir. Hayatın kalitesi kişilere göre değiştiği için sübjektif bir kavramdır. Sağlık ekonomisi literatüründe “hayatın kalitesi” olarak geliştirilen bu kavram sübjektif sağlık konusu altında ele alınmakta ve bunu ölçmek için de çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005).

Hayat kalitesi, kişinin kendini geliştirmesi, kişisel yaşamını zenginleştirilmesi, hedeflerine varması, kendini sorgulaması, tanınması, yaşamının barışçıl, dengeli ve uyumlu olabilmesinden ibarettir. Özetlemek gerekirse bireylerin fiziksel ve psikolojik durumları, inançları, gerek aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, gerek çevreyle etkileşimleri hayatın kalitesini belirlemede etkilidir. Hayatın kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımı yoktur (Perim, 2007).

Hayat kalitesi kavramında farklı tanımlar mevcuttur. Patric ve Erickson hayat kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum, sosyal,

psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram olarak tanımlar. Fayos’a göre hayat kalitesi; ‘kişilerin yaşıamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileridir. Hoernquist’a göre hayat kalitesi; fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlanmıştır. Campbell, hayat kalitesini; üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği şeklinde vurgular. Shaw hayat kalitesini tanımlarken hayat kalitesinin doğal ihtiyaçlara eşit olduğuna dikkat çekmiştir. Butreckhardt’a göre hayat kalitesi; yaşıamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal/vatandaşlık/medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğe sahip olması, bireylerin kendini geliştirmesi ve eğlenceye zaman ayırmasıdır. Evan ve arkadaşları da objektif ve sübjektif göstergeler olarak hayat kalitesini iki bölümde incelemişlerdir. Objektif göstergelerde fiziksel iyilik hali değerlendirilirken sübjektif göstergelerde de psikolojik açıdan iyilik halini değerlendirilmektedir. Andrews ve Withey bu fikirlere ek olarak sosyal ilişkilerin önemine değinmişler ve hayat kalitesini, bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişmesi olarak tanımlamışlardır (Perim,2007).

Dünya Sağlık rgt, hayat kalitesini (quality of life) ‘‘hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşıadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi’’ olarak tanımlar (<http://www.dicle.edu.tr> , Son Erişim tarihi:01.10.2016). Bu kavram sübjektif bir kavramdır. Kişiler kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini yerine getirmede ne kadar memnun olmaktadır. Yaşıamlarında var olan veya var olmayan özellikleri onları ne ölçüde rahatsız etmektedir. Örneğin; merdiven inip çıkmamak bir fiziksel işlev kaybıyken, merdiven çıkmamanın kişinin yaşıamında yarattığı etki hayat kalitesi ile ilişkilidir. Çok acil bir hasta yakınına merdiven çıkmadığı için ziyaret edemeyen birinin hayat kalitesi üzerinde ciddi bir hasar oluşabilir. Diğer tarafta da merdiven çıkmayan ancak bunu farklı bir aktivite yapmada değerlendiren biri de hayat kalitesi üzerinde olumlu katkı yapabilir. Bir başka örnekte de kişinin çok

uyuması yerine, uykusundan uyandığında memnun olup olmadığı değerlendirilerek hayat kalitesi ölçülür (Fırat, 2013).

Sağlık, DSÖ'nün tanımına göre yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Sağlıkla ilgili hayat kalitesi doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan hayat kalitesi bileşenleri (örneğin, değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu daha önemli hale gelecektir (Fırat, 2013).

Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir hayat kalitesine sahip olması gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (Koltarla, 2008).

Tıp her geçen gün ilerlemeye devam etmektedir. Bu ilerleyişinde artık sadece hastalıkların iyileştirilmesi değil, kişilerin hayat kalitelerinin artırılması da hedeflenmekte ve bu doğrultuda DSÖ' de 1980'den beri hayat kalitesini ölçme ve değerlendirme ile ilgili çalışmalar yapmaktadır (Avcı ve Pala, 2004).

Kronik hastalığa sahip bireyler yaşamlarındaki değişikliğe alışmada ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenmede fiziksel ve psikolojik birçok faktörün etkisinde kalabilirler. Tüm bu faktörler de bireylerin hayat kalitelerini olumsuz etkileyebilir. Kronik hastalığa sahip kişilerde hastalığa özgü davranışların, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin değerlendirilmesi, hastalığa özgü baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde destek olacaktır. Hayat kalitesi değerlendirilmeleri sayesinde hastalara özgü bakım girişimlerinin planlanması sağlanacaktır (Mollaoğlu, 2007).

1.2.Hayatın Kalitesi Kavramının Tarihsel Gelişimi

Kalitenin tarihsel gelişimine baktığımızda M.Ö 2150’li yıllara kadar uzanan bir geçmişi olduğunu görmekteyiz. Ünlü Hammurabi Kanunlarınının 229. maddesi şunu der: “Eğer bir inşaat ustası bir ev yapar ve bu ev sahibinin üstüne çökerek ev sahibinin ölümüne sebep olursa o inşaat ustasının başı uçurulur.” Kalite ile ilgili çalışmaların ilkel de olsa Milattan önceki yıllarda başlamış ve günümüze kadar gelişerek devam ettiğini, geçmişte kaliteye verilen önemin açık bir göstergesi olduğunu bu kanundan anlıyoruz (Paşaoğlu, 2011).

Hayatın kalitesi kavramı insanlık tarihi kadar eskidir. Bu konuda ilk düşüncelerin ortaya çıkmasında Aristo ile Bentham etkili olmuştur. Felsefi temellerini 4.yy’ da yaşayan Aristo atmıştır. 18. yy’ da yaşayan Jeremy Bentham’ın mutluluk kavramı ile ilgili fikirlerine bakmak gerekmektedir (Mutlu ve Işık, 2005).

Hayatın kalitesi kavramı, antik ve ortaçağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır. Ekonomi ve sosyoloji alanına 1960’lı yıllarda girmiştir. Ekonomistler tarafından; ulusal üretim; ulusal gelir satın alma gücü olarak ifade edilmiş, sosyologlar tarafından da çalışma, barınma sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır. Hayatın Kalitesi kavramı 1960-1970’li yıllarda tüketici hakları hareketlerinin yaygınlaşmasıyla, sağlık sisteminde hoşnutsuzluğun artmasına bir yanıt olarak ortaya atılmıştır (Williams, 1994)1970’li yıllara gelindiğinde psikologlar hayat kalitesini bir başka boyutu ile yani yaşam doyumu boyutu ile ele almışlardır. Tıp alanına girmesi 1970’li yıllarda sonraya, Hemşirelik alanına girmesi de1980’li yıllardan sonraya denk gelmektedir (Perim, 2007). Hayat kalitesi sözcüğü ilk defa 1966 yılında Elkinton tarafından kullanılmıştır (Katsching, 2000). 1973 yılında hayat kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar yayımlanmıştır. Son zamanlarda da artık bir sürü yeni programda ve tedavilerin maliyet analizlerinde olmak üzere birçok alanda giderek artan sayıda hayatın kalitesi kavramı kullanılmaktadır (Avcı ve Pala,2004).

Hayat kalitesi kavramının ilk kez sağlık alanında kullanılması Yeni Delhi’de 1959 yılında olmuştur. Yeni Delhi’de yapılan “Uluslararası Planlanmış Anne-Babalık Konferansı’nda hızlı nüfus artışının olası sonuçlarından bahsedilerek sayının yanı sıra nüfusun kalitesinin ön planda olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu konferansa ait notlar da aynı yıl yayımlanmıştır (Huxley, 1959). Hayat kalitesi kavramının sağlıktaki yerinin tartışılmaya başlanması da Long’un 1960 yılında Medical Times’ta yayınlanan “on the quantity and quality of life” isimli Elkinton’un “medicine and the quality of life” makalesi ile olmuştur (Elkinton, 1966).

Lyndon B. Johnson, ABD’de 1964’teki başkanlık seçimlerinde Madison Square Garden’de yaptığı konuşmada hayatın kalitesi kavramını ilk kez seçim propagandasında yaptığı konuşmada kullanmıştır. Politik amaçlarını şu şekilde özetlemiştir: *“Bu amaçlar banka hesaplarındaki dengenin ölçülmesi gibi ölçülememektedir. Bu amaçlar ancak, yaşayan insanların hayat kalitesiyle ölçülebilecektir ve bizim insanlarımız buna öncülük edecektir.”* Bu durum sosyal bilimlerde özellikle son yirmi yılda hayatın kalitesi olarak adlandırabileceğimiz bir branşın gelişmesine öncülük etmiştir (Mutlu ve Işık, 2005).

Stanford Üniversitesinde psikoloji dersleri veren Amerika Psikoloji Derneği Başkanı Dr. Philip Zimbardo, çaba ve hırsın yaşadığımız çağda amacını aştığından, daha iyi yaşayabilmek için insanların çok çalışıp yaşamaya zamanlarının kalmadığından bahsediyor. Amerikalıların zaman ayarlamasını yapamadığını, sürekli olarak zamanın yetmediğini, sıkışıp kaldıklarını ve giderek daha da çok meşgul olduklarını ifade ediyor. Sürekli bir koşuşturmaya içinde olduklarını ve bu durumdan da şikâyetçi olduklarını söylüyor. Beklemenin herkesi sınırlendirdiğini ve bekletenlere karşı da öfke ve sinir duyduklarını ifade ediyor. Aile veya arkadaş toplantılarına katılmak, onlarla bir araya gelip gevşemek gibi aktivitelere de ya hiç zaman ayrılmıyor ya da yeterince bir arada olunmuyor. Zimbardo, bireysel başarı ve paraya odaklanmış Amerikan halkının komşuluk, yardımlaşma ve dayanışma gibi toplumsal bağlılığı sağlayan unsurların 11 Eylül saldırılarından sonra yeniden fark edilmesini sağladığını söylüyor (Fırat, 2013).

Yazar daha iyi bir hayata ulaşabilmek adına sürekli çalışarak geçen zamanın farkında olamadan günlerimizi harcadığımızdan ve beklediğimiz o güzel günlerin gelmediğini görünce paniklediğimizden bahsetmektedir. Hırsla, her zamankinden daha çok çalışıp, daha az uyuduğumuzu, eşimiz, ailemiz, yakınlarımız ve çocuklarımızla daha az vakit geçirdiğimizi söylüyor. Tüketim ekonomisi bizleri tükettikçe mutlu olmaya ve pahalı evlere, son model cihazlara, lüks arabalara sahip olabilmek için daha çok borçlandırmaya devam ediyor. Bizlerde ne kadar pahalıysa o kadar hayat kalitemizi yükselttiğini düşünüyoruz. Yazar geçen zamana karşı pişmanlık duymamamız için yaşadığımız anın tadını çıkarmamız yönünde de tavsiyede bulunuyor (Fırat, 2013).

1.3. Hayatın Kalitesi Kavramını Etkileyen Faktörler

Bireysel ve toplumsal refahın ölçülmesi açısından hayatın kalitesi kavramına sosyal bilimciler önem vermektedir. Hayatın kalitesi konusunda sağlanan gelişmelerden sadece sosyal bilimler etkilenmemiş, sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler aynı zamanda tıp ve sağlık bilimleri içerisinde de yerini almasına neden olmuştur. Teknolojik gelişmeler, ortalama yaşam süresinin yükselmesine olumlu etki yapmıştır. Geçmiş yıllarla kıyaslandığında hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu tür gelişmeler kişilerin ve toplumların sağlık düzeylerini ve koşullarını değiştirdiği gibi, ortalama yaşam süresinin uzamasına da yardımcı olmuştur. Bu süreçte acı ve stres gibi olumsuz etkiler de azaltılabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005).

Hayat kalitesinin ölçülmesinde bir kişinin varlığını ve memnuniyetini etkileyen birçok faktör değerlendirilmeli, sadece fiziksel yönü değil aynı zamanda günlük yaşamı oluşturan duygusal, entelektüel, sosyal, kültürel ve etnik öğeleri de içermelidir. Bazen hayat kalitesi ile eşit olarak kullanılan terimler, fonksiyonel durum, mutluluk, yaşam memnuniyeti ve sağlık durumudur. Sağlık durumu hayat kalitesi ile eş anlamlı olmamasına rağmen, bu ikisi birbiri ile ilişkilidir (Brown vd., 2006).

Tablo 1: Hayat Kalitesi Ölçeği

BEDENSEL DÜZEY	BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ	ÇEVRE DÜZEYİ
Ağrı ve Rahatsızlık	Hareketlilik	Güvenlik
Canlılık-Bitkinlik	Günlük İşleri Yürütme	Ev Ortamı
Uyku ve Dinlenme	İlaçlara/Tedaviye Bağımlılık	Maddi Kaynaklar
RUHSAL DÜZEY	Çalışabilme Gücü	Sağlık Hizmetleri/Sosyal Yardım
Olumlu Duygular	SOSYAL DÜZEY	Ulaşılabilirlik/Nitelik
Düşünme, Öğrenme	Diğer Kişilerle İlişkiler	Yeni Bilgi/Beceri Olanakları
Benlik Saygısı	Sosyal Destek	Dinlenme/Boş Zaman Değerlendirme
Beden İmgesi-Dış Görünüş	Cinsel Yaşam	Kişisel İnanç
Olumsuz Duygular	Genel Sağlık	Yaşam Kalitesi

Kaynak:DİLBAZ, N., (1996), “Yaşam kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri”, Psychomed, Cilt: 2, Sayı: 1, S. 20-24

Hayatın kalitesi kavramını iki grupta da ele alabiliriz:

1-Sağlıkla Doğrudan ilgili Olmayan Hayat Kalitesi: Bireyin,içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerleri ile kendi amaçları,beklentileri,standartları ve endişeleri ile ilgili algısıdır.Dört alanda değerlendirilir. Bunlar:

- Kişisel içsel alan: Arzular, kişisel hedefler, değerler, inançlar, sorunlarla başa çıkma vb.

- Kişisel sosyal alan: İş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar, aile yapısı, gelir durumu, vb.
- Dışsal Doğal Çevre Alanı: Hava, su kalitesi vb.

Dışsal Toplumsal Çevre Alanı:Okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, alışveriş vb. (<http://www.dicle.edu.tr>, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

2-Sağlıkla İlgili Hayat Kalitesi: Bireyin içinde bulunduğu sağlık durumundan ne kadar memnun olduğu ve bu sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavramdır.Bireylerin fonksiyonlarını yerine getirebilme dereceleri ile yaşadıkları hayattan algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (<http://www.dicle.edu.tr>, Son Erişim Tarihi: 02.10.2016).

Hastalıklar ve bu hastalıkları tedavi etmede kullanılan her türlü müdahale kişinin hayat kalitesini etkiler. Var olan hastalığına özgü ağrı, ateş, fonksiyon kısıtlamaları hastaları başkalarının yardımına muhtaç bırakabilmekte dolayısıyla da hastaların hayat kalitesini azaltabilmektedir (Güler, 2006).

3-14 Haziran 1996 tarihinde yapılan Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Konferansı Habitat II, İstanbul Deklarasyonunda hayat kalitesini etkileyen faktörler ele alınmış ve hayat kalitesinin yükseltilebilmesi için neler yapılabileceğinden de bahsedilmiştir. İstanbul Deklarasyonu 30 ve 36. Maddeleri aşağıdaki gibidir:

(30) Tüm insanların yaşam kalitesi, diğer ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerin yanı sıra, köy, kasaba ve kentlerimizin fizik koşullarına ve mekânsal karakteristiklerine bağlıdır. Kentlerin yerleşim düzeni ve estetiği, toprak kullanma biçimleri, nüfus ve yapı yoğunlukları, ulaşım, temel mal, hizmet ve kamu hizmetlerine erişim kolaylığı ve halka açık tesisler, yerleşmelerin yaşana birliğini hayati biçimde etkileyen unsurlardır (www.toki.gov.tr/habitat/dokumanlar/habitat, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

(36) İnsan sağlığı ve yaşam kalitesi, sürdürülebilir insan yerleşmeleri geliştirme çabalarının merkezindedir. Bu nedenle kendimizi, kaliteli eğitimden evrensel ve eşit yararlanmaya, beden, ruh ve çevre sağlığında erişilebilecek en yüksek standartları gerçekteştirmeye, temel sağlık hizmetlerine eşit erişime, ırk, ulusal köken, cinsiyet, yaş ve özürlülük ayırımı gözetmeksizin, ortak ve özel kültürlerimize saygı duyarak ve geliştirerek, konut dâhil olmak üzere toplumsal ve ekonomik koşullara ilişkin eşitsizlikleri gidermek için özellikle gayret sarf etmeye adıyoruz (www.toki.gov.tr/habitat/dokumanlar/habitatgundemi.doc/30.06.2016).

İngiltere’de yakın zamanlarda Tim Gough tarafından ‘Mimarın Rolünü İnsanların Yaşam Kalitesi ile İlişkili Olarak Yeniden Tanımlamak’ isimli bir makale yayımlanmıştır. Bu makalede koşulları iyi olan okullarda öğrenci devamlılığının daha yüksek ve suç oranının da daha düşük olduğundan bahsedilmektedir. İyi dizayn edilmiş modern görünümlü hastanelerde yatan hastaların da hastalıklarından daha kısa sürede iyileştikleri dolayısıyla da geniş kitlelere hizmet sunulabildiğini söylemektedir (<http://www.koprudergisi.com/>, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

Şişmanlık da hayat kalitesini etkileyen bir hastalık olarak sağlık alanında karşımıza çıkmaktadır. Yaşam standardı olarak belli bir seviyenin üzerinde olan kesimde daha fazla görölmesi de ilginçtir. Aşırı şişmanlık, tüm dünyada ve özellikle Amerika gibi belli bir yaşam standardının üzerine çıkan ve tüketimin yüksek olduğu ülkelerde önemli bir sağlık problemi olarak görölmektedir. Son on yılda, yaşları altı ile on yedi arasında değişen çocuklarda da şişmanlık oranı %5’den, %11’e yükselerek iki kat artmıştır. Çocukluk çağında başlayan aşırı kilo alımı uzun dönemde fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmanın yanında diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme ve bazı kanser türleri gibi ciddi hastalıklara da zemin oluşturmaktadır. Bu çocuklar zamanla kendilerini arkadaşlarından izole edebilirken kendilerine olan güveni de kaybedebilmektedir. Bu dönemdeki çocuklarda da dolayısıyla ağır psikolojik sorunlar oluşabilmektedir (Fırat, 2013).

Paylaşma ve yardımlaşma kişilerin sadece manevi yönden tatmin duygusunu arttırmakla kalmayıp dolaylı olarak da hayat kalitesini arttıran duygulardır. Sonucunda bizler kendimizi daha iyi ve daha güçlü hissederek sorunlarımızın da üstesinden daha kolay gelebilmekteyiz. Kendimizden memnun olduğumuzda hayata bakış açımız olumlu yönde değişmektedir. Hayat kalitemizi arttıracak, bizleri olumlu yönde etkileyen davranışlara hayatımızda daha çok yer vermeliyiz. Hiç tanımadığımız birine yardım edelim, yoksul olduğunu bildiğimiz birini sevindirelim. (Fırat, 2013). Bir gülümsemeyle karşımızda o an karamsar olan birinin belki de yüzünü bile güldürebiliriz. Bunu bir zincir olarak düşünebilerseniz bizler çevremizi memnun ettikçe, onlarda olumlu güzel değişiklikler yapabildikçe daha mutlu, huzurlu ve hayat kalitesini sadece maddi yönde değil de manevi yönde yükseltebilmiş bir çevre oluşturulabilir.

DSÖ, hayat kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamalarını tanımlamaktadır. DSÖ' nün hayat kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren altı alan bulunmaktadır. Fiziksel sağlık alanında; ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku ve dinlenme, Psikolojik alanda; pozitif ve negatif düşünceler, öğrenme, düşünme, hafıza, yoğunlaşma, kendine güven, beden imajı ve dış görünüş, bağımsızlık düzeyi alanında; hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu, Sosyal ilişkiler alanında; kişisel ilişkiler, sosyal destek ve seksüel aktivite, Çevresel özellikler alanında; fiziksel güvenlik, ev çevresi, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim), Maneviyat ile ilgili özellikler alanında da ruhsal, dinsel ve kişisel inançlar hayat kalitemizin belirlenmesinde önemli rol oynayan faktörlerdir (Perim, 2007).

Campbell vd. (1976) hayat kalitesi ile ilgili bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada toplumun hangi kesimlerinin yaşam kalitelerinin ilerlediğini, hangi

kesimlerinin gerilediğini saptamayı, değişikliklere sebep olan faktörler ve bu faktörleri değiştirebilmenin mümkün olup olmadığını araştırılmak hedeflenmiştir. Aile, bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak tüm ihtiyaçlarının karşılandığı kurumdur. Ailenin objektif ve sübjektif olarak sağladığı bu destek bireyin ailesel ve toplumsal düzeydeki hayat kalitesi algısının belirlenmesinde önemli rol oynar. Bireyler diğer aile üyeleri ile kaliteli ve hoş zaman geçirirse, aile üyeleri sorunlarına çözüm üretirse, bireyler eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanırsa, aile üyeleri birbirleri ile yakın ve destekleyici ilişkiler kuruyorsa, güvenli ve konforlu bir çevrede yaşıyorsa hayat kalitesi olumlu yönde etkilenir (Andrews ve Withey, 1976; Campell, Converse ve Rodgers, 1976).

Hayat kalitesini etkileyen ya da belirleyen faktörleri belirleme de Abraham Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi de bize fikir verebilir. Maslow'a göre insanlar doğuştan gelen ve davranışları yönlendiren bir takım gereksinimlere sahiptirler. Bu gereksinimler hiyerarşik olarak en alttan en üste sıralanmaktadır. Bu sıralamanın en altında; fiziksel gereksinimler (açlık, susuzluk, cinsellik...), güvenlik gereksinimi (emniyet,kendini koruma, istikrar,kural,düzen...), ait olma ve sevgi gereksinimi (sevme, sevilme...),saygınlık gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...) ve en üstte de kendini geliştirme gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...) yer alır. İlk iki sıradaki gereksinimler temel gereksinimler, son üç sıradaki gereksinimler ise sosyo-psikolojik gereksinimler olarak ele alınır. Gereksinimler kişiden kişiye göre değişir. En alt düzeydeki gereksinim giderilince bir üst düzeydeki gereksinime geçilir. Doyurulan gereksinim de davranışı etkilememektedir (Maslow, 1976). Maslow sağlıklı bir bireyin ilk dört gereksinimini gidermiş olduğunu, öncelikli olarak da kendini gerçekleştirmeye motive olduğunu söylemiştir (Maslow, 2001).

Özetlersek temel gereksinimlerinin karşılanmaması, beden imgesinde olumsuz yönde gelişen değişiklikler (örn; şişmanlık), öz bakım davranışlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, sürekli yorgunluk, bitkinlik, ağrı, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlik,

günlük işleri yürütememe, akut ve kronik sağlık sorunları, ilaçlara veya tedaviye bağımlı olma hayat kalitesini azaltan durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Perim, 2007 ; Fırat, 2013).

Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma, rahatlık ve gereken konfora sahip olma, güven içinde yaşama, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma, ailesi, akrabası, arkadaş çevresi ile pozitif ilişkiler kurma, eğlendiği ve tat aldığı uğraşlarının olması, itibar görme, kendi kendine bağımsız karar verebilmesi, yönetebilmesi, kendi çizdiği sınırlara değer verilmesi, kendini ortaya koyabilme, fonksiyonel olarak yeterli olma(kendi işini görüp görememe),yaşadığı toplumda özgün bir birey olarak algılanma, paylaşma ve yardımlaşma gibi manevi duyguların olması, huzur içinde olma, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi de hayat kalitesini artıran durumlar olarak değerlendirilmektedir (Perim, 2007; Fırat, 2013).

Başlıca iki problem sağlıkla ilgili hayat kalitesini etkilemektedir.Bunlardan ilki halsizlik, bulantı/kusma, ağrı, dışkıyı yapamama, beslenememe, görünüm bozukluğu, uykusuzluk ve yutma güçlüğü gibi problemlerin yer aldığı fiziksel problemler, ikincisi ise anksiyete, depresyon, cinsel sorunlar, gelecek ile ilgili belirsizlikler, kendine güven kaybı, uzun yaşam süresi, kansere bağlı olarak yaşanan hastalıklar, tedavi yöntemlerine bağlı olarak gelişen sorunların yer aldığı psiko sosyal problemlerdir (<http://www.dicle.edu.tr> / Son Erişim tarihi:01.10.2016).

Sağlık algılaması bireylerin içinde bulunduğu sağlık durumundan göreceli olarak etkilenir. Bazıları birden çok hastalığa sahip olmanın verdiği sıkıntılarla baş ederken kendilerini sağlıklı bulur, bazıları da ortada bir hastalık belirtisi yokken bile kendilerini hasta olarak algılayabilmektedir. Bu durum hastaların işlevselliğini değerlendirirken de böyle olmaktadır. Kişi çevresinden iyi olarak değerlendirilmesine rağmen kendisini hasta olarak hissediyorsa bile kendisinden beklenenden daha az performans gösterebilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte bireylerin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve hayat kalitelerini etkilemektedir (Güler, 2006).

Hayat kalitesinin değerlendirilmesinde çeşitli yöntemler kullanılır. Kullanılan ölçeklerde; fiziksel, fiziksel rol, sosyal ve duygusal işlevsellik, zihinsel sağlık durumu, enerji (zindelik) / yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı gibi konular ele alınır (Perim, 2007).

“-Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” şeklinde gelen bir soruya verilen cevap kişinin hayat kalitesi hakkında resmi olmasa da bir sonuca götürür. Artık gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti sunucuları hayat kalitesini ölçmeye başlamışlardır. Bunu ölçmede kullandıkları anketler, hastaların fiziksel ve zihinsel belirtileri, ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri gibi konularla ilgili sorular içerir. Burada kullanılan anketler ile doktorların bir hastalığı teşhis ve tedavi etmede kullandıkları yöntemlerin kişinin yaşamını etkileyip etkilemediğini anlamalarına olanak sağlamaktadır. Hayat kalitesini yükseltebilmek için girişim yapılabilecek alanların saptanmasına yardımcı olur. Örneğin, ankette bir hasta tekerlekli sandalyeye bağımlı olmanın getirdiği zorluklardan, kısıtlamalardan bahsediyorsa anketin sonucuna göre çözüm yolları üreterek hastanın bulunduğu ortamı tekerlekli sandalyeye uygun hale getirmeliyiz (Güler, 2006).

Hayat kalitesinin bir başka ölçüm yolunda da, hastaların son bir ay içinde, fiziksel ya da mental durum nedeniyle bakım, iş, eğlence gibi aktivitelerden mahrum kaldığı gün sayısının hesaplanması temel alınmıştır. Yapılan bu çalışmalar sayesinde ileride hayat kalitesi ile ilgili insanların daha anlamlı ve keyifli bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olunacağı düşünülmektedir (Güler, 2006).

1.4.Hayat Kalitesi Göstergeleri

Bu konuda geçerli evrensel bir gösterge yoktur. Hayatın kalitesi ile ilgili faktörler kentlere, kültürlere, şartlara göre ve zaman içerisinde değişir. Bir Avrupalı için iyi olarak değerlendirilen bir şey bir Türk ya da bir Japon için iyi olmayabilir. Burada esas olan temel faktörlerin (barınma, güvenlik, sağlık, eğitim, ulaşım vb.) o toplum tarafından nasıl algılandığının ölçülmesidir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Hayatın kalitesini ölçmeye yönelik göstergeler ekonomik, sosyal, psikolojik, sağlık ve ekolojik göstergeler olmak üzere aşağıda başlıklar halinde ele alınacaktır.

1.4.1.Ekonomik Göstergeler

Bu gösterge de teknolojik gelişme ve ekonomik büyüme anlaşılmakta, mülkiyet sahipliği, çalışma koşullarına uygunluk, dayanıklı tüketim malları sahipliği gibi ekonomik göstergelerin göreceli iyilik halini ifade etmektedir (Baran, 2008).

Ekonomik kalkınmanın bir anlayışı olarak ekonomistlerce ele alınan ekonomik göstergeler; gayri safi milli hâsıla, kişi başına düşen milli gelir, istihdam edilebilme olanakları, aile varlıkları, ailede çalışan kişi sayısı, besin tüketimi, sahip olunan dayanıklı tüketim malları gibi değişkenler kullanılmıştır. Ekonomistler tarafından yapılan çalışmalarda kalite, hizmet kalitesi ve toplam kalite kavramları, hayat kalitesi kavramları ile ilişkili olan ve üzerinde durulan diğer kavramlardır (Oktiler, 2004).

1.4.2. Sosyal Göstergeler

Toplum ve insan etkileşimini ele alan yaklaşımlarda hayat kalitesi kavramı, bir yaşam stili olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu araştırmalarda; meslek dağılımı, coğrafi- mesleki hareketlilik, dengeli beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma, konut ve konut koşulları, kültür, gelişme olanaklarına yer verilmektedir. Sosyal göstergelerle hayat kalitesi ele alındığında karşılaşılan problem, toplumsaldır ve değişen bir toplumdaki bahsedilmektedir (Oktiler, 2004).

Sosyal göstergeler sosyal sorunları tespit etmek için kullanılır. Önceliklerin, yapılacak eylemlerin ve harcama hedeflerini geliştirmek ve değerlendirmek için eylem programları ve politikaları oluşturulur. Sosyal göstergeler, belirli bir toplumsal

fikri yansıtmda geçerli ve anlamlı olmalı, anlaşılır ve kolay yorumlanabilir, ayrıştırılması da mümkün olmalıdır (Noll, 2004).

1.4.3.Psikolojik Göstergeler

Sosyal psikologlara göre hayat kalitesi kavramının oluşumunda mutluluk düşüncesi savunulmuş, bir değer olarak da vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda yaşam doyumu kavramı Neugarten tarafından ilk kez 1961 yılında kullanılmıştır. Neugarten'e göre *“Yaşam doyumu, bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılmasıyla oluşan sonuçtur. Kişinin beklentilerine ulaşmadaki bilişsel değerlendirmesinin ürünüdür. Yaşamın tümünü ve çeşitli boyutlarını içermektedir”* (Oktil, 2004).

Aynı yazar psikolojik göstergelerin araştırılmasında, kişinin işinden, ailesinden, çevresinden ve özel hayatından ne derecede etkilendiği, aldığı doyum, deneyimleri ve bu deneyimleri sonucunda edindiği tepkiler, beceriler gibi değişkenlerin kullanıldığından bahsetmiştir.

1.4.4.Ekolojik Göstergeler

Hayat kalitesi; toplum, ekonomi ve çevre ekseninde, hayat kalitesi ve çevre kalitesinin karşılıklı etkileşiminde gerçekleşen nesnel ve öznel değerlendirme ölçütleri ile ifade edilebilen bir kavramdır. Hayat kalitesi algıya dayalı, esenlik, sağlık, güvenlik, huzur vb. değerleri ile öznel; yapılı çevre, doğal çevre, ekonomik ve sosyal fonksiyon alanları ile nesnel bir kavramdır. Kaliteli bir hayat çerçevesinde yapılar, ulaşım olanakları, açık ve yeşil alanlar arasında dengeli bir mekânsal ilişki vardır (Emür ve Onsekiz, 2007).

En genel anlamıyla hayat kalitesi kavramını tanımlarken birey ve çevrenin uyum düzeyinden bahsedebiliriz. İnsan çevresel yaşam alanından yüksek doyum sağlamalıdır (Oktil, 2004).

1.4.5. Sağlık Göstergeleri

Hayatın kalitesi açısından iyilik halini derecelendirdiğimizde de hayat kalitemizi belirlemiş olmaktadır. Bir sağlık göstergesi olarak hayat kalitesinin kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir perspektifi işaret ettiğini de söyleyebiliriz. İşlevsel olarak sahip olduğumuz yeteneklerimiz, toplumda sergilediğimiz etkileşimin derecesiyle birlikte kalitesi, ruhsal açıdan sağlığımız, ağrı gibi somatik duyularımız ve yaşamımızdan duyduğumuz memnuniyet gibi bir sürü faktör hayat kalitemizi etkileyen sağlık göstergeleri arasında yer almaktadır (Oktiler, 2004).

Sağlığa bağlı hayat kalitesinin iki boyutu vardır. Bunlar da sağlık ve işlevselliştir. Sağlığa bağlı hayat kalitesinin ölçümünde 1970’li yıllardan günümüze üç önemli nedenle klinik araştırmalarda ve epidemiyolojik çalışmalarda yer almaktadır. Bunlar; sağlık hizmet giderlerindeki olağanüstü artış, günümüzde sağlık teknolojisindeki gelişime bağlı olarak yaşamın süresinden çok kalitesine önem verilmesi ve sağlık teknolojileri arasındaki karşılaştırmalardır. Sağlığa bağlı hayat kalitesi ölçümünü oluşturan bu üç faktör sırasıyla; nüfusun özellikle sanayileşmiş ülkelerde yaşlanması ve beraberinde kronik hastalıklarda görülen artış ile teşhis – tedavi süreçlerine çok gelişmiş sağlık teknolojilerinin kullanılmaya başlanması şeklindeki gelişmeler üzerinde temellenmiştir (Öksüz ve Malhan, 2005).

1970’li yılların başında, sanayileşmiş ülkelerde bu tip araçlara duyulan ihtiyaç ve bu araçların geliştirilmesinde gerekli temel olanakları sağlayan, geleneksel tıp ve sosyal bilimlere de kapsayan birçok disiplindeki uzun süreli bilimsel gelişmeler sağlığa bağlı hayat kalitesinin oluşumunda yer alan önemli etkenlerdir. Bir yandan sağlık hizmetlerinin etkilerinin değerlendirilmesine olan ihtiyaç, diğer yandan da bilimsel gelişme düzeyi arasındaki etkileşim sonucunda kavramlar, teoriler ve ölçümler açısından literatürün genişlemesine olanak sağlanmıştır. Bir sağlık göstergesi olarak hayat kalitesinin ölçümüyle modern yaklaşım temsil edilmiştir (Öksüz ve Malhan, 2005).

Revicki'ye göre sağlığa bağlı hayat kalitesinin "*bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram*" olduğu kabul edilmektedir. Sağlığa bağlı hayat kalitesine; fizyolojik ve duygusal fonksiyonların direkt etkide bulunduğu ve ikisinin birden sağlığa bağlı hayat kalitesine etkisinden ve sosyal rol ve sosyal ilişkiler gibi sosyal fonksiyonlarla birlikte sağlık dışı hayat kalitesine etkisinden söz edilebilir. Kaplan'a göre sağlığa bağlı hayat kalitesi "*iş ortamı, ev veya benzeri faktörlere bağlı hayat kalitesini ve sosyal rolü de etkiler*". Hayat kalitesini belirlemede, uygun boyutların örneklenmesi hayat kalitesi ölçümlerinin geçerliliği için gerekli bir durumdur (Öksüz ve Malhan, 2005).

