

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİ,
HASTA ÖZELLİKLERİ VE
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ DOYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mihran KÜÇÜK

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Serap DEMİR**

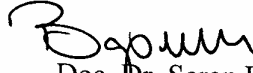
TEZ NO: 2008-005


2008 – AFYONKARAHİSAR


KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans progra
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafınd
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

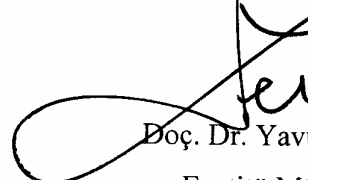
Tez Savunma Tarihi: 25.01.2008


Doç. Dr. Serap DEMİR
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Nihal C
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Neşe DEMİRTÜRK
ÜYE

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
Mihran KÜÇÜK'ün "Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta
ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Duyumları Arasındaki İlişkinin İn
başlıklı tezi 04.02/2008 günü saat 10.00'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yav
Enstitü Mi

ÖNSÖZ

Bu konuda çalışma yapmamı sağlayan ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Serap DEMİR'e, anket uygulama aşamasında bana gösterdikleri yakın ilgi ve anlayıştan dolayı Uşak Devlet Hastanesi, Uşak Bir Eylül Devlet Hastanesi, Umut Diyaliz Merkezi ve Afyon Diyaliz Merkezi çalışanlarına, benden manevi desteklerini esirgemeyen tüm iş arkadaşlarıma ve beni tüm tez çalışmam boyunca sonuna kadar destekleyen anneme, babama ve özellikle sevgili eşime sonsuz teşekkürler...

Mihran KÜÇÜK

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar	VIII
Şekiller	X
Çizelgeler	XI
ÖZET	XV
SUMMARY	XVI
1. GİRİŞ	1
1.1. GENEL KAVRAMSAL ANLATIM	1
1.2. AMAÇ VE ÖNEM	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	4
2.1.1. Epidemiyoloji	5
2.1.2. Etyoloji	5
2.1.3. Patofizyoloji	6
2.1.4. Üremide Klinik Belirti ve Bulgular	7
2.1.4.1. Sıvı-Elektrolit Dengesi Bozuklukları	8
2.1.4.2. Gastrointestinal Sistem Bozuklukları	8
2.1.4.3. Kardiyovasküler Sistem Bozuklukları	9
2.1.4.4. Solunum Sistemi Bozuklukları	9
2.1.4.5. Hematopoetik Sistem Bozuklukları	9
2.1.4.6. Nöromusküler Sistem Bozuklukları	9
2.1.4.7. Metabolik-Endokrin Sistem Bozuklukları	10
2.1.4.8. İskelet Sistemi Bozuklukları	10
2.1.4.9. Dermatolojik Bozukluklar	10
2.1.4.10. İmmunolojik Sistem Bozuklukları	11

2.1.5. Tanı	11
2.1.6. Tedavi	11
2.2. HEMODİYALİZ	12
2.2.1. Tarihçe	12
2.2.2. Hemodiyaliz Endikasyonları	12
2.2.3. Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları	13
2.2.3.1. Geçici Damar Giriş Yolları	13
2.2.3.2. Arterio-Venöz (AV) Giriş Yolları	14
2.2.4. Diyalizin Fizyolojik Prensipleri	14
2.2.5. Hemodiyalizin Avantajları	15
2.2.6. Hemodiyalizin Dezavantajları	15
2.2.7. Hemodiyalizin Komplikasyonları	15
2.2.7.1. Akut Komplikasyonları	16
2.2.7.2. Kronik Komplikasyonları	16
2.2.7.3. Sık Görülen Komplikasyonları	16
2.2.8. Hemodiyalizde Diyaliz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	17
2.3. PERİTON DİYALİZİ	18
2.3.1. Periton Diyalizi Endikasyonları	19
2.3.2. Periton Diyalizin Komplikasyonları	19
2.4. RENAL TRANSPLANTASYON	19
2.4.1. Renal Transplantasyonun Endikasyonları	19
2.4.2. Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları	20
2.4.3. Relatif Kontrendikasyonlar	20
2.4.4. Transplantasyon Komplikasyonları	20
2.5. HEMODİYALİZ HASTASI VE ÖZELLİKLERİ	20
2.5.1. Diyalize Bağlı Kayıplar	22
2.5.2. Psikolojik Özellikler	23
2.6. HEMODİYALİZ HASTASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI VE ÖNEMİ	25
2.7. YAŞAM KALİTESİ	27
2.8. HİZMET KALİTESİ	28
2.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Müşteri (Hasta) Tatmini	31
2.8.2. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi	31

2.8.2.1. Hasta Memnuniyeti	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	33
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRE	33
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SAYISI VE ÖRNEKLEM SEÇİM YÖNTEMİ	33
3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	33
3.4.1. Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu	34
3.4.2. Sosyodemografik Özellikler Formu	34
3.4.3. Short Form-36	34
3.4.3.1. Fonksiyonel Durum Alanı	35
3.4.3.2. Esenlik Alanı	36
3.4.3.3. Genel Sağlık Anlayışı Alanı	36
3.4.4. SERVQUAL Ölçeği	36
3.5. GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI	38
3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	38
4. BULGULAR	39
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	39
4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SF-36 PUANLARININ İNCELENMESİ	42
4.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN, YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN	43
4.4. SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN MADDELERİNE VERİLEN BEKLENEN VE ALGILANAN PUANLARININ İNCELENMESİ VE ANLAMLILIKLARININ BELİRLENMESİ	55
4.5. SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN BEŞ HİZMET BOYUTUNUN İNCELENMESİ	60
4.6. HASTALARIN BEŞ HİZMET BOYUTUNA VERDİKLERİ ÖNEM	61
4.7. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN, SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE ANLAMLILIĞININ İNCELENMESİ	62
4.8. SF-36 İLE SERVQUAL ÖLÇEĞİ ANLAMLILIĞININ İNCELENMESİ	83

5. TARTIŞMA	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
6.1. SONUÇ	102
6.2. ÖNERİLER	104
KAYNAKLAR	105
EKLER	114
EK-1. Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu	114
EK-2. Sosyodemografik Özellikler Formu	116
EK-3. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)	120
EK-4. SERVQUAL Ölçeği	127
EK-5. Sf-36 Değerlendirme Yönergesi	131

KISALTMALAR

AIOH	: Alüminyum Hidroksit
A.P.O.	: Algılanan Puan Ortalaması
AV	: Arterio-Venöz
BMI	: Beden Kitle İndeksi
B.P.O.	: Beklenen Puan Ortalaması
BUN	: Kan Üre Nitrojeni
Ca	: Kalsiyum
Ca _x P	: Kalsiyum Fosfor Oranı
CAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
CCPD	: Sürekli Devirli Periton Diyalizi
C _{CR}	: Kreatinin Klirensi
CMV	: Sitomegalo Virus
DM	: Diabetes Mellitus
EPO	: Eritropoetin
F	: One-Way ANOVA
GFR	: Glomeruler Filtrasyon Hızı
Hb	: Hemoglobin
HDL	: High Density Lipoprotein
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
Kg	: Kilogram
Kt/V	: Tüm Vücut Üre Klirensi
LH	: Luteinizan Hormon
Maks.	: Maksimum
Min.	: Minimum
n	: Örneklem Sayısı
NCDS	: National Cooperative Dialysis Study
NKF-DOQI	: National Kidney Foundation Dialysis Qutcome Quality

	İnitiative
Ort	: Ortalama
P	: Fosfor
p	: Anlamlılık Düzeyi
P _{CR}	: Plazma Kreatinini
PCR	: Protein Katabolizma Hızı
PRU	: Üre Atılım Yüzdesi
r	: Pearson Correlation
S _{CR}	: Serum Kreatinini
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
Sf-36	: Short Form-36
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	: Standart Sapma
t	: Independent-Samles t Test
TAC	: Zaman Ortalamalı Üre Konsantrasyonu
U _{CR}	: İdrar Kreatinini
UKM	: Üre Kinetik Modeli
URR	: Üre Azalma Oranı
V	: İdrar Volümü (24 saatlik volüm / 1440)

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) ve Nitelikleri	28
Şekil 2.2. Müşterinin Algılaması İle Oluşan Tatmin Düzeyi	30
Şekil 4.1. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Alanlarının Dağılım Histogramı	44
Şekil 4.2. Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarının Dağılım Histogramı	49

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Nedenleri	6
Çizelge 2.2. Üremik Hastalarda Elektrolit Değişiklikleri	9
Çizelge 3.1. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları ve Her Bir Boyuta Düşen Ölçek Maddesi	38
Çizelge 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	39
Çizelge 4.2. Katılımcıların Algıladıkları Sf-36 Puanlarının Dağılımı	42
Çizelge 4.3. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Yaş Arasındaki İlişki	43
Çizelge 4.4. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Cinsiyet Arasındaki Farkın İncelenmesi	43
Çizelge 4.5. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	45
Çizelge 4.6. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Meslek Arasındaki Farkın İncelenmesi	47
Çizelge 4.7. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Sosyal Güvence Arasındaki Farkın İncelenmesi	48
Çizelge 4.8. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Aile Tipi Arasındaki Farkın İncelenmesi	48
Çizelge 4.9. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre İncelenmesi	49
Çizelge 4.10. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımına Göre İncelenmesi	50
Çizelge 4.11. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının EPO Tedavisi Alınmasına Göre İncelenmesi	50
Çizelge 4.12. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz İşlemi İçin Şu An Kullanılan Giriş Yoluna Göre İncelenmesi	51
Çizelge 4.13. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının CaxP Değerine Göre İncelenmesi	52

Çizelge 4.14. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Hemoglobın (Hb) Düzeyi Arasındaki İlişki	52
Çizelge 4.15. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Albumin Düzeyi Arasındaki İlişki	52
Çizelge 4.16. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Transferrin Satürasyonu Arasındaki İlişki	53
Çizelge 4.17. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki	53
Çizelge 4.18. Yaşam Kalitesi Alanlarının Diyaliz Yeterliliğine (Kt/V) Göre İncelenmesi	54
Çizelge 4.19. Hastaların Beklenen-Algılanan ve Fark Puanlarının İncelenmesi	55
Çizelge 4.20. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 1. Sıra	58
Çizelge 4.21. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 2. Sıra	59
Çizelge 4.22. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 3. Sıra	59
Çizelge 4.23. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Elde Edilen Ağırlıksız Puan Ortalamalarının ve Standart Sapmalarının İncelenmesi	60
Çizelge 4.24. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Elde Edilen Ağırlıklı Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmalarının İncelenmesi	61
Çizelge 4.25. Hastaların Beş Hizmet Boyutuna Verdikleri Önemin Derecesine Göre İncelenmesi	61
Çizelge 4.26. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamaları İle Yaş Arasındaki İlişki	62
Çizelge 4.27. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Cinsiyet Arasındaki Farkın İncelenmesi	63
Çizelge 4.28. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	64
Çizelge 4.29. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	65
Çizelge 4.30. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının	

Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Meslek Arasındaki Farkın İncelenmesi	67
Çizelge 4.31. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Sosyal Güvence Arasındaki Farkın İncelenmesi	68
Çizelge 4.32. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Aylık Gelir Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	70
Çizelge 4.33. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Aylık Gelir Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	71
Çizelge 4.34. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Böbrek Yetmezliği Nedeni Arasındaki Farkın İncelenmesi	72
Çizelge 4.35. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Böbrek Yetmezliği Nedeni Arasındaki Farkın İncelenmesi	74
Çizelge 4.36. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Eşlik Eden Hastalık Varlığı Arasındaki Farkın İncelenmesi	75
Çizelge 4.37. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farkın İncelenmesi	76
Çizelge 4.38. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Alkol Kullanma Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	77
Çizelge 4.39. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Alkol Kullanma Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi	78
Çizelge 4.40. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle EPO Tedavisi Arasındaki Farkın İncelenmesi	79

- Çizelge 4.41.** SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Hipertansiyon Arasındaki Farkın İncelenmesi **80**
- Çizelge 4.42.** SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Diyaliz Yeterliliği (Kt/V) Arasındaki Farkın İncelenmesi **81**
- Çizelge 4.43.** Yaşam Kalitesi İle Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi **83**

ÖZET

Yapılan bu araştırmada, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitelerinin, hemşirelik hizmetlerinden algıladıkları hizmet doyumunun ve bu doyumun hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde ne kadar etkili olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırma 6 Kasım-15 Aralık 2006 tarihleri arasında Uşak ve Afyon bölgesinde tedavi gören hemodiyaliz hastalarından basit-rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen örneklem içerisinden, araştırmaya katılmayı kabul eden 152 hasta üzerinde yapılmıştır. Anket uygulamasında Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu, Sosyodemografik Özellikler, Sf- 36 ve SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Sf-36 ile ve SERVQUAL ölçeği ile sosyodemografik özellikler, ayrıca sf-36 ile SERVQUAL ölçeği karşılaştırılarak hemşirelik hizmetlerinden algılanan doyumun yaşam kalitesine ne düzeyde etkisi olduğu araştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Pearson Correlation, One-Way ANOVA, Independent Samples t Test ve Paired Samples t Test kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda, hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve hastaların hizmet doyumunu sağlayamadıkları yani memnuniyetsiz oldukları görölmüştür. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden algıladıkları doyumun yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların sunulan hizmetlerden doyumunun sağlanabilmesi için hemodiyaliz hemşirelerine yönelik hizmetiçi eğitimin verilmesi gerektiği, hastaların da hemodiyaliz işlemi hakkında yeterli bilgilendirilmesinin faydalı olacağı kannatindeyiz. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler araştırılarak, iyileştirilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler : Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, yaşam kalitesi, sf-36, hizmet kalitesi, hasta doyumunu, SERVQUAL, hemşirelik

SUMMARY

In this research it is aimed to determine the life quality of hemodialysis patients, the satisfaction obtained from nursing services and how this satisfaction related to life quality of these patients.

This research was performed between 6 November – 15 December 2006 on 152 hemodialysis patients who were chosen from the sample set obtained from the patients treated in Uşak and Afyon regions by simple-random sampling method and accepted to participate in the study. In questionnaire application; Patient Informative and Approval Form, Sociodemographic Properties, Sf-36 and SERVQUAL scale were used. By comparing results of Sf-36 and SERVQUAL scale with sociodemographic characteristics; and Sf-36 with SERVQUAL scale it is observed how satisfaction obtained from nursing services affected the life quality. In statistical analysis of data Pearson Correlation, One-Way ANOVA and Independent Samples Tests were used.

At the end of the study, it was found that the life quality of the patients were low and the patients didn't have confidence about the services; that is to say the patients were unsatisfied. It was seen that patient satisfaction about nursing services was not related to the life quality.

We suggest that, to increase the satisfaction of patients about nursing services, continuing education of hemodialysis patients and informing the patients about hemodialysis procedure is necessary. Besides, it would be useful to determine the factors affecting the life quality and taking precautions about them.

Key Words : Hemodialysis, Chronic Renal Failure, Quality of Life, Sf-36, Service Quality, Patient Satisfaction, SERVQUAL, Nursing.

1. GİRİŞ

1.1. GENEL KAVRAMSAL ANLATIM

Hemşirelik, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Hemşireliğin temel sorumluluğu; bireye, aileye ve topluma sağlık ya da hastalık durumlarında yardım etmeyi kapsar (1).

Tüm dünyada olduğu gibi yurdumuzda da terminal üremi ile sonlanan kronik böbrek yetmezliği hastaları oldukça fazladır. Kronik ve terminal böbrek yetmezliği olan hastaların yaşayabilmeleri için diyaliz ya da transplantasyon yapılması gerekmektedir (2).

SDBY (son dönem böbrek yetmezliği) gibi kronik bir hastalığa sahip olma ve düzenli diyaliz tedavisine devam etme, hastanın yaşamını fiziksel ve psikososyal boyutta etkilemektedir (3).

Hemodiyaliz gibi bir uygulama kişi için bir yaşam krizi ve yeni bir yaşam deneyimidir. Bu kriz döneminde hemodiyalize alınan hastanın, yeni yaşam tarzına uyumunu sağlamasına yardım edecek kişi hemşiredir. Böylesi bir dönemde hastaya yardımcı olmak amacıyla güden hemşire, hasta ve ailesini kapsayan bir bakım planı hazırlar (4).

Hemodiyaliz tedavisinin başlamasıyla birlikte hastanın yaşam kalitesinde bazı değişiklikler olmaktadır. Öncelikle hastada yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır (5).

Yaklaşık 40 yıl önce diyaliz tedavisine başlanmasına karşın SDBY olan hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri istendik düzeyde değildir (6). Diyalize giren SDBY olan hastalar, fiziksel, emosyonel ve sosyal faktörler nedeniyle fonksiyonel olarak kısıtlanır (7).

Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında hemoglobin, hematokrit düzeyi, albumin, BUN (kan üre nitrojeni), fosfor, kalsiyum gibi biyokimyasal parametreler; Kt/V (tüm vücut üre klirensi) oranı, diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti ve böbrek dışı eşlik eden ek hastalıklar gelir (8).

Hemodiyaliz hastasının bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu yönünden, hem de hastanın yaşamında yarattığı

değişikliklerle özellik göstermektedir. Bu çerçevede, hemodiyaliz hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi her zaman merak konusu olmuştur. Hastanın yaşam kalitesindeki değişiklik hastanın hastalık algısındaki çeşitlilik ile paralellik göstermektedir (9).

Literatürde hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili algılamalarının, bakımda odaklanması gereken temel nokta olduğu ve bakımın hastanın bakış açısı ile görülmesinin gerektiği ifade edilmektedir. Günümüzde sağlık kuruluşları arasındaki rekabet, maliyet etkinliğine verilen önemin artması, hastanede yatış süresinin kısılması ve yüksek teknoloji kullanımının artması, hastaların bakım ile ilgili algılamaları ve hemşirelik girişimlerine verdikleri önemin belirlenmesi gereksinimine yol açmıştır (10).

Ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalarında henüz sınırlı sayılabilecek bir sayıda bulunması da, sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta tatmini konularının incelenmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (11).

1.2. AMAÇ VE ÖNEM

Bu araştırma; hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin ve hemşirelik hizmetlerinden algıladıkları doyumun belirlenerek, bu hizmet doyumunun hastaların yaşam kalitelerini ne kadar etkilediğinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Literatürde, hastaların yaşam kalitelerini veya hizmet doyumlarını inceleyen birçok araştırma olmasına rağmen, hemşirelik hizmetinin hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesini ne kadar etkilediğini inceleyen bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Bu sebeple, çok geniş bir çerçevede hazırlanmış olan bu araştırmayla, hemşirelere, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi düzeyleri ve hemşirelik hizmetlerinden beklentileri yönünde, holistik kaliteli hizmet verilmesinde yardımcı olabilecek bir kaynak da düzenlenmiş olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

İnsan vücudunun yaşamsal faaliyetleri için gerekli olan oksijenin ve besin maddelerinin organizmada kullanılmasıyla artık ürünler oluşur. Kandaki artık, zararlı ve fazla ürünleri süzen; idrar yapan ve yapılan idrar ile birlikte yararsız ürünleri vücut dışına boşaltan organlar bütününe “üriner sistem” denir (12).

Üriner sistemin yardımcı ya da tamamlayıcı organları ise, üreterler (2 adet), mesane ve üretradır. Böbreklerde yapılan idrar, bu organlarla vücut dışına çıkarılır (12).

Böbrekler asıl boşaltım organlarıdır (12). Omurganın iki yanında T₁₂ ve L₃ vertebralar hizasında ve retroperitoneal olarak yer alan fasulye biçiminde organlardır (1).

Nefron; böbreğin en küçük fonksiyonel ünitesidir. Glomerül, proksimal tübül, henle kulpu ve distal tübülüslerden meydana gelir (13). Bir insan böbreğinde 1-1,5 milyon nefron bulunur (12).

Böbreğin görevleri;

- Vücut sıvı ve elektrolit dengesinin korunması (su, sodyum, potasyum, hidrojen, bikarbonat, kalsiyum, fosfor, magnezyum),
- Metabolik artık ürünlerinin atılımı (üre, ürik asit, kreatinin),
- İlaçlar, toksinler ve metabolitlerin detoksifikasyonu ve atılımı,
- Ekstraselüler sıvı hacmi ve kan basıncının hormonal düzenlenmesi,
 - Renin-anjiyotensin sistemi,
 - Renal prostaglandinler,
 - Renal kallikrein-kinin sistemi,
- Hormon üretimi ve metabolizmasına katkı (eritropoietin, D vitamini),
- Peptit hormonların yıkımı (insülin, glukagon, parathormon, kalsitonin, büyüme hormonu),
- Küçük molekül ağırlıklı proteinlerin yıkımı (hafif zincirler, beta-2-mikroglobülin),
- Metabolik etki (glukonogenes, lipid metabolizması) (2,14).

Böbrek yetmezliğinde, böbreğin bu temel fonksiyonlarında bozulmalar olur. Bazı hastalarda böbrek fonksiyonları kısmen devam eder. Buna rezidüel böbrek fonksiyonu denir. Rezidüel böbrek fonksiyonunun derecesinin belirlenmesinde kullanılan en objektif parametre glomerüler filtrasyon hızının (GFR) ölçülmesidir (14).

GFR'nin en sık kullanılan birimi ml/dk olup, normal değeri 70-145 ml/dk'dır. 40 yaşından sonra GFR her yıl 1 ml/dk azalır. GFR değerinin ölçülmesinde en sık kullanılan yöntem kreatinin klirensidir (14).

Kreatinin klirensinin hesaplanması:

$$C_{cr} = U_{cr} \times V / P_{cr}$$

C_{cr} = Kreatinin klirensi (ml/dk)

U_{cr} = İdrar kreatinini (mg/dl)

V = İdrar volümü (ml/dk) (24 saatlik volüm / 1440)

P_{cr} = Plazma kreatinini (mg/dl)

Normal sınırlar: 95-105 ml/dk / 1,75 m²

Kreatinin klirensi için cockroft-Gault formülü:

$$C_{cr} = \frac{(140 - \text{yaş}) \times (\text{yağsız vücut ağırlığı} / \text{kg})}{S_{cr} (\text{mg/dl}) \times 72}$$

S_{cr} = Serun kreatinin

Kadınlar için son değer 0,85 ile çarpılır (15).

2.1 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik seyirli böbrek hastalıklarında, ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek fonksiyonlarının giderek bozulması ile ortaya çıkan, kalıcı glomerüler filtrasyon hızının azalması ile kendini gösteren bir çizelgedir (16).

KBY uzun süren, ilerleyici, böbrek fonksiyonlarının irreversibl olarak bozulmasıyla üremi çizelgesinin ortaya çıktığı bir böbrek hastalığıdır. KBY sinsi olarak başlayıp, yıllarca sürerek nefronların harabiyetine yol açar.

Üremi ise, kandaki ürenin normal değerinin üzerinde olması nedeniyle ortaya çıkan semptomlar grubudur (1).

2.1.1 Epidemiyoloji

Ülkemizde, Türk Nefroloji Derneği'nin 1995 yılı verilerine göre, KBY yaygınlığı 100,9 / milyon, sıklığı 49,5 / milyondur. Yani 1995 yılı itibariyle, yaklaşık olarak 6.500 KBY hastası tanı almıştır ve her yıl 3.200 yeni olgu eklenmektedir. Türk Nefroloji Derneği'nin 1997 yılı verilerine göre ise; hemodiyaliz ile tedavi edilen 10.000 hasta bulunmaktadır (17).

Türk Nefroloji Derneği'nin kayıtlarına göre 2003 yılı sonu itibariyle Türkiye'de 25.000'in üzerinde hasta diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdürmektedir (18, 19).

Renal fonksiyon, klinik olarak serum kreatinin, BUN ve idrar tahlili ile kontrol edilir. Adult'larda serum kreatinin 3 mg/dL'ye yükselirse ve böbrek yetmezliği reversibl nedenlere bağlı değilse renal hastalık çoğunlukla son dönem böbrek yetmezliğine ilerler. Son dönem böbrek yetmezliğine gidiş için geçecek süre çeşitli faktörlere bağlı olarak birkaç yıldan 20-25 yıla kadar değişir (20).

2.1.2 Etyoloji

KBY birçok nedenle gelişebilir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Genel olarak en sık görülen nedenler arasında kronik glomerulonefrit, diyabet, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstrüktif üropati ve interstisyel nefritler vardır (21).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2003 yılı verilerine göre, ülkemizdeki olguların % 22,8'i diyabetik nefropati, % 16,7'si hipertansif nefroskleroz, % 15,9'u kronik glomeruler hastalık, % 9,2'si üroloji hastalıkları, % 5,9'u kronik interstisyel nefrit, % 4,2'si renal amiloidozdur. % 18,2 kronik böbrek yetmezliği olgusunun ise etyolojisi bilinmemektedir (18,19).

Kronik böbrek yetmezliğinde orijinal böbrek hastalığı ne olursa olsun histolojik incelemede benzer bulguların olması, primer hastalıktan bağımsız olarak ilerleyici böbrek hasarında ortak mekanizmaların rol oynadığını düşündürmektedir. Değişik araştırmacılar tarafından ilerleyici böbrek hasarında glomeruler hiperfiltrasyon ve hipertansiyon, hızlanmış lokal ateroskleroz, hipertrofi ve büyüme faktörleriyle açıklanmaya çalışılmıştır. Sistemik hipertansiyon, glomeruler hipertansiyon, proteinüri, hiperlipidemi, diyetle yüksek fosfor ve protein alınması,

glomerul içi pıhtılaşma ve interstisyel nefrit varlığı kronik böbrek yetmezliğinin ilerlemesine katkıda bulunan faktörlerdir (22).

Kronik renal yetmezliğe yol açan nedenler Çizelge 2.1’de özetlenmiştir (20).

Çizelge 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Nedenleri (20)

<u>Kronik Renal Yetmezliğin Nedenleri</u>	
	Diabetik glomuruloskleroz
	Hipertansif nefroskleroz
	Glomerular hastalık
	Glomerulonefrit
	Amiloidoz, hafif zincir hastalığı
	SLE, Wegener’s gronulomatozu
	Tubulointerstisyel hastalık
	Refluks nefropati (kronik pyelonefrit)
	Analjezik nefropati
	Obstruktif nefropati (taş, benign prostat hipertrofisi)
	Myeloma böbreği
	Vasküler hastalık
	Skleroderma
	Vaskülit
	Renovasküler renal yetmezlik (iskemik nefropati)
	Ateroembolik renal hastalık
	Kistik hastalıklar
	Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı
	Meduller kistik böbrek hastalığı

2.1.3.Patofizyoloji

KBY tanısıyla izlenen olgular, klasik olarak klinik seyirli ve yetmezlik düzeyini belirlemek amacıyla GFR düzeyine göre;

- A. Revert V kayıplı renal yetmezlik (GFR 50-80 ml/dk),
- B. Renal yetersizlik (GFR 30-50 ml/dk),
- C. Renal yetmezlik (GFR 10-30 ml/dk),
- D. Son dönem böbrek yetmezliği (GFR <10 ml/dk) şeklinde gruplandırılır (2).

KBY ilerleyici karakterdedir. Fonksiyon kaybının oranına göre klinik ve laboratuvar bulgular ortaya çıkar.

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

İkinci dönemde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri de klinik ve laboratuvar bulgulara eklenir (orta derecede renal yetersizlik).

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

Dördüncü dönem üremi dönemi olup, bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik çizelgeye eklenmiştir. Hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (terminal dönem böbrek yetmezliği) (18).

GFR'nin normal değeri 120 ml/dk'dır. GFR 50 ml/dk olursa böbrek fonksiyon bozukluğu olduğu halde böbrek yetmezliği görülmez. GFR 50 ml/dk'ya düşünceye kadar metabolik artıklar atılabilir. Kanda üre yükselmez, idrar miktarı ortalama 400 ml'dir. GFR 50 ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetersizliği, 30 ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetmezliğinden, 10 ml/dk'nın altına düşerse son dönem böbrek yetmezliğinden söz edilir. (2,23) Glomerullerde skleroz, tübülüslerde atrofi, interstisyel alanda hyalen madde birikimi vardır (13).

Kronik böbrek yetmezliğinde, böbreklerdeki normal fonksiyon gören nefronlar, ilerleyici olarak harap olmakta, buna bağlı olarak da GFR giderek düşmektedir. Böbreğin fonksiyonlarını kaybetmesinin başlıca sonucu, idrarı konsantre edebilme yeteneğinin azalmasıdır. Bu yetenek tamamen kaybolduğu zaman, böbreklerin çıkardığı idrarın yoğunluğu plazma yoğunluğuna eşit (1010) hale gelir. Buna izostenüri denir. GFR dakikada 10 ml'nin altına düştüğü zaman, üreminin klinik belirtileri ortaya çıkar (1).

2.1.4. Üremide Klinik Belirti ve Bulgular

Kronik renal yetmezliğin ilerleme ve son dönemlerinde klinik semptom ve bulgular ortaya çıkar. Bu dönemlerde her hastanın BUN ve serum kreatinin değerleri de yüksektir. Kronik renal yetmezlik, her organ sisteminin fonksiyonlarında bozukluklara yol açar.

2.1.4.1. Sıvı-Elektrolit Dengesi Bozuklukları

KBY'nin erken dönemlerinde böbreğin reabsorbsiyon mekanizmalarının bozulması, bulantı, kusma, diyare nedeniyle hiponatremi sık rastlanılan bir bulgudur. Sodyumla birlikte su da atılacağı için hiponatremiye dehidratasyon da eşlik edebilir. Hastalığın ileri dönemlerinde ise, hastalarda anüri nedeni ile sodyum ve su retansiyonu, buna bağlı olarak da konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon gelişebilir.

Oligürik böbrek yetmezliğinde hastalarda hiperpotasemi gelişir. Bu durumun kalp üzerine oldukça tehlikeli etkileri vardır.

Hipokalsemi genel bir bulgu olup, hiperfosfatemi ile birlikte bulunur. Bunun yanı sıra, serum magnezyum değeri de yükselir.

KBY'de hastalarda ödem vardır. Bunun nedenleri ise;

- Proteinüri nedeniyle serum albuminlerinin ve dolayısıyla onkotik basıncın düşmesi ,
- Sodyum ve su retansiyonu nedeniyle hidrostatik basıncın artması.

Kanda BUN, kreatinin değerleri yüksektir. Tübülüslerden normal H^+ sekresyonu yapılamadığından hastalarda metabolik asidoz meydana gelir (1).