Hayat kalitesi kavramı ile ilgili literatür tarandığında, zihinsel ve ruhsal sağlığın da değerlendirilmesiyle, fiziksel sağlığın ve sağlık kurumlarında sunulan hizmetin de değerlendirildiği görülmüştür. Yetim'e göre, toplumsal zihin sağlığı merkezlerince yapılan hayat kalitesi araştırmaları sonuçları iki açıdan ele alınmaktadır. Birincisi, bireylerin gereksinim duydukları servis hizmetlerini saptamak ve bireylerin doyum ve psikolojik gelişimlerini ölçerek kendi programlarını değerlendirmektir. İkincisi ise yüksek düzeyde hayat kalitesi değerlerini toplumda yaymak ve desteklemek; düşük düzeyde kaliteli alanların yayılmasını önlemektir (Avcı ve Pala,2006 ; Arslantaş vd., 2006).

Halk sağlığı perspektifinden kalitenin anlamı 1998 Population Report'a göre, "*en yüksek sağlık yardımı, en az sağlık riskiyle, en fazla sayıda insana sunmak*" tır (Oktiler, 2004). Sağlık alanı çalışmalarıyla hayat kalitesinin birleştirilmesi ve "sağlıkla ilgili hayat kalitesi" kavramına aslında ilk kez DSÖ Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ'nün 1948'de sağlığı "*yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali*" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için, hayat kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır. Hayat kalitesinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan ilk araştırmalar 1973 yılında yayınlanmıştır. Yeni

programların ve tedavilerin maliyet analizleriyle birlikte son yıllarda sayıları giderek artan araştırmalar gözümüze çarpmaktadır (Avcı ve Pala,2006 ; Arslantaş vd., 2006).

Hayat kalitesi “*kişinin yaşadığı kültür ve değerler sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması*” şeklinde tanımlanır (Koltarla, 2008). Hayat kalitesi, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile ilişkisinden etkilenir. Bu tanım ile hayat kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlardan etkilenen sübjektif bir değerlendirmeye ait olduğu görüşü yansıtılmaktadır. Sağlık ile ilgili durumun, tedavilerin ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesiyle hayat kalitemizin ölçülmesi ancak hayat kalitesi kavramı farklı kişilere farklı şeyler ifade ettiği için de tanımını yapmakta zorlandığımız bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sadece hastalığın olmamasını değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal açıdan da iyilik halinin olması gerekmektedir (Avcı ve Pala, 2006; Aştı ve Pektekin, 1994).

Sağlık perspektifi açısından hayat kalitesi kavramının tanımını incelediğimizde bu kavramın tanımlarında da birbirinden farklılıklar görmekteyiz. Devlet politikacıları, sağlık hizmetleri ile ilgili kararlarını topluma görev vermeye özen gösterme eğilimindeyken sigorta şirketleri, hayat kalitesini değerlendirmede kişilerin bireysel açıdan yararlı olup olmamasına odaklanmıştır. Sigorta şirketleri hastanın normal yaşantısına döneceği süreç ile daha fazla ilgilenirler. Çünkü birey normal yaşantısına döndüğünde tekrar sigorta primlerini ödeyebilecektir. Böylece de hasta normal yaşama geçmiş sağlıklı bir birey olmuş demektir. Toplum açısından hayat kalitesi daha uzun yaşamayla birlikte iyi yaşama anlamı da taşımaktadır. Özellikle ekonomik güçlüklerin olduğu ülkemiz açısından değerlendirdiğimizde daha fazla kazanmanın daha iyi bir yaşamla eşdeğer olduğunu düşünmekteyiz (Acaray, 2003).

Sağlıkla ilgili hayat kalitesi sağlığı geliştirme kavramı ile de ilişkilidir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik davranış değişiklikleri (sigarayı bırakma, egzersiz,

daha iyi beslenme vb.) hem hayatın kalitesini hem de süresini uzatır. Sağlığa ilişkin hayat kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Acaray, 2003; Avcı ve Pala, 2006).

Sağlık ve hastalık kavramları birbirleriyle ilişkili üç alanda(organ veya sistem, kişi, toplum veya sosyal yaşam) gözden geçirilebilir. DSÖ tarafından 1980’de üç alandaki kısıtlılıklar veya yetersizlikler Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması yayınlanmıştır. Buna göre yetersizlik organ alanını, özürlülük kişi alanını, engellilik ise toplum alanını yansıtmaktadır. Bu sınıflamada nedensel görüş hâkimdir. Bu görüşe göre; hastalık veya bozukluk yetersizliğe, yetersizlik özürlülüğe, özürlülük de engelliliğe neden olmaktadır. Aslında hayat kalitesi hem fiziksel sağlık, psikolojik durum ve kişisel inançlar, hem de sosyal ilişkiler ve çevreden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş bir kavram olduğu için hayat kalitesindeki bozulmayı açıklamakta bu nedensel görüş tek başına yetersiz kalmaktadır. Bunun için sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil ve çerçeve sağlamak amacı ile DSÖ tarafından 2001’de Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması kavramı yayınlanmıştır. Bu sınıflamada nedensel ilişki yerine sağlığın komponentleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur. ICF çerçevesi, çevresel ve kişisel dış faktörleri de içererek özürlülüğe biopsiko-sosyal yaklaşım olarak tanıtılmıştır. ICF’deki temel kavramlar fonksiyon ve özürlülük (vücut fonksiyonları ve yapıları, aktivite ve katılım) ile dış faktörler (çevresel faktörler, kişisel faktörler) olarak iki grupta incelenebilir (Başaran, 2006).

ICF’deki fonksiyon görme kavramı tüm vücut fonksiyonları, aktiviteler ve katılımı içerirken, özürlülük kavramı ise; yetersizlik, aktivite sınırlaması ve katılımın kısıtlanmasını içermektedir. Yeni sınıflamada eskisine göre iki majör farklılık bulunmaktadır. Birincisi; özürlülük ve engellilik şeklindeki olumsuzluk terminolojinin yerine aktivite ve katılım şeklinde nötral terminolojinin kullanılması, diğeri ise kişisel ve çevresel dış faktörlerin de sınıflamaya dâhil edilmesidir. Özürlülük, ICF’deki fonksiyonun negatif terimi olarak görülebilir (Başaran, 2006).

Aynı fonksiyon düzeyindeki iki kişi de aynı sağlık durumuna sahip olmayabilir ve ya aynı hastalığa sahip iki kişi farklı fonksiyon düzeylerinde olabilir. Bunun için ICF, herhangi bir hastalık veya bozuklukta kişinin neleri yaptığı veya yapabileceğini sistematik olarak gruplar. ICF, iyilik halinin sağlık ve sağlıkla ilgili komponentlerini daha ayrıntılı bir şekilde tanımladığından hayat kalitesini değerlendirmede daha kapsamlı bilgi sağlar (Başaran, 2006).

1.4.6. Ülkelere Göre Yaşam Kalitesi Sıralaması

2013 yılını da içine alan ve "The Economist Intelligence Unit" tarafından hazırlanan yaşam kalitesi endeksinde her ülkede yaşayan bireylerin yaşamlarını etkileyebilecek çeşitli faktörler göz önüne alınmıştır. Bu faktörlere bakıldığında:

- Sağlık: Ortalama yaşam süresi
- Aile Hayatı: Boşanma oranları
- Toplumsal Yaşam
- Ekonomik durum: Kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla göz önüne alınmıştır.
- Siyasi düzen ve güvenlik
- İklim ve coğrafya
- İş güvenliği: İşsizlik oranları
- Siyasi Özgürlükler
- Cinsel eşitlik

Bu faktörler göz önüne alınarak yapılan ve 80 ülkeyi içine alan sıralamada; ilk beşte sırasıyla İsviçre, Avustralya, Norveç, İsveç, Danimarka yer alırken Türkiye 51.sırada yer almaktadır. Son beşe baktığımızda da sırasıyla, Angola, Bangladeş, Ukrayna, Kenya ve Nijerya yer almaktadır (Tablo 2).

Tablo 2:Ülkelere Göre Yaşam Kalitesi Sıralaması

SIRA	ÜLKE / BÖLGE	SKOR(10)ÜZERİNDEN	SIRA	ÜLKE / BÖLGE	SKOR(10)ÜZERİNDEN
1	İsviçre	8.22	41	Küba	6.39
2	Avustralya	8.12	42	Kolombiya	6.27
3	Norveç	8.09	43	Peru	6.24
4	İsveç	8.02	44	Estonya	6.07
5	Danimarka	8.01	45	Venezuela	6.07
6	Singapur	8.00	46	Hırvatistan	6.06
7	Yeni Zelanda	7.95	47	Macaristan	6.06
8	Hollanda	7.94	48	Letonya	6.01
9	Kanada	7.81	49	Çin	5.99
10	Hong Kong	7.80	50	Tayland	5.96
11	Finlandiya	7.76	51	Türkiye	5.95
12	İrlanda	7.74	52	Dominik Cumhuriyeti	5.93
13	Avusturya	7.73	53	Güney Afrika	5.89
14	Tayvan	7.67	54	Cezayir	5.86
15	Belçika	7.51	55	Sırbistan	5.86
16	Almanya	7.38	56	Romanya	5.85
17	ABD	7.38	57	Litvanya	5.82
18	Birleşik Arap Emirlikleri	7.33	58	İran	5.78
19	Güney Kore	7.25	59	Tunus	5.77
20	İsrail	7.23	60	Mısır	5.76
21	İtalya	7.21	61	Bulgaristan	5.73
22	Kuveyt	7.18	62	El Salvador	5.72
23	Şili	7.10	63	Filipinler	5.71
24	Kıbrıs Cumhuriyeti	7.10	64	Sri Lanka	5.71
25	Japonya	7.08	65	Ekvator	5.70
26	Fransa	7.04	66	Hindistan	5.67
27	Birleşik Krallık	7.01	67	Fas	5.67
28	Çek Cumhuriyeti	6.96	68	Vietnam	5.64
29	İspanya	6.96	69	Ürdün	5.63
30	Kosta Rika	6.92	70	Azerbaycan	5.60
31	Portekiz	6.92	71	Endonezya	5.54
32	Slovenya	6.77	72	Rusya	5.31
33	Polonya	6.66	73	Suriye	5.29
34	Yunanistan	6.65	74	Kazakistan	5.20
35	Slovakya	6.64	75	Pakistan	5.17
36	Malezya	6.62	76	Angola	5.09
37	Brezilya	6.52	77	Bangladeş	5.07
38	Suudi Arabistan	6.49	78	Ukrayna	4.98
39	Meksika	6.41	79	Kenya	4.91
40	Arjantin	6.39	80	Nijerya	4.74

Kaynak:tr.wikipedia.org/wiki/ülkelere_göre_yaşam_kalitesi_sıralaması./19.02.2015

1.5.Hemodiyaliz Hastalarında Hayat Kalitesi ve Hastalığın Evreleri

Hayatın kalitesi kavramıyla hayatımızın birçok alanında olduğu gibi sağlık alanında da sıkça karşılaşmaktayız. Bu kavram daha çok da kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır (Saltürk, 2006). Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmıştır. Her türlü kronik hastalık hastaların fiziksel hallerinde bozulmalara yol açar. Birey günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanır. Bu tür kısıtlamalar sonucunda da bireylerin hayat kalitesi olumsuz etkilenir (Tsay ve Healstead, 2002).

Tıp ve teknoloji alanındaki ilerleme kaydedilmiş, erken tanı ve tedavi yöntemlerinde birçok gelişme olmuş, hastalıklara bağlı olarak gelişen ölümler azalmış, bunun sonucunda da doğumda beklenen yaşam süresi uzayarak kronik hastalıkların görülme sıklığında artma meydana gelmiştir. Kronik hastalıklara sahip bireylerin sayısındaki artış ile birlikte bu hastaların hayatları boyunca tedavi ve bakıma gereksinim duymaları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sağlık sorunu haline gelmesine neden olmuştur. Kronik Böbrek Yetmezliği bireylerin hayat kalitelerini düşüren bir kronik hastalık olarak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastaların yaşamlarını önemli derecede etkileyen hastalıklardan biri olarak yer almaktadır (Akdemir vd., 2006).

Dünya’da ve ülkemizde nüfus giderek yaşlanıyor. Medikal teknolojinin başarılı ve yaygın kullanılması, kronik hastalık koşullarına rağmen yaşam şansının artmasıyla yaşlı popülasyon sayısı artmaktadır (Levendoğlu, 2004).Yaşlanma doğal bir süreç olmasına karşın yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirir. Yaşlı birey fiziksel açıdan kayba uğrar, bazı fonksiyonların kaybıyla birey çevreye bağımlı olur, ruhsal sorunlar daha fazla görülür. Yaş ve hayat kalitesi arasında negatif ilişki vardır. Yaşlılarda hayat kalitesini etkileyen en önemli faktör yaşlılığa eklenen kronik hastalıklardır. Kronik hastalıkların artmasıyla beraberinde kısıtlılık ve özrürlük oranları da artmaktadır. Sakatlıklar (özellikle öz bakım gereksinimini yerine getirmede), görme sorunları,duyma kayıpları,uyku problemleri,beslenme yetersizlikleri yaşlı bireylerin hayat kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (www.dicle.edu.tr, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

Diyaliz, kronik bir hastalıktır ve hastalar yaşamlarını sürdürebilmek için bir makineye bağımlıdır. Diğer birçok kronik hastalıkta ara ve tatil dönemleri olmasına rağmen diyaliz ara verilmenin neredeyse imkânsız olduğu bir hastalıktır. Abram, hastaların diyalize adaptasyon sürecini dört aşamada değerlendirmiştir (Özkan, 1993).

1.Dönem: Diyaliz öncesi dönem (üremik dönem): Hastalar kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği fizyolojik ve ruhsal komplikasyonlara maruz kalmaktadırlar. Yaşamı tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik, zihinsel çöküklük içindedirler.

2.Dönem: Diyalize başlandıktan sonra, çevreye karşı ilginin azaldığı, hissizlik, duygusuzluk olduğu, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla yoğun mutluluk gibi duygu değişimlerinin eşlik ettiği bir dönemdir.

3.Dönem(Yaşama Dönüş) : Diyalize başladıktan üç hafta ya da sekiz-dokuz diyalizden sonra ortaya çıkar. Başlangıçtaki yoğun mutluluk gibi duygular azalmıştır. Hasta diyalize alışmış fakat makineye sürekli bağlı olma ile ilgili psiko sosyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri ve bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem üç ile on iki ay sürebilir.

4.Dönem (Normale Dönüş) : Ölümden kurtulduğunu düşünen hasta hayatının kalitesini sorgulamaya başlar. Makineye alışılmış, hastalığın ve tedavi uygulamalarının elverdiği ölçüde hayatına, eski ve yeni yaşantısına yeniden dönmüştür. Gerçeği kabullenmiştir. İleriye yönelik beklentiler(organ nakli) gelişmiştir. Kanser tedavisi gören hastalar kemoterapi veya radyoterapi uygulamaları dışında hasta hastaneye bağlı değilken hemodiyalizde sürekli olarak haftada 3 kez bir makineye bağımlıdırlar. Sadece ilaçları değil bir de sıkı bir diyet tabidirler. Çoğu hasta için şehir dışına çıkmak mümkün değildir. Bağımlılık sadece makineye karşı değil tıbbi personele ve tedavi ekibine karşı da olmaktadır. Tedavi ekibi ile hastanın ilişkileri ve ortam, hastanın diyalizine uyum ya da kaygısında önemli rol oynar (www.idealsosyalhizmet.com, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

Hastaların tedavi ekibinden, gelecekte beklenenleri, tedavi yöntemleri, teknik faktörler, içsel duygu ve reaksiyonları değerlendirilmeli, hastalar bilgilendirilmelidir. Tedavi ekibi her konuda hasta ile görüşebilmelidir. Tedavi

ekibinin empatik tutum ve desteği, kaygının azalması ve uyumda çok önemlidir. (Özkan, 1993).

Hemodiyaliz hastalarının kendilerine bakım sağlayan kişilerle ilgili deneyimleri olumlu ve olumsuz olmak üzere geniş bir yelpazede yer almaktadır. Hastalar bakım sağlayan kişileri destek ve anlayış konularında yetersiz olarak algılamakta, onlarla ilişkilerinde gücenme, öfke, hayal kırıklığı, suçluluk gibi duygular yaşadıkları için bu kişileri güçlük ve sıkıntı kaynağı olarak görmektedirler. Hastalar ayrıca bağımlı olma duygularını hissetmelerine hastalıktan çok, kendilerine bakım veren kişilerin yol açtığını düşünmektedirler. Bu durum SDBY'nin sosyal yönünün daha önceki çalışmalarda ortaya konulandan daha karmaşık olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle, bu kanıtlara göre SDBY'de uyumun sosyal yönü SDBY'nin sosyal eylemlere ve rollere etkisi algılanan sosyal desteğe erişim ile ilişkilidir (Krespi vd. 2008).

Kaygı, kronik hastaların çoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da en yaygın yakınma şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaygıyı arttıran nedenlere baktığımızda, diyaliz makinesine bağımlı olma, otonominin sınırlanması, fiziksel durum, iş ve aile yaşantısında bozulmalar, hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve hayat kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu ve ekonomik yetersizliktir. Felaket derecesinde kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkâr davranışları görülür. Diyaliz sürecine uyumun daha iyi olduğu hastalar, duygularını daha rahat ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilenlerdir (Özkan, 1993).

Levy, uzun süreli hemodiyaliz tedavisi alan hastaların psikolojik uyumlarını incelediğinde üç farklı dönemin oluştuğunu belirtmektedir. Bunlar;

1.5.1.Balayı dönemi

Bu dönemde hastalar kendilerini makine sayesinde ölümden kurtulmuş hissetmelerinden dolayı makineye minnet duygusuyla bağlanırlar. Makineyle dost olurlar, makine onların her şeyidir. Zamanla böbreklerinin çalışabileceğini ümit etmektedirler. Ancak bu dostluk dönemi uzun sürmeyecektir. Dost olarak gördükleri bu makine onların hayatlarında bazı kısıtlamaların olmasına yol açmaktadır. Diyaliz tedavisi esnasında da bazı sorunlarla (hemodiyaliz sırasında gelişen komplikasyonlar, bulantı, kusma, ateş, hipotansiyon gibi) karşı karşıya kalmaktadırlar. Makineyle olan bu dostluk onları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden güçlüklerle sokmaya başlamıştır. Böbreklerinin tekrar çalışmasını ümitle beklemişler ancak bu da gerçekleşmemiştir.

1.5.2.Büyüden kurtulma ve cesaretin kırılması dönemi

Bu dönemde hastalar artık bazı gerçeklerin farkına varmaya başlarlar. Hastalıktan ölecek midir yoksa diyaliz makinesiyle yaşamayı öğrenecek midir? Bu ikilem hastalarda karşıt duygulara sebep olmakla birlikte ve psikolojik durumlarını da bozmaktadır. Hastalar, en çok psikolojik desteğe bu dönemde gereksinim duymaktadırlar.

1.5.3.Uzun süreli uyum dönemi

Hastalar hastalıklarını, hemodiyalizi ve bu yaşam tarzlarını kabul ettikleri anda inkâr eden hastalara kıyasla daha uyumlu, başarılı aktif ve rahat bir yaşam geçirirler. Bu dönem hemodiyalize iyi uyum yapmış hastalarda dahi sıklıkla psikolojik yardıma gereksinim oluşturan uzun bir dönem olmakla birlikte sonucunda hasta ya böbrek nakli olacağını ya da bu hastalıktan öleceğini düşünmektedir (Gökçakan, 1988).

Diyalize giren hastalar, fiziksel, emosyonel ve sosyal faktörler nedeniyle fonksiyonel olarak kısıtlanırlar. Bu hastalarda çok sayıda farklı hastalıkların da eşlik etmesi nedeniyle, yaş arttıkça fonksiyonel kapasitede azalma beklenir. Yaşlı diyaliz hastaları büyük ölçüde fonksiyonel kayıp ve aktivitelerindeki azalmadan söz ederler. Genellikle bu azalma kronik böbrek yetmezliğinin başladığı ilk andan itibaren görülür ve fiziksel aktivitenin sürdürülebilmesi bağımlılığı engelleyip hayat kalitesinde artışa neden olur (Levendoğlu, 2004).

Diyaliz hastalarında hayat kalitesi ile ilişkili faktörlerden; Nefroloji uzman doktoruna erken sevk yapılması, daha yüksek hematokrit düzeyleri, siyah ırk, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, yeterli diyaliz, egzersiz ve sosyal desteğin diyaliz hastalarında daha yüksek hayat kalitesinde etkili olduğu görülmüştür. Daha düşük hayat kalitesinde ise; daha genç yaşta hastalığa yakalanma, diyabet, kadın cinsiyet, depresyon, malnutrisyon, eşlik eden diğer hastalıklar ve uyku bozuklukları etkili olan faktörlerdir (Brown vd., 2004).

Diyalize karar veren bölüm olan Nefroloji'ye erken dönemde sevk; daha iyi hasta katılımını ve hastanın uyumunda da artışı sağlar. Kişi kendi bakımına daha fazla katılır. Damar yolu girişinin olgunlaşması için zaman kazandırır. Gereksiz yere katater kullanımından kaçınılmış olur. Daha iyi hasta eğitimi ve daha iyi istihdam olanakları sağlanır. SDBY'ne ilerleyiş gecikir. Aneminin gelişmesi önlenir veya geciktirilir. Malnütrisyon gelişmesi gecikir. Mortalitede düzelme ve dolayısıyla da hayat kalitesinde düzelme görülür (Brown vd., 2004).

Hemodiyaliz ve periton diyalizi her iki yöntemde hastayı makineye ve tedavi ekibine bağımlı kılar. HD hastalarında periton diyalizi ve böbrek nakli hastalarına göre hayat kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür. HD hastalarında hayat kalitesini etkileyen faktörler arasında hemoglobin düzeyi, KT/V (Diyalitik Madde Klirensi), diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti, böbrek dışı ek hastalıklar yer almaktadır (Özgür vd., 2003).

Diyaliz hastalarının belirli bir diyeti uygulama zorunluluğu vardır. Bu diyeti uygulama hastaların zaman zaman engellenmesine ve zorlanmasına sebep olmaktadır. Sodyum, potasyum, protein ve sıvının azaltıldığı bir diyet hastalara uygulanmaktadır. Birçok meyve ve sebzenin daha az yenmesi veya yenmemesi önerilir. Çok az miktarda et verilirken sıvı alımına da kısıtlama getirilir. Bu hastalarda sık görülen reaksiyonlar; inkâr, etrafına negatif yaklaşma, tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğüdür. Bu reaksiyonlar genelde hastanın makineye bağımlı olma, otonomisini kaybetme gibi nedenlerle yaşadığı, kızgınlık, kaygı, isyan, hastalığın kronikleşmesi, şiddeti ve seyriyle ilgili yaşadığı mutsuzluk gibi duygularla ilişkilidir. Hastanın hastalığından dolayı yaşadığı kaygıyı, yakınlarına, aileye ve çevreye yansıtacağı bilinerek ilişki kurulmalıdır. Hastalar diyaliz ünitelerinde bilgilendirilmelidir. Hastalıklarının her aşamasında da görüşülmeli ve psiko-sosyal açıdan desteklenmelidir (Özkan, 1993).

Hemoglobin düzeyi, hastada kansızlık (Anemi) olup olmadığını gösterir. Hastaların kan sayımının düşük olması demek çabuk yorulmaları, halsiz kalmaları ve enfeksiyonlara yatkın olmaları demektir. Bir başka faktör de KT/V oranıdır. Diyaliz işleminin amacına ulaşmış ulaşmadığını, kanda dolaşan zehirli atıkların yeterince temizlenip temizlenmediğini kısacası diyalizin etkinliğini gösteren bir parametredir. Yetersiz bir diyaliz demek hastalarda hastalık bulgularında düzelmenin olmaması demektir. Bulantı kusmalar, kramplar, halsizlik, deri renginde sarılık, kansızlık, nefeste idrar-amonyak kokusu devam eder. Hasta normalde haftada 12 saat diyalize girer. Diyalizden bazen kendi isteği ile bazen de diyaliz sırasında gelişen komplikasyonlar nedeniyle erken çıkabilmektedir. Bu diyaliz süresinden kısaltmalar onda hastalığa özgü faktörlerde ve hayat kalitesinde olumsuz etkiler yaratır. Yetersiz yapılan diyalizler, ek hastalıklar, hastaların semptomlarında iyileşme yerine daha çok şiddetlenme oluşturacaktır.

Son dönem böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklara sahip olan kişiler, yaşamları süresince birçok sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Tedavi süresi çok uzun sürdüğü için hastalar pek çok invazif girişim ve ilaç tedavisi ile karşı karşıya kalırlar,

çoğunluğu hastalığın getirdiği ağrı, yorgunluk ve depresif semptomlarla birlikte sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar ve fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede zorluklar yaşarlar. Gelecek ile ilgili belirsizlikler nedeniyle hastalıkla baş etmede zorlanırlarken hayat kaliteleri de etkilenmektedir (Ünal ve Bilge, 2005).

Uyku bozuklukları, diyaliz hastalarında en sık görülen problemlerdendir. Çalışmalar, uykunun miktarı, kalitesi ve zamanında görülen bozukluğun diyaliz hastalarında %60'ı geçtiğini, diyabetik hemodiyaliz hastalarında %68 olduğunu ve genel popülasyonda ise bu oranın %15-25 olduğunu göstermektedir. Birçok kişi önemli derecede sıkıntı veya yetersizlik yaşamaktadır. Bunun sonucunda da genel sağlıkta ve canlılıkta bozulma, ağrı ve sosyal izolasyonda artış görülür. Bu da muhtemelen yüksek mortalite ile ölçülen düşük hayat kalitesine yol açar (Han vd., 2002).

Hastalarda, kemik ağrısı, kaşıntı ve yetersiz diyaliz varsa, sigara içiyorlarsa veya uzun bir süredir diyalize girmekteyseler uyku bozuklukları daha sık görülür. Böbrek Prognoz Prediksiyon ve Değerlendirme (KOPE) Çalışmasında, önemli sayıda hasta, gece uyandığını (%57), çok erken uyandığını (%55), uyumakta zorlandığını (%41), ve gündüz aşırı uyku halini (%31) bildirmektedir. Diyabetik hemodiyaliz hastalarında ilerlemiş yaş, depresyon ve bozuk beslenme uyku bozukluğu açısından risk oluşturmaktadır (Williams vd., 2002).

Hayat kalitesini etkileyebilen depresyon; son dönem böbrek yetmezliği hastalarında oldukça sık gözlenmekte ve çoğu kez somatik şikâyetlerle kendini göstermektedir. İlerleyen süreçte üreminin de tabloya eklenmesi ile hastanın irritabilitesi, yorgunluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştahının azalması, uyku bozukluğu belirginleşir ve depresyon tablosu ortaya çıkar. Hastaların böbrek ve aile işlevlerinde, işlerinde, finansal kaynaklarında ve cinsel fonksiyonlarında oluşan kayıpları depresyonu tetiklenmektedir (Ünal ve Bilge, 2005).

Diyaliz hastalarında, akut dönemden sonra görülen en yaygın reaksiyon depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve majör depresyondur. Depresyon gelişmesindeki en önemli unsurlar; sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesidir. Fiziksel durumlarındaki kötüleşme ile depresyon arasında ilişki vardır. Psiko sosyal açıdan destek göremeyen, güvenceleri olmayan ya da yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadır. Diyaliz hastalarında intihar davranışı, sadece genel nüfustan değil, diğer kronik hastalığı olan hastalardan da anlamlı ölçüde fazladır. Depresyona bağlı olarak diyete uymama, diyalizi reddetme ve uyum güçlükleri gibi davranışlar gelişmektedir. Bu hastalıklarda depresyonun psiko fizyolojik ve somatik belirtileri, tıbbi değerlendirmeyi güçleştirir. Depresyon immün sistem işlevlerini de olumsuz yönde etkiler. Hastaların geri çekilmelerine, kendilerini izole etmelerine ve mücadele etme isteğinin azalmasına yol açarak kronik hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Üzüntü, elem, zevk duygusunun azalması, uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması gibi reaksiyonlar da tedavi sürecini bozan faktörler olarak kendini gösterir (<http://www.gencdiyaliz.com/>, Son Erişim tarihi:01.10.2016).

Diyaliz, başlı başına bir psikososyal stres faktörüdür. Hasta ve ailesi için katlanılması zor bir yaşantı yaratmaktadır. Diyalizin uzun yıllar devam etmesi hastanın bağımlılığını arttırırken fiziksel yeteneklerinde azalmaya, hastanın yaşam kalitesinde düşmeye ve aile içindeki rollerinde değişiklikler yaşamasına neden olur. Diyalizin ilk dönemlerinde hasta inkâr gibi karışık duygular yaşarken ilerleyen dönemlerde depresyonla karşı karşıya kalır. Uzun süren tedavi süreci ve hastalığın ortaya çıkardığı yıkımlar, pek çok hastada depresif süreç ve anksiyete bozukluklarını desteklemektedir. Hastalık süresi uzadıkça bireyler kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşarlar. Birçok invaziv girişimlere maruz kalmakta, hastalık semptomları artmakta ve sonucunda da hayat kaliteleri bozulmaktadır. Caskey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; diyaliz tedavisine erken dönem başlamanın hayat kalitesi üzerine etkinliği bulunamamıştır. Ancak hastalığın tedavi süresi uzadıkça, hastaların anksiyete düzeyleri artmaktadır (Ünal ve Bilge, 2005).

Diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğuna sık rastlanılmaktadır. Erkek hastalarda bu oran %70 olarak bildirilmiştir. Endokrin değişiklikleri, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişmeler, psiko-sosyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Erkek hastalarda testosteron düzeyinde ve sperm oluşumunda azalma bildirilmiştir. Her iki cinste cinsel dürtü ve uyarılmada azalmalar görülmekle birlikte cinsel etkinlikte düşme bildirilmiştir. Kadınlarda orgazm yaşantısında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini test etmeye dönük mastürbatuar davranışlar bildirilmiştir. Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinliklerde azalma, kadın hastalara kıyasla, daha fazla yetersizlik duygusuna yol açmaktadır. Birçok erkek hastada, cinsel organlarının da idrar boşaltma amacını artık yerine getiremiyor olması, cinsel işlevlerine ilişkin ciddi endişeler duymalarına neden olmaktadır (Özkan, 1993).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, bu hastalıklarına özgü gelişebilecek sosyal ve fiziksel bir takım problemlerle baş etmeye çalışır. Bu süreçte makineye bağımlı olmanın da getirdiği psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar ayrıca gelişen komplikasyonlar sebebiyle de hayat kaliteleri etkilenmektedir (Özgür vd., 2003; Telaferli,1992). Hemodiyaliz merkezlerinin fiziksel ortamı, çalışan personel, diyaliz için kullanılan malzemelerin kalitesi ve diyaliz merkezinin ulaşılabilirliği, diyaliz tedavisi sunan merkezlerde sunulan hizmetlerin kalitesi gibi faktörler hastanın hastalığına ve tedaviye uyumunu olumlu etkilemektedir. Bunun sonucu olarak da komplikasyon gelişme riski azalmaktadır (Zampieron vd., 2004).

Diyaliz, hastaların tıbbi, psikolojik durum ve uyumunun yanında tüm yaşantısını etkiler. Birçok hasta işlevlerini yerine getirmede eskisi kadar yeterlilik gösteremez. Aile içi yaşantısı, rolleri değişmiş, eşe bağımlılık artmış, çoğunlukla da eğlenebilme yetenekleri bile azalmıştır. Aile dinamikleri ve ev içi sosyal ortama ilişkin kültürel tutumlar hastayı ve hastanın ilişki ve beklentilerini etkiler. Hastaların ev içi yeni rollerine uyum güçlüğü yeni problemler yaratır. Çoğu erkek hastanın evde daha çok zaman geçirmesi, evdeki işlerle meşgul olma zorunluluğu kaygı yaratabilmektedir (Özkan, 1993).

Kronik hastalıklar, hastaların sosyal etkileşimleri üzerinde de sorun yaratır. Hastalar normal hayatlarını sürdürürken diğer insanların acımasına, onları reddetmesine tanık olabilirler. Bunun sonucunda da hastalar kendilerini geri çekerek sosyal aktivitelerde bulunmak istemeyebilirler. Arkadaş ve yakınları da onların bu durumuna uyum sağlamada zorluklar yaşayabilir. Yapılan araştırmalar bu kişilerin hastalıkla ilgili ikili duygulara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çevresindeki arkadaş ve akrabaları sıcaklık ve yakınlık ifadesi belirten sözler kullanırken mimikleri, temasları ve beden duruşu ile kabul etmedikleri ya da reddettiklerini gösterebilir. Yeni hastalar bu davranışları anlamada güçlük çekerlerken uygun tepkiyi vermede de güçlük yaşayabilirler. Hastanın etkileşime girdiği ilk sosyal grup ailesidir. Hasta da ailesi de yeni yaşamlarına uyum sağlamaya çalışırlar. Hastalar, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde sorunları çözümlenmede yeni beceriler kazanır. Sadece bireylerin değil ailelerin de kronik hastalığa yakalandığı söylenir. Çünkü aile sosyal bir sistemdir, aile fertlerinden herhangi birinde yaşanan değişiklik diğer fertlerin de yaşamını etkiler. Hastaların diğer aile bireylerine bağımlılığı artar. Hasta bireyin eşinin sorumlulukları artarken sorumlulukların bir kısmı çocuklara ve evde yaşayan diğer aile üyelerine de düşebilir. Artan sorumlulukların aile içinde dağıtılması da zor olabilir. Aile bireylerinin kaynaklarının azalmasıyla yeni görevleri yerine getirmek güçleşir. Evdeki genç çocuklardan, kendi yaşitlarının normalde üstlenmediği yeni ve çok sayıda sorumlulukları üstlenmesi beklenirken çocuklar bu sorumluluk karşısında öfke ve kızgınlık yaşayabilir. Bunun yanı sıra bazı gerilimler (örneğin; yatağın ıslatılması) okulda uyum sorunları ve madde kullanımı gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Her kronik hastalığa yakalanan bireylerde hastalıklara verdikleri tepkiler farklı olabilmektedir. Bu farklı tepkilerin verilmesinde hastanın yaşı, sosyo-ekonomik statüsü, baş etme tarzları, ailenin işlevsellik tarzı, hastalığa ilişkin kişisel ve sosyal değerleri, iş yaşamı, sağlık güvencesinin olup olmaması da etkili olmaktadır (Duyan, 2002).

Yaşanılan bu zor zamanlarda birey çevresinden, ailesinden sosyal destek gördüğünde kendisine değer verildiğini hissederek stres yaratan nedenleri ortadan kaldırma ve bunlar ile başa çıkmada başarılı olup stresin yarattığı etkileri azaltmada

daha başarılı olmaktadır. Yapılan bu sosyal destekler stres vericileri ortadan kaldırırsa bile kişilerin endişe düzeylerini düşürür ve kişilerin daha iyimser, kendilerini daha fazla kontrol edebilir, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlar (Baltaş, 2000).

Sosyal bağları güçlü olan kişilerin daha uzun yaşadıkları ve strese bağlı hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha az olduğu yapılan bir araştırmada ortaya çıkmıştır (Cohen, Wills, 1985; Aktaran, Baltaş, 2000). Sosyal çevreden alınan yardımlar bireyin içinde bulunduğu çaresizlik duygusunu azaltarak stresle baş etme konusunda kendine olan güvenini arttırmaktadır. Stres yaratan nedenlerin aile, arkadaş gibi çevresiyle paylaşılması stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır. İnsanlar ortak bir amaç için çalışırken bireysel endişe ve çatışmalarıyla başa çıkma konusunda daha verimli olabilmektedirler. Eşle olumlu ilişkiler içinde olma, istediğini yapacak yeterli zamana sahip olma, dostlarını ziyaret edebilme, telefon edebilme veya onlara mektup yazabilme, yenilenme ve eğlenme için yeterli paraya sahip olma, çocuklarla birlikte olma, serbest zaman, müzik dinleme, umulmadık zamanlarda para gelmesi, aileyle birlikte olabilme, doyurucu bir cinsel hayatın stres azaltıcı ve streslerle başa çıkmayı kolaylaştırıcı özelliği vardır (Baltaş, 2000).

Hastalar böbrek yetmezliğinin onlarda yarattığı sonuçlar, yaşamdaki kısıtlılıklar, kişilerarası ilişkilerde değişimler nedeni ile oldukça güç anlar yaşarlar. Hastanın hastalığı kabullenmesinde ve tedavi sürecine uyumunda, psikolojik destek ve bakım hastaya yardımcı olur. Hastaların yaş dağılımıyla hayat kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaş ilerledikçe hayat kalitesinin düştüğü, çevresel fonksiyonlarda gerilemeler yaşandığı görülmektedir (Ünal ve Bilge, 2005).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hayat kalitelerini arttırmak için, hayat kalitelerinin düzenli olarak takip edilmesi, hayat kalitelerini azaltan ve arttıran faktörlerin dikkate alınması gerek görülen konularda hasta ve yakınlarına eğitim programlarının hazırlanması da önerilmektedir (Kral, 2010).

2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE TEDAVİSİ

2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği

Dünyada her yıl 1 milyon kişiden 50-250'si son dönem böbrek yetmezliğine girmektedir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik seyirli böbrek hastalıklarında, ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek fonksiyonlarının giderek bozulması ile ortaya çıkan, kalıcı bir hastalıktır. Böbrek fonksiyon kaybı kritik bir düzeyi aşınca alta yatan nedenin giderilmesi, çoğu kez hastalığın ilerlemesini durduramamaktadır (Vural, 2002).

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY); nüfusun yaşlanması, kronik böbrek yetmezliğine neden olan kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, sağlık hizmetlerine erişimin gelişmesi ile birlikte vakaların daha erken dönemde teşhis edilebilmesi gibi nedenlerle hemen her toplumda olduğu gibi Türkiye'de önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir (Tatar, 2011)

Birey, aile, toplum üçgeninde yer alan (KBY)'nin, ağır psikolojik ve sosyoekonomik sonuçları vardır.Bir ülkenin sağlık hizmetlerindeki kalite, etkinlik,yeterlilik ve organizasyon gücünün sınıdıldığı en ciddi hastalıklardan biridir.Gelişmiş ülkelerde bile ciddi ekonomik yük oluşturan bu tedavileri hastanın kendi ekonomik imkânlarıyla aşması çok zor olduğu için de sosyal güvenlik kuruluşlarına olan ihtiyacın en çok hissedildiği hastalıklardan birisidir (Aydın ve Türkmen, 2002).

Kronik böbrek yetmezliği medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir (Yalçın ve Akpolat, 2000). Kronik ve Son Donem Böbrek Yetmezliği olan hastaların yaşamlarını idame ettirebilmeleri için hastalara tedavi yöntemi olarak diyaliz (hemodiyaliz, periton) yada böbrek transplantasyonu yapılması gerekmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Akyol, 1992).

2.1.1.Kronik böbrek yetmezliği tanımı ve nedenleri

Kronik Böbrek Yetmezliği; yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu, en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (Hishida, 2002). KBY akut gelişen bir hasarla başlasa hatta başlatıcı neden ortadan kalksa bile yavaş yavaş ve ilerleyici bir seyir göstermekte ve temel patoloji ilerleyici nefron kaybı ve böbrek fonksiyonlarının kalan nefronlarca yürütülmeye çalışılması sonucunda KBY sadece böbrek fonksiyonlarında değil tüm vücut fonksiyonlarında sistematik değişimlere yol açar. Sonuçta idrarla atılan birçok metabolizma atığı organizmada birikmeye başlar (Aydın ve Türkmen, 2002). Kronik böbrek yetmezliği kısacası vücudun tüm fonksiyonlarındaki kronik ve ilerleyici bozulma halidir. Kronik böbrek yetmezliği birçok nedenle gelişebilir; bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Türkiye’de son dönem böbrek yetmezliği nedenlerini açıklayan en sağlıklı veriler Türk Nefroloji Derneği tarafından düzenlenmiştir (Yalçın ve Akpolat, 2000). Türk Nefroloji Derneğinin 2011 yılında CREDIT çalışması verilerine göre (Tablo 3) :

Tablo 3: Diyaliz Hastalarında Etyoloji

MEVCUT HEMODİYALİZ HASTALARINDA ETYOLOJİ		YENİ HEMODİYALİZ HASTALARINDA ETYOLOJİ	
1. DiabetesMellitus (Şeker Hastalığı halk arasında)	32%	1. DiabetesMellitus (Şeker Hastalığı halk arasında)	39%
2. Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon Halk arasında)	28%	2. Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon Halk arasında)	31%
3. Etyoloji Bilinmiyor	14%	3. Etyoloji Bilinmiyor	6%
4. Çeşitli	12%	4. Diğer	9%
5. Glomerulonefrit	7%	5. Glomerulonefrit	6%
6. Diğer	7%		

Kaynak:(www.tsn.org.tr/ Son Erişim Tarihi: 02.10.2016)

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl bir milyon kişiden 100-150'sinde kronik böbrek yetmezliği gelişmektedir. ABD'de kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalıklar artan sıklık sırasına göre diyabetik nefropati, hipertansif nefroskleroz, glomerülonefritler, intersitisyel nefritler ve polikistik böbrek hastalığı şeklinde sıralanabilir. Ülkemizde kronik böbrek yetmezliği etyolojisinde çocukluk döneminde genel olarak doğumsal anomaliler ve enfeksiyonlar ilk sırayı alırken, erişkinlerde kronik glomerülonefritler, hipertansif nefroskleroz, diyabetik nefropati, ürolojik hastalıklar, kronik tübülointersitisyel hastalıklar ve piyelonefritler ön sıraları almaktadır (www.istanbulsaglik.gov.tr/, Son Erişim Tarihi: 01.10.2016).

Türkiye'de genel yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15,7'dir. Kısacası yaklaşık yetişkin altı kişiden birisinde KBH vardır diyebiliriz. Böbrek hastalığı açısından risk oluşturan durumların sıklığı yüksek bulunmuştur.

- HT oranı : %32,7
- DM oranı : %12,7
- Obezite : %20,1
- Abdominal obezite : %32,1
- Metabolik sendrom : %31,3
- Aktif sigara kullanımı : %35,2

Bu sonuçlar KBH'nın Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Türkiye'de KBH'nın oluşumunda; kadın cinsiyet, ilerleyen yaş, bazı coğrafik bölgelerde ikamet etme (Marmara ve Güneydoğu Anadolu), kırsal yerleşim, hipertansiyon varlığı, Diabetes Mellitus varlığı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (www.turkhipertansiyon.org/ 11.09.2016).

2.1.2. Kronik böbrek yetmezliğinin evreleri

Kronik böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarında tespit edilebilir düzeyde değişikliklere neden olacak kadar kalıcı bir şekilde azaldığı durumda ortaya çıkar.

Kronik böbrek yetmezliğine gidiş beş aşamada gerçekleşir:

- 1) Böbrek fonksiyonlarında azalma: Klinik belirti görülmez.
- 2) Hafif derecede böbrek yetmezliği: Hipertansiyon ve sekonder hiperparatiroidizm (Paratiroid bezinin aşırı paratiroid hormon üretmesi) görülür.
- 3) Orta derecede böbrek yetmezliği: Hafif derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilerin yanında anemi de görülür.
- 4) Ciddi böbrek yetmezliği: Orta derecede böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere belirgin su ve tuz tutulumu, iştahsızlık, kusma ve üst düzey mental fonksiyonlarda azalma eklenir.
- 5) Son dönem böbrek yetmezliği: Ciddi böbrek yetmezliğinde görülen belirtilere pulmoner (akciğer) ödem, koma, konvülziyon (havale), asidoz (kanda asit maddelerin fazlalığı), hiperkalemi (kanda potasyum seviyesinin yüksek olması) ve ölüm eşlik edebilir (www.istanbulsaglik.gov.tr, Son Erişim Tarihi: 01.10.2016).

Beşinci evre hastanın tüm şikâyetlerinin şiddetlendiği, idrarının azaldığı, tüm organ ve sistemlerle ilgili objektif bulguların ortaya çıktığı, diyet düzenlemesinin yetersiz kaldığı ömür boyu mutlak diyaliz desteğinin gerektiği dönemdir. Son Dönem Kronik Böbrek Yetersizliği bulunan hasta zaman içerisinde hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon gibi başlıca renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyabilir (Aydın ve Türkmen,2002).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi ve Yöntemleri

SDBY tedavisinde önemli olan hastaların yaşam sürelerini uzatmak ve hastalara daha iyi bir hayat kalitesi sağlamaktır. Hastalar böbrek yetmezliği tedavileriyle birlikte günlük yaşam aktivitelerini etkileyen semptomlara daha çok maruz kalmaktadır. Renal replasman tedavileri (RRT) hastaların semptomlarını ve hayat kalitelerini etkileyen değişiklikleri kısmen düzeltmektedir. Renal replasman tedavisinde artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastaların morbiditesi ve mortalitesi hala yüksektir. SDBY olan hastalarda hayat kalitesi ile morbidite ve mortalitenin arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastaların

hayat kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir (Saltürk, 2006).

KBY’de tedavinin amacı tüm böbrek fonksiyonlarının kaybedildiği aşamada hastaya en uzun ve olabildiğince kaliteli bir yaşam sunabilmektir. Bu amacı gerçekleştirmede böbreğin süzme fonksiyonları diyaliz ile endokrin fonksiyonları ise hormonal tedaviyle sağlanmaya çalışılır. En iyi tedavi seçeneği ise hastaya yeni bir böbrek kazandırmaktır (Aydın ve Türkmen, 2002).

Diyaliz, hemodiyaliz ve periton diyalizi olarak ikiye ayrılır. Diyaliz; yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini esas alan bir tedavi şeklidir. Diyalizle ilgili ilk çalışmalar ve görüşler dünyada 1854 yılından önce ortaya çıkmış, 1950’ye kadar pratik tedavi yöntemlerinden biri olamamıştır. 1912 yılında Abel, Rowtree, Turnel tarafından yapay böbrek ile ilgili ilk çalışmalar yapılmıştır (San, 2001).

Amerika’daki John Hopkins Üniversitesinde, 1913 yılında ilk hemodiyaliz uygulaması Abel ve arkadaşları tarafından denek farelere uygulanmıştır. O tarihte bu işlemle ilgili Londra gazetelerinde ‘suni böbrek icat edildi’ haberi manşetlerde yer almış, sonraki tarihlerde aynı işlem insanlara da uygulanmaya başlanmıştır. O dönemlerde bu işlem akut böbrek yetmezliğindeki hastalara uygulanmıştır. Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarında kalıcı damar girişim yolunun bulunmaması nedeniyle uygulanamamıştır. Bir hastaya yaklaşık on günde bir 16-18 saatlik diyaliz yapılıyordu. Hastalarda üremik belirtiler (bulantı, kusma, nefes darlığı) dayanılmaz olduğunda tekrar diyalize alınıyorlardı. On günde bir yapılan hemodiyaliz uygulaması, hastaların hayat kaliteleri için yetersiz bulunmuştur. Kalp yetmezliği ve akciğer ödeme sıklıkla rastlanılmıştır. Üremik belirtilerin sürekli tedavi gerektirmesi ve sürekli tedavinin yapılamaması ölüm oranının çok yükselmesine sebep oluyordu (www.turkmeddiyaliz.com.tr, Son Erişim Tarihi:24.09.2016).

İlk hemodiyaliz makinesi, 'rotatingdrum' (dönen varil) 1944 yılında Kolff tarafından yapıldı. Daha sonraları da bu makine geliştirilerek günümüzdeki modellerine ulaşılmıştır. Sürekli tedavinin yapılabilmesi için 1960 yılında NewyorkBronx' da bir hastanede ilk çoklu damar giriş yolunu sağlayacak arteriyovenöz fistül yapıldı. Bundan 6 yıl sonra Washington' da cilt altına yapılan fistül hala günümüzde de kullanılmaktadır. Böylece haftada 3 kez 4 saatlik hemodiyaliz tedavisi rutin uygulanmaya başlanmıştır (www.turkmeddiyaliz.com.tr, 24.09.2016).

Türkiye Nefroloji ve Hemodiyaliz tarihi 1960'lı yıllara dayanmaktadır. 1961 yılı sonunda, dünyada ilk kez Hemodiyaliz uygulayan doktor olan Dr. Kolff tarafından geliştirilen ve Kore'de denenilen hemodiyaliz cihazı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından ithal edilerek, 1962 yılı Haziran ayında Türkiye'de ilk kez bir SDBY hastasına uygulanmıştır. 1950'li yıllarda Nefroloji dalında yaşanan gelişmeler kendini göstermeye başlarken 1960'lı yıllarda ise gelişmeler ivme kazanmış, ayrı bir bilim dalı olarak kabul görmeyen Nefroloji giderek kimlik kazanmaya başlamıştır. 1980'li yıllara kadar münferit uygulamalar şeklinde giden Diyaliz ve Transplantasyon işlemleri merkezler oluşturularak devam etmeye başlamıştır. 1982'de çıkan yönetmelikle Nefroloji bilim dalı olarak kabul edilmiştir,1990 yıllarında hızla gelişmiştir. Son yıllarda Hemodiyaliz merkezlerinin sayısında da ciddi artış olmuştur (www.turkmeddiyaliz.com/24.09.2016).

Diyalizin Klinik Endikasyonları:

- Akut böbrek yetmezliği
- Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmelerde
- Kronik böbrek yetmezliği
- Aşırı ve tedaviye dirençli ödem
- Kan üresinin 250-300 mg'den fazla olması
- İleri derecede sıvı – sodyum dengesizliği
- Hiperpotasemi (serum potasyumunun 6.5-7 mEq/L ve üzerinde olması)

- Metabolikasidoz (plazma bikarbonat 15 mEq/L ve kan pH'sı 7.15'den düşük olması)
- Kan üresinin günde 100 mg veya kan potasyumunun günde 1 mEq/L'den fazla yükseldiği durumlar

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda tedaviler;periton diyalizi hemodiyaliz, renal transplantasyon olmak üzere üçe ayrılır (Arık,2001). SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler (Türkmen, 2002).

Uygulanacak olan diyalizin çeşidi, tedavinin süresi ve sıklığı ile kullanılan teknolojinin seçimi her hastanın bireysel ve tıbbi özelliklerine, bulunduğu ortama, belli bir çeşide psikolojik olarak hazır olmasına, merkezin olanaklarına, nefrologların tavsiyesine ve hastanın seçimine göre belirlenir (www.ey.com, Son Erişim Tarihi: 28.09.2016).

2.2.1.Periton diyalizi

SDBY olan hastalarda doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan, böbrek fonksiyonlarının yerine koyulması düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir (Sorkin,1994). Peritonun kullanılması nedeniyle bu ismi alan periton diyalizi normal böbreğin bazı işlevlerinin taklit edildiği bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemde periton boşluğu, periton zarı ve diyalizatlar kullanılır. Periton zarı, vücutta biriken toksik maddeleri filtre eden yarı geçirgen zar işlevini görür (Aydın, 2000).

İlk periton diyalizi uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir (Akpolat ve Utaş, 2001). Periton diyalizi genel olarak günde dört kez uygulanır. Periton diyaliz hastaları için altı farklı periton diyaliz yöntemi vardır. Hastaların periton diyaliz yöntemi seçilirken hem hastanın sosyal şartlarına

uygunluğu hem de en fazla yarar sağlayabileceği yöntem değerlendirilir (Türkmen, 2002; Saltürk, 2006).

Periton Diyalizi'nin avantajları arasında aşağıda sıralayacağımız maddeler yer almaktadır:

- Kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik
- Çocuklar, yaşlılar, diyabetik hastalar gibi damar problemi bulunan hastalarda kolay uygulanabilmesi
- Tedavi hastanın kendisi tarafından uygulandığı için hasta kendini daha iyi hisseder.
- Çocuk ve anneyi hastane dışında tutmanın getirdiği sosyal avantajlar
- Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi
- Daha iyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması
- Kalp ve damar sistemine yüklenme çok az olduğundan özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda tercih edilebilmesi
- Böbrek fonksiyonlarının daha iyi korunması
- Devamlı kan sulandırıcıya gereksinim duyulmaması
- Aneminin görölme oranının ve derinliğinin daha az olması
- Hepatit (Sarılık) bulaşma riskinin az olması
- Daha az ilaç kullanımı
- Daha serbest diyet ve sıvı alımı
- En önemlisi de bir diyaliz merkezine bağlılık gerekmemektedir (Aydın, 2000 ve Türkmen, 2002).

Periton Diyalizi'nin dezavantajlarına baktığımızda ise;

- Yetersiz diyaliz riski
- Her gün uygulama istemesi
- Enfeksiyon riski
- Özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlık.
- Protein kaybı ve malnütrisyon

- Katater yerleştirilmesi için cerrahi girişime gerek duyulması
- Katater yerleştirilmesine bağlı beden imajı problemi olmasıdır (Aydın, 2000; Türkmen, 2002).

2.2.2. Transplantasyon

Son 50 yılda organ nakli deneysel olmaktan çıkarak böbrek transplantasyonu sık uygulanır hale gelmiştir (Yatkın,2009). Renal transplantasyon, son yıllarda bağışıklık sisteminin baskılanmasındaki tedavide, enfeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmelerle son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en çok tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline gelmiştir. Böbrek transplantasyonu hasta bireylerin yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktadır. Böbrek transplantasyonu ile bir yıllık hasta yaşamı %90-98, beş yıllık hasta yaşamı ise %80-90 civarındadır. Böbrek transplantasyonu canlı veya kadavra vericiden yapılabilir. Renal transplantasyon ile bir yıllık yaşam canlı vericide %70-95 ve kadavra vericide %50-80'dir. Beş yıllık yaşam canlı vericide %60-90 ve kadavra vericide %40-60'dır. İnsan dışında bir canlıdan transplantasyon şu anda mümkün olmamakla birlikte çalışmalar ümit vericidir. Ülkemizde yapılan renal transplantasyonda vericilerin yaklaşık %20-30'u kadavra iken bu oran Batı ülkelerinde yaklaşık %80'dir (www.tsn.org.tr/, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

1954'de Boston'da Peter Bent Brigham Hastanesi'nde Joseph E. Murray dünyada ilk başarılı organ naklini kadavradan böbrek nakli yaparak gerçekleştirmiştir. Türkiye'de ise ilk defa 1975 yılında Dr. Haberal ve ekibi tarafından canlıdan canlıya böbrek nakli yapılmıştır. Sonraki yıllarda organ nakliyle ilgili yapılan kanuni düzenlemeler organ transplantasyon cerrahisinin artışında ve başarısındaki en önemli etkenlerden biri olmuştur. Ülkemizde ilk yasal düzenleme 1979'da yapılmış, bu yasanın yürürlüğe girmesinden bir ay sonra ise Dr. Haberal ve ekibi ilk kadavradan nakli gerçekleştirmiştir. Bu yasa 2000 yılında "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" ile güncelleştirilmiş ve bu bağlamda Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi kurulmuştur (Genç, 2009).

Organ nakilleri daha çok canlı vericiden yapılmaktadır. Organ bağışının yetersiz kalması, diyalizin pahalı ve yaşam süresini kısaltan bir tedavi yöntemi olması gibi faktörler nedeniyle canlı vericiden yapılan organ nakilleri daha fazladır. Ülkemizdeki organ bağışı yetersiz kalmaktadır. Transplantasyonda en çok da akrabalarından organ nakli yapılmaktadır (Bilgin vd.,1996).

Birinci veya ikinci dereceden akrabalar canlı verici olabilir; tam doku uygunluğu olan kardeşler tercih edilir ama doku uygunluğu tam olmayanlar da verici olabilir. Transplantasyonda etik ve yasal sorunlar nedeniyle akraba dışındaki canlı vericiler kabul edilmemektedir (www.tsn.org.tr, Son Erişim Tarihi:30.09.2016).

Çoğu araştırmacıya göre organ nakli; daha iyi bir iyi iyileştirme sağlar, hastaları doyurucu ve üretken bir hayata döndürür, ruhsal yönden olumlu etkiler yaratarak hastaların hayat kalitesini yükseltir (Yatkın, 2009).

2.2.3.Hemodiyaliz

Hemodiyaliz vücutta biriken metabolik atıkların uzaklaştırılmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Hastadan alınan kan, bir kan sulandırıcı ile vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir zardan geçirilip sıvı solüt içeriği yeniden düzenlenerek hastaya geri verilir. Bu işlemin gerçekleştirilmesi için yeterli kan akımına ihtiyaç vardır. Bu kan akımının yeterliliğinin sağlanması için kalıcı veya geçişi bir damar giriş yolu gereklidir. Her hemodiyaliz hastası ortalama olarak haftada üç kez, günde en az dört saat diyalize girmesi gerekmektedir (Saltürk, 2006).

Deneysel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında nefrektomize köpekler üzerinde yapılırken insanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından yapılmıştır (Akpolat ve Utaş, 2001). Hemodiyaliz tedavisinin başlangıcı, II. Dünya Savaşı yıllarında Almanya'nın Hollanda' yı işgal ettiği dönemlere dayanmaktadır. 1943 yılında Wilhelm J. Kolff, ilk pratik yapay diyaliz makinesini geliştirmiştir. Akut böbrek yetmezlik tablosunda olan

bir hastaya 12 seans hemodiyaliz tedavisi uygulanmış ama hasta kaybedilmiştir (Uludağ, 2006).

Wilhelm Koff tarafından ilk hemodiyaliz uygulaması başlangıçta Akut Böbrek Yetmezliği tedavisinde, 1960'lardan itibaren de giderek KBY bulunan hastalarda uygulanmaya başlandı. Hemodiyaliz son yıllardaki gelişmelerle bugün dünyada en yaygın uygulanan renal replasman modelini oluşturmaktadır. Kronik Böbrek Yetmezliği medikal tedavisinde yeni ilaçların bulunması, kullanılması ve geliştirilmesi ile damar erişim yolu yaratmada sağlanan başarılar da bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesinin artmasına katkıda bulunmuştur (Aydın ve Türkmen, 2002).

Otuz- kırk yıl önce, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar kısa süre içinde kaybedilirken diyalizde kaydedilen gelişmeler sonucunda hastaların önce yaşam süresi uzamış, sonrasında da hayat kalitesi yükselmiştir (Akpolat ve Utaş, 2001). Diyalizin ilk yıllarında uzun süreli hemodiyaliz uygulanmış, 1980'lerin sonuna doğru diyaliz süresinin kısaltılması (dört - altı saatlik diyaliz tedavileri) yaygınlaşırken, 1990'lı yıllardan sonra da dört saatlik diyaliz uygulamaları yaygınlaşmıştır (www.türkmed.com, Son Erişim Tarihi:30.09.2016).

Hemodiyaliz özel merkezler, hastaneler veya kliniklerde (ayakta tedavi şeklinde hemodiyaliz), hemodiyaliz üzerinde uzmanlaşmış hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Son zamanlarda, ev hemodiyalizi ile hasta evinde de diyaliz uygulaması yapmaya başlamıştır (www.ey.com/, Son Erişim Tarihi:30.09.2016).

Hemodiyalizin Avantajları;

- Hastaneye yatma gereksinimi daha az olur.
- Artık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırılır.
- Diyaliz uygulamasının yapıldığı yerlerde hastaların diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlar.

- Kötü beslenme ile daha az karşılaşılır.
- Her gün değil, haftada iki veya üç kez uygulanır.
- Karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaz.
- Hemodiyalizin Dezavantajları;
- Geçici veya kalıcı damar yolu için küçük cerrahi bir girişim gerekmektedir.
- Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir.
- Tedavi sırasında iğneler kullanılmaktadır.
- Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlanmalar vardır.
- Hemodiyalizin sık görülen komplikasyonları; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme ve ateştir (Zawada, 2003).

Bu komplikasyonların hepsi her hastada görülme de çoğunda bir ya da birkaçı görülmektedir. Haftada üç gün diyalize gelen hastaların kimi zaman tansiyonları düşer, bulantı kusmaları başlar, el ve ayaklarına kramplar girer. Zaman kaşıntıları zaman ateşleri olur. Sonuç itibariyle her seansta bunların bir ya da bir kaçına maruz kalmaları onların hayat kalitelerini de etkiler. Diyaliz salonlarında birden fazla hasta aynı anda diyalize girmektedir. Birine olan olumsuz bir işlem öteki hastaları da etkilemektedir. Hayattan aldıkları verimde düşüklüğe de yol açar. Sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenirler.

2.3. Kronik böbrek hastaları hakkında bazı sayısal veriler

Dünyada her yıl bir milyon kişiden 50-250'si son dönem böbrek yetmezliğine girmektedir (Vural, 2002). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl bir milyon kişiden 100-150'sinde kronik böbrek yetmezliği gelişmektedir (Selamet, 2005).

SDBY dünya genelinde oldukça yaygın bir patolojiye sahip olmakla birlikte vaka oranları da uluslararası düzeyde benzer bir gidişat göstermektedir. 2011'da en yüksek oranlar milyonda 362, 361 ve 295 yeni vaka ile ABD, Tayvan ve Japonya'da gözlemlendi. En düşük oranlar ise milyonda 32 ve 43 yeni vaka ile Bangladeş ve Rusya'da gözlemlendi. Türkiye 2011'da milyonda 238 yeni vaka ile Avrupa ülkeleri arasında en yüksek vaka oranına sahip ülke oldu, onu milyonda 226 yeni vaka ile Portekiz takip etti (www.ey.com, Son Erişim Tarihi:30.09.2016).

Fresenius Medical Care (FMC) diyaliz hizmetlerinde dünyanın öncü markasıdır. FMC Türkiye Başkan Yardımcısı Aşkın Korkusuz'un verdiği ifadeye göre,dünya genelinde yaklaşık 2,5 milyon kronik böbrek hastası var. 2011 verilerine göre ABD'de 420 bin, Japonya'da 302 bin, Brezilya'da 106 bin, Almanya'da 83 bin, Türkiye'de 60 bin diyaliz hastası bulunmaktadır. Aşkın Korkusuz, her bir milyon kişiden ABD'de 1340, Japonya'da 2370, Brezilya'da 520, Almanya'da 1020, Türkiye'de ise 795 kişinin böbrek yetmezliğinde olduğunu, dünya ortalamasının ise bir milyonda 310 olduğunu söylüyor. Türkiye'de 60 bin diyaliz tedavisi gören hasta sayısının yaşam koşulları ve beslenme alışkanlıklarımız nedeniyle 10 yıl içinde ikiye katlanacağını tahmin edildiğini de ilave etmektedir. Böbrek nakli ve diyaliz tedavilerine ayrılan bütçenin küresel düzeydeki maliyetinin 1 milyar doları aştığını, ülkemizde ise genel sağlık giderlerinin %5'inden fazlasını oluşturduğunu ekliyor. Dünya'da ve ülkemizde kronik böbrek hastalarının sayısı giderek arttığını, dünyada böbrek yetmezliğinin artış oranının yaklaşık %6-7 oranında seyrettiğini, Avrupa'da bu oranın %2-3, ABD'de ise %4 seviyelerinde olduğunu,tüm dünyadaki kronik böbrek yetmezliği hastaların %89'unun hemodiyaliz, %11'inin de periton diyalizi tedavisi uyguladığını ifade ediyor (www.haberler.com, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Türkiye'de genel yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15,7 dur. Kısacası yaklaşık yetişkin altı kişiden birisinde KBH vardır. Bu sonuçların neticesinde KBH'nın Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu söyleyebilmekteyiz. Türkiye'de KBH'nın oluşumunda, kadın cinsiyet, ilerleyen yaş, bazı coğrafik

bölgelerde ikamet etme (Marmara ve Güneydoğu Anadolu), kırsal yerleşim, hipertansiyon varlığı, Diabetes Mellitus varlığı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (www.turkhipertansiyon.org /11.09.2016).

Ülkemizde 18 Ocak 2014 tarihli Sağlık Bakanlığı verilerine göre 851 diyaliz merkezinde, 56088 hastaya diyaliz hizmeti verilmektedir. Bunlardan 24877'si kadın, 31211'i erkektir. 52341 kişi hemodiyalizi tercih ederken 3577 kişi de periton diyalizini tercih etmektedir. 170 kişi de hemodiyaliz ve periton diyalizi arasında geçiş yapmak üzere olan hastalardır. 21067 kişi de böbrek nakli için bekleme listesindedir (http://organ.saglik.gov.tr, 13.09.2016).

Dünyada diyaliz tedavisinin uygulanmasında hemodiyaliz %90'ın üzerinde bir kullanım oranıyla başı çekerken hastaların %10'undan daha azı periton diyalizi tedavisi almaktadır. Periton diyalizini sadece %78 oranıyla Hong Kong ve %59 oranıyla Meksika en çok kullanmaktadır. Bu istisna nedeni tarihsel, siyasi ve eğitimsel sebeplere dayandırılabilir (www.ey.com, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Dünya genelinde gerçekleştirilen yıllık böbrek nakli, Malezya, Filipinler, Bosna Hersek, Bulgaristan ve Rusya gibi ülkelerde yıllık böbrek nakli sayısı nüfusa göre milyonda 10'dan azdır. Buna kıyasla, Fransa ve Belçika'da bu oran milyonda 40'ın üzerindedir. Türkiye'de 2011'de yapılan böbrek nakli sayısı milyonda 39,4 idi, bu da Avrupa ortalamasının (yaklaşık milyonda 36) üzerinde bir tablodur. En yüksek oranlar milyonda 50'nin üzerinde böbrek nakliyle ABD ve İspanya'da bulunmaktadır (www.ey.com, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

2.4. Kronik böbrek hastalarının hayat kalitesini etkileyen faktörler

Doğurganlığın azalması, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, beklenen yaşam süresinin azalması, yaşam koşullarının değişmesi gibi nedenlerden dolayı toplumlardaki yaşlı nüfus artmıştır. 2025 yılına kadar 60 yaş ve üzeri nüfusun yapılan projeksiyonlara göre yaklaşık olarak 1,2 milyar olması tahmin edilmektedir.

Toplumlar yaşlandıkça hastalık örüntüleri değişmiş, kronik ve dejeneratif hastalıklar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar artmıştır. 2001 yılında toplamda 56,5 milyon ölümün yaklaşık %59'unun, küresel hastalık yükünün ise %46'sının kronik hastalıklar sebebiyle olduğu bildirilmiştir. Bu hastalıklar, sakatlıklara neden olmakla birlikte hayat kalitesinin azalmasına, tıbbi ve sosyal hizmetler yükünün de artmasına neden olmaktadır (Mollaoğlu, 2007).

Sağlıkla ilgili hayat kalitesi, kronik hastalıklara sahip olan hastalar üzerindeki etkilerinin gösterilmesi veya ölçülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda, kronik hastalıkların, hastaların sağlığını, bağımsızlığını, yaşamları üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetlerini, sosyal statü ve rollerini, kendilerine olan güveni, geleceklerini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan birey sadece hastalığının semptomlarını hafifletmeye çalışmaz, hastalığının ve tedavinin neden olduğu sorunlara rağmen normal hayatını devam ettirmeye çalışır. Çoğu hasta günlük yaşamını herkes gibi sürdürmede zorluk yaşar. Kronik bir hastalığa sahip olmak fiziksel sınırlılıklarının yanında bireyin sosyal yaşamını, eğitimini, mesleki yaşantısını, iş bulma olanağını ve ulaşım gibi aktivitelerinin de kısıtlanmasına neden olmaktadır. Kronik bir yük olarak bu hastalıkların incelenmesinde, fiziksel, sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlarında irdelenmesi gerekir (Mollaoğlu, 2007).

Kronik hastalıklara sahip bireylerin sadece yaşamları değil dolayısıyla hayat kaliteleri de olumsuz etkilenir. Kronik hastalığın adı ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yaşadığı güçlük veya güçsüzlük, hastalığına ait semptomları, hastaların fiziksel hallerinde bozulmalara ve hayat kalitelerinde olumsuz etkilere yol açar. Kronik böbrek yetmezliği yaşamı tehdit eder. İş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açar, hemen hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkiler. Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Diyalize giren hastalarda çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı

psiko-sosyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte ve hastalık sürecini, tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşamlarında önemli değişiklikler meydana gelir. Hasta diyaliz makinesine, diyaliz uygulamasının yapıldığı kuruma ve diyaliz işlemi uygulayan sağlık personeline zaman içerisinde bağlanır. Haftanın belirli gün ve saatlerinde diyaliz uygulaması için kuruma gitme ve diyaliz makinesine bağlanma zorunluluğu vardır. Bu bağımlılık zamanla hastanın aile, iş, sosyal yaşantısında aksaklıklar meydana getirirken hastanın hayat kalitesi de olumsuz etkilenir. Ayrıca Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda çeşitli ruhsal anksiyete, umutsuzluk, depresyon, uyku ve uyum bozukluğu gibi ruhsal sağlık sorunları da görülmektedir. Bu sorunlar hastaların hayat kalitesini bozmanın yanında kötüleştirmektedir. İnsanların sağlık ile ilgili durumlarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum almaları bozulabilir (Karadeniz ve Üstün, 2006).

Kronik Böbrek Yetmezliği hastanın sağlığının bozulmasının yanında, tedavisinde de tıbbi kurumlara bağımlılığı gerektirmektedir. Hemodiyaliz, en yaygın tedavi yöntemidir. Hastaların bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması hem hastanın uyumunda hem de hastanın yaşamında değişiklikler yaratır. Hastanın hayat kalitesindeki değişiklik hastanın hastalık algısındaki çeşitlilik ile paralellik göstermektedir. Bu çeşitliliği etkileyen etmenlerden hastalığa ait özellikler arasında hastalığın evresi, hastalığın şiddeti, hastalığın getirdiği fiziksel bozukluklar gelirken kişiye ait özellikler de kişilik özellikleri ve başa çıkma yetileri, sosyal özelliklerde de destek sistemleri yer almaktadır (Özgür vd., 2003).

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) olan hastalarda hipertansiyondan sonra en sık eşlik eden ikinci hastalık depresyondur. Genel olarak hemodiyaliz hastalarının %20-30'un da depresyon,%10-40'ında anksiyete bozukluğu vardır (Sağduyu ve Özdemir, 2009).