Çizelge 2.2. Üremik Hastalarda Elektrolit Değişiklikleri (13)

Üremik Hastalarda Elektrolit Değişiklikleri	
Tüm testler normal	GFR > 30 ml/dk
Kreatinin ve üre yükselmesi (ilk yükselen)	GFR < 30 ml/dk
Fosforda yükselme, kalsiyumda düşme	GFR < 20 ml/dk
Potasyumda yükselme	GFR < 10 ml/dk
Sodyum ve klorda düşme (en son etkilenen)	GFR < 5 ml/dk

2.1.4.2. Gastrointestinal Sistem Bozukluklar

İştahsızlık, hıçkırık, bulantı ve kusma üreminin en sık görülen erken belirtileridir. Üremik fetor olarak adlandırılan nefeste idrar kokusu, tükürükte ürenin amonyağa yıkılması ile ortaya çıkar ve sıklıkla ağızda metalik tat duyusu ile birlikte. KBY'nin çok geç safhalarında gastrointestinal sistemin herhangi bir seviyesinde kan kaybına yol açan mukozal ülserasyonlar oluşabilir. Peptik ülser hastalığı üremik hastalarda yaygındır. Özellikle polikistik böbrek hastalığı olan KBY'lerde

divertiküloz; diyaliz hastalarında, pankreatit ve kalın barsakta kronik kanama ile birlikte angiodisplazi ve hepatit C insidansı yüksektir (20).

2.1.4.3. Kardiyovasküler Sistem Bozuklukları

KBY'li hastalarda sıklıkla hipertansiyon vardır. Konjestif kalp yetmezliği, akciğer ödemi ve üremik perikardit sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Üremik perikarditte hastada perikardit frotmanı duyulur, kalp sesleri derinden gelir. Perikardite bağlı olarak hastalarda kalp tamponadı gelişebilir (1).

İyi diyaliz yapılmayan hastalarda viral enfeksiyonlar, tüberküloz, sistemik hastalık, transmural miyokard infarktüsü gibi nedenlerle perikardit meydana gelebilir.

Kronik diyaliz yapılan hastalarda ateroskleroz hızlanmıştır. Bunun nedenleri; hipertansiyon, hiperlipidemi, glukoz intoleransı, kronik yüksek kardiyak output, metastatik vasküler ve miyokardiyal kalsifikasyonlardır (20).

2.1.4.4. Solunum sistemi bozuklukları

Oluşan asidoz nedeniyle hastada kusmaul solunum ortaya çıkar (1).

2.1.4.5. Hematopoetik Sistem Bozuklukları

İlerlemiş kronik renal yetmezlikte normokrom normositer anemi görülür. Anormal hemostaz KBY'de sıktır ve kanamaya eğilimle karakterizedir (20).

Lenfopeni, lökopeni, splenomegali, hipersplenizm, enfeksiyon riskinde artış ve hipokomplemanemi de görülebilir (13).

Kronik böbrek hastalığı anemisinin ortaya çıkması ile ilgili olarak; EPO (eritropoetin) eksikliği, eritrosit ömrünün kısalması, üremik hematopoetik inhibitörlerin varlığı, hemoliz, kanama veya kan kaybı ve demir eksikliği gibi çeşitli faktörler sorumlu tutulmaktadır (24).

2.1.4.6. Nöromüsküler Sistem Bozuklukları

Üreminin erken semptomları konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, uyuklama gibi merkezi sinir sistemi bulgularıdır. Hafif davranış bozuklukları, hafıza kaybı ve çabuk karar verme kusurları takip eden bulgulardır. Hıçkırık, kramplar ve kaslarda

fasikülasyonlar birlikte görülebilir. Terminal üremide asterixis, myoklonus, korea, stupor, konvülsiyonlar ve koma sıktır. Periferik nöropati de ilerlemiş KBY’de görülür. İlk, motor sinirlerden ziyade duyu sinirleri; üst ekstremitelerden ziyade alt ekstremiteler ve ekstremitelerin proksimalizden ziyade distali tutulur. Ayaklarda ve diz altı bacak bölgesinde özellikle bacak hareketlerinde rahatsızlık şeklinde şikayet vardır ve “restless legs syndrome” olarak adlandırılır. Bu dönemde hasta hemen diyalize girmezse motor tutulum başlar; diyaliz endikasyonu için önemli bir bulgudur. Derin tendon refleksi kaybı, halsizlik, peroneal sinir felci ve flaccid quadripleji meydana gelir (20).

2.1.4.7. Metabolik-Endokrin Sistem Bozuklukları

Kadınlarda LH (luteinizan hormon) seviyeleri yüksek ve östrojen seviyeleri düşüktür; bunlara bağlı olarak amenore vardır ve abortus sıktır. KBY’li erkeklerde plazma LH seviyeleri yüksektir, testosteron seviyeleri azalır; impotans, oligospermi ve germinal hücre displazisi görülür (20).

Karbonhidrat intoleransı, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, lipoprotein artışı, HDL kolesterolde azalma, protein kalori malnütrisyonu, büyüme ve gelişme geriliği, hipotermi, diyalize bağlı beta-2- mikroglobulin birikimi, amiloidozis görülebilir.

Karbonhidrat intoleransı insülin direncine bağlıdır. Diabetik hastalarda böbrek yetmezliği gelişince insülin ihtiyacı azalır (insülin böbrekte yıkıldığı için) (13).

2.1.4.8. İskelet Sistemi Bozuklukları

Erişkinlerde osteomalazi, çocuklarda raşitizm, kalsifilaksis görülebilir (20). Üremik kemik hastalığı ve artrit de görülebilir (25).

2.1.4.9. Dermatolojik Bozukluklar

Ciltte anemiye bağlı solukluk, hemostaz defektlerinden dolayı ekimozlar ve hemotomlar, aşırı kaşıntı, kötü cilt turgoru ve kuru mukoz membranlar görülür. Cilt rengi sarı-kahverengi arasındadır (20).

Gecikmiş yara iyileşmesi, tırnak atrofisi, üremik döküntü, ülserasyon ve nekroz görülebilir (25).

2.1.4.10. İmmünolojik Sistem Bozuklukları

Hüresel ve humoral bağışıklık sistemlerinde bozukluk gelişir. Bu hastalar genellikle immünosupresiftir, bakteriyel, fungal ve mikobakteriyel enfeksiyonlara maruz kalabilirler (15).

KBY'de böbrek boyutları normalden küçüktür. KBY'de büyük böbreğin görüldüğü durumlar;

- Polikistik böbrek,
- Amiloid böbreği,
- Skleroderma,
- DM (Diabetes mellitus),
- Myelom böbreği,
- Hidronefroz (13).

2.1.5. Tanı

Dikkatli bir kişisel ve aile anamnezi almak, fizik muayenede hipertansif veya diyabetik hastalık bulguları önemlidir.

Laboratuar araştırmalarında BUN ve serum kreatinin yüksekliği, serum elektrolitlerinde kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz ve albumin düzeylerinde değişiklikler, idrar tahlili ve mikroskopisinde etyolojiye bağlı anormallikler saptanır. 24 saatlik idrar atılımı tüm KBY etyolojilerinde hemen daima >200 mg/dl'dir. Renal ultrasonografi yararlı non-invazif bir testtir (20).

2.1.6. Tedavi

- Diyet: Tuz kısıtlanmalı, 0,6 g/kg protein verilmeli.
- Hiperpotasemi tedavisi.
- Renal osteodistrofi: Kalsiyum ve D vitamini desteği, fosfor bağlayıcı AIOH verilir.
- Hiperürisemi: Allopürinol kullanılır.
- Perikardiyal efüzyon: Diyalizden yararlanır.
- Anemi: Kan transfüzyonu ve eritropoetin verilir.
- Renal replasman tedavisi
 - Hemodiyaliz

- Periton diyalizi
- Renal transplantasyon (26).

2.2. HEMODİYALİZ

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında bir makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek sıvı-solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir (27).

Hemodiyaliz işlemi bazı temel fizik kurallarının pratik bir uygulamasıdır. Hasta kanı ve diyaliz sıvısı adı verilen bir solüsyon yarı geçirgen bir zar tarafından ayrılacak şekilde karşı karşıya getirilir. Hemodiyaliz membranı üzerindeki por denilen mikroskobik delikler su, sodyum, potasyum, üre gibi küçük moleküllü maddelerin bir taraftan diğer tarafa geçmesine engel olamaz. Protein gibi daha büyük moleküllü maddeler, bakteriler veya kan hücreleri, çapları porlardan daha büyük olduğundan bir yandan diğer tarafa geçemezler. Porlardan geçebilen küçük moleküller membranın iki yanındaki konsantrasyonları eşitlenene kadar yüksek konsantrasyonlu taraftan diğer tarafa doğru yer değiştirir (28).

2.2.1. Tarihçe

İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması Wilhelm Johan Kolff tarafından 1944 yılında yapılmıştır. 1960 yılında Brescia'nın internal arterio-venöz fistülü geliştirmesi ile kanama, pıhtılaşma ve enfeksiyon sorunları en aza indirilmiş ve çalışmalar giderek ilerlemiştir.

Ülkemizde hemodiyaliz uygulaması ilk kez 1962 yılında Ankara Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılmıştır. Sürekli hemodiyaliz programına 1974 yılında geçilmiştir (8).

2.2.2. Hemodiyaliz Endikasyonları

- Tedaviye rağmen semptomatik üremi,
- Sıvı yüklenmesi (diüretik rezistans),
- Refrakter hiperkalemi (tedaviye rezistans, > 6,5 mEq/l),
- Yaşam kalitesinde düşme (uzun süreli komplikasyonlar, nöropati, perikardit),
- Metabolik asidoz (tedaviye rezistans),

- SDBY bulguları; GFR < 10 ml/dk olması,
- Kreatinin düzeyinin 12 mg/dl üzerinde olması,
- İntoksikasyonlar ve yüksek doz ilaç alımı,
- Tedaviye dirençli hiponatremi (13).

2.2.3. Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları

Böbrek yetersizliği olan hastalarda damar giriş yolu gereksinimi geçici ya da kalıcı olabilir. Geçici damar yolu gereksinimi birkaç saatten (tek diyaliz), birkaç aya kadar (arterio-venöz fistülün olgunlaşması beklenirken diyaliz uygulanacaksa) sürebilir. Geçici damar giriş yolu büyük venlerden birine (internal juguler, femoral veya daha az arzu edilen bir yol olan subklavian) perkütan olarak kateter yerleştirilmesi ile sağlanır. Kalıcı bir damar giriş yolunun oluşturulması aylar, yıllar boyunca tekrar tekrar kullanılacak damar giriş yolu sağlar.

2.2.3.1. Geçici Damar Giriş Yolları

Venöz kateterler genellikle aşağıda belirtilen hastalarda akut damar giriş yolu olarak kullanılır:

- Akut böbrek yetersizlikli hastalar,
- Aşırı doz ya da intoksikasyon nedeni ile hemodiyaliz veya hemoperfüzyon gereksinimi olanlar,
- Acil hemodiyaliz gereksinimi olan, ancak olgunlaşmış damar yolu bulunmayan SDBY hastaları,
- Kronik hemodiyaliz programında olup kalıcı damar yolunun efektif olarak kullanılmadığı ve kalıcı damar yolu yeniden sağlanıncaya kadar geçici damar yoluna gereksinim duyan hastalar,
- Plazmaferez veya hemoperfüzyon yapılacak hastalar,
- Yeni peritoneal kateter yerleştirilmesinden önce karınları istirahata alınan periton diyaliz hastaları,
- Ciddi reaksiyon atakları sırasında geçici hemodiyaliz gereksinimi olan transplantasyonlu hastalar (29).

2.2.3.2. Arterio-Venöz (AV) Giriş Yolları

Hasta için en uygun damar giriş yolunu hastanın arteriyel, venöz ve kardiyopulmoner sistem karakteristikleri belirler. Yaşam beklentisi de damar giriş yolu tip ve lokalizasyonunu etkileyebilir.

Arterio-venöz (AV) fistül, bir arter ve bir komşu ven arasındaki subkutan anastomozdan oluşur. En güvenli ve en uzun süreli kalıcı damar giriş yoludur. Diğer giriş yollarına üstünlüğü, mükemmel çalışabilirliği, oluşturulmasına ilişkin morbiditenin düşük olması ve düşük komplikasyon (enfeksiyon, stenoz ve çalma) oranlarıdır.

Dezavantajları ise, olgunlaşması için uzun zaman gerekmesi ve bazı vakalarda diyalize yeterli olacak kadar kan akımının sağlanamamasıdır. Arteriyel hastalığı olanlarda (örn. diyabet veya ciddi ateroskleroza bağlı) olan bazı hastalarda, belirgin obezitesi olanlarda, venleri ince veya derin olan hastalarda, yaşlı hastalarda ve daha önceden yapılmış çok sayıda ven ponksiyonu nedeniyle venleri hasar görmüş olan hastalarda yeterli bir AV fistülün oluşturulması mümkün olmayabilir.

Yeterli bir AV fistül oluşturulmadığında, AV bağlantı sentetik materyalden elde edilmiş bir tüp greft kullanılarak yapılabilir (29).

2.2.4. Diyalizin Fizyolojik Prensipleri

Membranın porlarından geçebilen solütler, iki farklı mekanizma ile taşınırlar; diffüzyon ve ultrafiltrasyon (konveksiyon) (30).

Diffüzyon ile solütlerin hareketi rasgele molekül hareketinin bir sonucudur (30). Diffüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeniyle solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Diffüzyonu etkileyen başlıca parametreler:

- Membranın her iki tarafındaki konsantrasyon farkı,
- Solütün molekül ağırlığı ve hızı,
- Membran direnci,

Hemodiyalizde difüzyonun etkinliğini arttırmak için zıt akımlar prensibi uygulanır. Yani hastanın kan akımı diyalizat akımına ters yönlüdür.

Ultrafiltrasyonda ise uygulanan basınç nedeniyle membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferi de eşlik ettiğinden

ultrafiltrasyon solüt değişimine de katkıda bulunur. Hemodiyalizde ultrafiltrasyona yol açan basınç hidrostatik basınçtır (31).

Hemodiyaliz işleminin üç ana bileşeni vardır;

- Diyalizör (filtre),
- Pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem,
- Solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat) (32).

Hemodiyaliz işlemi genellikle haftada 3 gün ortalama 4 saat olarak yapılır. Bazı merkezlerde bu süre haftada ortalama 24 saati bulabilmektedir. Bu işlem diyalizerin yıkanması ve doldurulması, vasküler giriş, diyalizi başlatma, gösterge ve uyarı sistemlerinin kurulması, hasta takibi, diyalizi sonlandırma ve diyaliz sonrası değerlendirme aşamalarını kapsar. Vasküler giriş; geçici veya kalıcı perkütan venöz kateterler, AV fistül veya greft ile sağlanır (28).

2.2.5. Hemodiyalizin Avantajları

- Artık maddeler vücuttan hızla ve başarıyla uzaklaştırılır.
- Diyaliz ortamı hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlar.
- Her gün değil, hafta iki veya üç kez uygulanır.
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılır.
- Hastaneye yatma gereksinimi daha az olur.
- Karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaz (33).

2.2.6. Hemodiyalizin Dezavantajları

• Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlıklar hissedilmektedir.

- Tedavi sırasında iğneler kullanılmaktadır.
- Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlamalar vardır.
- Fistül için minör bir cerrahi girişim gerekmektedir (33).

2.2.7. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyaliz işlemi sırasında bazı problemler ortaya çıkabilir. Bunlar akut veya kronik olabilir (1).

2.2.7.1. Akut Komplikasyonlar

- Hipotansiyon,
- Aritmi,
- Kramp, bulantı, başağrısı,
- Ateş (stafilokoka bağlı),
- Hava embolisi,
- Disequilibrium sendromu,
- Hipertansiyon, konfüzyon,
- Ekstraselüler osmolaritede ani düşmeye bağlı serebral ödem (13).

2.2.7.2. Kronik Komplikasyonlar

- Ateroskleroza hızlandırır,
- Hepatit B ve Hepatit C infeksiyonu,
- Seksüel disfonksiyon, infertilite, depresyon,
- Wernicke Sendromu, santral pontin miyelinozis,
- Alüminyum toksisitesine bağlı değişiklikler,
- Diyaliz amiloidinde biriken madde beta-2-mikroglobulindir, artropatiye neden olur.
- Renal osteodistrofiyi düzeltmez,
- Nefrojenik asit,
- Akkiz renal kist (13).

2.2.7.3. Sık Görülen Komplikasyonlar

Hemodiyaliz sırasında en çok görülen komplikasyonlar sıklık sırasıyla şunlardır: Hipotansiyon (diyalizlerin %20-30'unda), kramplar (%5-20), bulantı ve kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (%2-5), sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5), titreme ve ateş (<%1) (34).

Diyaliz hastalarında en sık ölüm sebebi, infeksiyonlar ve kardiovasküler hastalıktır (26).

KBY olan hastaların hipertansiyon prevalansı yüksektir, KBY evresinde bu oran %60 ve SDBY'nde önemli bir şekilde %90 kadardır (35).

2.2.8. Hemodiyalizde Diyaliz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Gotch ve Sargent 1985’de yayınladıkları çalışmalarında National Cooperative Dialysis Study (NCDS) çalışmasına dayanarak diyaliz dozunu üre klirensini esas alan dinamik bir modele göre tanımlamışlardır. Bu retrospektif analizin sonucu olarak Kt/V oranı ortaya çıkmıştır ve halen en çok bilinen üre kinetik modelidir (UKM). Kt/V fraksiyonel üre klirensini temsil eden boyutsuz bir orandır. K; diyalizörün üre klirensini (ml/dk veya L/saat), t; diyaliz tedavi süresini (dk veya saat), V; üre dağılım hacmini (ml veya L) belirler. Kt/V 1.0 olduğunda diyaliz tedavisi sırasında temizlenen toplam hacmi üre dağılım hacmine eşit demektir. Daugirdas 1993 yılında yayınlanan makalesinde Kt/V’nin logaritmik bir formülle hesaplanabileceğini göstermiştir.

$$Kt/V = \ln(R-0,008 \times t) + (4-3,5 \times R) \times UF/W$$

Bu formül halen diyaliz dozu hesaplaması için NKF-DOQI (National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative) tarafından önerilen formüldür. Üre azalma oranı (URR) ise UKM için kullanılan başka bir diyaliz yeterliliği parametresidir ve daha basit bir formülle hesaplanabilir.

$$URR (\%) = 100 \times (1 - \text{BUN}_{\text{sonra}} / \text{BUN}_{\text{önce}})$$

URR tek bir hemodiyaliz tedavisi boyunca kan BUN’un azalma yüzdesidir. NKF-DOQI’nin en son 2001 önerilerine göre optimal hemodiyaliz için Kt/V en az 1,3; URR en az 0,70 olmalıdır. Diyaliz dozunun artırılmasının hastaların morbidite ve mortalitelerini anlamlı olarak azalttığı birçok çalışmada gösterilmiştir (18).

Kt/V 1’den büyük olursa 1,2-1,3-1,4 gibi değerlere çıkarsa diyaliz morbidite ve mortalitesinin belirgin olarak düştüğü gösterilmiştir (36).

- Kt/V (vücut üre klirensi) = 1,0-1,6 (Kt/V >1,0) olması yeterlidir, ideali Kt/V>1,3 olmasıdır.

- TAC üre (zaman ortalamalı üre konsantrasyonu) = 100 gr/dl
- PCR (protein katabolizma hızı) = 1,0-1,4 gr/kg/gün
- PRU (üre atılım yüzdesi) = >%65
- Serum albümini = >4gr/dl olmalıdır (37).

Diyaliz dozu haricinde diyaliz hastalarının morbidite ve mortalitesini etkileyen başka faktörler de vardır; hastaların nütrisyon durumları, ko-morbidite

varlığı, anemi derecesi, sosyo-ekonomik durumu, kompliyansı ve hemodiyaliz için kullanılan membran tipi bunlardan bazılarıdır (18,38).

Diyaliz yetersizliği açıkça daha kötü sağ kalımlara yol açmaktadır. Diyaliz dozunun arttırılması ve daha biyouyumlu membranların kullanılması giderek yaygınlaşmaktadır. Diyaliz süresi ve daha uzun diyaliz ile ilişkili pratik problemler (fiyat, hemşire bakımı ve hasta kabulü) arasındaki ideal denge henüz bilinmemektedir (28).

KBY hastalarında metabolik bozukluklar bir süre sonra klinikte en belirgin olarak, hasta morbiditesi ve mortalitesinden sorumlu tutulan kardiyovasküler sorunlara yol açar. Aslında, diyalizden kaynaklanan mortalite çok faktörlü bir sorundur. Diyalizin süresi, membran türü, su kalitesi gibi diyaliz faktörleri, hastanın diğer hastalıkları ve aldığı ilaçlar, yaş, cins, etnik köken gibi hasta faktörleri ve böbrek hastalığının türü, hipertansiyon, anemi, üremik internal ortam, hiperparatroidizm, iki diyaliz arası fazla sıvı alımı ve AV fistül veya greft varlığı gibi faktörler mortaliteyi etkilemektedir (39).

Hemodiyaliz hastalarında malnütrisyonun yüksek oranda görüldüğü, mortalite ve morbidite için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Lowrie ve ark. hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada da düşük BUN ve albumin düzeyi olan hastalarda diğer diyaliz hastalarına göre daha yüksek oranda mortalite ve morbidite olasılığının olduğu vurgulanmıştır (40).

2.3. PERİTON DİYALİZİ

Periton boşluğuna doldurulan diyalizatın birkaç saatlik bir dengeleme süresinden sonra yenisi ile değiştirildiği basit bir yöntemdir. Peritonun sıvı ve solüt transport karakteristikleri endojen bir diyaliz membranı olarak kullanılır. Ya sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) ya da sürekli devirli periton diyalizi (CCPD) olarak yapılabilir. Silastik bir kateter karın duvarının değişik bölgelerine cerrahi, laparoskopik veya perkütan teknik kullanılarak yerleştirilir ve periton kavitesine giriş sağlanır.

Hastalar kendi diyaliz işlemlerini yapmak için eğitilirler. Tipik olarak 1500 ve 3000 ml arasında özel bir periton diyaliz sıvısı yerçekiminin başlattığı akış ile karın

boşluğu içine damla damla verilerek periton diyalizi gerçekleştirilir. Sıvının karında belli bir süre kalmasına izin verilir, sonra sıvı çekilir ve atılır (28).

2.3.1. Periton Diyalizi Endikasyonları

- Hemodiyalize uygun olmama,
- Yaşın çok küçük ya da çok büyük olması,
- Kardiovasküler hastalık,
- Damar yolu sorunu,
- Heparin kontrendikasyonu (örn: perikardit),
- Hemodiyalizi tolere edemeyenler,
- Diyabetik retinopati,
- Skleroderma (13).

2.3.2. Periton Diyalizinin Komplikasyonları

- Peritonit (en sık komplikasyon),
- Kateter blokajı,
- Hiperglisemi, hipertrigliseridemi,
- Obesite, ateroskleroz gelişiminde artış,
- Diyabetiklerde kan şekeri regülasyonunun zorlaşması,
- Protein ve aminoasit depleasyonu,
- Bazal atelektazi, plevral efüzyon,
- Herni, ileus (konstipasyon) (13).

2.4. RENAL TRANSPLANTASYON

Böbrek transplantasyonu renal replasman tedavi biçimlerinden biridir ve hemodiyaliz ya da periton diyalizi transplantasyondan önce, esnasında ve sonrasında sıklıkla gerekir. Başarılı transplantasyon SDBY tedavisinde en tatminkar yaklaşımdır (15).

2.4.1. Renal Transplantasyon Endikasyonları

- Hipertansif kronik böbrek yetmezliği (en sık neden >%75),
- Diabetes mellitusa bağlı kronik böbrek yetmezliği,

- Glomerulonefrite bağlı kronik böbrek yetmezliği (13).

2.4.2. Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları

- Reversibl böbrek tutulumu,
- Destekleyici tedavi ile yaşamın sürdürülebilmesi,
- Donör dokusuna sensitizasyon,
- Aktif glomerulonefrit,
- Aktif infeksiyon,
- Majör ekstrarenal komplikasyonlar (13).

2.4.3 Relatif Kontrendikasyonlar

- Vezikoüreteral anomaliler,
- İleri yaş,
- Psikiyatrik problemler,
- İliofemoral arter hastalığı,
- Okzalozis (13).

2.4.4 Transplantasyon Komplikasyonları

- Rejeksiyon,
- CMV (citomegalo virus) pnömonisi (13).

2.5. HEMODİYALİZ HASTASI VE ÖZELLİKLERİ

Hemodiyaliz tedavisinde amaç, hastaların kaybolan böbrek fonksiyonlarını olabildiğince yerine koymanın yanı sıra, yaşam kalitesinin optimal düzeye getirilmesini de sağlamaktadır.

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hem hastalık sürecini, hem tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Kuruma ve makineye bağımlı olmanın dışında tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur. Bu nedenle hastalar içe kapanma, izolasyon ve en önemlisi umutsuzluk duygusunu

yoğun yaşarlar. Umutsuzluk; hastalık sonucu ortaya çıkan inaktiviteye, izolasyona, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye neden olabilir. Hastalarda duygu ve inanç kaybı ve negatif düşünceler, kendi bakımlarını, yaşamsal fonksiyonlarını yeterince yerine getirememe, pasiflik gibi davranışlarla karakterizedir (41).

Hemodiyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorununda eşlik ettiği görülmektedir. Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorun alanları şunlardır:

- Haftada 3 gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi.
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması.
- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması.
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi.
- Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın azalması.
- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi.
- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü (42).

Ağır fiziksel ve psikolojik stres etkenlerinin altında kalan hastalar, çoğu zaman kaygı yaşayabilmektedir. Ayrıca, kronik bir hastalığın ve düzenli diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı bu zorluklar hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz olarak etkilemekte ve yaşam doyumunu azaltmaktadır (3).

Sıklıkla belirtilen spesifik stres kaynakları, maddi ve sosyal ilişkilerin kaybı veya kayıp tehlikesi, fiziksel sağlık ve aktivite kısıtlamaları, beden fonksiyonu kaybı ve bozulmuş beden imajı, artmış bağımlılık ve ölüm tehlikesi, aile içinde rollerin değişmesi, iş fonksiyonu ve ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal aktivitelere azalmış katılımı içermektedir (42).

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşam sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Diğer birçok

hastalıkta ara tatil dönemleri vardır. Abram, hastaların diyalize uyum sürecini dört aşamalı olarak değerlendirmiştir. İlk dönem, diyalize başlamadan önceki dönemdir (üremik dönem) (42,43). Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk halsizlik ve zihinsel çökkünlük içindedirler (42).

İkinci dönem, diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygusu ve düşüncesinin geliştiği sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir (42).

Yaşama dönüş evresi olarak da tanımlanan üçüncü dönem ise diyaliz uygulamasına başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı, ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği dönemdir (42). Hasta bağımlılığının farkına varır. Makineden kurtulma isteği, üzüntü, yardımsızlık, çaresizlik, ümitsizlik duygularının hakim olduğu ve hemodiyaliz ekibiyle sorunların belirginleştiği dönemdir (depresyon dönemi) (43).

Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir. Normale dönüşün yaşandığı dördüncü ve son dönem ise, ölümden kurtuluşun gerçekleştiği, ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Hasta makineye alışmıştır; hastalığın, tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Sürekli olarak haftada 3 kez diyalize girdikleri ve ilaçların yanında sıkı bir diyet uygulamak zorunda olduklarından dolayı birçok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün değildir. Bu bağımlılık makineye olduğu kadar, tedavi ve bakım ekibi için de söz konusudur (42).

Diyaliz hastaları kronik böbrek hastası oldukları için diğer kronik hastaların gösterdikleri bazı özellikleri gösterirler. Bunun dışında kendilerine özgü bazı özellikleri vardır (44,45).

2.5.1. Diyalize Bağlı Kayıplar

- Fiziksel İşlev Kaybı: Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmeye birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Hastada KBY'nin bazı belirtileri devam

eder (özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Buna diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler eklenir. Tüm bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur (43,45).

- Ekonomik Güvence Kaybı: Ailede bir kişinin diyaliz programına girmesi çoğu kez bir ekonomik yıkım oluşturmaktadır (45). Hasta bireyin iş gücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir (43,45). Diyaliz başlı başına bir mesai oluşturduğundan hasta bireyden çalışması beklenmemelidir (45). Hasta erkekse bazen karısı çalışmaya başlamakta, hasta kadınsa kocası diyaliz nedeniyle işini aksatmaktadır (43,45). Bu da ekonomik kayıpları arttırmaktadır (45).

- Aile Düzeni Bozulması: Diyaliz hastalarının eşleri üzerinde yapılan araştırmalar eşlerin hastaya psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir. Diyalizin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, dost ve akrabaların da arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Aile bireylerinin başlangıçta böbrek vermeye gönüllü iken giderek vazgeçmeleri sık görülmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır. Diyaliz hastalarının eşlerinin hastalara olumsuz duygular geliştirmelerinin önemli bir nedeni de hastaların cinsel işlev kayıplarıdır (45).

2.5.2. Psikolojik Özellikler

Tüm bu kayıplar diyaliz hastalarında kendilerine özgü bir takım uyum bozukluklarına neden olmaktadır. Bu bozukluklar kişiden kişiye önemli ölçüde değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır (44,45).

- Bağımlılık-Bağımsızlık Çatışması: Hiçbir kronik hasta diyaliz hastaları kadar kuruma bağlı değildir. Kemoterapi hastalarında bile zaman zaman tedaviye ara verilmektedir.

Bu süreçte diyaliz hastaları aynı anda birbirine zıt iki mesaj alırlar:

- Bir makineye bağımlı olan, diyetine dikkat etmesi, hastalığın ve tedavisinin yan etkilerini (özellikler halsizlik uykuya eğilim) kabul etmesi gereken bir hastadır.

o Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir.

Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder:

o Bazıları çatışmanın iki yönünde de yaşarlar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız).

o Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşır.

o Bağımlılıktan korkanlar ise hastalığa ve tedaviye isyan ederler. Genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemezler. Bu hastalarda sağlık personeli önerilerine uymama sık görülür. Özellikle diyet ve ilaçlara uymama, negativizm, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık gibi belirtiler gösterirler.