Ayrıca ciddi tıbbi hastalıkların, beden algısını, benlik saygısını, kimlik duygusunu, iş, sosyal, ailevi ve evlilik ilişkisini etkileyen güçlü stresörler oluşturması

da olasıdır. Fiziksel herhangi bir hastalık, depresif duygu durumu giden uyum bozukluğunun, kronik fiziksel hastalık ise kronik depresyonun güçlü belirleyicisidir. Umutsuzluk ve iç sıkıntısı, diyaliz hastalarında depresyonun en belirgin özelliğidir. Diyalizde değişen sağlık durumu ve tedavinin rutin olmayışı da umutsuzluğun artarak depresyonu tetiklemesinde etken olduğu düşünülmektedir. Anksiyete ve depresif belirtiler arttıkça hastaların hayat kalitesi düşerken hayat kalitesinin kronik böbrek hastalarında mortalite ve morbiditeyi belirleyen önemli bir faktör olduğu göz önüne alındığında hastalığın yalnızca son evresinde değil, tüm evrelerinde depresyon tedavisinin önemi ortaya çıkmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının son dönem böbrek yetmezliğine geçmeden önce psiko eğitim alması, psikiyatrik açıdan muayeneden geçmesi ve gerek görüldüğünde tedavi edilerek baş etme yetilerinin geliştirilmesi, psiko sosyal açıdan uyumlarını kolaylaştıracaktır. Bunun sonucunda hayat kalitesi artar, tedaviye uyum kolaylaşarak mortalite ve morbidite oranları da düşecektir (Dadalı, 2009).

Hemodiyaliz tedavisiyle birlikte hastanın hayat kalitesinde bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Öncelikle hastalarda yorgunlukta artma, güçsüzlük, yorgunluk ve güçsüzlüğün yarattığı bunun yitimler ön planda görülmektedir (Klang ve Clyne, 1997). Kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık algısında bozulma (Marcus vd., 1997), uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlükleri görülmektedir (Meyer,1994). Ayrıca anksiyete ve depresyon gibi, daha çok ruhsal sorunlar görülmektedir (Gudex,1995).

Diyaliz, hastaların normal hayat düzenini önemli ölçüde bozan bir tedavi şeklidir. Diyaliz hastaları birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalırlar. Diyaliz hastalarında stres yaratan nedenlerin sıralamasında, diyaliz işleminin kendisi, ilaç ve diyet tedavisi, bir makineye bağımlılık, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, sık hastalanma, hizmete erişememek, diyaliz merkezinin konforu, sağlık personeli yer almaktadır.Yapılan çalışmalar diyaliz tedavisinin ilk yıllarında %70 oranında psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyulduğunu, zaman ilerledikçe adaptasyonun

sağlanmasıyla bu oranın %30'lara düştüğünü göstermektedir. Bu hastalarda sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar depresyon, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, cinsel fonksiyon bozukluğu ve rehabilitasyondaki zorluklardır. Bütün bu olumsuzluklara rağmen diyaliz hizmeti veren merkezler son teknoloji makinelerle ve eğitimli personellerle hizmet vermektedirler. Verilen hizmetin başarı ölçütü şüphesiz hastaların memnuniyetidir. Diyaliz hizmetlerinde hasta memnuniyeti önemli bir yer tutmaktadır. Hasta memnuniyeti hem hastaların tedaviye uyumunu, hem de diyaliz hizmetlerinden yararlanma düzeylerini yansıtan bir göstergedir. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (Williams, 1994). Hasta memnuniyeti de hizmetten umulan fayda, algılanan performans, geçmiş deneyimler, hizmet sunumunun hastanın kültürüne, eğitim düzeyine, yaşam tarzına, zevk ve alışkanlıklarına, sosyal sınıf ve statüsüne, önyargılarına uygunluğu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (www.seydisehirddh.gov.tr/kalite/m5.pdf, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

2.5. Türkiye’de diyaliz Merkezleri’nin kuruluşu ve gelişimi

Dünyada diyaliz alanında yapılan ilk çalışma ve görüşlerin 1854 yılından önce ortaya çıkmasına rağmen, 1950 yılına kadar pratik bir tedavi yöntemi olarak kullanılmamıştır. Ülkemizde Türk Nefrolojisinin tarihinin 1950’li yıllara dayandığını görmekteyiz. Nefroloji alanı ile ilgili ilk kitap Prof. Dr. Cavit Sökmen’in 1951 yılında yazdığı ve 1961 yılında ikinci baskısı yapılan “Dâhili Böbrek Hastalıkları” isimli kitabıdır (San, 2001).

1963 yılında Ankara-Ulus meydanında düşen uçak olayından sonra Hemodiyaliz kelimesi ilk kez gündeme gelmiştir. Ülkemizde Nefroloji diye bir bilim dalı yoktur ve böbrek hastalıkları İç Hastalıklarının içinde tedavi edilmektedir. O zamanki basında, diyaliz konusu üzerinde çok durulmuş ve bazı hocalar diyaliz makinesi olmaması yüzünden hastaların tedavilerinin yapılamadığını söylemişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü, uçak kazasında yananların tedavisinde kullanılmak üzere üç hemodiyaliz cihazı hibe etmiş, bu cihazlardan biri Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi'nde, bir tanesi de Hacettepe Tıp Fakültesi'nde diğeri de Ankara Hastanesi'ndedir. Aslında ülkemizdeki ilk hemodiyaliz çalışmalarının, bu uçak kazasından önce, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği bünyesinde yapıldığı “Ülkemizde Düünden Bugüne Diyaliz Kitabı'ndan (1998)” anlaşılmaktadır (San, 2001).

1961 yılının sonunda, Dr. Kolff tarafından geliştirilen ve Kore'de denenilen, Travenol firması tarafından imal edilen hemodiyaliz cihazı Ankara Tıp Fakültesi tarafından ithal edilmiştir. 1962 yılı haziran ayında ilk kez bir hastaya hemodiyaliz işlemi uygulanmıştır. O yıllarda hemodiyaliz için ayrılmış ne bir yer, ne de hemşire dâhil yardımcı sağlık personeli vardı. Ekip elemanları, bu görevlerini diğere görevlerini tamamladıktan sonra, mesai dışı saatlerde yaparlardı. Hastanın diyalize alınması altı - sekiz saat, diyaliz süresi, aletin temizlenmesi ve ekibin eve ulaşması gece yarısını bulurdu (San, 2001).

Daha sonraki yıllarda hemodiyaliz çalışmaları sırasıyla İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleşmiştir. GATA'da yapılan ilk Hemodiyaliz uygulaması, 1972 yılında Prof. Dr. Müştak ÖZÜER tarafından başlamıştır. Hacettepe, diyaliz uygulamalarının öncüleri arasında yer alan bir kurumdur. 1964-65 yıllarında, aralıklı olarak periton diyalizi uygulaması, 1974 yılı Ocak ayında da Hemodiyaliz Bölümü açılmıştır. 1960'lı yıllarının sonu ve 1970'li yılların başından itibaren de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde hemodiyaliz uygulaması başlamıştır (San, 2001).

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bölümü Prof. Dr. Aydoğan ÖBEK tarafından 1975 yılında kuruldu. İlk hemodiyaliz uygulaması 28.11.1975'te Dr. Mustafa YURTKURAN tarafından yapılırken 1980 yılında I.Ulusal Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Prof. Dr. Aydoğan ÖBEK başkanlığında yapılmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde ilk hemodiyaliz

uygulaması 1975 yılında Doç. Dr. Selahattin Çetin tarafından yapılmıştır. 1972-1976 yılları arasında Merhum Dr. KOBAL Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve yanı sıra Nefroloji Bilim Dalı'nı kurarak 9.7.1976 yılında da Hemodiyaliz Ünitesini açmıştır. Prof. Dr. Müştak ÖZÜER 1976 yılında Özel Çankaya Hastanesi'nde, üç Travenol makine ile Türkiye'de ilk özel hemodiyaliz merkezini açmıştır. Samatya SSK Hastanesi'nde 1978 yılında sekiz adet Travenol RSP ve Dr. Metin ERMAN, Dr. Ferdane KUTLAR, Dr. Fatma KARAKULLUKÇU tarafından oluşan bir ekiple hemodiyaliz merkezi açılmıştır (San, 2001).

İzmir SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi 20.7.1980 tarihinde Dr. Ferruh Üstün tarafından kurulmuştur. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi vatandaşların bağışlarıyla Ankara Bahçelievler'de 15 Mart 1982'de beş adet eski tip hemodiyaliz makinesi ile açılmıştır. Ülkemizde diğer diyaliz merkezlerin kurulmasında da Prof. Dr. Mehmet HABERAL'IN çok büyük katkıları olmuş ve Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde özel şubelerini açmıştır. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodiyaliz Ünitesi, 1980'de, Pediatrik Nefrolog Doç. Dr. Enver HASANOĞLU tarafından, Kayseri'li hayırsever işadamı Lütfi ÖZDEN'İN bağışladığı üç hemodiyaliz makinesi (Travenol) ile Kayseri Devlet Hastanesi'nde hizmet veren, Tıp Fakültesi Hastanesi'nin İç Hastalıkları Servisi içinde yer alan bir odada açılmıştır (San, 2001).

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 1980 yılında Samsun'un zenginlerinden birisinin aldığı fakat çalıştıramadığı Travenol marka bir adet diyaliz cihazı bağışlanmış ancak 1982 yılı ortalarında hemodiyalize başlanmıştır. 1984 yılında Cumhuriyet Üniversitesinde iki adet hemodiyaliz makinesi ile diyalize başlanırken aynı yıl Selçuk Üniversitesine yurt dışından hemşerileri tarafından bağış yapılan iki adet hemodiyaliz cihazı ile ancak 1985 yılında faaliyete geçirilebilmiştir (San, 2001).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde hemodiyaliz uygulamaları, Prof. Dr. Müştak ÖZÜER'İN kişisel çabaları ile 1986 yılı Kasım ayından itibaren başlarken Osman Gazi Üniversitesi Hemodiyaliz Ünitesi 1985 yılı Temmuz ayında Anadolu Üniversitesi Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına bağlı olarak açılmıştır. 1988 yılında İzmir'de sadece Ege Üniversitesi Hastanesi'nde, bir özel hastanede ve belki SSK hastanelerinden birinde hemodiyaliz ünitesi vardı. Dokuz Eylül Üniversitesi 1991 yılında, hemodiyaliz merkezine kavuştu. Tarihi gelişmeler içinde Marmara Üniversitesi (1987), Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (1991), Trakya Üniversitesi (1995), Yüzüncü Yıl Üniversitesi (1997), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi (1999) hemodiyaliz uygulamasına başlamıştır (San, 2001).

Türk Nefrolojisi, 2000 yıllara geldiğinde büyük mesafeler kat etmiştir. 1950'li yıllarda başlayan kıpırdamalar, 1960'lı yıllarda artmıştır. 1970'li yıllarda Nefroloji yavaş yavaş hüviyet kazanmıştır. 1980'li yıllara kadar tek uygulamalar şeklinde giden diyaliz ve transplantasyon işlemleri merkezler oluşturarak devam etmeye başlamıştır. 1982 yılında çıkan yönetmenlikle artık Nefroloji bir bilim dalı olarak kabul görmüştür. Gerçek hızlanma 1990 yıllarda olmuştur. Sağlık Bakanlığı Şubat 2001 yılı verilerine göre Sağlık Bakanlığına bağlı 165, Üniversiteye bağlı 27, SSK 'ya bağlı 29, diğer kamuya bağlı dört ve özelde 123 diyaliz merkezi ile toplamda 348 adet diyaliz merkezi bulunmaktadır. Bu sayı 1997 yılında 234 idi. 2001 yılında toplamda 18063 kişi diyalize girmektedir (San, 2001).

Tablo 4'de de görüleceği gibi Ülkemizde 18 Ocak 2014 tarihli Sağlık Bakanlığı verilerine göre 851 diyaliz merkezinde, 56088 hastaya diyaliz hizmeti verilmektedir. Bunlardan 24877'si kadın, 31211'i erkektir. 52341 kişi hemodiyalizi tercih ederken 3577 kişi de periton diyalizini tercih etmektedir. 170 kişi de hemodiyaliz ve periton diyalizi arasında geçiş yapmak üzere olan hastalardır. 21067 kişi de böbrek nakli için bekleme listesindedir (<http://organ.saglik.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Tablo 4: Türkiye’de Kamu ve Özele Ait Bulunan Diyaliz Merkezleri

Kurum Adı	Merkez		Cihaz		Hasta Sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	428	50,29	4428	29,39	14971	26,69
Özel	364	42,78	9534	63,29	36576	65,21
Üniversite	59	6,93	1102	7,32	4541	8,10
Diğer	1	0,12	6	0,04	0	0,00
TOPLAM	851	100	15094	100	56088	100

Kaynak: www.organ.saglik.gov.tr./web./(18.09.2016)

2.5.1 Diyaliz merkezlerinin kuruluş şartları

Bir diyaliz merkezinin açılması, faaliyetini sürdürmesi her zaman Sağlık Bakanlığı’nın Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince sürdürülür. Bu yönetmelik gereğince diyaliz ünitelerinin düzenli kontrolleri yapılır. Böylece hasta ve çalışan memnuniyeti de gerekli şartların sağlanması aracılığıyla yerine getirilir.

Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğinin amacı; akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavilerini diyaliz yoluyla devam ettirmede, böbrek nakline hazırlanmalarında ve gerekli diğer tıbbî durumlarda diyaliz yöntemlerini uygulayacak merkezlerin, planlamalarına, açılmalarına, faaliyetlerine, denetlenmelerine, merkezde ve merkezin denetiminde görev alacak sağlık personelinin eğitimi ve sertifikalandırılmasına ilişkin esas ve usulleri belirlemektir. Bu Yönetmelik; üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk

tüzel kişileri tarafından diyaliz hizmeti sunmak amacı ile açılan tesisler ve diyaliz hizmeti ile ilgili faaliyetleri kapsar (<http://www.sb.gov.tr/> 2.10.2016)

Diyaliz Merkezleri, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, sadece diyaliz uygulamak amacıyla ayrı bir merkez olarak kurulabileceği gibi, bunlara ait olan; hastane ve tıp merkezleri bünyesinde ayrı bir bölüm olarak da kurulabilir. Merkez açılacak ilin demografik yapısı, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların bölgesel dağılımı, kurulu tüm cihazlar ve diğer epidemiyolojik özellikleri dikkate alınarak, ülke genelinde planlama yapılır. Bu planlamada, kaynakların etkin kullanımına ve atıl kapasiteye yol açılmamasına dikkat edilir. Diyaliz hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından Bakanlıkça iller bir veya birden fazla bölge olarak belirlenerek ilan edilir. Bakanlıkça diyaliz hizmet bölgeleri iki yılda bir kasım ve aralık ayında yeniden gözden geçirilir. Bu gözden geçirmelerde, bölgelendirme ile ilgili değişiklik önerileri altı ay öncesinden müdürlükten alınır. Değişiklik talepleri Diyaliz Bilimsel Danışma Komisyonu görüşü de alınarak Bakanlıkça değerlendirilir. Bu süre içerisinde il bazında öngörülme yen ihtiyaç doğması durumunda kurulacak komisyonlar tarafından valilik aracılığı ile Bakanlığa gerekçeleri ile birlikte ihtiyaç bildirilir ([http://www.saglik.gov.tr,](http://www.saglik.gov.tr/) Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Değerlendirme sonucu bölgelendirmede yapılacak değişiklikler Bakanlık internet sitesinde ilan edilir. Bakanlıkça, her yıl Kasım ve Aralık ayında bir sonraki yılın planlaması yapılarak ülke genelinde yeni merkez açılmasına ihtiyaç duyulan hizmet bölgeleri ve ihtiyaç kapasitesi belirlenerek Bakanlık internet sitesinde ilan edilir ([http://www.sb.gov.tr,](http://www.sb.gov.tr/) Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Bir bölgede yeni bir merkez açabilmek için o bölgenin hedef doluluk oranı hemodiyaliz cihazı başına düşen hasta sayısının (hasta/cihaz oranının) beş veya üstü olarak kabul edilir. Bölgedeki toplam hasta/cihaz oranı bu sayının altında ise yeni merkez açılmasına izin verilmez. Ancak bu orana; hepatitli hasta ve bunlar için kullanılan cihazlar, hastanelerin rutin hemodiyaliz hizmeti dışındaki acil hizmetler

için kullandıkları cihazlar, Bakanlıkça ruhsatlandırılmış diyaliz eğitim merkezleri toplam yirmi beş cihaz sayısına ulaşana kadar, altıncı fıkrada bahsedilen ünitelerdeki hasta ve cihazlar dâhil edilmez. Yeni açılacak merkezin cihaz sayısı başlangıçta, on beşten az, yirmi beşten fazla olamaz (<http://www.sb.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Yatak sayısı en az elli olan hastaneler bünyesinde akut ve/veya acil durumlarda kullanılmak üzere planlamadan istisna olarak en fazla iki hemodiyaliz cihazı bulundurulabilir. Halkın ihtiyaç duyacağı zorunlu sağlık hizmetlerinin yerinde, en çabuk ve kolay ulaştırılmasının sağlanması kamuya ait sağlık kurumlarının öncelikli görevi olması ve diyaliz alanında verilecek uzmanlık eğitimi dikkate alınarak; merkez bulunmayan bir yerleşim yerindeki kamuya ait hastaneler bünyesinde(hastane başhekiminin görevlendireceği bir hekim), Nefroloji yan dal eğitimi verilen tıp fakülteleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde (ilgili klinik yetkilisi sorumluluğunda), planlamadan muaf olarak en fazla beş cihaz kapasitesinde üniteler kurulabilir. En az bir diyaliz teknikeri veya sertifikalı hemşire ile diyaliz hizmeti verilebilir. Bu ünitelerin durumları düzenli olarak altı ayda bir Diyaliz Hizmetleri Tıbbi Bilgi Formu ve Diyaliz Merkezleri Bilgi Formu müdürlüğe iletilir. Periton diyalizi uygulamaları planlamadan muaftır (<http://www.sb.gov.tr/> 3.09.2016).

- Bu yönetmelikte binanın durumu da ele alınmıştır. Merkezlerdeki binalar; Hastane ve tıp merkezi bünyesinde, imar mevzuatı hükümlerine göre yapı kullanma izni almış ve müstakil olarak bu işe ayrılmış binalarda, kat mülkiyeti ve ilgili diğer mevzuatına göre gerekli izinleri alınmış, çok katlı binaların ayrı girişi olan müstakil bölümlerinde kurulur. Merkezlerde diyaliz tedavi salonları bodrum katında bulunamaz. Binanın merkez olarak kullanılan kısımlarında, laboratuvar dışında başka amaçlı oda veya birimler bulunamaz. Çok katlı binalarda faaliyette olan merkezlerde, giriş katı haricindeki katlarda da hasta tedavi ve kullanım alanı mevcut ise, sedye taşımaya müsait ve merkezin jeneratörüne bağlı olan asansör, yangına karşı güvenlik

tedbirlerinin alındığını gösteren ve yetkili merciden verilen rapor, merkezin, sıcak mevsimlerde uygun klima sistemiyle soğutulmasını, merkezî veya kat kaloriferi sistemi ile ısıtılmasını sağlayacak sistem, elektrik kesilmesi halinde en kısa süre içinde otomatik olarak devreye girebilecek ve elektrik projesinde hesaplanan kurulu gücün en az % 70'i oranında uygun güç ve nitelikte bir jeneratör bulunur. Ruhsatname alındıktan sonra binada esasa yönelik değişiklikler, ancak müdürlüğün izni ile yapılabilir (<http://www.sb.gov.tr> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Hemodiyaliz uygulaması yapılacak merkezlerde, aşağıda belirtilen bölümler bulunur;

- Toplam alanı en az yirmi metrekare olan hasta kabul ve dinlenme bölümü,
- Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere hasta giyinme ve soyunma bölümü ile cihaz sayısı kadar hasta dolapları ile personel giyinme dolapları,
- Su sistemi odası,
- Yatak başına en az yedi metrekare düşecek şekilde diyaliz alanları; HBSAg (+) hastalar için ayrı bir bölüm, HCV (+) hastalar için ayrı cihazlar,
- Acil bakım ve tedavi odası,
- İdarî oda ve büro,
- Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürhünerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş, kapısı dışarı doğru açılan en az iki adet hasta tuvaleti ve iki adet lavabo; personel için ayrı bir tuvalet ve lavabo,
- Depo olarak kullanılabilir uygun bir alan.
- Periton diyalizi uygulanacak merkezlerde, aşağıda belirtilen bölümler bulunur;
- Toplam olarak en az on beş metrekare alana sahip hasta kabul ve dinlenme bölümü,
- Toplam olarak en az dokuz metrekare alana sahip hasta eğitimi odası,
- Toplam olarak en az on iki metrekare alana sahip ve lavabosu bulunan tıbbî bakım ve solüsyon değişimi odası,
- En az iki tuvalet,
- Depo olarak kullanılabilir uygun bir alan.

Diyaliz Merkezlerinde aşağıdaki cihazlar, tıbbî donanım, araç ve gereçler bulundurulur;

- Hemodiyaliz uygulaması yapacak merkezler için ilgili mevzuata ve alınacağı tarihteki standartlara uygun üretilmiş, orijin ülkede kullanımı devam eden ve üretici veya yetkili temsilci firma tarafından performans yeterliliği kanıtlanmış olan, en az on beş hemodiyaliz cihazı (Merkezler olası cihaz arızalarında hastaların mağdur olmalarının önlenmesi açısından bir hemodiyaliz cihazını yedek olarak bulundurur). Merkezlere alınacak ikinci el cihazlar yedi yaşını geçemez.
- Hemodiyaliz cihazları için su sistemi; kullanılan diyaliz cihazı sayısı ile orantılı kapasitede ve hemodiyaliz tedavisi için uygun suyu üreten; kum filtresi, aktif karbon filtresi, yumuşatıcı filtreler, mikro partikül tutucu, sterilizasyon amaçlı ultraviyole veya ultra filtre sistemini de kapsayan reverse-ozmos sistemi,
- Kullanılan diyaliz cihazı sayısı kadar hareketli hasta yatağı veya koltuğu,
- Periton diyalizi yapılacak merkezler bir adet aletli periton diyalizi cihazı, en az iki adet hasta yatağı veya koltuğu,
- Taşınabilir monitörlü elektrokardiyografi cihazı ve defibrilatör,
- Ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale kiti,
- İhtiyaç anında birden fazla hastaya yetecek kapasitede olan oksijen desteği,
- Birisi enfekte hastalar için olmak üzere en az iki adet aspiratör,
- Hasta hassas tartı sistemi,
- Yeterli havalandırma sistemi,
- Hastalar ile ilgili tıbbî kayıtları tutacak bellek kapasitesinde ve internet bağlantısı olan bilgi işlem sistemi,
- Hastane/tıp merkezi bünyesinde bulunmayan merkezler için sterilizasyonun temini,
- Sedye ve tekerlekli sandalye
- Merkezler, hastalarına acil durumda hizmet vermek üzere bir ambulans bulundurabilir. Merkez sadece diyaliz hastalarına yönelik olmak ve Yönetmelik eki Ek-3'deki tetkikleri yapmak üzere ilgili mevzuat uyarınca ruhsatlandırılmış bir laboratuvar kurar veya bu nitelikleri haiz bir laboratuvar ile anlaşır. Merkezin

kendi bünyesinde kuracağı laboratuvar ile diyaliz hastaları haricindeki hastalara laboratuvar hizmeti vermek istemesi halinde müstakil girişli laboratuvar oluşturur ve diyaliz hastaları ile doğrudan teması engeller (<http://www.sb.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

2.5.2.Diyaliz merkezlerinin sunduğu hizmetin kapsamı

Diyaliz Merkezlerinde Diyaliz Yönetmeliğine göre bulunması gereken personel şunlardır.

- **Mesul Müdür:** Merkezin tıbbî, idarî ve teknik hizmetleri tabip bir mesul müdür sorumluluğunda yürütülür. Mesul müdür, hemodiyaliz sertifikası sahibi tabipse aynı zamanda merkezin hemodiyaliz sertifikalı tabiplik görevini, nefroloji uzmanı ya da sertifikalı uzman tabip olması halinde ise merkezin mesul müdürlüğü yanında uzmanlık hizmetini de yürütür. Merkezde genel çalışma saatleri dışındaki zamanda ve kabul edilebilir mazeret hallerinde mesul müdürün yerine, mesul müdürün yazılı şekilde yetki devri yaptığı bir tabibin bulunması zorunludur. Özel kanununa göre geçici olarak meslekten men edilenler, bu yasakları süresince merkezde mesul müdürlük yapamazlar. Hastane ve tıp merkezi bünyesinde faaliyet gösterecek merkezler için ayrı mesul müdür görevlendirmesi istenmez (<http://www.sb.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).
- **Sertifikalı Tabip:** Merkezlerde asgari bulunması gerekli sertifikalı tabip sayısı, aktif hemodiyaliz cihazı sayısına göre belirlenir. Merkez kadrolu uzman tabip bulunduruyorsa, uzman tabip sertifikalı tabip görevini de yürütebilir. İlk otuz cihaza kadar bir; otuz bir ilâ elli cihaz için iki sertifikalı tabip bulunur. Elliden fazla cihazı olan mevcut merkezler için her otuz cihaza bir sertifikalı tabip bulunur. Ancak, her tedavi seansı için, otuz hasta için bir; otuz bir ilâ altmış hasta için iki ve müteakip her otuz hasta için ilâve bir sertifikalı tabip bulunur. Merkezde kadrolu çalışan sertifikalı tabip çalışma

belgesinde belirtilen merkezdeki çalışma saatleri dışında 1219 sayılı Kanunun 12. maddesine uygun olmak kaydıyla başka bir özel sağlık kuruluşunda da çalışabilir (<http://www.sb.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

- **Uzman Tabip:** Hemodiyaliz tedavisi gören her hasta, en az ayda bir kez tercihen nefroloji uzmanı veya sertifikalı uzman tabip tarafından muayene edilerek değerlendirilir, her türlü ilaç ve diyaliz tedavisi düzenlenir. Bir uzman tabip aylık en fazla dört yüz hemodiyaliz hastası değerlendirebilir. Bu değerlendirme, merkezde kadrolu veya kısmi zamanlı görev yapan uzman tabipler tarafından yapılabileceği gibi ücreti hasta adına merkez tarafından karşılanmak kaydıyla özel hastane veya tıp merkezinden hizmet satın alma yolu ile yaptırılabilir veya bu hizmetlerin kamuya ait hastanelerde yapılabilmesi için merkez gerekli tedbirleri alır. Merkezin bulunduğu ilde uzman tabip hizmeti sağlanamıyorsa aynı şartlarda diğer illerden bu hizmet sağlanır. Merkezde tedavi gören 18 yaşından küçük diyaliz hastalarının sayısı 10'dan fazla ise, bu hastaların uzman değerlendirmesini çocuk nefroloji uzmanı veya sertifikalı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı yapar. Periton diyalizi tedavisinde uzman tabip değerlendirmesi, yalnızca nefroloji uzmanı tarafından yapılır. Merkezde kadrolu çalışan uzman tabip çalışma belgesinde belirtilen merkezdeki çalışma saatleri dışında 1219 sayılı Kanunun 12.maddesine uygun olmak kaydıyla başka bir özel sağlık kuruluşunda da çalışabilir (<http://www.sb.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).
- **Tabip Dışı Sağlık Personeli:** Merkezlerde diyaliz işlemini uygulayacak; hemodiyaliz uygulaması için üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu diyaliz bölümlerinden mezun diyaliz teknikeri, sertifikalı hemşire ve sertifikalı acil tıp teknisyeni, periton diyalizi için ise periton diyalizi sertifikalı hemşireler tabip dışı sağlık personeli olarak görevlendirilir. Bu branşların dışında tabip dışı sağlık personeli çalıştırılmaz. Tabip dışı sağlık personeli aşağıda belirtilen sayıda bulundurulur (<http://www.sb.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Tabip dışı sağlık personeli sayısı, merkezdeki hemodiyaliz cihazının sayısına göre belirlenir. İlk on cihaza kadar iki, bu sayının üzerinde ilâve her beş cihaz için ilâve bir tabip dışı sağlık personeli bulunur. Ancak, ilk on cihaz için gerekli olan faaliyet iznine esas personel haricinde, tabip dışı sağlık personeli bulunmaması hallerinde, her tedavi seansında öngörülen sayının yarısını aşmayacak şekilde ve tam gün süreyle çalışmak kaydıyla sertifikasız hemşire ve acil tıp teknisyeni çalıştırılabilir. Bu durumda çalışacak personelin gözetiminden sorumlu, o seans için en az bir diyaliz teknikeri veya sertifikalı tabip dışı sağlık personeli bulunur. Bu şekilde çalıştırılan sertifikasız personel için, merkez tarafından işe başladığı tarihten itibaren en geç altı ay içinde sertifikasyon eğitimi için başvuru yapılır (<http://www.sb.gov.tr> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Periton diyalizi yapılacak merkezde periton diyalizi sertifikalı hemşire sayısı, merkezdeki hasta sayısına göre belirlenir. İlk elli hasta için bir; ilâve her elli hasta için bir periton diyalizi sertifikalı hemşire çalıştırılır. Hemodiyaliz ve periton diyalizinin birlikte yapıldığı merkezde, her iki diyaliz sertifikasına sahip hemşire hem hemodiyaliz hem de periton diyalizi bakımından faaliyet iznine esas personel olarak kabul edilir. Ancak bu durumdaki hemşireler eş zamanlı mesai yapamaz (<http://www.sb.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

- **Teknisyen veya Tekniker:** Merkezde, diyaliz cihazları ve müstemilatı ile su sistemi konusunda en az üç ay süre ile eğitim gördüğüne dair belge veya diplomayı haiz bir teknisyen veya tekniker bulundurulur veya teknik servis ile bakım anlaşması yapılır (<http://www.sb.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).
- **Diğer Personel:** Her hemodiyaliz merkezi, hastalarına programlı diyalizin başlangıcında ve daha sonra uzman hekimin denetiminde olmak üzere bir diyetisyenle danışmanlık hizmeti almak üzere sözleşme yapar veya ücreti

hasta adına merkez tarafından karşılanmak kaydıyla hizmet satın alır. Yeni açılan merkez, faaliyet izin belgesi tarihinden itibaren en fazla üç ay içerisinde diyetisyen ile sözleşme yapar veya hizmet satın alır. Diyaliz merkezleri, ihtiyaç duymaları halinde psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı unvanını haiz personeli, mesleklerine uygun görevlerde istihdam edebilir veya bunlardan hizmet satın alabilir (<http://www.sb.gov.tr> Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

- **Yardımcı Personel:** Hemodiyaliz yapılan merkezlerde her sekiz hemodiyaliz cihazı için bir yardımcı personel; yalnızca periton diyalizi yapılan merkezlerde ise en az bir yardımcı personel bulunur (<http://www.sb.gov.tr>/ Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Diyaliz hastalarının tanısı genellikle başvurdukları devlet,özel veya üniversite hastanelerinde nefrologlar tarafından konulur.Diyalizin tipi,sıklığı,kullanacağı ilaçları bir rapor düzenlenerek hastanın kendisine verilir. Diyaliz işlemi için gerekli olan damar yolu da planlanır. Hastanın durumu acil ise geçici bir damar girişim yolu ile acil değil ise kalıcı bir damar girişim yolunun önceden planlanıp açılması ile başvurduğu sağlık kuruluşunda diyaliz işlemine başlanır. Durumu stabilleşen hasta sürekli diyaliz işlemi için ilk başvurduğu diyaliz merkezinde ve ya başka bir merkezde diyalize devam edebilir.

Diyaliz merkezleri ister hastane bünyesinde olsun isterse bağımsız olsun ayaktan tedavi şeklinde diyaliz uygulamasını gerçekleştirirler. Diyaliz hastalarına sertifikalı diyaliz doktoru ve sertifikalı diyaliz hemşireleri tarafından merkezlerde haftanın genellikle üç günü dörder saatlik diyaliz planlaması yapılır. Bu tedavileri esnasında sadece yapay bir böbrek makinesi gibi adlandırılan diyaliz makinesinden kanlarının temizlenme işlemi değil aynı zamanda eşlik eden komplikasyonlarının ve diğer hastalıklarının da tedavileri gerçekleştirilir. Var olan tüm hastalıklarının tedavilerini gerçekleştirirmede diğer branşlarla da işbirliği içerisinde çalışılmaktadır.

Diyaliz hemşireleri, akut ve kronik böbrek hastalığı teşhisi konulmuş olan hastalara, renal replasman tedavilerinin değişik dönemlerindeki bakımlarından, diyaliz hemşireliği uygulamalarından sorumludur. Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifika programı için Sağlık Bakanlığı yılda dört kez eğitim programı düzenlemektedir. Hemodiyaliz eğitimi veren kurumlar da Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce belirlenmiştir. Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifika Programı teorik ve pratik uygulamaları içine alır ve üç ay sürmektedir. Üç ayın sonunda yazılı ve sözlü olarak yapılan sınavlarda başarılı olanlara Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası verilmektedir (Özgeç, 2014).

Hastaların düzenli olarak aylık, üç aylık ve altı aylık olmak üzere rutin tetkikleri diyaliz merkezleri yönetmeliğine uygun olarak yapılır. Her gün sorumlu diyaliz hekimi tarafından muayene ve tedavileri ile en az ayda bir kez de diyetisyen ve Sorumlu Dâhiliye Uzmanı veya Nefrolog tarafından da muayeneleri yapılmaktadır.

Diyaliz Merkezleri, diyaliz merkezlerine hastaların ulaşımında, yeme-içme gibi ek hizmetleri sağlamalarında devletten herhangi bir ödenek alamazlar. Günümüzün rekabet koşulları da dikkate alındığında diyaliz merkezleri hizmet sunmada birbirleri ile yarış halindedirler.

2.6. Diyaliz Merkezlerinin Maliyetleri

Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığında da tedavi masraflarının maliyeti tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yüksektir. Bu hastalığın tanısını koyarken, takibini yaparken yapılması gereken birçok laboratuvar tetkiki gerekmektedir. Hastane ve ilaç giderleri, uygun hastalara yapılan böbrek nakli giderlerine ek olarak bu maliyette en önemli yeri diyaliz tedavisi tutar (Akpolat ve Cengiz, 1998).

Her iki tedavi yöntemi (diyaliz ve renal transplantasyon) de sağlık sistemi üzerinde büyük bir ekonomik yük oluşturur. Avrupa Birliği'nde hasta başına diyaliz gideri, ülkeye bağlı olarak senelik 35.000 ile 85.000 ABD Doları arasında değişebilmektedir. 2011'de AB'nde toplam senelik diyaliz tutarının 16 milyar ABD Doları'nı aştığı tahmin ediliyor (<http://www.ey.com>, Son Erişim Tarihi: 30.09.2016).

Günümüzde, Türkiye'de diyaliz sektörü ciddi bir sıkıntı içindedir. Türkiye'de SDBY prevalansı son on yılda önemli ölçüde artmıştır. SDBY hastalarının RRT giderlerini oldukça yüksektir. Hasta sayısı giderek artmakta hasta yönetimi de daha karmaşık ve masraflı olmaktadır. Türkiye sağlık kaynaklarını daha verimli yönetebilmek için bir değişime gitmeli, rekabetin daha çok yer aldığı bir ortam yaratmalı ve sürdürülebilirlik meselelerini ele almaya teşvik edilmelidir. Kronik böbrek hastalığının tanı ve tedavi masrafları, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yüksektir. Hastalığın tanısı ve takibi sırasında yapılan laboratuvar tetkikleri, hastane masrafları, ilaç giderleri, uygun hastalara yapılan transplantasyon giderlerinin yanı sıra, bu maliyette en önemli yeri diyaliz tedavisi tutar. Fransa'da 1994 yılında diyaliz tedavisi için 1.5 milyar Amerikan Doları (\$) harcanırken bu tüm yıllık sağlık giderlerinin % 1.5'ünü oluşturmakta ve nüfusun sadece %0.034'ü için yapılan bir harcama olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 1997 yılında son dönem böbrek yetmezliği tedavisi için 1 yılda harcanan para 15.6 milyar dolar olup, bu harcama tüm sağlık harcamalarının % 1'inden fazladır. Diyaliz tedavisinin şekli de maliyeti etkiler. Genel olarak SAPD (sürekli ayaktan periton diyalizi, ev hemodiyalizi ve kendi kendine yapılan hemodiyaliz, bir merkezde yapılan hemodiyalizden daha ucuz olmakla birlikte her ülkede farklı maliyetler çıkarmaktadır. Güney Amerika'da gibi periton diyaliz solüsyonunu ithal eden ülkelerde, SAPD tedavisinin maliyeti, hemodiyaliz tedavisinin maliyetini geçebilir (Akpolat ve Cengiz, 1998).

Hacettepe Üniversitesi'nde Prof. Dr. Mehtap Tatar tarafından 2011 yılında özel hemodiyaliz merkezleri maliyet analizi çalışması yapılmış ve buna göre şu veriler elde edilmiştir. Hasta sayısı 50-79 olan 21 diyaliz merkezinde 143.412 seans

yapılmış, 26.044.613,1 TL toplam gideri ile bir diyaliz seansı 181,6 TL, hasta sayısı 80-100 olan 24 diyaliz merkezinde 161.855 seans yapılmış, 25.919.970,2 TL toplam gideri ile bir diyaliz seansı 160,1 TL, hasta sayısı 101-150 arasında olan 30 diyaliz merkezinde 713445 seans yapılmış, 114.450.976,2 TL toplam gideri ile bir diyaliz seansı 163,4 TL olarak bulunmuştur. Hasta sayısı az olan merkezler diyaliz seansını daha pahalıya mal etmektedirler. Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2014 Mart ayına kadar son 4 yıldır 145 TL olan bir seans diyaliz ücreti bu aydan itibaren 155 TL olarak arttırılmış ancak merkezlerin giderlerini karşılamada bu ücret yetersiz kalmaktadır (Tatar, 2011).

2.7.Türkiye'de Diyaliz Merkezlerinin Dağılımı

Türkiye Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry'ye göre 2011'de Türkiye'de 947 adet diyaliz merkezi bulunmaktadır. Diyaliz merkezi sayısı toplamı 2006-2009 arasında %8'lik yıllık birleşik büyüme oranı ile artarken, 2009-2011 arasında bu oran %1 oldu. Ancak, 2009'dan bu yana her yıl devlete ait merkez sayısı %5 artarken, özel merkez sayısı %3 yıllık birleşik büyüme oranı ile azaldı. Bu merkezlerin yaklaşık %44'ü özeldir. Özel merkezlerde tedavi olan hasta oranı ise %70'dir.Genellikle bir bölgenin nüfus yoğunluğu ile o bölgede bulunan diyaliz merkezi sayısı arasında bir korelasyon bulunur. Marmara Bölgesi, en önemli nüfus yoğunluğuyla (km² başına 300 kişi) çoğu İstanbul'da olmak üzere en fazla merkez sayısına sahip bölgedir (<http://www.ey.com/>, Son Erişim Tarihi, 01.10.2016).

Sağlık İstatistikleri 2012 Yılı'na baktığımızda; bölgelere göre kullanılmakta olan hemodiyaliz cihazları nüfus yoğunluğunun en fazla olduğu İstanbul'da toplamda 196 makine ile Kuzeydoğu Anadolu (149), Ortadoğu Anadolu (135) ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden (102) bile fazla olmuştur (Tablo, 5). Bölgelere göre hemodiyaliz cihaz sayısının en yüksek kullanımını sırasıyla; Marmara Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, İç Anadolu Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi, Ege Bölgesi,Akdeniz Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi olarak görülmektedir (sbu.saglik.gov.tr, Son Erişim Tarihi, 01.10.2016).

Tablo 5: Bir milyon Kişiyeye Düşen Fiilen Kullanılan Hemodiyaliz Cihazı Sayısı

İBBS-1	Sağlık bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Batı Karadeniz	118,2	16,1	139,4	273,7
Doğu Karadeniz	153,2	4,7	99,0	256,9
Batı Anadolu	41,6	37,5	170,7	249,8
Ege	63,7	13,3	172,0	249,0
Orta Anadolu	79,9	10,9	152,1	242,9
Doğu Marmara	69,3	12,2	146,4	227,8
Batı Marmara	75,7	5,5	130,2	211,5
Türkiye	62,3	13,1	132,1	207,5
Akdeniz	70,4	11,3	122,5	204,2
İstanbul	20,4	6,6	169,1	196,1
Kuzeydoğu Anadolu	109,6	9,4	30,5	149,6
Ortadoğu Anadolu	76,1	17,0	41,8	135,0
Güneydoğu Anadolu	42,5	8,8	51,4	102,7

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012
(sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf/27.09.2016).

İllere göre hemodiyaliz merkezlerinin dağılımında 117 adet hemodiyaliz merkezi ile İstanbul ilk sırada yer alırken Ankara 68 hemodiyaliz merkezi ile 2.sırada, İzmir 52 hemodiyaliz merkezi ile 3.sırada yer almaktadır (Tablo, 6). Nüfus yoğunluğunu fazla olduğu şehirlerde hemodiyaliz merkez sayısı fazla iken nüfus yoğunluğunu az olduğu şehirlerde de (Örn; Tunceli: 2, Hakkâri: 3, Bingöl: 2, Bitlis: 3 hemodiyaliz merkezi) hemodiyaliz merkez sayısı az olmuştur.

Tablo 6: İllere Göre Diyaliz Merkezi Dağılımı

	İlin Adı	Merkez Sayısı	Nüfusu
1	Adana	17	2.149.260
2	Adıyaman	4	597.184
3	Afyon	11	707.123
4	Ağrı	4	551.177
5	Ankara	68	5.045.083
6	Antalya	26	2.158.265
7	Balıkesir	17	1.162.761
8	Bitlis	3	337.156
9	Bingöl	2	265.514
10	Bolu	4	283.496
11	Bursa	23	2.740.970
12	Çanakkale	5	502.328
13	Çorum	10	532.080
14	Denizli	10	963.464
15	Diyarbakır	9	1.607.437
16	Düzce	6	351.509
17	Edirne	6	398.582
18	Elazığ	9	568.239
19	Erzincan	4	219.996
20	Erzurum	9	766.729
21	Gaziantep	11	1.844.438
22	Hakkâri	3	273.041
23	Isparta	9	417.774
24	İstanbul	117	14.160.467
25	İzmir	52	4.061.074
26	Kastamonu	10	368.093
27	Kayseri	13	1.295.355
28	Manisa	19	1.359.463
29	Mardin	5	779.738
30	Ordu	9	731.452
31	Sakarya	12	917.373
32	Tekirdağ	10	874.475
33	Tunceli	2	85.428
34	Van	10	1.070.113
35	Zonguldak	10	601.567

Kaynak: <http://www.tsn.org.tr> ve [www.nufusu.com/19/9/2016](http://www.nufusu.com/)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Konusu

Hayatın kalitesi kavramının günümüzde her alanda, her aşamada ve yaygın bir şekilde çok sık kullanılmasından dolayı normal hayat düzeni bozulmuş olan ve birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalan diyaliz hastalarında ne gibi etkiler yarattığını gözlemleyebilmek amacıyla bu araştırma yapılmıştır. Tedavi sürecinde yaşanan zorlukları tespit edip çözüm önerileri sunmak araştırmanın başlıca amaçlarını oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı

Türk Böbrek Vakfı Tekirdağ Diyaliz Merkezlerinde diyalize giren hastaların diyalizin hayat kaliteleri üzerinde meydana getirdiği değişiklikleri görmek, diyaliz hastalarında hayatın kalitesini yükseltmeye yönelik öneriler geliştirebilmek amacıyla bu konu seçilmiştir.

Araştırma kapsamında Türk Böbrek Vakfı Tekirdağ Diyaliz Merkezlerinde diyalize giren 207 diyaliz hastasının hepsine anket formu doldurması rica edilmiş ancak bunlardan 100 adet hastamız araştırmaya katılıp anketleri doldurmuştur. Anketlerin doldurulması sırasında araştırmacı bizzat anket formlarını doldurmuş ve bazı açıklayıcı bilgiler ile anket soruları daha anlaşılır hale getirilmiştir. Anket formları 100 hastayla (%48,30) yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Bu sayının evreni temsil etme gücünün yeterli olduğu bilimsel araştırma eserlerinden tespit edilmiş daha sonra veriler SPSS programına girilerek verilerin analiz edilmesi aşamasına geçilmiştir.

3.3.Araştırmanın Yöntemi

Araştırma kapsamında yer alan sorulara verilen cevaplar SPSS programında frekans analizine tabi tutulmuştur. Her soruya verilen cevaplar dairesel grafiklerle gösterilmiş ve ayrıca verilen cevapların yorumlaması ve analizi yapılmıştır. Araştırma bu anlamda betimsel bir çalışma niteliğindedir.

3.4. Araştırma Verileri

Araştırmanın verileri birincil veri toplamı yöntemi olan anket formlarına verilen cevaplardan oluşmaktadır. Anket sorularına verilen cevapların güvenilirliğini test etmek amacıyla önce Alpha güvenilirlik katsayısı ölçülmüş bu rakamın sosyal bilimler de araştırma yapabilmeye yetecek büyüklükte olduğu tespit edilmiştir. Anket sorularına verilen tüm cevapların güvenilirlik katsayısı 0,740 olarak tespit edilmiştir. Sosyal bilimler alanında yapılan çalışmalarda bu rakamın yeterli olduğu sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri kitaplarından teyit edilmiştir.

3.5. Araştırma Bulguları

Araştırmanın ana kitlesini Tekirdağ İlinde faaliyet gösteren Hemodiyaliz merkezlerinden biri olan Tekirdağ ilinde faaliyet gösteren Hemodiyaliz Merkezlerinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Hastaların sayısı 207'dir, bu ana kitleyi temsil edecek örneklemin 100 kişiden oluşması yeterlidir (Altunışık ve diğ., 2010;135). Tekirdağ İlinde faaliyette bulunan Hemodiyaliz Merkezleri ile görüşülmüş Hemodiyaliz hastalarının hayat kalitesine etkisinin tespit edebilmek için 100 diyaliz hastasından oluşan bir örneklem oluşturulmuş ve örneklem içerisindeki hastaların demografik özelliklerini tespit edebilmek için (yaş, cinsiyet vb.) 9 soru sorulmuş ayrıca hastaların hayat kalitesini ve hemodiyaliz merkezlerinin tedavi sürecindeki hizmet kalitesini tespit edebilmek amacıyla 35 adet 5'li likert tipi soru sorulmuştur. Sorulara Hiç, Biraz, Kısmen, Sık sık ve Kesinlikle cevaplarından kendilerine en uygun olan şıkkın işaretlenmesi istenmiştir. Hastaların bu sorulara

verdikleri cevapların güvenilirliğini ölçmek amacıyla yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0,740 olarak bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak elde edilen sonuçların oldukça güvenilir oldukları söylenebilir. Sosyal Bilimlerde anket formlarındaki soruların güvenilirliğinin en az %70 olması gerekir. Alfa değeri 0 ile 1 arası değerler alır ve kabul edilebilir bir değer en az 0,7 olması gerekir (Altunışık vd., 2010).

Anketlerin güvenilirlik analizinde yeterli görülmesi sonucunda, betimleyici araştırma yöntemlerinden olan frekans analizine geçilmiş tüm sorulara verilen cevapların frekans dağılımları sayısal ve yüzdesel olarak tablolara aktarılmış ve tablolardaki veriler yorumlanmıştır. Bu yönüyle araştırma Tekirdağ ilinde faaliyette bulunan hemodiyaliz merkezlerinde tedavi gören hastaların demografik yapısını ve aldıkları hizmetlerden memnuniyetlerini yansıtmayı hedefleyen betimleyici bir nitelikte hazırlanmıştır.

Araştırma bulgularını iki grupta incelemek mümkündür. Birinci grupta hastaların Demografik özelliklerini yansıtan kapalı uçlu sorular ve sorulara verilen yanıtların sayısal ve yüzdesel dağılımını gösteren tablolar yer almaktadır. İkinci grupta ise hastaların aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerini anlamaya yönelik 5’li likert ölçeğine göre ölçeklendirilmiş sorular ve sorulara verilen cevapların sayısal ve yüzdesel dağılımlarını gösteren tablo oluşturulmuş ve tablonun verileri yorumlanmıştır.

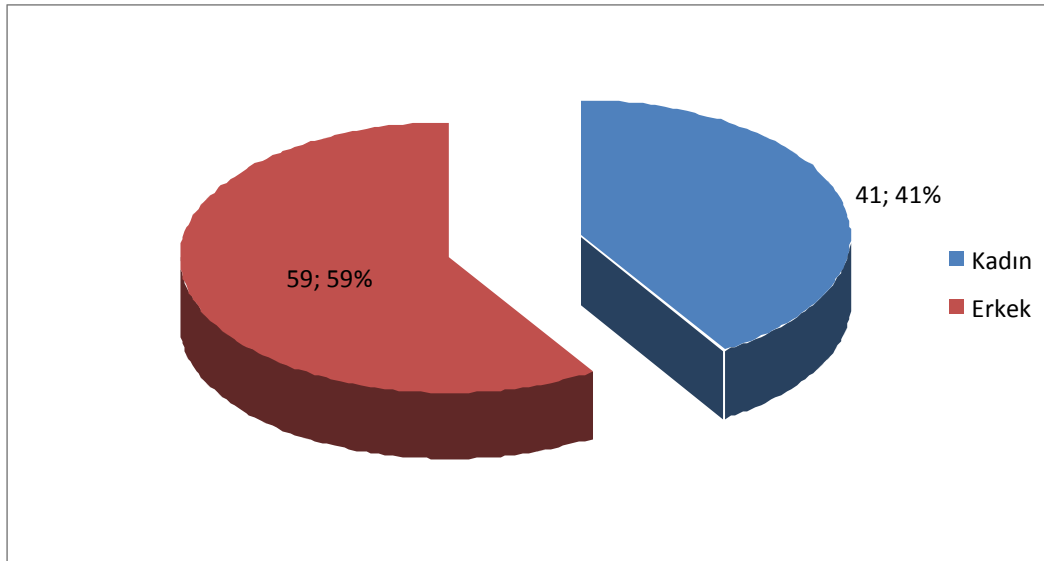
Araştırma anketinin sorularından ilk kısımda yer alan sorular hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadıkları yerin büyüklüğü vb. demografik özellikleri yansıtacak sorulardan oluşmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar aşağıdaki tablolarda sayısal ve yüzdesel olarak gösterilmiştir.

Hastaların yaşlara göre dağılımı bakıldığında hastaların büyük bir kısmı 60+ yaş üstü ve 40-59 yaş aralığında olan hastalardan oluşmaktadır. Hastaların yaklaşık olarak %95'i 40 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır.

3.5.2. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

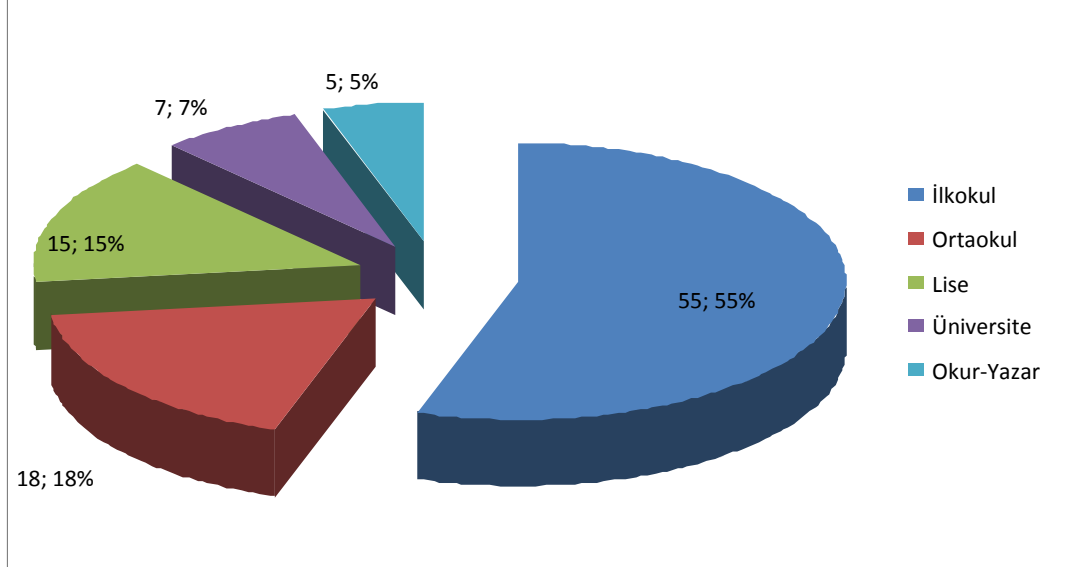
Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hastalardan yaklaşık %60'nın erkeklerden oluştuğu Tablo 7'de görülmektedir. Buna göre kronik böbrek yetmezliği konusunda erkeklerin hastalığa yakalanma riskinin kadınlara göre biraz daha fazla olduğu söylenebilir. Hastaların cinsiyete göre dağılımı Tablo 7'de ki gibidir. Grafikten de görüleceği üzere hastaların %59'u erkek hastalardan oluşurken, kadın hastaların sayısı %41'dir.

Tablo 7: Hastaların Cinsiyeti



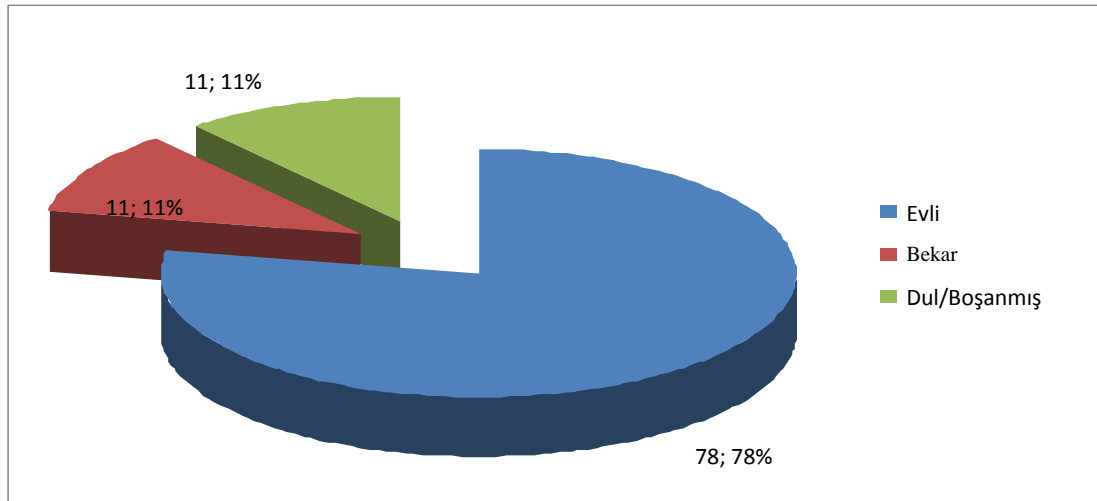
3.5.3. Hastaların eğitim durumu

Hastaların Öğrenim durumlarına göre dağılımı yukarıdaki Tablo 8'de ki gibidir. Grafikten de görüleceği üzere hastaların %55'i ilkökul, %18'i ortaokul, %15'i lise, %7'si lisans mezunu iken okuryazar oranı ise %5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 8: Hastaların Eğitim Durumu

3.5.3. Hastaların Medeni Durumu

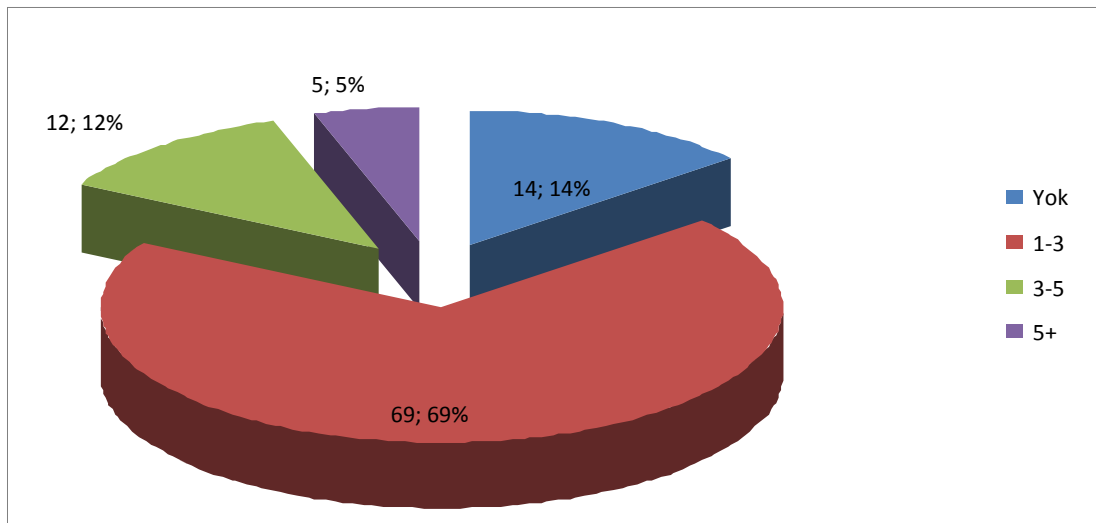
Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı yukarıdaki Tablo 9'da verildiği gibidir. Hastaların %78'i evli %11'i bekar (hiç evlenmemiş) ve %11'i ise dul/boşanmıştır.

Tablo 9: Medeni Durum

3.5.5. Hastaların çocuk sayısı

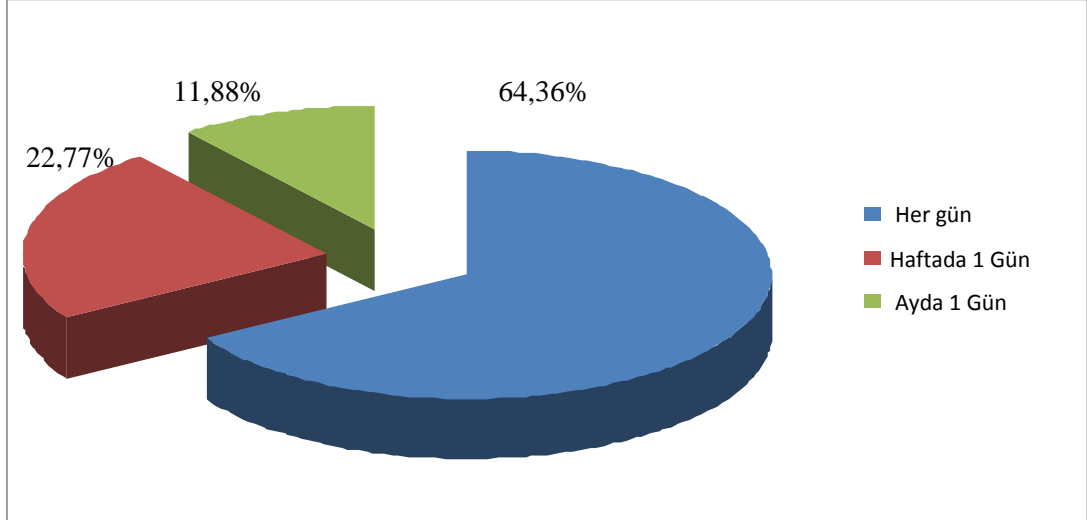
Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı sorulmuş ve Tablo 10 oluşturulmuştur. 100 hastanın %69'u 1-3 Çocuk sahibi iken 5 ve daha fazla çocuk sahibi hastaların oranı %5'tir.

Tablo 10: Hastaların çocuk sayısı



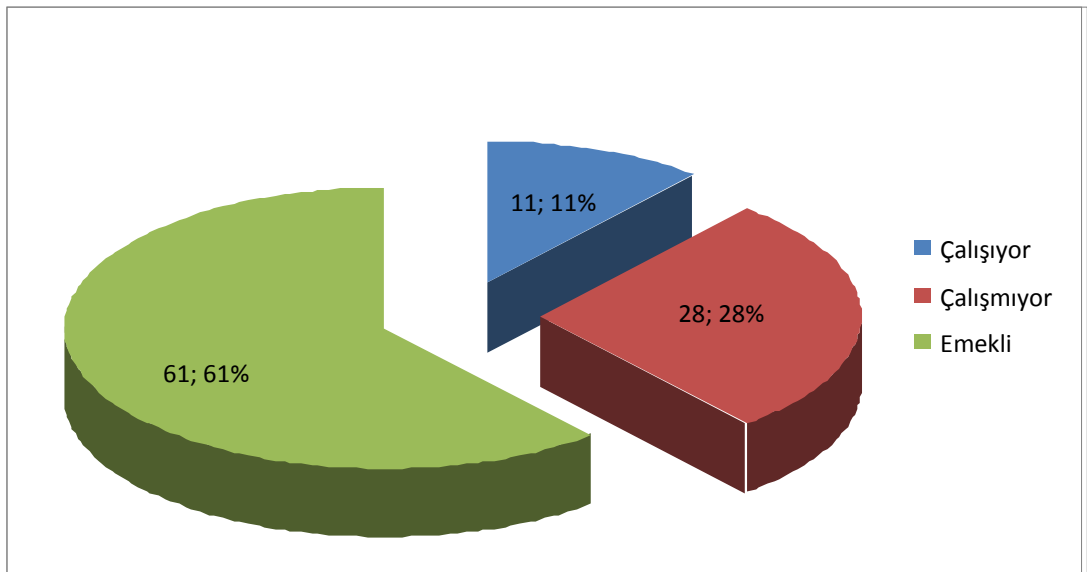
3.5.6. Hastaların ebeveynlerini ziyaret sıklığı

Hastalara çocuklarının kendilerini ziyaret etme sıklıkları sorulmuş ve alınan cevaplara göre Tablo 11 oluşturulmuştur. Çocuk sahibi hastaların %65'i çocuklarının her gün geldiklerini belirtirken, haftada bir gün geldiğini belirten hastaların oranı % 23 ve ayda bir gün ziyaret eder diyenlerin oranı ise %12 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11: Hasta Çocuklarının Ebeveynlerini Ziyaret Sıklığı

3.5.7. Hastaların çalışma durumları

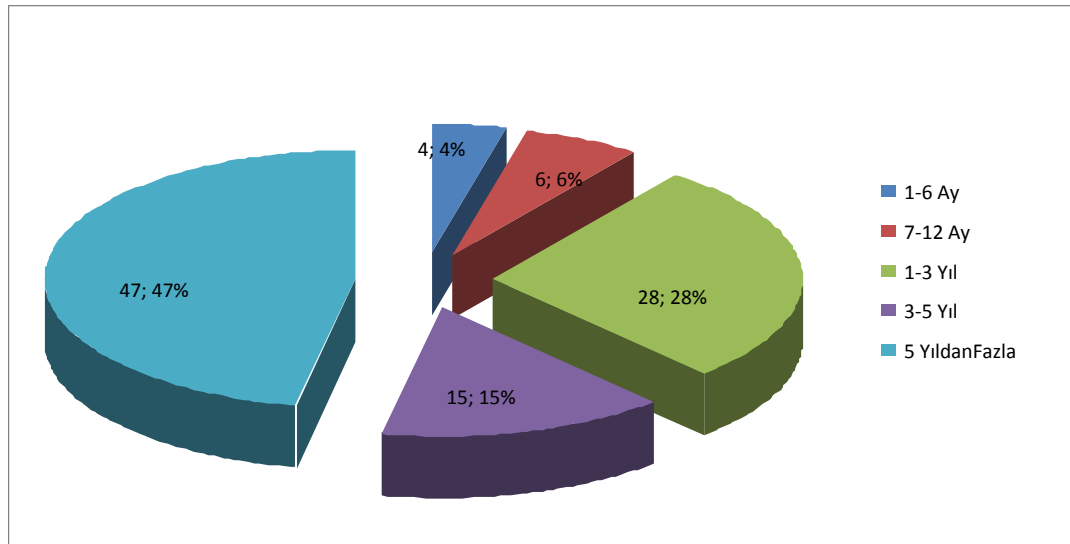
100 diyaliz hastası ile yapılan anket çalışması sonucunda hastalara her hangi bir işte çalışıp çalışmadıkları sorulmuş hastalardan %61'i çalıştığını belirtirken çalışmayan hastaların oranı %11dir, %28'lik oranda hasta ise emekli olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 12:Hastaların Çalışma Durumları

3.5.8. Hastaların diyalize başladığı süre

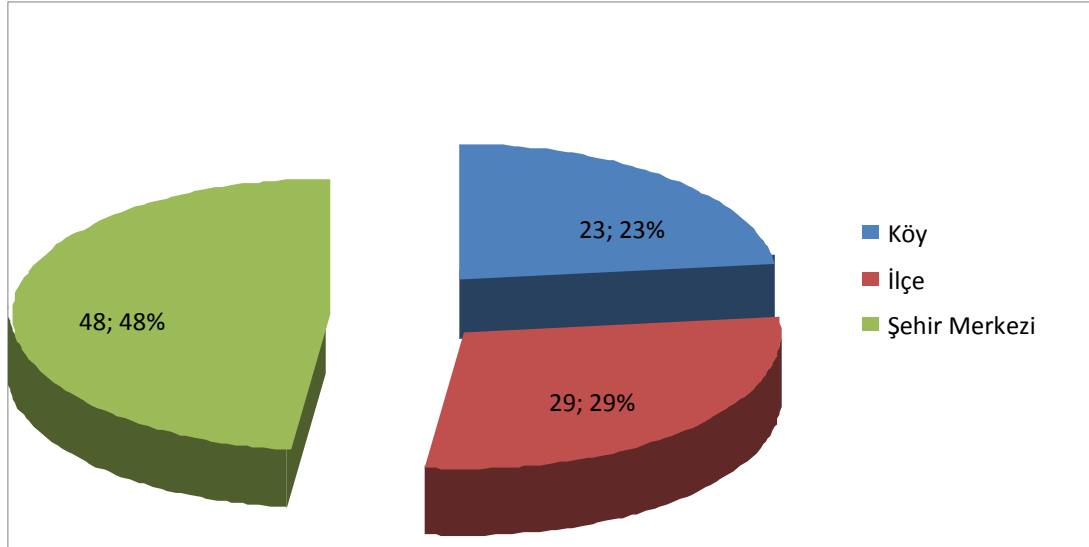
Ankete katılan hastalara ne kadar zamandır diyalize girdikleri sorulmuş ve alınan cevaplara göre Tablo 13 oluşturulmuştur. Hastaların yaklaşık olarak yarısı %47'si 5 yıldan fazla bir süredir diyalize girdiklerini belirtmişlerdir. 1-6 aydır diyalize girenler %4, 7-12 aydır diyalize girenler %6, 1-3 yıldır diyalize girenler %28 ve 3-5 yıldır diyalize girenler %15 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 13: Hastaların diyalize başladıkları süre



3.5.9. Hastaların yaşadıkları yerler

Hastaların yaşadıkları yerlere göre dağılımı Tablo 14'deki gibidir. Hastaların %48'i şehir merkezinde yaşarken, %29'u ilçede ve %23'ünde köyde yaşamaktadır.

Tablo 14:Hastaların Yaşadıkları Yerlerin İdari Statüsü

3.6. Hastaların tedavi ve yaşam algıları

Sürekli olarak hemodiyalize giren hastalar için bu durum hayatlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır dolayısıyla bu durum onların yaşam zevklerini, mesleki kariyerlerini, özel ve sosyal yaşantılarını önemli ölçüde etkilemektedir. Araştırmanın bu bölümünde yukarıda bahis edilen konularda hastaların moral düzeylerini anlayabilmek için onların duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik sorular yöneltilmiştir. Sorulara verilen cevaplara ait ortalama ve standart sapmalar hesaplanmış ve Tablo 15 oluşturulmuştur. Katılım düzeyini belirtmek amacıyla da hesaplanan ortalamalar 3,67-5,00 arasında ise Yüksek Katılım Düzeyi, 2,34-3,66 Orta Katılım Düzeyi, 1,00-2,33 Düşük Katılım Düzeyi olarak belirlenmiş ve verilen yanıtların aritmetik ortalaması alındıktan sonra rakamlar nitel bir ifadeyle Tablo 15'in son sütununda gösterilmiştir.

Tablo 15: Hastaların Tedavi ve Yaşam Algılarının Niteliksel Değerlendirilmesi

Soru	Ortalama	SS	Katılım
1.Hayat kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	3,2800	,91099	Orta
2. Sağlıkınızdan ne kadar memnunsunuz?	3,3200	,89758	Orta
3. Gün aşırı diyalize girmeniz size ne derecede yapmak istediklerinizi yapmakta engel olur?	3,0400	,99412	Orta
4. Günlük hayatınızı geçirmek için ne kadar tıbbi tedaviye ihtiyacınız vardır?	3,0900	,81767	Orta
5. Hayattan ne kadar zevk alıyorsunuz?	2,9300	1,00760	Orta
6. Hayatınızı ne kadar anlamlı buluyorsunuz?	3,0500	,96792	Orta
7. Dikkatiniz nasıldır?	3,4300	,84393	Orta
8. Günlük yaşantınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	3,2600	,81178	Orta
9. Yaşadığınız ev ne kadar sağlıklı?	3,5600	,82045	Orta
10. Günlük yaşantınız için gerekli enerjiye sahip misiniz?	3,2200	1,01085	Orta
11. Böbrek hastalığının size yarattığı değişikliği kabullenebiliyor musunuz?	3,2300	1,36222	Orta
12. Gelir düzeyinizin size yettiğini düşünüyor musunuz?	2,8300	1,11060	Orta
13. Gereken maddi desteği size kim sağlıyor?	2,8300	,82945	Orta
14. Boş vakitlerinizde aktivite yapmaya fırsatınız olur mu?	2,6100	,96290	Orta
15. Hastalığınız ev hayatınızı etkiledi mi?	3,1000	1,04929	Orta
16. Uykularınızdan ne kadar memnunsunuz?	3,1000	,96922	Orta
17. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	3,0700	,86754	Orta
18. Çalışma kapasitenizden ne kadar memnunsunuz?	2,7900	,95658	Orta
19. Kendi kendinizden ne kadar memnunsunuz?	3,3700	,90626	Orta
20. Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?	3,3800	,92965	Orta
21. Arkadaşlarınızı desteğinden ne kadar memnunsunuz?	3,3100	1,23660	Orta
22. Diyaliz merkezinin size sunduğu imkânlardan ne kadar memnunsunuz?	4,1700	,82945	Yüksek
23. Diyaliz merkezine girişinizden sağlık hizmeti alıncaya dek geçen süreden ne kadar memnunsunuz?	4,0600	,76303	Yüksek
24. Diyalizdeki hekiminize ne kadar güveniyorsunuz?	4,4100	,85393	Yüksek
25. Diyalizdeki hemşirenize ne kadar güveniyorsunuz?	4,5100	,68895	Yüksek
26. Diyalize geldiğinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz?	4,3400	,65474	Yüksek
27. Diyaliz merkezimize ulaşımın ne kadar memnunsunuz?	4,1000	,95874	Yüksek
28. Diyaliz merkezimize ulaşımın ne olmasını isterdiniz?	2,0400	,76436	Düşük
29. Ne kadar sıklıkla olumsuz duygu, düşüncelere kapılırsınız?	2,6200	,91872	Orta
30. Ölümü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?	3,0700	1,31237	Orta
31. Diyalizde psikolojik destek almak ister misiniz?	2,6500	1,25025	Orta
32. Böbrek nakli olabileceğinizi bilmek sizde ne tür duygular uyandırıyor?	2,0000	,97442	Düşük
33. İnandığımız dini değerlerle hastalığınızı bağdaştırır mısınız?	2,9100	1,30341	Orta
34. Ne sıklıkta öfkelenirsiniz?	3,0000	,94281	Orta

\bar{X} =3,67-5,00 Yüksek Katılım Düzeyi, \bar{X} = 2,34-3,66 Orta Katılım Düzeyi, \bar{X} = 1,00-2,33 Düşük Katılım Düzeyi)

Bu tablodan görüldüğü üzere hastaların diyaliz merkezinin sunduğu imkânlardan, sağlık hizmeti alıncaya dek geçen süreden ve sağlık merkezine ulaşımından yüksek oranda memnun oldukları anlaşılmıştır. Ayrıca hastaların diyaliz

merkezlerindeki hekimlere ve hemşirelere yüksek oranda güvendiği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra böbrek nakli olacağını bilmek hastaları olumsuz duygulara yönlendirdiği görülmüştür.