- Yaşam-Ölüm Çatışması: Diyaliz hastaları ölüm düşüncesinden çok, uzamış yaşamın sorunları ile meşguldürler. Kalp hastalarından farklı olarak ölüm korkusundan çok gerektiğinden fazla yaşama korkusu vardır. Uzamış yaşamın, uzamış ölüme dönüşmesinden endişe ederler. Genellikle yaşam güçleri ağır basar ve hasta komplikasyonlarla birlikte yaşamaya alışır. Ancak çekilen acılar alınan zevkin ötesine geçerse kendine zarar vermeye yönelik eylemler (örn. intihar) başlayabilir.

- İnkâr Eğilimi: En önemli belirtisi hastaların diyalizi geçici bir tedavi olarak düşünmeleridir. Birçok hasta bir süre sonra iyileşeceğini düşünür. Bu inkâr çoğu kez sanrıya benzer. Ortadan kaldırılmak istense de kolayca kaldırılamaz.

İnkârın, genellikle hastanın mücadele gücünü artırdığı düşünülür. Ancak Devins ve ark. inkâr mekanizmasını en fazla kullanan hastalarda ortalama yaşam süresinin daha kısa olduğunu bulmuşlar. Bazı gözlemlere göre inkâr ortadan kalkarsa bu ani olmakta ve intiharla sonuçlanan depresyonlara yol açmaktadır. Bazen inkâr o denli şiddetlidir ki; hasta, hasta olduğunu kabul etmediğinden tedaviyi reddeder (psikotik inkâr).

- Beden İmgesi Bozuklukları: Birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak ya da bedenini makinenin bir uzantısı olarak görür. Sıklıkla makineye insani özellikler atfeder. Onunla konuşur, ona öfkelenir. Ancak bu algılar çoğu kez bilinç dışıdır (45).

KBY’de hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığının kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık “hastalığın giriciliği (illness intrusiveness)” kavramıyla özetlenmektedir. Anlamı, değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanması, böylelikle ödüllendirici deneyimlerin sınırlandırılması ve yaşam niteliğinin düşmesidir (46).

2.6. HEMODİYALİZ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI VE ÖNEMİ

Hemodiyaliz sırasında hasta bakımı şunları içermektedir:

- Hemodiyaliz öncesi hazırlık,
- Hemodiyalizi başlatma,
- Hemodiyaliz sırasında hastanın takip edilmesi,
- Hemodiyalizin sonlandırılması,
- Hemodiyaliz sonrası gözlem (47).

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalığın eşliğindeki uzamış yaşam hem hasta, hem de ailesi için bazı kısıtlamalara ve zorluklara neden olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde kısıtlamalara yol açan hastalıkların en önemlilerinden biridir (48). Bu nedenle kronik böbrek yetmezliği hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır (46).

Hastaların diyalize uyum sağlamaları diyaliz ünitesinin yönetim tarzı ile çok yakından ilişkilidir. Örneğin tedavi ekibine psikolojik destek sağlanan ünitelerden hastaların daha iyi uyum yaptıkları gösterilmiştir. İdeal bir diyaliz ünitesinde kadrolu eleman olarak hekim (nefrolog), hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog ve teknisyenin bulunması gerekir. Tedavi ekibi içinde hastalarla en fazla yüz yüze ilişki içinde olanlar hemşirelerdir (45).

Günümüzde toplumun her kesiminden kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve sosyal sağlık gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını planlayan, örgütleyen, bu planı uygulamaya koyan ve sistematik bir biçimde değerlendiren bir süreç ve bir sağlık disiplini olarak tanımlanan hemşirelik; hemodiyaliz, yoğun bakım gibi özel birimlerde, birime özgü uzmanlık alanını kapsayan çağdaş bir rolü de içermektedir. Bu çağdaş rolü gereği hemşire, yukarıda sözü edilen süreç kapsamını

geliştirerek hemodiyaliz birimine özgü bilgi ve becerileri ile hasta ve ailesinin sağlık sorunlarını önleme, var olanları çözümlenme ve hafifletmeye yardımcı olur (4).

Bu nedenle hemodiyaliz başarısında, hemodiyaliz tekniğinin yeri her ne kadar birincil faktör olarak belirlense de hemodiyalize bağımlı hastaların var olan ve gelişebilecek sorunları çözümlenecek, hastanın hastalığı ile yaşama uyumunu sağlayacak hemşirelik bakımının önemi ve yeri de yadsınmaz (4).

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda çeşitli ruhsal sorunların varlığı gösterilmiştir. Bunlar anksiyete, umutsuzluk, depresyon, uyku ve uyum bozukluğu olarak sıralanabilir. Bu sorunlar hastanın yaşam kalitesini bozmakta ve kötüleştirilmektedir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum almaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hasta eğitimi profesyonel hemşirenin sorumluluğudur. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Bir hemodiyaliz ünitesi düşünüldüğünde, hasta ile iç içe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir (49).

Sağlık sisteminin büyük bir bölümünü oluşturan hemşirelik hizmetleri hasta ve yakınlarının bakım beklentilerini bireysel gereksinimleri doğrultusunda profesyonellik ilkeleri çerçevesinde karşılar. Beklenti ve gereksinimlerin karşılanması bireyin kendini önemli hissetmesine yol açar ve tedaviye uyumunu kolaylaştırır. Bu uyumun sağlanmasında algılanan memnuniyet önemlidir (50).

Birçok kurumda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda da toplam kalite yönetimine geçiş günümüzde zorunluluk haline gelmiştir. Toplam kalite yönetimi felsefesine göre, performans değerlendirmesinin yapılmasında önemli bir ölçüt hasta ve yakınlarının memnuniyetidir (50).

Kaliteli bir bakım verilmesi ve bakım kalitesinin ölçülmesi, günümüzün hızla değişen sağlık bakım ortamlarında önem taşıyan bir durumdur. Sağlık kurumlarında hasta merkezli bakım ve hasta-bakım verici ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte hasta bireyin beklentilerinin karşılanması da öncelik kazanmıştır.

Hasta bireyler hastaneye bakımları ile ilgili çeşitli beklentilerle girerler ve beklentilerinin karşılanma düzeyi yalnızca bakım kalitesi ile ilgili algılamalarını değil, kurumun ve bir bütün olarak sağlık sisteminin kalitesi ile ilgili algılamalarını da etkiler.

Hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir dengeleyicisidir (10).

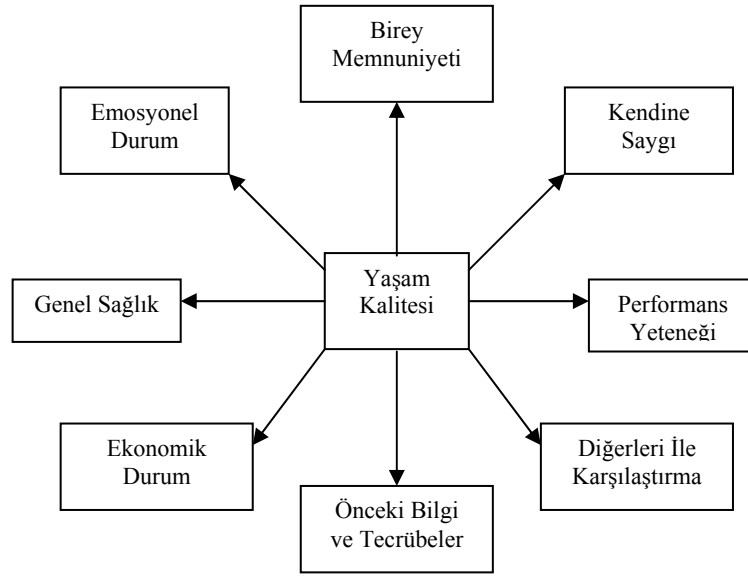
Birincil görevi bireyin bakımına, bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek olan ve bireyleri bütüncül olarak ele alan hemşireler, hastalığa bağlı ortaya çıkabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde ve bu sorunlara yapılabilecek girişimlerde etkin rol oynayabilecek sağlık personeli konumundadır (18).

2.7. YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramıyla sağlık alanında sıkça karşılaşılmaktadır. Özellikle yaşam kalitesi kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır (18).

Yaşam kalitesine ilişkin çok sayıda yaygın ve akademik çalışma olmasına karşın; yaşam kalitesi, tanımlanması çok güç olan bir kavramdır, kullanımı kişiden kişiye değişebilmekte ve kullanılan kişilerin neyi ifade ettiği pek anlaşılmamaktadır (51).

Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bireyin kendi esenliği hakkında subjektif görüşü olarak tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, “kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü” olarak tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımına oldukça yakın bir tanımdır. Yaşam kalitesi, “bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumun istendik düzeyde olması, kişiler arasındaki ilişkilerini sürdürebilmesi” olarak da tanımlanabilir (18).



Şekil 2.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) ve Nitelikleri (2)

Yaşam kalitesinde asıl amaç, bireyin kendi fiziksel, psikolojik, sosyal işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne ölçüde memnun ya da rahatsız olduğunun saptanmasıdır (52).

2.8. HİZMET KALİTESİ

Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli değişikliklere maruz kalmaktadır. Bir yandan sayısı hızla artan özel sağlık kurumları nedeniyle rekabet yoğunlaşmakta; diğer yandan da, yapılan düzenlemeler sonucunda hastaların gerek özel hizmetlerden, gerekse kamuya ait diğer sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almalarının yolu açılmaktadır. Ayrıca, üniversite hastanelerinde olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında da hizmet sağlayıcıların döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkan sağlanmaya başlanması da rekabete ayrı bir boyut getirmiştir. Böylesi bir ortamda, rekabetçi üstünlük yaratabilmek ve sürdürebilmek için, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, konuya hizmet sağlayıcı bakış açısından yaklaşan ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına önem veren geleneksel sağlık hizmetleri sunumu yaklaşımını hastaların tatminini dikkate alan müşteri (hasta) odaklılık ilkesiyle bütünleşik hale gelmeye zorlanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmeti sağlayıcıları için hizmet kalitesi ve hasta tatmini konuları kritik öneme sahip konular haline gelmektedir (11).

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür. Aynı zamanda hizmeti zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak tanımlamak mümkündür. Bir başka tanımda ise hizmetler, “tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar” olarak tanımlanmaktadır. Goetsch ve Davis hizmeti, “hizmet başka birisi için iş icra etmektir” şeklinde tanımlarken, Collier hizmeti, “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanımda hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi veya kurumun karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyet olarak da tanımlanabilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hizmetlerde çalışanların rolü ve davranışı oldukça büyük öneme sahiptir. Bu önem müşterinin kısmen hizmet üretiminin içinde olmasından ve müşteri ile hizmet personeli arasındaki yüksek derecedeki etkileşimin gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Yukarıdaki tanımları göz önüne aldığımızda hizmet; fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal açıdan ise topluma zaman, mekan ve yer faydası sağlama olgusu olarak tanımlanabilir (53).

Sonuç olarak hizmet, insanların ya da insan gruplarının ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, elle tutulamayan, koklanamayan, kolay heba olabilen, standartlaştırılmayan, yarar ve doyum oluşturan sosyal faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir.

Hizmetin kendine özgü yapısı şu şekilde özetlenebilir:

- İstisnalar dışında hizmetler ölçülemezler.
- Hizmetler stoklanamazlar.
- Hizmetler tetkik edilemez ya da incelenemezler.
- Hizmet sunulmadan kalite değerlendirilemez.
- Hizmetlerin yaşam süresi yoktur.
- Hizmetlerin zaman boyutu vardır.
- Hizmetler nesne değil, performanstır.
- Hizmetler talebe göre sunulur (54).

Hizmetlerin mallardan ayrılan çeşitli karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Söz konusu özellikler;

- Fiziksel varlığının olmaması (soyutluk),

- Üretimle tüketimin birbirinden ayrılmaz olması (ayrılmazlık),
- Değişkenlik ve heterojenlik,
- Dayanıksızlık.

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluk, değişkenlik ve heterojenlik, dayanıksızlık; hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi faktörleri (ayrılmazlık); hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut oluşu, müşterilerin satın almadan önce alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Birçok durumda ise, hizmetin satın alınması ve kullanımı sonrasında da müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri zor olabilmektedir (53).

Sağlık hizmetlerinde yararlar, kaliteli bir hizmetin sonucudur. Hizmet performansı, algılanan yararların önemli bir parçası olmakla birlikte, prestij, ün vb. faktörler de tüketicilerin yararlar grubunda yer alabilirler (55).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır. Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi, “bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneğidir” olarak ifade edilmektedir. Tanımlardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır (53).



Şekil 2.2. Müşterinin Algılaması İle Oluşan Tatmin Düzeyi (56)

Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (53).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı” olarak tanımlamaktadır. Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (53,57).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry’e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmet performansına yönelik oluşan algıların yönünün bir sonucudur müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algıların karşılaştırılması esasına dayanan bir yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (53,57).

2.8.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Müşteri (Hasta) Tatmini

Tatmin olgusu, “müşterinin seçtiği alternatifin en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şeklinde satın alma öncesindeki değerlendirmesi” olarak tanımlanabilir. Tatminsizlik de negatif olarak onaylanan beklentilerin sonucudur.

Sağlık işletmelerinde hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı, hasta tatminini ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye edilmesi durumunu etkilemektedir. Bu nedenle hasta tatmini ölçüm sonuçları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Öte yandan sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde etmesinin temel anahtarından birisi de hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirmesidir (53).

2.8.2. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi

1980’lerde Donebedian, kalitenin farklı, ancak birbirine içten bağlı parçalardan oluştuğunu ileri sürmüştür. Bunlar; yapı, süreç ve sonuçtur. Yapı, sağlık bakım alanında işbirliğini sağlamak için sistemleştirilmiş tüm madde ve hizmetleri tanımlamaktadır (ör. araç-gereç, bina, personel vb gibi). Süreç, hemşire tarafından verilen bakıma yönelik olup neyin nasıl yapılması veya bakımın nasıl yürütülmesi ile ilgilidir. Sonuç ise, verilen bakımın sonucunda, hatanın sağlık düzeyinde değişme, bilgisinde artma ve memnuniyet derecesi ile ilişkilidir.

Bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde başlıca iki yaklaşım izlenmektedir. Bunlardan birincisi, bakımın standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirme ve kontrol yöntemidir. Kalite garantisi için diğer yaklaşım ise, hasta memnuniyetinin izlenmesi yöntemidir.

Risser, hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi üç boyutlu olarak tanımlamıştır.

- Teknik ve Profesyonel Davranışlar: Hemşirelik işlevlerini yeterli düzeyde yapabilmesi için hemşirenin sahip olması gereken bilgi ve teknik aktivitelerdir.
- Güvenilir İlişki: hemşirenin olumlu bir hasta hemşire ilişkisi ve iletişim kurmaya izin verecek yapıcı özellikte olmasıdır.
- Eğitimsel İlişki: Hemşirenin hastaları bilgilendirme yeteneğinin olması, sorulara doyurucu yanıtlar verebilmesi, bakımı açıklaması, teknikleri gösterebilmesidir (58).

2.8.2.1. Hasta Memnuniyeti

Donebedian, hasta memnuniyetini “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmıştır.

Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise ilk kez 1975 yılında Risser tarafından “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır. Greeneich ve ark. tarafından geliştirilen hemşireliğe özel hasta memnuniyet modeli, pek çok araştırma üzerine temellenmiş; hemşire, hasta ve kurum olmak üzere her biri farklı üç alanı kapsamaktadır.

Hemşire alanı; hemşirenin var olan kişilik özellikleri, verilen hemşirelik bakımının özellikleri ve hemşirelik becerisinden oluşmaktadır.

Kurum alanı; hemşirelik bakımının yer aldığı ortamdır. Bu alan fiziksel ve organizasyonel ortamı içermektedir.

Yapılan birçok araştırmanın sonucunda hasta memnuniyetinin verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayandığını ifade etmektedir (58).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören KBY'li hastaların yaşam kalitelerinin ve sürekli iletişim halinde buldukları hemşirelerin verdikleri hizmetlerden ne kadar memnun olduklarının belirlenmesi için, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRE

Araştırma, Uşak ve Afyon bölgesinde bulunan özel diyaliz merkezleri ve devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hastalarla, 6 Kasım 2006-15 Aralık 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SAYISI VE ÖRNEKLEM SEÇİM YÖNTEMİ

Araştırmanın evrenini, Uşak ve Afyon yöresinde bulunan hemodiyaliz hastaları oluşturmuştur. Basit-rastgele (random) örnekleme yöntemi ile seçilen 198 kişi ile görüşüldü, ancak soruları tarafsız olarak cevaplandırıldığına ve güvenilirliğine emin olunan 152 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma;

- 18-80 yaş arası,
- En az 3 aydır hemodiyalize giren,
- İletişim sorunu olmayan,
- Araştırmanın yapılış amacı hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden hemodiyaliz hastaları ile yapılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Hastalarla çalışma yapılmadan önce araştırmanın ne olduğu ve hangi amaçla yapıldığı hakkında bilgi verilmiş ve kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu uygulanmıştır.

Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu” (Ek-1) “Sosyodemografik Özellikler Formu” (Ek-2), “Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)” (Ek-3) ve “SERVQUAL Ölçeği” (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu

Bu form, araştırmanın amacı ve anket soruları hakkında hastalara bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Formda, sorulara verilecek cevapların gizliliği vurgulanmış ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalarının bulunacağı şekilde oluşturulmuştur. Etik açıdan, hasta bilgilendirme ve rıza formu tüm hastalara okutulmuş veya okunmuş ve imzalatılmıştır.

3.4.2. Sosyodemografik Özellikler Formu

Sosyodemografik özellikler formu, hastaların sosyo-ekonomik durumlarını ve tedaviye ilişkin durumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Sosyo-ekonomik durumlarını belirlemek için hastalara, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, aylık gelir durumu sorulmuştur.

Tedaviye ilişkin durumlarını belirlemek için ise, ne kadar süredir hemodiyalize girdikleri, böbrek yetmezliği nedeni, böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığı var mı, EPO tedavisi alıp almadığı sorulmuştur ve hastaların diyaliz yeterliliği (Kt/V) ile laboratuvar bulguları (hemoglobün, kalsiyum, fosfor, albumin vb) kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların boy ve ağırlıkları belirlenerek, beden kitle indeksleri (BMI) hesaplanmıştır.

3.4.3. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Bu çalışmada, araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla, Short form-36 (yaşam kalitesi ölçeği) kullanılmıştır.

Bu form, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini belirlemede uygun olduğu, geniş kapsamlı, uygulaması pratik, değerlendirmesi, yorumlaması kolay ve kısa sürede uygulanabilir olduğu için tercih edilmiştir.

Short form-36 (sf-36) yaşam kalitesi ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak amacıyla hazırlanmış bir bireysel değerlendirme ölçeğidir (59).

Sf-36 daha uzun ölçümlerin kullanımına maddi gücün yetersiz olduğu klinik çalışmalarda kullanılabilen kısa ve yeterli ölçümlere duyulan ihtiyaç üzerine geliştirilmiştir (60).

36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve bu başlıklar altında yer alan 8 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Sf 36'da yer alan 3 majör sağlık alanı ve 8 sağlık alanı aşağıdaki gibidir.

Fonksiyonel Durum;

- Sağlık problemlerine bağlı fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi.

Esenlik;

- Mental sağlık (emosyonel stres ve esenlik),
- Canlılık (zindelik/yorgunluk),
- Beden ağrıları.

Genel Sağlık Anlayışı;

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi (61).

Sf-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir (51).

Ölçek, son dört hafta içerisindeki sağlık durumunu dikkate almaktadır. Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinde skala puanları 0-100 arasında olmaktadır. Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirmesi Ek-5'te verilmiştir.

Ancak ölçeğin önemli bir dezavantajı; uyku kontrolü, cinsel işlevleri değerlendirme ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıklar içermemesidir (18).

3.4.3.1. Fonksiyonel Durum Alanı

Gün boyunca yapılan etkinlikleri (koşmak, ağır kaldırmak, alışverişte alınanları taşıma, merdiven çıkma, yürümek gibi), iş veya diğer etkinliklerde harcanan zamanı azaltma gibi durumları, aile, arkadaş veya komşularla olan sosyal etkinlikleri gibi durumları irdelemektedir.

Fonksiyonel durum alanına giren sorular; 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G, 3H, 3I, 3J (fiziksel fonksiyon), 4A, 4B, 4C, 4D (fiziksel rol güçlüğü), 5A, 5B, 5C (emosyonel rol güçlüğü) 6 ve 10. (sosyal fonksiyon) sorulardır.

3.4.3.2. Esenlik Alanı

Hastaların duygularını (sinirli, sakin, mutlu veya üzgün olma durumlarını), ağrılarını ve şiddetini içeren alandır.

Esenlik alanına giren sorular; 9B, 9C, 9D, 9F, 9H (mental sağlık), 9A, 9E, 9G, 9I (canlılık), 7 ve 8. (beden ağrıları) sorulardır.

3.4.3.3. Genel Sağlık Anlayışı Alanı

Genel anlamda hastanın sağlığını, bir yıl öncesine göre şimdiki durumunu ve sağlığını nasıl algıladığını belirleyen alandır.

Genel sağlık anlayışı alanına giren sorular; 1, 2, 10A, 10B, 10C ve 10D'dir.

3.4.4. SERVQUAL ÖLÇEĞİ

Hastaların, hemşirelerin verdikleri hizmetten ne kadar memnun olduklarını belirlemek ve hizmet kalitesini ölçmek amacıyla SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır.

Hizmet kalitesinin ölçümünde en yaygın olarak kullanılan ölçeklerin başında Parasuraman ve ark. (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği gelmektedir (62).

Materyalin kendisi 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci ve üçüncü bölümler 22 maddeden oluşan hastaların beklenti ve algılamalarını ölçmektedir. Bu 22 madde temelde 5 maddeden üretilmiştir;

- Sunum (Tangibles): Fiziksel olanaklar, ekipman, personel, iletişim, materyallerin görünümü.
- Güvenilirlik (Reliability): Hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirme.
- İsteklilik (Responsiveness): Yardımcı olma ve hızlı hizmet sağlama istekliliği
- Güven (Assurance): Bilgi, nezaket ve güven verebilme yetisi.
- Empati (Empathy): Bireyselleşmiş dikkatin sağlanması (43).

Birinci bölümde kişinin mükemmel bir hemodiyaliz merkezini ve hemşireleri düşünüp puan vermesi istenirken, üçüncü bölümde tedavi gördüğü hemodiyaliz merkezini değerlendirmesi istenmiştir. Birinci ve üçüncü bölümdeki sorular aynıdır, ancak üçüncü bölümde hemodiyaliz merkezinin adı verilmektedir.

Birinci ve üçüncü bölümde, 7 noktalı likert tipi ölçek kullanılmıştır. Katılımcıların bu ölçeğe göre puanlama yapması istenmiştir. 7 noktalı likert tipi ölçekte, 7 rakamı “tamamen katılıyorum”, 1 rakamı ise “hiç katılmıyorum” anlamına gelmektedir. Aradaki rakamlara ise (6–2) herhangi bir ifade verilmemiştir.

İkinci bölümde, hastaların, öncelikle verilen beş hizmet boyutuyla ilgili sorulara puan vermesi istenmiştir. Puanlama 100 puan üzerinden yapılmıştır. Ancak burada önemli olan, verilen puanların toplamının 100 olmasıdır. Yani, katılımcı 100 puanı beş soru arasında kendisine göre paylaşmalıdır.

İkinci bölümde puanlama işleminden sonra, katılımcıya beş hizmet boyutu ile ilgili sorulardan önem sırasını belirten kısmı doldurması istenmiştir. Katılımcı, burada verilen beş özellik arasından en önemli olan, ikinci derecede önemli olan ve en az önemli olan sorunun numarasını belirtmelidir.

SERVQUAL ölçeğinin hesaplanmasında ağırlıklı ve ağırlıksız skorlar kullanılır. Ağırlıksız skoru elde edebilmek için, ölçeğin birinci bölümündeki algı sorularının her biri ile karşılığına gelen, üçüncü bölümdeki beklenti sorularının farkı hesaplanır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beş hizmet boyutuna ait sorulara katılımcıların verdikleri puanlarla, ağırlıksız skorları hesaplanan boyutların çarpımıyla da ağırlıklı skor elde edilmiş olur. Hesaplanan ağırlıklı ve ağırlıksız skorlar, katılımcıların verilen hizmetten ne kadar memnun kaldıklarını, doyuma ulaştıklarını, dolayısıyla hizmet kalitesini belirlemektedir.

Hesaplanan skora hizmet kalitesi açıklığı skoru denir (43). Buna göre, elde edilen skor negatif yönlü çıkarsa hasta beklediği doyuma ulaşamamıştır, dolayısıyla kaliteli hizmet alamamaktadır. Pozitif yönlü bir sonuç hastaların beklediklerinden fazla doyuma ulaştıklarını göstermektedir. Eğer sonuç “0” ise hastaların algıladıkları hizmet ile beklentileri aynı düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi aşağıdaki gibidir (53).

Çizelge 3.1. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları ve Her Bir Boyuta Düşen Ölçek Maddesi (53)

BOYUTLAR	HER BİR BOYUTA DÜŞEN SORU MADDESİ
Sunum	1-4
Güvenilirlik	5-9
İsteklilik	10-13
Güven	14-17
Empati	18-22

Diğer hizmet alanlarında kullanılan ve müşteri doyumunu ölçen SERVQUAL ölçeğinin, ülkemizde hemşirelik hizmetlerine uygulanması Seher Arıkan tarafından yapılmıştır(43).

3.5. GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI

Sf-36'nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır.(63)

SERVQUAL ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları Arıkan (43) ve Sevimli (54) tarafından yapılmıştır.

Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği ile SERVQUAL ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldığı için araştırmamızda tekrarlanmamıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Elde edilen verilerin değerlendirmesi, bilgisayarda SPSS 12.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. SERVQUAL ve sf-36 ölçekleri ile sosyodemografik özelliklerin anlamlılığının belirlenmesinde Pearson Correlation, One-Way ANOVA ve Independent-Samples t Test kullanılmıştır. Veriler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma, Afyon ve Uşak bölgesindeki 152 hemodiyaliz hastasıyla, sf-36 ve SERVQUAL ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular;

- Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi,
- Bireylerin sf-36 puanlarının incelenmesi,
- SF-36 ölçeği sonuçları ile demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- SERVQUAL ölçeği beklenen ve algılanan puanlarının incelenmesi ve anlamlılıklarının belirlenmesi,
- Beş hizmet boyutunun (sunum, güvenilirlik, isteklilik, güven, empati) elde edilen ağırlıksız ve ağırlıklı puanlarının incelenmesi,
- Hastaların beş hizmet boyutuna verdikleri önemin belirlenmesi,
- SERVQUAL ölçeği sonuçları ile demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi şeklinde sekiz başlığa ayrılarak değerlendirilmiştir.

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çizelge 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	SAYI	YÜZDE %
40 yaş ve altı	37	24,3
41-60 yaş	61	40,1
60 yaş ve üzeri	54	35,5
CİNSİYET		
Kadın	64	42,1
Erkek	88	57,9
MEDENİ DURUM		
Evli olan	104	68,4
Evli olmayan	48	31,6
AİLE TİPİ		
Çekirdek aile	98	64,5
Geniş aile	43	28,3

Parçalanmış aile	11	7,2
EĞİTİM DÜZEYİ		
Okur-yazar değil	31	20,4
Okur-yazar	21	13,8
İlkokul	74	48,7
Ortaokul	12	7,9
Lise	7	4,6
Üniversite	7	4,6
MESLEK		
Çalışan	29	19,1
Emekli	66	43,4
İşsiz	57	37,5
SAĞLIK GÜVENCESİ		
Emekli Sandığı	18	11,8
Yeşilkart	19	12,5
SSK	68	44,7
Bağ-Kur	47	30,9
AYLIK GELİR DURUMU		
300 YTL'den az	43	28,3
300-599 YTL	82	53,9
600-899 YTL	16	10,5
900-1000 YTL	2	1,3
1000 YTL'den fazla	9	5,9
İKAMET YERİ		
Köy	31	20,4
Kasaba	24	15,8
İlçe	29	19,1
İl	68	44,7
HEMODİYALİZE DEVAM ETME SÜRESİ		
4-12 ay (1 yıl)	58	38,2
13-24 ay (2 yıl)	26	17,1
25-36 ay (3 yıl)	13	8,6
37-48 ay (4 yıl)	20	13,2
49-60 ay (5 yıl)	6	3,2
61-72 ay (6 yıl)	7	4,6
73-84 ay (7 yıl)	4	2,6
85-96 ay (8 yıl)	5	3,3
97 ay ve üzeri (9 yıl ve üzeri)	13	8,6
HEMODİYALİZE DEVAM ETME SIKLIĞI		
Haftada 4 gün	1	0,7
Haftada 3 gün	142	93,4
Haftada 2 gün	9	5,9
BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NEDENİ		
Bilmiyor	99	65,1

Hipertansiyon	11	7,2
Polikistik böbrek-kalıtısal böbrek hst.	11	7,2
Diabet	14	9,2
Nefrit	9	5,9
Nefrolitiazis	8	5,3
İLK HEMODİYALİZ UYGULAMASININ YAPILDIĞI YOL		
AV fistül ile	37	24,3
Kateter ile	115	75,7
ŞU AN KULLANILAN GİRİŞ YOLU		
AV fistül	126	82,9
Kateter	26	17,1
SİĞARA KULLANIMI		
Evet	36	23,7
Hayır	72	47,4
Bıraktım	44	28,9
ALKOL KULLANIMI		
Evet	7	4,6
Hayır	124	81,6
Bıraktım	21	13,8
ANTİDEPRESAN KULLANIMI		
Evet	27	17,8
Hayır	125	82,2
KAN TRANSFÜZYONU YAPILIYOR MU?		
Evet	63	41,4
Hayır	89	58,6
EPO TEDAVİSİ ALIYOR MUSUNUZ?		
Evet	54	35,5
Hayır	23	15,1
Cevap vermeyen	75	49,3
EŞLİK EDEN HASTALIK VAR MI?		
Evet	89	58,6
Hayır	63	41,4
TOPLAM	152	100,0

Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $52,76 \pm 16,42$ olup, % 40,1 oran ile 41-60 yaş arasındaki bireyler çoğunlukta bulunmaktadır.

Cinsiyetler incelendiğinde, katılımcıların % 42,1'inin kadın, % 57,9'unun ise erkek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin medeni durumları ve aile tipleri incelendiğinde de % 68,4'ünün evli ve % 64,5'unun çekirdek aile olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılar eğitim düzeyi yönünden değerlendirildiğindeyse, % 48,7'lik oranla ilkokul mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin % 43,4'ünün emekli olduğu, sağlık güvencelerinin % 44,7'lik oran ile SSK olduğu, aylık gelir durumlarının ise % 53,9 ile 300-599 YTL arası olduğu ve % 44,7'sinin ilde yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 38,2'si 4-12 aydır hemodiyalize devam ederken, % 93,4'ü haftada 3 gün diyalize girmekte ve hastaların % 65,1'i ise böbrek yetmezliğinin nedenini bilmemektedir.

Hastaların % 75,7'sinin ilk hemodiyaliz uygulamasının yapıldığı yol kateter iken, % 82,9'unun şu anda kullandığı giriş yolu AV fistül olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %23,7'si sigara, % 4,6'sı alkol kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca bireylerin % 17,8'i antidepresan kullanmakta, % 41,4'üne kan transfüzyonu yapılmakta, % 35,5'ü EPO tedavisi almaktadır.

Hastaların % 58,6'sında böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık bulunmaktadır. Buna göre hastaların % 2'sinde koroner arter hastalığı, % 33,6'sında hipertansiyon, % 17,8'sinde DM, % 2'sinde hepatit B, % 5,3'ünde hepatit C olduğu belirlenmiştir.

4.2 ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SF-36 PUANLARININ İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi puanları hesaplandığında ve yaşam kalitesi alanları kendi arasında kıyaslandığında, esenlik yaşam kalitesi puanlarının yüksek, genel sağlık anlayışı yaşam kalitesi puanlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi alanlarından elde edilen toplam puanların minimum ve maksimum değerleri de aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların Algıladıkları Sf-36 Puanlarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Ort ± SS	Minimum	Maksimum	n
Fonksiyonel durum	21,05 ± 10,05	0,00	35,00	152
Esenlik	34,01 ± 8,89	1,00	52,00	152
Genel sağlık	10,88 ± 4,83	0,00	19,40	152

4.3 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN, YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Çizelge 4.3. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Yaş Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	YAŞ		
	n	r	p
Fonksiyonel Durum	152	-0,47	0,00*
Esenlik	152	-0,02	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	152	-0,20	0,01*

r: Pearson correlation *p<0,05

Yaşlara göre yaşam kalitesi alanları puanları incelendiğinde, fonksiyonel durum ile yaş arasında ters yönde ($r=-0,47$), ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır.

Ölçeğin esenlik alanı incelendiğindeyse yaş ile anlamlı ilişki ($p>0,05$) saptanmamıştır.

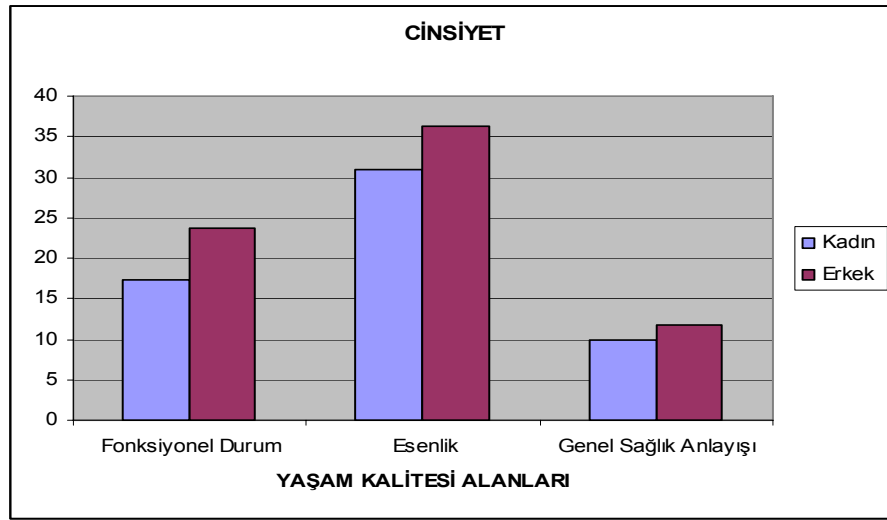
Yaş ile genel sağlık anlayışı arasında da negatif yönlü ($r=-0,20$) anlamlı ilişki ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Cinsiyet Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	CİNSİYET		Test sonucu; p	
	Kadın (n=64)	Erkek (n=88)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	t	p
Fonksiyonel Durum	17,31 ± 9,61	23,78 ± 9,53	4,12	0,00*
Esenlik	30,95 ± 8,49	36,23 ± 8,55	3,77	0,00*
Genel Sağlık Anlayışı	9,80 ± 4,73	11,66 ± 4,78	2,38	0,02*

t: Independent-Samples t Test *p<0,05

Cinsiyete göre yaşam kalitesi alanları incelendiğinde, fonksiyonel durum ($p<0,05$), esenlik ($p<0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0,05$) yönünden cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi alanlarından elde edilen ortalama puanlar incelendiğinde, erkeklerin ortalama puanlarının, üç yaşam kalitesi alanında da kadınların ortalama puanlarından yüksek olduğu göze çarpmaktadır.



Şekil 4.1. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Alanlarının Dağılım Histogramı

Çizelge 4.5. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK	EĞİTİM DURUMU						Test sonucu; p	
	Okur-yazar değil (n=31)	Okur-yazar (n=21)	İlkokul (n=74)	Ortaokul (n=12)	Lise (n=7)	Üniversite (n=7)	F	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI								
Fonksiyonel Durum	12,48 ± 8,61	19,10 ± 9,54	23,62 ± 8,85	25,17 ± 10,65	27,57 ± 9,02	24,29 ± 7,63	8,42	0,00*
Esenlik	31,29 ± 9,63	32,06 ± 11,20	35,84 ± 7,92	33,38 ± 8,37	35,23 ± 7,27	32,49 ± 8,11	1,51	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	7,70 ± 3,73	10,81 ± 5,33	12,17 ± 4,79	11,98 ± 4,24	11,57 ± 3,98	9,00 ± 3,99	4,59	0,01*

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, Çizelge 4.5’de görüldüğü gibi olguların eğitim durumlarına göre fonksiyonel durum ($p<0,05$) ve genel sağlık anlayışı alanlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Fonksiyonel durumda anlamlı farkı yaratan grup Tukey testi ile araştırıldığında, “okur-yazar değil” ile “ilkokul” ($p<0,05$), “ortaokul” ($p<0,05$), “lise” ($p<0,05$) ve “üniversite” ($p<0,05$) arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Esenlik alanında Tukey testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunamamıştır.

Genel sağlık anlayışı alanında ise farklılığı oluşturan, “okur-yazar değil” ile “ilkokul” ($p<0,05$) arasında tespit edilen anlamlı farktır.

Elde edilen ortalamalara göre alanlara ait yaşam kaliteleri incelendiğinde, fonksiyonel durum alanında en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması ($27,57\pm 9,02$) “lise” mezunlarında ($n=7$) görülürken, en düşük yaşam kalitesi puan ortalaması ($12,48\pm 8,61$) “okur-yazar olmayan” gruba ($n=31$) aittir.

Diğer yaşam kalitesi olan genel sağlık anlayışı alanında ise, “ilkokul” mezunları ($n=74$) en yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasına sahipken ($12,17\pm 4,79$), yine “okur-yazar değil” cevabı veren hastalar ($n=31$) en düşük yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip ($7,70\pm 3,73$) olarak belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi alanları ile meslek arasındaki ilişki (Çizelge 4.6) incelendiğinde, esenlik ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Buna karşılık, yaşam kalitesi alanlarından fonksiyonel durum ($p>0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p>0,05$) ile meslek arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

“Emekli” olan hastaların ($n=66$) esenlik ($35,65\pm 7,42$) alanı puan ortalaması en yüksekken, “işsiz” olan hastaların ($n=57$) esenlik ($31,34\pm 9,66$) alanında, en düşük puan ortalamasına sahip olan grup olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.6. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarına Göre Meslek Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	MESLEK			Test sonucu; p	
	ÇALIŞAN (n=29)	EMEKLİ (n=66)	İŞSİZ (n=57)	F	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Fonksiyonel Durum	21,93 ± 10,21	22,02 ± 9,46	19,51 ± 10,63	1,09	p>0,05
Esenlik	35,52 ± 9,43	35,65 ± 7,42	31,34 ± 9,66	4,30	0,02*
Genel Sağlık Anlayışı	11,50 ± 5,09	10,88 ± 4,27	10,57 ± 5,34	0,36	p>0,05

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvenceleriyle yaşam kalitesi alanları incelendiğinde (Çizelge 4.7), esenlik (p>0,05) ve genel sağlık anlayışı (p>0,05) ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat sosyal güvence ile fonksiyonel durum alanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) bulunmuştur. Farklılığı oluşturan ise, Emekli Sandığı ile SSK (p<0,05) ve Bağ-Kur (p<0,05) arasındaki anlamlı farktır.

Fonksiyonel durum alanında (22,23±10,41) en yüksek puan ortalamasına, sosyal güvencesi “Bağ-Kur” olan hastalarda (n=47) rastlanırken, en düşük puan ortalamasına (fonksiyonel durum=14,61±7,06) sahip olan hastaların sosyal güvencesi “Emekli Sandığı” (n=18) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.7. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarına Göre Sosyal Güvence Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK	SOSYAL GÜVENCE				Test sonucu; p	
	EMEKLİ SANDIĞI (n=18)	YEŞİLKART (n=19)	SSK (n=68)	BAĞ-KUR (n=47)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F	p
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI						
Fonksiyonel Durum	14,61 ± 7,06	22,00 ± 9,56	21,69 ± 10,18	22,23 ± 10,41	2,93	0,04*
Esenlik	32,27 ± 6,70	35,64 ± 12,25	33,66 ± 8,62	34,53 ± 8,56	0,53	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	9,16 ± 4,27	11,11 ± 4,80	10,67 ± 5,21	11,75 ± 4,41	1,34	p>0,05

F: One-Way ANOVA

*p<0,05

Çizelge 4.8. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarına Göre Aile Tipi Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK	AİLE TİPİ			Test sonucu; p	
	ÇEKİRDEK AİLE (n=98)	GENİŞ AİLE (n=43)	PARÇALANMIŞ AİLE (n=11)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F	p
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI					
Fonksiyonel Durum	22,34 ± 9,74	16,56 ± 10,17	27,27 ± 5,22	7,85	0,00*
Esenlik	34,88 ± 8,70	32,64 ± 8,83	31,62 ± 10,48	1,39	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	11,04 ± 4,73	10,08 ± 4,90	12,58 ± 5,38	1,32	p>0,05

F: One-Way ANOVA

*p<0,05

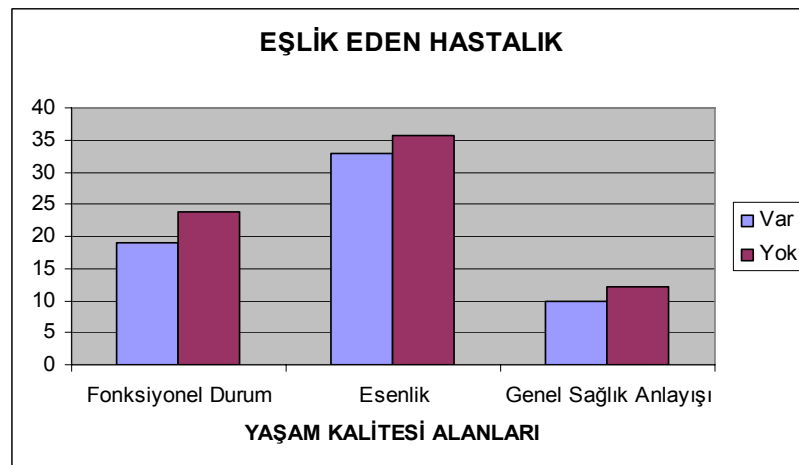
Yaşam kalitesi alanları ile aile tipi arasındaki durum incelendiğinde, fonksiyonel durum yönünden parçalanmış aile ile fonksiyonel durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Esenlik ($p > 0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p > 0,05$) ile yaşam kalitesi alanları arasında aile tiplerine göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Anlamlı bulunan fonksiyonel durum alanında Tukey testi ile farklılığı yaratan aile tipi incelendiğinde ise; geniş aile ile çekirdek aile arasında ($p < 0,05$), geniş aile ile parçalanmış aile arasında ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 4.9. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK	EŞLİK EDEN HASTALIK		Test sonucu; p	
	EVET (n=89)	HAYIR (n=63)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	t	p
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI				
Fonksiyonel Durum	19,08 ± 9,77	23,86 ± 9,86	-2,96	0,00*
Esenlik	32,83 ± 8,77	35,68 ± 8,87	-1,97	0,04*
Genel Sağlık Anlayışı	9,91 ± 4,50	12,25 ± 4,98	-3,02	0,00*

t: Independent-Samples t Test * $p < 0,05$



Şekil 4.2. Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarının Dağılımı Histogramı

Yaşam kalitesi alanlarının her biri yönünden eşlik eden hastalık olup olmamasına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Eşlik eden hastalık varlığı sorusuna “evet” cevabı veren hastaların ($n=79$) yaşam kalitesi alanlarının puan ortalamaları (fonksiyonel durum= $19,08\pm 9,77$; esenlik= $32,83\pm 8,77$; genel sağlık anlayışı= $9,91\pm 4,50$), “hayır” cevabı veren hastaların puan ortalamalarına ($n=63$) göre daha düşük (fonksiyonel durum= $23,86\pm 9,86$; esenlik= $35,68\pm 8,87$; genel sağlık anlayışı= $12,25\pm 4,98$) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.10. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımına Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	SİĞARA KULLANIMI			Test sonucu; p	
	EVET (n=36)	HAYIR (n=72)	BIRAKTIM (n=44)	F	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Fonksiyonel Durum	28,39 ± 6,95	18,06 ± 9,93	19,98 ± 9,58	15,54	0,00*
Esenlik	35,45 ± 9,11	32,67 ± 9,08	35,03 ± 8,25	1,59	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	12,44 ± 4,74	9,97 ± 4,77	11,10 ± 4,76	3,31	0,04*

F: One-Way ANOVA * $p<0,05$

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile sigara kullanımı arasındaki fark incelendiğinde, fonksiyonel durum ($p<0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0,05$) ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çizelge 4.11. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının EPO Tedavisine Alınmasına Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	EPO TEDAVİSİ			Test sonucu; p	
	EVET (n=54)	HAYIR (n=23)	n	t	p
	Ort ± SS	Ort ± SS			
Fonksiyonel Durum	21,96 ± 8,64	28,09 ± 5,39	77	-3,14	0,00*
Esenlik	33,62 ± 8,39	37,63 ± 9,40	77	-1,85	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	10,41 ± 4,77	12,84 ± 4,83	77	-2,03	0,04*

t: Independent-Samples t Test * $p<0,05$

“EPO tedavisi alıyor musunuz?” sorusuna cevap veren 77 kişi değerlendirmeye alınmıştır. EPO tedavisi alımıyla yaşam kalitesi incelendiğinde, tabloda da görüldüğü üzere, fonksiyonel durum ile EPO tedavisi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Esenlik yaşam kalitesi alanıyla EPO tedavisi arasında ($p>0,05$) anlamlı fark bulunamamıştır. Genel sağlık anlayışı alanında ise anlamlı fark ($p<0,05$) tespit edilmiştir.

Çizelgeye göre, “EPO tedavisi alıyor musunuz?” sorusuna “evet” cevabı veren hastaların ($n=54$) fonksiyonel durum alanı puan ortalamalarının ($21,96\pm 8,64$) ve genel sağlık anlayışı alanı puan ortalamalarının ($10,41\pm 4,77$) daha düşük olduğu görülürken, “hayır” cevabı veren hastaların puan ortalamalarının ($n=23$) daha yüksek (fonksiyonel durum= $28,09\pm 5,39$; genel sağlık anlayışı= $12,84\pm 4,83$) olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.12. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz İşlemi İçin Şu An Kullanılan Giriş Yoluna Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK	HEMODİYALİZ İŞLEMİ İÇİN ŞU AN KULLANILAN GİRİŞ YOLU		Test sonucu; p	
	FİSTÜL (n=126)	KATETER (n=26)	t	p
	Ort ± SS	Ort ± SS		
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI				
Fonksiyonel Durum	22,08 ± 9,46	16,12 ± 11,50	-2,82	0,01*
Esenlik	34,35 ± 8,57	32,38 ± 10,34	-1,03	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	10,99 ± 4,91	10,34 ± 4,50	-0,63	$p>0,05$

t: Independent-Samples t Test

* $p<0,05$

Hemodiyaliz işlemi için şu an kullanılan giriş yolu yönünden yaşam kalitesi alanları incelendiğinde, sadece fonksiyonel durum alanıyla şu anda kullanılan giriş yolu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Esenlik ($p>0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p>0,05$) alanları ile anlamlı fark bulunamamıştır.

Hemodiyaliz işlemi için şu an kullanılan giriş yolu “fistül” olan hastaların ($n=126$) fonksiyonel durum alanında elde ettikleri puan ortalamaları ($22,08\pm 9,46$), “kateter” olan hastaların puan ortalamalarına ($n=26$) göre daha yüksektir (fonksiyonel durum= $16,12\pm 11,50$).

Çizelge 4.13. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamalarının CaxP Değerine Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	CaxP		Test sonucu; p	
	55 mg/dl'nin altı (n=123)	55 mg/dl'nin üstü (n=26)		
	Ort ± SD	Ort ± SD	t	p
Fonksiyonel Durum	12,15 ± 6,65	14,42 ± 5,9	-1,61	p>0,05
Esenlik	33,67 ± 8,87	35,25 ± 9,3	0,81	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	3,33 ± 0,88	3,35 ± 0,16	0,07	p>0,05

t: Independent-Samples t Test

Yaşam kalitesi alanlarıyla CaxP oranı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p>0,05) bulunamamıştır.

Çizelge 4.14. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Hemoglobin (Hb) Düzeyi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	HEMOGLOBİN DÜZEYİ		
	n	r	p
Fonksiyonel Durum	150	0,23	0,00*
Esenlik	150	0,16	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	150	0,15	p>0,05

r: Pearson correlation *p<0,05

Araştırmaya katılan hastaların Hb düzeyleriyle sf-36 ölçeği incelendiğinde, fonksiyonel durum ile Hb düzeyi arasında (r=0,23), ileri düzeyde anlamlı bir ilişki (p<0,05) tespit edilmiştir.

Çizelge 4.15. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Albumin Düzeyi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	ALBUMİN DÜZEYİ		
	n	r	p
Fonksiyonel Durum	150	0,30	0,00*
Esenlik	150	0,10	p>0,05
Genel Sağlık Anlayışı	150	0,26	0,00*

r: Pearson correlation *p<0,05

Albumin düzeyleri ile yaşam kalitesi alanlarının incelendiği tabloda görüldüğü gibi, fonksiyonel durum yönünden albumin düzeyi arasında pozitif yönde ($r=0,30$) ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0,05$) vardır.

Esenlik alanı ile albumin düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Genel sağlık anlayışı yönünden albumin düzeyi incelendiğindeyse, zayıf ($r=0,26$) ileri düzeyde anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) varlığı görülmektedir.

Çizelge 4.16. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Transferrin Satürasyonu Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	TRANSFERRİN SATÜRASYONU		
	n	r	p
Fonksiyonel Durum	72	0,25	0,03*
Esenlik	72	0,15	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	72	0,13	$p>0,05$

r: Pearson correlation * $p<0,05$

Hastaların transferrin satürasyonları ile yaşam kalitesi alanları incelendiğinde, fonksiyonel durum yönünden anlamlı ilişki ($p<0,05$) belirlenmiştir. Esenlik ($p>0,05$) ve genel sağlık anlayışı ($p>0,05$) ile transferrin satürasyonu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.17. Yaşam Kalitesi Alanları Puan Ortalamaları İle Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	BEDEN KİTLE İNDEKSİ		
	n	r	p
Fonksiyonel Durum	149	-0,12	$p>0,05$
Esenlik	149	-0,07	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	149	-0,07	$p>0,05$

r: Pearson correlation

Hastaların beden kitle indekslerine göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, Çizelge 4.17’de de görüldüğü üzere, tüm yaşam kalitesi alanları yönünden beden kitle indeksi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.18. Yaşam Kalitesi Alanlarının Diyaliz Yeterliliğine (Kt/V) Göre İncelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	DİYALİZ YETERLİLİĞİ (Kt / V)		Test sonucu; p	
	YETERLİ (n=55)	YETERSİZ (n=14)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	t	p
Fonksiyonel Durum	22,13 ± 10,67	24,36 ± 7,67	-0,74	$p>0,05$
Esenlik	34,77 ± 8,41	32,41 ± 7,53	0,96	$p>0,05$
Genel Sağlık Anlayışı	11,08 ± 5,22	10,47 ± 4,57	0,40	$p>0,05$

t: Independent-Samples t Test

Yaşam kalitesi ile diyaliz yeterliliği (Kt/V) değerlendirildiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Aylık gelir durumu, medeni durum, ikamet yeri, hemodiyalize girme süresi, hemodiyalize girme sıklığı, böbrek yetmezliği nedeni, alkol kullanımı, eşlik eden kalp hastalığı, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, hepatit B ve hepatit C varlığı, antidepresan kullanımı, kan transfüzyonu yapılma durumunun yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.4 SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN MADDELERİNE VERİLEN BEKLENEN VE ALGILANAN PUANLARININ İNCELENMESİ VE ANLAMLILIKLARININ BELİRLENMESİ

Çizelge 4.19. Hastaların Beklenen-Algılanan ve Fark Puanlarının İncelenmesi

Sıra No	Ölçek Maddeleri		Puan Ort ± Puan SS	Verilen Min. Puan	Verilen Maks. Puan	Fark Ort ± Fark SS	Farkın Min. Puanı	Farkın Maks. Puanı	t	p	n
1	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir.	Beklenen	6,98 ± 0,18	5	7	-1,64 ± 1,10	-5	2	-18,34	0,00*	152
		Algılanan	5,34 ± 1,07	2	7						
2	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir.	Beklenen	6,98 ± 0,14	6	7	-1,43 ± 1,12	-6	2	-16,29	0,00*	152
		Algılanan	5,54 ± 1,08	1	7						
3	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır.	Beklenen	6,98 ± 0,14	6	7	-0,95 ± 1,03	-4	2	-11,81	0,00*	152
		Algılanan	6,02 ± 0,99	3	7						
4	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeleri ve ilan panosu güzel görünür.	Beklenen	4,87 ± 2,51	1	7	-1,46 ± 2,34	-6	4	-7,82	0,00*	152
		Algılanan	3,37 ± 1,71	1	7						
5	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir.	Beklenen	6,99 ± 0,08	6	7	-0,80 ± 0,94	-6	1	-10,42	0,00*	152
		Algılanan	6,19 ± 0,94	1	7						
6	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hasta kayıtlarının gizliliğine önem verirler.	Beklenen	6,93 ± 0,31	5	7	-1,31 ± 1,03	-5	2	-16,63	0,00*	152
		Algılanan	5,56 ± 0,94	2	7						
7	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-0,71 ± 0,87	-5	0	-9,90	0,00*	152
		Algılanan	6,33 ± 0,84	2	7						
8	Mükemmel bir hemodiyaliz	Beklenen	6,92 ± 0,27	6	7	-1,36 ± 1,11	-6	1	-15,32	0,00*	152

	ünitesinde hemşireler hatasız kayıt tutmaya çok önem verir.	Algılanan	5,53 ± 1,04	1	7						
9	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur.	Beklenen	6,99 ± 0,08	6	7	-0,98 ± 0,93	-6	0	-12,98	0,00*	152
		Algılanan	6,03 ± 0,91	1	7						
10	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler.	Beklenen	6,99 ± 0,11	6	7	-1,56 ± -1,47	-6	0	-13,12	0,00*	152
		Algılanan	5,43 ± 1,45	1	7						
11	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir.	Beklenen	6,94 ± 0,31	5	7	-0,53 ± 0,81	-5	2	-7,98	0,00*	152
		Algılanan	6,41 ± 0,73	2	7						
12	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-1,14 ± 0,97	-6	0	-14,80	0,00*	152
		Algılanan	5,87 ± 0,94	1	7						
13	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır.	Beklenen	6,99 ± 0,08	6	7	-2,51 ± 1,57	-6	0	-20,28	0,00*	152
		Algılanan	4,43 ± 1,55	1	7						
14	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-0,95 ± 0,85	-3	0	-13,86	0,00*	152
		Algılanan	6,05 ± 0,85	4	7						
15	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-1,09 ± 0,90	-5	0	-14,94	0,00*	152
		Algılanan	5,91 ± 0,90	2	7						
16	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	0,93 ± 0,96	-5	0	-11,83	0,00*	152
		Algılanan	6,08 ± 0,96	2	7						
17	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-1,51 ± 1,43	-6	0	-12,96	0,00*	152
		Algılanan	5,49 ± 1,43	1	7						
18	Mükemmel bir hemodiyaliz	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-1,00 ± 0,84	-5	0	-14,72	0,00*	152

	ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir.	Algılanan	6,00 ± 0,84	2	7						
19	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır.	Beklenen	7,00 ± 0,00	7	7	-1,00 ± 0,88	-5	0	-13,91	0,00*	152
		Algılanan	6,01 ± 0,88	2	7						
20	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur.	Beklenen	6,98 ± 0,14	6	7	-0,97 ± 1,02	-6	1	-11,70	0,00*	152
		Algılanan	6,01 ± 1,00	1	7						
21	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların haklarını korur.	Beklenen	6,96 ± 0,20	6	7	-1,38 ± 0,93	-6	1	-18,51	0,00*	152
		Algılanan	5,58 ± 0,89	1	7						
22	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	Beklenen	6,89 ± 0,45	4	7	-1,88 ± 1,17	-6	1	-18,92	0,00*	152
		Algılanan	4,99 ± 1,20	1	7						

Çizelge 4.19’da, SERVQUAL ölçeğinde yer alan 22 madde ile belirtilmiş olan hizmet alanlarına (sunum, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati), hastaların verdikleri beklenen ve algılanan puanları ile bu puanların farkı incelenmiştir. Böylece B.P.O. (beklenen puan ortalaması) ve A.P.O. (algılanan puan ortalaması) belirlenmiştir. Ölçek, bir bütün olarak ele alındığında beklenen puanlarının, algılanan puanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve tüm beklenen-algılanan maddelerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

En yüksek puan alan sorular ilk üç sıra halinde belirtilmiştir. Hastaların verdikleri puanlara göre beklenen puanları en yüksek sorular aşağıdaki çizelgelerde gösterilmektedir.

Çizelge 4.20. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 1. Sıra

Soru No	Ölçek Maddesi	Verilen B.P.O.
7	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular.	7,00
12	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır.	7,00
14	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir.	7,00
15	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder.	7,00
16	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır.	7,00
17	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır.	7,00
18	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir.	7,00
19	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır.	7,00

Çizelge 4.20’de de görüldüğü gibi, B.P.O. 7,00 tam puan olan sorular, hasta beklentilerinin en yüksek olduğu sorulardır. Buna göre, hastalar hemşirelerden tedavileri doğru uygulamalarını, hastalarına daima yardım etme isteği taşımalarını, davranışlarının güven verici olmasını, daima hastalarına saygılı olmalarını, hastaların sorularını yanıtlayacak bilgilerinin olmasını, birey olarak değer vermesini ve özenli davranmasını en yüksek düzeyde beklemekte; ayrıca, güvenli bir çevrede olduklarını hissetmek istemektedir.

Çizelge 4.21. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 2. Sıra

Soru No	Ölçek Maddesi	Verilen B.P.O.
5	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir.	6,99
9	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur.	6,99
10	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler.	6,99
13	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır.	6,99

2. sırada verilen en yüksek B.P.O. incelendiğinde, 6,99 puan alan sorular, Madde 5 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir”, Madde 9 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur”, Madde 10 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler” ve Madde 13 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır” sorularıdır.

Çizelge 4.22. Verilen En Yüksek B.P.O. ve Ölçek Maddeleri 3. Sıra

Soru No	Ölçek Maddesi	Verilen B.P.O.
1	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir.	6,98
2	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir.	6,98
3	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır.	6,98
20	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur.	6,98

Çizelge 4.22’de 3. sıradaki ölçek maddelerine yer verilmiştir. B.P.O. 6,98 olan ve 3. sırada yer alan ölçek maddeleri, Madde 1 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir”, Madde 2 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir”, Madde 3 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır” ve Madde 20 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur”.

B.P.O. 4,87 puan ile en düşük puana sahip olan ölçek maddesi ise Madde 4 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeleri ve ilan panosu güzel görünür” sorusudur.

Algılanan puanlar incelendiğinde; en yüksek A.P.O. 6,41 puan ile Madde 11 “X hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir” sorusu, 2. sırada en yüksek A.P.O. 6,33 puan ile Madde 7 “X hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular” sorusu ve 3. sırada en yüksek A.P.O. 6,19 puan ile Madde 5 “X hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir” sorusu olarak belirlenmiştir.

Algılanan puanlar içerisinde en düşük A.P.O. 3,37 puan ile Madde 4 “X hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeleri ve ilan panosu güzel görünür” sorusu olmuştur.

4.5 SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN BEŞ HİZMET BOYUTUNUN İNCELENMESİ

Çizelge 4.23. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Elde Edilen Ağırlıksız Puan Ortalamalarının ve Standart Sapmalarının İncelenmesi

SERVQUAL Ölçeği Subgrupları	Minimum	Maximum	Ort ± SS	n
Sunum	-20	6	-5,47 ± 3,90	152
Güvenilirlik	-28	2	-5,18 ± 3,88	152
İsteklilik	-19	2	-5,74 ± 3,33	152
Güven	-19	0	-4,48 ± 3,43	152
Empati	-22	3	-6,18 ± 3,55	152

Çizelge 4.23’de, araştırmaya katılan 152 kişinin ölçeğin subgruplarına verdikleri minimum ve maksimum puanları, ortalamaları ve standart sapmaları incelenmiştir. En düşük puan ortalaması (-6,18±3,55) empati subgrubundayken, güven subgrubu (-4,48±3,43) ise en yüksek puanı almıştır.