Tablo 16: Hizmet ve Yaşam Algısı

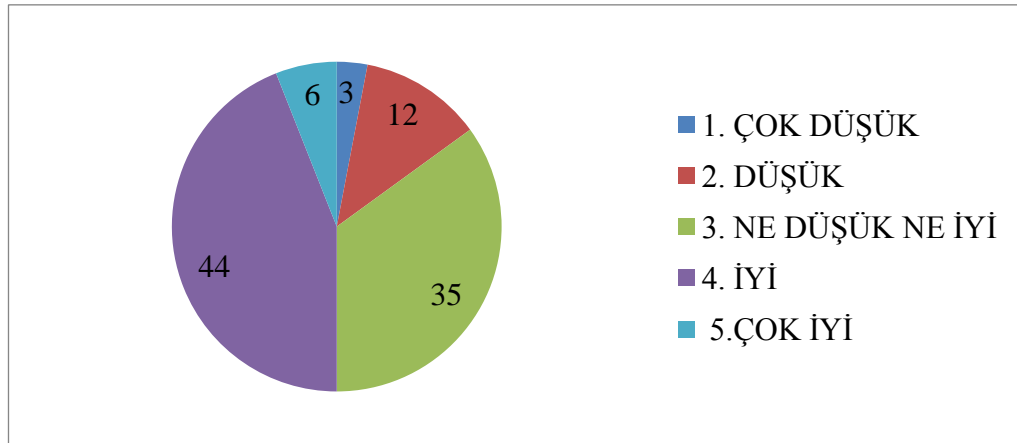
Soru	1	2	3	4	5	Toplam
1.Hayat kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	3	12	35	44	6	100
2. Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz?	3	9	44	40	4	100
3. Gün aşırı diyalize girmeniz size ne derecede yapmak istediklerinizi yapmakta engel olur?	8	15	42	31	4	100
4. Günlük hayatınızı geçirmek için ne kadar tıbbi tedaviye ihtiyacınız vardır?	2	14	52	28	4	100
5. Hayattan ne kadar zevk alıyorsunuz?	6	20	44	25	5	100
6. Hayatınızı ne kadar anlamlı buluyorsunuz?	7	16	40	34	3	100
7. Dikkatiniz nasıldır?	0	10	41	39	10	100
8. Günlük yaşantınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	11	53	27	8	100
9. Yaşadığımız ev ne kadar sağlıklı?	0	8	32	51	9	100
10. Günlük yaşantınız için gerekli enerjiye sahip misiniz?	5	21	32	32	10	100
11. Böbrek hastalığının sizde yarattığı değişikliği kabullenebiliyor musunuz?	17	10	29	21	23	100
12. Gelir düzeyinizin size yettiğini düşünüyor musunuz?	13	24	38	17	8	100
13. Gereken maddi desteği size kim sağlıyor?	13	7	76	3	1	100
14. Boş vakitlerinizde aktivite yapmaya fırsatınız olur mu?	8	39	40	10	3	100
15. Hastalığınız ev hayatınızı etkiledi mi?	10	16	39	27	8	100
16. Uykularınızdan ne kadar memnunsunuz?	8	16	40	29	7	100
17. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	4	12	42	39	3	100
18. Çalışma kapasitenizden ne kadar memnunsunuz?	14	22	34	29	1	100
19. Kendi kendinizden ne kadar memnunsunuz?	1	15	40	37	7	100
20. Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?	2	9	27	56	6	100
21. Arkadaşlarınızı desteğinden ne kadar memnunsunuz?	11	12	29	43	5	100
22. Diyaliz merkezinin size sunduğu imkânlardan ne kadar memnunsunuz?	0	4	9	46	41	100
23. Sağlık merkezine girişinizden sağlık hizmeti alıncaya dek geçen süreden ne kadar memnunsunuz?	0	4	9	60	27	100
24. Diyalizdeki hekiminize ne kadar güveniyorsunuz?	2	0	6	35	57	100
Tablo 17'nin devamı						
25. Diyalizdeki hemşirene ne kadar güveniyorsunuz?	0	2	5	38	55	100
26. Diyalize geldiğinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz?	1	0	11	45	43	100
27. Diyaliz merkezine ulaşımdan ne kadar memnunsunuz?	0	6	10	48	36	100

28. Diyaliz merkezimize ulaşımın ne olmasını isterdiniz?	Tek Alınma	Servisle Gelmek	Kendi Aracım ile	Yakınımla Gelmek		
	19	67	11	3		100
29. Ne kadar sıklıkla olumsuz duygu, düşüncelere kapılırsınız?	Hiç	Nadiren	Genellikle	Çok Sık	Her Zaman	
	5	48	33	9	5	100
30. Ölümü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?	Hiç	Nadiren	Genellikle	Çok Sık	Her Zaman	
	12	30	28	9	21	100
31. Diyalizde psikolojik destek almak ister misiniz?	Hiç	Nadiren	Genellikle	Çok Sık	Her Zaman	
	27	24	28	8	13	100
32. Böbrek nakli olabileceğinizi bilmek sizde ne tür duygular uyandırıyor?	Umut	Heyecan	Kaygı-Endişe	Öfke		
	39	36	22	3		100
33. İnanışınız dini değerlerle hastalığınızı bağdaştırır mısınız?	Hayır	Evet	Biraz	Zaman-Zaman	Her Zaman	
	12	37	19	19	13	100
34. Ne sıklıkta öfkelenirsiniz?	Hiç	Biraz	Kısmen	Çok Fazla	Aşırı	
	4	18	48	21	9	100

3.6.1. Hastaların yaşam kalitesi

Hayat kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? sorusuna verilen cevaplar Tablo 17'de gösterilmiştir. Soruyu 6 hasta çok iyi diye cevaplarırken 44 hasta iyi, 35 hasta da ne düşük ne iyi olarak cevaplamıştır. Sonuç olarak 85 hasta yaşam kalitesini orta ve üzerinde olarak değerlendirmiştir. 12 hasta düşük, 3 hasta da çok düşük olarak yaşam kalitelerini ifade etmişlerdir.

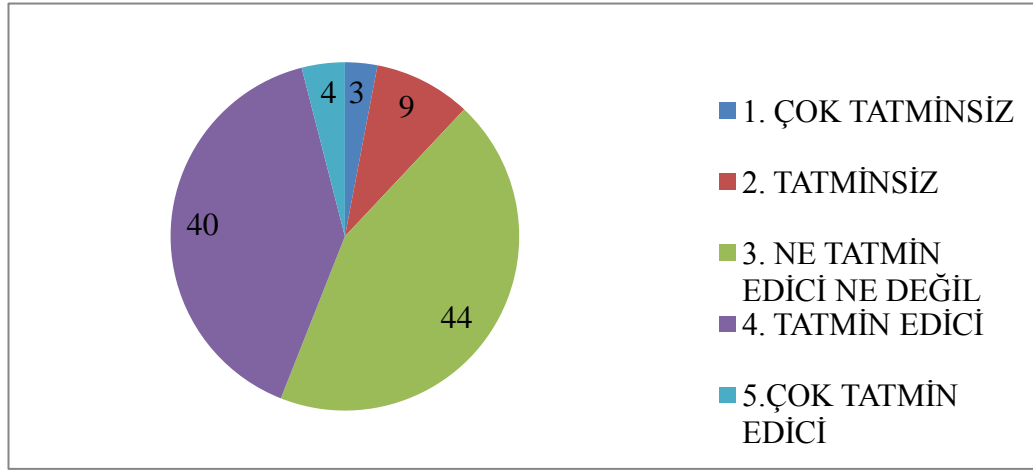
Tablo 17: Hayat Kalitesinin Değerlendirilmesi



3.6.2. Sağlıktan memnuniyet derecesi

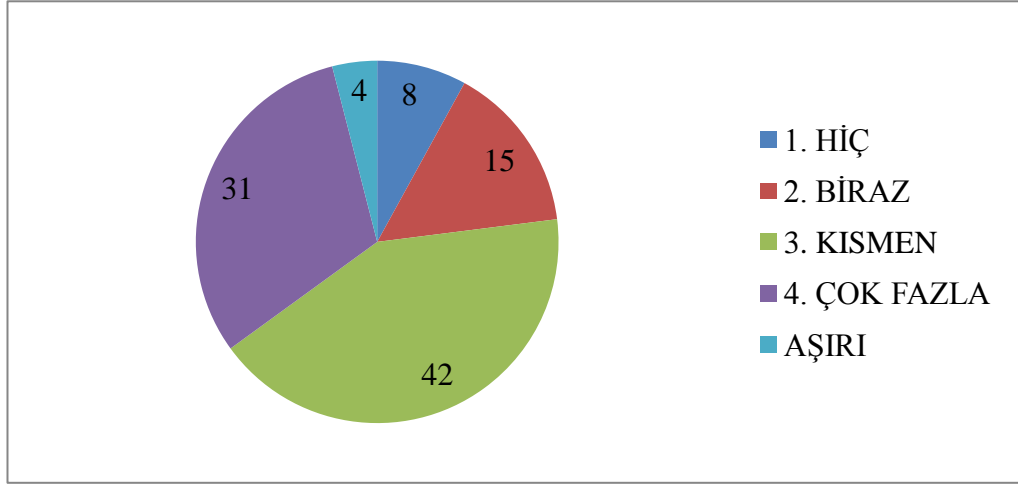
Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz? Sorusunu, 44 hasta ne tatmin edici ne değil olarak bulurken 40 hasta tatmin edici, 4 hasta da çok tatmin edici olarak değerlendirmiştir. 88 hasta, sağlığını orta ve üzerinde memnun olarak değerlendirmiştir, 3 hasta çok tatminsiz, 9 hasta da tatminsizdir (Tablo, 18).

Tablo 18: Sağlık Durumundan memnuniyet derecesi



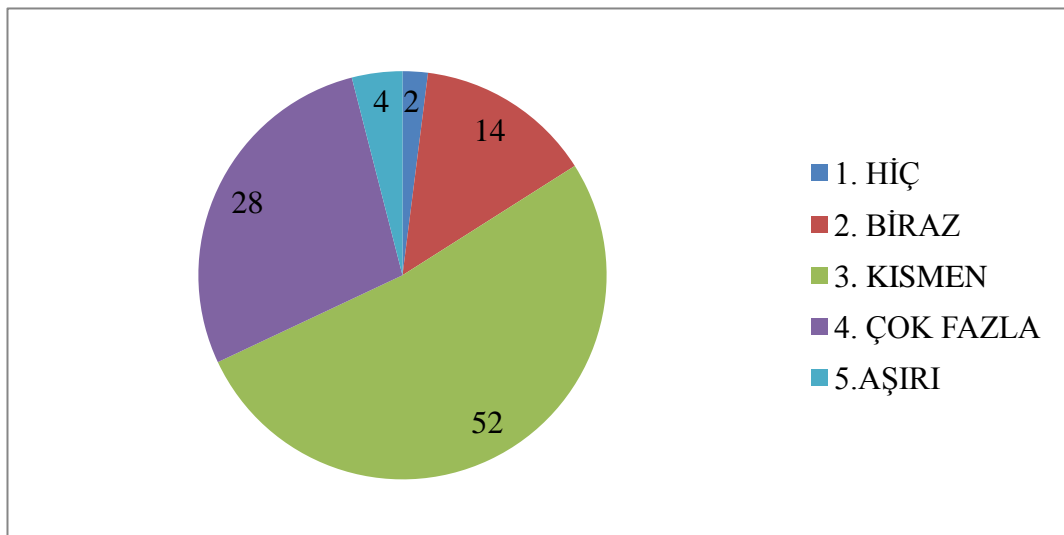
3.6.3. Diyalizin hasta yaşamına etkisi

Gün ařırđ diyalize girmeniz size ne derecede yapmak istediklerinizi yapmakta engel olur? Sorusuna, 42 hasta kısmen, 31 hasta çok fazla engel olduğunu ve 4 hasta da ařırđ engel olduğunu ifade etmiştir. Buradan da anlayacağımız üzere 77 hasta gün ařırđ diyalizin onlara yapmak istediklerini yapmada engel olduğunu ifade etmiştir. 8 hasta hiç engel olmadığını, 15 hasta da biraz engel olduğunu düşünmektedir (Tablo, 19).

Tablo 19: Gün Aşırı Diyalizin Günlük Yaşama Etkisi

3.6.4. Günlük tedavi ihtiyacı

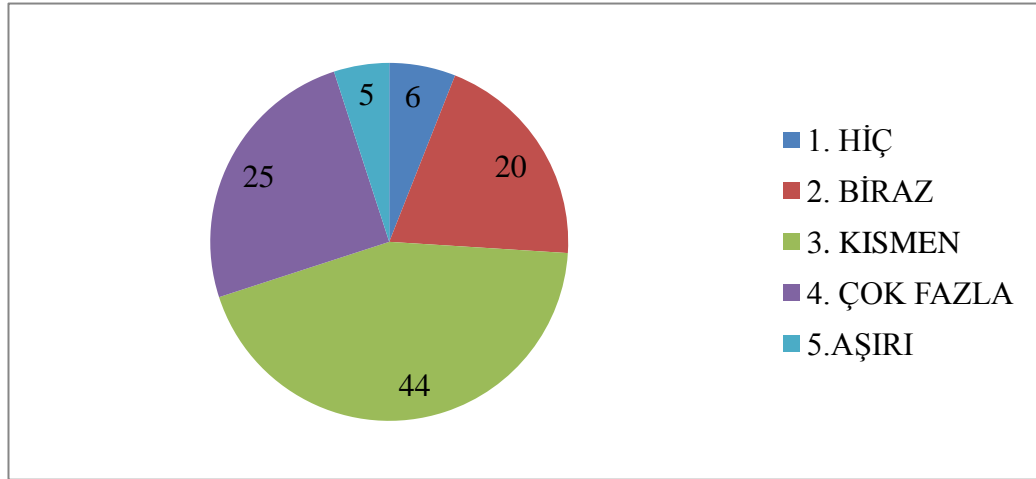
Günlük hayatınızı geçirmek için ne kadar tıbbi tedaviye ihtiyacınız vardır? Sorusuna, 52 hasta kısmen, 28 hasta çok fazla, 4 hasta da aşırı olarak tıbbi tedaviye ihtiyacı olduğunu söylemiştir. Kısacası 84 hasta günlük hayatını geçirirken bile tıbbi tedaviye orta ve üzerinde ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. 2 hasta hiç, 14 hasta da biraz ihtiyacı olduğunu düşünmektedir (Tablo, 20).

Tablo 20: Günlük Tıbbi Tedavi İhtiyacı

3.6.5. Hayattan zevk alma

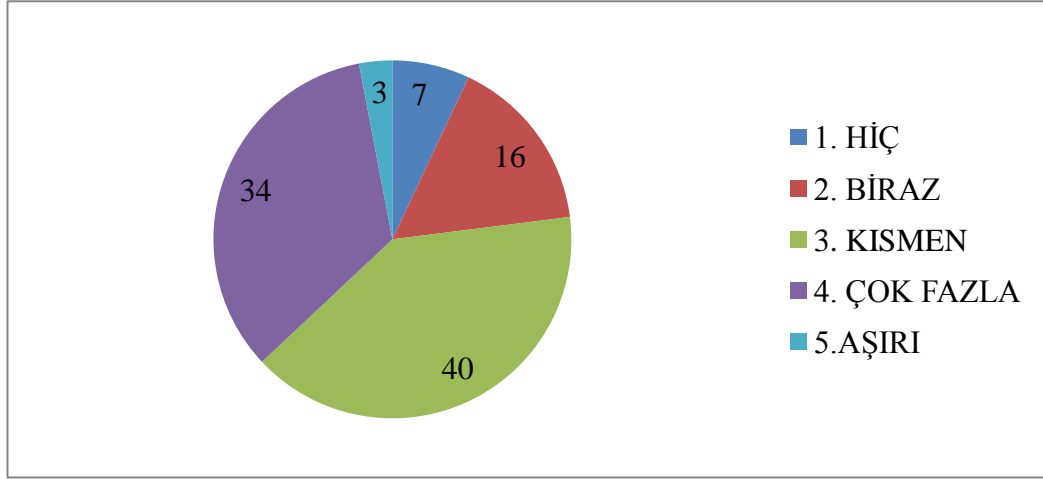
Hayattan ne kadar zevk alıyorsunuz? Sorusuna,44 hasta kısmen, 25 hasta çok fazla ve 5 hasta hayattan aşırı derecede zevk aldıklarını ifade ederken 74 hasta toplamıyla orta ve üzerinde olarak değerlendirilmiştir. 6 hasta hayattan hiç zevk almazken, 20 hasta da biraz almaktadır (Tablo, 21).

Tablo 21: Hayattan Zevk Alma Durumu



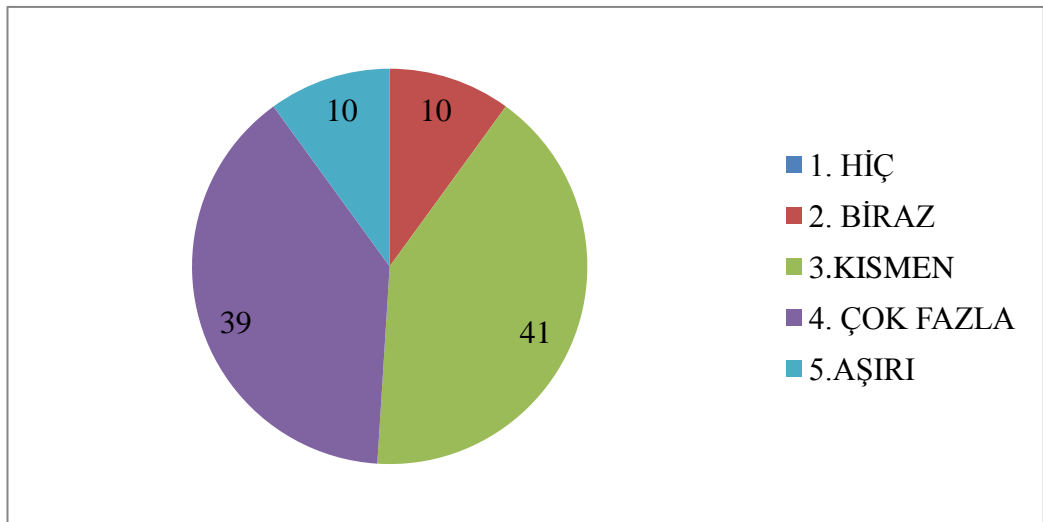
3.6.6. Hayatı anlamlı bulma

Hayatınızı ne kadar anlamlı buluyorsunuz? Sorusuna, hayatlarını 40 hasta kısmen, 34 hasta çok fazla, 3 hasta da aşırı derecede anlamlı bulduklarını ifade ederek 77 hasta oranı ile orta ve üzerinde değerlendirilmiştir. 7 hasta hiç anlamlı bulmazken 16 hasta da biraz anlamlı bulmaktadır (Tablo, 22).

Tablo 22: Hayatını Anlamalı Bulma

3.6.7. Dikkatin değerlendirilmesi

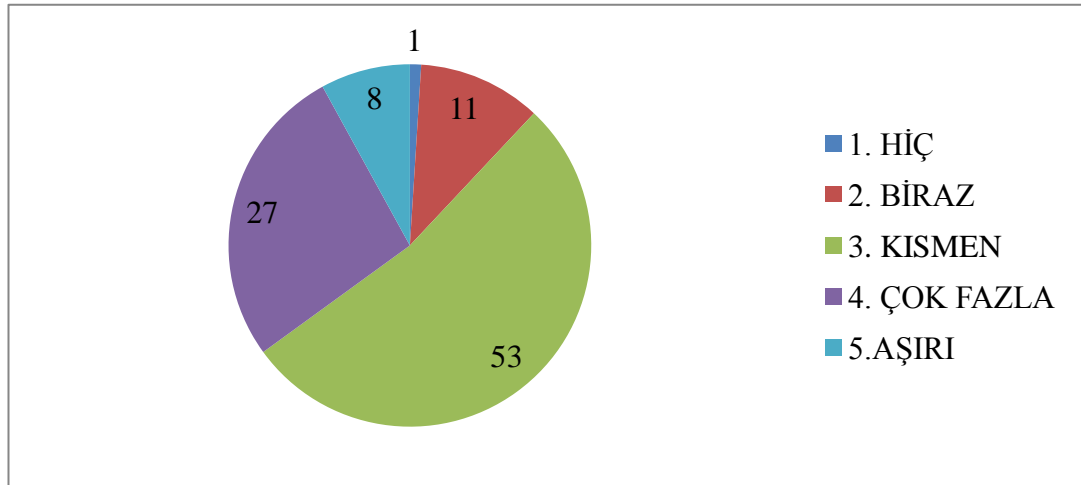
Dikkatiniz nasıldır? Sorusuna, 41 hasta kısmen, 39 hasta çok fazla, 10 hasta aşırı derecede kendilerini dikkatli olarak cevap verirken 90 hasta kendisini dikkatli olarak bulmuş, orta ve üzerinde değerlendirilmiştir. 10 kişi de kendisini biraz dikkatli olarak yorumlamıştır (Tablo, 23).

Tablo 23: Dikkatin Değerlendirilmesi

3.6.8. Hastaların güven hissi

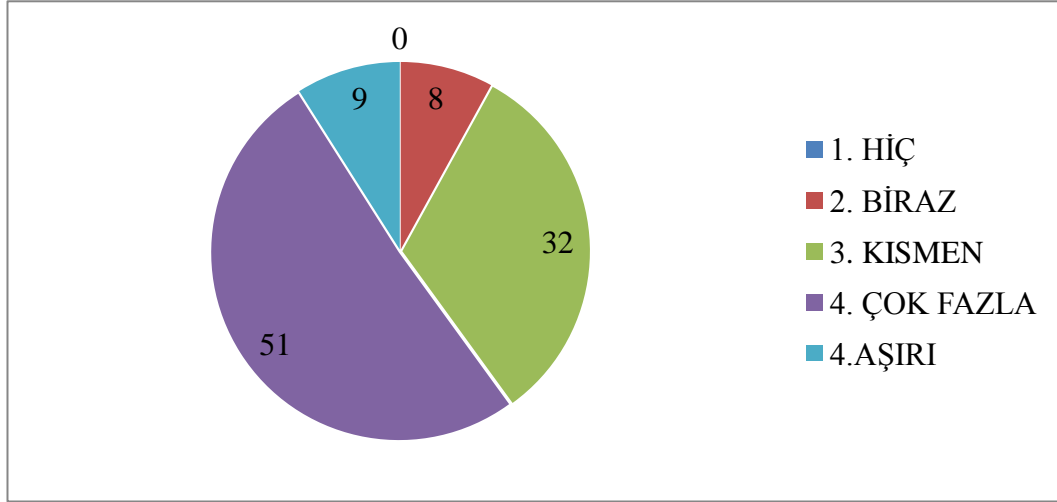
Günlük yaşantınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz? Sorusuna, 53 hasta kısmen, 27 hasta çok fazla, 8 hasta da kendini aşırı derece de güvende hissetmektedir. 88 hasta orta ve üzerinde olarak değerlendirilmiştir. 1 hasta kendini hiç güvende hissetmezken 11 hasta da kendisini biraz güvende hissetmektedir (Tablo, 24).

Tablo 24: Günlük Yaşamda Kendini Güvende Hissetme



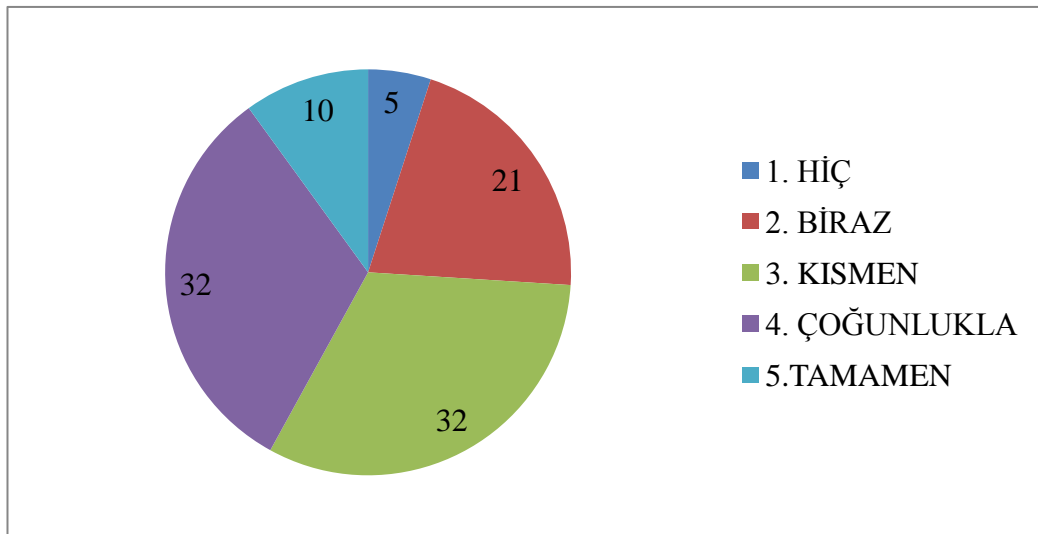
3.6.9. Yaşanılan evi sağlıklı bulma

Yaşadığınız ev ne kadar sağlıklı? Sorusuna, yaşadıkları evi 32 hasta kısmen, 51 hasta çok fazla, 9 hasta da aşırı derecede sağlıklı olarak yorumlamışlardır. 92 hasta evlerinin yeterince sağlıklı olduğunu düşünmektedir. 8 hasta ise evlerinin biraz sağlıklı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo, 25).

Tablo 25: Yaşadıkları Evi Sağlıklı Bulma

3.6.10. Günlük yaşantı için gerekli enerjiye sahip olma

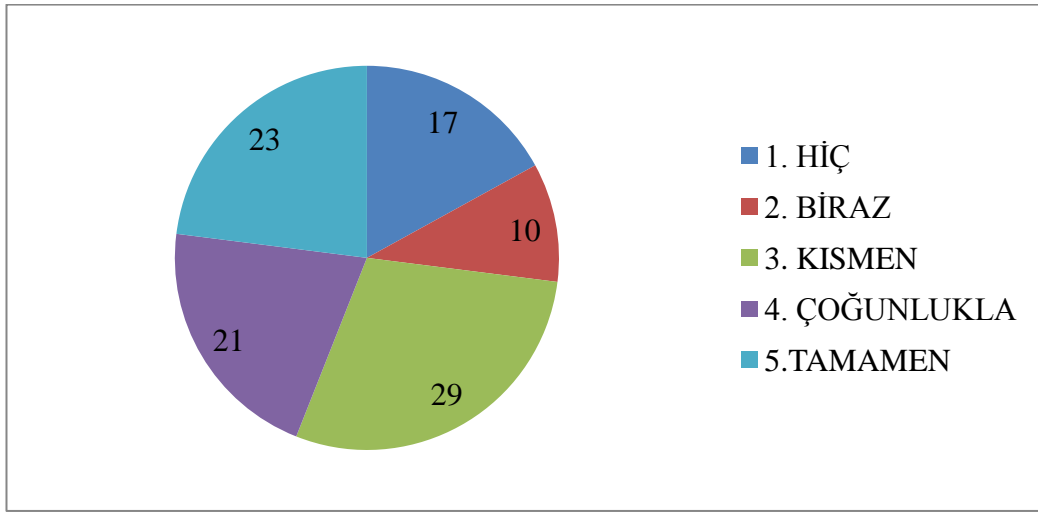
Günlük yaşantınız için gerekli enerjiye sahip misiniz? Sorusuna, Günlük yaşantı için 32 hasta kısmen, 32 hasta çoğunlukla, 10 hasta da tamamen gereken enerjiye sahip olduklarını düşünmektedir. 5 hasta hiç enerjisi olmadığını düşünürken 21 hasta da biraz enerjisi olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo, 26).

Tablo 26: Günlük Yaşantı İçin Gerekli Enerjiye Sahip Olma

3.6.11. Hastalığın hayatı etkilemesini kabullenme

Böbrek hastalığının sizde yarattığı değişikliği kabullenebiliyor musunuz? Böbrek hastalığının onlarda yarattığı değişikliği 29 hasta kısmen, 21 hasta çoğunlukla ve 23 hasta da tamamen kabullenmiş olarak yorumlamışlardır. 83 hasta bu hastalığın onlarda yarattığı etkiyi kabullenmektedir. 17 hasta ise hiç kabullenmemiştir (Tablo, 27).

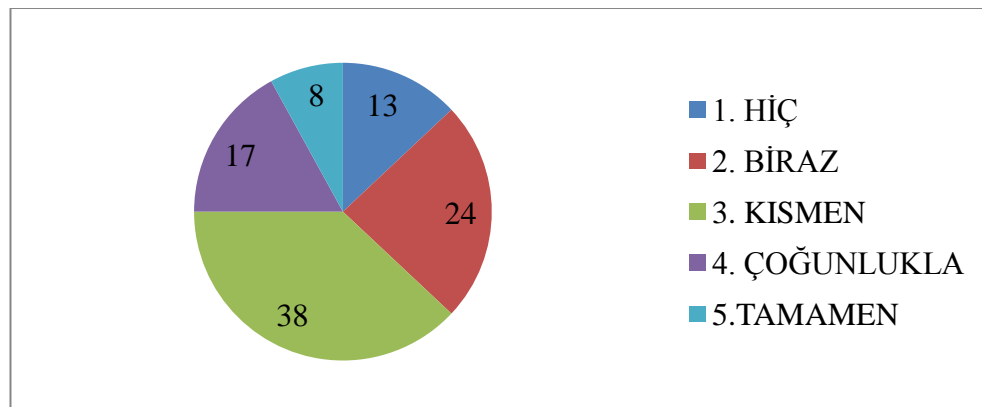
Tablo 27: Böbrek Hastalığının Oluşturduğu Etkiyi Kabullenme



3.6.12. Gelir düzeyinin yetkinliği

Gelir düzeyinizin size yettiğini düşünüyor musunuz? Gelir düzeylerinin, 38 hasta kısmen, 17 hasta çoğunlukla, 8 hasta da tamamen yettiğini ifade etmektedir (Tablo, 28).

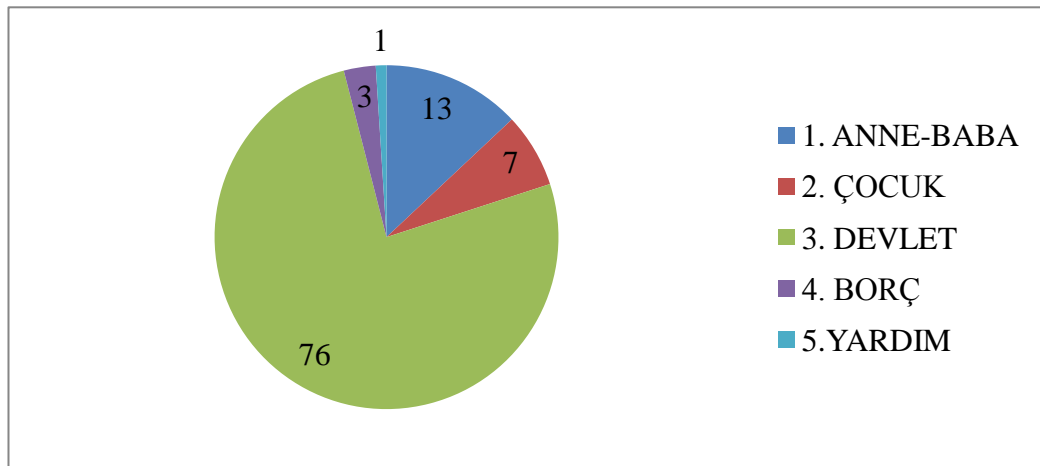
Tablo 28: Gelir Düzeyinin Yetkinliğinin Değerlendirilmesi



3.6.13. Gereken maddi destek

Gereken maddi desteği size kim sağlıyor? Gereken maddi destek, 76 hasta da devlet, 13 hasta da anne baba, 7 hasta da çocukları tarafından sağlanırken 3 hasta borçlarla, 1 hasta da yardımlarla ayakta durduğunu ifade etmiştir (Tablo, 29).

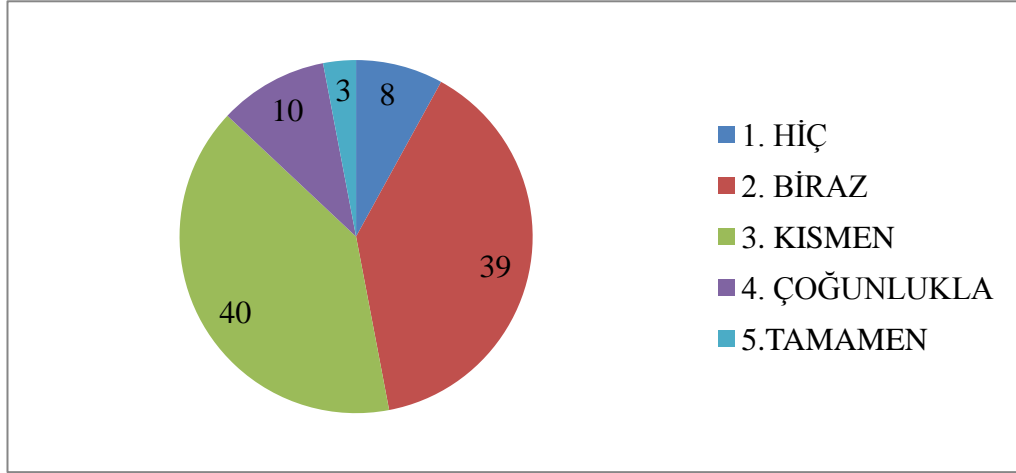
Tablo 29:Gereken Maddi Desteğin Sağlanması



Aslında tüm bu 100 hastanın da diyaliz giderleri devlet tarafından karşılanmakta, diyaliz işlemi için de kesinlikle hiçbir ücret hastalardan alınmamaktadır.