Çizelge 4.24. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Elde Edilen Ağırlıklı Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmalarının İncelenmesi

SERVQUAL Ölçeği Subgrupları	Minimum	Maximum	Ort ± SS	n
Sunum	-480	200	-71,05 ± 89,19	152
Güvenilirlik	-560	105	-99,84 ± 78,83	152
İsteklilik	-510	40	-127,30 ± 85,95	152
Güven	-550	150	-124,90 ± 105,25	152
Empati	-440	60	-106,74 ± 69,61	152

Ağırlıklı puanlar incelendiğinde en yüksek ortalama (-127,30±85,95) isteklilik subgubunda göze çarpmaktadır. Diğer boyutlara göre en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları boyut ise sunum subgrubudur (-71,05±89,19).

4.6 HASTALARIN BEŞ HİZMET BOYUTUNA VERDİKLERİ ÖNEM

Çizelge 4.25. Hastaların Beş Hizmet Boyutuna Verdikleri Önemin Derecesine Göre İncelenmesi

SERVQUAL Ölçeği Subgrupları	1.DERECEDE ÖNEM		2.DERECEDE ÖNEM		3.DERECEDE ÖNEM	
	SAYI	YÜZDE %	SAYI	YÜZDE %	SAYI	YÜZDE %
Sunum	7	4,6	13	8,6	104	68,4
Güvenilirlik	13	8,6	32	21,1	10	6,6
İsteklilik	28	18,4	48	31,6	8	5,3
Güven	99	65,1	32	21,1	1	7
Empati	5	3,3	27	17,8	29	19,1
Toplam	152	100,0	152	100,0	152	100,0

Hastaların 5 hizmet boyutuna verdikleri önem sıralaması incelendiğinde, hastalar için birinci derecede önemli olan, % 65,1’lik oran ile (99) “Madde 4: Hemşirelerin bilgisi, insanlara saygısı ve güven verebilme yetenekleri”, ikinci derecede önemli olan, % 31,6’lık oran ile (48) “Madde 3: Hemşirelerin hastalara yardımcı olma ve hizmeti en kısa sürede verme isteği” olarak belirlenmiştir. Hastalar için en az önemli olan hizmet boyutu ise, % 68,4’lük oran ile (104) “Madde 1: Hemodiyaliz ünitelerinin fiziksel koşulları, hemşirelerin ve iletişim araçlarının görünümü” olmuştur.

4.7 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN, SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE ANLAMLILIĞININ İNCELENMESİ

Çizelge 4.26. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamaları İle Yaş Arasındaki İlişki

YAŞA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER			
Subgruplar	n	r	p
Sunum	152	0,22	0,01*
Güvenilirlik	152	0,18	0,02*
İsteklilik	152	0,14	p>0,05
Güven	152	0,20	0,01*
Empati	152	0,15	p>0,05
YAŞA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER			
Sunum	152	0,17	0,04*
Güvenilirlik	152	0,18	0,02*
İsteklilik	152	0,19	0,02*
Güven	152	0,13	p>0,05
Empati	152	0,09	p>0,05

r: Pearson correlation *p<0,05

Elde edilen yaşa göre SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıksız değerlerinde sunum (r=0,22) ve güven (r=0,20) boyutlarında ileri düzeyde (p<0,05), fakat çok zayıf ilişki belirlenmiştir. Güvenilirlik boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p<0,05) bulunmuştur.

Ağırlıklı değerler incelendiğindeyse; sunum (p<0,05), güvenilirlik (p<0,05) ve isteklilik boyutunda (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çizelge 4.27'deki cinsiyetlere göre ağırlıksız ve ağırlıklı değerler incelendiğinde, ağırlıksız değerlerde cinsiyet ile sunum (p<0,05), güvenilirlik (p<0,05), isteklilik (p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında, sadece güvenilirlik boyutuyla cinsiyet arasında (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.

“Hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirme yetisi” olarak belirtilen güvenilirlik boyutunda, “kadın” (n=64) hastaların (ağırlıksız ortalama=-5,94±3,79; ağırlıklı ortalama=-116,09±68,73) puan ortalamalarının “erkek” (n=88) hastalara (ağırlıksız ortalama=-4,63±3,88; ağırlıklı ortalama=-88,01±83,83) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sunum (-6,25±3,74) ve isteklilik (-6,36±3,20) boyutlarında da, cinsiyete göre ağırlıksız değerlere bakıldığında, kadınların (n=64) puan ortalamalarının, erkeklerle (n=88) göre daha düşük (sunum=-4,91±3,94; isteklilik=-5,28±3,37) olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.27. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Cinsiyet Arasındaki Farkın İncelenmesi

CİNSİYETE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	CİNSİYET	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				t	p
Sunum	Kadın	64	-6,25 ± 3,74	2,12	0,04*
	Erkek	88	-4,91 ± 3,94		
Güvenilirlik	Kadın	64	-5,94 ± 3,79	2,08	0,04*
	Erkek	88	-4,63 ± 3,88		
İsteklilik	Kadın	64	-6,36 ± 3,20	1,99	0,04*
	Erkek	88	-5,28 ± 3,37		
Güven	Kadın	64	-4,95 ± 3,63	1,46	p>0,05
	Erkek	88	-4,14 ± 3,25		
Empati	Kadın	64	-6,66 ± 4,00	1,40	p>0,05
	Erkek	88	-5,84 ± 3,17		
CİNSİYETE GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Kadın	64	-73,28 ± 94,44	0,26	p>0,05
	Erkek	88	-69,43 ± 85,68		
Güvenilirlik	Kadın	64	-116,09 ± 68,73	2,20	0,03*
	Erkek	88	-88,01 ± 83,83		
İsteklilik	Kadın	64	-141,72 ± 85,41	1,78	p>0,05
	Erkek	88	-116,82 ± 85,30		
Güven	Kadın	64	-140,70 ± 103,48	1,59	p>0,05
	Erkek	88	-113,41 ± 105,62		
Empati	Kadın	64	-116,56 ± 72,29	1,49	p>0,05
	Erkek	88	-99,60 ± 67,11		

t: Independent-Samples t Test *p<0,05

Çizelge 4.28. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

EĞİTİM DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	EĞİTİM DURUMU	n	Ort ± SS	Test sonucu;	
				F	p
Sunum	Okur-yazar değil	31	-5,13 ± 3,58	7,12	0,00*
	Okuryazar	21	-7,05 ± 3,43		
	İlkokul	74	-4,31 ± 3,56		
	Ortaokul	12	-6,42 ± 2,07		
	Lise	7	-6,71 ± 4,19		
	Üniversite	7	-11,71 ± 4,99		
Güvenilirlik	Okur-yazar değil	31	-4,77 ± 3,06	7,62	0,00*
	Okuryazar	21	-5,76 ± 3,21		
	İlkokul	74	-4,38 ± 2,97		
	Ortaokul	12	-4,92 ± 3,58		
	Lise	7	-6,57 ± 2,64		
	Üniversite	7	-12,71 ± 9,05		
İsteklilik	Okur-yazar değil	31	-4,84 ± 3,10	3,94	0,00*
	Okuryazar	21	-6,95 ± 3,40		
	İlkokul	74	-5,31 ± 2,70		
	Ortaokul	12	-5,25 ± 3,31		
	Lise	7	-7,57 ± 3,69		
	Üniversite	7	-9,57 ± 6,08		
Güven	Okur-yazar değil	31	-3,45 ± 2,87	8,05	0,00*
	Okuryazar	21	-5,33 ± 3,32		
	İlkokul	74	-3,86 ± 2,73		
	Ortaokul	12	-4,50 ± 2,65		
	Lise	7	-6,71 ± 4,11		
	Üniversite	7	-10,71 ± 5,77		
Empati	Okur-yazar değil	31	-5,71 ± 3,93	7,13	0,00*
	Okuryazar	21	-7,19 ± 3,53		
	İlkokul	74	-5,35 ± 2,58		
	Ortaokul	12	-6,42 ± 2,43		
	Lise	7	-7,29 ± 3,04		
	Üniversite	7	-12,57 ± 5,97		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Eğitim durumuna göre ağırlıksız değerler çizelgesinde, tüm SERVQUAL ölçeği subgrupları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Sunum (-11,71±4,99), güvenilirlik (-12,71±9,05) ve empati (-12,57±5,97) subgruplarında eğitim durumu “üniversite” (n=7) olanların puan ortalamaları daha

daha düşükken, eğitim durumu “ilkokul” (n=74) olanların puan ortalamaları (sunum=-4,31±3,56; güvenilirlik=-4,38±2,97; empati=-5,35±2,58) ise daha fazladır. Ancak isteklilik (-9,57±6,08) ve güven (-10,71±5,77) boyutu incelendiğinde en az puan ortalaması yine “üniversite mezunlarında” (n=7) görülürken, en fazla puan ortalaması (isteklilik=-4,84±3,10; güven=-3,45±2,87) ise “okur-yazar olmayanlarda” (n=31) görülmektedir.

Çizelge 4.29. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Eğitim Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

EĞİTİM DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	EĞİTİM DURUMU	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Okur-yazar değil	31	-56,45 ± 58,38	6,44	0,00*
	Okuryazar	21	-96,90 ± 90,77		
	İlkokul	74	-53,18 ± 76,02		
	Ortaokul	12	-90,00 ± 70,03		
	Lise	7	-60,00 ± 90,74		
	Üniversite	7	-225,71 ± 178,87		
Güvenilirlik	Okur-yazar değil	31	-91,77 ± 59,76	4,47	0,00*
	Okuryazar	21	-125,48 ± 68,34		
	İlkokul	74	-86,22 ± 70,47		
	Ortaokul	12	-82,08 ± 66,28		
	Lise	7	-120,71 ± 47,21		
	Üniversite	7	-212,14 ± 177,41		
İsteklilik	Okur-yazar değil	31	-116,29 ± 86,92	1,88	p>0,05
	Okuryazar	21	-147,38 ± 81,28		
	İlkokul	74	-119,53 ± 71,75		
	Ortaokul	12	-109,17 ± 103,33		
	Lise	7	-150,71 ± 53,89		
	Üniversite	7	-205,71 ± 172,54		
Güven	Okur-yazar değil	31	-97,90 ± 89,76	7,20	0,00*
	Okuryazar	21	-145,48 ± 100,57		
	İlkokul	74	-105,20 ± 93,46		
	Ortaokul	12	-129,17 ± 76,30		
	Lise	7	-203,57 ± 118,07		
	Üniversite	7	-305,00 ± 136,96		
Empati	Okur-yazar değil	31	-106,77 ± 87,37	3,21	0,01*
	Okuryazar	21	-118,33 ± 54,05		
	İlkokul	74	-91,42 ± 51,71		
	Ortaokul	12	-111,25 ± 62,24		
	Lise	7	-154,29 ± 89,09		
	Üniversite	7	-178,57 ± 120,03		

F: One-Way ANOVA

*p<0,05

Eğitim durumuna gore SERVQUAL leği subgrupları incelendiğindeyse, sunum, guvenilirlik, guven ve empati boyutlarında eğitim durumuna gore istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,05$) tespit edilmiştir. Ancak isteklilik ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlara bakıldığında, yine en az puan ortalaması (sunum= $-225,71 \pm 178,87$; guvenilirlik= $-212,14 \pm 177,41$; guven= $-305,00 \pm 136,96$; empati= $-178,57 \pm 120,03$) “universite mezunlarında” ($n=7$) gorulmektedir. En fazla puan ortalaması ise sunum ($-53,18 \pm 76,02$) ve empati ($-91,42 \pm 51,71$) boyutlarında “ilkokul ($n=74$) mezunlarında”, guvenilirlik ($-82,08 \pm 66,28$) ve isteklilik ($-109,17 \pm 103,33$) boyutlarında “ortaokul ($n=12$) mezunlarında”, guven ($-97,90 \pm 89,76$) boyutunda ise “okur-yazar olmayanlarda” ($n=31$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.30 incelendiğinde, sadece mesleğe gore ağırlıksız değerlerden, sunum subgrubu ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,05$) tespit edilmiştir. Diğer subgruplar yonunden ağırlıklı ve ağırlıksız değerler arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

“Fiziksel olanaklar, ekipman, personel, iletişim materyallerinin gorunununu” içeren sunum boyutunda, “emekli” olan 66 kişinin daha fazla puan aldığı (sunum= $-4,44 \pm 3,20$) gorulurken, “işsiz” olan 57 kişinin ise daha az puan (sunum= $-6,65 \pm 3,84$) aldığı gorulmektedir.

Çizelge 4.30. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Meslek Arasındaki Farkın İncelenmesi

MESLEĞE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	MESLEK	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Çalışan	29	-5,52 ± 4,85	5,19	0,01*
	Emekli	66	-4,44 ± 3,20		
	İşsiz	57	-6,65 ± 3,84		
Güvenilirlik	Çalışan	29	-4,03 ± 6,43	1,60	p>0,05
	Emekli	66	-5,36 ± 2,86		
	İşsiz	57	-5,54 ± 3,11		
İsteklilik	Çalışan	29	-5,24 ± 4,64	0,47	p>0,05
	Emekli	66	-5,74 ± 2,46		
	İşsiz	57	-5,98 ± 3,45		
Güven	Çalışan	29	-3,86 ± 4,41	0,58	p>0,05
	Emekli	66	-4,61 ± 3,01		
	İşsiz	57	-4,65 ± 3,34		
Empati	Çalışan	29	-5,76 ± 4,65	0,40	p>0,05
	Emekli	66	-6,12 ± 3,17		
	İşsiz	57	-6,47 ± 3,38		
MESLEĞE GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Çalışan	29	-81,90 ± 95,67	1,37	p>0,05
	Emekli	66	-57,42 ± 67,22		
	İşsiz	57	-81,32 ± 106,02		
Güvenilirlik	Çalışan	29	-70,34 ± 120,80	2,72	p>0,05
	Emekli	66	-103,11 ± 61,00		
	İşsiz	57	-111,05 ± 67,44		
İsteklilik	Çalışan	29	-125,52 ± 120,48	0,30	p>0,05
	Emekli	66	-122,20 ± 68,01		
	İşsiz	57	-134,12 ± 84,94		
Güven	Çalışan	29	-96,90 ± 96,24	1,31	p>0,05
	Emekli	66	-133,94 ± 115,11		
	İşsiz	57	-128,68 ± 96,65		
Empati	Çalışan	29	-101,55 ± 87,77	0,19	p>0,05
	Emekli	66	-105,45 ± 67,04		
	İşsiz	57	-110,88 ± 62,96		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Çizelge 4.31. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Sosyal Güvence Arasındaki Farkın İncelenmesi

SOSYAL GÜVENCEYE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	SOSYAL GÜVENCE	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Emekli Sandığı	18	-6,11 ± 4,85	1,83	p>0,05
	Yeşilkart	19	-6,32 ± 3,87		
	SSK	68	-5,81 ± 4,10		
	Bağ-Kur	47	-4,40 ± 3,01		
Güvenilirlik	Emekli Sandığı	18	-7,17 ± 5,77	6,56	0,00*
	Yeşilkart	19	-2,11 ± 3,07		
	SSK	68	-5,10 ± 3,43		
	Bağ-Kur	47	-5,77 ± 3,26		
İsteklilik	Emekli Sandığı	18	-6,33 ± 3,77	4,92	0,00*
	Yeşilkart	19	-3,11 ± 3,25		
	SSK	68	-6,03 ± 3,12		
	Bağ-Kur	47	-6,15 ± 3,09		
Güven	Emekli Sandığı	18	-5,83 ± 4,46	4,67	0,00*
	Yeşilkart	19	-2,21 ± 2,49		
	SSK	68	-4,99 ± 3,35		
	Bağ-Kur	47	-4,15 ± 3,01		
Empati	Emekli Sandığı	18	-7,61 ± 5,17	3,21	0,03
	Yeşilkart	19	-4,32 ± 2,14		
	SSK	68	-6,54 ± 3,65		
	Bağ-Kur	47	-5,87 ± 2,81		
SOSYAL GÜVENCEYE GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Emekli Sandığı	18	-71,11 ± 123,75	1,28	p>0,05
	Yeşilkart	19	-92,11 ± 109,47		
	SSK	68	-78,68 ± 90,07		
	Bağ-Kur	47	-51,49 ± 57,31		
Güvenilirlik	Emekli Sandığı	18	-134,72 ± 117,82	4,15	0,01*
	Yeşilkart	19	-49,47 ± 74,31		
	SSK	68	-99,49 ± 70,78		
	Bağ-Kur	47	-107,34 ± 65,03		
İsteklilik	Emekli Sandığı	18	-127,78 ± 78,50	4,42	0,01*
	Yeşilkart	19	-64,47 ± 79,93		
	SSK	68	-132,43 ± 82,65		
	Bağ-Kur	47	-145,11 ± 86,78		
Güven	Emekli Sandığı	18	-187,78 ± 152,56	6,50	0,00*
	Yeşilkart	19	-49,21 ± 51,40		
	SSK	68	-136,69 ± 106,59		
	Bağ-Kur	47	-114,36 ± 77,12		
Empati	Emekli Sandığı	18	-126,94 ± 103,53	2,52	p>0,05
	Yeşilkart	19	-72,37 ± 47,59		
	SSK	68	-114,78 ± 70,64		
	Bağ-Kur	47	-101,28 ± 54,94		

F: One-Way ANOVA

*p<0,05

Sosyal güvenceye göre ağırlıksız değerlere bakıldığında, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutları ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında ise, güvenilirlik, isteklilik ve güven boyutları ile sosyal güvence arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Sosyal güvenceye göre ağırlıksız değerlerde, güvenilirlik boyutu ($p<0,05$) incelendiğinde, en düşük puan ortalaması ($-7,17\pm 5,77$), sosyal güvencesi “Emekli Sandığı” olan bireylerde ($n=18$) iken, güvenilirlik boyutundan en yüksek ($-2,11\pm 3,07$) puan ortalaması ise “Yeşilkart” sahibi olan bireylerdir ($n=19$).

İsteklilik ($-6,33\pm 3,77$), güven ($-5,83\pm 4,46$) ve empati ($-7,61\pm 5,17$) boyutlarında da, sosyal güvencesi “Emekli Sandığı” olan bireylerin ($n=18$), “Yeşilkart” sahibi olan bireylere ($n=19$) göre daha az puan (isteklilik= $-3,11\pm 3,25$; güven= $-2,21\pm 2,49$; empati= $-4,32\pm 2,14$) aldıkları belirlenmiştir.

Ağırlıklı değerlerde de, güvenilirlik ($-134,72\pm 117,82$) ve güven ($-187,78\pm 152,56$) boyutlarında, ağırlıksız değerlerde olduğu gibi, sosyal güvencesi “Emekli Sandığı” olan hastalar ($n=18$) daha az puan ortalamasına sahipken, sosyal güvencesi “Yeşilkart” olan hastalar ($n=19$) daha fazla puan ortalamasına (güvenilirlik= $-49,47\pm 74,31$; güven= $-49,21\pm 51,40$) sahiptirler.

“Yardımcı olma ve hızlı hizmet sağlama istekliliği” olarak belirtilen isteklilik boyutunda ise, en fazla puan ($-64,47\pm 79,93$) alanlar “Yeşilkart” sahipleri ($n=19$) iken, en az puan alanlar ($-145,11\pm 86,78$) ise, sosyal güvencesi “Bağ-Kur” olan hastalar ($n=47$) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.32’de aylık gelir durumu ile SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıksız değerleri incelendiğinde, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sunum boyutu ile anlamlı fark bulunamamıştır.

Güvenilirlik ($-3,47\pm 2,99$), güven ($-3,33\pm 2,93$) ve empati ($-5,09\pm 3,40$) boyutlarında en fazla puan ortalaması alan hastaların aylık gelir durumları “300 YTL’den az” iken ($n=43$), en az puan ortalamasına ise (güvenilirlik= $-8,78\pm 9,85$; güven= $-7,22\pm 6,30$; empati= $-8,56\pm 6,35$) “1000 YTL’den fazla” aylık gelire sahip hastalar ($n=9$) sahiptir.

İsteklilik boyutunda da en fazla puan ortalamasına sahip (-4,37±2,95) hastalar “300 YTL'den az” aylık gelire sahip olan hastalar (n=43) iken, en az puan ortalamasına sahip (-9,00±1,41) hastalar ise “900-1000 YTL” aylık gelire sahip olan hastalardır (n=2).

Çizelge 4.32. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Aylık Gelir Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

AYLIK GELİR DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	AYLIK GELİR DURUMU	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	300 YTL'den az	43	-5,49 ± 3,54	2,27	p>0,05
	300-599 YTL	82	-5,10 ± 3,99		
	600-899 YTL	16	-5,13 ± 2,92		
	900-1000 YTL	2	-7,50 ± 0,71		
	1000 YTL'den fazla	9	-9,00 ± 5,20		
Güvenilirlik	300 YTL'den az	43	-3,47 ± 2,99	4,81	0,00*
	300-599 YTL	82	-5,59 ± 3,05		
	600-899 YTL	16	-5,44 ± 2,73		
	900-1000 YTL	2	-7,00 ± 0,00		
	1000 YTL'den fazla	9	-8,78 ± 9,85		
İsteklilik	300 YTL'den az	43	-4,37 ± 2,95	4,20	0,00*
	300-599 YTL	82	-5,99 ± 3,03		
	600-899 YTL	16	-6,25 ± 2,89		
	900-1000 YTL	2	-9,00 ± 1,41		
	1000 YTL'den fazla	9	-8,33 ± 5,75		
Güven	300 YTL'den az	43	-3,33 ± 2,93	3,32	0,01*
	300-599 YTL	82	-4,83 ± 3,17		
	600-899 YTL	16	-4,00 ± 2,92		
	900-1000 YTL	2	-6,50 ± 2,12		
	1000 YTL'den fazla	9	-7,22 ± 6,30		
Empati	300 YTL'den az	43	-5,09 ± 3,40	2,77	0,03*
	300-599 YTL	82	-6,61 ± 3,30		
	600-899 YTL	16	-5,38 ± 2,34		
	900-1000 YTL	2	-8,00 ± 1,41		
	1000 YTL'den fazla	9	-8,56 ± 6,35		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Çizelge 4.33. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Aylık Gelir Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

AYLIK GELİR DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	AYLIK GELİR DURUMU	n	Ort ± SS	Test sonucu	
				F	p
Sunum	300 YTL'den az	43	-70,93 ± 82,82	1,44	p>0,05
	300-599 YTL	82	-68,29 ± 87,35		
	600-899 YTL	16	-46,88 ± 76,92		
	900-1000 YTL	2	-112,50 ± 10,61		
	1000 YTL'den fazla	9	-130,56 ± 141,83		
Güvenilirlik	300 YTL'den az	43	-69,19 ± 70,68	3,42	0,01*
	300-599 YTL	82	-106,77 ± 62,87		
	600-899 YTL	16	-108,13 ± 62,26		
	900-1000 YTL	2	-157,50 ± 74,25		
	1000 YTL'den fazla	9	-155,56 ± 181,87		
İsteklilik	300 YTL'den az	43	-97,33 ± 74,27	3,96	0,00*
	300-599 YTL	82	-132,01 ± 80,27		
	600-899 YTL	16	-130,31 ± 65,97		
	900-1000 YTL	2	-230,00 ± 99,00		
	1000 YTL'den fazla	9	-199,44 ± 149,30		
Güven	300 YTL'den az	43	-87,67 ± 82,32	2,30	p>0,05
	300-599 YTL	82	-138,78 ± 107,01		
	600-899 YTL	16	-125,63 ± 128,17		
	900-1000 YTL	2	-122,50 ± 3,54		
	1000 YTL'den fazla	9	-175,56 ± 120,22		
Empati	300 YTL'den az	43	-88,49 ± 59,69	2,54	0,04*
	300-599 YTL	82	-115,06 ± 69,88		
	600-899 YTL	16	-84,69 ± 43,11		
	900-1000 YTL	2	-132,50 ± 60,10		
	1000 YTL'den fazla	9	-151,67 ± 116,08		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Güvenilirlik, isteklilik ve empati ağırlıklı değerleri ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur. Sunum ve güven ağırlıklı değerleri ile aylık gelir durumu arasında ise anlamlı fark bulunamamıştır.

Sunulan hizmette güvenilirlik (-69,19±70,68) ve isteklilik (-97,33±74,27) boyutlarında en fazla puan ortalamasına sahip hastaların aylık gelirleri “300 YTL’den az” iken (n=43), en az puan ortalamasına sahip (güvenilirlik=-157,50±74,25, isteklilik= -230,00±99,00) hastaların (n=2) aylık gelirleri “900-1000 YTL” olarak belirlenmiştir.

“Bireyselleşmiş dikkatin sağlanması” olarak açıklanan empati boyutunda ise, “600-899 YTL” aylık gelire sahip olan hastaların (n=16) en fazla puan alan grup

(-84,69±43,11) olduğu, ancak aylık geliri “1000 YTL’den fazla” olan hastaların (n=9) ise, en az puana (-151,67±116,08) sahip grup olduğu gözlenmektedir.

Çizelge 4.34. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Böbrek Yetmezliği Nedeni Arasındaki Farkın İncelenmesi

BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİNE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİ	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Bilmiyor	99	-5,29 ± 3,82	1,56	p>0,05
	Hipertansiyon	11	-4,73 ± 2,97		
	Polikistik-kalıtsal böbrek hst.	11	-8,55 ± 5,52		
	DM	14	-5,43 ± 4,29		
	Nefrit	9	-4,78 ± 3,03		
	Nefrolitiazis	8	-5,38 ± 2,50		
Güvenilirlik	Bilmiyor	99	-5,15 ± 3,52	3,92	0,00*
	Hipertansiyon	11	-2,82 ± 3,28		
	Polikistik-kalıtsal böbrek hst.	11	-9,36 ± 6,73		
	DM	14	-5,00 ± 3,14		
	Nefrit	9	-4,00 ± 2,87		
	Nefrolitiazis	8	-4,63 ± 2,45		
İsteklilik	Bilmiyor	99	-5,79 ± 3,18	3,63	0,00*
	Hipertansiyon	11	-2,45 ± 3,30		
	Polikistik-kalıtsal böbrek hst.	11	-7,91 ± 4,11		
	DM	14	-6,57 ± 2,41		
	Nefrit	9	-5,89 ± 3,02		
	Nefrolitiazis	8	-5,00 ± 3,21		
Güven	Bilmiyor	99	-4,33 ± 3,24	2,69	0,02*
	Hipertansiyon	11	-2,09 ± 2,70		
	Polikistik-kalıtsal böbrek hst.	11	-6,82 ± 5,06		
	DM	14	-5,64 ± 3,20		
	Nefrit	9	-3,89 ± 2,57		
	Nefrolitiazis	8	-5,00 ± 3,34		
Empati	Bilmiyor	99	-5,82± 3,28	3,70	0,00*
	Hipertansiyon	11	-4,09 ± 2,95		
	Polikistik-kalıtsal böbrek hst.	11	-9,73 ± 4,41		
	DM	14	-7,07 ± 4,31		
	Nefrit	9	-6,56 ± 1,88		
	Nefrolitiazis	8	-6,75 ± 3,54		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Böbrek yetmezliği nedenine göre ağırlıksız değerler ile SERVQUAL ölçeği subgruplarının incelendiği Çizelge 4.34'e bakıldığında, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutları ile böbrek yetmezliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunduğu görülmektedir.

Hastaların, böbrek yetmezliği nedenlerine göre, istatistiksel olarak anlamlı fark çıkan boyutlarda hizmet doyumları incelendiğinde, en fazla puan ortalaması alan hastaların (güvenilirlik= $-2,82\pm 3,28$; isteklilik= $-2,45\pm 3,30$; güven= $-2,09\pm 2,70$; empati= $-4,09\pm 2,95$) böbrek yetmezliği nedeni "hipertansiyon" ($n=11$), en az puan ortalaması alan hastaların (güvenilirlik= $-9,36\pm 6,73$; isteklilik= $-7,91\pm 4,11$; güven= $-6,82\pm 5,06$; empati= $-9,73\pm 4,41$) böbrek yetmezliği nedeni ise "polikistik-kalıtsal böbrek hastalığı" ($n=11$) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.35 incelendiğinde, böbrek yetmezliği nedeni ile SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıklı değerleri arasında, sunum, güvenilirlik ve empati boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu görülmektedir.

Sunum, güvenilirlik ve empati boyutlarında, "hipertansiyon" nedeni ile böbrek yetmezliği olan hastaların ($n=11$) daha fazla puan ortalaması aldıkları (sunum= $-32,73\pm 32,59$, güvenilirlik= $-58,18\pm 70,51$, empati= $-76,36\pm 63,53$), "polikistik-kalıtsal böbrek hastalığı" nedeni ile böbrek yetmezliği olan hastaların ($n=11$) ise daha az puan ortalaması (sunum= $-139,55\pm 155,57$; güvenilirlik= $-168,64\pm 136,09$; empati= $-198,18\pm 92,50$) aldıkları görülmektedir.