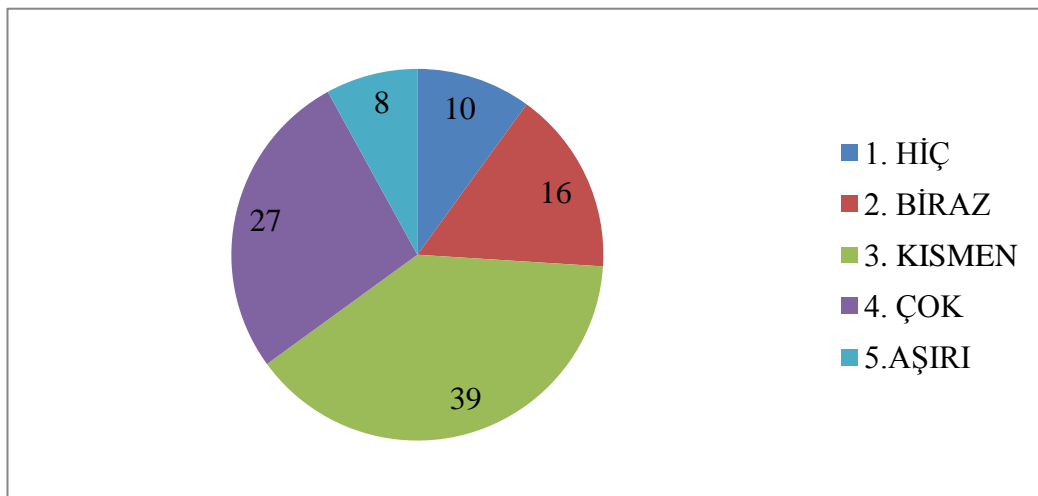
3.6.14. Hastaların boş vakitlerini değerlendirme durumu

Boş vakitlerinizde aktivite yapmaya fırsatınız olur mu? Sorusuna, 40 hasta kısmen, 10 hasta çoğunlukla, 3 hasta da tamamen yaptığı cevabını verirken 8 hasta hiç yapmadığını, 39 hasta da biraz yaptığını söylemiştir (Tablo, 30).

Tablo 30:Hastalığın Boş Vakitleri Etkileme Durumu

3.6.15. Hastaların ev yaşantısı

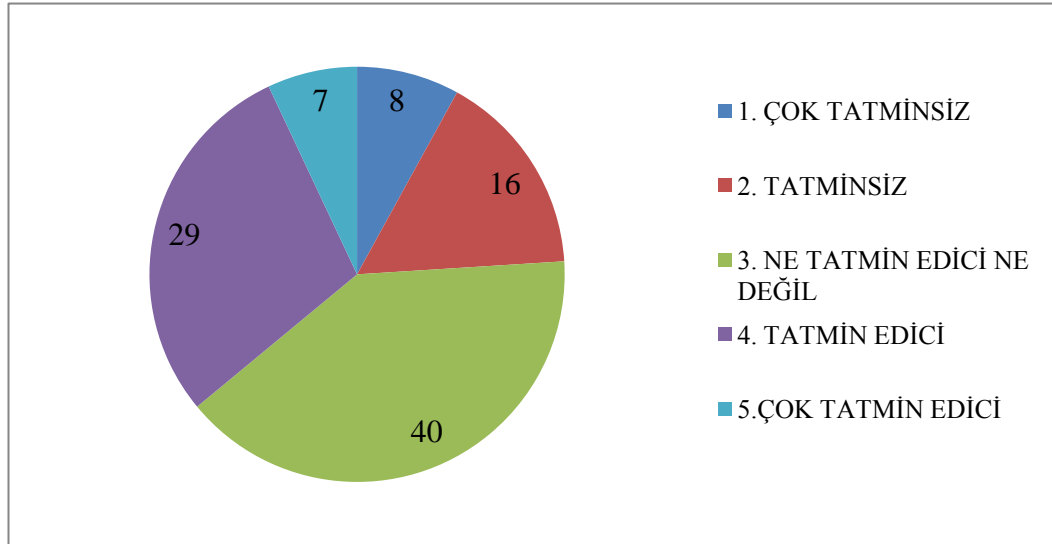
Hastalığınız ev hayatınızı etkiledi mi? 39 hasta kısmen, 27 hasta çok, 8 hasta da aşırı derece de ev hayatlarının hastalıklarından etkilendiğini düşünürken, 10 hasta hiç etkilenmediğini, 16 hasta ise biraz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo, 31).

Tablo 31:Hastalığın Ev Yaşantısını Etkileme Durumu

3.6.16. Hastaların uyku durumu

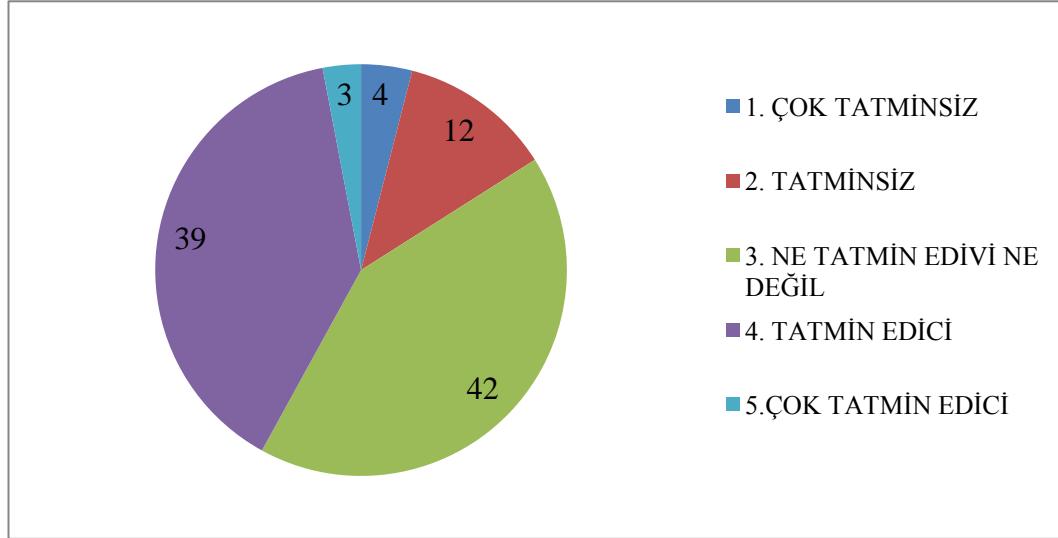
Uykularınızdan ne kadar memnunsunuz? 40 hasta ne tatmin edici ne değil, 29 hasta tatmin edici, 7 hasta ise çok tatmin edici olarak uykularından memnuniyet derecelerini ifade ederken 8 hasta çok tatminsiz, 16 hasta da tatminsiz olarak değerlendirilmiştir (Tablo, 32).

Tablo 32:Hastaların Uyku Tatmin Düzeyi



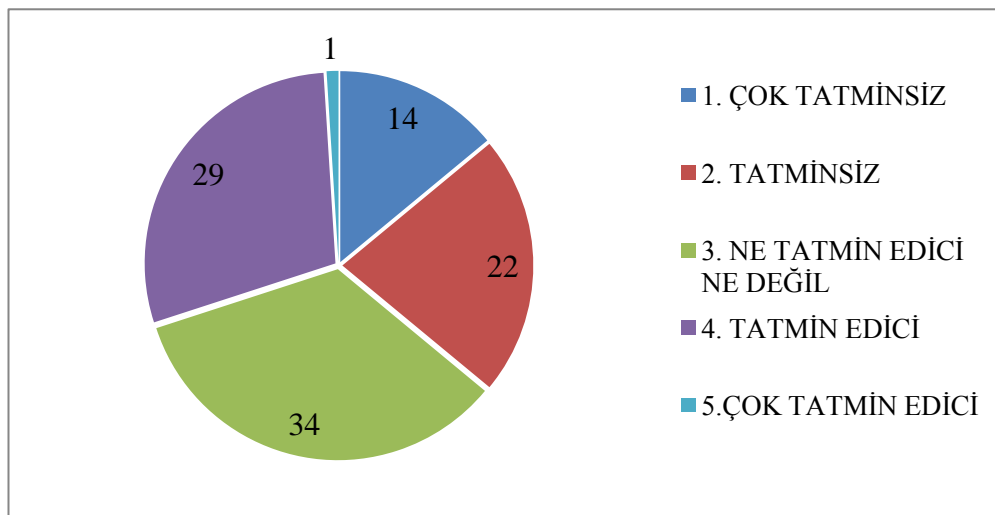
3.6.17. Hastaların günlük aktiviteleri

Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 42 hasta ne tatmin edici ne değil, 39 hasta tatmin edici, 3 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken 4 hasta çok tatminsiz, 12 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo 33).

Tablo 33:Günlük Aktivitelerini Yapabilmede Memnuniyet Düzeyi

3.6.19. Hastaların çalışma kapasitesi

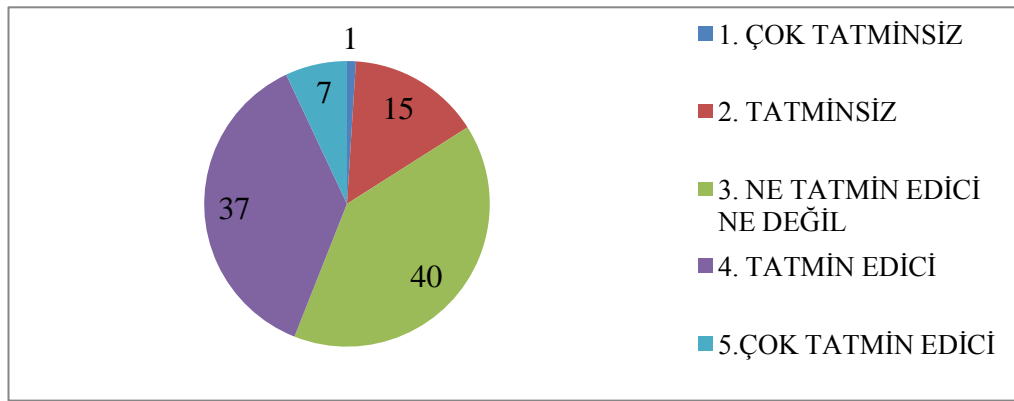
Çalışma kapasitenizden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 34 hasta ne tatmin edici ne değil, 29 hasta tatmin edici, 1 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken 14 hasta çok tatminsiz, 22 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 34).

Tablo 34: Çalışma Kapasitesinden Tatmin Olma Düzeyi

3.6.20. Hastaların kendilerinden memnuniyet derecesi

Kendi kendinizden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 40 hasta ne tatmin edici ne değil, 37 hasta tatmin edici, 7 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken,1 hasta çok tatminsiz, 15 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 35).

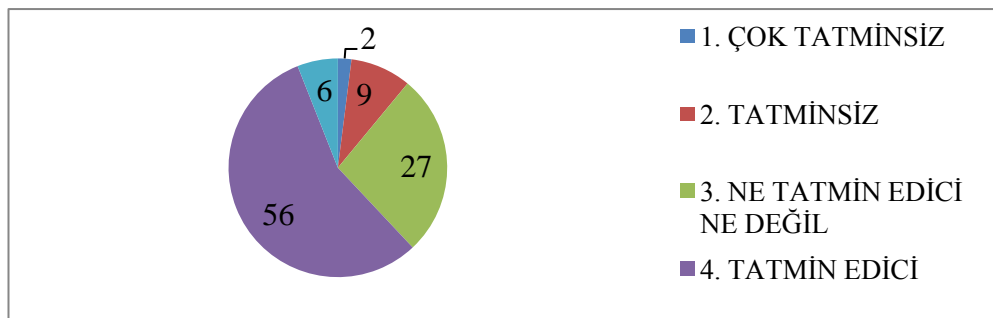
Tablo 35: Kendi Kendinden Memnun Olma Düzeyi



3.6.21. Hastaların kişisel ilişki durumu

Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 27 hasta ne tatmin edici ne değil, 56 hasta tatmin edici, 6 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken 2 hasta çok tatminsiz, 9 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 36).

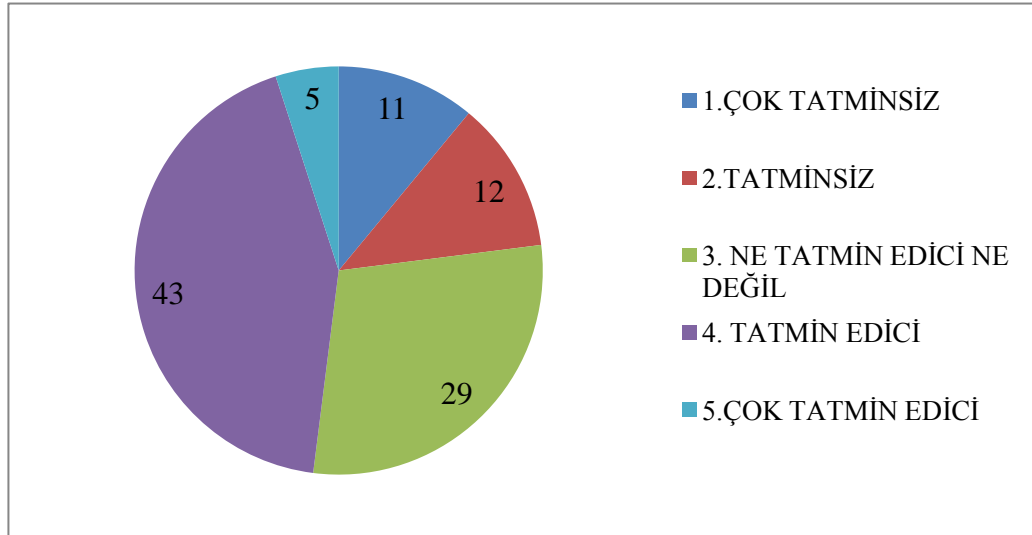
Tablo 36: Kişisel İlişkilerden Memnuniyet Düzeyi



3.6.22. Hastaların arkadaş desteklerinden memnuniyet derecesi

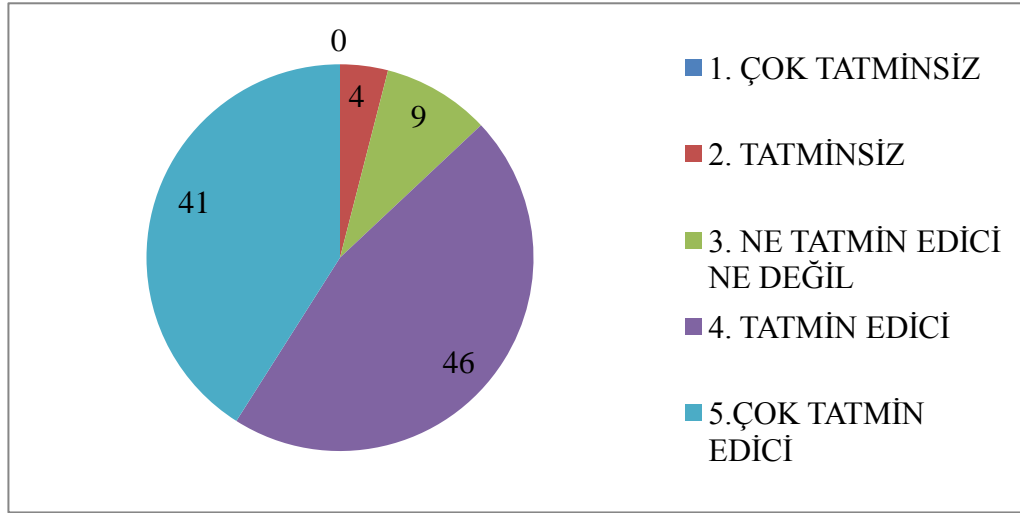
Arkadaşlarınızı desteğinden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 29 hasta ne tatmin edici ne değil, 43 hasta tatmin edici, 5 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 11 hasta çok tatminsiz, 12 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 37).

Tablo 37:Arkadaş Desteğinden Memnuniyet Düzeyi



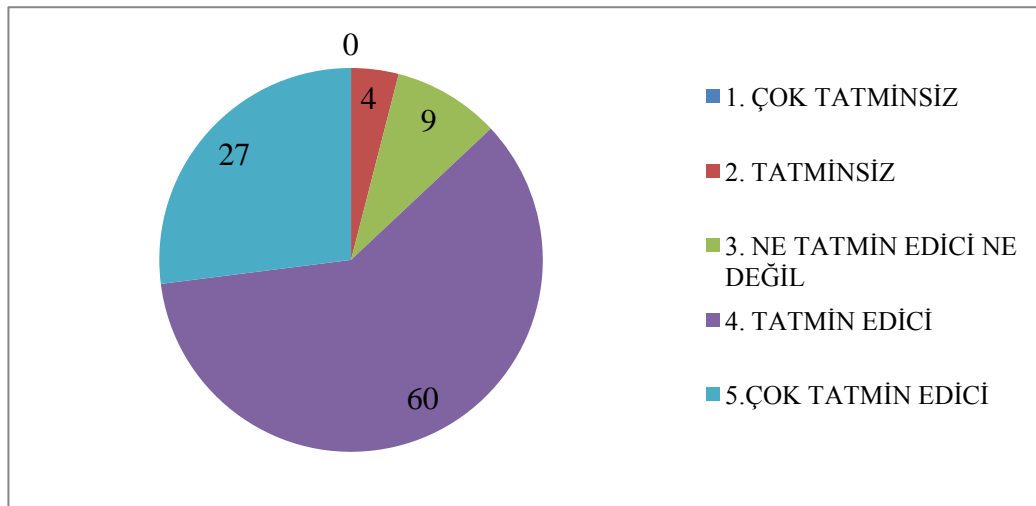
3.6.23. Diyalizin merkezinden memnuniyet derecesi

Diyaliz merkezinin size sunduğu imkânlardan ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 9 hasta ne tatmin edici ne değil, 46 hasta tatmin edici, 41 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 4 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 38).

Tablo 38: Diyaliz Merkezinden Memnuniyet Düzeyi

3.6.24. Sağlık hizmetini alıncaya kadar ki geçen süreden memnuniyet derecesi

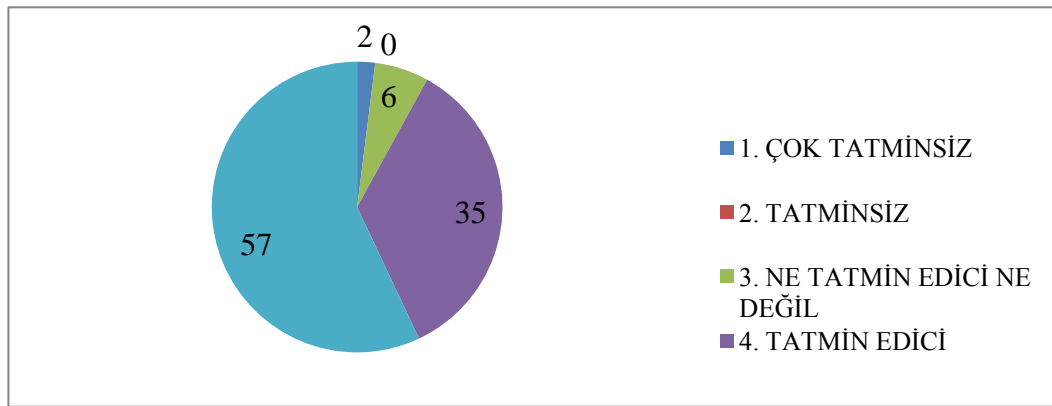
Sağlık merkezine girişinizden sağlık hizmeti alıncaya dek geçen süreden ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 9 hasta ne tatmin edici ne değil, 60 hasta tatmin edici, 27 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 4 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 39).

Tablo 39:Hizmeti Alırken Geçen Süreden Memnuniyet Düzeyi

3.6.25. Hastaların hekimlerine güven hissi

Diyalizdeki hekiminize ne kadar güveniyorsunuz? Sorusuna, 6 hasta ne tatmin edici ne değil, 35 hasta tatmin edici, 57 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 2 hasta çok tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 40).

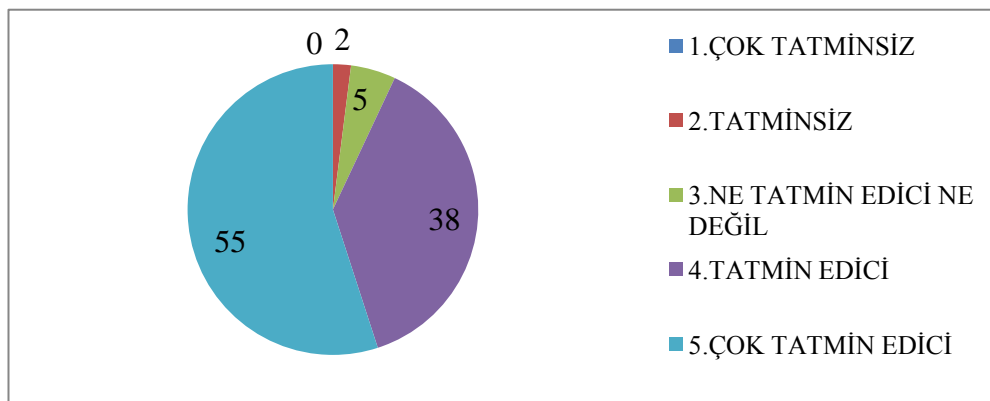
Tablo 40: Hekime Olan Güven



3.6.26. Hemşireye olan güven hissi

Diyalizdeki hemşirenize ne kadar güveniyorsunuz? Sorusuna, 5 hasta ne tatmin edici ne değil, 38 hasta tatmin edici, 55 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 2 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 41).

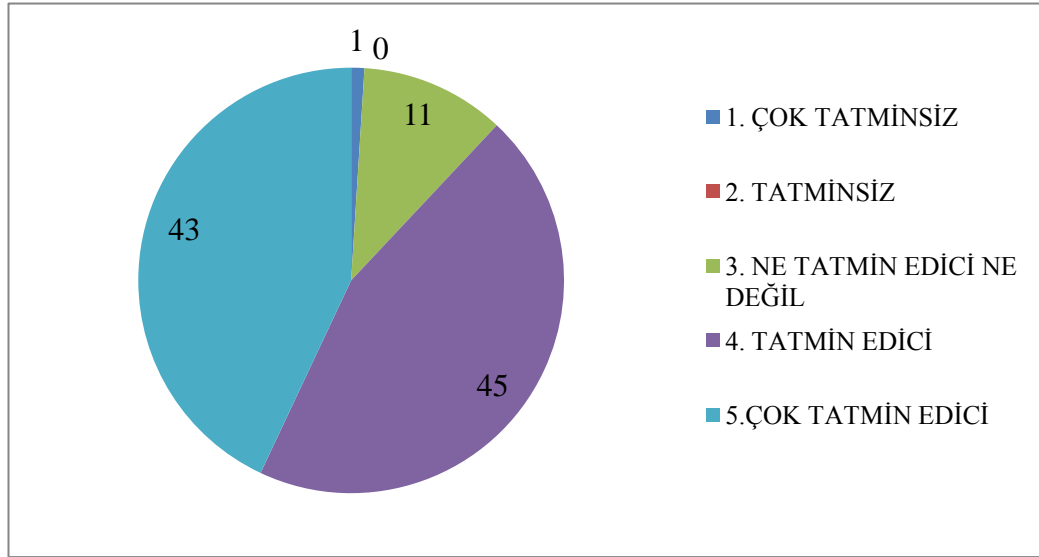
Tablo 41: Hemşireye Olan Güven



3.6.27. Diyalizde kendini güvende hissi

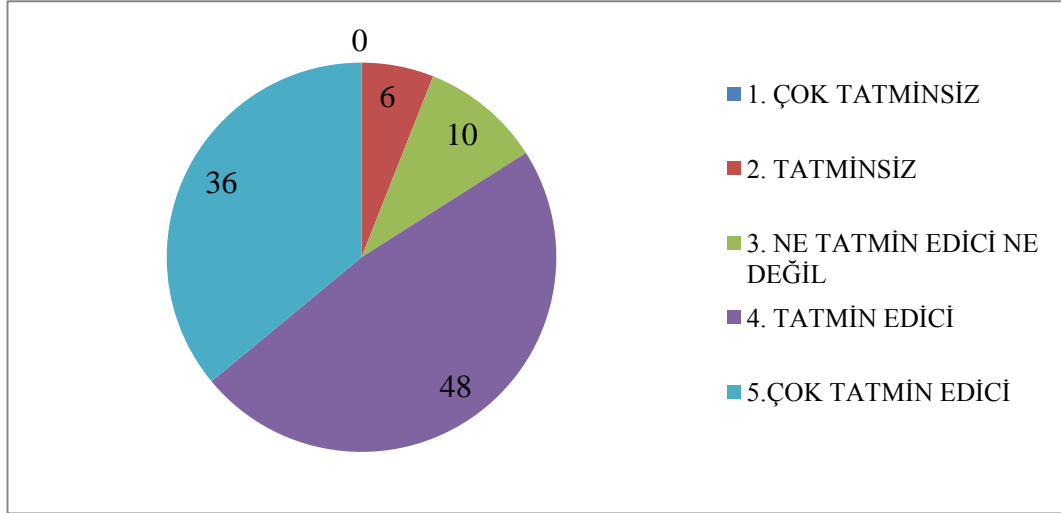
Diyalize geldiğinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz? Sorusuna, 11 hasta ne tatmin edici ne değil, 45 hasta tatmin edici, 43 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 1 hasta çok tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 42).

Tablo 42 : Diyalizde Kendini Güvende Hissetme



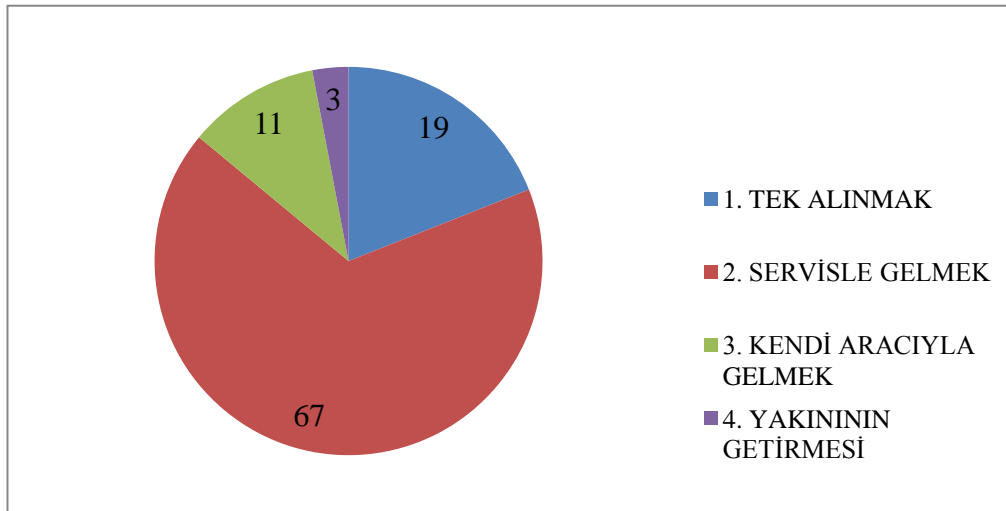
3.6.28. Sağlık merkezine ulaşımdan memnuniyet derecesi

Sağlık merkezimize ulaşımdan ne kadar memnunsunuz? Sorusuna, 10 hasta ne tatmin edici ne değil, 48 hasta tatmin edici, 36 hasta da çok tatmin edici olarak cevaplarırken, 6 hasta da tatminsiz olarak cevaplamıştır (Tablo, 43).

Tablo 43: Sağlık Merkezine Ulaşımın Değerlendirilmesi

3.6.29. Ulaşımın beklentiler

Sağlık merkezimize ulaşımın ne olmasını istediniz? Sorusuna, 19 hasta tek başına alınmayı istemiş, 67 hasta servisle alınmayı yeterli görmüş, 11 hasta kendi aracıyla gelmeyi isterken 3 hasta da yakınıyla birlikte gelmeyi istemiştir (Tablo, 44).

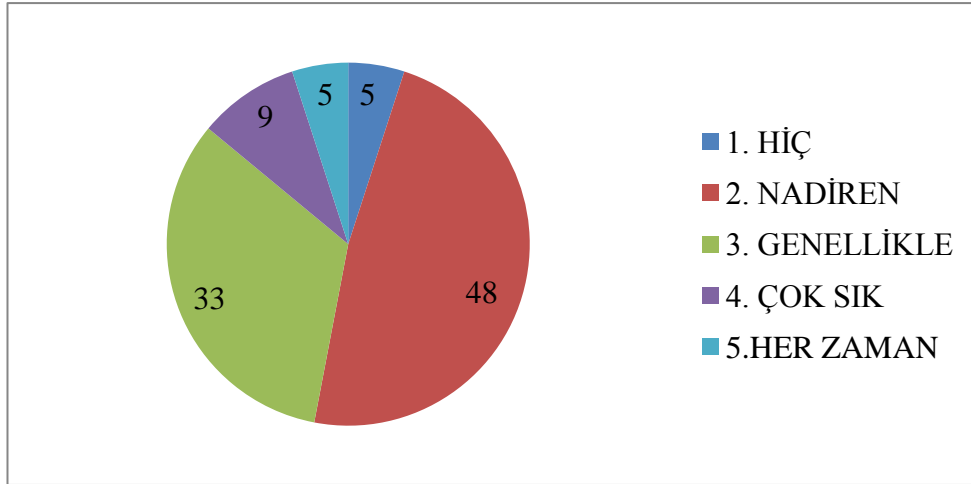
Tablo 44: Ulaşımın Olması İstenenler

Aslında merkezlerimizdeki 94 hasta da servisle evlerinden, köylerinden alınmaktadır. Zaman zaman aynı servisle geldikleri, aynı yerde diyalize girdikleri hastaları bile aynı servislerinde istememektedirler. Bazen de yan yana yataklarının olmalarına dahi tahammülleri olmamaktadır. Servise bindiklerinde bir diğer diyaliz hastasını bile herhangi bir nedenden dolayı beklerken sabırsızlanmakta, bizi bir an önce götürün diye de serzenişte bulunmaktadırlar. Çok nadiren hastalar yakınları ile diyalize gelmektedirler.

3.6.30. Olumsuz duygu ve düşüncelere kapılma sıklığı

Ne kadar sıklıkla olumsuz duygu, düşüncelere kapılırsınız? 33 hasta genellikle, 9 hasta çok sık, 5 hasta her zaman olumsuz duygu ve düşüncelere kapıldığını ifade ederken 5 hasta hiç kapılmadığını, 48 hasta da nadiren kapıldığını ifade etmektedir (Tablo, 45).

Tablo 45: Olumsuz Duygu ve Düşüncelere Kapılma Sıklığı

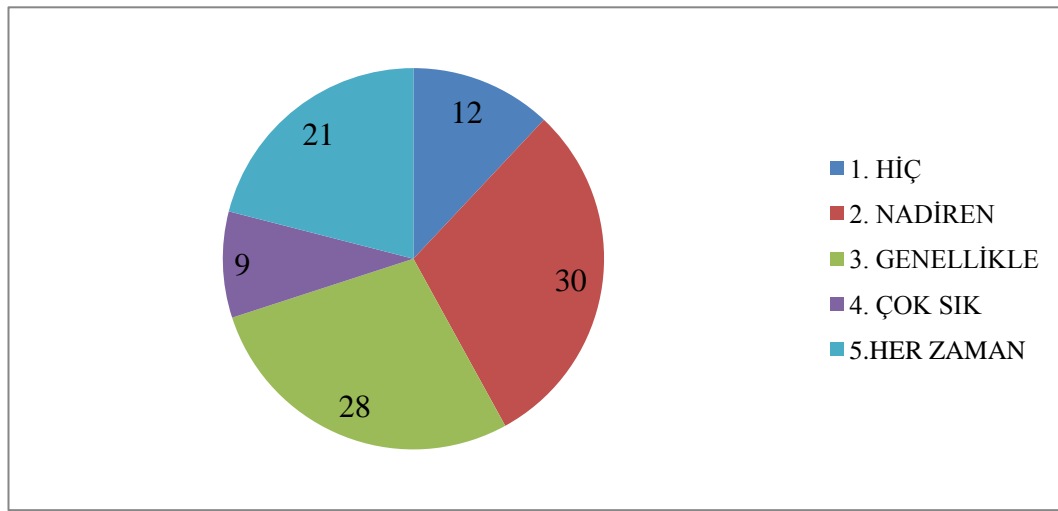


Diyaliz merkezimizdeki gözlemlerimize dayanarak da diyaliz esnasında gerçekleşen en küçük bir olumsuzlukta hastalar genellikle olumsuz yorumlar yapmaya yatkındırlar.

3.6.31. Ölümü düşünme sıklığı

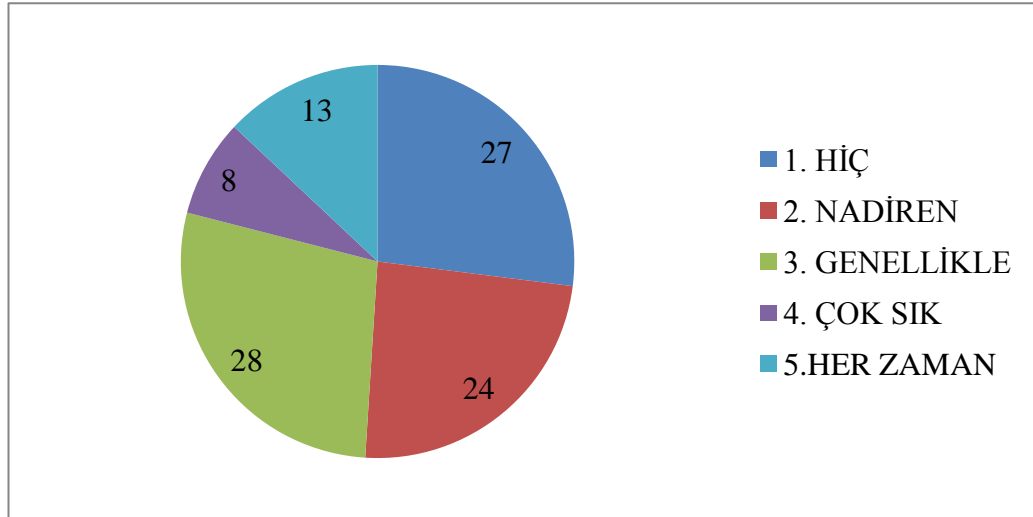
Ölümü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz? Sorusunu 28 hasta genellikle, 9 hasta çok sık, 21 hasta ise her zaman düşündüğü şeklinde cevaplarırken, 30 hasta nadiren düşündüğünü, 12 hasta ise hiç düşünmediğini ifade etmiştir (Tablo, 46).