Çizelge 4.35. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Böbrek Yetmezliği Nedeni Arasındaki Farkın İncelenmesi

BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİNE GÖRE AĞIRLIKLI DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİ	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Bilmiyor	99	-66,82 ± 78,97	2,36	0,04*
	Hipertansiyon	11	-32,73 ± 32,59		
	Polikistik-kalıtısal böbrek hst	11	-139,55 ± 155,57		
	DM	14	-101,43 ± 131,61		
	Nefrit	9	-56,11 ± 44,92		
	Nefrolitiazis	8	-45,63 ± 30,17		
Güvenilirlik	Bilmiyor	99	-102,93 ± 74,71	2,90	0,02*
	Hipertansiyon	11	-58,18 ± 70,51		
	Polikistik-kalıtısal böbrek hst	11	-168,64 ± 136,09		
	DM	14	-76,43 ± 48,77		
	Nefrit	9	-88,33 ± 59,06		
	Nefrolitiazis	8	-78,13 ± 42,76		
İsteklilik	Bilmiyor	99	-131,77 ± 85,20	2,09	p>0,05
	Hipertansiyon	11	-53,18 ± 76,13		
	Polikistik-kalıtısal böbrek hst	11	-155,45 ± 86,56		
	DM	14	-138,57 ± 82,36		
	Nefrit	9	-128,89 ± 66,37		
	Nefrolitiazis	8	-113,75 ± 102,50		
Güven	Bilmiyor	99	-121,21 ± 100,35	1,84	p>0,05
	Hipertansiyon	11	-57,73 ± 67,98		
	Polikistik-kalıtısal böbrek hst	11	-178,18 ± 119,21		
	DM	14	-155,00 ± 91,36		
	Nefrit	9	-116,67 ± 82,88		
	Nefrolitiazis	8	-146,25 ± 183,16		
Empati	Bilmiyor	99	-100,71 ± 63,62	5,46	0,00*
	Hipertansiyon	11	-76,36 ± 63,53		
	Polikistik-kalıtısal böbrek hst	11	-198,18 ± 92,50		
	DM	14	-121,79 ± 71,57		
	Nefrit	9	-81,11 ± 44,14		
	Nefrolitiazis	8	-100,00 ± 40,97		

F: One-Way ANOVA

*p<0,05

Çizelge 4.36. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Eşlik Eden Hastalık Varlığı Arasındaki Farkın İncelenmesi

EŞLİK EDEN HASTALIK VARLIĞINA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	EŞLİK EDEN HASTALIK	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				t	p
Sunum	Evet	89	-4,93 ± 3,61	0,38	0,04*
	Hayır	63	-6,24 ± 4,18		
Güvenilirlik	Evet	89	-5,12 ± 3,54	0,71	p>0,05
	Hayır	63	-5,25 ± 4,35		
İsteklilik	Evet	89	-5,58 ± 3,30	0,00	p>0,05
	Hayır	63	-5,95 ± 3,39		
Güven	Evet	89	-4,58 ± 3,53	0,79	p>0,05
	Hayır	63	-4,33 ± 3,29		
Empati	Evet	89	-6,27 ± 3,69	0,59	p>0,05
	Hayır	63	-6,06 ± 3,38		
EŞLİK EDEN HASTALIK VARLIĞA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Evet	89	-64,89 ± 85,36	0,37	p>0,05
	Hayır	63	-79,76 ± 94,33		
Güvenilirlik	Evet	89	-93,15 ± 67,17	2,43	p>0,05
	Hayır	63	-109,29 ± 92,60		
İsteklilik	Evet	89	-121,57 ± 88,85	0,16	p>0,05
	Hayır	63	-135,4 ± 81,70		
Güven	Evet	89	-130,79 ± 117,10	2,16	p>0,05
	Hayır	63	-116,59 ± 86,04		
Empati	Evet	89	-105,9 ± 68,41	0,01	p>0,05
	Hayır	63	-107,94 ± 71,81		

t: Independent-Samples t Test *p<0,05

Eşlik eden hastalık varlığına göre SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıklı ve ağırlıksız değerleri incelendiğinde, sadece ağırlıksız değerlerden sunum sub grubu ile istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) bulunmuştur. Diğer sub gruplarla eşlik eden hastalık arasında anlamlı fark (p<0,05) bulunamamıştır.

Anlamlı bulunan sunum sub grubuna göre, eşlik eden hastalığa “evet” cevabı verenlerin (n=89) puan ortalamalarının (sunum=-4,93±3,61), “hayır” cevabı verenlerden (n=63) (sunum=-6,24±4,18), daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.37. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farkın İncelenmesi

SİGARA KULLANIMINA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	SİGARA	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Evet	36	-6,14 ± 4,42	1,26	p>0,05
	Hayır	72	-5,57 ± 3,95		
	Bıraktım	44	-4,77 ± 3,29		
Güvenilirlik	Evet	36	-5,67 ± 5,75	0,97	p>0,05
	Hayır	72	-5,33 ± 3,13		
	Bıraktım	44	-4,52 ± 3,03		
İsteklilik	Evet	36	-5,78 ± 4,20	0,59	p>0,05
	Hayır	72	-5,99 ± 3,02		
	Bıraktım	44	-5,30 ± 3,02		
Güven	Evet	36	-5,06 ± 4,39	0,72	p>0,05
	Hayır	72	-4,39 ± 3,26		
	Bıraktım	44	-4,16 ± 2,75		
Empati	Evet	36	-6,92 ± 3,96	1,49	p>0,05
	Hayır	72	-6,21 ± 3,60		
	Bıraktım	44	-5,55 ± 3,05		
SİGARA KULLANIMINA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Evet	36	-82,08 ± 112,50	0,36	p>0,05
	Hayır	72	-68,06 ± 83,31		
	Bıraktım	44	-66,93 ± 77,70		
Güvenilirlik	Evet	36	-115,42 ± 111,51	3,61	0,03*
	Hayır	72	-107,99 ± 65,19		
	Bıraktım	44	-73,75 ± 60,61		
İsteklilik	Evet	36	-137,36 ± 114,37	0,66	p>0,05
	Hayır	72	-129,31 ± 71,36		
	Bıraktım	44	-115,80 ± 81,61		
Güven	Evet	36	-122,50 ± 114,47	0,02	p>0,05
	Hayır	72	-125,07 ± 97,27		
	Bıraktım	44	-126,59 ± 112,26		
Empati	Evet	36	-124,86 ± 80,50	1,72	p>0,05
	Hayır	72	-103,40 ± 68,42		
	Bıraktım	44	-97,39 ± 60,25		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

SERVQUAL ölçeği ile sigara kullanımı arasındaki fark incelendiğinde, sadece ağırlıklı değerlerden güvenilirlik subgrubu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) belirlenmiştir. Bunun dışındaki subgruplar ile sigara kullanımı arasında anlamlı fark ($p>0,05$) bulunamamıştır.

Çizelgeye göre, sigara kullanımına “bıraktım” cevabı verenlerin (güvenilirlik=-73,75±60,61) (n=44), güvenilirlik subgrubunda puan ortalamalarının, “evet” cevabı verenlere (n=36) (güvenilirlik=-115,42±111,51) göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.38. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız Değerleri İle Alkol Kullanma Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

ALKOL KULLANMA DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	ALKOL KULLANIMI	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Evet	7	-5,71 ± 6,75	1,13	p>0,05
	Hayır	124	-5,66 ± 3,72		
	Bıraktım	21	-4,29 ± 3,76		
Güvenilirlik	Evet	7	-7,86 ± 9,14	4,04	0,02*
	Hayır	124	-5,32 ± 3,41		
	Bıraktım	21	-3,43 ± 3,37		
İsteklilik	Evet	7	-6,00 ± 6,14	0,39	p>0,05
	Hayır	124	-5,82 ± 3,14		
	Bıraktım	21	-5,14 ± 3,38		
Güven	Evet	7	-6,00 ± 6,35	0,99	p>0,05
	Hayır	124	-4,49 ± 3,27		
	Bıraktım	21	-3,90 ± 3,13		
Empati	Evet	7	-9,00 ± 6,06	3,19	0,04*
	Hayır	124	-6,20 ± 3,44		
	Bıraktım	21	-5,14 ± 2,76		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Alkol kullanımı ile subgruplar incelendiğinde, güvenilirlik ve empati boyutları ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) tespit edilmiştir. Ancak sunum, isteklilik, güven boyutları ile anlamlı istatistik bulunamamıştır.

Çizelge 4.38'e göre, alkol kullanımına “evet” cevabı veren hastalar (n=7) güvenilirlik (-7,86±9,14) ve empati (-9,00±6,06) boyutlarında en az puan ortalamasına sahip gruptur. Aynı soruya “bıraktım” yanıtını veren hastaların (n=21) ise güvenilirlik (-3,43±3,37) ve empati (-5,14±2,76) boyutlarında diğerlerine göre daha fazla puan aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.39. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıklı Değerleri İle Alkol Kullanma Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

ALKOL KULLANMA DURUMUNA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	ALKOL KULLANIMI	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				F	p
Sunum	Evet	7	-72,14 ± 146,17	0,35	p>0,05
	Hayır	124	-73,55 ± 89,84		
	Bıraktım	21	-55,95 ± 61,07		
Güvenilirlik	Evet	7	-170,71 ± 176,81	6,85	0,00*
	Hayır	124	-103,43 ± 65,52		
	Bıraktım	21	-55,00 ± 84,78		
İsteklilik	Evet	7	-137,86 ± 129,55	0,30	p>0,05
	Hayır	124	-128,87 ± 82,21		
	Bıraktım	21	-114,52 ± 94,64		
Güven	Evet	7	-100,00 ± 167,61	0,45	p>0,05
	Hayır	124	-128,63 ± 98,38		
	Bıraktım	21	-111,19 ± 123,22		
Empati	Evet	7	-155,71 ± 133,65	2,13	p>0,05
	Hayır	124	-106,17 ± 66,90		
	Bıraktım	21	-93,81 ± 51,84		

F: One-Way ANOVA *p<0,05

Alkol kullanımının ağırlıklı değerleri ile SERVQUAL ölçeği subgrupları değerlendirildiğinde, sadece güvenilirlik boyutu ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) bulunmuştur. Diğer boyutlar ile alkol kullanımı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Güvenilirlik boyutu incelendiğinde, alkol kullanımına “bıraktım” cevabı verenlerin (n=21), puan ortalamalarının (-55,00±84,78), “evet” cevabı verenlere (n=7) göre daha fazla olduğu (-170,71±176,81) sonucuna ulaşılmaktadır.

Çizelge 4.40’da EPO tedavisi ile SERVQUAL ölçeği subgrupları arasındaki fark incelendiğinde, isteklilik sub grubunun ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri ile EPO tedavisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) bulunmuştur. Diğer sub gruplar ile anlamlı fark (p>0,05) bulunamamıştır.

İstatistiksel olarak anlamlı bulunan isteklilik subgrubunun ağırlıksız ve ağırlıklı değerlerine göre, EPO tedavisi sorusuna “hayır” yanıtı verenlerin puan ortalamalarının (n=23) (isteklilik ağırlıksız=-5,13±2,49; isteklilik ağırlıklı=-110,65±79,16), “evet” yanıtı verenlere (n=54) nazaran daha fazla (isteklilik ağırlıksız=-6,57±3,01; isteklilik ağırlıklı=-153,43±78,61) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.40. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle EPO Tedavisi Arasındaki Farkın İncelenmesi

EPO TEDAVİSİNE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	EPO TEDAVİSİ	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				t	p
Sunum	Evet	54	-6,61 ± 3,02	-1,51	p>0,05
	Hayır	23	-5,43 ± 3,36		
Güvenilirlik	Evet	54	-5,57 ± 2,68	-1,07	p>0,05
	Hayır	23	-4,87 ± 2,56		
İsteklilik	Evet	54	-6,57 ± 3,01	-2,02	0,04*
	Hayır	23	-5,13 ± 2,49		
Güven	Evet	54	-5,17 ± 2,95	-1,18	p>0,05
	Hayır	23	-4,30 ± 2,87		
Empati	Evet	54	-6,63 ± 2,54	-0,25	p>0,05
	Hayır	23	-6,48 ± 2,13		
EPO TEDAVİSİNE GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Evet	54	-73,52 ± 85,96	-0,11	p>0,05
	Hayır	23	-71,09 ± 98,42		
Güvenilirlik	Evet	54	-107,04 ± 54,40	-0,29	p>0,05
	Hayır	23	-103,04 ± 60,01		
İsteklilik	Evet	54	-153,43 ± 78,61	-2,18	0,03*
	Hayır	23	-110,65 ± 79,16		
Güven	Evet	54	-144,07 ± 87,49	-1,30	p>0,05
	Hayır	23	-113,91 ± 105,15		
Empati	Evet	54	-109,54 ± 55,54	0,65	p>0,05
	Hayır	23	-118,70 ± 59,20		

t: Independent-Samples t Test

*p<0,05

Çizelge 4.41. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Hipertansiyon Arasındaki Farkın İncelenmesi

HİPERTANSİYONA GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	HİPERTANSİYON DURUMU	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				t	p
Sunum	Var	51	-4,51 ± 3,42	2,19	0,03*
	Yok	101	-5,96 ± 4,05		
Güvenilirlik	Var	51	-4,57 ± 3,14	1,38	p>0,05
	Yok	101	-5,49 ± 4,19		
İsteklilik	Var	51	-4,92 ± 2,97	2,17	0,03*
	Yok	101	-6,15 ± 3,44		
Güven	Var	51	-3,75 ± 3,13	1,90	p>0,05
	Yok	101	-4,85 ± 3,52		
Empati	Var	51	-5,65 ± 2,94	1,33	p>0,05
	Yok	101	-6,46 ± 3,81		
HİPERTANSİYONA GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Var	51	-57,35 ± 77,84	1,35	p>0,05
	Yok	101	-77,97 ± 94,01		
Güvenilirlik	Var	51	-80,78 ± 54,88	2,14	0,03*
	Yok	101	-109,46 ± 87,17		
İsteklilik	Var	51	-100,29 ± 69,95	2,81	0,01*
	Yok	101	-140,94 ± 90,27		
Güven	Var	51	-116,47 ± 118,35	0,70	p>0,05
	Yok	101	-129,16 ± 98,33		
Empati	Var	51	-100,59 ± 63,03	0,77	p>0,05
	Yok	101	-109,85 ± 72,81		

t: Independent-Samples t Test *p<0,05

Eşlik eden hipertansiyon hastalığı ile SERVQUAL ölçeği boyutları incelendiğinde, ağırlıksız değerlerde sunum ve isteklilik boyutları ile ağırlıklı değerlerde de güvenilirlik ve isteklilik boyutları ile eşlik eden hipertansiyon hastalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Buna göre; hipertansiyonu olan ($n=51$) (sunum= $-4,51\pm 3,42$; isteklilik= $-4,92\pm 2,97$) hastaların puan ortalamalarının, hipertansiyonu olmayan ($n=101$) hastaların puan ortalamalarına göre sunum ($-5,96\pm 4,05$) ve isteklilik ($-6,15\pm 3,44$) boyutlarında daha fazla olduğu görülmektedir.

Ağırlıklı değerlerde de, aynı şekilde, hipertansiyonu olan hastaların ($n=51$) güvenilirlik ($-80,78\pm 54,88$) ve isteklilik ($-100,29\pm 69,95$) boyutlarında hipertansiyonu olmayan ($n=101$) hastalara göre daha fazla puan ortalamasına (güvenilirlik= $-109,46\pm 87,17$; isteklilik= $-140,94\pm 90,27$) sahip oldukları görülmektedir.

Çizelge 4.42. SERVQUAL Ölçeği Subgruplarının Puan Ortalamalarının Ağırlıksız ve Ağırlıklı Değerleri İle Diyaliz Yeterliliği (Kt/V) Arasındaki Farkın İncelenmesi

DİYALİZ YETERLİLİĞİNE (Kt / V) GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER					
SUBGRUPLAR	DİYALİZ YETERLİLİĞİ (Kt / V)	n	Ort ± SS	Test sonucu; p	
				t	p
Sunum	Yeterli	55	-6,27 ± 2,79	0,98	p>0,05
	Yetersiz	14	-7,21 ± 4,54		
Güvenilirlik	Yeterli	55	-6,18 ± 3,19	1,63	p>0,05
	Yetersiz	14	-8,07 ± 5,92		
İsteklilik	Yeterli	55	-6,87 ± 2,98	2,18	0,03*
	Yetersiz	14	-9,00 ± 4,22		
Güven	Yeterli	55	-5,64 ± 2,94	2,17	0,03*
	Yetersiz	14	-7,64 ± 3,67		
Empati	Yeterli	55	-7,55 ± 3,04	0,24	p>0,05
	Yetersiz	14	-7,79 ± 4,49		
DİYALİZ YETERLİLİĞİNE (Kt / V) GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER					
Sunum	Yeterli	55	-61,00 ± 56,40	1,74	p>0,05
	Yetersiz	14	-96,79 ± 105,24		
Güvenilirlik	Yeterli	55	-118,82 ± 55,14	1,84	p>0,05
	Yetersiz	14	-159,64 ± 125,51		
İsteklilik	Yeterli	55	-161,64 ± 89,08	1,97	0,03*
	Yetersiz	14	-214,29 ± 90,10		
Güven	Yeterli	55	-165,82 ± 92,82	0,95	p>0,05
	Yetersiz	14	-191,43 ± 76,45		
Empati	Yeterli	55	-132,09 ± 67,49	0,40	p>0,05
	Yetersiz	14	-141,07 ± 97,47		

t: Independent-Samples t Test

*p<0,05

Diyaliz yeterliliği ile SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri incelendiğinde, ağırlıksız değerlerde isteklilik ve güven boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Ağırlıklı değerlerde de, diyaliz yeterliliği ile isteklilik boyutu arasına istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.

Ağırlıklı ve ağırlıksız değerlerde diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunamamıştır.

Çizelge 4.42'ye göre; anlamlı fark bulunan ağırlıksız değerlere bakıldığında, Kt/V oranı “yeterli” olan hemodiyaliz hastalarının ($n=55$) isteklilik boyutunda puan ortalamalarının ($-6,87\pm 2,98$), Kt/V oranı “yetersiz” olan hastalara ($n=14$) göre daha fazla olduğu (isteklilik= $-9,00\pm 4,22$) görülmektedir.

“Bilgi, nezaket ve güven verebilme yetisi” olarak tanımlanan güven boyutunda da, isteklilik boyutunda olduğu gibi, Kt/V oranı “yeterli” olan hastaların puan ortalamalarının ($n=55$) (güven= $-165,82\pm 92,82$), “yetersiz” olanlara ($n=14$) göre daha fazla (güven= $-191,43\pm 76,45$) olduğu belirlenmiştir.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında da, yine isteklilik boyutunda, Kt/V oranı “yeterli” olanların puan ortalamalarının ($n=55$) (isteklilik= $-161,64\pm 89,08$), “yetersiz” olanlara ($n=14$) göre daha fazla (isteklilik= $-214,29\pm 90,10$) olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Medeni durum, aile tipi, ikamet yeri, hemodiyaliz süresi, hemodiyalize girme sıklığı, koroner arter hastalığı, hepatit B ve hepatit C, kan transfüzyonu yapılma durumu, hemodiyaliz için şu andaki giriş yolunun hizmet memnuniyeti ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.8 SF-36 İLE SERVQUAL ÖLÇEĞİ ANLAMLILIĞININ İNCELENMESİ

Çizelge 4.43. Yaşam Kalitesi İle Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

YAŞAM KALİTESİNE GÖRE AĞIRLIKSIZ DEĞERLER							
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI SUBGRUPLAR	FONKSİYONEL DURUM		ESENLIK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		n
	r	p	r	p	r	p	
Sunum	-0,03	p>0,05	0,10	p>0,05	0,11	p>0,05	152
Güvenilirlik	0,00	p>0,05	0,12	p>0,05	0,14	p>0,05	152
İsteklilik	-0,10	p>0,05	-0,01	p>0,05	-0,03	p>0,05	152
Güven	-0,03	p>0,05	0,15	p>0,05	0,12	p>0,05	152
Empati	0,06	p>0,05	0,14	p>0,05	0,18	0,02*	152
YAŞAM KALİTESİNE GÖRE AĞIRLIKLIL DEĞERLER							
Sunum	0,00	p>0,05	0,04	p>0,05	0,04	p>0,05	152
Güvenilirlik	-0,05	p>0,05	0,15	p>0,05	0,16	0,04*	152
İsteklilik	-0,18	0,02*	-0,08	p>0,05	-0,06	p>0,05	152
Güven	-0,06	p>0,05	0,15	p>0,05	0,11	p>0,05	152
Empati	0,01	p>0,05	0,08	p>0,05	0,09	p>0,05	152

r: Pearson correlation

*p<0,05

Yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde ise, SERVQUAL ölçeği ağırlıksız değerlerinden empati ile genel sağlık anlayışı arasında pozitif yönlü zayıf (0,18) istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Diğer SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıksız değerleri ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p>0,05$) bulunamamıştır.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında ise, güvenilirlik ile genel sağlık anlayışı arasında pozitif yönlü zayıf (0,16) istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) belirlenmiştir. İsteklilik ile fonksiyonel durum arasında da, negatif yönlü (-0,18), fakat istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ilişki bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri her zaman araştırmacılar tarafından ilgi konusu olmuştur. Son zamanlarda sağlık hizmetleri sektöründe alternatiflerin artmasıyla, hizmet verilen kuruluşlarda, hastaların hizmete karşı duydukları memnuniyetin ölçülmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti, ekip çalışmasıyla verilmesi mümkün olan bir hizmettir. Bu ekipte önemli bir görev üstlenen ve hastalarla en fazla iletişimde bulunan hemşirelerin tutum, davranış, bilgi durumları ile hizmetin kalitesi, hizmeti alan hastaların yaşam kalitelerini etkiliyor olabileceği yönündeki düşüncelerimiz sebebiyle bu araştırmanın yapılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle araştırmamız, hastaların yaşam kalitelerinin düzeyleri, hemşirelik hizmetlerinden algıladıkları doyum ve bu doyumun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması $52,76 \pm 16,42$ olarak tespit edilmiştir. Kuzeyli Yıldırım ve ark (6) yapmış oldukları araştırmada da yaş ortalaması araştırmamıza paralellik göstermekte ve $54,7 \pm 14,93$ olduğu göze çarpmaktadır.

Cinsiyetlere göre kadın ve erkek oranları incelendiğinde % 57,9'luk oran ile erkeklerin, % 42,1'lik oran ile bayanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Karakoç'un (43) yaptığı araştırmada da aynı şekilde % 45,3 kadın, % 54,7 erkek olduğu belirlenmiştir. İncelenen birçok araştırmada da (4,9,47,49) hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmamızda medeni durum değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastaların % 68,4'ünün evli, % 31,6'sının ise evli olmadığı tespit edilirken, Karakoç (43) araştırmamıza paralel olarak % 63,7 hastanın evli olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Kıyak'ın (47) araştırmasında % 77,6 ile aile tipi çekirdek aile olarak tespit edilirken, bizim araştırmamızda % 64,5'lik oran çekirdek aile olarak gözlenmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının eğitim durumları incelendiğinde ise % 48,7'lik oranla ilkokul mezunları görülürken, yine bu sonuca paralel olarak Karakoç'un (43) araştırmasında ilkokul mezunlarının % 52'lik orana sahip olduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmamızda hastaların % 43,4'ü emekli iken, İnan'ın (4) araştırmasında da % 50'lik bir oran ile hastaların emekli olduğu, yine bizim araştırmamızda ikinci yüksek oran ile % 37,5 ile işsiz hastaların olduğu görülürken İnan'ın (4) araştırmasında da hastaların % 35'inin işsiz olduğu dikkate değerdir.

Hastaların sağlık güvenceleri incelendiğindeyse, Karakoç'un (43) araştırmasında hastaların % 54'ünün SSK'lı olduğu görülmektedir. Bizim araştırmamızda da hastaların % 44,7 oranla en fazla SSK güvencesine sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmamızda aylık gelir durumu incelendiğinde hastaların % 53,9'unun 300-599 YTL aylık gelire sahip oldukları belirlenmiştir. Sağduyu ve ark. (64) yaptığı çalışmada da hastaların % 47,2'sinin 500 YTL ve üstü gelire sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmamızda hastaların % 47'sinin ilde yaşadığı tespit edilirken, İnan da (4) araştırmasında hastaların % 65,8'inin ilde yaşadığı sonucunu bulmuştur. Koçer'in (2) araştırmasında da % 66,2 oranla hastaların çoğunluğunun ilde oturduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun il merkezinde yaşamalarının sebebi hemodiyaliz merkezine yakın yerleşimi tercih etmeleri olabilir.

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların % 61,8'i 12 aydan fazla sürede diyalize devam ederken, Karakoç (43) da araştırma yaptığı hastaların % 65,7'sinin 12 aydan fazla devam ettiğini belirlemiştir. Kıyak (47) ise yaptığı çalışmada hastaların % 39,6'sının 0-12 aydan beri diyalize devam ettiğini belirlemiştir.

İncelenen birçok çalışmada (4, 9, 43, 47, 49) hastaların haftada 3 kez diyalize girdikleri görülürken, çalışmamızda da bu sonuç bulunmuştur ve hastaların % 93,4'ünün haftada 3 gün diyalize girdiği tespit edilmiştir.

Araştırmamızda göze çarpan bir diğer sosyodemografik özellik ise hastaların % 65,1'inin böbrek yetmezliği nedenini bilmemeleridir. Kuzeyli Yıldırım ve ark. (6) yaptığı çalışmada hastaların % 30,5'inin böbrek yetmezliği nedenini bilmediklerini saptamışlardır. Bölgemizde böbrek yetmezliği nedenini bilmeyen hasta sayısının oldukça yüksek olmasının sebebi, hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma alışkanlığının yeterli düzeyde olmaması olabilir.

Katılımcıların % 75,7'sinin ilk hemodiyaliz uygulamasının yapıldığı yol kateter olarak belirlenmiştir. Bu sonuç da hastalarımızın son dönem böbrek

yetmezliği tespit edilinceye kadar geçen süre içinde, düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadıklarını ortaya koymaktadır. Bir doktora başvurulduğunda ise muhtemelen acil diyaliz endikasyonu nedeni ile kateter yerleştirilerek diyaliz tedavisine başlamak zorunda kalınmaktadır. İnan (4) ise yaptığı çalışmada ilk giriş yolunu % 70 oranla fistül olarak belirtmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hemodiyaliz hastalarının % 82,9'unun şu an kullanılan giriş yolu AV fistül olarak belirlenirken, Koçer (2) araştırmamıza paralel olarak % 83,1 ile hemodiyaliz giriş yolunu fistül olarak tespit etmiştir. Bu sonuç bölgemizdeki hastaların önemli çoğunluğunun kateter ile tedaviye başlamalarına rağmen ilgili hekimlerin gereken titizliği göstererek ilerleyen süre içerisinde AV fistül ile tedaviye devam ettiklerini göstermektedir.

Hastaların % 23,7'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Oysa Koçer'in (2) yaptığı araştırmada hastaların % 67,5'inin sigara kullandığı görülmektedir.

Hastaların % 4,6'sının da alkol kullandığı belirlenmiştir. Hastaların % 17,8'i ise antidepresan kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların % 35,5'inin EPO tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Oysa Acaray ve Pınar'ın (61) yapmış oldukları araştırmada hastaların % 58'inin EPO tedavisi aldığı görülmektedir.

Hastaların % 58,6'sında böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık söz konusudur. En sık % 33,6 oran ile hipertansiyon görülmektedir. Güney ve ark. (65) yaptığı araştırmada ise eşlik eden hastalıklar için en yüksek orana sahip olan hastalık da % 39,3 oran ile hipertansiyon olarak belirlemiştir.

Hastaların yaşam kalitesi alanlarından fonksiyonel durum alanında elde ettikleri puan ortalaması $21,05 \pm 10,05$ olarak bulunmuştur. Esenlik yaşam kalitesi alanında ise $34,01 \pm 8,89$ puan aldıkları görülürken, genel sağlık anlayışı alanında ise $10,88 \pm 4,83$ puan aldıkları görülmektedir.

Değirmenci Saltürk (18) araştirmasında hastaların fonksiyonel durum alanı puanlarını $66,78 \pm 23,85$; esenlik alanı puanını $59,18 \pm 17,42$; genel sağlık anlayışı puanını da $50,13 \pm 16,38$ olarak bulmuştur.

Kuzeyli Yıldırım ve ark. (6) ise yaptıkları araştırmada fonksiyonel durum alanını $62,08 \pm 25,56$; esenlik alanını $58,82 \pm 19,30$; genel sağlık anlayışı alanını ise $52,82 \pm 19,94$ olarak belirtmiştir. Acaray ve Pınar'ın (61) yaptığı araştırmada ise

fonksiyonel durum alanı 55.54 ± 20.58 ; esenlik alanı 45.94 ± 16.02 ; genel sağlık anlayışı alanı ise 39.60 ± 21.23 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırmamıza dahil edilen hastaların yaşam kalitelerinin, diğer araştırmalara dahil edilen hastalara göre daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bunun aylık gelir durumunun, eğitim durumunun düşük olması, hastaların çoğunda hemodiyalize eşlik eden bir hastalık olması, kronik hastalığa yönelik eğitim ve sosyal destek yetersizliği gibi bir çok sebebi olabilir. Hastaların çoğunluğunun, hemodiyalize kateter ile başlamış olması hazırlıksız olarak bu hastalığın ani ortaya çıktığını, dolayısıyla hastaların yeterli eğitim ve desteği almadan kendilerini kronik böbrek yetmezliği hastalığına bağlı hemodiyalize girmiş bulduklarını gösterebilir.

Çalışmalarda genel popülasyonla karşılaştırıldığında, SDBY olan hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmektedir (66,67).

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki anlamlılık incelendiğinde, yaşam kalitesi alanlarından fonksiyonel durum ile yaş arasında negatif ($r=-0,47$) bir ilişki saptamıştır. Buna göre yaş arttıkça fonksiyonel durumda azalma söz konusudur. Acaray ve Pınar'ın (61) araştırmasında da araştırmamıza uyumlu olarak yaş ile fonksiyonel durum alanı arasında ters yönlü ($r=-0,21$) ilişki olduğu görülmektedir.

Yaşlanma fiziksel yetersizlikleri beraberinde getirdiğinden yaş artışına paralel olarak yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuç olmuştur (61).

Ayrıca çalışmamızda yaş ile genel sağlık anlayışı alanında da ters yönlü ($r=-0,20$) ilişki belirlenmiştir. Dolayısıyla elde edilen sonuca göre, yaşın arttıkça genel sağlık anlayışının azaldığı tespit edilmiştir. Ancak Değirmenci Saltürk (18) ile Acaray ve Pınar (61) yaptıkları çalışmada yaş ile genel sağlık anlayışı alanında negatif yönlü ilişki bulmalarına rağmen bu ilişkinin anlamlı bulunmadığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları yönünden cinsiyetler arasındaki fark incelendiğinde ise, fonksiyonel durum alanında erkek hastaların $23,78 \pm 9,53$ puan aldıkları, kadın hastalarının ise $17,31 \pm 9,61$ puan aldıkları ve aralarında anlamlı fark olduğu ve yine aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilen genel sağlık anlayışı alanında ise erkeklerin $11,66 \pm 4,78$ puan, kadınların ise $9,80 \pm 4,73$ puan aldıkları görülmektedir. Buna göre, “erkek” hastaların yaşam kalitelerinin, “kadın” hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Oysa Değirmenci Saltürk (18) ile Acaray ve Pınar (61) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir. Ancak sadece Kuzeyli Yıldırım ve ark. (6) yaptığı araştırmada esenlik alanında anlamlı fark bulunmuştur.

Yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalarda fiziksel yaşam kalitesi boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İki cins arasında anlamlı fark olsun olmasın, fiziksel yaşam kalitesi boyutunun erkeklerde daha yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur (61).

Bu durum, toplumda kadın ve erkeğin sosyal statü ve rollerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin temel alındığı araştırmaların, bu konuyu etkileyen doğru faktörlerin belirlenmesini sağlayacağını düşünmekteyiz.