Tablo 46: Ölümü Düşünme Sıklığı



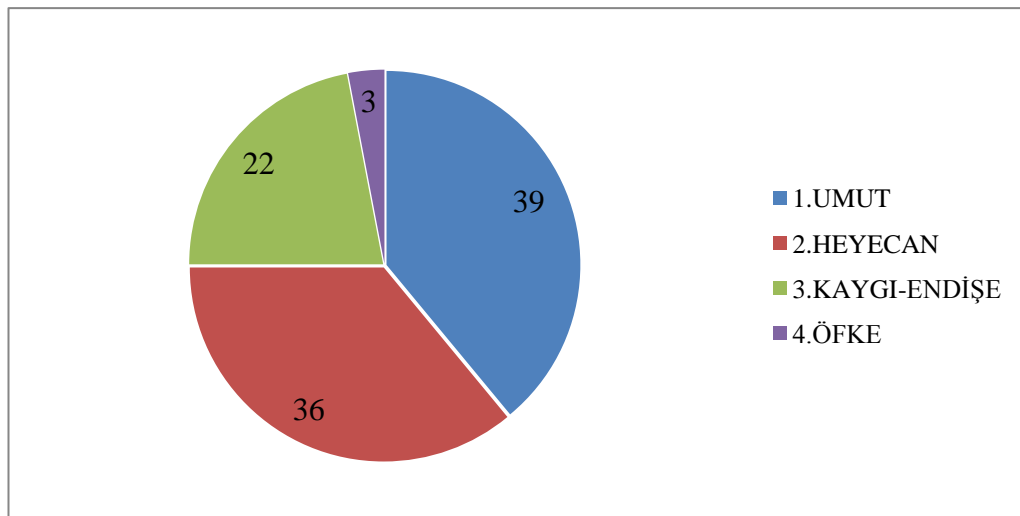
3.6.32. Diyalizde psikolojik destek alma sıklığı

Diyalizde psikolojik destek almak ister misiniz? Sorusunu 28 hasta genellikle, 8 hasta çok sık, 13 hasta ise her zaman almak istediği şeklinde cevaplarırken, 24 hasta nadiren, 27 hasta ise hiç psikolojik destek almak istemediğini ifade etmiştir (Tablo, 47).

Tablo 47: Psikolojik Destek Alma Sıklığı

3.6.33. Böbrek nakli umudunun hasta duygularına etkisi

Böbrek nakli olabileceğinizi bilmek sizde ne tür duygular uyandırıyor? Sorusu 39 hastada umut, 36 hastada heyecan, 22 hastada kaygı ve endişe, 3 hasta da ise öfke duygusunu uyandırmaktadır (Tablo, 48).

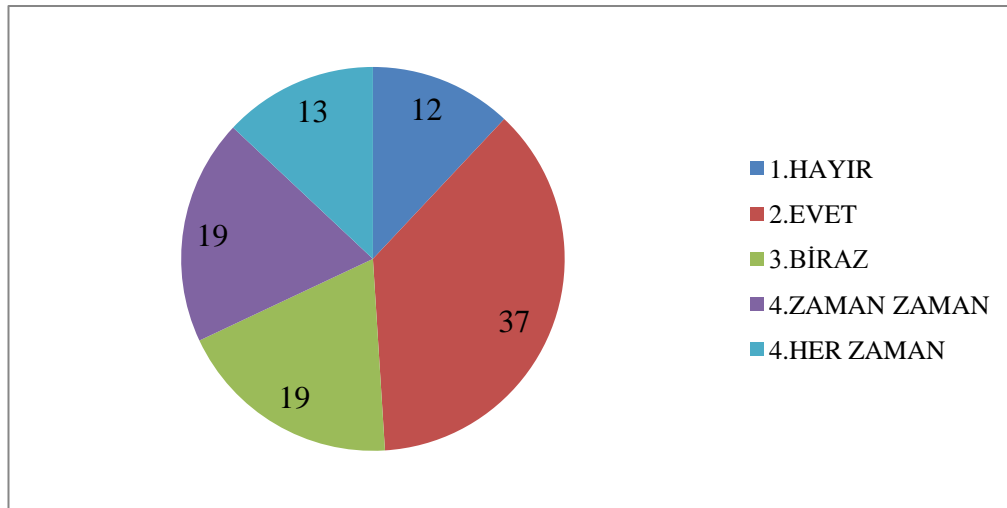
Tablo 48: Organ Nakli Umudunun Hasta Duygularına Etkisi

Birçok hasta hala böbrek nakline karşı tereddütle bakıyor. Çoğu eşinden ya da çocuklarından böbrek almak istemiyor, uzun yıllardır diyalize giren hastalar bu düzenlerinin bozulmasından korkuyor.

3.6.34. Hastalığı dini bir ceza olarak algılama hissi

Hastalığın dini bir ceza olduğu hissini yaşamayla ilgili sorulara 19 hasta biraz, 19 hasta zaman zaman, 13 hasta her zaman, 37 hasta evet, 12 hasta ise hayır cevabını vermişlerdir (Tablo, 49).

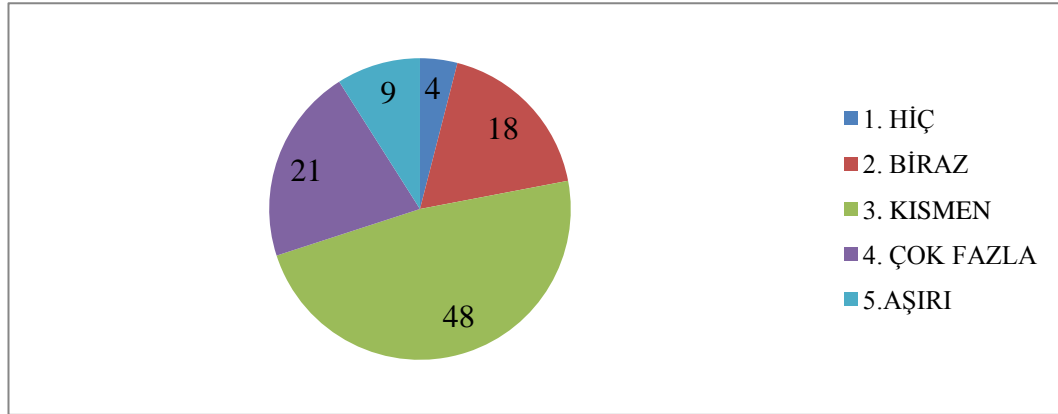
Tablo 49: Hastalığın Dini Bir Ceza Olarak Algılanma Hissinin Sıklık Düzeyi



Zaman zaman hastalıklarını Allah tarafından verilmiş bir ceza olarak da görmektedirler.

3.6.35. Öfkelenme sıklığı

Ne sıklıkta öfkelenirsiniz? Sorusuna 48 hasta kısmen, 21 hasta çok fazla, 9 hastada aşırı öfkelenmediğini söylerken 18 hasta biraz, 4 hasta da hiç öfkelenmediğini söylemektedir (Tablo, 50).

Tablo 50: Öfkelenme Sıklığı

Diyaliz hastalarının öfke nöbetlerini bizler hemşire olarak çok sık rastlamaktayız. Bazen girdikleri yatağı bazen de yedikleri kahvaltıyı beğenmeyerek o esnada etraflarında kim varsa adeta gözleri kararmış bir şekilde kötü sözler sarf etmektedirler, kimseyi beklemeye dahi tahammülleri yoktur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastaların yaklaşık % 60'lık kesimi organ nakline çok da olumlu bir gözle bakmamaktadır. Organ naklini umut verici olarak nitelendiren hastaların oranı %40'a yakın bir seviyededir. Oysa organ nakli kronik olarak bu hastalığı yaşayan hastaların kesin ve kalıcı bir tedavi elde etmesi demektir. Ancak ülkemizde organ nakli yapılabilecek gönüllü sayısı ve öldüğünde organ bağışı yapan kişi sayısı az olduğundan hastaların bu konudaki kötümser bakış açıları olağan karşılanmaktadır. Bu noktada bizim kanaatimize göre organ nakillerinin yaygınlaşabilmesinin temel yolu organ bağışlarından elde edilecek organlardır. Ancak ülkemizde organ bağışı yapan kişi sayısı oldukça azdır. Bunun temel sebebi dini inanışlar olsa gerek. Bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı devletin en yetkili merci olarak bir karar vermesi organ naklinin günah olmadığını tam tersine insanların yaşamlarını kurtaran önemli bir sevap olduğunu kamu spot programlarında Sağlık Bakanlığı ile beraber yürüteceği reklam kampanyaları ile halkımıza duyurması gerekebilir. Bir insanın yaşamını kurtararak aslında önemli bir sevap işlenilmektedir. Organ bağışlarının yaygınlaştırılması özellikle hemodiyaliz merkezlerinin iş yükünü azaltacağından hastaların daha iyi hizmet alabilmesini ve ayrıca psikolojik moral düzeylerinin de yükselmesini sağlayabilir.

Hastaların yaklaşık yarısı hastalıklarıyla ilgili olumsuz duygulara kapıldığını söylemişlerdir. Bunun temel nedenleri kronik bir hastalık olan böbrek yetmezliğinin hayatlarını olumsuz bir şekilde etkilemesi ve kendilerine organ nakli yapılma ihtimalinin düşüklüğünden olabileceği düşünülmektedir. Yine bu konuyla ilgili olarak hastaların yaklaşık %60'lık kesimi psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu söylemektedir. Ayrıca hastaların yaklaşık %60'lık kesimi ölümü düşündüğünü söylemişlerdir bu durumda hastaların moral düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Hastaların bu anlamda rahatlayabilmelerini, moral düzeylerini yükseltebilmek ve onları hayata bağlayabilmek için diyaliz merkezlerinde psikolog istihdamı ve /veya tedavi sürecinde onlara tedavi hizmetini sunan personellerin hastalara olumlu hisler uyandıracak bilgiler telkin etmesi sağlanabilir.

Hastaların tedavi sürecinde hizmet kalitesi ile ilgili duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik sorularla ilgili bulgularda hemodiyaliz merkezine ulaşım ile ilgili konuda tatminkâr oldukları göze çarpmaktadır. Ancak ulaşım esnasında bazı yaşana sorunların da varlığı belirtilmiştir. Yani şartlar iyileştirildiğinde ulaşım ile ilgili bir sorun yaşanmayacaktır. Hekime ve hemşireye olan güven ve ayrıca tedavi süresince kendini güvende hissetme konularında da hastaların tatmin düzeyi oldukça yüksektir. Ayrıca hizmeti alma süresi konusunda da hastaların büyük bir bölümü memnun olduklarını belirtmişlerdir. Tüm bu göstergeler hizmet kalitesinin hastaların memnuniyet derecelerini yükseltecek unsurlardır.

Hastaların hemodiyaliz merkezlerinde almış oldukları hizmetin kalitesi oldukça tatminkâr kabul edilebilir. Ancak hastaların moral düzeylerini yükseltecek çözümler aranması, onların hayat kalitelerine ve yaşam sevinçlerine olumlu yönde katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

ACARAY, A.,(2003), “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması (tez)”, Marmara Üniversitesi, İstanbul

AKDEMİR, N., BİROL L.,(2004), “İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, Genişletilmiş 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara,ss.194-199.

AKDEMİR, N., AKKUŞ, Y., KAPUCU, S.S., KARACAN, Y., (2006), “Hemodiyaliz Ünitelerinde Durum Saptama Çalışması”, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2006) 35–45

AKPOLAT, T., KUDDUSİ, C., (1998), “Diyaliz Tedavisinin Maliyeti’, Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul

AKPOLAT, T.,UTAŞ, C., (2001), “Diyaliz: Genel Bilgiler Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı”, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul

AKYOL, D., (1992), “Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmirakt. BALTAŞ, 2000.

ALTUNIŞIK, R., COŞKUN, R., BAYRAKTAROĞLU, S., ve YILDIRIM, E. (2010), “Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı”, (6. Baskı), Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

ANDREWS, F., M., and WHITNEY, S.B., (1976), “Social Indicators of well being: The Development and Measurement of perceptial indicators”, New York: Plenum

ARIK, N., (2001), “Nefroloji Kitabı”, Birinci Baskı, Deniz Matbaacılık, İstanbul.

- ARSLANTAŞ, R., KOTAN, R., KARAKURT, H., DADAŞOĞLU, F., ŞAHİN, F., KARAGÖZ, K., (2006), “Bitki Büyümesini Teşvik Eden Bazı Bakteri Strainlerinin ‘Şekerpare’ Kayısı Çöğürlerinin Bitki Gelişimi Üzerine Etkileri”, Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 41 (1), 7-12, ISSN : 1300-9036
- AŞTI, N., PEKTEKİN, C., (1994), “Çalışan hemşirelerin iş günü kaybı, nedenleri sıklığı ve iş doyumu ilişkisi”, *Hemşirelik Bülteni*. 1994;7:29–45.
- AVCI, K., ve PALA, K., (2004), “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (2) 81-85, Bursa
- AYDIN, M., ve TÜRKMEN, F., (2002), “Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri”, İstanbul
- AYDIN, Z.,(2000), “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi”, Hemşire El Kitabı, İstanbul, 2000
- BATLAŞ, Z., (2008), “Sağlık Psikolojisi”, Remzi Kitabevi, İstanbul:2000
- BARAN, A., G., (2008), “Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi” ,Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, s:86-97
- BAŞARAN, S., GÜZEL R., SARPEL T., (2006), “Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarının Değerlendirme Ölçütleri”, Adana
- BAYIK, A., (2004), “Hemşirelik Araştırmalarına Kalite Yaklaşımı” II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü ve Hemşirelikte Neredeyiz? HEMAR-G Derneği, Odak Ofset, 61-79

- BİLGİN, N., MORAY, G., KARAKAYALI, H., DEMİRAĞ, A., TIRNAKSIZ, MB., HABERAL, M., (1996), “Analysis of 1167 consecutive kidney transplants at our center.”, *Transplant Proc.* 1999 Dec;31(8):3107-9.
- BROWN, W., JAMES, F., ANDREW, P., ALLEN, VAN, M., SAVAGE, GEOFFREY, B., (2004), “Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyon, Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması Kitabı, çeviri Dr. Türkes Ülker”, Türkiye 1. Baskı 2006, William I Henrich 3.baskı
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., RODGERS, W.E., (1976), “The Quality of American Life”, Russell Sage Foundation, New York.
- COHEN, S., and WILLS, T.A., (1985), “Stress, Social Support and Buffering Hypothesis”, *American Psychological Association, Inc.*, 0033-2909/85, Vol.98 No.2 p.310-352 akt. BATLAŞ, (2010).
- DADALI, Z., (2009), “Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında Anksiyete ,Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- DAUGIRDAS, JT., (1994), “Chronic Hemodialysis Prescription in Handbook of Dialysis”, 2nd Ed. Ing TS (ed) Little Brown and Company, Boston, p.92
- DİLBAZ, N., (1996), “Yaşam kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatrisi”, *Psychomed*, cilt: 2, sayı: 1, S. 20-24
- DUYAN, V., (1996), “Sağlıkta Psiko - Sosyal Boyut” (Tıbbi Sosyal Hizmet) Ankara
- ELKINTON, J.R., (1966), “Medicine and the Quality of Life”, *Ann Intern Med.* 64(3):711-4.
- EMÜR, D., ONSEKİZ, S., (2007), “Kentsel Yaşam Kalitesi Bileşenleri arasında Açık ve Yeşil Alanların Önemi Kayseri/Kocasinan İlçesi Park Alanları Analizi” Onsekiz

Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 22 yıl, /1,s.367-396,
Çanakkale

GENÇ, R., (2009), “Türkiye’de ve Dünyada Organ Transplantasyon Cerrahisi:
Transplantasyon Lojistiğinin Yönetimi”, Ulusal Cerrahi Dergisi 2009;25(1):40-44

GÖKÇAKAN, Z., (1988), “Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları için Yeni Bir
Alan Olarak Hemodiyaliz Üniteleri ”, H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi .
8 , 1 – 2 – 3 : 1988.

GÖRGÜN-BARAN,A., (2008), “Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi”Yaşlı Sorunları
Araştırma Dergisi, s 86-97, Hacettepe Üniversitesi , Ankara

GUDEX, C.M.,(1995), “Health-Related Quality of Life in Endstage renal Failure”, Qual Life
Res 1995;4:359-366.

GÜLER, D., (2006), “Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon”, Uzmanlık Tezi
,İstanbul,2006

HAN, SY., YOON, JW. , JO, SK. , SHIN JH., SHIN C., LEE, JB., CHA, DR., CHO
WY., PYO, HJ., KIM, HK., LEE, KB., KIM, H., KIM, KW., KIM, YS., LEE,
JH., PARK, SE., KIM, CS., WEA, KS., OH, KS., CHUNG, TS., SUH, SY., (2002),
“Insomnia in Diabetic Hemodialysis Patients : Prevalence and Risk Factors by a
Multicenter Study”, Nephron;92:127-132

HISHIDA, A., (2002), “Diagnosis and Treatment of Kidney Failure”,Nippon Naika Gakkai
Zasshi; 91: 127-31.

HUXLEY, J., (1959), “Population Planning and Quality of Life” Eugen Rev. 51(3): 149–
154.

- KARADENİZ, G., ÜSTÜN, M., (2006), “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:1
- KATSCHING, H., (2000), “Schizophrenia and quality of life”, Act a Psychiatr Sc and Suppl. 2000; (407): 33-7.
- KILIÇ, R., ve KEKLİK, B., (2012), “Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, XIV(II), 147-160.
- KLANG, B., CLYNE, N., (1997), “Well-being and Functional Ability Inuremic Patients Before and after Having Started Dialysis Treatment”, Scand J Sci 1997;11:159-166.
- KOLTARLA, S., (2008), “Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması” Uzmanlık Tezi,İstanbul
- KRAL,Ü., (2010), “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi”, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa
- KRESPI, MR., BONE, M., AHMAD, R., WORTHINGTON, B., SALMON, P., (2009), “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Değerlendirmesi Anketinin Geliştirilmesi”, Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1):56-67
- LEVENDOĞLU, F., ALTINTEPE, L., UĞURLU, H., (2004), “Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi” Türk Geriatri Dergisi 2004,cilt 7, sayı 4, sayfa 196
- MARKUS, MP., JAGER, KJ., DEKKER, F.W., BOESCHOTEN, EW., STEVENS, P., KREDIET, RT., (1997), “Quality of life in Patients on Chronic Dialysis: Self-Assessment 3months after the start of the Treatment”, The Necosad Study Group. Am J Kidney Dis. 1997;29:584-592

- MASLOW, A.H., (2001), “İnsan Olmanın Psikolojisi”, Kuraldışı Yayıncılık, (çev.Okhan Gündüz), İstanbul
- MASLOW, A.H., (1970), “Motivation and Personality”, Harper&Row Publishers Second Edition, USA
- MEYER, KB., ESPINDLE, DM., DEGIACOMO, JM, (1994), “Monitoring Dialysis Patients”, Health Status.American Journal of Kidney Diseases, 1994; 24:267–279.
- MOLLAOĞLU, M., (2007), “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 5-7 nisan 2007, E.Ü.AKM, İzmir
- MUTLU, A., ve IŞIK, A.K., (2012), “Sağlık Ekonomisine Giriş ”, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa
- NOLL, H.H., (2004), “Social Indicators and Quality of Life Research : Background Achievements and Current Trends Retrieved”
- OKTİLE N., (2004), “Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi”, Muğla Üniversitesi Basımevi, Muğla
- ÖKSÜZ E., MALHAN S., (2005), “Sağlığa Bağlı Yasam Kalitesi Kalitemetri”, Ankara, s.21-22
- ÖZDAMAR, K. (2002), “Paket Programlar ile istatistiksel Veri Analizi- Çok Değişkenli Analizler” (4.Baskı), Eskişehir: Kaan Kitabevi, Yayın No: 2 Etam Matbaası. Cilt 1- Cilt2.
- ÖZCAN, Y., BAŞTÜRK, M.,ASLAN, S.,UTAŞ, C., (2000), “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi”, Turgut Özal Tıp Dergisi 7(4)

- ÖZGEÇ, H., (2014), “Diyaliz Hemşireliği”, Nobel Tıp Kitapevleri, Şubat,2014 , s. 8
- ÖZGÜR, B., KÜRŞAT, S., AYDEMİR, O., (2003), “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi”, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2003;1282:113-116.
- ÖZKAN, S., (1993), “Psikiyatrik Tıp : Konsültasyon - Liyezon Psikiyatrisi” İstanbul .
- PARLAK, S., (2004), “İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi”, Ekin Yayınevi, Bursa, s.3
- PAŞAOĞLU, P., (2011), “Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta.
- PERİM, A., (2007), “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi”, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
- SAĞDUYU, A., ve ÖZDEMİR N., (2009), “Hemodiyaliz Hastalarında Ruhsal Sorunlar; Yaşam Kalitesi ve Yordayıcı Faktörler”, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns Ocak / January 2009; 20:1-9
- SALTÜRK, A.G., ve DEĞİRMENCİ, A., (2006), “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi” (Uzmanlık tezi),İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İıı.Dahiliye Kliniği Şef: Doç. Dr. Hilmi Çiftçi İstanbul.
- SAN, A., (2001), “Ülkemizde Hemodiyaliz Tarihi”, Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 2. Baskı, İstanbul
- SELAMET, U., (2005), “Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektoretinogram Değişiklikleri”, Uzmanlık Tezi, İstanbul

- SORKIN, M.I., DIAZ-BUXO, J.A., (1994), "Physiology of Peritoneal Dialysis", *Perit Dial Int*;17 (Suppl 3), p.28-31
- TATAR, M., (2011), "Özel Hemodiyaliz Merkezleri Maliyet Analizi Çalışması", Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Ankara,
- TELAFERLİ, B., (1992), "Sürekli Hemodiyaliz Tedavisinde Genel Uyum ve Ruhsal Faktörler", İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- TESTA, M.A., SIMONSON, D.C., (1996), "Assessment of Quality-of-Life Outcomes", *New England Journal of Medicine*", 334(13):835-40./9.06.2014
- TIM, G., (2014), "Reception theory of architecture: its pre-history and after life", *Architectural Theory Review*, 18(3), pp. 279-292. ISSN (print) 1326-4826
- TORLAK, E., Savaş YAVUZÇEHRE, P., (2008), "Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme", *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, Cilt 17, Sayı 2, Nisan 2008, s. 23-44.
- TSAY, S.L., HEALSTEAD, M., (2002), "Self-Care, Self-Efficacy, Depression and Quality of Life Among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan", *Int J NursStud*, 39(3): 245-251.
- TÜRKMEN, F., (2002), "Hemodiyaliz Seminer El Kitabı", 1. Baskı, s:52-67, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul.
- ULUDAĞ, E., (2006), "Kronik Renal Yetmezlikli Hastalarda Hemodiyaliz İçin Kullanılan Arterovenöz Greftlerde Görülen Komplikasyonlar ve Tedavi Yaklaşımları", Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- ÜNAL,G.,BİLGE A., (2005), “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalıkların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, Ege Tıp Dergisi 44(1):35-38, İzmir
- VURAL A., (2002), “Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavisi” , İç Hastalıkları Günleri III. GATA Basımevi, Ankara, s.339-358.
- WILLIAMS, S.W., TELL, G.S., ZHENG, B., SHUMAKER, S., ROCCO, MV., SEVICK, MA., (2002), “Correlates of Sleep Behavior among Hemodialysis Patients.”, The Kidney Outcomes Prediction and Evaluation (KOPE) Study, Am. J. Nephrol., 2002, 22, 18
- YALÇIN A.,U., AKPOLAT T., (2000), “Kronik Böbrek Yetmezliği”,Hemşire El Kitabı,İstanbul
- YATKIN, I., (2009), “Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon”, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek ,İstanbul.
- ZAMPIERON, A., ELSEVIERS, MM., DE VOS, JY., FAVARETTO, A., GEATTI, S., HARRINGTON, M., (2005), “The European Practice Database (EPD): Results of the Study in the North-East of Italy EDTNAERCA”, Journal 2005; 31 (1): 49-54
- ZAWADA, E.T., (2003), “Indications for Dialysis”, Little, Brown and Company, Boston 2003:3-9.

İnternet Kaynakları:

<http://eprints.edu.tr/868/1/TS00925.pdf>/02.10.2016

<http://organ.saglik.gov.tr./dyobreports/web./>(1.10.2016)

<http://organ.saglik.gov.tr./web./>(02.10.2016)

<http://www.gesis.org/dauerbeobachtung/Sozialindikatoren/Publikationen/pdf-dateien/Noll-SI-Research-in-Genov-2004.pdf>

<http://www.cu.edu.tr/> Erişim Tarihi:02.10.2016

<http://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-.pdf>/30.09.2016

[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Diyaliz_Tam_Rapor/\\$FILE/Informe%20Dialisis%20Turquia%20V10_OK%20Turco.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Diyaliz_Tam_Rapor/$FILE/Informe%20Dialisis%20Turquia%20V10_OK%20Turco.pdf)/29.09.2016

http://www.haberler.com/diyaliz-hastasi-sayisi-10-yilda-ikiye-katlayacak_-4464621-haberi/2/10/2016

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_sema_koltarla.pdf,2.10.2016

<http://www.mahmutdeniz.com/files/kalite.pdf>/2.10.2016

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15070/diyaliz-merkezleri-hakkinda--degisiklik-yap-.html>/27.09.2016

<http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15070/diyaliz-merkezleri-hakkinda-yonetmelikte-degisiklik-yap-.html>/2.10.2016

http://www.tsn.org.tr/folders/file/diyalizin_maliyeti.pdf/30/09/2016

http://www.utf.dergisi.org/pdf/pdf_UTF_168.pdf/ Erişim Tarihi: 30.09.2016

www.diader.org.tr/dosya/HacettepeMaliyetAnalizi.pdf/29/9/2016

www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/ic_hast/dr_umut_selamet.pdf/1.10.2016

www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_isilay_yatkin.pdf/17.01/2014

www.seydişehirdh.gov.tr/kalite/m5.pdf, 1.10.2016

www.toki.gov.tr/habitat/dokumanlar/habitatgundemi.doc/2.10.2016

www.tsn.org.tr/folders/file/renal_transplantasyon.pdf/01.10.2016

www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/02.10.2016

www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf/1.10.2016

www.turkmeddiyaliz.com.tr/2.10.2016

<http://www.gesis.org/>02.10.2016

www.iibfdergi.aku.edu.tr/pdf/14_2/9.pdf/02.10.2016

<http://www.gencdiyaliz.com/forum/showthread.php?tid=17072>.10.2016

<http://www.saglik.gov.tr>, 2.10.2016

<http://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498->,2.10.2016

<http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679>, 2.10.2016

EKLER**Ek 1: Anket Formu****HEMODİYALİZİN HASTALARIN HAYAT KALİTESİNE ETKİLERİNİN ÖLÇÜLMESİ
ANKETİ****1-YAŞINIZ**

10-19 20-39 40-59 ve üstü

2- CİNSİYETİNİZ

KADIN ERKEK

3-EĞİTİMİNİZ

İLKOKUL ORTAOKUL LİSE ÜNİVERSİTE
OKURYAZAR DEĞİL

4-MEDENİ DURUMUNUZ

EVLİ BEKAR DUL-BOŞANMIŞ

5- ÇOCUKLARINIZ VAR MI?

YOK 1-3 3-5 5 ve üstü

6- ÇOCUKLARINIZIN SİZİ ZİYARET SIKLIĞI NEDİR?

HERGÜN

HAFTADA BİR

AYDA BİR

İLGİLENMEZLER

7- İŞ DURUMU

ÇALIŞIYOR

ÇALIŞMIYOR

EMEKLİ

8- KBY TAKİBİNDE OLDUĞU SÜRE-DİYALİZE GİRDİĞİ SÜRE-BÖBREK NAKLİNDEN SONRA GEÇEN SÜRE?

1-6 AY

7-12 AY

1-3YIL

3-5YIL

5YIL >

9- YAŞANILAN YER

KÖY

İLÇE

ŞEHİR MERKEZİ

Aşağıdaki sorular size yaşam kaliteniz, sağlık veya hayatınızın diğer alanlarında nasıl hissettiğinizi soracak.

Bu sorular dünya sağlık organizasyonlarının yaşam kalitesine dayanır.

1

2

3

4

5

Hiç

biraz

kısmen

sıksık

kesinlikle

En uygun gelen dereceyi seçiniz.

Hangisini işaretleyeceğinizden emin değilseniz birinci en iyi seçimdir. Standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve ilgi alanlarınızı göz önünde bulundurunuz. Soruların altına yorum yapınız.

Son 4 haftada yaşadıklarınızı düşünerek cevaplayınız.

1. Yaşam kaliteniz nasıl derecelendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Çok düşük	Düşük	Ne düşük ne iyi	İyi	Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne derece memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

3. Gün aşırı diyalize girmeniz size ne derecede yapmak istediklerinizi yapmakta engel olur ?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

4. Günlük hayatınızı geçirmek için ne kadarlık tıbbi tedaviye ihtiyacınız vardır?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

5. Hayattan ne kadar zevk alıyorsunuz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

6. Hayatınızı ne derece anlamlı buluyorsunuz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

7. Dikkatiniz nasıl?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

8. Günlük yaşantınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

9. Yaşadığımız ev ne kadar sağlıklı?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok fazla	aşırı

Yorum:

10. Günlük yaşantınız için gerekli enerjiye sahip misiniz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çoğunlukla	tamamen

Yorum:

11. Böbrek hastalığının sizde yarattığı değişikliği kabullenebiliyor musunuz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çoğunlukla	tamamen

Yorum:

12. Gelir düzeyinizin size yettiğini düşünüyor musunuz?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çoğunlukla	tamamen

Yorum:

13. Gereken maddi desteği size kim sağlıyor?

1	2	3	4	5
Anne Baba	Çocuk	Devlet	Borç	Yardım

Yorum:

14. Boş vakitlerinizde aktivite yapmaya ne derece fırsatınız olur?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çoğunlukla	tamamen

Yorum:

15. Hastalığınız ev hayatınızı etkiledi mi?

1	2	3	4	5
Hiç	biraz	kısmen	çok	aşırı

Yorum:

16. Uykularınızdan ne derece memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

17. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirebilme yetinizden ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

18. Çalışma kapasitenizden ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

19. Kendi kendinizden ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

20. Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici Ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

Yorum:

21. Arkadaşlarınızı desteğinden ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici Ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

Yorum:

22. Diyaliz merkezinin size sunduğu imkanlardan ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici Ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

Yorum:

23. Sağlık merkezine girişinizden sağlık hizmeti alıncaya dek geçen süreden ne kadar ne kadar memnunsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici Ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

Yorum:

24. Diyaliz merkezindeki hekiminize ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici Ne değil	Tatmin edici	Çok tatmin edici

Yorum:

25. Diyaliz merkezindeki hemşirene ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

26. Diyaliz merkezine geldiğinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

27. Sağlık merkezine ulaşımından ne kadar memnun musunuz?

1	2	3	4	5
Çok tatminsiz	Tatminsiz	Ne tatmin edici	Tatmin edici	Çok tatmin edici
		Ne değil		

Yorum:

28. Sağlık merkezine ulaşımından ne olmasını isterdiniz?

1	2	3	4
Tek alınmak	Servisle gelmek	Kendi aracım	Yakınım tarafından

Yorum:

29. Ne kadar sıklıkla olumsuz duygu, düşüncelere kapılırsınız?

1	2	3	4	5
Hiç	nadiren	genellikle	çok sık	her zaman

Yorum:

30. Ölümü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?

1	2	3	4	5
Hiç	nadiren	genellikle	çok sık	her zaman

Yorum:

31. Diyalizde psikolojik destek almak ister misiniz?

1	2	3	4	5
Hiç	nadiren	genellikle	çok sık	her zaman

Yorum:

32. Böbrek nakli olabileceğinizi bilmek sizde ne tür duygular uyandırıyor?

1	2	3	4
Umut	Heyecan	Kaygı-Endişe	Öfke

Yorum:

33. İnançlı birimisiniz?

1	2	3	4	5
Hayır	Evet	Biraz	zaman zaman	her zaman

Yorum:

34. İnanduğunuz dini değerlerle hastalığınızı bağdaştırır mısınız? Bu sizi ne tür düşüncelere sevk ediyor?

1	2	3	4	5
Hayır	Evet	Biraz	zaman zaman	her zaman

Yorum:

35. Ne sıklıkta öfkelenirsiniz?

1	2	3	4	5
Hiç	Biraz	Kısmen	Çok fazla	Aşırı

Ek 2: Özgeçmiş

FeyzanurKIRAN

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi 23.01.1977

Medeni Durum Evli ve iki çocuk

İŞ TECRÜBESİ

03/1998-09/1998 : Florance Nightingale Hastanesi Kardiyoloji Servis Hemşiresi

1998-2005 : Türk Böbrek Vakfı Hacı Hüseyin Terzi Tekirdağ Diyaliz Merkezi Diyaliz Hemşiresi

2005- Halen devam ediyor : Türk Böbrek Vakfı Hacı Hüseyin Terzi Tekirdağ Diyaliz Merkezi Başhemşiresi

EĞİTİM BİLGİLERİ

1994 : Tekirdağ Tuğlacılar Lisesi

1998 : İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

SEMİNER ve KURSLAR

11.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 5-9/9/2001

Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası Sağlık Bakanlığı 19.10.2001

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Bilgi Semineri ASR 25.09.2003

14.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 10-14/9/2004

Crush Sendromu ve Felaketlerde Sağlık Hizmetleri Türk Nefroloji Derneği, 6.05.2005

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Bilgi Semineri İDA 8-9.07.2006

16.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 28-01/11/2006

Hemşirelikte Kronik Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları Türk Nefroloji Derneği 29/10/2006

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi İç Denetçi Eğitimi İDA 18/03/2007Etkili Hizmet İletikom 20-27/05/2007

17.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 14-18/11/2007

Depreme Hazırlık Kursu Türk Nefroloji Derneği, 15/10/2007

18.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 19-23/10/2008

Anemi Türk Nefroloji Derneği Anemi Çalışma Grubu 11/04/2009

Hasta için Yardım Edici İletişim Türk Böbrek Vakfı, 05/02/2009

ILO Sözleşme ve İnsan Hakları Türk Böbrek Vakfı, 19/03/2009

Ölüm Aile Hemşirelik Türk Böbrek Vakfı, 02/04/2009

Güvenli İlaç Uygulama Türk Böbrek Vakfı, 16/04/2009

Temel Yaşam Desteği Türk Böbrek Vakfı, 09/07/2009

Kronik Böbrek Yetmezliğine Neden Olan Hastalıklar Türk Nefroloji Derneği, 01/12/2011

Diyaliz Eğitimi Sempozyumu Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği,27.04.2013,Tekirdağ İlinde Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığının Önlenmesi Türk Böbrek Vakfı, Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü, 12/01/2014

24.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Türk Nefroloji Derneği 22-26/10/2014

Nefroloji Eğitim Toplantısı Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği, 27/03/2015