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde hastaların eğitim durumlarına göre fonksiyonel durum alanı ve genel sağlık anlayışı yönünden fark olduğu saptanmıştır. Ancak, eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ortalamalarına bakıldığında fonksiyonel durum alanında en yüksek yaşam kalitesi “lise” mezunlarında görülürken, en düşük yaşam kalitesi “okur-yazar olmayan” hastalara aittir.

Bir diğer yaşam kalitesi alanı olan genel sağlık anlayışı alanında ise, “ilkokul” mezunları en yüksek yaşam kalitesine sahipken, yine “okur-yazar değil” cevabı veren hastalar en düşük yaşam kalitesine sahip hastalar olarak belirlenmiştir.

Değirmenci Saltürk’ün (18) araştırmasında eğitim durumu ile esenlik ve eğitim durumu ile genel sağlık anlayışı arasında anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir. Esenlik alanında en yüksek yaşam kalitesine sahip grup lise ve üniversite mezunlarıdır. Genel sağlık anlayışı alanında ise en yüksek yaşam kalitesine üniversite mezunları sahiptir. Kuzeyli Yıldırım ve arkadaşlarının (6) araştırmasında eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi arasında anlamlı fark görülmezken, Acaray ve Pınar’ın (61) çalışmalarında fonksiyonel durum alanı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. Acaray ve Pınar’ın (61) araştırmalarında eğitim durumu yükseköğrenim olanların fonksiyonel durumu alanında aldıkları puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Mesleklere göre yaşam kalitesi alanlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece esenlik alanında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir “Emekli” olan hastaların yaşam kalitelerinin, esenlik alanında en yüksekken, “işsiz” olan hastaların ise en düşük yaşam kalitesine sahip olan hasta grubu olduğu belirlenmiştir.

Bildiğimiz kadarı ile önceki çalışmalarda hemodiyaliz hasta grubunda mesleklere göre yaşam kalitesi incelenmemiştir.

Hastaların sosyal güvencesine göre fonksiyonel durum alanı incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığı oluşturan ise, Emekli Sandığı ile SSK ve Bağ-Kur arasındaki farktır.

Fonksiyonel durum alanında en yüksek yaşam kalitesine, sosyal güvencesi “Bağ-Kur” olan hastalarda rastlanırken, en düşük yaşam kalitesi ise “Emekli Sandığı”na bağlı olan hastalara aittir.

Sosyal güvencenin olup olmamasıyla yaşam kalitesi arasındaki farkın incelendiği Acaray ve Pınar’ın (61) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırmamızda, diğer araştırmalara göre farklı bulunan bu durum, sosyal güvenceye göre hasta sayısı dağılımının birbirine yakın sayılardan ve oranlardan oluşmaması olabilir.

Acaray ve Pınar (61) aile tipiyle yaşam kalitesi alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamazken, araştırmamızda aile tipine göre fonksiyonel durum alanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaşam kalitesi alanları ile aile tipi arasındaki durum incelendiğinde, parçalanmış aile ile “emosyonel faktörlere bağlı fiziksel ve sosyal aktivitelerin kısıtlanması” olarak kısaca açıklanan fonksiyonel durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmamızda böyle bir sonucun çıkması, bu konuya ilişkin detaylı araştırma yapılması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ihtiyacını doğurmaktadır.

Değirmenci Saltürk (18) hemodiyaliz hastaları ile yapmış olduğu araştırmada eşlik eden hastalık ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı fark bulamamıştır. Oysaki araştırmamızda üç yaşam kalitesi alanı ile hastalık eşlik edip etmemesine göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre; eşlik eden hastalığı olmayan

hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, eşlik eden hastalığı olan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların sigara kullanım durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanları ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre sigara içen hastaların fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanları içmeyenlere ve bırakanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak Değirmenci Saltürk'ün (18) yaptığı çalışmada sigara içenlerle içmeyenler arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Halbuki, sigara içmeyenlerin yaşam kalitesi alanlarının yüksek olabileceği düşünülürken, araştırmamızda bu sonucun bulunması, hastaların yeterli eğitim almadıkları ve sosyal destek ağlarının yetersiz, az ya da hiç olmadığını düşündürmektedir.

EPO tedavisi ile yaşam kalitesi alanlarını inceleyen Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasına göre EPO tedavisi alımı ile yaşam kalitesi arasında fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmektedir. Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasında EPO tedavisi alan hastaların fonksiyonel durum alan; esenlik alanı ve genel sağlık anlayışı alanı puanlarının, EPO tedavisi almayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi alanları ile EPO tedavisi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmamızda ise fonksiyonel durum alanı ile EPO tedavisi ve genel sağlık anlayışı ile EPO tedavisi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ancak Değirmenci Saltürk'ün (18) çalışmasına ters olarak EPO tedavisi almayanların yaşam kalitesi alanlarına göre puanları, EPO tedavisi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, çalışmamızda EPO kullanmayan hastaların anemi tedavisi ihtiyacı olmayan, yani, hemoglobin düzeyleri istenen hedef değerlerde olan hastalardan oluşması olabilir. Araştırmamızda EPO kullanmayan hastaların ortalama hemoglobin düzeyleri 11,75'dir.

Anemi tedavisinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bilinen bir gerçektir. Aneminin EPO ile düzeltilmesi hastaların yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesini, nutrisyonunu, kardiyak ve kognitif fonksiyonlarını pozitif yönde etkilemektedir. NKF-DOQI tarafından optimal hemoglobin düzeyi 11 gr/dl olarak bildirilmiştir (18). Kronik böbrek yetmezliği olgularında anemi tedavisinin, bu tip

hastaların tedavisinde (hem yaşam kalitesini, hem yaşam süresini arttırmaya yönelik) en önemli boyutlardan biri olduğu akıldan çıkarılmamalıdır (24).

Hemodiyaliz işlemi için şu an kullanılan vasküler erişim yolu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında fonksiyonel durum alanı ile şu anki vasküler erişim yolu arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Buna göre; fistülü olan hastaların fonksiyonel durumlarının, kateteri olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. AV fistül hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim için ilk planda tercih edilen yoldur.

Yaşam kalitesi alanlarıyla CaxP oranı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Değirmenci Saltürk (18) yapmış olduğu araştırmada hemoglobin düzeyi ile fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı arasında anlamlı ilişki tespit ederken, bizim araştırmamızda ise sadece fonksiyonel durum ile Hb düzeyi arasında pozitif yönlü ilişki, yani, hastaların Hb düzeylerinin arttıkça fonksiyonel durumlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Malnutrisyon için önemli bir gösterge olan albumin düzeyleri ile yaşam kalitesi alanları incelendiğinde ise fonksiyonel durum alanıyla ve genel sağlık anlayışı alanıyla albumin arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dolayısıyla hastaların albumin düzeylerinin arttıkça, fonksiyonel durumlarının ve genel sağlık anlayışlarının da arttığı belirlenmiştir. Değirmenci (18) ise tüm yaşam kalitesi alanlarında anlamlı ilişki bulmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları ile transferrin satürasyonları arasındaki ilişki incelendiğindeyse fonksiyonel durum ile transferin satürasyonu arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Hastaların transferin düzeyleri arttıkça fonksiyonel durumlarının da arttığı, yani, sağlık problemleri ile emosyonel ve sosyal problemlere bağlı olarak fiziksel ve sosyal aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerinde daha az kısıtlanmanın olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Kalantar-Zadeh ve ark. (68) hemodiyaliz hastalarında transferin satürasyonunu incelediği araştırmasında, transferin satürasyonlarını ciddi malnütrisyonlu hastalarda biraz yüksek bulmuştur. Dolayısıyla, artmış transferin satürasyonunun malnütrisyonla ilgili olabileceğinin belirlemiştir.

Araştırmaya dahil edilen hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamaları ile BMI arasında ilişkiye bakıldığında ise yaşam kalitesi ile BMI arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Bildiğimiz kadarı ile bu çalışma, hemodiyaliz hastalarında mevcut vasküler erişim yolu, serum Ca ve fosfor çarpımı, transferin saturasyonu ve beden kitle indeksi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Diyaliz yeterliliği (Kt/V) ile yaşam kalitesi alanlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğindeyse yaşam kalitesi alanları ile Kt/V arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Bunun nedeni çalışmaya alınan bireylerin tümüne veya önemli çoğunluğuna yeterli diyaliz yapılıyor olması olabilir. Tüm bireylerin Kt/V değeri istenen hedef değerler etrafında olduğundan, beklediğimizin aksine arada anlamlı bir ilişki ortaya konamamış olabilir. Değirmenci Saltürk (18) ise yaptığı çalışmada Kt/V ile yaşam kalitesi arasında her alanda anlamlı ilişki bulmuştur. Ancak Özgür ve ark (9), araştırmasında araştırmamıza paralel olarak Kt/V ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulamamıştır.

SERVQUAL Ölçeği sonuçları incelendiğinde, araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının beklenen sorularda en yüksek puanı verdikleri sorular Madde 7 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular”; Madde 12 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır”; Madde 14 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir”; Madde 15 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder”; Madde 16 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır”; Madde 17 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır”; Madde 18 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir”; Madde 19 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır” olmuştur ve B.P.O. 7.00’dir.

Karakoç’un (43) hemodiyaliz hastalarında doyumunu incelediği araştırmasında, Madde 7 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular” sorusunun en yüksek B.P.O.’na sahip (B.P.O.= 6,93) olduğu görülmektedir. Karakoç’un (43) B.P.O. ikinci sırada en yüksek olan ölçek maddesi ise Madde 15

olan “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder” sorusudur ve hastalardan elde ettiği B.P.O. 6,90’dır. Üçüncü sıradaki beklenen ölçek maddesi ise 6,82 B.P.O. ile Madde 3 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır” sorusudur.

Oysa araştırmamızın sonuçlarına göre ikinci sırada beklenen ölçek maddeleri, 6,90 B.P.O.’na sahip olan Madde 5 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir”; Madde 9 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur”; Madde 10 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler” ve madde 13 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır” sorularıdır.

Üçüncü sırada yer alan ölçek maddelerinin elde ettikleri B.P.O. 6,98’dir ve Madde 1 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir”; Madde 2 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir”; Madde 3 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır” ve Madde 20 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur.”

Ölçeğin 4. Maddesi olan “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür” sorusu 4,87 B.P.O. ile en düşük puana sahip olan sorudur.

Karakoç’un (43) araştırmasında elde ettiği en düşük B.P.O. çalışmamıza uyum göstermekte ve 5,94 B.P.O. ile Madde 4 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür” sorusudur.

A.P.O. incelendiğindeyse en yüksek puana sahip olan soru 6,41 A.P.O ile Madde 11 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir”; ikinci sırada yer alan algılanan ölçek maddesinin A.P.O.’sı 6,33’tür ve Madde 7 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular”; üçüncü sırada en yüksek A.P.O.’sı 6,19 ile ise, Madde 5 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir” yer almaktadır.

Karakoç'un (43) araştırmasında ise en yüksek A.P.O. 6,77 ile Madde 7 "Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular"; ikinci sırada A.P.O. 6,72 ile Madde 15 "Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder" ve üçüncü sırada yer alan A.P.O. 6,67 ile Madde 11 "Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir" sorularıdır.

Araştırmamızda Madde 4 "Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür" ise 3,37 puan ile en düşük A.P.O.'sına sahiptir. Karakoç'un (43) araştırmasında bulunan en düşük A.P.O ise 4,37 ile Madde 4 "Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür" sorusudur.

SERVQUAL ölçeği subgruplarının elde edilen ağırlıksız puan ortalamaları negatif sonuçlu çıkmıştır ve hastaların beş hizmet boyutundan memnun olmadıkları belirlenmiştir. SERVQUAL ölçeği subgrupları içinde en düşük ortalama empati sub grubudur. Dolayısıyla hastalarda en fazla doyumsuzluk empati sub grubunda yaşanmaktadır. Buna rağmen en fazla doyum sağlanan sub grup ise güven sub grubudur.

Karakoç'un (43) araştırmasında ise en büyük doyumsuzluk sunum (fiziksel) sub grubudur. En fazla doyum ise güven (bilgi) sub grubundan sağlanmaktadır.

Ağırlıklı puanlar incelendiğinde en yüksek ortalama isteklilik sub grubunda göze çarpmaktadır. Dolayısıyla hastaların ağırlıklı puanlara göre memnuniyetsiz oldukları boyut isteklilik sub grubudur. Diğer boyutlara göre en fazla memnun kaldıkları boyut ise sunum sub grubudur.

Karakoç'un (43) çalışmasında ise en yüksek puan ile isteklilik (yardım) sub grubundayken, en az doyum sağlanan boyut ise sunum (fiziksel) sub grubudur ve bu sonuçlar çalışmamıza uyum göstermektedir.

Hastaların 5 hizmet boyutuna verdikleri önem sıralaması incelendiğinde, hastalar için birinci derecede önemli olan, % 65,1'lik oran ile Madde 4 "Hemşirelerin bilgisi, insanlara saygısı ve güven verebilme yetenekleri"; ikinci derecede önemli olan, % 31,6'lık oran ile Madde 3 "Hemşirelerin hastalara yardımcı olma ve hizmeti en kısa sürede verme isteği" olarak belirlenmiştir. Hastalar için en az önemli olan hizmet boyutu ise, % 68,4'lük oran ile Madde 1 "Hemodiyaliz

ünitelerinin fiziksel koşulları, hemşirelerin ve iletişim araçlarının görünümü” olmuştur.

Karakoç (43) ise çalışmasında hastaların beş hizmet boyutuna verdikleri önemi incelediğinde, % 37,3'lük oran ile Madde 2 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir” birinci sırada, % 26'luk oran ile Madde 4 “Hemşirelerin bilgisi, insanlara saygısı ve güven verebilme yetenekleri” ikinci sırada, en az öneme sahip olan boyutu da % 38,7'lik oran ile Madde 1 “Hemodiyaliz ünitelerinin fiziksel koşulları, hemşirelerin ve iletişim araçlarının görünümü” olarak bulmuştur.

Yaş ile SERVQUAL ölçeği subgrupları incelendiğinde ağırlıksız değerlerde sunum, güven ve güvenilirlik boyutlarıyla, ağırlıklı değerlerde ise sunum, güvenilirlik ve isteklilik boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla anlamlı bulunan boyutlarda yaş arttıkça doyumun da arttığı belirlenmiştir. Karakoç (43), istatistiksel olarak yaş ile hizmet doyumunu arasında bir bağlantı bulamamıştır. Sevimli S (54), yaş ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır.

Cinsiyet yönünden incelendiğindeyse, ağırlıksız değerlerde sunum, güvenilirlik ve isteklilik boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre anlamlı ilişki saptanan boyutlarda erkeklerin, kadınlara göre daha fazla doyuma ulaştıkları görülmektedir.

Kadınlar, verilen hizmetlerde erkeklerden daha fazla memnuniyetsizdir. Kadınların, toplum ve aile içi rolleri gereği artan sorumlulukları ve kronik hastalığın bu sorumlulukların yerine getirilmesinde bir engel oluşturması sebebiyle içinde buldukları stresin erkeklerden daha fazla olması ve beraberinde getirdiği bir takım psikolojik sorunlar nedeniyle, verilen hizmetten yeterli doyuma ulaşamadıkları düşünülebilir. Bunun asıl sebebinin bulunabilmesi için stres ve psikolojik sorunların hizmet doyumunu cinsiyete göre etkileme durumunu inceleyen araştırmalar yapılmalıdır. Karakoç (43) ve Sevimli (54) ise çalışmalarında cinsiyete göre ağırlıklı ve ağırlıksız ortalama değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulamamıştır.

Eğitim durumuna göre ağırlıksız değerler incelendiğinde SERVQUAL ölçeği subgrupları (sunum, güvenilirlik, isteklilik, güven, empati) eğitim durumuna göre arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sunum, güvenilirlik ve empati

boyutlarında ilkokul mezunlarının daha fazla doyuma ulaştıkları görülürken, üniversite mezunlarının ise daha fazla memnuniyetsiz oldukları görülmektedir. Ancak isteklilik ve güven boyutlarında en fazla doyuma okur-yazar olmayanlar ulaşmışken, en az doyuma ise yine üniversite mezunlarının ulaştığı görülmektedir.

Eğitim durumuna göre ağırlıklı değerler incelendiğinde, sunum ve empati boyutlarında en fazla doyuma ulaşanlar ilkokul mezunları iken, güvenilirlik ve isteklilik boyutlarında ise ortaokul mezunları olarak görülmektedir. En az doyuma ulaşan, yani en az memnun olanlar ise üniversite mezunlarıdır

Eğitim durumu arttıkça verilen hizmete karşı doyumun azalması sosyokültürel düzeyin artması ile ilgili olabilir. Çünkü elde ettiğimiz bulgularda hizmet doyumsuzluğu en fazla üniversite mezunlarında görülmektedir.

İlgili hemodiyaliz ünitesinde çalışan personelin tedavi gören hastaya yönelik ilgisinin az olması, bireyselleşmiş dikkatin sağlanamaması ve bu konuda personelin duyarsız olması gibi etkenler sebebiyle empati boyutunda kalite algısı daha düşük tespit edilmiş olabilir.

Karakoç (43) ise eğitim durumuna göre SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır.

Devebakan (53), Devebakan ve Aksaraylı (57), yapmış olduğu çalışmalarda, iki farklı örneklemede eğitim durumu ile SERVQUAL ölçeği subgrupları arasında iki farklı sonuç bulmuştur.

Devebakan'ın Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yaptığı araştırmada (53), ilkokul mezunu hastaların lise ve dengi okul, fakülte/yüksekokul ve lisansüstü eğitim düzeyinde bulunan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir.

Devebakan ve Aksaraylı'nın (57) Özel Altınordu Hastanesi'nde yaptığı araştırmada ise, lise ve dengi okul mezunu hastaların, okur-yazar, ilkokul, lisans/yüksekokul ve lisansüstü eğitim düzeyinde hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha düşük olduğu tespit edilmiş, "empati" açısından ortaokul mezunu hastaların, lisans/yüksekokul ve lisansüstü mezunlarına göre sunulan hizmetleri daha düşük algıladıkları saptanmıştır.

SERVQUAL ölçeği subgruplarının puan ortalamalarının ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri arasında meslek gruplarına göre fark incelendiğinde ağırlıksız değerlerden

sadece sunum boyutu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Diğer ağırlıklı ve ağırlıksız boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Sunum boyutunda da emeklilerin, işsizlere göre daha fazla doyum aldıkları görülmektedir. Sunum boyutunda görülen doyumsuzluk; sağlık kuruluşunda kullanılan tüm araç-gereç, cihazlar ve binanın zamana göre modernizasyonunda eksiklik veya aksaklık çalışan personelin görünüş ve titizliğindeki eksiklik sebebiyle bu boyutta kalite algısı düşük algılanmış olabilir.

Sosyal güvenceye göre SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıksız değerleri arasındaki fark incelendiğindeyse, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ağırlıklı değerlerde en az doyuma ulaşanlar Emekli Sandığı'na tabi olan hastalarken, en fazla doyum sağlayanlar ise Yeşilkart sahibi olan hastalardı.

Ağırlıklı değerler ile sosyal güvence incelendiğinde ise güvenilirlik, isteklilik ve güven için sosyal güvenceye göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Güvenilirlik, güven ve isteklilik boyutlarında en fazla doyuma ulaşanlar Yeşilkart sahibi olan hastalarken, güvenilirlik ve güven boyutunda en az doyuma ulaşan hastalar Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olan hastalarken, isteklilik boyutunda ise Bağ-Kur sosyal güvencesi olan hastalardı.

Sosyal güvence ile ağırlıklı ve ağırlıksız değerlere bakıldığında en az doyum sağlayan grubun sosyal güvencesi Emekli Sandığı olanlar olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, bireylerin sahip oldukları sosyoekonomik faktörler olabilir. Çünkü, Yeşilkart sahibi hastaların sosyal ve ekonomik durumlarının, diğer sosyal güvencelere göre daha düşük olması, sosyal güvencenin tedavinin ne kadarını nasıl karşıladığı gibi durumlar, Yeşilkart sahiplerinin beklentilerinin daha az olmasına sebep olabilir. Dolayısıyla, bu hastaların hizmet doyumlarının yüksek çıkacağı düşünülmüştür.

Ayrıca, çalışan personelin hastalığa ve tedavi sürecine ilişkin bilgi eksikliği, kibar ve nazik olmaması hastaların tedavi gördükleri kurumda kendilerini güvende hissetmemeleri gibi faktörler güven boyutunda doyumsuzluğa yol açmış olabilir.

Karakoç (43), doyumun sağlık güvencesi ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç elde edememiştir. Devebakan (53), Devebakan ve Aksaraylı (57) da yapmış

oldukları çalışmalarda, sosyal güvence ile hizmet kalitesi arasında anlamlı fark bulamamıştır.

SERVQUAL ölçeği subgruplarının puan ortalamalarının ağırlıksız değerleri ile aylık gelir durumu arasındaki ilişki incelendiğindeyse; güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Güvenilirlik, güven ve empati boyutlarında aylık geliri 1000 YTL'den fazla olan hastaların en az doyuma ulaştığı görülürken, aylık gelir durumu 300 YTL'den az olan hastaların ise daha fazla doyuma ulaştıkları görülmektedir. İsteklilik boyutunda ise hizmetten en fazla doyum sağlayan hastalar 300 YTL'den az gelire sahipken, 900-1000 YTL arası geliri olan hastaların ise daha az doyum sağladıkları görülmektedir.

Aylık gelir durumuna göre ağırlıklı değerler incelendiğindeyse, güvenilirlik, isteklilik ve empati boyutları arasında aylık gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarından güvenilirlik ve isteklilik boyutlarında en fazla doyuma ulaşanların aylık geliri 300 YTL'den azdır. En fazla memnuniyetsiz olanlar ise aylık geliri 900-1000 YTL olan hastalardır. Empati boyutundan ise en az doyum sağlayan hastaların 1000 YTL'den fazla gelirleri varken en fazla doyum sağlayan hastaların ise aylık gelirleri 600-899 YTL'dir.

Aylık gelir durumunun düşük olması beklentilerin az olmasına sebep olabilir. Bu da verilen hizmetten en fazla doyumun aylık gelirin düşük olduğu hastalarda görülebileceği düşüncesini ortaya çıkarmıştır ve bulduğumuz sonuç bu görüşü desteklemektedir.

Devebakan (53), Devebakan ve Aksaraylı (57), Özel Altınordu Hastanesi'nde yapmış olduğu bir araştırmada 500 YTL ve üzeri gelir düzeyinde bulunan hastaların, 201-300 YTL ve 301-400 YTL gelir düzeyinde hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Böbrek yetmezliği nedenine göre ağırlıksız değerler ile SERVQUAL ölçeği subgruplarının incelendiği Çizelge 4.34'e bakıldığında, güvenilirlik, isteklilik, güven ve empati boyutları arasında böbrek yetmezliği nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmektedir. Hastaların, böbrek yetmezliği nedenlerine göre, istatistiksel olarak anlamlı fark çıkan boyutlarda hizmet doyumları

incelendiğinde, en az doyuma ulaşan hastaların böbrek yetmezliği nedeni “polikistik-kalıtsal böbrek hastalığı”, en fazla doyuma ulaşan hastaların ise böbrek yetmezliği nedeni “hipertansiyon” olarak belirlenmiştir.

Böbrek yetmezliği nedenine göre SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıklı değerleri arasında, sunum, güvenilirlik ve empati boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Sunum, güvenilirlik ve empati boyutlarında hasta memnuniyet düzeylerine bakıldığında, “polikistik-kalıtsal böbrek hastalığı” nedeni ile böbrek yetmezliği olan hastaların ise daha az doyum sağladıkları, “hipertansiyon” nedeni ile böbrek yetmezliği olan hastaların daha fazla doyuma ulaştıkları görülmektedir.

Böbrek yetmezliği nedenine göre ağırlıklı ve ağırlıksız değerlerde en fazla hizmet doyumu sağlayanların hipertansiyon nedeni ile böbrek yetmezliği olan hastalar olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik boyutu hizmetin zamanında sunulması, çalışan personelin anlayışı ve güven vermesi sağlık kurumunun tedavi giderlerini doğru planlayıp uygulamasını içerir. Buna göre tedavi boyunca problem yaşayan ve yaşayacak olan hastaların kalite algılarının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca hizmetin söz verildiği gibi yapılmaması ya da yanlış yapılması ve güven vermemesi de bu boyutta doyumsuzluğa sebep olabilir.

Eşlik eden hastalık varlığına göre SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıklı ve ağırlıksız değerleri incelendiğinde, sadece ağırlıksız değerlerden sunum sub grubu ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sunum sub grubuna göre, eşlik eden hastalığa “evet” cevabı veren hastaların, “hayır” cevabı veren hastalara göre verilen hizmetten daha fazla memnun kaldıkları belirlenmiştir.

SERVQUAL ölçeği için sigara kullanımına göre fark incelendiğinde, sadece ağırlıklı değerlerden güvenilirlik sub grubu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Çizelge 4.37’ye göre, sigara kullanımına “bıraktım” cevabı veren hastaların, güvenilirlik sub grubunda verilen hizmetten, “evet” cevabı veren hastalara göre daha fazla doyum sağladıkları görülmektedir.

Alkol kullanımı ile ölçeğin subgrupları ağırlıksız değerleri incelendiğinde, güvenilirlik ve empati boyutları yönünden alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Çizelge 4.38’den çıkan sonuca göre, alkol kullanımına

“bıraktım” yanıtını veren hastalar ise güvenilirlik ve empati boyutlarında diğerlerine göre daha fazla doyuma ulaşmışlardır. Aynı soruya “evet” cevabı veren hastaların ise güvenilirlik ve empati boyutlarında en az hizmet doyumuna sahip grup olduğu görülmektedir.

Alkol kullanımı ile SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıklı değerleri değerlendirildiğindeyse, sadece güvenilirlik boyutu yönünden alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Güvenilirlik boyutu incelendiğinde, alkol kullanımına “bıraktım” cevabı veren hastaların aldıkları hizmetten, “evet” cevabı veren hastalara göre daha memnun oldukları görülmektedir.

Çizelge 4.40’da EPO tedavisi ile SERVQUAL ölçeği subgrupları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece isteklilik sub grubunun ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri yönünden EPO tedavisine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlı bulunan isteklilik sub grubunun ağırlıksız ve ağırlıklı değerlerine göre, EPO tedavisi sorusuna “evet” yanıtı verenlerin daha az hizmet doyumuna “hayır” yanıtı verenlerin ise daha fazla hizmet doyumuna ulaştıkları gözlenmektedir. Bunun nedeni EPO tedavisi almayanların anemisinin olmaması ve genel sağlıklarının iyi olması olabilir.

Hipertansiyonu olmayan hastaların sunum ve isteklilik boyutlarında, hipertansiyonu olan hastalara göre daha az doyuma ulaştıkları görülmektedir.

Ağırlıklı değerlerde de, hipertansiyonu olmayan hastaların hipertansiyonu olan hastalara göre güvenilirlik ve isteklilik boyutlarında daha az memnuniyet düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Diyaliz yeterliliği ile SERVQUAL ölçeği subgrupları ağırlıksız ve ağırlıklı değerleri incelendiğinde, ağırlıksız değerlerde isteklilik ve güven boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ağırlıklı değerlerde ise, diyaliz yeterliliği ile isteklilik boyutu arasına istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çizelge 4.42’ye göre; anlamlı fark bulunan ağırlıksız değerlere bakıldığında, güven boyutunda Kt/V oranı “yetersiz” olan hastaların, “yeterli” olan hastalara göre verilen hizmetten daha az memnun oldukları belirlenmiştir.

Kt/V oranı “yeterli” olan hemodiyaliz hastalarının isteklilik boyutunda, Kt/V oranı “yetersiz” olan hastalara göre daha fazla doyum sağladığı görülmektedir.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında da, yine isteklilik boyutunda, “yeterli” olanlar, “yetersiz” olanlara göre daha fazla hizmet doyumu sağlamakta olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışanların hastalara yardımcı olmaması ve hizmeti hızlı ve doğru yapmaması, sağlık kurumundaki seansların doğru bir şekilde ve hastaya uygun olarak ayarlanmaması hastalarda isteklilik boyutunda memnuniyetsizliğe yol açmış olabilir.

İncelenen araştırmalarda böbrek yetmezliği nedenine, eşlik eden hastalığa, sigara ve alkol kullanımına, EPO tedavisine, hipertansiyona ve diyaliz yeterliliğine göre SERVQUAL ölçeği subgrupları arasında inceleme yapılmamıştır.

Yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde ise, SERVQUAL ölçeği ağırlıksız değerlerinden empati ile genel sağlık anlayışı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Bu durumda, “hastaların hemşirelerden empati boyutunda hizmet ihtiyacı arttıkça genel sağlık anlayışları da artmaktadır” sonucuna ulaşılmaktadır. Diğer SERVQUAL ölçeği subgruplarının ağırlıksız değerleri ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Ağırlıklı değerlere bakıldığında ise, güvenilirlik ile genel sağlık anlayışı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Buna göre; SERVQUAL ölçeğinin güvenilirlik boyutunda hastalar doyuma ulaştıkça, genel sağlık anlayışları da artmaktadır. İsteklilik ile fonksiyonel durum arasında da, negatif yönlü, fakat istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla, hastaların isteklilik boyutundan aldıkları hizmet doyumu arttıkça, fonksiyonel durumlarında azalma olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.43’e göre çoğunlukta hizmet doyumunun yaşam kalitesini etkilemediğini, sadece belirli noktalarda ise zayıf olarak etkilediği belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇ

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin, hemşirelik hizmetlerinden duydukları doyumun ve bu doyumun sağlayan hizmet kalitesinin yaşam kalitesini ne kadar etkilediğini incelediğimiz çalışmada SERVQUAL ölçeği ve sf-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak;

- Hastaların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu,
- Birçok sosyodemografik özelliğin (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, sosyal güvence, aile tipi, eşlik eden hastalık varlığı, sigara kullanımı) yaşam kalitesi alanlarını etkilediği,
- Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda anemi için EPO tedavisi almayanların, yaşam kalitesi alanlarından fonksiyonel durum ile genel sağlık anlayışı alanları puanlarının, EPO tedavisi alanlara göre daha yüksek olduğu,
- Hemodiyaliz işlemi için şu anda fistül ile gerçekleşen hastaların fonksiyonel durum alanları puanlarının, kateter ile gerçekleşen hastalara oranla daha yüksek olduğu,
- Hemoglobin düzeyleri arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin arttığı,
- Hastaların albumin düzeyinin arttıkça fiziksel ve emosyonel aktivitelerinin daha az kısıtlandığı ve bir bütün olarak sağlığın olumlu yönde değerlendirildiği,
- Transferin düzeyi yüksek olan hastaların, fonksiyonel durum alanı puanlarının da yüksek olduğu,
- CaxP oranı, diyaliz yeterliliği (Kt/V) ve BMI ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı,
- Hastaların verilen hizmetten genelde memnun olmadıkları ve doyumsuzluk yaşadıkları,
- Hastaların beklentilerinin en yüksek olduğu ölçek maddelerinin Madde 7 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular”, Madde 12 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır”, Madde 14 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir”, Madde 15 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde

hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder”, Madde 16 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır”, Madde 17 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır”, Madde 18 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir” ve Madde 19 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır” olduğu,

- Algılanan puanı en yüksek ölçek maddesinin ise Madde 11 “X hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir” olduğu,
- Beklenen ve algılanan puan ortalaması en düşük olan ölçek maddesinin Madde 4 “Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeleri ve ilan panosu güzel görünür” olduğu,
- SERVQUAL ölçeği beş hizmet boyutunda, hastaların ağırlıksız değerlerde en çok güven sub grubundan doyum sağladığı, ancak en az doyum empati sub grubundan; ağırlıklı değerlerde ise en çok doyum sağlanan sub grubun sunum, en az doyum sağlanan sub grubun ise isteklilik olduğu,
- Hastaların en çok “Hemşirelerin bilgisi, insanlara saygısı ve güven verebilme yetenekleri”ne önem verdikleri,
- Birçok sosyodemografik özelliğin (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, sosyal güvence, aylık gelir durumu, böbrek yetmezliğine neden olan hastalık, böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık, sigara ve alkol kullanımı) SERVQUAL ölçeği sub gruplarını etkilediği,
- EPO tedavisi almayan hastaların alanlara göre isteklilik sub grubunda daha fazla doyuma ulaştıkları,
- Hipertansiyonu olan kronik böbrek yetmezlikli hastaların ağırlıksız değerlerde sunum ve isteklilik boyutlarında, ağırlıklı değerlerde ise güvenilirlik ve isteklilik boyutlarında daha fazla memnuniyet düzeylerine sahip oldukları,
- Diyaliz yeterliliğinin (Kt/V) SERVQUAL ölçeği sub grupları ile arasında anlamlı ilişki olduğu,
- Hizmet kalitesinin yaşam kalitesini genelde etkilemediği, ancak ağırlıksız değerlerden empati ile genel sağlık anlayışı; ağırlıklı değerlerden güvenilirlik ile

genel sağlık anlayışı ve isteklilik ile fonksiyonel durum arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu, hemşirelik hizmetlerinden yeterli doyumun sağlanamadığı ve hizmet doyumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

- Hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler belirlenerek düzeltilmelidir.
- Hemodiyaliz hastalarının bilinçlendirilmesi ve eğitimi sürekli devam etmelidir.
- Hastaların yaşam kaliteleri periyodik olarak incelenmelidir.
- Hastalara verilen hemşirelik bakımları artırılmalıdır.
- Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini ve hizmet doyumunu inceleyen daha kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.
- Bu tip araştırmalardan ilgili sağlık personeli haberdar edilmelidir.
- Hemodiyaliz hemşirelerine hastaların yaşam kalitelerini ve hizmet kalitesini arttırmak için hizmet içi eğitim verilmelidir.
- SERVQUAL ölçeği sağlık işletmecilerince belirli dönemlerde kullanılarak, ilgili merkezde verilen hizmetin kalitesi belirlenmeli ve tespit edilen eksikliklerin iyileştirilmesi yapılmalıdır.
- Hastalara yönelik verilen hizmetin eksiklikleri belirlenerek, etkin biçimde çözümlenmeli ve böylece hasta memnuniyeti sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Birol L, Akdemir N, Bedük T (1997), İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 459
2. Koçer Z.M. (2006), Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar
3. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. (2005), Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21 (1), 33-45
4. İnan İ. (1988), Hemodiyalize Devam Eden Hastalarda Hijyenik Bakımın Sağlanmasında Hemşirelik Etkinliklerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
5. Klang B, Clyne N. (1997), Well-Being And Functional Ability In Uremic Patients Before And After Having Started Dialysis Treatment. Scand J Sci, 11, 159-166.
6. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç, Durmaz Akyol A, Ünal B. (2004), Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20 (1), 33-46
7. Levendoğlu F, Altıntepe L, Uğurlu H. (2004), Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi, Türk Geriatri Dergisi, 7 (4), 195-198

8. Fesci H. (1996), Hemodiyaliz ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 1-5
9. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. (2003), Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12 (2), 113-116
10. Algıer L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. (2005), Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemi Algılamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), 33-40
11. Dursun Y, Çerçi M. (2004), Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmin ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma, Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23- Temmuz-Aralık, 1-16
12. Özden M. (2003), Anatomi ve Fizyoloji, Feryal Matbaası, Ankara, 282
13. Koşar A, Biricik S.S (2006), Dahiliye, Kelebek Matbaacılık, İstanbul, 419
14. Gençer F, Gökmen N, Tola Y, Uygur E, Kaçar G (2002), Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları, İntaş Matbaacılık, 202
15. Andreoli T, Carpenter C, Griggs R, Loscalzo J (2002), Cecil Essentials of Medicine, çev. Çavuşoğlu H, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 233
16. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. (2003), Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12 (1), 61-66
17. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. (2003), Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (1), 72-80

18. Değirmenci Saltürk A.G. (2006), Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul
19. Ereğ E, Serdengeçti K, Süleymanlar G (2004), Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2003, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul
20. Yılmaz S. (2005), Kronik Böbrek Yetmezliği, Dolar E. (ed) İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 304
21. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. (2002), Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etyolojik Değerlendirme, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (2), 62-64,
22. Murat B. (2004), Prediyaliz, Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında İnsülin Direncinin Karşılaştırılması, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul
23. Birol L, (1998) Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Akdemir N (ed), İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 9. Baskı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 199-228
24. Yenicesu M, Eyileten T, Yılmaz İ. (2005), Kronik Böbrek Hastalığı Anemisi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14 (2), 52-56
25. Akpolat T, Yalçın A.U (2001), Kronik Böbrek Yetmezliği, Akpolat T, Utaş C (eds), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, 3. baskı, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 11-20
26. Çetinkalp Ş. (2005), Pratik İç Hastalıkları, İzmir, Asya Tıp Kitabevi, 365-416

27. Akpolat T, Utaş C, (1997), Hemodiyaliz El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 108-122
28. Alpaslan E. (2005), Renal Replasman Tedavileri, Dolar E. (ed), İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 311
29. Besarab A, Raja R.M (2003), Hemodiyaliz İçin Damar Giriş Yolları, Bozfakıoğlu S. (çev ed.), Diyaliz El Kitabı, 3. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 67-83
30. Daugirdas J. T, Van stone J.C (2003), Fizyolojik Prensipler ve Üre Kinetiği Modeli, Bozfakıoğlu S. (çev ed.), Diyaliz El Kitabı, 3. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 15-45
31. Chillman M,A, Thomas M. (1987), Understanding Nursing Care Edinburg, Churcill Living Stone, 343-346
32. Guyton A, Hall J, (2001), Textbook Medikal Physiology. Çavuşoğlu H (çev ed), 10th Edition, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1220-1242
33. Zawata ET. (2003), İndications For Dialysis. Handsbook for Dialysis. Daugirdas JT., Ing TS. (eds), Little, Brown And Company, Boston, 3-9
34. Bregman H, Daugirdas J. T, Ing T. S (2003), Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar, Bozfakıoğlu S. (çev ed.), Diyaliz El Kitabı, 3. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 148-165
35. Badaran A, Nasri H. (2006) Correlation of Serum Parathormone With Hypertension in Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis, Erciyes Tıp Dergisi, 28 (3), 105-110

36. amsarı T. (2001), Diyaliz Yeterliliği, Akpolat T, Utaş C, (eds), Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı, 3. Baskı, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 110-116
37. Menteş ınar S. (2000), Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması, Akoğlu E, ınar Menteş S, Tuğlular S. (eds) Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 61-66
38. Oygür D.D, Altıparmak M.R, Apaydın S, Pekpak M, Ereğ E, Serdenęeđi K. (2003), Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Süresi ve Yaşam Sürelerini Etkileyen Faktörler, Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi, 12, (1), 52-60
39. Yılmaz E, Kara İ, Alan S. (2001), Hemodiyaliz Hastalarında Kardiyovasküler Mortalite ve Diğer Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Dile Tıp Dergisi, 28 (1), 151-161
40. Sezer S, Arat Z, zdemir N.F. (2000), Kronik Böbrek Yetmezliğinde Malnütrisyon, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3, 125-129
41. Karadeniz G, Altıparmak S, Muslu H, Marul G. (2005), Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri, Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi, 21 (2), 29-36
42. Küçük L. (2005), Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14 (4), 166-170
43. Karakoç A. (2001), Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu zerine Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

44. Petrie K. (1989), Psychological Well-being and Psychiatric Disturbance In Dialysis and Renal Transplant Patients, BR J Med Psychol, 62, 91-96
45. Cimilli C. (2003), Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12 (1), 88-92
46. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. (2003), Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikolojik Yönleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1), 72-80
47. Kıyak E, (2000), Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum
48. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. (2002), Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Sorunlar, Kriz Dergisi, 10 (2), 29-39
49. Eşit Üstün M, Karadeniz G. (2006), Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (1), 33-43
50. Öz F. (2003), Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Hizmetlerinden Beklentileri ve Karşılama Durumu, Kriz Dergisi, 11 (2), 7-18
51. Karamanoğlu E.A (1999), Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
52. Dilbaz N, (1996), Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, Psycho Med, 2: 1, 20-24

53. Devebakan N. (2005), Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir
54. Sevimli S. (2006), Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
55. Varinli İ, Çakır A. (2004), Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma-, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17/2, 33-52
56. Serbest G. N (2006), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
57. Devebakan N, Aksaraylı M. (2003), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (1), 38-54
58. Yılmaz M. (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), 69-74
59. Ware J.E. Sherbourne C.D. (1992), The MOS 36- Item Short Form Health Survey (sf-36), I. Conceptual Framework and Item Selection. Med Care, 30, 473-483
60. Kan S. (2006), Kronik Böbrek Yetmezliğinde Erektile Disfonksiyon, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Sildenafil Ve Vardenafil’in

Etkilerinin Karşılaştırılması, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya

61. Acaray A., Pınar R. (2004), Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8, 1-11
62. Choi K.S, Cho W.H, Lee S, Lee H, Kim C (2004), The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction And Behavioral Intention In Health Care Provider Choice: A South Korean Study, Journal Of Business Research, 57, 913-921
63. Gülseren L, Hekimsoy Z, (2001) Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi, Türk Psikiyatri Dergisi, 1212, 89-98
64. Sağduyu A, Şentürk U, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. (2006), Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (1), 22-31
65. Güney İ, Altıntepe İ, Türk S, Atalay H, Tonbul H.Z, Yeksan M. (2005), Konya İli ve İlçelerinde Hemodiyalize Giren Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuar Özellikleri İle Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14 (1), 26-31
66. Gudex C.M. (1995), Health-Related Quality Of Life In End-Stage Renal Failure, Quality Of Life Research, 4, 359-366
67. Parker K (1996), Dream content and subjective sleep quality in stable patients on chronic dialysis, ANNA journal, 23, 201-213

68. Kalantar-zadeh K, Kleiner M, Dunne E. et al (1998), Total Iron-Binding Capacity-Estimated Transferrin Correlates With The Nutritional Subjective Global Assessment In Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis.* Feb-31(2), 263-72.

EKLER

EK-1. Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu

Sevgili Hemodiyaliz Hastası,

Bu anket çalışmasını, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği programı adına tez çalışması olarak yürütmekteyim.

Cevaplamakta olduğunuz bu anket, siz hemodiyaliz hastalarının, yaşam kalitelerini ve hemşirelik hizmetlerinin sizin üzerinizde ne kadar doyum sağladığının belirlenmesi için hazırlanmıştır.

Size 3 ayrı konu başlığında bir takım sorular sorulacaktır. Bu işlem, ortalama 20 dakika kadar sürecektir. Böylece yaşam kaliteniz ile algıladığınız hemşirelik hizmeti doyumunu arasındaki ilişki tespit edilecektir.

Yöneltilen sorularda size en doğru gelen veya en yakın düşündüğünüz cevabı işaretlemenizi ve her soruda yalnızca tek bir cevap vermenizi rica ediyorum.

Bu anket sorularında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bazı sorularda sizden puanlama yapmanız istenmektedir. Bu tip sorularda, sizin için en doğru gelen puanı işaretlemeniz yeterlidir. Bu sorularda nasıl puanlama yapacağınız, verilen açıklamalarda anlatılmıştır.

Bir kısım soruda da, verilen şıklardan biri “diğer.....” şıkkıdır. Soruya yönelik verilmiş olan şıklarda size yönelik bir cevap yoksa, bu şıkta noktalı olarak boş bırakılan yere uygun gördüğünüz cevabı yazınız.

Bazı sorular da, ayırıcı soru olarak hazırlanmıştır. Bu tür sorularda, cevapladığınız sorunun yanında parantezle size “bir sonraki sorudan devam edin” diye açıklama yapılmış olabilir. Bu tarz sorularda da lütfen size belirtilen sorulardan devam ediniz.

Bu anket çalışmasında isminizi ve tedavi gördüğünüz kurumu belirtmek zorunda değilsiniz. Sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacaktır. Sizin verdiğiniz cevaplar hiçbir şekilde bir kurumun ya da kişinin eline geçmeyecektir. Size ait olan tüm bilgiler gizli kalacaktır.

Bu soruları cevaplamakta mecbur değilsiniz. Ancak, bu anket çalışmasıyla belirlenecek hizmet ihtiyaçlarınıza yönelik, ihtiyaç doğrultusunda size hizmet veren

hemşirelere gereken eğitim yapılacaktır. Bu sebeple, çalışmaya gönüllü olarak katılmanızı rica ediyorum. Eğer araştırmaya gönüllü olarak katılıyorsanız, bu sorulara sizin cevap verdiğinizi belirtmek için lütfen aşağıda belirtilen yere imza atınız. Teşekkürler.....

Araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum

Mihran KÜÇÜK

EK-2. Sosyodemografik Özellikler Formu

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMODİYALİZ HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİ, HASTA
ÖZELLİKLERİ VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ
DOYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

- 1) Yaşınız?.....
- 2) Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
- 3) Eğitim durumunuz?
 - a) Okur-yazar değilim
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
- 4) Mesleğiniz?
 - a) İşçi
 - b) Memur
 - c) Serbest meslek
 - d) Emekli
 - e) İşsiz
- 5) Sosyal güvenceniz?
 - a) Emekli Sandığı
 - b) Yeşilkart

- c) SSK
 - d) Bağ-Kur
 - e) Güvence yok
 - f) Diğer.....
- 6) Aylık gelir durumunuz?**
- a) 300 YTL'den az
 - b) 300-599 YTL arası
 - c) 600-899 YTL arası
 - d) 900-1000 YTL arası
 - e) 1000 YTL'den fazla
- 7) Medeni durumunuz?**
- a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul
- 8) Aile tipiniz nedir?**
- a) ekirdek aile
 - b) Geniş aile
 - c) Parçalanmış aile
- 9) şu an ikamet ettiğiniz yer?**
- a) Köy
 - b) Kasaba
 - c) İlçe
 - d) İl
 - e) Diğer.....
- 10) Ne kadar süredir hemodiyalize devam ediyorsunuz?.....**
- 11) Hemodiyalize devam etme sıklığınız ne kadar?**
- a) Haftada 4 gün
 - b) Haftada 3 gün
 - c) Haftada 2 gün
 - d) Haftada 1 gün
- 12) Böbrek yetmezliğinizin nedeni nedir?.....**

- 13)** Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalığınız var mı?
- Evet
 - Hayır (Cevabınız hayır ise 14. sorudan devam ediniz)
 - Fikrim yok
- 14)** 12.soruya cevabınız evet ise eşlik eden hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?
- Kalp hastalığı
 - Hipertansiyon
 - Diabet (Şeker hastalığı)
 - Koroner arter hastalığı
 - Diğer.....
- 15)** Sigara kullanıyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
 - Bıraktım
- 16)** Alkol kullanıyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
 - Bıraktım
- 17)** Antidepresan kullanıyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
 - Bazen
- 18)** Hemodiyaliz tedavisine başladığınızdan beri sık sık kan transfüzyonu yapılıyor mu?
- Evet
 - Hayır
 - Bazen
- 19)** Anemi için EPO tedavisi alıyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
- 20)** Size ilk hemodiyaliz uygulaması hangi yol ile yapıldı?
- AV fistül ile

- b) AV şant ile
- c) Femoral kateter ile
- d) Subklavian kateter ile

21) Şu an hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için kullanılan giriş yolunuz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) AV şant
- b) AV fistül
- c) Femoral kateter
- d) Subklavian kateter

22) Aşağıdaki değerler anketi uygulayan kişi tarafından doldurulacaktır.

- a) Kt/V.....
- b) PTH.....
- c) Ca.....
- d) P.....
- e) Hgb.....
- f) WBC %.....
- g) Lenfosit.....
- h) BUN.....
- i) Kolesterol.....
- j) Ferritin.....
- k) TDBK.....
- l) Demir.....
- m) TDBK (mg/d) / 1.25= Transferin.....
- n) Albumin.....
- o) CRP.....
- p) PCR.....
- q) Sedimentasyon (ESR).....
- r) Boy ve vücut ağırlığı.....
- s) BMI.....
- t) Bel çevresi.....

EK-3. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

- 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 - a. Mükemmel
 - b. Çok iyi
 - c. İyi
 - d. Orta
 - e. Kötü
- 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
 - b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
 - c. Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
 - d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
 - e. Bir yıl öncesine göre çok daha kötü
- 3) Aşağıdaki maddeler her gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?
 - A. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporla katılmak gibi etkinlikler;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - B. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - C. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - D. Merdivenle çok sayıda kat çıkma;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor

- c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - E. Merdivenle birkaç kat çıkma;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - F. Eğilme ya da diz çökme;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - G. Bir-iki kilometre yürümek;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - H. Birkaç sokak öteye gitmek;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - İ. Bir sokak öteye yürümek;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - J. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme;
 - a. Evet, oldukça kısıtlıyor
 - b. Evet, biraz kısıtlıyor
 - c. Hayır, hiç kısıtlamıyor
- 4) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?
- A. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
 - a. Evet b. Hayır
 - B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
 - a. Evet b. Hayır
 - C. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?

- a. Evet b. Hayır

D. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

- a. Evet b. Hayır

5) Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

A. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

- a. Evet b. Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

- a. Evet b. Hayır

C. İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

- a. Evet b. Hayır

6) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi
b. Biraz etkiledi
c. Orta derecede etkiledi
d. Oldukça etkiledi
e. Aşırı etkiledi

7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a. Hiç
b. Çok hafif
c. Hafif
d. Orta
e. Şiddetli
f. Çok şiddetli

8) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi, hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi
b. Biraz etkiledi

- c. Orta derecede etkiledi
- d. Oldukça etkiledi
- e. Aşırı etkiledi

9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Oldukça
- d. Bazen
- e. Nadiren
- f. Hiçbir zaman

B. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Oldukça
- d. Bazen
- e. Nadiren
- f. Hiçbir zaman

C. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Oldukça
- d. Bazen
- e. Nadiren
- f. Hiçbir zaman

D. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Oldukça

- d. Bazen
 - e. Nadiren
 - f. Hiçbir zaman
- E. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?
- a. Her zaman
 - b. Çoğu zaman
 - c. Oldukça
 - d. Bazen
 - e. Nadiren
 - f. Hiçbir zaman
- F. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?
- a. Her zaman
 - b. Çoğu zaman
 - c. Oldukça
 - d. Bazen
 - e. Nadiren
 - f. Hiçbir zaman
- G. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?
- a. Her zaman
 - b. Çoğu zaman
 - c. Oldukça
 - d. Bazen
 - e. Nadiren
 - f. Hiçbir zaman
- H. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?
- a. Her zaman
 - b. Çoğu zaman
 - c. Oldukça
 - d. Bazen
 - e. Nadiren
 - f. Hiçbir zaman
- İ. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Oldukça
- d. Bazen
- e. Nadiren
- f. Hiçbir zaman

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

- a) Her zaman
- b) Çoğu zaman
- c) Oldukça
- d) Bazen
- e) Nadiren
- f) Hiçbir zaman

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

A. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

- a. Kesinlikle doğru
- b. Çoğunlukla doğru
- c. Bilmiyorum
- d. Çoğunlukla yanlış
- e. Kesinlikle yanlış

B. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a. Kesinlikle doğru
- b. Çoğunlukla doğru
- c. Bilmiyorum
- d. Çoğunlukla yanlış
- e. Kesinlikle yanlış

C. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

- a. Kesinlikle doğru
- b. Çoğunlukla doğru

- c. Bilmiyorum
- d. Çoğunlukla yanlış
- e. Kesinlikle yanlış

D. Sağlığım mükemmel.

- a. Kesinlikle doğru
- b. Çoğunlukla doğru
- c. Bilmiyorum
- d. Çoğunlukla yanlış
- e. Kesinlikle yanlış

EK-4. SERVQUAL Ölçeği

Değerli Hastamız,

Lütfen mükemmel bir hemşirelik kadrosu ile mükemmel kalitede bir hizmet sunabilecek bir diyaliz ünitesi hayal edin.

Aşağıda size sunulan özellikler sizin de hayalinizdekilere tamamen uyuyor ise “tamamen katılıyoruz” (7) rakamını daire içine alın. Eğer size sunulan özelliğin hayalinizdeki diyaliz ünitesinde “hiç katılmadığımız” bir özellik olduğunu düşünüyorsanız (1) rakamını daire içine alın.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bizim tek istediğimiz şey, mükemmel kalitede hizmet ve hemşirelik bakımı sunabilecek diyaliz ünitelerine ilişkin görüşlerinizi doğru olarak yansıtabilecek bir rakam işaretlemenizdir.

Yardımlarınız için teşekkürler.

		Hiç Katılmıyorum				Tamamen Katılıyorum		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir.	1	2	3	4	5	6	7
3	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır.	1	2	3	4	5	6	7
4	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür.	1	2	3	4	5	6	7
5	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir.	1	2	3	4	5	6	7
6	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hasta kayıtlarının gizliliğine önem verirler.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular.	1	2	3	4	5	6	7
8	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hatasız kayıt tutmaya çok önem verir.	1	2	3	4	5	6	7
9	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur.	1	2	3	4	5	6	7
10	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler.	1	2	3	4	5	6	7

11	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir.	1	2	3	4	5	6	7
12	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır.	1	2	3	4	5	6	7
13	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır.	1	2	3	4	5	6	7
14	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir.	1	2	3	4	5	6	7
15	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder.	1	2	3	4	5	6	7
16	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır.	1	2	3	4	5	6	7
17	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır.	1	2	3	4	5	6	7
18	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir.	1	2	3	4	5	6	7
19	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır.	1	2	3	4	5	6	7
20	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur.	1	2	3	4	5	6	7
21	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların haklarını korur.	1	2	3	4	5	6	7
22	Mükemmel bir hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	1	2	3	4	5	6	7

Aşağıda hemodiyaliz ünitelerinin ve hemşirelerin sundukları hizmete ilişkin 5 özellik vardır. Hizmet kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin sizin açınızdan ne kadar önemli olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen 100 puanı sizin için özelliklerin önem sırasına göre paylaşınız. Özellik ne kadar önemli ise daha çok puan vermelisiniz. Lütfen verdiğiniz toplam puanın 100 olduğundan emin olun.

1. Hemodiyaliz ünitelerinin fiziksel koşulları, hemşirelerin ve iletişim araçlarının görünümüpuan
2. Hemşirelerin hizmeti güvenilir ve doğru şekilde yapma yeteneğipuan

3. Hemşirelerin hastalara yardımcı olma ve hizmeti en kısa sürede verme isteğipuan
4. Hemşirelerin bilgisi, insanlara saygısı ve insanlara güven verebilme yetenekleripuan
5. Hemşirelerin hastalara gösterdiği özen ve önempuan

Yukarıdaki 5 özellik arasından hangisi sizin için en önemli (Lütfen numarasını belirtin).....

Yukarıdaki 5 özellik arasından hangisi sizin için ikinci derecede önemli.....

Yukarıdaki 5 özellik arasından hangisi sizin için en az önemli.....

Aşağıda (X) hemodiyaliz ünitesi ve hemşireleri hakkında sizin duygularınızı belirtmeye yardımcı olacak cümleler bulunmaktadır. Her bir cümlede bahsedilen (X) hemodiyaliz ünitesi ve hemşirelerinin özellikleri ile ilgili görüşlere ne derece katıldığınızı belirtiniz. (1)'i yuvarlak içine almak, (X) hemodiyaliz ünitesi ve hemşirelerinin bu özelliğe sahip olduğuna “hiç katılmadığınızı” , (7)'i yuvarlak içine almak ise “tamamen katıldığınızı” gösterir. Ortadaki rakamları hissettiğiniz şekilde işaretleyebilirsiniz. Yanlış ve doğru cevap yoktur. Bizi ilgilendiren, sizin (X) hemodiyaliz ünitesi ve hemşireleri hakkındaki hissettiklerinizdir.

		Hiç Katılmıyorum				Tamamen Katılıyorum		
		1	2	3	4	5	6	7
1	(X) hemodiyaliz ünitesi modern araç ve gerece sahiptir.	1	2	3	4	5	6	7
2	(X) hemodiyaliz ünitesinin fiziksel koşulları güzeldir.	1	2	3	4	5	6	7
3	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler bakımlıdır.	1	2	3	4	5	6	7
4	(X) hemodiyaliz ünitesinin afiş, broşür vb gibi malzemeler ve ilan panosu güzel görünür.	1	2	3	4	5	6	7
5	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler herhangi bir şey için söz verirse yerine getirir.	1	2	3	4	5	6	7
6	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hasta kayıtlarının gizliliğine önem verirler.	1	2	3	4	5	6	7
7	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler tedavileri doğru uygular.	1	2	3	4	5	6	7

8	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hatasız kayıt tutmaya çok önem verir.	1	2	3	4	5	6	7
9	(X) hemodiyaliz ünitesinde bir sorun olduğunda hemşireler içtenlikle yardımcı olur.	1	2	3	4	5	6	7
10	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına işlemlerin ne zaman yapılacağını söyler.	1	2	3	4	5	6	7
11	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler gerektiğinde acil bakım verir.	1	2	3	4	5	6	7
12	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına daima yardım etme isteği taşır.	1	2	3	4	5	6	7
13	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin her zaman hastaların isteklerini karşılayacak zamanları vardır.	1	2	3	4	5	6	7
14	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin davranışları güven vericidir.	1	2	3	4	5	6	7
15	(X) hemodiyaliz ünitesinde hastalar güvenli bir çevrede olduklarını hisseder.	1	2	3	4	5	6	7
16	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler daima hastalarına saygılıdır.	1	2	3	4	5	6	7
17	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşirelerin hastaların sorularını yanıtlayacak bilgisi vardır.	1	2	3	4	5	6	7
18	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına birey olarak değer verdiğini hissettirir.	1	2	3	4	5	6	7
19	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastalarına özenli davranır.	1	2	3	4	5	6	7
20	(X) hemodiyaliz ünitesinde ziyaret saatleri hasta ve yakınlarına uygundur.	1	2	3	4	5	6	7
21	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların haklarını korur.	1	2	3	4	5	6	7
22	(X) hemodiyaliz ünitesinde hemşireler hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	1	2	3	4	5	6	7

TEŞEKKÜRLER.....

EK-5. Sf-36 Değerlendirme Yönergesi

1.SORU	PUAN	2.SORU	PUAN	4.SORU	PUAN	5.SORU	PUAN		
a	5	a	5	A	1-2	A	1-2		
b	4,4	b	4	B	1-2	B	1-2		
c	3,4	c	3	C	1-2	C	1-2		
d	2	d	2	D	1-2		(Evet=1puan)		
e	1	e	1		(Evet=1puan)		(Hayır=2puan)		
					(Hayır=2puan)				
6.SORU	PUAN	7.SORU	PUAN	8.SORU	PUAN	10.SORU	PUAN		
a	5	a	6	a	5	a	1		
b	4	b	5,4	b	4	b	2		
c	3	c	4,2	c	3	c	3		
d	2	d	3,1	d	2	d	4		
e	1	e	2,2	e	1	e	5		
		f	1		(7a ise 8a=6puan)				
3. SORU	PUAN	9. SORU A, E, D, H için;	PUAN	9. SORU B, C, F, G, I için,	PUAN	11. SORU A ve C için,	PUAN	11. SORU B ve D için,	PUAN
A	1-2-3	a	6	a	1	a	1	a	5
B	1-2-3	b	5	b	2	b	2	b	4
C	1-2-3	c	4	c	3	c	3	c	3
D	1-2-3	d	3	d	4	d	4	d	2
E	1-2-3	e	2	e	5	e	5	e	1
F	1-2-3	f	1	f	6				
G	1-2-3								
H	1-2-3								
I	1-2-3								
J	1-2-3								
	(Evet, oldukça kısıtlıyor =1)								
	(Evet, biraz kısıtlıyor=2)								
	(Hayır, hiç kısıtlamıyor=3)								
Yaşam Kalitesi Alt Alanları			Sorular				En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan	
Fiziksel fonksiyon			3A+3B+3C+3D+3E+3F+3G+3H+3I+3J				10	20	
Fiziksel rol gücü			4A+4B+4C+4D				4	4	
Ağrı			7+8				2	10	
Genel sağlık			1+2+11A+11B+11C+11D				5	20	
Vitalite (enerji)			9A+9E+9G+9I				4	20	
Sosyal fonksiyon			6+10				2	8	
Emosyonel rol gücü			5A+5B+5C				3	3	
Mental sağlık			9B+9C+9D+9F+9H				5	25	

$$\text{Ölçeğin Puan Hesaplaması} = \frac{\text{Elde edilen ham puan} - \text{En düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan}} \times 100$$

Not: Her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.